



## Ontwikkeling van een vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging

Evie Kolsteren



## MSc thesis

Evie Kolsteren  
881118458090

Dr. Ir. Annemarie Wagemakers

Eva Smit, promovenda

Wageningen Universiteit, Sociale Wetenschappen

MSc Applied Communication Sciences, specialisatie Health & Society  
HSO-80333

# Ontwikkeling van een vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging



## Samenvatting

**Introductie** Lichamelijke beweging is onderdeel van een gezonde leefstijl. Het helpt complicaties en risicofactoren te verminderen wat met name bij chronische aandoeningen van belang is. Echter blijken mensen te weinig te bewegen, waarbij zelfmanagement een rol speelt. Om dit probleem in kaart te worden er een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging, in kader van het project 'Verbinding zorg, sport en bewegen' waarin de rol van de buurtsportcoach wordt geëvalueerd. De hoofdvraag van dit onderzoek is: "Welke schriftelijke vragenlijst kan worden gebruikt voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop?".

**Methode** In dit kwalitatief, explorerend onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om indicatoren van zelfmanagement te onderzoeken. Het Expanded Chronic Care Model (ECCM) en het Generiek model Zelfmanagement (GmZ), over chronische zorg en zelfmanagement, vormen de theoretische basis. In een literatuurstudie zijn 29 artikelen gescreend op zelfmanagementindicatoren. Ter aanvulling van de literatuur met praktijkervaringen op het gebied van zelfmanagement, zijn er twee expertsinterviews gehouden en twee focusgroepen. Bij de focusgroepen waren verschillende (zorg)professionals en buurtbewoners aanwezig. Met de onderzoeksgroep is geanalyseerd en besproken welke indicatoren uit de literatuur, interviews en focusgroepen van geschikt zijn om te meten met een vragenlijst. Artikelen uit de literatuurstudie en de zoekmachine Google zijn gebruikt voor het selecteren van vragen(lijsten) over de indicatoren in relatie tot lichamelijke beweging, in de ontwikkeling van een vragenlijst. Er is een handleiding ontwikkeld welke beschrijft hoe de vragenlijst tot stand is gekomen.

**Resultaten** Er zijn vijftien indicatoren van zelfmanagement geformuleerd op basis van literatuur. Experts benoemen doelen en actieplannen, gedragsverandering, motivatie en stress en benadrukken de rol van de partner voor zelfmanagement. Deelnemers aan de focusgroepen ervaren kosten, kennis, motivatie en sociale contacten als relevante indicatoren, in overeenstemming met de experts. In de vragenlijst zijn acht categorieën van indicatoren opgenomen: 'Kennis en informatie', 'self-efficacy', 'ervaren belang', 'gedragsverandering', 'motivatie', 'sociale contacten en sociale steun', 'zelfmonitoring en verbetering ervaren', 'beweegdoelen- en actieplannen'.

**Discussie en aanbevelingen** Uit de literatuur blijkt dat zelfmanagement gaat over chronische aandoeningen. Lichamelijke beweging wordt vaak omschreven als onderdeel van zelfmanagement(gedrag). Doelen en actieplannen en motivatie zijn niet teruggevonden in de literatuur, terwijl professionals beide indicatoren wel van belang achten. De combinatie van drie verschillende onderzoeksmethoden heeft ertoe geleid dat er een vragenlijst ontwikkeld is waarmee zelfmanagement uitgebreid gemeten kan worden. Aanbevolen wordt om de vragenlijst te valideren, een pretest uit te voeren en het werkveld op de hoogte te stellen van het bestaan van de vragenlijst.

**Conclusie** De ontwikkelde vragenlijst is een uniek instrument waarmee zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop, gemonitord kan worden.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>v</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>1</b>
1.1 Lichamelijke beweging.....	1
1.2 Chronische ziekten.....	1
1.3 Buurtsportcoach.....	2
1.4 Project ‘Verbinding zorg, sport & bewegen’.....	3
1.5 Zelfmanagement.....	4
1.6 Probleemstelling.....	5
1.7 Relevantie.....	5
1.8 Onderzoeksvragen.....	6
<b>2. Theoretisch kader</b> .....	<b>7</b>
2.1 Gezondheid.....	7
2.2 Gezondheidsbevordering.....	7
2.2.1 Ottawa Charter.....	7
2.2.2 Expanded Chronic Care Model.....	8
2.3 Zelfmanagement.....	11
2.3.1 Het Generiek model Zelfmanagement.....	11
2.3.2 Vergelijking van het ECCM en het GmZ.....	12
<b>3. Methoden</b> .....	<b>14</b>
3.1 Methoden per deelvraag.....	14
3.2 Literatuuronderzoek.....	15
3.2.1 Literatuuronderzoek naar indicatoren van zelfmanagement.....	15
3.2.2 Selectie en analyse van de artikelen.....	15
3.3 Expertsinterviews.....	17
3.3.1 Interviews met zelfmanagementexperts.....	17
3.3.2 Analyse van de interviews.....	17
3.4 Focusgroepen.....	18
3.4.1 Focusgroepen met netwerk van de buurtsportcoach.....	18
3.4.2 Analyse van de focusgroepen.....	19
3.5 Ontwikkeling van de vragenlijst.....	20
<b>4. Resultaten</b> .....	<b>21</b>
4.1 Indicatoren in de literatuur.....	21
4.1.1 Kenmerken van de geselecteerde artikelen.....	21
4.1.2 Zelfmanagement en lichamelijke beweging in de literatuur.....	22
4.1.3 Indicatoren.....	23
4.2 Indicatoren uit expertinterviews.....	27
4.3 Indicatoren uit focusgroepen.....	32
4.4 Ontwikkeling vragenlijst.....	36
<b>5. Discussie en aanbevelingen</b> .....	<b>40</b>
5.1 Inhoudelijke discussiepunten.....	40
5.2 Methodologische discussiepunten.....	42
5.3 Vragenlijst.....	43

<b>6. Conclusie .....</b>	<b>45</b>
<b>Referenties .....</b>	<b>46</b>
<b>Appendix I – Artikelen literatuurstudie .....</b>	<b>53</b>
<b>Appendix II – Leidraad expertinterview.....</b>	<b>67</b>
<b>Appendix III – Toestemmingsverklaring interview .....</b>	<b>69</b>
<b>Appendix IV – Leidraad focusgroep .....</b>	<b>70</b>
<b>Appendix V – Toestemmingsverklaring focusgroep .....</b>	<b>76</b>
<b>Appendix VI – Post-its focusgroepen .....</b>	<b>77</b>
<b>Appendix VII – Codeerschema.....</b>	<b>79</b>
<b>Appendix VIII – Handleiding ontwikkeling vragenlijst .....</b>	<b>80</b>
<b>Appendix IX – Vragenlijst ‘Zelfmanagement &amp; bewegen’ .....</b>	<b>83</b>





## 1. Inleiding

In dit onderzoek staat de ontwikkeling van een vragenlijst voor het meten van zelfmanagement in relatie tot het gaan en blijven bewegen bij mensen met een chronische ziekte of een verhoogd risico daarop centraal. De ontwikkeling van deze vragenlijst is onderdeel van het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen'. Binnen dit project wordt de inzet van de buurtsportcoach geëvalueerd, met betrekking tot het gaan en blijven bewegen van volwassenen in de buurt. Vaak gaat het hierbij om chronisch zieke patiënten die vanuit de eerste lijn gestimuleerd worden om te bewegen. Het

In de volgende paragrafen wordt het belang van het stimuleren van bewegen in relatie tot chronische ziekten uitgelegd en wordt zelfmanagement toegelicht. Daarnaast wordt het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' uitgelegd, evenals de rol van de buurtsportcoach. Ten slotte worden de probleemstelling, relevantie en onderzoeksvragen beschreven.

### 1.1 Lichamelijke beweging

De 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' (NNGB) geeft aanwijzingen voor gezond beweeggedrag, wat bijdraagt aan een gezonde leefstijl. Voor volwassenen (18+) ligt deze norm op 30 minuten matig intensieve inspanning op minstens vijf dagen per week (NISB, z.d.). Voorbeelden van matig intensieve inspanning zijn stevig wandelen of fietsen. Een groot deel van de volwassen Nederlandse bevolking blijkt niet te voldoen aan de NNGB; in 2013 voldeed volgens het TNO 42% van de bevolking boven de 18 jaar niet aan de beweegnorm (van der Klauw, Verheijden & Slinger, 2013).

Lichamelijke beweging heeft een positief effect op gezondheid. Wanneer voldoende mensen gezond bewegen, daalt het aantal mensen met chronische aandoeningen of het risico daarop. Voorbeelden van chronische ziekten die een relatie met lichamelijke beweging hebben zijn Diabetes Mellitus type II, hart- en vaatziekten, bepaalde soorten kanker, galblaasaandoeningen, aandoeningen van het beweegstelsel of de ademhalingswegen, onvruchtbaarheid, depressie of angststoornissen (Gezondheidsraad, 2003).

### 1.2 Chronische ziekten

In 2013 was het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen ongeveer 5,3 miljoen (RIVM, 2013). Dit aantal is de afgelopen jaren sterk toegenomen en zal de komende jaren naar verwachting toe blijven nemen. Een toename in de prevalentie van chronische aandoeningen komt grotendeels door het toenemende bevolkingsaantal en de vergrijzing, maar ook door een toename in de incidentie van chronische aandoeningen (RIVM, 2013). De stijgende incidentie komt deels tot stand door een betere diagnostiek en registratie van chronische ziekten, en deels doordat men langer kan leven met een chronische ziekte door verbeterde behandelingen. Daarnaast neemt multimorbiditeit onder patiënten toe (Blokstra & Verschuren, 2007).

Een andere factor die bijdraagt aan de toenemende prevalentie van chronische ziekten is een ongezonde leefstijl, zoals te weinig lichamelijke beweging, roken, alcoholgebruik en ongezonde voeding behoren. Inactiviteit is op dit moment zelfs de vierde doodsoorzaak wereldwijd (WHO, 2013). Als gevolg van een inactieve leefstijl kunnen (abdominale) obesitas ontstaan, hypertensie, een laag HDL-cholesterolgehalte, glucose-intolerantie, of een insuline-intolerantie (Eckel, Grundy & Zimmet, 2005). Dit zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische ziekten zoals Diabetes Mellitus type II en hart- en vaatziekten (Boshuizen, 2013). Deze risicofactoren worden samengevat als het Metabool Syndroom (Eckel et al., 2005). Bij het Metabool Syndroom is er sprake van een te hoge energie-inname in combinatie met een te laag energieverbruik. Hierbij speelt lichamelijke beweging een grote rol.

Het blijkt dat mensen die meer zouden moeten bewegen vanwege hun gezondheid vaak niet zelf in staat zijn om zelfstandig voldoende te gaan en blijven bewegen. Ook na deelname aan leefstijlinterventies of beweegactiviteiten is het moeilijk om beweeggedrag voort te zetten en de overstap te maken van de fysiotherapeut naar reguliere sport- en beweegactiviteiten (den Hartog, Wagemakers, Vaandrager, & Koelen, 2012). Het ontbreekt hierbij aan voldoende zelfmanagement om te gaan en blijven bewegen (ZonMw, z.d.). Medische kosten zijn hoger wanneer mensen minder in staat zijn tot zelfmanagement, omdat zorgverleners dan taken verrichten die anderzijds door een patiënt zelf gedaan kunnen worden (van den Brink, Timmermans, Havers & van Veenendaal, 2013). Door een hoge mate van zelfmanagement waardoor mensen zelfstandig blijven bewegen na leefstijlinterventies, kunnen medische kosten dalen vanwege een afname in het aantal chronische ziekten en daardoor een afname in vraag naar zorg (RIVM, 2013; Cameron, 2012; Huijben, 2011; Lorig et al., 1999). Op lokaal niveau kan de buurtsportcoach een belangrijke rol spelen op het gebied van zelfmanagement en lichamelijke beweging.

### **1.3 Buurtsportcoach**

Omdat lichamelijke beweging een belangrijke factor is voor het verbeteren van de (volks)gezondheid, investeert het ministerie van 'Volksgezondheid, Welzijn en Sport' (VWS) in verschillende programma's om lichamelijke beweging te bevorderen. Vaak gaat het hierbij om een 'Gecombineerde Leefstijlinterventie' (GLI) waarbij lichamelijke beweging, gezonde voeding en gedragsverandering centraal staan (Loket Gezond Leven, 2014a).

Het programma 'Sport en Bewegen in de Buurt' is een voorbeeld van een programma gericht op lichamelijke beweging, als onderdeel van het 'Nationaal Programma Preventie' 2014-2016 (Rijksoverheid, 2013). Het ministerie van VWS werkt in dit programma samen met gemeenten, sportaanbieders en het bedrijfsleven om de verbinding tussen sport en bewegen en andere partijen te bevorderen op lokaal niveau (Ministerie van VWS, z.d.). In het kader van dit programma zijn buurtsportcoaches aangesteld.

De buurtsportcoach legt de verbindingen tussen sport en bewegen en andere sectoren zoals gezondheidszorg, kinderopvang of het onderwijs. Het doel hierbij is ontzorgen als reactie op een toename in het aantal chronisch zieken. De buurtsportcoach heeft hierbij een combinatiefunctie, wat inhoudt dat de buurtsportcoach werkzaam is voor meer dan één

sector. De specifieke taken van de buurtsportcoach worden in samenwerking met de gemeente bepaald en uitgevoerd op lokaal niveau (Loket Gezond Leven, 2014b). Het is belangrijk dat deze verbinding op lokaal niveau tot stand komt, zodat de gezondste keuze (meer bewegen), de makkelijkste keuze wordt (bewegen in de directe omgeving). Een lokaal aanbod aan beweegmogelijkheden draagt er aan bij dat mensen makkelijker hun leefstijl kunnen aanpassen naar een leefstijl met meer lichamelijke beweging. Taken voor de buurtsportcoach zijn bijvoorbeeld het promoten van sportmogelijkheden bij lokale sportverenigingen, of een wandelclub voor 50+ in de wijk. Sinds 2012 is de inzet van het aantal buurtsportcoaches in Nederlandse gemeenten uitgebreid, waarbij het inzetten van de buurtsportcoach op het gebied van de gezondheidszorg een nieuwe ontwikkeling is. In het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' wordt gekeken naar de rol van de buurtsportcoach in de verbinding tussen zorg en lichamelijke beweging.

#### 1.4 Project 'Verbinding zorg, sport & bewegen'

In september 2013 is het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' voor vier jaar van start gegaan, in dertien verschillende wijken in negen deelnemende Nederlandse gemeenten (ZonMw, z.d.). Binnen dit project wordt de rol van de buurtsportcoach geëvalueerd als schakel tussen lokale zorg en sportaanbieders. Er wordt hierbij ingespeeld op de toename van het aantal chronisch zieken in Nederland. De hoofdvraag van het project is:

*“Wordt de inzet van de buurtsportcoach waargemaakt en resulteert dit in meer buurtbewoners die gaan en blijven sporten in de buurt?”*

Het project is onderverdeeld in twee trajecten. Traject I heeft als hoofdvraag: “Wat is het effect van de inzet van de buurtsportcoaches?”. Hierbij wordt gekeken naar de samenwerking tussen buurtsportcoaches en lokale organisaties en netwerken op het gebied van sport en zorg, de randvoorwaarden voor de inzet van buurtsportcoaches en ondersteuning daarvan, en de effecten van de buurtsportcoach voor de gemeente en de buurt. Gericht wordt op intermediaire doelgroepen (ROS'en, GGD's, Sportservice, brancheorganisaties in de sport) en de uitvoerende doelgroep op lokaal niveau (de buurtsportcoach, zorg- en sportprofessionals en gemeenten). Het doel is om de verbinding te observeren tussen zorg, sport en bewegen, waarvan leefstijlinterventies op lokaal niveau het resultaat zijn.

Traject II heeft als hoofdvraag: “Wat is het effect van de leefstijlinterventies?” en richt zich op volwassen (18+) buurtbewoners en deelnemers aan leefstijlinterventies die door de buurtsportcoach of zijn netwerk zijn georganiseerd. Er wordt geëvalueerd welke leefstijlinterventies worden ingezet en welke doelgroepen hiermee worden bereikt, wat de werkzame elementen zijn om participatie, zelfmanagement en doorstroom te vergroten en welke randvoorwaarden hiervoor van belang zijn. Ook wordt gekeken naar wat de effecten op de deelnemers zijn, zoals het gaan en blijven bewegen in de buurt en de gezondheidswinst. Voor het meten van deze effecten wordt de FysioFitheidScan met aanvullende vragenlijsten gebruikt.

## FysioFitheidScan

Fysiotherapeuten gebruiken de FysioFitheidScan (FFS) voor het meten van de individuele fysieke gezondheid. Er wordt gekeken naar uithoudingsvermogen, handknijpkracht en lichaamssamenstelling en de patiënt vult een korte vragenlijst in over beweeggedrag ([www.fysiofitheidscan.nl](http://www.fysiofitheidscan.nl)). Met deze gegevens wordt er een persoonlijk profiel van de patiënt verkregen. Op basis hiervan wordt er een persoonlijk beweegadvies opgesteld dat aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt.

In traject II van het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' wordt de FFS gebruikt om te kijken naar de effectiviteit van behandelingen of leefstijlinterventies. Er wordt op drie momenten gemeten: aan het begin van de behandeling of leefstijlinterventie bij de fysiotherapeut (T0), zes maanden na aanvang (T1) en zes maanden na T1 (T2) (ZonMw, z.d.). Het aanpassen en uitbreiden van de toepasbaarheid van de FFS gaat hieraan vooraf. Flexibiliteit, dynamische balans, kracht van de bovenste en onderste ledematen en de criteria voor het Metabool Syndroom worden toegevoegd aan de FFS. Daarnaast wordt de vragenlijst over beweeggedrag uitgebreid met een vragenlijst over zelfmanagement, ervaren gezondheid en bewegen. In dit onderzoek wordt gefocust op het onderdeel zelfmanagement in relatie tot beweging. In overleg met de onderzoeksgroep is besloten dat het invullen van een vragenlijst over zelfmanagement door de doelgroep niet langer dan vijftien minuten mag duren. Het invullen van de uitgebreide vragenlijst in het project waarin lichamelijke beweging centraal staat, mag maximaal 45 minuten duren. Het doel is om deelnemers zelfstandig een schriftelijke vragenlijst te laten invullen, maar mocht het nodig zijn, dan is er hulp bij het invullen beschikbaar, bijvoorbeeld via een tolk of via (telefonisch) contact met iemand van het onderzoeksteam.

## 1.5 Zelfmanagement

Er is geen eenduidige definitie van zelfmanagement bekend in de literatuur. Het Landelijk Actieplan Zelfmanagement (LAZ) heeft daarom een brede definitie van zelfmanagement ontwikkeld. Het LAZ is een programma van het 'Centraal BegeleidingsOrgaan' (CBO) in samenwerking met de 'Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie' (NPCF) en zeven patiëntenorganisaties, wat zich drie jaar lang gericht heeft op zelfmanagement.

De definitie van zelfmanagement door het LAZ dient als leidraad in dit onderzoek:

*“Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te bereiken of te behouden” (van den Brink et al., 2013, p. 34).*

Door een hoge mate van zelfmanagement zijn patiënten beter in staat om, om te gaan met de gevolgen van hun ziekte en kunnen zij deze gevolgen beter inpassen in hun leven, waardoor de kwaliteit van leven toeneemt (van den Brink et al., 2013). De mate van zelfmanagement hangt af van persoonlijke, ziekte gerelateerde en sociale factoren (Ursum,

Rijken, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011). In het Landelijk Actieplan Zelfmanagement staan zeven chronische ziektebeelden centraal: reuma, kanker, hart- en vaatziekten, longziekten, spierziekten, diabetes en depressie (van den Brink et al., 2013). Zelfmanagement in de zorg overstijgt deze zeven ziektebeelden en omvat meerdere, zo niet alle aandoeningen. Dit onderzoek beperkt zich dan ook niet tot deze zeven chronische aandoeningen; het doel is om een vragenlijst te ontwikkelen die generiek is, voor alle chronische aandoeningen.

## 1.6 Probleemstelling

Omdat lichamelijke beweging bijdraagt aan een betere (volks)gezondheid en lagere medische kosten, is het van belang dat mensen voldoende bewegen. Zelfmanagement is een belangrijke factor die bijdraagt aan het gaan en blijven bewegen van mensen, maar het blijkt dat het hier nog vaak aan ontbreekt (ZonMw, z.d.). Om het gaan en blijven bewegen van mensen te stimuleren, is het in kaart brengen van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bij individuele mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop, en het kunnen meten van de effecten van leefstijlinterventies op zelfmanagement en andersom, van belang. Hiervoor is een geschikt instrument nodig.

Een eerste verkenning van de literatuur over vragenlijsten op het gebied van zelfmanagement en lichamelijke beweging wijst uit dat vragenlijsten over zelfmanagement zich vaak niet richten op lichamelijke beweging, of maar enkele vragen hierover bevatten. De vragenlijsten over zelfmanagement gaan voornamelijk over één aandoening, zoals COPD of hart- en vaatziekten. Het ontbreekt dus aan een vragenlijst die zich richt op zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging, bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop, zonder hierbij te focussen op een specifieke aandoening. Omdat de vragenlijst over zelfmanagement onderdeel is van een uitgebreide vragenlijst, is er de vraag naar de ontwikkeling van een vragenlijst die schriftelijk ingevuld kan worden door de doelgroep.

## 1.7 Relevantie

Het onderzoeken van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging is relevant omdat lichamelijke beweging onderdeel is van een gezonde leefstijl. Zelfmanagement is een belangrijk concept dat kan bijdragen aan het gaan en blijven bewegen van mensen (Dishman et al., 2005). Door het verminderen van de prevalentie van chronische aandoeningen en het voorkómen van verergering van ziekten door een gezondere, actievere leefstijl, is de verwachting dat medische kosten als gevolg van deze ziekten dalen, wat sociaal-maatschappelijk relevant is (Gemeente Utrecht, 2013).

Een vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging kan gebruikt worden voor het meten van zelfmanagement in combinatie met uitkomsten van behandeling en interventies, en de effecten hiervan op bewegen en gezondheid. Op grond van de gemeten resultaten kunnen daarna behandelingen en interventies op het gebied van zelfmanagement en lichamelijke beweging verbeterd worden. Het ontwikkelen van een instrument voor het meten van zelfmanagement staat daarom centraal in dit onderzoek.

## 1.8 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal staan, komen voort uit de probleemstelling. De hoofdvraag is:

*“Welke schriftelijke vragenlijst kan worden gebruikt voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop?”*

Ter beantwoording van de hoofdvraag zijn twee deelvragen opgesteld:

1. *“Welke indicatoren van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging zijn er?”*
2. *“Welke indicatoren en vragenlijsten over indicatoren van zelfmanagement zijn geschikt in een vragenlijst voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging?”*

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven dat als basis dient voor het onderzoek naar zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening of verhoogd risico daarop. Modellen op het gebied van gezondheid (paragraaf 2.1), gezondheidsbevordering (paragraaf 2.2) en zelfmanagement (paragraaf 2.3) worden toegelicht.

### 2.1 Gezondheid

Gezondheid en de visie daarop bepalen hoe er tegen zelfmanagement wordt aangekeken. De huidige definitie van gezondheid, door de WHO ontwikkelt in 1948, is: “Gezondheid als een staat van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek” (WHO, 2006). Wanneer deze definitie in de praktijk wordt toegepast is vrijwel niemand gezond, wat als gevolg een toename in medicalisering heeft. Huber et al. (2011) hebben een alternatieve definitie voor gezondheid ontwikkelt: “Gezondheid is het vermogen zich aan te passen, en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”. In deze definitie staat het individu centraal en speelt zelfmanagement op het gebied van de eigen gezondheid een belangrijke rol. Dit past bij de omschrijving van zelfmanagement als het nemen van de eigen regie door de patiënt (CBO, 2014). Daarnaast is afwezigheid van ziekte geen voorwaarde meer om gezond te zijn. Dit sluit aan bij het toenemende aantal chronisch zieken die ondanks hun ziekte goed in staat kunnen zijn om de ziekte in te passen in hun leven waarbij een hoge kwaliteit van leven gewaarborgd blijft. Door het kunnen aanpassen aan ziekte kan gezondheid bevorderd worden.

### 2.2 Gezondheidsbevordering

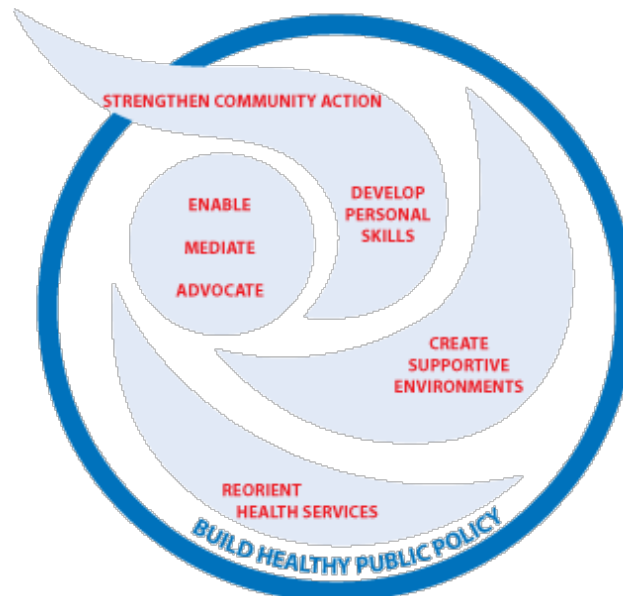
In deze paragraaf wordt een model uitgewerkt dat van toepassing is op gezondheidsbevordering in relatie tot zelfmanagement bij chronisch zieken. Gezondheidsbevordering wordt door de WHO gedefinieerd als: “Het proces waardoor mensen of groepen mensen in staat gesteld worden om meer controle te verwerven over hun gezondheid, en hun gezondheid te verbeteren” (WHO, 1986). Lokale gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen en behouden van de gezondheid van de gehele bevolking in de regio, en specifiek van risicogroepen zoals jongeren, volwassenen met een lage sociaal economische status en ouderen (GGD Kennemerland, z.d.). De focus ligt op een gezonde leefstijl, waarvan lichamelijke beweging een belangrijk onderdeel is.

#### 2.2.1 Ottawa Charter

In het Ottawa Charter (WHO, 1986) wordt het concept van gezondheidsbevordering uitgewerkt. Drie principes staan hierbij centraal:

1. Bepaleiten (to advocate)
2. In staat stellen (to enable)
3. Bemiddelen (to mediate)

Dit betekent dat gezondheidsbevordering zich richt op het bepleiten van gezondheid, mensen in staat stelt om hun maximale gezondheidspotentieel te bereiken en de bemiddeling tussen verschillende betrokkenen op het gebied van gezondheid bewerkstelligt. Deze drie principes komen terug in verschillende actieplannen op het gebied van gezondheidsbevordering beschreven in het Ottawa Charter (figuur 1) zoals het versterken van gemeenschappelijke maatregelen, het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden, het creëren van een ondersteunende omgeving en het herinrichten van de gezondheidszorg (WHO, 1986).



Figuur 1 Principes in het Ottawa Charter (1986)

De principes van het Ottawa Charter komen terug in het programma 'Sport en Bewegen in de Buurt'. De buurtsportcoach speelt een rol bij het creëren van een ondersteunende omgeving en het verbeteren van gemeenschappelijke maatregelen door zich te richten op beweegactiviteiten op lokaal niveau. De gezondheidszorg wordt heringericht doordat er een toenemende focus is op het toenemende aantal chronisch zieken en de zorg daarvoor, waardoor er een groter aanbod van zorg en beweegmogelijkheden op lokaal niveau wordt aangeboden. De patiënt kan hierdoor persoonlijke vaardigheden ontwikkelen op het gebied van gezondheid en lichamelijke beweging zodat een hogere mate van zelfmanagement ontstaat.

### 2.2.2 Expanded Chronic Care Model

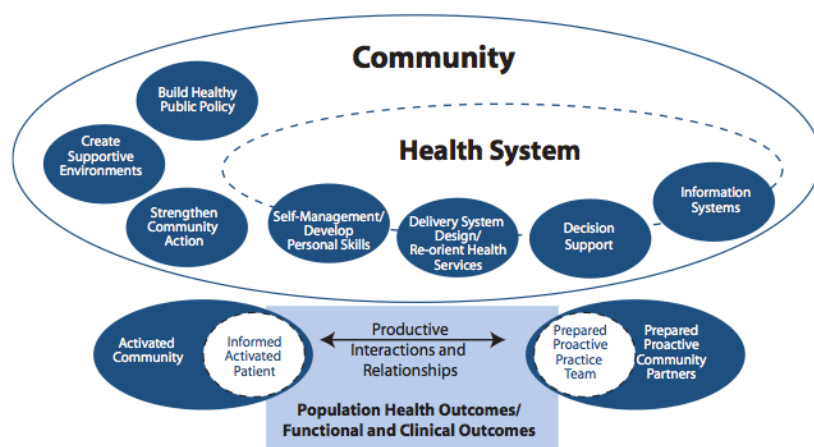
Voor het meten van zelfmanagement, moeten de verschillende indicatoren van zelfmanagement in kaart gebracht worden. Om indicatoren van zelfmanagement in de zorg voor chronisch zieke patiënten te beschrijven, is het Expanded Chronic Care Model gebruikt. Gezondheidsbevordering staat in dit model centraal.



Het 'Expanded Chronic Care Model' (ECCM) is een verbrede versie van het 'Chronic Care Model' (CCM) (Barr et al., 2003). Het CCM is een richtlijn om de zorg voor chronisch zieke patiënten te verbeteren (Wagner, 1999). In dit model is een chronische aandoening gedefinieerd als "Elke conditie waarvoor voortdurende aanpassingen door de aangedane persoon en interacties met het gezondheidssysteem zijn vereist" (Improving Chronic Illness Care, z.d.). Naast behandeling van ziekte, waar het Chronic Care Model zich op richt, includeert het ECCM ziektepreventie en gezondheidsbevordering op lokaal niveau als belangrijke factoren voor gezondheid. Hiervoor zijn de principes van gezondheidsbevordering uit het Ottawa Charter gebruikt.

In het model worden vier niveaus weergegeven (figuur 2):

1. De patiënt
2. Het zorgteam of de praktijk
3. De organisatie van de gezondheidszorg
4. De gemeenschap



Figuur 2 Expanded Chronic Care Model (Barr et al., 2003)

De geïnformeerde, actieve patiënt neemt een belangrijke rol in het model in en is verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid. Er is een productieve interactie met de zorgverlener, die zich naast de behandeling van ziekte richt op het ondersteunen van de patiënt en op de sociale, fysieke en psychische gevolgen voor de patiënt. Het gaat dus om sociale contacten, waarin met name wordt gefocust op de sociale interactie tussen de zorgprofessional en de patiënt. Andere sociale relaties komen minder expliciet aan de orde.

In zowel het CCM als het ECCM wordt zelfmanagement gezien als een belangrijk aspect in de zorg voor chronisch zieken. In het ECCM ligt hier de nadruk sterker op dan in het CCM. Het gaat hierbij om zelfmanagement door de patiënt en zelfmanagementondersteuning (empowerment) door de zorgverlener. Door een proactieve houding van het zorgteam, wordt samen met de patiënt gewerkt aan zelfmanagement, waarbij de patiënt een actieve rol heeft. Op het gebied van zelfmanagementondersteuning wordt benadrukt dat de effectieve ondersteuning meer in houdt dan mensen instrueren wat zij zelf moeten doen ter behandeling van hun ziekte (Huijben, 2011). Het doel van het ECCM is een kader schetsen

dat gebruikt kan worden om dagelijkse zorg voor patiënten met een chronische ziekte te veranderen van een acuut en reactief proces, naar een proactief en gepland proces op populatieniveau (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009). De combinatie van gezondheidsbevordering op populatieniveau met de behandeling van ziekte op individueel niveau in het ECCM, vormt een goede aanpak voor het bestrijden van de chronische ziektelast (Barr et al., 2003).

In het ECCM wordt de zorgverlening aan chronisch zieke patiënten zowel bekeken vanuit de gemeenschappelijke context (community) als het gezondheidssysteem (health system) (Huijben, 2011, p. 20). Zowel de gemeenschap en het gezondheidssysteem zijn van invloed op zelfmanagement en behoren tot de fysieke omgeving van de patiënt. De gemeenschap omvat de bronnen en het beleid waarin het gezondheidssysteem tot stand komt. Een stimulerende en toegankelijke omgeving draagt bij aan het zelfstandig gaan en blijven bewegen van mensen. Daarnaast kunnen beleid en actieplannen op het niveau van de gemeenschap bijdragen aan lichamelijke beweging wanneer sport en bewegen toegankelijk is voor een grote groep mensen, bijvoorbeeld door het aanbieden van een diversiteit aan beweegactiviteiten in de buurt.

Het gezondheidssysteem gaat voornamelijk om de ondersteuning van de patiënt. Informatie vanuit het gezondheidssysteem draagt bij aan de verbetering van zelfmanagement. Daarnaast worden met het gezondheidssysteem de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt ondersteund. Besluitvaardigheid is hierbij van belang.

Er is een poreuze grens (stippellijn in figuur 3) weergegeven tussen de gemeenschap en het gezondheidssysteem, wat weergeeft dat ideeën, bronnen en mensen kunnen worden uitgewisseld (Barr et al., 2003). Vier aandachtsgebieden (zelfmanagement/ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden, heroriëntatie van de gezondheidszorg, besluitondersteuning, en klinische informatie) bevinden zich op de grens tussen de gemeenschap en het gezondheidssysteem. Dit geeft weer dat deze vier aandachtsgebieden door zowel het gezondheidssysteem als de gemeenschap worden beïnvloed. Het team van zorgverleners heeft als taak om geplande, georganiseerde zorg te leveren, zelfmanagementondersteuning te bieden, te helpen bij medicatiemanagement, zorgcoördinatie, populatiemanagement en zorgmanagement. Informatie en voorlichting als indicatoren van zelfmanagement zijn daarom van belang, wat terug komt in de rol van de patiënt die in het model wordt omschreven als actief en geïnformeerd.

In het ECCM wordt zelfmanagement beïnvloed door zowel het gezondheidssysteem als de gemeenschap, welke elkaar onderling ook beïnvloeden. Er is daarom een goede verbinding nodig tussen de gemeenschap en het gezondheidssysteem. In het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' staat de verbinding tussen zorg en bewegen op gemeenschappelijk niveau centraal; er wordt gekeken naar de rol van de buurtsportcoach die werkzaam is op gemeenschappelijk niveau en die de verbinding legt met de eerstelijns zorg van waaruit mensen gestimuleerd worden om (meer) te bewegen. Het ECCM sluit hier goed bij aan en is daarom gekozen als model om indicatoren voor zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging op lokaal niveau weer te geven, op het gebied van gezondheidsbevordering.

Coleman et al. (2009) hebben door middel van een literatuurreview onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies die het CCM als basis gebruiken. Hieruit blijkt dat wanneer het CCM gebruikt wordt voor het herstructureren van zorg, verbeterde patiëntenzorg en verbeterde gezondheidsresultaten het gevolg zijn. Hung, Rundall, Tallia, Cohen en Crabtree (2007) beschrijven op basis van literatuur dat het ECCM beter toepasbaar is bij gezondheidsbevordering op lokaal niveau. Ervaringen in het toepassen van het ECCM in de praktijk op het gebied van zorg voor chronische zieken zijn niet gevonden in de literatuur.

Omdat in dit onderzoek zelfmanagement centraal staat, is er ter aanvulling van het ECCM gekozen voor een model waarin zelfmanagement op het niveau van de individuele patiënt centraal staat.

## 2.3 Zelfmanagement

In deze paragraaf wordt het 'Generiek model Zelfmanagement' toegelicht. Dit model focust op zelfmanagement en wat hieraan bijdraagt, op het niveau van de patiënt, en is daarom geschikt als theoretische basis in de ontwikkeling van een vragenlijst voor het meten van zelfmanagement bij de individuele patiënt.

### 2.3.1 Het Generiek model Zelfmanagement

Het Generiek model Zelfmanagement (GmZ, figuur 3) is een weergave van de essenties van zelfmanagement en elementen van zelfmanagement waar aandacht aan kan worden besteed in de praktijk, bij mensen met een chronische aandoening (van den Brink et al., 2013).



Figuur 3 Het Generiek model Zelfmanagement (van den Brink et al., 2013)

Het model bestaat uit drie ringen en een kern. In de kern staan de patiënt met een chronische aandoening en de zorgverlener centraal. Het gaat hierbij om de interactie tussen beiden, waarbij partnerschap, communicatie en vertrouwen en respect belangrijke aspecten zijn. Ook familie, vrienden of collega's en andere zorgprofessionals in een zorgteam zijn afgebeeld in de kern vanwege hun rol in de ondersteuning van de patiënt. Om een optimale kwaliteit van leven te realiseren wordt er door de zorgverlener samen met de patiënt gezocht naar een balans tussen de belasting die een ziekte met zich meebrengt en de belastbaarheid van de patiënt. Ook in dit model vormen sociale interacties, waarbij de interactie met de zorgverlener van belang is, een indicator van zelfmanagement.

De eerste ring vanaf de kern (geel in figuur 3) bevat competentiegebieden voor zelfmanagement. De competenties die belangrijk zijn voor de patiënt zijn gerangschikt rondom de patiënt in het model. Dit zijn ziekte-specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, en vermogen tot zelfontplooiing. Vertrouwen in eigen kunnen wordt ook wel self-efficacy genoemd. Het vermogen tot zelfontplooiing komt tot stand door o.a. kennis en self-efficacy. De patiënt heeft kennis over de ziekte nodig; over consequenties en complicaties, en een proactieve houding ten opzichte van de gevolgen van de ziekte voor het persoonlijke leven en eventuele aanpassingen die de ziekte met zich mee brengt (van den Brink et al., 2013). Ter bevordering van zelfmanagement is het van belang te kijken naar de persoonlijke situatie van de individuele patiënt.

Op het gebied van zelfmanagement staan naast de patiënt ook de zorgverlener en het zorgteam centraal. Hun rol is voornamelijk coachend van aard. Drie competenties die belangrijk zijn voor de zorgverlener zijn gerangschikt rondom de zorgverlener, namelijk het vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en het wegwijzen naar voorzieningen. Deze competenties behoren tot zelfmanagementondersteuning.

De tweede ring (lichtgroen in figuur 3) bevat vier aandachtsgebieden die bijdragen aan het zelf nemen van de regie door de patiënt. Dit zijn leven met de ziekte, eigen aandeel in de zorg, ervaringskennis en het organiseren van zorg en hulpbronnen.

De derde ring (donkerder groen in figuur 3) bevat omgevingsfactoren of randvoorwaarden die zelfmanagement kunnen beïnvloeden. Het gaat om de organisatie van zorgprocessen, ICT, kwaliteitseisen, ontwikkeling en onderzoek, opleiding en scholing, financiering, wet- en regelgeving en samenleving. Op deze factoren heeft het individu vaak geen directe invloed. Financiering of kosten kunnen wel beschouwd worden als factoren die van invloed zijn op de individuele mate van zelfmanagement, omdat kosten een belemmerende factor kunnen zijn. De verschillende aspecten in het model bepalen samen de mate van zelfmanagement. Door rekening te houden met deze aspecten en de randvoorwaarden te optimaliseren, kan zelfmanagement verbeterd worden (van den Brink et al., 2013).

### **2.3.2 Vergelijking van het ECCM en het GmZ**

In paragraaf 1.4 is de definitie van zelfmanagement door het LAZ beschreven, waarop het Generiek model Zelfmanagement is gebaseerd (van den Brink et al., 2013). Deze definitie sluit aan bij de definitie van zelfmanagement in het 'Chronic Care Model' (paragraaf 2.2): "Zelfmanagement is het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijk en sociale consequenties van de chronische aandoening en de leefstijl hierop aan te passen" (Improving Chronic Illness Care, z.d.). Beide definities

beschrijven zelfmanagement als het zo goed mogelijk inpassen van een chronische aandoening in het leven van de individuele patiënt.

In de theoretische modellen worden indicatoren voor zelfmanagement benoemd, die in voorgaande paragrafen zijn toegelicht. Omdat het Generiek model Zelfmanagement gebaseerd is op het Chronic Care Model, is er overlap tussen de indicatoren (van den Brink et al., 2013). De belangrijkste indicatoren die in beide modellen worden belicht zijn kennis en informatie, de sociale en fysieke omgeving van de patiënt. Ook self-efficacy en financiering zijn gemeenschappelijke indicatoren. Een verschil tussen het ECCM en het GmZ is dat in het ECCM de gemeenschap en het gezondheidssysteem als twee niveaus worden weergegeven, terwijl dit in het GmZ de niet zo is. In het GmZ wordt de organisatie van zorg- en hulpbronnen, wat overeenkomt met het gezondheidssysteem in het ECCM, beschouwd als een aandachtsgebied voor zelfmanagement. Op deze indicatoren heeft de individuele patiënt vaak geen directe invloed en de patiënt zal zich ook niet altijd bewust zijn van deze indicatoren en de relatie met zelfmanagement. Tabel 1 geeft de indicatoren van zelfmanagement die uit het theoretisch kader gehaald zijn weer.

**Tabel 1** Indicatoren van zelfmanagement uit het theoretisch kader

<b>Indicatoren van zelfmanagement uit het theoretisch kader</b>
1. Empowerment/zelfmanagementondersteuning
2. Financiële middelen/kosten
3. Fysieke omgeving
4. Fysieke staat/gezondheid
5. Informatie/voorlichting
6. Kennis
7. Self-efficacy
8. Sociale contacten

Het volgende hoofdstuk beschrijft de methoden die toegepast zijn in het ontwikkelen van een vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging, bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop. Hiertoe worden de indicatoren van zelfmanagement die uit het theoretisch kader gehaald kunnen worden, aangevuld met indicatoren die gevonden en geformuleerd worden op basis van verschillende onderzoeksmethoden. De omgevingsfactoren en randvoorwaarden, evenals de vaardigheden van de zorgverlener ter ondersteuning en bevordering van zelfmanagement worden hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat de ontwikkelde vragenlijst focust op de individuele patiënt.

## 3. Methoden

### 3.1 Methoden per deelvraag

Dit onderzoek betreft een explorerend kwalitatief onderzoeksdesign (Bowling & Ebrahim, 2005). Op basis van triangulatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden (Bowling & Ebrahim, 2005), zijn indicatoren van zelfmanagement onderzocht. Naast het theoretisch kader en een literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van expertinterviews en focusgroepen om indicatoren van zelfmanagement te selecteren voor de ontwikkeling van een vragenlijst om zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging te meten, bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop. Een kwalitatief onderzoeksdesign sluit hierbij aan omdat ervaringen en meningen van (zorg)professionals en experts erg waardevol kunnen zijn in het onderzoeken van indicatoren. Het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden leidt tot een breed inzicht in indicatoren van zelfmanagement. In tabel 2 is per deelvraag weergegeven welke onderzoeksmethoden gebruikt zijn.

Tabel 2 Methode(n) per onderzoeksvraag

Onderzoeksvragen	Methode(n)	§
<b>Deelvraag 1:</b> <b><i>Welke indicatoren van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging zijn er?</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Welke indicatoren van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging worden beschreven in de literatuur?</li><li>• Welke indicatoren worden benoemd door professionals en patiënten op basis van praktijkervaring?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analyse van theoretische modellen</li><li>• Literatuuronderzoek</li><li>• Expertinterviews</li><li>• Focusgroepen</li></ul>	3.2, 3.3, 3.4
<b>Deelvraag 2:</b> <b><i>Welke indicatoren en vragenlijsten over indicatoren van zelfmanagement zijn geschikt voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging?</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Welke indicatoren van zelfmanagement moet een vragenlijst naar zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bevatten?</li><li>• Welke bestaande vragenlijst per indicator is het meest geschikt voor de ontwikkeling van een nieuwe vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatuuronderzoek</li></ul>	3.5

#### Werkoverleg

Gedurende de onderzoeksperiode zijn er werkoverleggen geweest met de thesis-begeleidster vanuit de WUR en tevens projectleidster van het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen', de promovenda binnen dit project, de student en andere onderzoekers in het project. Tijdens een werkoverleg kwamen onderzoekers bijeen om het onderzoek te bespreken en vragen en problemen gezamenlijk te bediscussiëren en op te lossen. Meningen van professionals en patiënten uit interviews en focusgroepen zijn meegenomen in discussies, evenals de literatuurreresultaten. De werkoverleggen zijn met name toegepast in de onderzoeksfase waarin de vragenlijst daadwerkelijk tot stand is gekomen. In de volgende paragrafen worden de onderzoeksmethoden toegelicht. Paragraaf 3.2 gaat over het

literatuuronderzoek, paragraaf 3.3 over de expertinterviews. In paragraaf 3.4 worden de focusgroepen nader toegelicht en in paragraaf 3.5 de selectie van geschikte vragenlijsten. De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 4, alsmede de ontwikkeling van de vragenlijst.

## 3.2 Literatuuronderzoek

### 3.2.1 Literatuuronderzoek naar indicatoren van zelfmanagement

Als eerste stap in het onderzoek naar indicatoren van zelfmanagement is een literatuurstudie uitgevoerd. Er zijn twee wetenschappelijke databases gebruikt: PubMed en Web of Science (WoS). Verschillende combinaties van zoektermen zijn samengevoegd om te komen tot een definitieve zoekactie (tabel 3). De zoektermen zijn geformuleerd aan de hand van de onderzoeksvragen. De zoekacties in PubMed en WoS zijn zoveel mogelijk op elkaar afgestemd; de begrippen die tot de Mesh-terms behoren die in PubMed zijn gebruikt, zijn gecombineerd tot een vergelijkbare zoekactie in WoS. Het doel hiervan is om een zo overeenkomstig mogelijk resultaat aan artikelen te krijgen uit beide databases. In PubMed is een filter ingesteld voor mensen van 18 jaar en ouder, in WoS is via de zoekactie op volwassenen gezocht. In aanvulling op de wetenschappelijke databases is bij Nederlandse organisaties zoals het CBO en TNO gezocht naar documenten over zelfmanagement.

Tabel 3 Resultaten zoekacties in PubMed en Web of Science

Database	Zoekactie	Resultaat
PubMed	((((((("elevated fasting plasma glucose") OR "Obesity, Abdominal"[Mesh]) OR "low high-density cholesterol") OR "Hypertension"[Mesh]) OR "Hypertriglyceridemia"[Mesh]) OR "Metabolic Syndrome X"[Mesh]) OR "Chronic Disease"[Mesh])) AND (((("Self Care"[Mesh] AND "Exercise"[Mesh])))	79
Web of Science	TOPIC: (((adult*) OR (elderly) OR (old*))) AND TOPIC: ((exerci*) AND TOPIC: (("self manag*") OR ("self car*")) AND TOPIC: (((chronic*) AND (ill* OR disease*)) OR ((syndrome*) AND (("insuline resistance") OR (metabolic) OR (reaven) OR (dysmetabolic) OR ("metabolic cardiovascular"))) OR (("elevated fasting plasma glucose") OR (obes*) OR ("low high density cholesterol") OR (hypertens*) OR ("hypertriglyceridemia"))) AND TOPIC: (measur* OR tool OR question*)	103

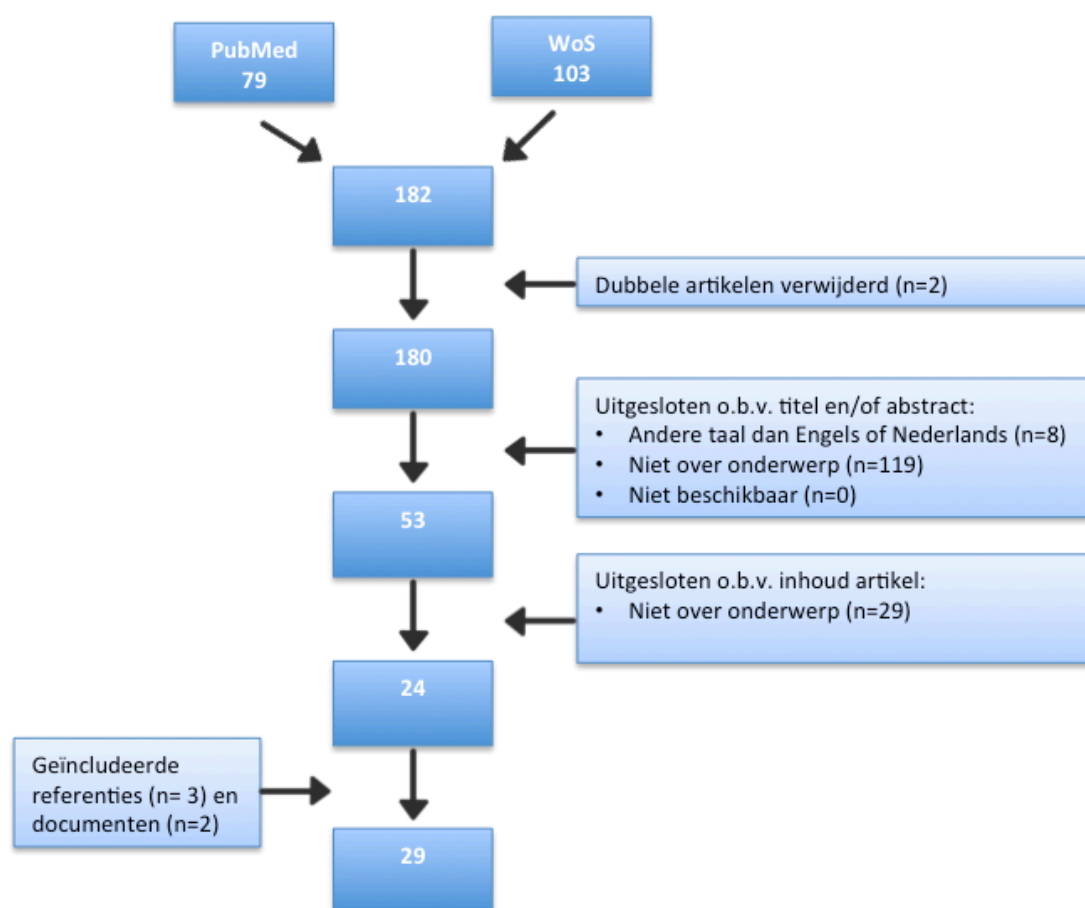
### 3.2.2 Selectie en analyse van de artikelen

De resultaten uit PubMed en WoS zijn in EndNote X5 samengevoegd en ontdubbeld, waarna er 180 artikelen over bleven. Deze artikelen zijn individueel door twee onderzoekers beoordeeld op basis van titel en abstract aan de hand van de geformuleerde in- en exclusiecriteria (tabel 4). Deze criteria zijn opgesteld in overleg tussen de onderzoekers, waarbij alleen studies met een volwassen doelgroep zijn geïncludeerd en waarbij indicatoren van zelfmanagement werden beschreven. Studies over orgaantransplantatie en postoperatief bewegen zijn buiten beschouwing gelaten omdat beweging hierbij een andere functie heeft dan het verminderen of voorkomen van cardiovasculaire complicaties of ziekten in de toekomst, terwijl in dit onderzoeksproject daar de focus op ligt. De artikelen waarbij de onderzoekers het niet met elkaar eens waren over in- of exclusie na individuele beoordeling, zijn gezamenlijk besproken. In totaal zijn er 53 artikelen geselecteerd.

Tabel 4 In- en exclusiecriteria artikelen literatuurstudie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Engels- of Nederlandstalig	Boeken
Deelnemers 18+	Niet volledig beschikbare artikelen
Beschrijving zelfmanagement(indicatoren)	Studies over orgaantransplantatie
Chronische aandoeningen	Studies over postoperatief bewegen

De 53 artikelen zijn kritisch gelezen en nogmaals beoordeeld op basis van de in- en exclusiecriteria (tabel 4). Uit deze 53 artikelen zijn 24 artikelen geselecteerd die in de literatuurstudie zijn opgenomen. Er is gescreend op relevante referenties via de sneeuwbal methode (Thomas, 2013). Op deze manier zijn er drie artikelen toegevoegd. Ook zijn er twee documenten geselecteerd die via Nederlandse organisaties gevonden zijn. Het totale aantal geïncludeerde artikelen is 29 (figuur 4).



Figuur 4 Selectie van artikelen over indicatoren van zelfmanagement

De literatuur is geanalyseerd aan de hand van het theoretisch kader. De indicatoren die uit het theoretisch kader gehaald zijn, zijn uitgebreid met indicatoren uit de literatuur. De artikelen en documenten zijn gescreend op indicatoren van zelfmanagement en per indicator is er een term geformuleerd, zoals 'sociale contacten en sociale steun'.



### 3.3 Expertsinterviews

#### 3.3.1 Interviews met zelfmanagementexperts

Voor het bespreken van zelfmanagement in de praktijk hebben er twee interviews plaatsgevonden met experts. Interviews zijn hiervoor een geschikte methode omdat op deze manier direct veel informatie verkregen kan worden (Bowling & Ebrahim, 2005). De professionals zijn benaderd door middel van snowball sampling (Bowling & Ebrahim, 2005) en naar aanleiding van hun expertise op het gebied van zelfmanagement. Beide experts waren werkzaam voor het Landelijk Actieplan Zelfmanagement via twee betrokken instanties, waarbij zij onderzoek hebben gedaan naar zelfmanagement. Daarnaast heeft één van de experts praktijkervaring met zelfmanagement als fysiotherapeut, de andere expert als wijkverpleegkundige. Op grond van deze functies hebben de experts uitgebreide kennis opgedaan over zelfmanagement bij patiënten.

Voor de interviews is een leidraad opgesteld (appendix II). Het kader van de leidraad wordt gevormd door het Expanded Chronic Care Model en het Generiek model Zelfmanagement, waarbij de indicatoren die hierin beschreven zijn in de interviewleidraad zijn opgenomen. De interviews zijn semigestructureerd en bevatten open en gesloten vragen, welke opgesteld en bediscussieerd zijn tijdens een aantal werkoverleggen. Het doel is om de experts zoveel mogelijk te laten vertellen over indicatoren van zelfmanagement (en lichamelijke beweging). Om het interview te sturen in de richting van zelfmanagementindicatoren en om de indicatoren uit het theoretisch kader en de literatuur te bespreken met de experts, is een lijst met de vijftien indicatoren aan de experts voorgelegd. De experts is gevraagd om hun mening te geven over deze lijst en deze waar nodig aan te vullen.

De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers met één onderzoeker in de rol van interviewer en één onderzoeker als observator. De interviewer neemt de leiding en kan het gesprek sturen in de gewenste richting (Bowling & Ebrahim, 2005). De observator luistert aandachtig en maakt aantekeningen tijdens het interview. Ook heeft de observator de mogelijkheid om de interviewer waar nodig aan te vullen.

De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. De experts hebben hiervoor een toestemmingsverklaring ingevuld (appendix III). De geluidsopnames zijn gebruikt voor het transcriberen van de interviews. De gegevens zijn anoniem verwerkt. Beide interviews duurden ongeveer een uur en vonden plaats op de werkplek van de experts. Na afloop van de interviews zijn de indrukken van de aanwezige onderzoekers onderling besproken. Beide experts hebben ter verificatie van de uitgewerkte interviews een reactie met eventuele aanpassingen gegeven. Dit komt de betrouwbaarheid en validiteit van het interview ten goede.

#### 3.3.2 Analyse van de interviews

De letterlijke transcripties van de interviews zijn geanalyseerd en gecodeerd met behulp van het programma ATLAS.ti 7.1.4. In eerste instantie is er gecodeerd met vooraf opgestelde codes op basis van de indicatoren uit het theoretisch kader en de literatuur. Daarna zijn er nieuwe codes toegevoegd aan de hand van nieuwe indicatoren die in de interviews besproken werden. In appendix VII is het codeerschema opgenomen.

## 3.4 Focusgroepen

### 3.4.1 Focusgroepen met netwerk van de buurtsportcoach

Om de indicatoren van zelfmanagement breed in kaart te brengen zijn er ook focusgroepen georganiseerd. Een focusgroep is een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij er een interactieve discussie gevoerd wordt over specifieke onderwerpen (Lucassen & olde Hartman, 2007). Deelnemers leveren hierbij informatie vanuit hun persoonlijke ervaring, waarmee informatie over indicatoren uit de literatuur uitgebreid kan worden. In het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' zijn er focusgroepen georganiseerd in de negen deelnemende gemeenten. Hiervan zijn twee focusgroepen bijgewoond die in de beschikbare tijd gepland waren, in Franeker en in Nijmegen. Voor de focusgroepen zijn professionals benaderd uit het netwerk van de buurtsportcoach, die praktijkervaring hebben met patiënten die (gaan) bewegen vanwege hun gezondheid. Het selecteren van deelnemers met kennis over een bepaald onderwerp wordt 'purposive sampling' genoemd (Thomas, 2013, p. 37). In Franeker en Nijmegen waren er fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, een diëtiste, een huisarts, leden van verschillende gemeentelijke organisaties op het gebied van gezondheid en bewegen zoals Tandem welzijnsorganisatie en sportservice Nijmegen, en leefstijlcoaches/buurtsportcoaches aanwezig. Ook waren er buurtbewoners aanwezig.

Voor de focusgroepen is een leidraad ontwikkeld op basis van het theoretisch kader en de indicatoren die gevonden zijn in de literatuur en de interviews (appendix IV). Het doel was het bespreken van indicatoren van zelfmanagement zoals deze door (zorg)professionals ervaren worden, gebaseerd op hun praktijkervaring. Op deze manier worden resultaten uit de literatuur vergeleken met resultaten uit de praktijk. Voor het notuleren tijdens de focusgroepen is een observatieschema gebruikt. Dit schema is opgesteld aan de hand van aandachtspunten beschreven door Lucassen en olde Hartman (2007, p. 59). Het observatieschema is onderdeel van de focusgroepleidraad.

In overeenstemming met richtlijnen voor rollen binnen focusgroepen, is gewerkt met een moderator en een observator (Thomas, 2013; Lucassen & olde Hartman, 2007). De moderator wordt ook wel de gespreksleider of facilitator genoemd. Het doel is om een discussie onder deelnemers te faciliteren/modereren, bepaalde onderwerpen of vragen aan te dragen en deelnemers te stimuleren dan wel af te remmen in hun participatie. Een tweede onderzoeker heeft de rol van observator. Het voordeel van een onderzoeker in de rol van observator is dat hij of zij kan letten op de interactie en non-verbale communicatie, de context en de omgeving en het gedrag van de deelnemers, wat bijdraagt aan een nauwkeurige verwerking van de gegevens (Thomas, 2013). De observator heeft ook als taak om de gespreksleider waar nodig te ondersteunen, zodat alle vooraf vastgestelde vragen en onderwerpen aan bod komen.

In beide focusgroepen werden in een korte inleiding de onderzoekers voorgesteld, werd kort uitgelegd wat het doel en de opzet van de focusgroep was en de tijd die ervoor beschikbaar was. Er zijn geluidsopnames gemaakt met een voicerecorder, waarvoor de deelnemers een

toestemmingsverklaring hebben ingevuld (appendix V). De geluidsopnames zijn gebruikt voor het transcriberen van de interviews. De gegevens zijn anoniem verwerkt.

Aan de deelnemers is gevraagd om in anderhalve minuut tijd zoveel mogelijk indicatoren van zelfmanagement te noteren op post-its. Deze post-its werden daarna ingeleverd bij de gespreksleider en met de observator geanalyseerd op overeenkomsten en gezamenlijk besproken. In aanvulling daarop is een flap-over met indicatoren van zelfmanagement gebruikt om de indicatoren uit literatuur en interviews in de groep te bespreken. Na afloop van de focusgroepen zijn de indrukken van de aanwezige onderzoekers die betrokken zijn bij het project, onderling besproken.

### **3.4.2 Analyse van de focusgroepen**

De letterlijke transcripties van de focusgroepen zijn geanalyseerd en gecodeerd met behulp van het programma ATLAS.ti 7.1.4. De codes die hiervoor gebruikt zijn, zijn gebaseerd op indicatoren uit de theoretische modellen, literatuur en expertinterviews. In appendix VII is het codeerschema opgenomen dat gebruikt is voor het analyseren van zowel de interviews als de focusgroepen.

### 3.5 Ontwikkeling van de vragenlijst

Zoals beschreven in de probleemstelling, is er vraag naar een schriftelijke vragenlijst over zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging. Deze vragenlijst bevat indicatoren van zelfmanagement. De indicatoren die gevonden zijn op basis van het theoretisch kader, in de literatuur, interviews en focusgroepen, zijn bediscussieerd tijdens werkoverleg. Indicatoren die in de resultaten van minstens twee onderzoeksmethoden naar voren komen (bijvoorbeeld in de literatuur en in een focusgroep) zijn geselecteerd voor de vragenlijst, tenzij de indicator niet geschikt is om te meten met een vragenlijst over zelfmanagement. Dit is besproken tijdens werkoverleg, op basis van hoe vaak de indicatoren benoemd worden, hoe relevant de indicatoren door de onderzoekers bevonden worden en de in- en exclusiecriteria uit tabel 5 zijn hierbij toegepast. Indicatoren die niet met minimaal twee onderzoeksmethoden gevonden zijn, zijn uitgesloten.

Tabel 5 In- en exclusiecriteria voor indicatoren in de vragenlijst over zelfmanagement en bewegen

Inclusiecriteria indicator	Exclusiecriteria indicator
Relevante indicator op basis van literatuur, interviews, focusgroepen en/of werkoverleg	Indicator is al onderdeel van de uitgebreide vragenlijst over lichamelijke beweging in het project
Indicator is meetbaar met een vragenlijst	Overlap met andere indicatoren
Gevonden met minstens twee verschillende onderzoeksmethoden	Uitkomstmaat van de indicator is niet relevant voor dit onderzoeksproject

Voor elke zelfmanagementindicator is gezocht naar een geschikte bestaande vragenlijst op het gebied van lichamelijke beweging, of zijn geschikte vragen ontwikkeld door de onderzoekers. In eerste instantie zijn de artikelen uit de literatuurstudie gescreend op geschikte vragenlijsten. In aanvulling hierop is de zoekmachine Google ([www.google.com](http://www.google.com)) gebruikt om geschikte vragenlijsten te vinden. De gebruikte zoektermen zijn 'vragenlijst'/'questionnaire', 'lichamelijke beweging'/'lichamelijke activiteit', of 'physical activity'/'physical exercise', in combinatie met de Nederlandse of Engelse vertaling van de indicatoren. Bij voorkeur zijn er gevalideerde vragenlijsten gebruikt. Om de validiteit van de vragenlijsten na te gaan, zijn bijbehorende artikelen die de validiteit toelichten, gelezen. Indien er geen Nederlandstalige vragenlijst gevonden werd, is er gezocht naar Engelstalige instrumenten. De in- en exclusiecriteria voor de selectie van vragen(lijsten) staan in tabel 6.

Tabel 6 In- en exclusiecriteria vragenlijsten over zelfmanagement en lichamelijke beweging

Inclusiecriteria vragenlijst	Exclusiecriteria vragenlijst
Nederlands- of Engelstalig	Algemene vragenlijsten over zelfmanagement
Meet een indicator van zelfmanagement	Kinderen als doelgroep
Vragen gaan over lichamelijke beweging	Invullen kost te veel tijd

Wanneer er voor het meten van een indicator geen geschikte bestaande vragenlijst gevonden is, of ter aanvulling van bestaande vragen(lijsten), zijn vragen door de onderzoekers ontwikkeld. Deze vragen zijn uitvoerig besproken tijdens werkoverleg met de onderzoeksgroep, om te bepalen of de vragen geschikt en toepasbaar zijn voor het meten van indicatoren in een vragenlijst over zelfmanagement en lichamelijke beweging.

## 4. Resultaten

Uit het theoretisch kader zijn acht indicatoren van zelfmanagement gehaald, namelijk empowerment, financiële middelen of kosten, de fysieke omgeving, fysieke staat, informatie en voorlichting, kennis, self-efficacy, en sociale contacten. Deze indicatoren zijn besproken in hoofdstuk 2 en vormen de basis voor het verdere onderzoek naar indicatoren van zelfmanagement. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de resultaten beschreven van de literatuurstudie (paragraaf 4.1), expertinterviews (paragraaf 4.2) en focusgroepen (paragraaf 4.3).

### 4.1 Indicatoren in de literatuur

In paragraaf 4.1 wordt antwoord gegeven op deelvraag 1:

*“Welke indicatoren van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging zijn er?”*

#### 4.1.1 Kenmerken van de geselecteerde artikelen

In het literatuuronderzoek zijn 29 artikelen geselecteerd en uitgewerkt in appendix I. De artikelen zijn voornamelijk wetenschappelijk van aard (n=27), waaronder dertien observationele of beschrijvende studies (Annesi & Marti, 2011; Cromwell & Adams, 2007; Duru et al., 2008; Glasgow, Fisher, Skaff, Mullan & Toobert, 2007; Helduser, Bolin, Vuong, Moudini, Begaye, Huber Jr., Ory & Forjuoh, 2013; Hernandez-Tejada, Campbell, Walker, Smalls, Davis & Egede, 2012; Kratz, Molton, Jensen, Ehde & Nielson, 2011; Morris, Sanders, Kennedy & Rogers, 2011; Munir et al., 2009; Ory et al., 2013; Sallis, Pinski, Grossman, Patterson & Nader, 1988; Sallis, Grossman, Pinski, Patterson & Nader, 1987; Sol, van der Graaf, van Petersen & Visseren, 2011), negen experimentele studies (Chang, Fritschi & Kim, 2012; Crowley, Grubber, Olsen, & Bosworth, 2012; Damush, Perkins & Miller, 2006; Du et al., 2011; Lorig et al., 1999; Ma, King, Wilson, Xiao & Stafford, 2009; Naik et al., 2011; Park, Chang, Kim & Kwak, 2012; Wakabayashi et al., 2011), en vijf literatuurstudies (Cameron, 2012; Conn, Hafdahl, Brown & Brown, 2007; Gao & Yuan, 2011; May, 2010; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter & McGheel, 2004). Daarnaast is er één module over zelfmanagement geselecteerd (CBO, 2014) en één uitwerking van een congrespresentatie (TNO, z.d.).

Het grootste deel van de onderzoeken is uitgevoerd in de Verenigde Staten (n=17), maar ook zijn er studies uit Engeland (n=4), Nederland (n=3), Korea (n=2), China, Japan en Australië. Zelfmanagement is een onderwerp dat recentelijk veel aandacht krijgt. Zestien studies die in dit onderzoek geïnccludeerd zijn, zijn na 2010 gepubliceerd, elf studies zijn gepubliceerd tussen 2004 en 2011. In 27 van de 29 artikelen gaat het over chronische aandoeningen. Elf studies gaan over chronische ziekten in het algemeen, vijf over Diabetes Mellitus, vier over hypertensie, twee over overgewicht of obesitas en twee over kanker. Er is één studie met als doelgroep mensen met COPD, één met lage rugpijn en osteoartritis, en één studie over

Multiple Sclerose. De twee studies die niet over chronische aandoeningen gaan hebben gezonde mensen geïncludeerd. In deze artikelen gaat het over het ontwikkelen van vragenlijsten voor het meten van sociale steun en self-efficacy (Sallis et al., 1988; Sallis, et al., 1987).

#### 4.1.2 Zelfmanagement en lichamelijke beweging in de literatuur

In de literatuur worden verschillende definities van zelfmanagement gegeven, waarbij gefocust wordt op chronische aandoeningen. Een voorbeeld van zo'n definitie is: "Zelfmanagement gaat over de persoon met een chronische aandoening die activiteiten onderneemt ter bescherming en bevordering van de gezondheid, het monitoren en managen van symptomen en tekenen van de ziekte, het managen van de impact van de ziekte op het functioneren, emoties en interpersoonlijke relaties, en therapietrouw" (Cameron, 2012, p. 333). Zelfmanagement gaat om het in staat zijn aan te passen aan de aandoening met nieuwe verworven vaardigheden. Het CBO (2014) beschrijft dit als volgt: "Zelfmanagement is een gegeven, onlosmakelijk verbonden met het hebben van een chronische ziekte. Het gaat om de inspanningen die een persoon met een chronische ziekte doet om een zo goed mogelijk compromis te vinden tussen de eisen van de ziekte en de eisen van het leven" (p. 3). Zelfmanagement wordt ook wel omschreven als het nemen van de eigen regie door patiënten. Ook de definitie van zelfmanagement die door het CBO is ontwikkeld en in dit onderzoek centraal staat, richt zich op chronisch zieken, evenals het Generiek model Zelfmanagement wat gebaseerd is op het Chronic Care Model (hoofdstuk 1). In laatstgenoemde model vormt zelfmanagement de kern.

Het 'Chronic Disease Self-Management Program' (CDSMP) is ontwikkeld voor mensen met een chronische aandoening. Het CDSMP is een zelfmanagementprogramma dat ontwikkeld is aan Stanford University (Lorig et al., 1999). Gedurende zes weken worden in wekelijkse bijeenkomsten met een kleine groep deelnemers verschillende onderwerpen met betrekking tot zelfmanagement besproken, waaronder lichamelijke beweging, voeding, emoties, communicatie en medicatie (Jonker, Comijs, Knipscheer & Deeg, 2009). CDSMP's geven informatie en leren praktische vaardigheden op het gebied van het managen van ziekten. Dit is een toevoeging op wat patiënten leren van zorgverleners. Het doel is het verbeteren van zelfmanagement bij een heterogene groep mensen met één of meerdere chronische aandoeningen, en het opbouwen van zelfvertrouwen om zelf gezondheid te handhaven en chronische aandoeningen te managen (Cameron, 2012; Lorig et al., 1999). Eén van de gewenste uitkomsten is een toename in lichamelijke beweging. Een aantal onderzoekers heeft zich gericht op het onderzoeken van de invloed van deelname aan het CDSMP op de mate van lichamelijke beweging (Cameron, 2012; Damush et al., 2006; Helduser et al., 2013; Jonker et al., 2009; Lorig et al., 1999). In al deze studies is het resultaat dat deelnemers aan het CDSMP na afronding van het programma meer zijn gaan bewegen.

Lichamelijke activiteit wordt in de literatuur vaak omschreven als onderdeel van zelfmanagement(gedrag), zoals medicatiegebruik of een gezond dieet (Cameron, 2012; Chang et al., 2012; Conn et al., 2007; Crowley et al., 2012; Helduser et al., 2013; Hernandez-Tejada et al., 2012; Kratz et al., 2011; Morris et al., 2011). Een hoge mate van zelfmanagement wordt geassocieerd met lichamelijke beweging, het zelf innemen van de juiste medicatie en gezonde voeding.

Bij studies die gaan over Multiple Sclerose, osteoartritis en chronische lage rugpijn, heeft lichamelijke beweging als doel het verlichten van pijn (Heckman-Stone & Stone, 2001; Kratz et al., 2011; May, 2010). Net zoals bij postoperatief bewegen heeft lichamelijke beweging hier een ander doel dan waar in dit onderzoek op gefocust wordt, namelijk het voorkomen van cardiovasculaire complicaties of ziekten in de toekomst.

Omdat deze aandoeningen chronische van aard zijn, waarbij zelfmanagement van belang is, zijn toch enkele van deze studies over zelfmanagement bij pijnverlichting daarom geselecteerd in de literatuurstudie.

### 4.1.3 Indicatoren

Op basis van de literatuur zijn vijftien indicatoren van zelfmanagement geformuleerd. In tabel 7 staan de vijftien indicatoren weergegeven, met achter elke indicator tussen haakjes het aantal artikelen waarin de indicator genoemd wordt. De indicatoren worden toegelicht aan de hand van artikelen uit de literatuurstudie. Onder de verschillende kopjes in deze paragraaf worden de indicatoren die gerelateerd zijn aan elkaar, of die in dezelfde artikelen worden besproken gezamenlijk toegelicht.

Tabel 7 Indicatoren uit de literatuur

Indicatoren uit de literatuur
1. Bereidwilligheid (2)
2. Doorzettingsvermogen (1)
3. Empowerment (3)
4. Ervaren belang (2)
5. Financiële middelen/kosten (3)
6. Fysieke omgeving (3)
7. Fysieke staat/gezondheid (4)
8. Kennis (8)
9. Partner/naaste(n) (1)
10. Patiëntvoorlichting/-educatie (9)
11. Probleemoplossend vermogen (4)
12. Self-efficacy (14)
13. Sociale contacten/sociale steun (11)
14. Verbetering ervaren (1)
15. Zelfmonitoring (5)

#### Doorzettingsvermogen, bereidwilligheid en ervaren belang bij pijnzelfmanagement

Doorzettingsvermogen en bereidwilligheid zijn indicatoren van zelfmanagement bij ziekten waarbij pijn een vooraanstaand symptoom is (Kratz et al., 2011). Voorbeelden van deze ziekten zijn Multiple Sclerose of osteoartritis. De bereidwilligheid om meer te bewegen komt volgens Kratz et al. (2011) voort uit het geloof dat het van belang is en het geloof in de mogelijkheid om het beweeggedrag uit te kunnen voeren, ofwel self-efficacy. Met doorzettingsvermogen wordt bedoeld, het vermogen om beweeggedrag vol te houden ondanks barrières. Wanneer lichamelijke beweging pijn oplevert, vereist dit veel vermogen van de patiënt om te gaan en blijven bewegen (May, 2010). Ervaren belang wordt door Kratz et al. (2011) omschreven als een voorspellende factor voor de bereidwilligheid tot gedragsverandering. Overtuigingen met betrekking tot de kosten-/batenerhouding, ervaringen met lichamelijke beweging en persoonlijke omstandigheden van een individu bepalen het ervaren belang van lichamelijke beweging.

## **Empowerment**

“Empowerment is een proces dat een individu’s capaciteit voor positieve veranderingen in zichzelf, of in gedrag vergroot” (Chang, et al., 2012, p. 119). Empowerment gaat over een actieve deelname, sterke sociale steun en het verwezenlijken van kennis en vaardigheden. Zelfmanagementondersteuning door de zorgverlener is hierbij van belang (van den Brink et al., 2013). Het is een nieuwe aanpak in het verbeteren van zelfmanagement. Hernandez-Tejada et al. (2012) hebben onderzoek gedaan naar empowerment bij diabetespatiënten, waarbij empowerment geassocieerd wordt met een toegenomen therapietrouw en toegenomen kennis en zelfzorg, waaronder meer lichamelijke beweging. In een studie van May (2010) leidt empowerment ook tot een verbetering van zelfmanagement en meer lichamelijke beweging. Empowermentinterventies blijken effectiever in het verbeteren van zelfmanagement dan standaardinterventies bij hypertensie (Chang et al., 2012).

## **Kosten en de fysieke omgeving**

Kosten die ontstaan als gevolg van lichamelijke beweging zijn van invloed op de mate van beweging en zelfmanagement. Hoge kosten zijn een belemmerende factor (CBO, 2014; Crowley et al., 2012). Voorbeelden van deze kosten zijn een lidmaatschap van de sportschool, materiaalkosten of de kosten van een beweegprogramma of fysiotherapie wat wel of niet vergoed wordt door een zorgverzekeraar (Cromwell & Adams, 2007).

Met de fysieke omgeving wordt bedoeld, de buurt of wijk waarin een individu zich bevindt. Deze omgeving kan meer of minder aantrekkelijk zijn om in te (gaan) bewegen. Tot de fysieke omgeving behoort bijvoorbeeld de toegankelijkheid van fiets- of wandelpaden, het aantal beweegtuinten in de buurt, de bereikbaarheid van sportverenigingen of het weer (Cromwell & Adams, 2007). Daarnaast kan onder de fysieke omgeving ook wet- en regelgeving, financiering (kosten), en beleid en organisatie ten aanzien van zorg en sport worden verstaan (Barr et al., 2003; van den Brink et al., 2013). Een slechte toegankelijkheid tot de bronnen en middelen die nodig zijn om te kunnen bewegen is volgens Du et al. (2011) een extrinsieke barrière voor lichamelijke beweging. Er wordt echter in een studie van Duru et al. (2008) géén significante associatie gevonden tussen het blijven bewegen van patiënten met diabetes na het afronden van een zelfmanagementprogramma en een stimulerende omgeving.

## **Fysieke staat**

De fysieke staat of gezondheid van een patiënt gaat over eventuele aanwezige fysieke aandoeningen of beperkingen. Lichamelijke beweging heeft als doel om de gezondheid of fysieke staat te verbeteren, complicaties te voorkomen of risico’s op ziekte(n) te verminderen. Andersom heeft de fysieke staat een significante impact op de mate van lichamelijke beweging waartoe een patiënt in staat is (Gao & Yuan, 2011; Helduser et al., 2013; Lorig et al., 1999; Morris et al., 2011).



## **Kennis en educatie**

Kennis op het gebied van lichamelijke beweging en gezondheid is het weten en begrijpen wat voor impact lichamelijke beweging op de fysieke staat of gezondheid heeft. Kennis wordt in de literatuur vaak in relatie tot zelfmanagement beschreven (CBO, 2014; Chang et al., 2012; Crowley et al., 2012; Hernandez-Tejada et al., 2012; Gao & Yuan, 2011; Naik et al., 2011; Glasgow et al., 2007; Wantland et al., 2004). Morris et al. (2011) beschrijven dat informatie over het zelf managen van ziekten door patiënten als té algemeen of zelfs als tegenstrijdig wordt beschouwd, wanneer zij lijden aan meerdere chronische ziekten. In Nederland hebben bijna 2 miljoen mensen meer dan één chronische aandoening (Gijsen, van Oostrom & Schellevis, 2014). Het geven van duidelijke, individuele informatie aan patiënten is daarom van belang. Goede patiëntvoorlichting wordt zowel in het theoretisch kader als in de literatuur omschreven als een factor die zelfmanagement bevordert (Chang et al., 2012; Conn et al., 2007; Lorig et al., 1999; Ma et al., 2009; May, 2010; TNO, z.d; Wakabayashi et al., 2011; Wantland et al., 2004). Conn et al. (2007) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar het effect van educatieve interventies met als doel het verbeteren van lichamelijke activiteit bij chronisch zieke patiënten, door het geven van voorlichting over lichamelijke beweging. Uitkomsten van verschillende interventies in deze meta-analyse tonen aan dat educatie leidt tot een toename in lichamelijke beweging, maar dat de resultaten per studie verschillen in sterkte. In meerdere studies wordt het effect beschreven van voorlichting op zelfmanagement. In een studie van Park et al. (2012) verbeteren self-efficacy en zelfzorg door deelname aan een zelfmanagementprogramma waarbij educatie een centrale rol heeft. Wantland et al. (2004) beschrijven hetzelfde effect na het volgen van een online-interventie waarbij het geven van informatie op individueel patiëntniveau centraal staat.

## **Self-efficacy**

Self-efficacy blijkt een belangrijke indicator van zelfmanagement te zijn en wordt uitgebreid beschreven in de literatuur (Annesi & Marti, 2011; Cameron, 2012; CBO, 2014; Du et al., 2011; Gao & Yuan, 2011; Kratz et al., 2011; Ma et al., 2009; Sallis et al., 1988; TNO, z.d.). Self-efficacy gaat over het vertrouwen in het eigen kunnen. Door een hoge mate van self-efficacy neemt adequaat zelfmanagementgedrag toe, met als gevolg een toename in lichamelijke activiteit bij patiënten met een cardiovasculaire aandoening (Sol et al., 2011). Een lage mate van self-efficacy is een (intrinsic) barrière voor lichamelijke beweging (Cromwell & Adams, 2007; Du et al., 2011). Er is een hoge mate van bewegings-self-efficacy nodig voordat mensen gemotiveerd zijn tot het verbeteren van hun mate van lichamelijke inspanning. Enkele auteurs geven een definitie van self-efficacy, specifiek op het gebied van lichamelijke beweging. Park et al. (2012) beschrijven bewegings-self-efficacy als “de mate waarin een individu zich zeker voelt in de mogelijkheid tot lichamelijke beweging” (p. 715). Van Zuyl-Schalekamp (1991) heeft een definitie gehanteerd die zich specifiek richt op een beweegprogramma: “Bewegings-self-efficacy is het geloof dat iemand bekwaam met een persoonlijk beweegprogramma kan beginnen en dit kan volhouden, en dat dit programma positieve gezondheidsuitkomsten zal hebben” (p. 24). Om self-efficacy te meten heeft Badura (1997) een vragenlijst ontwikkeld, waar Resnick en Jenkins (2000) hun vragenlijst over self-efficacy en lichamelijke beweging op hebben gebaseerd: de ‘Self-efficacy for Exercise Scale’ (Resnick & Jenkins, 2000; Park et al., 2012).

### **Probleemoplossend vermogen**

Enkele artikelen over het managen van Diabetes Mellitus beschrijven het probleemoplossend vermogen als onderdeel van zelfmanagement (Damush et al., 2006; Glasgow et al., 2007; Helduser et al., 2013; Ma et al., 2009). Probleemoplossende vaardigheden zijn geconceptualiseerd als het bepalen hoe een individu reageert op uitdagingen en als sterke invloed op de mate van zelfmanagement (in de behandeling van diabetes) (Glasgow et al., 2007). Het probleemoplossend vermogen is ook onderdeel van het CDSMP (Lorig et al., 1999), maar wordt in de artikelen in de literatuurstudie omschreven als het reageren op fysieke gebeurtenissen als gevolg van ziekten, zoals een hypoglycaemie.

### **Sociale contacten en de rol van partner of naaste(n)**

De sociale omgeving van een individu heeft invloed op zelfmanagementgedrag (Cromwell & Adams, 2007; Crowley et al., 2012; Damush et al., 2006; Gao & Yuan, 2011; Helduser et al., 2013; Ma et al., 2009; Ory et al., 2013; Sallis et al., 1987). De sociale omgeving kan stimulerend, maar ook beperkend werken. Tot de sociale omgeving behoren onder anderen de partner, familie, vrienden, collega's, maar ook sociale contacten uit een beweegprogramma of sportactiviteit en de beweegbegeleider. Cromwell en Adams (2007) omschrijven sociale factoren als steun van familie, tijdgebrek door werk, familie, vrienden en socioculturele geloven. Een goede interactie en communicatie met de zorgverlener staat centraal in zelfmanagement (CBO, 2014; Morris et al., 2011; Naik et al., 2011; TNO, z.d.). Ook de partner heeft een belangrijke rol op het gebied van zelfmanagement (Sallis et al., 1987). Wanneer de patiënt niet gesteund wordt door zijn of haar partner, kan dit een belemmerende factor zijn.

### **Verbetering ervaren en zelfmonitoring**

Het ervaren van verbetering gaat om een subjectieve beleving waarin de patiënt zich daadwerkelijk beter voelt, als gevolg van lichamelijke beweging. Volgens Du et al. (2011) kunnen patiënten het gevoel van controle over hun leven terugkrijgen door effectief zelfmanagementgedrag, ondanks het hebben van een chronische aandoening. Als gevolg van dit gevoel van controle worden een gezonde leefstijl en emotionele stabiliteit bevorderd. Het niet direct ervaren van de voordelen van of fysieke verbetering door lichamelijke beweging kan een barrière vormen in het volhouden van beweging. Het ervaren van verbetering in fysieke gesteldheid of gezondheid kan naast de subjectieve beleving ondersteund worden met fysieke testen die aantonen dat er daadwerkelijk een verbetering heeft opgetreden. Een voorbeeld van zo'n fysieke test is de 'Zes-minuten-looptest', waarbij de patiënt zelf zijn of haar fysieke staat kan monitoren (Du et al., 2011). Verbetering ervaren hangt op deze manier samen met de indicator zelfmonitoring. Zelfmonitoring bevordert zelfmanagement omdat de patiënt op deze manier zelf in staat is zijn gezondheid te controleren en eventueel te handhaven of bevorderen (Morris et al., 2011; May, 2010; Damush et al., 2006; TNO, z.d.). Echter wordt zelfmonitoring nog maar weinig toegepast als zelfmanagementstrategie (Du et al., 2011).

## 4.2 Indicatoren uit expertinterviews

In deze paragraaf worden de hoogtepunten uit de interviews benoemd. Met twee experts is gesproken over zelfmanagement (in relatie tot lichamelijke beweging) en de vijftien indicatoren uit de literatuur. Beide experts bevestigen het belang van deze indicatoren, welke in een lijst aan de experts zijn voorgelegd. Uit de interviews komen daarnaast nog vier niet eerder geformuleerde indicatoren van zelfmanagement naar voren (tabel 8).

Tabel 8 Nieuwe indicatoren uit expertinterviews

Indicatoren uit interviews
1. Doelen en actieplannen
2. Gedragsverandering
3. Motivatie
4. Stress

Deze vier indicatoren en andere benoemde indicatoren van zelfmanagement worden toegelicht met quotes (tabel 9). Sommige indicatoren die benoemd zijn in de focusgroepen zijn niet verder toegelicht gedurende de interviews.

Beide experts zijn werkzaam geweest als onderzoeker/consultant voor het Landelijk Actieplan Zelfmanagement. Daarnaast hebben zij praktijkervaring op het gebied van zelfmanagement vanwege eerdere functies; één expert was voorheen wijkverpleegkundige waarbij zelfmanagement in de zorg een rol speelt, de andere expert was voorheen fysiotherapeut, waarbij de link tussen zelfmanagement en lichamelijke beweging centraal staat. Volgens beide experts moet zelfmanagement worden vormgegeven vanuit het perspectief van de patiënt. Het is een individueel gegeven waarin de patiënt centraal staat. Per persoon kan de mate en de invulling van zelfmanagement verschillen (quote 1). Echter blijkt dat zelfmanagement in de praktijk een lastig onderwerp is. De zorgverlener weet wat het beste is voor de patiënt en hoewel zelfmanagement wordt aangemoedigd, is het van belang dat het zelfmanagementgedrag niet in conflict staat met de behandeling of zorg. Volgens de experts zou zelfmanagementgedrag wel in conflict kunnen zijn met wat de zorgverlener het beste acht, omdat het gaat om hoe de patiënt invulling wil geven aan zijn of haar leven met een aandoening. Zelfmanagement werkt dus niet vanuit het medisch model. Eén van de experts beschrijft dat zorgverleners nog te veel te regie nemen in plaats van de patiënt. De patiënt staat hierbij niet centraal, maar vanuit de zorg wordt bepaald wat het beste voor hem of haar is (quote 2). Zelfmanagement wordt soms zelfs gebruikt om therapietrouw af te dwingen, waarbij de patiënt verantwoordelijk wordt gesteld voor het houden aan een behandeling of therapie waarvan de zorgverlener heeft bepaald dat, dat het beste is voor die patiënt (quote 3). Het belang van een individuele zelfmanagementaanpak is dus van belang, waarbij gekeken moet worden naar de persoonlijke omstandigheden van de patiënt om zelfmanagement optimaal te kunnen bevorderen (quote 4).

Op het gebied van zelfmanagement bij lichamelijke beweging is er volgens de experts winst te behalen in de overgang van begeleid sporten in een zorgomgeving (bijvoorbeeld een fysiotherapeut) naar zelfstandig bewegen in het reguliere sportaanbod, waarbij er door de

zorgverleners goed gekeken moet worden naar wat er past bij de patiënt aan beweegmogelijkheden, zodat de patiënt het beweeggedrag vol gaat houden.

Het stellen van concrete doelen en actieplannen draagt sterk bij aan het uitvoeren en volhouden van beweeggedrag, maar in de praktijk blijkt dat dit voor veel mensen lastig is (quote 5, 6). Het stellen van doelen en actieplannen is van belang bij chronische aandoeningen, omdat het leven van de patiënt onderhevig is aan verandering, ook op het gebied van lichamelijke beweging. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat patiënten met een chronische aandoening afhankelijk zijn van het verloop van hun ziekte. Dit verloop heeft impact op hoe zij hun leven invullen en het stellen van prioriteiten in het managen van ziekte(n), waardoor lichamelijke beweging op sommige momenten geen prioriteit heeft (quote 11). Door bewegen te integreren in het leven en er een gewoonte of routine van te maken, is de patiënt beter in staat om het beweeggedrag vol te houden. Een voorbeeld hiervan is een dagelijkse wandeling met een buurvrouw, of het fietsen naar de supermarkt. Geloven in het kunnen volhouden van beweeggedrag (beweeg-self-efficacy) is cruciaal (quote 12, 14). Een patiënt is pas in staat om concrete doelen en actieplannen op te stellen, wanneer hij of zij ook daadwerkelijk meer wil gaan bewegen. Er is een bepaalde fase van gedragsverandering nodig om positief beweeggedrag ook daadwerkelijk vol te houden, ook na deelname aan een beweegprogramma wanneer de patiënt zelfstandig gaat bewegen. Dit is voor sommigen patiënten echter een lastig proces (quote 10). In eerste instantie moet de patiënt dus willen veranderen. Als zorgverlener moet je hiervan op de hoogte zijn, om daar met de patiënt aan te kunnen werken en om passende beweegplannen en doelen op te kunnen stellen (quote 8, 9). Eén van de experts raadt hierbij aan om het stellen van doelen en actieplannen mee te nemen in het onderzoek, omdat hier nog niet veel onderzoek naar gedaan is (quote 7).

De motivatie om wel of niet te bewegen is persoonlijk en kan per individu sterk verschillen. Iemand kan plezier hebben in lichamelijke beweging en dat als een motivatie zien om te gaan sporten, terwijl iemand anders' motivatie het gevoel van sociale druk is. Als zorgverlener moet je op de hoogte zijn van de motieven van de patiënt om te bewegen, (quote 13). Plezier in een beweegactiviteit vergroot de motivatie om te bewegen. Het samen met anderen bewegen kan aan het plezier om te bewegen bijdragen. Het gaat hierbij om een diversiteit aan sociale contacten die stimulerend kunnen zijn, zoals een buurvrouw, een partner, of deelnemers aan een beweegprogramma (quote 15). Eén van de experts geeft het voorbeeld van een groepje vrouwen bij haar uit de buurt, die elke woensdagochtend gaan wandelen, zelfs wanneer het regent. Volgens de expert onderstreept dit het belang van een sociale context en de sociale steun bij lichamelijke beweging, omdat mensen in hun eentje niet in de regen zouden gaan wandelen. Beide experts benadrukken het belang van een steunende partner als onderdeel van de sociale omgeving (quote 19). In zelfmanagement staat de patiënt centraal, maar de partner en/of naaste(n) nemen daarnaast de tweede plaats in. Daarna komt pas de zorgverlener in beeld (quote 16). De zorgverlener moet op de hoogte zijn van de rol die de partner in neemt in het managen van de ziekte door de patiënt, en kan de partner hierbij betrekken, tenzij de patiënt dit niet ziet zitten. Een ondersteunende rol van de partner kan zelfs bijdragen aan gedragsverandering (quote 17, 18).

Het hebben van een chronische ziekte en de aanpassingen die dit met zich meebrengt in het dagelijks leven, kan veel stress opleveren. Niet iedereen is in staat om goed met stress om te gaan (quote 20). Het hebben van stress kan ertoe leiden dat er geen ruimte is om beweging in te passen in het leven van de patiënt. Lichamelijke beweging kan ook stress veroorzaken, wat patiënten ervan weerhoudt om (meer) te bewegen (quote 21). Stress omtrent lichamelijke beweging werkt dus demotiverend, het ervaren van een verbeterde fysieke staat werkt vaak motiverend. Volgens de experts is het van belang dat patiënten zelf kunnen monitoren hoe het gesteld is met hun gezondheid, zodat zij daar hun zelfzorg op kunnen aanpassen. Op deze manier is de patiënt minder afhankelijk van de zorgverlener (quote 22). Een van de experts vertelde dat veel patiënten zich sterker, fitter en beter voelden nadat ze fysiotherapie hadden gehad, maar dat zij toch niet in staat bleken te zijn om zelfstandig te blijven bewegen om dit gevoel vast te houden (quote 23). Kennis over lichamelijke beweging en gezondheid kan hierbij ook een rol spelen. Hoewel beide experts kennis als voorname indicator van zelfmanagement beschouwen, beschrijft één expert dat kennis en inzicht nodig is voor mensen om (meer) te gaan bewegen (quote 24), terwijl de andere expert benoemt dat kennis niet het probleem is, maar dat het een gebrek aan willen en kunnen is (quote 25). In het bespreken van de lijst met indicatoren benoemt één van de experts dat de indicatoren die echt van belang zijn voor zelfmanagement beschreven staan in de zorgmodule Zelfmanagement (CBO, 2014, p. 37): doelen en actieplannen opstellen met de zorgverlener, kennis over kosten, klinische gegevens, ziekte inpassen in het leven, ziekte specifieke kennis en vaardigheden, wegwijz in de zorg, en vertrouwen in eigen kunnen. Volgens de expert kunnen al deze indicatoren toegespitst worden op lichamelijke beweging om zelfmanagement bij lichamelijke beweging te kunnen meten (quote 26).

Tabel 9 Quotes door zelfmanagementexperts

Indicator	Quote
<b>Zelfmanagement</b>	1. "Zelfmanagement is vooral dát wat mensen zelf eh... Het is eigenlijk een individueel vermogen. Het is een blackbox. Mijn blackbox kan anders zijn dan die van jou maar er moet van alles in zitten om een leven te kunnen hebben met een ziekte"
	2. "Als verpleegkundig specialist vond ik het zelf altijd heel normaal om mensen regie te geven over wat ze doen. In de praktijk is dat veel ingewikkelder en zien we vooral heel veel hardwerkende zorgverleners die ontzettend goed weten wat voor de patiënt goed en niet goed is, en dat ook vooral propaganderen. En daar gaat het mis"
	3. "De invulling van zelfmanagement die je toch in de zorg vind ik nog veel ziet. Dat zelfmanagement het nieuwe trucje is om therapietrouw af te dwingen. En daar ben ik het gewoon principiële niet mee eens... En dan praat iedereen over 'nee, zelfmanagement dat mag je allemaal zelf doen', behalve als ik beslis dat ik het op mijn eigen manier wil doen want dat mag niet. Dat is toch gek!"
	4. "Zelfmanagement is volgens mij altijd zo'n maatwerk en het gaat zo uit van het individu wat je probeert te begeleiden. Daar zit denk ik echt de crux. En een 'one-size-fits-all' aanpak gaat echt niet werken!"
<b>Doelen en actieplannen</b>	5. "Het gaat ook over doelen kunnen maken, plannen maken, kunnen plannen"
	6. "En er zijn niet veel mensen die echt goed plannen kunnen maken anders hadden we niet zoveel dikke mensen. Dat is gewoon zo!"
	7. "Dus ik zou in het geval van eigen regie heel erg op doelen en actieplannen gaan zitten als ik jullie was. Er is niet veel onderzoek op dit gebied. En ik zou jullie willen aanraden om te monitoren op plannen"
<b>Gedragsverandering</b>	8. "Wat ga ik dan echt doen?... Dat moet je heel concreet maken. Ik kan me voorstellen dat je daar een eerste aanzet in de zorg hebt. Bijvoorbeeld met een huisarts of een praktijkondersteuner.
	9. "Wat je moet weten is, staat iemand wel open voor bewegen? Mag je het er überhaupt wel over hebben? Of heeft of heeft ie iets heel vervelends meegemaakt en denkt ie 'nou, ammehoela, daar heb ik helemaal geen zin in'. Dat is wel heel cruciaal"
	10. "Mensen hebben een bepaalde leefstijl waarin beweging past in een bepaalde mate. En als ze daarin iets willen veranderen, dan moet er dus iets veranderen aan hun leefstijl. En dat is altijd ingewikkeld"
	11. "Ja, en bedenk je dat mensen ook steeds veranderen. Dus op het moment dat ze in het voortraject, dat ze dus bij jou komen, gebeurt er ook weer iets anders"
	12. "Ze moeten het geloof hebben dat ze het vol kunnen houden en dat ze het vol gaan houden... Er zijn ook best wel mensen die echt wel willen maar twijfel hebben of ze dit vol gaan houden want het past nu helemaal niet in hun leven"
<b>Motivatie</b>	13. "Van afvallen kan je zeggen van 'Yes, we hebben er weer eentje die gaat afvallen'. Maar ik zou zeggen van 'Goh, waarom zou u nou af willen vallen? Dat is toch hartstikke leuk 96 kilo?'. Dus in het gesprek, waarom is dat nou belangrijk? En als je dat eruit haalt dan gaat het lukken"
	14. "De motieven van mensen om iets wel of niet te gaan doen. Iemand kan heel erg gemotiveerd zijn en tegelijkertijd een heel lage self-efficacy hebben. Dus dat houdt in dat men dat belangrijk vindt"
	15. "Als jij een vaste afspraak hebt dat je met een groepje vriendinnen gaat wandelen of fietsen of zwemmen of weet ik wat, dan houd je dat makkelijker vol dan wanneer je dat in je eentje moet doen. En als je dingen in eh.. groepsverband doet, dan ga je ook wanneer je niet zoveel zin hebt want dan

	wil je die anderen niet teleurstellen”
<b>Partner</b>	16. “Dus zelfmanagement gaat voor mij over hoe zorg ik dat de ander de regie houdt over zijn leven met een ziekte. Hoe krijgt ie dat gehandeld? Wat wil hij daar zelf aan doen, wat verwacht ie van naasten en wat verwacht ie van de zorgverleners. In die volgorde”
	17. “Het is dus ingewikkelde materie maar wat we wel weten, is dat als je gedrag langdurig vast wil houden in de nieuwe richting, dat de rol van de naaste daar heel groot in is. Als zij niet daar achter staan dan moet je wel zoveel in je eigen rugzak hebben om het vol te houden, dat het moeite kost om dat langdurig vol te houden”
	18. “Want vanuit gedragsverandering weten wij dat je eigenlijk de naaste heel nauw moet betrekken hierbij... Dus ga in gesprek met die partner die nooit mee komt en zoek te weten te komen waarop je die ander erbij kan betrekken. Want je kunt wel met lotgenoten iets moois hebben maar daar heb je het thuis nog niet mee aan de keukentafel”
	19. “Een beweegmaatje is een stimulans maar het is natuurlijk wel handig als ze een partner hebben die wel mee wil”
<b>Stress</b>	20. “Het gaat over omgaan met stress. Er is heel veel stress bij chronisch zieken”
	21. “En dan moeten ze ook nog goed met stress om kunnen gaan... En al die dingen die zo gezond zijn, zijn dingen waar mensen vaak een extra inspanning voor moeten leveren, dus de stress die ze dat oplevert wordt sowieso al niet minder”
<b>Zelfmonitoring en verbetering ervaren</b>	22. “Leer patiënten zelf feedback te krijgen, dus hoe ze het zelf kunnen monitoren dat vind ik ook wel heel erg van belang, maak ze niet afhankelijk van de zorgverlener... Maar ook voelen, wat is dan die verandering en waaraan merken zij zelf dat het dus ook wat oplevert”
	23. “In begeleid bewegen, vaak voelen mensen wel dat het goed voor ze is en dat het wel lekker is en dat ze wat meer kunnen en dat ze sterker worden en dat is allemaal fijn”
<b>Kennis</b>	24. “Het heeft alles te maken met de inzichten die mensen hebben, maar ook met de steun die ze uit de omgeving krijgen, de hulp die ze misschien van zorgverleners of andere professionals krijgen om die drempels waar ze tegen aan lopen weer te verwijderen”
	25. “Want hij weet ook dat hij moet bewegen, dat hoeft hij helemaal niet te horen. En daar gaat het niet om. Het is geen gebrek aan kennis. Het is een gebrek aan willen en kunnen”
-	26. “Maar hier is gewoon echt goed over nagedacht om kort en krachtig een aantal dingen te bedenken die daadwerkelijk iets zouden zeggen over in hoeverre mensen bewegen een plekje in hun leven kunnen geven zeg maar, of voldoende bewegen, of... Neem pagina 37 en dan kan je ze volgens mij zo veralgemeniseren. Want bij alles kan je gewoon het woord bewegen invoegen”

### 4.3 Indicatoren uit focusgroepen

In deze paragraaf worden de hoogtepunten uit de focusgroepen toegelicht. Tijdens de focusgroepen is er gesproken over de indicatoren van zelfmanagement. Aan het begin van de focusgroep hebben de deelnemers indicatoren van zelfmanagement op post-its geschreven, welke gezamenlijk met de onderzoekers zijn besproken en geclusterd (tabel 10, appendix VI). De indicatoren die hierbij aan bod zijn gekomen, komen overeen met de indicatoren die gevonden zijn in de literatuur en die door de experts werden benoemd. Met name de kosten, kennis en voorlichting, motivatie en sociale contacten zijn uitgebreid besproken. Niet alle indicatoren die tijdens de focusgroepen benoemd zijn of op de post-its genoteerd zijn, zijn tijdens het gesprek toegelicht. De indicatoren die wel aan bod zijn gekomen, worden toegelicht met quotes (tabel 11).

Tabel 10 Post-its uit focusgroepen onderverdeeld per indicator

Indicator	Post-its
<b>Beweegdoelen/actieplannen</b>	'Doel'
<b>Ervaren belang</b>	'Zelf ervaren van de meerwaarde'
<b>Financiële middelen/kosten</b>	'Hoeveel kost dat? (kosten)' 'Kosten' 'Mag niet te veel kosten' 'Vergoeding'
<b>Fysieke omgeving</b>	'Activiteiten in de buurt' 'De onzichtbare weerstand kennen' 'Faciliterend in ruimte' 'In de buurt' 'Keuze individueel of groepsverband' 'Omgeving' 'Stimulerende omgeving'
<b>Fysieke staat</b>	'Benauwdheid' 'Gezondheid' 'Gezond ouder worden' 'Lichamelijke klachten' 'Mogelijkheid, handicap'
<b>Gedagsverandering</b>	'Bewustwording' 'Helpen van onbewuste fase naar overwegen' 'Leefwijze veranderen'
<b>Kennis/informatie</b>	'Folders' 'Folders' 'Hoe vaak moet dat dan?' 'Ik beweeg al genoeg (inzicht)' 'Kennis/uitleg' 'Kennis van' 'Uitleg' 'Wat is gezond leven?' 'Zelfinzicht'
<b>Motivatie</b>	'Beweeginteresse' 'Eigen regie' 'Intentie' 'Leuk vinden' 'MOETEN is dodelijk' 'Motivaties' 'Motivatie: willen, kunnen, er klaar voor zijn'



	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Ook niet hoeven bewegen'</li> <li>'Plezier hebben in'</li> <li>'Positieve motivatie'</li> </ul>
<b>Self-efficacy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Bewijs'</li> <li>'Eigen verantwoordelijkheid'</li> <li>'Irritatie over zichzelf'</li> <li>'Knellende kleding'</li> <li>'Persoonlijke beweeggeschiedenis'</li> <li>'Vertrouwen dat je het kunt'</li> </ul>
<b>Sociale contacten/steun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Contact zoals samen koffie'</li> <li>'Gelijkgestemden kennen om stap naar bewegen/sporten te zetten'</li> <li>'Maatje'</li> <li>'Ontmoeting'</li> <li>'Samen iets doen, wandelen of fietsen'</li> <li>'Sociale omgeving'</li> <li>'Sociale omgeving'</li> <li>'Vervelende opmerkingen van omgeving'</li> </ul>
<b>Stress</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Enige vorm van stabiliteit thuis, als mensen moeten overleven staat bewegen vaak niet in de top vijf'</li> <li>'Geestelijke klachten, bijvoorbeeld stress'</li> </ul>
<b>Verbetering ervaren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>'Afvallen'</li> <li>'Fitter voelen'</li> <li>'Fitter voelen'</li> <li>Wat levert mij het op? (effect)'</li> </ul>

Kosten gerelateerd aan lichamelijke beweging beïnvloeden het gaan en blijven bewegen van mensen met een chronische aandoening. Wanneer deze kosten niet door de verzekering vergoed worden, zoals kosten door deelname aan een beweegprogramma of fysiotherapie, kan dit voor de patiënt een belemmerende factor zijn. Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van wat zij zelf moeten betalen. Volgens fysiotherapeuten en leefstijlcoaches, blijken veel patiënten niet aanvullend verzekerd te zijn (quote 1, 2). Door hoge kosten verminderd de doorstroom van patiënten in een beweegtraject; patiënten worden door leefstijlcoaches of praktijkondersteuners doorverwezen naar beweegprogramma's of fysiotherapeuten, maar besluiten zelf om hier niet mee door te gaan (quote 3). Zorgverleners hebben hier weinig invloed op, omdat de patiënt zelf moet willen bewegen. In één van de focusgroepen werd de link gelegd tussen het kunnen en willen betalen voor beweegprogramma's, en de Sociaal-Economische Status (SES) van de patiënt. Mensen met een hogere opleiding begrijpen vaak beter het belang van bewegen voor hun gezondheid, en zijn vanwege een betere opleiding en functie vaak ook beter in staat om te betalen voor onkosten van lichamelijke beweging, in tegenstelling tot mensen met een lagere SES (quote 4). Een gebrek aan kennis kan ervoor zorgen dat de patiënt het ervaren belang van lichamelijke beweging niet inziet en als gevolg daarvan niet (voldoende) beweegt (quote 5). De link tussen ziekten en lichamelijke beweging is niet voor elke patiënt duidelijk. Praktijkondersteuners en leefstijlcoaches kunnen bijdragen aan de kennis hierover. Praktijkondersteuners geven aan dat zij vaak folders aan de patiënt meegeven om ze te informeren over hun ziekte(n) en mogelijkheden om meer te bewegen. Naast kennis is het ook van belang dat de patiënt de weg weet binnen het (zorg)systeem, zodat hij of zij eigen verantwoordelijkheid kan nemen en minder afhankelijk is van de zorg(verlener) (quote 6). Veel post-its gaan over kennis, inzicht en uitleg over beweging en gezondheid (tabel 9).

De patiënt moet zelf willen bewegen en hiervoor gemotiveerd zijn, omdat hij of zij het beweeggedrag op de lange termijn anders niet vol houdt. Een patiënt kan gedemotiveerd raken door verschillende barrières en als zorgverlener is het van belang om daarvan op de hoogte te zijn. Echter kan het ook zijn dat een patiënt niet wil bewegen (quote 7). Een buurtbewoner vertelt dat hij zijn hele leven sportdocent is geweest en daarnaast altijd fanatiek heeft bewogen. Nu hij op leeftijd is, heeft hij niet meer de behoefte om veel te bewegen en wandelt hij alleen nog maar met zijn hond (quote 8). De zorgprofessionals in de focusgroep beaamden dat de wensen van de patiënten voorop staan bij zelfmanagement en dat het de patiënt moet zijn die wil bewegen. Het nemen van de eigen regie door de patiënt is onderdeel van zelfmanagement, dus ook als dit betekent dat iemand niet wil bewegen. Eigen regie gaat om het nemen van de eigen verantwoordelijkheid (quote 9). Het nemen van de eigen regie als onderdeel van zelfmanagement geldt ook in de situatie waarin de patiënt besluit om niet te bewegen omdat hij of zij daar niet de 'ruimte' voor heeft. Stress vanwege de gezondheidsstatus of een financiële situatie zijn voorbeelden van situaties waarin de patiënt niet aan bewegen toe komt.

Motivatie werd omschreven als iemands intentie om te bewegen. Als zorgverlener moet je op de hoogte zijn van wat deze intentie in houdt, om zo goed mogelijk bij de wensen van de patiënt te kunnen aansluiten (quote 10). Het hebben van plezier in bewegen is een belangrijke factor in de motivatie om te bewegen (tabel 9, quote 11). Sociale contacten worden beschouwd als belangrijke indicator van zelfmanagement en kunnen het plezier in bewegen vergroten. Voor een patiënt kan het ontmoeten van anderen zelfs de voornaamste reden zijn om mee te doen aan een beweeg- of sportprogramma (quote 12). Met iemand samen sporten of bewegen, een 'maatje', is vaak een sterk stimulerende factor in het volhouden van beweeggedrag. Het werkt vaak goed om sociale steun in de directe omgeving te hebben, zoals buurtbewoners in de wijk bewegen de een wandelclubje zijn gestart (quote 13). De buurtsportcoach is een belangrijke factor in het leggen van contacten op lokaal niveau. Sociale contacten kunnen ook helpen in het concreet maken van beweegplannen. Een leefstijlcoach geeft hierbij het voorbeeld van een patiënt die afsprekt om met een vriendin naar de sportschool te gaan, op een vaste dag in de week, op een vast tijdstip, zodat de patiënt het beweeggedrag kan inpassen in zijn of haar leven. Op deze manier wordt bewegen een gewoonte.

Hoewel doorzettingsvermogen niet besproken is tijdens de focusgroepen en niet op de post-its is genoteerd, reageerden de deelnemers instemmend op het beschouwen van doorzettingsvermogen als indicator van zelfmanagement, na het bespreken van de lijst met indicatoren op basis van literatuur en interviews (quote 14, 15). Naar aanleiding van deze lijst ontstond in één van de focusgroepen een discussie waarin naar voren kwam dat het van belang is om juist naar deze indicatoren van zelfmanagement te kijken, in plaats van naar harde maten zoals de BMI. Voor de patiënt is het veel belangrijker om zich beter te voelen en het idee te hebben om meer te kunnen, dan dat hij of zij tien kilo in drie maanden is afgevallen. Ter afsluiting van de focusgroep is met quote 16 samengevat dat de deelnemers de indicatoren van zelfmanagement uitgebreid besproken hebben.

Tabel 11 Quotes uit de focusgroepen

Indicatoren	Quotes
<b>Kosten</b>	1. "(1) En altijd is wel vergoeding mogelijk. Tenzij iemand echt geen aanvullend pakket heeft, dan moet het al een chronische indicatie zijn. (2) Maar is iedereen momenteel dan aanvullend verzekerd? (1) Nou, niet iedereen nee. Dat merk je toch door de crisis, dat mensen magere pakketten of geen aanvullende verzekering hebben genomen om premie te besparen" (leefstijlcoach en praktijkondersteuner)
	2. "Want je wilt niet weten hoeveel patiënten tenminste op ons spreekuur komen die soms helemaal over de rooie gaan omdat ze eigen bijdrages moeten betalen zonder dat ze dat wisten" (praktijkondersteuner)
	3. "(1) Ik heb veel mensen doorverwezen maar... Volgens mij gaan ze er niet mee door, of ze melden zich niet aan. (2) Of ze moeten zelf gaan betalen. (1) Ja dat hadden we in het begin ook. Het is puur dat kostenplaatje" (praktijkondersteuners)
<b>Kennis</b>	4. "Het zijn toch de mensen met een hogere SES die willen betalen"
	5. "Het gaat ook om kennis dan, en inzicht. De relatie met diabetes, sommigen weten niet eens dat, dat door hun eigen leefstijl kan komen bijvoorbeeld. En dat bewegen daar een gunstige invloed op heeft, en voeding" (leefstijlcoach)
	6. "Dus het kan ook onwetendheid, of de vaardigheden zijn, de weg niet weten te bewandelen. Hoe moet ik dan bewegen?"(praktijkondersteuner)
<b>Motivatie</b>	7. "Kun je vinden wat iemand weerhoudt? In het diepste diepe hè, want het is niet altijd duidelijk wat je weerhoudt. Maar uiteindelijk mag je ook zeggen, ik wil helemaal niet, ik wil best punniken maar ik wil helemaal niet bewegen!" (buurtsportcoach)
	8. "En dat wil ik onderschrijven. Ik heb in mijn leven verschrikkelijk veel bewogen. En nu wordt er van alle kanten aan mij getrokken van 'kom nou, kom nou'. Ik heb het gehad met bewegen! Ik wandel met mijn hondje en dat is het" (buurtbewoner)
	9. "Het gaat erom dat je de eigen regie over je eigen leven houdt. En daar moet je dus ook verantwoordelijkheid in nemen" (huisarts)
	10. "Je moet zoeken in de intentie, wat wil je eigenlijk? En wat past bij de ander?" (buurtsportcoach)
	11. "Echt het plezier weer terug krijgen in bewegen, soms denk ik, dat hebben mensen niet meer. En als het teveel opgelegd is van je moet dit en je moet dat, dat er toch ergens een spelelement in zit zodat het plezier erin terug komt" (sportdocente senioren)
<b>Sociale contacten en sociale steun</b>	12. "De een vindt het in het bewegen, de ander in het ontmoeten, of het punniken" (buurtsportcoach)
	13. "Je zou eigenlijk bruggenbouwers moeten hebben, dus andere wijkbewoners die iemand meenemen... Dat werkt vaak ook goed" (coördinator wijkteam)
<b>Doorzettingsvermogen</b>	14. "Doorzettingsvermogen, heel belangrijk!" (huisarts)
	15. "Daar kun je een heel thema over opzetten. Van, 'goh, ik heb last van mijn kuit, goh mijn knie'" (coördinator wijkteam)
-	16. "Dit is alles bij elkaar. Daar kunnen we niks in missen. Ja, dit zijn de factoren die spelen" (huisarts)

#### 4.4 Ontwikkeling vragenlijst

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de vragenlijst over zelfmanagement is ontwikkeld en wordt deelvraag 2 beantwoord:

*“Welke indicatoren en vragenlijsten over indicatoren van zelfmanagement zijn geschikt in een vragenlijst voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging?”*

Er zijn negentien indicatoren van zelfmanagement geformuleerd op basis van de verschillende onderzoeksresultaten. In tabel 12 wordt weergegeven met welke onderzoeksmethoden deze indicatoren gevonden zijn.

Tabel 12 Indicatoren van zelfmanagement uit theoretisch kader, literatuur, expertinterviews en focusgroepen

Indicatoren	Theoretische modellen	Literatuur	Expert-interviews	Focusgroepen
1. Bereidwilligheid	-	x	-	-
2. Doorzettingsvermogen	-	x	-	x
3. Doelen en actieplannen	-	-	x	x
4. Empowerment	x	x	-	-
5. Ervaren belang	-	x	-	x
6. Financiële middelen/kosten	x	x	x	x
7. Fysieke omgeving	x	x	x	x
8. Fysieke staat/gezondheid	x	x	x	x
9. Gedragsverandering	-	-	x	x
10. Kennis	x	x	x	x
11. Motivatie	-	-	x	x
12. Partner/naaste(n)	x	x	x	-
13. Patiëntvoorlichting/-educatie	x	x	x	-
14. Probleemoplossend vermogen	-	x	-	-
15. Self-efficacy	x	x	x	x
16. Sociale contacten/steun	x	x	x	x
17. Stress	-	-	x	x
18. Verbetering ervaren	-	x	x	x
19. Zelfmonitoring	-	x	x	-

Van deze indicatoren zijn er elf geselecteerd voor de vragenlijst: doelen en actieplannen, ervaren belang, gedragsverandering, kennis, motivatie, partner/naaste(n), patiëntvoorlichting/-educatie, self-efficacy, sociale contacten/steun, verbetering ervaren en zelfmonitoring. Deze indicatoren zijn gevonden met minimaal twee onderzoeksmethoden. Daarnaast zijn er ook indicatoren die met minimaal twee onderzoeksmethoden gevonden zijn, maar die niet uitgesloten zijn in de vragenlijst. In tabel 13 staan de acht indicatoren die uitgesloten zijn met de reden van exclusie.

Tabel 13 Uitgesloten indicatoren

Uitgesloten indicatoren	Reden van exclusie
<b>Bereidwilligheid</b>	Bereidwilligheid wordt alleen in de literatuur gevonden, in twee artikelen over pijnzelfmanagement. Behalve bij pijnzelfmanagement is bereidwilligheid ook van belang voor beweging. Omdat er overlap is met de indicatoren motivatie en ervaren belang, welke vaker in de literatuur worden beschreven en door professionals worden genoemd, wordt bereidwilligheid uitgesloten als indicator in de vragenlijst
<b>Doorzettingsvermogen</b>	Doorzettingsvermogen wordt in één artikel beschreven, in relatie tot pijnzelfmanagement. In de focusgroepen wordt het belang van doorzettingsvermogen benadrukt, ook wanneer pijn geen rol speelt, maar omdat er overlap is met de indicatoren motivatie, doelen en actieplannen en self-efficacy, wordt doorzettingsvermogen niet als aparte indicator in de vragenlijst geïnccludeerd
<b>Empowerment</b>	Empowerment (zelfmanagementondersteuning) is een proces waarin de zorgverlener een centrale rol heeft. Om empowerment in kaart te brengen moeten de rol en competenties van de zorgverlener gemonitord worden, wat valt buiten de omvang van dit onderzoek waarin gefocust wordt op de individuele patiënt
<b>Financiële middelen/ kosten</b>	Hoewel kosten veelvuldig terug komt in de literatuur en de praktijk, zijn kosten door beweegprogramma's of reguliere sport niet relevant als uitkomstmaat in dit onderzoek naar zelfmanagement bij de individuele patiënt
<b>Fysieke omgeving</b>	De fysieke omgeving is een indicator die veel omvat en vanwege de tijd die het kost om de fysieke omgeving in kaart te brengen, is deze indicator in een (korte) vragenlijst over zelfmanagement buiten beschouwing gelaten
<b>Fysieke staat</b>	De fysieke staat en de impact op zelfmanagement en lichamelijke beweging wordt vaak benoemd. Omdat de uitgebreide vragenlijst van dit onderzoeksproject een onderdeel over de fysieke staat of gezondheid bevat, is deze indicator niet nogmaals geïnccludeerd in een vragenlijst over zelfmanagement
<b>Probleemoplossend vermogen</b>	In de literatuurstudie wordt het probleemoplossend vermogen in één artikel beschreven in relatie tot zelfmanagement en de fysieke gezondheid, zoals het op peil houden van glucoselevels. In zowel de interviews als de focusgroepen kwam deze indicator niet aan bod
<b>Stress</b>	Stress komt in de interviews en focusgroepen aan bod. Er is overlap met de indicatoren self-efficacy en motivatie waardoor stress niet als aparte indicator in de vragenlijst is geïnccludeerd

Het includeren, uitsluiten en het combineren van indicatoren die overlappen of aan elkaar gerelateerd zijn, heeft geleid tot een opzet voor de vragenlijst waarin acht categorieën van indicatoren zijn opgesteld. In tabel 14 is er per categorie een omschrijving gegeven die door de onderzoekers is geformuleerd. Deze omschrijvingen zijn toegespitst op lichamelijke beweging. Per categorie zijn vragenlijsten geselecteerd die gaan over de indicatoren en lichamelijke beweging. Uit de literatuurstudie zijn twee vragenlijsten geselecteerd: de 'Self-Efficacy for Exercise Scale' van Resnick en Jenkins (2000) die wordt toegepast in het onderzoek van Park et al. (2012), en de 'Social Support and Exercise Scale' van Sallis et al. (1987). De andere vragenlijsten zijn gevonden via Google.

Tabel 14 Omschrijving van de categorieën in de vragenlijst en geselecteerde vragenlijsten

Categorieën van indicatoren	Omschrijving	Geselecteerde vragenlijst(en)
<b>1. Kennis en informatie</b>	Kennis op het gebied van lichamelijke beweging en gezondheid is het weten en begrijpen wat voor impact lichamelijke beweging op de fysieke staat of gezondheid heeft. Informatie gaat over voorlichting of educatie, gegeven door een (zorg)professional aan de patiënt, over lichamelijke beweging en de impact op de fysieke staat of gezondheid	Thesis questionnaire (Fielder, 2008)
<b>2. Self-efficacy</b>	Met self-efficacy op het gebied van lichamelijke beweging wordt bedoeld, het geloof dat iemand bekwaam met een persoonlijk beweegprogramma kan beginnen en dit kan volhouden, en het geloof dat dit programma positieve gezondheidsuitkomsten zal hebben	Self-efficacy for Exercise Scale (SEE) (Resnick & Jenkins, 2000) Barriers Self-Efficacy Scale (BARSE) (McAuley, 1992)
<b>3. Ervaren belang</b>	Ervaren belang gaat erover dat iemand overtuigd is van de positieve effecten van lichamelijke beweging	Exercise: Decisional Balance Questionnaire (Nigg, Rossi, Norman & Benisovich, 1998) Perceived Importance of Exercise for Personal Health Questionnaire (AARP, 2002)
<b>4. Gedragsverandering</b>	Het aanpassen van gedrag naar een actievere, gezondere leefstijl met meer lichamelijke beweging, met als doel gedragsbehoud	Stage of Change Questionnaire for Exercise (Marcus, Rossi, Selby, Niaura, & Abrams, 1992)
<b>5. Motivatie</b>	De bereidheid tot het verrichten van specifiek beweeggedrag	Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2) (Markland & Tobin, 2004)
<b>6. Sociale contacten en sociale steun</b>	Sociale contacten zijn de personen die een rol spelen in het leven van de patiënt waardoor de mate van lichamelijke beweging beïnvloed kan worden. Voorbeelden zijn familie, vrienden, lotgenoten of zorgverleners. De (vaste) partner en/of naaste gezinsleden van de patiënt hebben een centrale rol	Perceived Autonomy Support Scale for Exercise Settings Scale (PASSES) (Hagger, Chatzisarantis, Heine, Pihuc, Soo, & Karsaie, 2007) Social Support and Exercise survey (Sallis et al., 1987)
<b>7. Zelfmonitoring en verbetering ervaren</b>	Met zelfmonitoring wordt bedoeld, het zelf controleren of bijhouden van veranderingen in de fysieke staat of gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van een inspanningstest, een dagboek of een stappenteller. Het ervaren van verbetering gaat om een subjectieve beleving waarin de patiënt een fysieke verbetering ervaart, als gevolg van lichamelijke beweging.	Outcome Expectations for Exercise Scale (Resnick, Zimmerman, Orwig, Furstenberg & Magaziner, 2000)
<b>8. Beweegdoelen en actieplannen</b>	Persoonlijke doelen en actieplannen op het gebied van lichamelijke beweging, ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit	Vragenlijst patiënten t1 (Beweegkuur) (ZonMw, 2013)

Er is een handleiding ontwikkeld waarin beschreven wordt hoe de vragenlijst ontwikkeld is (appendix VIII). In deze handleiding wordt per vraag omschreven uit welke vragenlijst de vraag afkomstig is, of het om een gevalideerde vragenlijst gaat, of de vraag vertaald is en of er andere aanpassingen zijn gedaan zoals het toevoegen van antwoordcategorieën. Ook staan de bronvermeldingen van de vragenlijsten in deze handleiding. De vragenlijst bevat zowel open als gesloten vragen. Ook staat er aangegeven welke vragen door de onderzoekers ontwikkeld zijn. In appendix IX is de vragenlijst 'Zelfmanagement en bewegen' opgenomen. Deze vragenlijst is goedgekeurd door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO, z.d.).

## 5. Discussie en aanbevelingen

### 5.1 Inhoudelijke discussiepunten

Op basis van indicatoren van zelfmanagement uit literatuur, expertinterviews en focusgroepen, is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging, met als doelgroep mensen met een chronische aandoening. De vragenlijst bevat acht categorieën van indicatoren; kennis en informatie, self-efficacy, ervaren belang, gedragsverandering, motivatie, sociale contacten en steun, zelfmonitoring en verbetering ervaren, en beweegdoelen- en actieplannen. Met deze vragenlijst kan zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging uitgebreid in kaart gebracht worden bij een individuele patiënt.

#### **Combinatie van onderzoeksmethoden**

Een sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van literatuur met praktijkervaringen. De interne validiteit wordt bevorderd door het toepassen van triangulatie (Bowling & Ebrahim, 2005). Ter controle van de resultaten zijn meerdere onderzoeksmethoden gebruikt (Wagemakers, Vaandrager, Koelen, Saan & Leeuwis, 2010), namelijk literatuur, interviews en focusgroepen. Op deze manier zijn de indicatoren van zelfmanagement uitgebreid onderzocht.

Het is opvallend dat bepaalde indicatoren zoals motivatie, gedragsverandering en beweegdoelen en actieplannen niet terug gevonden zijn in de literatuur, terwijl het belang ervan in de praktijk benadrukt wordt door professionals en patiënten. Het combineren van verschillende onderzoeksmethoden en bronnen heeft er dus toe geleid dat er een uitgebreidere lijst van indicatoren is samengesteld, dan alleen op basis van literatuur of praktijkervaringen het geval zou zijn. Dit onderstreept het belang van het combineren van meerdere onderzoeksmethoden zoals hier is toegepast, en het onderzoeken op basis van zowel literatuur als in de praktijk.

#### **Literatuur**

Uit de literatuurrresultaten blijkt dat op twee artikelen na, alle geïnccludeerde studies over chronische aandoeningen gaan (n=27), waarvan meer dan de helft over één chronische aandoening (n=16). De doelgroep van dit onderzoeksproject bestaat uit mensen met verschillende chronische aandoeningen en dus is het voor de ontwikkeling van een vragenlijst van belang dat de vragen toepasbaar zijn bij een heterogene groep mensen, en niet toegespitst zijn op één chronische aandoening.

Experts noemen in de interviews de PAM (Rademakers, Nijman, van der Hoek, Heijmans, & Rijken, 2012) en de SeMaS (Eikelenboom, Klomp en Smeele, 2013) als screeningsinstrumenten voor zelfmanagement, die in Nederland vaak worden gebruikt om zelfmanagement in kaart te brengen. Deze screeningsinstrumenten bevatten dezelfde indicatoren van zelfmanagement als met dit onderzoek gevonden zijn, maar de vragen uit de PAM en SeMaS focussen niet op lichamelijke beweging en zijn daarom niet geschikt om te includeren in de vragenlijst.



Met behulp van de zoekterm 'lichamelijke beweging', is er gezocht naar indicatoren van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging. Literatuurresultaten wijzen echter uit dat er géén specifieke indicatoren van lichamelijke beweging en zelfmanagement zijn geformuleerd, behalve voor self-efficacy. Enkele auteurs (Park et al., 2012; van Zuyl-Schalenkamp) hebben een definitie geformuleerd voor bewegings-self-efficacy. Omdat de overige indicatoren niet specifiek over lichamelijke beweging gaan, is er in de ontwikkeling van de vragenlijst gezocht naar vragen(lijsten) die gaan over lichamelijke beweging en zelfmanagementindicatoren, zoals de 'Social Support and Exercise Survey' (Sallis et al., 1987), waarin sociale steun bij bewegen wordt gemeten. De ontwikkelde vragenlijst gaat dus enkel over zelfmanagement bij lichamelijke beweging. De geselecteerde vragenlijsten zijn geen van allen specifiek voor een bepaalde ziekte, en daarom toepasbaar bij een heterogene groep chronisch zieke mensen.

Zoals in de resultaten (hoofdstuk 4) is beschreven, wordt lichamelijke beweging vaak beschouwd als een component van zelfmanagement(gedrag). Er is in de literatuur weinig te vinden over zelfmanagement specifiek op het gebied van lichamelijke beweging. Daarom wordt er met de literatuurstudie gefocust op zelfmanagement in bredere zin.

Door lichamelijke beweging te beschouwen als een component van zelfmanagementgedrag kan onderschat worden hoe lastig het is voor patiënten om daadwerkelijk te gaan en te blijven bewegen. Onderzoek van Morris et al. (2011) beschrijft dat patiënten lichamelijke beweging als component van zelfmanagement zien, maar dat zij daarnaast aangeven dat voldoende beweging vaak niet realistisch is vanwege hun functionele beperkingen als gevolg van (meerdere) chronische aandoeningen.

### **Praktijkervaringen**

De indicatoren die in de focusgroepen en interviews naar voren komen, blijken praktisch van aard zijn, zoals gedragsverandering of het belang van zelfmonitoring. Ook het stellen van concrete doelen en actieplannen is een praktische indicator die door experts benoemd wordt. Volgens experts en professionals draagt het concreet formuleren van doelen en actieplannen sterk bij aan het gaan en blijven bewegen van mensen (paragraaf 4.1.1). Een leefstijlcoach benoemd dat de SMART-methode een efficiënte manier is om samen met de patiënt concrete doelen en actieplannen op te stellen ter verbetering van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging. Deze doelen moeten specifiek (wat? met wie?), meetbaar (hoe veel?), haalbaar (hoe?), relevant (belang?) en tijdsgebonden (binnen hoeveel tijd?) zijn (Meyer, 2003).

In het theoretisch kader van dit onderzoek (hoofdstuk 2) wordt zelfmanagement uitgebreid besproken. Naast de centrale rol van de individuele patiënt staan de competenties van de zorgverlener, maar ook het gehele gezondheidssysteem centraal. Van den Brink et al. (2013) onderbouwen dat zelfmanagementondersteuning erg belangrijk is voor zelfmanagement. Empowerment overlapt met zelfmanagementondersteuning en is, ondanks het belang ervan, buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek. Bij zelfmanagementondersteuning houdt een effectieve ondersteuning méér in dan het instrueren wat mensen zélf moeten doen ter behandeling van hun ziekte (Huijben, 2011). Voor chronisch zieken moet het mogelijk zijn om zelf te kunnen beslissen hoe zij hun leven met een ziekte zo optimaal

mogelijk indelen, ook als dit niet overeenkomt met wat volgens de zorgverlener de meest optimale manier is. Ook dan moet zelfmanagement ondersteund. Dit sluit aan bij wat er door de geïnterviewde experts onder zelfmanagement wordt verstaan (paragraaf 4.1.2), namelijk dat zelfmanagement gaat om hoe de patiënt zijn of haar leven met een chronische ziekte wil inrichten, en niet om zelfmanagement binnen de zorg als trucje te gebruiken om de patiënt datgene te laten doen waarvan de zorgverlener denkt dat het, het beste voor hem of haar is.

Bij empowerment spelen de vaardigheden van de zorgverlener een grote rol (van den Brink et al., 2013; Huijben, 2011). Om zelfmanagement en lichamelijke beweging in het geheel in kaart te brengen zou er daarom ook een vragenlijst voor de zorgverlener ontwikkeld kunnen worden, waarmee de competenties van de zorgverlener op dit vlak in kaart kunnen worden gebracht. In dit onderzoek ligt de focus op de individuele patiënt en wordt empowerment daarom buiten beschouwing gelaten. Echter is empowerment gerelateerd aan het stellen van doelen en actieplannen, omdat zowel de patiënt als de zorgverlener hierbij betrokken zijn in het zorgproces. Dit wordt ook omschreven door één van de experts die benoemd dat in een eerste aanzet voor het concreet maken van beweegdoelen een zorgverlener een rol kan spelen. De sociale interactie tussen de patiënt en de beweegbegeleider is onderdeel van de vragenlijst in dit onderzoek. Empowerment wordt op deze manier dus niet geheel buiten beschouwing gelaten.

=> Aanbeveling: Om zelfmanagement uitgebreider te in kaart te brengen, kan er een vragenlijst ontwikkeld worden om competenties van de zorgverlener op het gebied van zelfmanagementondersteuning in kaart te brengen

## 5.2 Methodologische discussiepunten

Hoewel het aantal expertinterviews in deze studie laag is (n=2,) is er op deze manier veel informatie verkregen doordat er uitvoerig over zelfmanagement is gesproken en de indicatoren van zelfmanagement zijn bediscussieerd. Het is niet zeker of meer interviews tot andere indicatoren of andere inzichten zou leiden. Ook de hoeveelheid focusgroepen in deze studie is laag (n=2). Een groter aantal focusgroepen kan de interne validiteit van de studie verbeteren (Bowling & Ebrahim, 2005). Bij één van de focusgroepen waren drie praktijkondersteuners aanwezig, bij de tweede focusgroep waren voornamelijk professionals uit gemeentelijke organisaties aanwezig. Een verschil in samenstelling van de focusgroepen kan leiden tot een verschil in inhoud van discussies en ervaringen die gedeeld worden. Het organiseren en analyseren van meerdere focusgroepen kan leiden tot een conclusie die beter generaliseerbaar is dan op basis van twee focusgroepen. Omdat de inhoudelijke discussies en besproken indicatoren in beide focusgroepen overeen kwamen, is ervoor gekozen om de resultaten van de twee focusgroepen samen te vatten in één paragraaf (4.1.3) en op basis hiervan een analyse te schrijven.

Een punt voor verbetering is dat er tijdens de focusgroepen meer tijd beschikbaar moet zijn voor het bespreken van zelfmanagement, zodat deelnemers meer informatie en ervaringen kunnen delen en gesprekken niet afgekapt hoeven te worden vanwege tijdsgebrek. Dit laatste was nu wel het geval bij de focusgroepen. Daarnaast waren er maar enkele mensen uit de doelgroep van het onderzoek aanwezig (n=2 en n=0 in beide focusgroepen). Het

includeren van meer mensen uit de doelgroep; patiënten die (gaan) bewegen, draagt bij aan de validiteit van het onderzoek, omdat de doelgroep het meest concreet kan aangeven tegen welke barrières zij zelf aanlopen bij lichamelijke beweging.

### 5.3 Vragenlijst

Elke chronische aandoening vraagt een specifieke zelfmanagementtactiek van de patiënt op het gebied van medicatie of zelfzorg etc. Ook op het gebied van lichamelijke beweging verschilt het per patiënt wat goed voor diegene en zijn of haar aandoening is. Hierdoor kan het lastig zijn om een vragenlijst voor zelfmanagement te ontwikkelen die toepasbaar is bij mensen met verschillende chronische aandoeningen. Sol et al., (2011) beschrijven echter dat de meeste zelfmanagementtaken hetzelfde zijn voor alle chronische aandoeningen, waaronder voldoende lichamelijke beweging). Lorig et al. (1999) beschrijven dat de effecten van deelname aan het zelfmanagementprogramma verschillen per subgroep patiënten, hoewel verschillende chronische aandoeningen dezelfde soort problemen veroorzaken. Bij sommige patiënten zijn deze problemen meer opvallend dan bij anderen, afhankelijk van bijvoorbeeld het verloop van de ziekte. Het doel van het CDSMP was daarom om patiënten hun eigen behoeften en valkuilen te laten ontdekken zodat daar aan gewerkt kan worden. De vragenlijst in dit onderzoek richt zich ook op het ontdekken van behoeften en valkuilen van de individuele patiënt, op het gebied van zelfmanagement en lichamelijke beweging. De vragen in de vragenlijst gaan niet over een specifieke chronische aandoening en zijn daarom toepasbaar bij een heterogene groep patiënten.

In de literatuur is er geen specifieke zelfmanagementtool voor lichamelijke beweging gevonden. Het selecteren van vragen(lijsten) die specifiek over lichamelijke beweging en zelfmanagementindicatoren gaan en het samenvoegen tot een nieuwe vragenlijst, maakt dat deze vragenlijst een uniek instrument is. Een punt van discussie is of de vragenlijst ook geschikt is voor gezonde mensen. De indicatoren van zelfmanagement zijn niet toegespitst op een chronische aandoening, en zou dus geschikt kunnen zijn voor gezonde mensen, maar in de literatuur wordt zelfmanagement alleen beschreven in de context van chronische aandoeningen. De vraag is of gezonde personen tegen dezelfde barrières oplopen als zieke mensen.

Voor het toepassen van de vragenlijst in de praktijk, moeten zorgprofessionals op de hoogte zijn van het bestaan van de vragenlijst en bij welke doelgroep deze toepasbaar is. Er moet een terugkoppeling naar de praktijk plaats vinden, met name naar de fysiotherapeuten, die binnen het onderzoeksproject in de deelnemende wijken de vragenlijst gaan afnemen, zodat zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging gemeten kan worden.

*=> Aanbeveling: Onderzoekers moeten het werkveld (fysiotherapeuten) op de hoogte stellen van de vragenlijst en het gebruik ervan in de praktijk .*

### **Pretest**

Ter verbetering van de vragenlijst kan er een pretest uitgevoerd worden (Bradburn, Sudman, & Wansink, 2004). Een pretest kan uitgevoerd worden bij een kleine, diverse groep mensen die representatief is voor de doelgroep, bijvoorbeeld bij een aantal mensen uit deelnemende gemeenten die meedoen aan een beweegprogramma. Er wordt geëvalueerd of, en welke problemen er ontstaan met het invullen van de vragenlijst, zoals onduidelijkheid over vragen en de gebruiksvriendelijkheid of de compleetheid van de antwoordcategorieën. Op deze manier kan ook de tijdsduur gemeten worden die de doelgroep kwijt is met het invullen van de vragenlijst. Met name allochtonen, ouderen, of mensen met een lage sociaal-economische status kunnen moeilijkheden ondervinden met het invullen van een vragenlijst. Het samen invullen met iemand van het onderzoeksteam of een tolk kan dit probleem oplossen. Een andere optie is het vertalen van de vragenlijst.

*=> Aanbeveling: Het pretesten van de vragenlijst bij de doelgroep door de onderzoekers, voorafgaand aan het gebruik ervan in de praktijk.*

### **Validiteit**

Een ander punt van discussie is dat de ontwikkelde vragenlijst niet gevalideerd is. In de samenstelling van de vragenlijst is gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten, maar er is niet bij elke indicator een geschikte, gevalideerde, bestaande vragenlijst gevonden. De gevalideerde vragenlijsten die gebruikt zijn, zijn vrijwel allemaal vertaald vanuit het Engels en er zijn aanpassingen gedaan aan de antwoordcategorieën, of de vragenlijsten zijn ingekort. Voordat de vragenlijst bij de doelgroep wordt afgenomen, dient deze gevalideerd te worden. Op deze manier kan gekeken worden of er met de vragenlijst daadwerkelijk gemeten wordt wat onderzoekers willen meten (Bowling & Ebrahim, 2005). Door Cronbach's alpha te berekenen wordt de betrouwbaarheid van de vragenlijst getoetst waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen de verschillende onderdelen in de vragenlijst (Bowling & Ebrahim, 2005).

*=> Aanbeveling: Het valideren van de vragenlijst door de onderzoekers, voorafgaand aan het gebruik ervan in de praktijk*

## 6. Conclusie

Op basis van literatuur en praktijkervaringen is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop.

Deze vragenlijst is een uniek instrument omdat er tot dusver nog geen vergelijkbaar instrument beschikbaar is dat zich specifiek richt op het meten van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening. Met de vragenlijst kan een compleet en persoonlijk beeld verkregen worden van de mate van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging bij een individu. Het effect van zelfmanagement op de mate van lichamelijke beweging kan gemeten worden, maar ook het effect van deelname aan een beweegprogramma op zelfmanagement en lichamelijke beweging. De uitkomsten van het onderzoek kunnen bijdragen aan de verbetering van beweeginterventies.

Voor vervolgonderzoek is het aanbevolen om de vragenlijst te pretesten, te valideren en zorgprofessionals op de hoogte te stellen van de vragenlijst zodat zij zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging bij de individuele patiënt kunnen meten.

## Referenties

- AARP (2002). Exercise attitudes and behaviors: a survey of midlife and older adults. Geraadpleegd op 5 juni 2014, <http://assets.aarp.org/rgcenter/health/exercise.pdf>
- Annesi, J.J. & Marti, C.N. (2011). Path analysis of exercise treatment-induced changes in psychological factors leading to weight loss. *Psychology & Health* 26(8), 1081-1098.
- Bandura, A (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. en Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and Strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly* 7(1), 73-82.
- Blokstra, A. & Verschuren, M.M. (2007). Vergrijzing en toekomstige ziektelast: Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM.
- Boshuizen, H.C. (2013). *Risicofactoren: prevalenties en transitiekansen*. Geraadpleegd op 18 maart 2014, <http://www.nationaalkompas.nl/algemeen/meta-informatie/modellen/czm/risicofactoren-prevalenties-en-transitiekansen/>.
- Bowling, A. & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. New York: Open University Press.
- Bradburn, N.M., Sudman, S. & Wansink, B. (2004). *Asking Questions: The Definitive Guide to questionnaire design for market research, political polls, and social and health questionnaires, revised edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brink, R., van den, Timmermans, H., Havers, J. & Veenendaal, H., van (2013). *Ruimte voor regie: Pioniers over zelfmanagement in de zorg*. Utrecht: CBO.
- Cameron, K. (2012). Healthy aging: Programs for self-management of chronic disease: Second of a 2-part series. *The Consultant Pharmacist*, 27(5), 330-335.
- CBO (2014). Zorgmodule zelfmanagement 1.0: Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. Utrecht: CBO.
- CCMO (z.d.). Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. Geraadpleegd op 24 juli, 2014, <http://www.ccmo.nl/nl/toetsingsprocedure>.
- Chang, A.K., Fritschi, C. & Kim, M.J. (2012). Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemporary Nurse*, 42(1), 118-128.
- Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E.H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millenium. *Health affairs*, 28(1), 75-85.

- Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Brown, S.A., Brown, L.M. (2007). Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Education and Counseling*, 70, 157-172.
- Cromwell, S.L. & Adams, M.M. (2006). Exercise, self-efficacy, and exercise behavior in hypertensive older African-Americans *Journal of National Black Nurses Association*, 17(1), 17-21.
- Crowley, M.J., Grubber, J.M., Olsen, M.K. & Bosworth, H.B. (2012). Factors Associated with Non-Adherence to Three Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Journal of General Intern Medicine*, 28(1), 99-106.
- Damush, T.M., Perkins, A. & Miller, K. (2006). The implementation of an oncologist referred, exercise self-management program for older breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 15, 884-890.
- Dishman, R.K., Motl, R.W., Sallis, J.F., Dunn, A.L., Birnbaum, A.S., Welk, G.J., Bedimo-Rung, A.L., Voorhees, C.C. & Jobe, J.B. (2005). Self-Management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American Journal of Preventive Medicine* 29(1), 10-18.
- Du, H.Y., Newton, P.J., Zecchin, R., Deniss, R., Salamonson, Y., Everett, B., Currow, D.C., Macdonalds, P.S. & Davidson, P.M. (2011). An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure. The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12:63.
- Dunstan, D.W., Zimmet, P.Z., Welborn, T.A., Cameron, A.J., Sha, J., de Courten, M., Jolley, D. & McCarty, D.J. (2002). The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab): Methods and response rates. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 57(2), 119-129.
- Duru, O.K., Gerzoff, R.B., Brown, A.F., Karter, A.J., Kim, C., Kountz, D., Venkat Narayan, K.M., Schneider, S.H., Tseng, C., Waitzfelder, B. & Mangione, C.M. (2008). Predictors of sustained walking among diabetes patients in managed care: The Translating Research into Action for Diabetes (TRIAD) study. *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), 1194-1199.
- Eckel, R.H., Grundy, S.M. & Zimmet, P.Z. (2005). The metabolic syndrome. *Lancet* 365, 1415-28.
- Eikelenboom, N., Klomp, M. & Smeele, I. (2013). Zelfmanagement op maat. *Medisch Contact*, 2074-2075.
- Fielder, C.R. (2008). *Knowledge, motivations, and behaviors regarding eating a healthy diet and physical activity in relation to self-esteem in college students*. Texas: Texas State University – San Marcos.
- Gao, W.J. & Yuan, C.R. (2011). Self-management programma for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 58, 288-295.
- Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.

- GGD Kennemerland (z.d.). *Gezondheidsbevordering*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, <http://www.ggdkenemerland.nl/gezond-leven/gezondheidsbevordering.aspx>.
- Gijzen, R., van Oostrom, S.H. & Schellevis, F.C. (2014). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Glasgow, R.E., Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J. & Toobert, D.J. (2007). Problem solving and diabetes self-management - Investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care*, 30(1), 33-37.
- Haggera, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., Heine, V., Pihuc, M., Soo, I. & Karsaie, I. (2007). The perceived autonomy support scale for exercise settings (PASSES): Development, validity, and cross-cultural invariance in young people. *Psychology of Sport and Exercise* 8, 632-653.
- Hartog, F., den, Wagemakers, A., Vaandrager, L. & Koelen, M. (2012). *Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuur en gecombineerde leefstijlinterventies*. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij. Wageningen University.
- Heckman-Stone, C. & Stone, C. (2001). Pain management techniques used by patients with multiple sclerosis. *Journal of Pain*, 2, 205–208.
- Helduser, J.W., Bolin, J.N., Vuong, A.M., Moudini, D.M., Begaye, D.S., Huber Jr., J.C., Ory, M.G. & Forjuoh, S.N. (2013). Factors Associated With Successful Completion of the Chronic Disease Self-Management Program by Adults With Type 2 Diabetes. *Family & Community Health*, 36(2), 147-157.
- Hernandez-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Walker, R.J., Smalls, B.L., Davis, K.S. & Egede, L.E. (2012). Diabetes Empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, van der, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M., van der, Schnabel, P., Weel, C., van & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163.
- Huijben, M.E.M. (2011). *Het Chronic Care Model in Nederland*. Den Haag: RVZ.
- Hung, D.Y., Rundall, T.G., Tallia, A.F., Cohen, D.J. & Crabtree, B.F. (2007). Rethinking prevention in primary care: Applying the Chronic Care Model to address health risk behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 69-91.
- Improving Chronic Illness Care (z.d.). *The Chronic Care Model*. Geraadpleegd op 17 maart 2014, [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2).
- Jonker, A.A.G.C., Comijs, H.C., Knipscheer, K.C.P.M. & Deeg, D.J.H. (2009). Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *European Journal of Ageing*, 6, 303-314.



- Klauw, M., van der, Verheijden, M.W. & Slinger, J.D. (2013). *Monitor Convenant Gezond Gewicht 2013*. Leiden: TNO.
- Kratz, A.L., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M. & Nielson, W.R. (2011). Further evaluation of the Motivational Model of Pain Self-Management: Coping with chronic pain in multiple sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 391-400.
- Loket Gezond Leven (2014a). *Gecombineerde leefstijlinterventies*. Geraadpleegd op 26 maart 2014, <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-uitvoeren/samenwerken/samenwerken-met-eerstelijnszorg/samenwerking-eerstelijns-concreet/gecombineerde-leefstijlinterventies/>.
- Loket Gezond Leven (2014b). *Informatie over de buurtsportcoach*. Geraadpleegd op 5 maart 2014, <http://www.loketgezondleven.nl/school/ervaringen-gezonde-school/samenwerken-met-de-buurtsportcoach/informatie-buurtsportcoach/>.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W.Jr., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D. & Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomized trial. *Medical Care*, 97(1), 5-14.
- Lucassen, P.L.B.J. & olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ma, J., King, A.C., Wilson, S.R., Xiao, L. & Stafford, R.S. (2009). Evaluation of lifestyle interventions to treat elevated cardiometabolic risk in primary care (E-LITE): a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 10(71).
- Marcus, B.H., Rossi, J.S., Selby, V.C., Niaura, R.S. & Abrams, D.B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11, 386-395.
- Markland, D. & Tobin, V. (2004). A modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 191-196.
- May, S. (2010). Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. *Nature reviews Rheumatology*, 6, 199-209.
- McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(1), 65-88.
- Meriwether, R.A., McMahan, P.M., Islam, N. & Steinmann, W.C. (2006). Physical activity assessment: validation of a clinical assessment tool. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 484-491.
- Meyer, P.J. (2003). What would you do if you knew you couldn't fail? In: *Attitude is everything: If you want to succeed above and beyond*. Meyer Resource Group.

- Ministerie van VWS (z.d.). *Wat zijn buurtsportcoaches?* Geraadpleegd op 25 februari 2014, <http://www.sportindebuurt.nl/buurtsportcoaches/wat-zijn-buurtsportcoaches/>.
- Morris, R.L., Sanders, C., Kennedy, A.P. & Rogers, A. (2011). Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illness* 7(2), 147–161.
- Munir, F., Khan, T.A., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Bains, M. & Kalawasky K. (2009). Self-management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness. *Patient Education and Counseling* (77), 109-115.
- Naik, A.D., Palmer, N., Petersen, N.J., Street Jr., R.L., Rao, ER., Suarez-Almazor, M. & Haidet, P. (2011). Comparative Effectiveness of Goal Setting in Diabetes Mellitus Group Clinics Randomized Clinical Trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 453-459.
- Nigg, C.R., Rossi, J.S., Norman, G.J. & Benisovich, S.V. (1998). Structure of decisional balance for exercise adoption. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, S211.
- NISB (z.d.). *30 minuten bewegen*. Ede: Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen. Geraadpleegd op 10 maart 2014, <http://www.30minutenbewegen.nl/home-ik-voer-campagne/over-de-campagne/de-beweegnorm.html>.
- Ory, M.G., Ahn, S., Jiang, L., Smith, M.L., Ritter, P.L., Whitelaw, N. & Lorig, K. (2013). Successes of a national study of the chronic disease self-management Program: Meeting the triple aim of health care reform. *Medical Care* 51(11), 992-998.
- Park, Y., Chang, H., Kim, J. & Kwak, J.S. (2012). Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 710-722.
- Rademakers, J., Nijman, J., van der Hoek, L., Heijmans, M. & Rijken, M. (2012). Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health*, 12, 577.
- Resnick, B. & Jenkins, L.S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research*, 49(3), 154-159.
- Resnick, B., Zimmerman, S.I., Orwig, D., Furstenberg, A. & Magaziner, J. (2000). Outcome expectations for exercise scale: Utility and psychometrics. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(6), S352-S356.
- Rijksoverheid (2013). *Alles is gezondheid: Nationaal Programma Preventie 2014-2016*.
- RIVM (2013). *Aantal chronisch zieken neemt toe*. Geraadpleegd op 4 maart 2014, [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Algemeen\\_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal\\_chronisch\\_zieken\\_neemt\\_toe](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe)
- Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.B., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 16, 825-836.

- Sallis, J.F., Pinski, R.B., Grossman, R.M., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. *Health Education Research*, 3(3), 283-292.
- Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., van Petersen, R. & Visseren, F.L.J. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular nursing*, 10, 180.
- Thomas, G. (2013). *How to do your research project: A guide for student in education and applied social sciences*. London: SAGE.
- TNO (z.d.). Workshop: De talenten van de koks voor 5\* zelfmanagement. Geraadpleegd op 30 maart, <http://www.zelfmanagement.com/congres/?p=151>.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M. & Schellevis, F. (2011). *Overzichtstudies Zorg voor chronisch zieken, organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: Nivel.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M.A., Saan, H. & Leeuwis, C. (2010). Community health promotion: a framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and program planning* 33(4), 428-435.
- Wagner, E.H. (1999). Care of older people with chronic illness *New ways to care for older people: Building systems based on evidence*. New York: Springer, 39-64.
- Wakabayashi, R., Motegi, T., Yamada, K., Ishii, T., Jones, R.C.M., Hyland, M.E., Gemma, A. & Kida, K. (2011). Efficient integrated education for older patients with chronic obstructive pulmonary disease using the Lung Information Needs Questionnaire. *Geriatrics & Gerontology International*, 11, 422-430.
- Wantland, D.J., Portillo, C.J., Holzemer, W.L., Slaughter, R. & McGheal, E.M. (2004). The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), 1-19.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index3.html>.
- WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- WHO (2013). *Noncommunicable diseases*. Geraadpleegd op 12 augustus 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
- ZonMw (z.d.). *Project: Verbinding zorg, sport & bewegen. Onderzoek naar samenwerking van buursportcoaches, lokale zorg en sportaanbieders en participatie van buurtbewoners*. Geraadpleegd op 25 maart 2014, <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/verbinding-zorg-sport-bewegen-onderzoek-naar-samenwerking-van-buursportcoaches-lokale-zorg-en-samenwerking/>.

ZonMw (2013). *Monitoringonderzoek naar pakket 1 en 2 BeweegKuur*. Geraadpleegd op 5 juni 2014, <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/monitoring-of-the-beweegkuur-intervention-in-the-treatment-of-overweight-and-obesity/voortgang/>.

Van Zyl-Schalekamp (1991). Preventive self-care in three free state communities. *Curationis* 14(3), 23-26.

## Appendix I – Artikelen literatuurstudie

Tabel 15 Artikelen uit de literatuurstudie

	Auteurs en publicatiejaar	Titel	Land	Doelgroep	Doel van het onderzoek	Methoden	Indicatoren van zelfmanagement	Resultaten & conclusie
1.	Annesi, J.J. & Marti, C.N. (2011)	Path analysis of exercise treatment-induced changes in psychological factors leading to weight loss	VS	114 deelnemers met overgewicht	Voorstellen en testen van een theoretisch onderbouwde route van cognitieve gedrags-behandeling-geïnduceerde psychologische veranderingen bij gewichtsverlies	Beschrijvende studie. Meten van het effect van een 24 weken durende behandeling met cognitieve-gedrags-bewegings-ondersteuning en informatie over voeding	Self-efficacy is een belangrijke component van lichamelijke beweging bij obesitas-patiënten	Verbetering in self-efficacy bij lichamelijke beweging is een significante positieve voorspeller van zelfregulatie bij lichamelijke beweging. Verandering in zelfregulatie is een significante positieve voorspeller van een verandering in de hoeveelheid lichamelijke beweging
2.	Cameron, K. (2012)	Healthy aging: Programs for self-management of chronic disease: Second of a 2-part series	VS	Ouderen met een chronische ziekte	Het geven van een literatuuroverzicht van CDSMPs en het effect op healthy ageing bij ouderen	Geen duidelijke methode beschreven	Self-efficacy is een gewenste uitkomst van een CDSMP. Ook een toename in lichamelijke beweging is een gewenste uitkomst. Zelfmanagementvaardigheden dragen bij aan een betere self-efficacy	Zorgverleners voor ouderen moeten op de hoogte zijn van healthy ageing programma's, waaronder CDSMPs, zodat zij deze toe kunnen passen in hun omgeving en daarmee zelfmanagement onder ouderen kunnen verbeteren

3.	CBO (2014)	Zorgmodule Zelfmanagement 1.0: Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten	Nederland	De doelgroep voor de zorgmodule is in eerste plaats de zorgverlener, daarnaast ook patiënten	Zelfmanagement van mensen met een chronische aandoening te versterken door te beschrijven hoe dit binnen de zorgverlening ondersteund kan worden	Het beschrijven van praktijkervaringen, aangevuld met wetenschappelijke kennis en consensus in de ontwikkelgroep	Doelen en actieplannen opstellen met de zorgverlener, kennis over kosten, klinische gegevens, ziekte inpassen in het leven, ziekte specifieke kennis en vaardigheden, wegwijs in de zorg, vertrouwen in eigen kunnen	De kwaliteitsindicatoren van zelfmanagement vormen de uitkomst van het onderzoek. Met behulp van deze indicatoren kan zelfmanagement-ondersteuning zo goed mogelijk vorm in de praktijk worden uitgevoerd
4.	Chang, A.K., Fritschi, C. & Kim, M.J. (2012)	Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome	Korea	105 deelnemers met hypertensie	Vergelijken van het effect van een door verpleegkundigen geleide empowerment-interventie met educatie als belangrijk onderdeel, met de standaardzorg op het gebied van metabool syndroomrisicofactoren, zelfmanagement-gedrag en lichamelijke beweging	Quasi-experimenteel onderzoeksdesign; Vergelijken van een experimentele groep met een controlegroep. De DES-SF vragenlijst is gebruikt voor het meten van empowerment, I-PAQ voor lichamelijke beweging	Empowerment (hieronder vallen kennis en vaardigheden, participatie, en een sterk sociaal netwerk) en educatie over de ziekte blijken belangrijk te zijn voor zelfmanagement. Zelfmanagement gaat over medicatiegebruik, dieet, lichamelijke beweging	Empowermentinterventies zijn effectiever dan de standaardzorg in het verbeteren van zelfmanagementgedrag bij hypertensie
5.	Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Brown, S.A., Brown, L.M.	Meta-analysis of patient education interventions to	VS	22527 deelnemers met chronische	Het evalueren van het effect van patiëntvoorlichting op een toename in	Meta-analyse waarbij 163 studies zijn geanalyseerd en vergeleken	Patiëntvoorlichting kan de mate van lichamelijke beweging doen toenemen	De bevindingen suggereren dat sommige patiëntvoorlichting-interventies met als doel

	(2007)	increase physical activity among chronically ill adults		aan-doeningen uit 163 studies	lichamelijke beweging, op gedragresultaten bij patiënten met chronische aandoeningen			een toename in beweging, effectief zijn in het veranderen van beweeggedrag, maar er zijn verschillen in de omvang van het effect tussen de studies
6.	Cromwell, S.L. & Adams, M.M. (2006)	Exercise, self-efficacy, and exercise behavior in hypertensive older African-Americans	VS	42 Afro-Amerikaanse deelnemers met hypertensie	Het evalueren van de relatie tussen level van fysieke activiteit en beweeg-self-efficacy bij oudere Afro-Amerikanen met hypertensie	Descriptief cross-sectioneel onderzoeksdesign, uitkomsten van demografische gegevens en vragenlijsten naar lichamelijke beweging en beweging self-efficacy zijn geanalyseerd	Exercise self-efficacy: iemands vermogen om een specifiek gedrag effectief en bekwaam uit te voeren. Dit omvat efficacy-verwachtingen en uitkomstverwachtingen. Barrières in de keuze om regelmatig te bewegen: economisch (kosten van materiaal en lidmaatschap), omgeving (weer, faciliteiten, voetpaden en bankjes), interpersoonlijk (familie steun, tijdgebrek door werk, familie en vrienden, socioculturele geloven) of psychologisch (exercise self-efficacy)	Deelnemers die invulden vaker te bewegen hadden een hogere mate van self-efficacy op het gebied van beweging als uitkomst. Het is daarom nodig om self-efficacy bij lichamelijke beweging te verbeteren, ter voorkoming van verergering bij hypertensie. Self-efficacy kan verbeterd worden door observatie van naasten die bewegen, of door sociale overtuiging, waarbij ook de verpleegkundige een belangrijke rol kan spelen
7.	Crowley, M.J., Grubber, J.M., Olsen, M.K. & Bosworth, H.B. (2012)	Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management	VS	336 deelnemers met hypertensie in de primaire zorg	Identificeren van risicofactoren van therapie-ontrouw bij hypertensie zelfmanagement, en het evalueren van een instrument	Cross-sectionele analyse van een RCT	Demografische (e.g. leeftijd, geslacht), socio-economische (te kort aan sociale steun, tekort aan financiële zekerheid, 'health literacy', kennis), psychosociale (stress,	De risicofactoren voor therapieontrouw bij lichamelijke beweging zijn een BMI van 30 of hoger, vrouwelijk geslacht, laag opleidingsniveau, het hebben van een baan,

		behaviors: preliminary data for a new instrument			voor medicatiegebruik, dieet en beweging als zelfmanagementge- dragingen bij hypertensie		nerveuze persoonlijkheid, depressieve gemoedstoestand, tekort aan zorgvuldigheid of prestaties) en health-belief factoren (geloven dat hypertensie een serieuze aandoening is en zorgen over hypertensie) beïnvloeden drie typen zelfmanagementgedrag: medicatiegebruik, dieet en lichamelijke beweging	tekort aan prestaties vanwege psychosociale issues en het geloof dat een hartinfarct waarschijnlijk is met de huidige leefstijl
8.	Damush, T.M., Perkins, A. & Miller, K. (2006) (uit: Gao & Yuan, 2011)	The implementation of an oncologist referred, exercise self- management program for older breast cancer survivors	VS	34 vrouwen van boven de 50 jaar met borstkanker in hun voor- geschiedenis	Evalueren van de effectiviteit van een interventie die ontwikkeld is voor het verbeteren van matige inspanning bij oudere vrouwen die gediagnosticeerd zijn met stage 1 of 2 borstkanker en kankerbehandeling hebben afgerond in de afgelopen 5 jaar	Pretest–posttest, single group design	Beweeg-self-efficacy: ervaren barrières, voordelen en plezier, sociale steun. Ook probleemoplossend vermogen en zelfmonitoring zijn van belang bij lichamelijke beweging.	Een zelfmanagement- programma gericht op lichamelijke beweging blijkt effectief voor gedragsverandering bij ouderen die borstkanker hebben gehad. Na deelname aan het zelfmanagementprogram- ma is de wekelijkse hoeveelheid matige inspanning toegenomen en zijn de ervaren barrières afgenomen.
9.	Du, H.Y., Newton, P.J., Zecchin, R., Deniss, R., Salamonson, Y., Everett, B.,	An intervention to promote physical activity and self- management in people with	Austra- lië	166 deelnemers met chronisch hartfalen	Evaluatie van de Home-Heart-Walk (HHW): een zelfmonitorings- interventie op het gebied van	Multicenter, niet- geblindeerde ‘parallel’ RCT	Belangrijke zelf- managementcomponenten bij chronisch hartfalen zijn: gewicht, dieet, medicatie en lichamelijke beweging. Self- efficacy is een centraal	De uitkomsten van de RCT zijn niet in deze studie gepubliceerd, maar verwacht wordt dat een zelfmonitorings- interventie leidt tot een



	Currow, D.C., Macdonalds, P.S. & Davidson, P.M. (2011)	stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial			lichamelijke beweging die thuis uitgevoerd kan worden en het effect daarvan op self-efficacy en zelfmanagement bij patiënten met chronisch hartfalen		concept van zelfmanagement, zelfmonitoring is belangrijk zelfmanagementgedrag	verbeterde self-efficacy bij lichamelijke beweging en zelfmanagementcapaciteit waardoor het behandelen van chronisch hartfalen verbetert
10.	Duru, O.K., Gerzoff, R.B., Brown, A.F., Karter, A.J., Kim, C., Kountz, D., Venkat Narayan, K.M., Schneider, S.H., Tseng, C., Waitzfelder, B. & Mangione, C.M. (2008)	Predictors of sustained walking among diabetes patients in managed care: The Translating Research into Action for Diabetes (TRIAD) study	VS	5935 deelnemers met diabetes	Het onderzoeken van factoren die geassocieerd zijn met het blijven lopen bij 'managed care' patiënten met diabetes	Longitudinale, observationele cohortstudie. Demografische, omgevings- en klinische factoren zijn gemeten met vragenlijsten en er is gekeken of er een associatie is met het wel of niet wandelen bij patiënten met diabetes	Er worden geen indicatoren voor zelfmanagement genoemd. In deze studie is wel gekeken naar factoren die van invloed kunnen zijn op het blijven bewegen bij diabetespatiënten, wat belangrijk kan zijn bij de ontwikkeling van beweeginterventies, met name op individueel niveau.	De primaire uitkomstmaat is de waarschijnlijkheid van dagelijks 20 minuten wandelen in de follow-up. Klinische factoren zoals obesitas en pijnsymptomen, ouder dan 65 jaar, gebruik van medicatie en de ontwikkeling van een nieuwe comorbiditeit zijn geassocieerd met een lagere likelihood in het blijven wandelen. Er is geen significante associatie gevonden tussen omgevingsfactoren en een grotere likelihood in het blijven wandelen
11.	Gao, W.J. & Yuan, C.R. (2011)	Self-management programme for cancer patients: a literature	China	Deelnemers met kanker die deel hebben genomen	Beschrijven, vergelijken en bekritisieren van 6 zelfmanagement-programma's voor	Retrospectieve literatuurreview van zelfmanagement-programma's	Lichamelijke beweging, self-efficacy, sociale steun, vaardigheden, kennis, echtgenoot/ familie, gezondheidsgedrag,	6 zelfmanagement-programma's worden toegelicht waarbij indicatoren die belangrijk zijn voor zelfmanagement

	review		aan 1 van 6 zelfmanagementprogramma's	kankerpatiënten, voor verbetering van de ontwikkeling van zelfmanagementprogramma's bij kankerpatiënten		gezondheids-status, gebruik van gezondheidszorg, kwaliteit van leven, psychologische indicatoren	worden genoemd	
12.	Glasgow, R.E., Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J. & Toobert, D.J. (2007)	Problem solving and diabetes self-management - Investigation in a large, multiracial sample	VS	506 deelnemers met Diabetes Mellitus type II	Evalueren van probleem-oplossende vaardigheden in een diverse sample deelnemers, onderzoeken van patiënt-karakteristieken geassocieerd met problemen oplossen, de relatie tussen depressie, depressieve invloed en probleem-oplossend vermogen, en het evalueren van de relatie tussen DPSI-scores en verschillende zelfmanagement, psychosociale en biologische maatregelen	Longitudinaal onderzoek. Probleemoplossend vermogen is gemeten bij de deelnemers met behulp van het 'Diabetes Problem Solving Interview' (DPSI), verdeeld in een schaal voor gezond eten en een schaal voor lichamelijke beweging. De IPAQ is gebruikt voor het meten van lichamelijke beweging	Probleemoplossend vermogen is een kernaspect van zelfmanagement bij diabetes en chronische ziekten, kennis is een aspect van zelfmanagement. Probleemoplossende vaardigheden zijn geconceptualiseerd als het bepalen hoe een individu reageert op uitdagingen, en als sterke invloed op de mate van zelfmanagement in de behandeling van diabetes	De DPSI-scores variëren sterk onder patiënten op probleem-oplossende vaardigheden en zijn gerelateerd aan een aantal comorbide condities en complicaties, maar zijn niet gerelateerd aan verschillende demografische factoren waaronder etniciteit. Bijvoorbeeld, voor oplossend vermogen bij bewegen scoren de patiënten met meer complicaties en comorbide condities lager. DPSI-scores zijn significant gerelateerd aan zelfmanagementgedrag

13.	Helduser, J.W., Bolin, J.N., Vuong, A.M., Moudini, D.M., Begaye, D.S., Huber Jr., J.C., Ory, M.G. & Forjuoh, S.N. (2013)	Factors Associated With Successful Completion of the Chronic Disease Self-Management Program by Adults With Type 2 Diabetes	VS	200 volwassenen met Diabetes Mellitus type II	Het identificeren van factoren die geassocieerd zijn met het succesvol voltooien van een CDSMP (aanwezigheid bij minimaal 4 sessies)	Beschrijvende studie. Gegevens over zelfzorg zijn gemeten met een survey; demografische gegevens, gezondheidsstatus en zelfzorg. De deelnemers hebben daarna deelgenomen aan een CDSMP	Sociale determinanten, communicatievaardigheden, probleemoplossend vermogen, doelen stellen zijn belangrijk bij diabetes maar worden niet onderzocht in deze studie	Een verschillende mate van voltooiing werd gevonden op verschillende zelfmanagement-onderdelen, waaronder lichamelijke beweging. De algemene gezondheidsstatus heeft hier een significante invloed op. Lichamelijke beweging wordt gezien als een onderdeel van zelfmanagement
14.	Hernandez-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Walker, R.J., Smalls, B.L., Davis, K.S. & Egede, L.E. (2012)	Diabetes Empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 Diabetes	VS	378 volwassenen met Diabetes Mellitus type II	Evalueren van het effect van empowerment op therapietrouw en zelfzorg gedrag bij volwassenen met Diabetes Mellitus type II	Cross-sectionele studie. Diabetes empowerment, therapietrouw, kennis over diabetes en zelfzorg bij diabetes zijn gemeten met verschillende schalen/vragenlijsten, tijdens een consult in een kliniek	Empowerment en self-efficacy zijn onderdeel van het zelfmanagementproces bij de zorg voor diabetes	Diabetesempowerment is geassocieerd met toegenomen therapietrouw, toegenomen kennis en effectieve zelfzorg, waaronder lichamelijke beweging. Empowerment leidt dus tot betere lichamelijke beweging
15.	Kratz, A.L., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M. & Nielson, W.R. (2011)	Further evaluation of the Motivational Model of Pain Self-Management: Coping with	VS	114 deelnemers met multiple sclerose (MS) en chronische pijn	Testen van het 'Motivational Model of Pain Self-management' bij lichamelijke beweging en doorzettingsvermogen bij	Beschrijvende studie. Uitkomsten van vragenlijsten (o.a. 'Multidimensional Pain Readiness to Change Questionnaire-2') en metingen van het ervaren belang, self-	Doorzettingsvermogen, lichamelijke beweging en bereidwilligheid zijn componenten van pijnzelfmanagement	Ervaren belang en self-efficacy bepalen de bereidwilligheid tot verandering in pijnzelfmanagement, wat leidt tot veranderd zelfmanagementgedrag

		chronic pain in multiple sclerosis			copinggedrag bij patiënten met pijn als gevolg van MS	efficacy en de duur van coping-gedrag zijn geanalyseerd		
16.	Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W.Jr., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D. & Holman, H.R. (1999)	Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomized trial	VS	952 deelnemers met chronische aandoeningen; hartziekten, longziekten, CVA of artritis	Evaluatie van de effectiviteit (veranderingen in gezond gedrag, gezondheidsstatus, en gezondheidszorg-gebruik) van een CDSMP, ontwikkeld voor het gebruik bij een heterogene groep chronisch zieke patiënten	RCT gedurende zes maanden. Vergelijken van uitkomsten bij deelnemers aan de interventie met een wachtlijst-controlegroep voor veranderingen in gezond gedrag, gezondheidsstatus en gezondheidszorg-gebruik. Uitkomsten zijn gemeten met zelf ingevulde vragenlijsten	De CDSMP richt zich op beweging, gebruik van cognitieve symptoom-managementtechnieken, voeding, vermoeidheid en slaapmanagement, gebruik van gemeenschappelijke bronnen, gebruik van medicatie, omgaan met emoties als angst en depressie, communicatie met anderen waaronder zorgverleners, problemen oplossen en beslissingen maken. Het programma is gebaseerd op de self-efficacy theorie en educatie is een belangrijk onderdeel	De deelnemers aan de interventie hadden na zes maanden een verbetering in wekelijkse lichamelijke beweging, frequentie van cognitieve symptoommanagement, communicatie met artsen, zelf gerapporteerde gezondheid, gezondheid, vermoeidheid, beperkingen en beperkingen in sociale activiteiten, maar ook minder ziekenhuis-opnames. Er zijn geen verschillen in pijn of lichamelijke ongemakken, kortademigheid of psychologisch welzijn gevonden
17.	Ma, J., King, A.C., Wilson, S.R., Xiao, L. & Stafford, R.S. (2009)	Evaluation of lifestyle interventions to treat elevated cardiometabolic risk in primary care (E-LITE): a randomized controlled trial	VS	240 deelnemers met overgewicht of obesitas en een verhoogd risico op hart- en	De uitvoerbaarheid en potentiële effectiviteit van een IT-ondersteunde zelfmanagement-interventie, met of zonder zorgmanagement door een diëtist of	Geblindeerde RCT voor het vergelijken van drie interventie-groepen	Sociale steun en self-efficacy op het gebied van lichamelijke beweging, patiënt-gedefinieerde problemen, probleemoplossend vermogen, action planning, beslissingen maken	Effecten van de interventies op BMI, welke de primaire uitkomstmaat is in de studie, zijn niet in dit artikel vernoemd

				vaatziekten of Diabetes Mellitus	bewegings-adviseur wordt vergeleken met de standaardzorg			
18.	May, S. (2010)	Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis	UK	-	Het onderzoeken van aspecten van zelfmanagement met betrekking tot lage rugpijn en osteoarthritis	Review van systematische reviews op het gebied van zelfmanagement bij lage rugpijn en osteoarthritis	Kernelementen van effectieve zelfmanagement bij osteoarthritis en lage rugpijn: health-promotion activiteiten, zelfmonitoring, patiënt-zorgverlener-relatie, problemen oplossen, beslissingen maken, gebruik van hulpbronnen. Hierbij zijn self-efficacy, empowerment en patiënt-zorgverlenerinteractie erg belangrijk. Educatie en advies ondersteunen zelfmanagement	Lichamelijke beweging ondersteund met advies en educatie zou centraal moeten staan bij zelfmanagement-strategieën voor chronische lage rugpijn en osteoarthritis
19.	Morris, R.L., Sanders, C., Kennedy A.P. & Rogers, A. (2011)	Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patients prioritization of multiple conditions	UK	21 deelnemers met één of meerdere chronische ziekten	Onderzoeken hoe patiënten met meerdere chronische aandoeningen prioriteiten stellen in zelfmanagement-gedrag en hoe dit verandert in de loop van de tijd	Longitudinale kwalitatieve studie met semi-gestructureerde interviews	Lichamelijke beweging is een belangrijke component van zelfmanagement. Componenten van zelfmanagement: betrokken zijn bij activiteiten die fysieke en mentale gezondheid verbeteren, interactie met zorgverleners, therapietrouw, monitoring van gezondheidsstatus, zorg gerelateerde beslissingen nemen, managen van de	Het hebben van meerdere aandoeningen leidt tot het stellen van prioriteiten op het gebied van zelfmanagementgedrag, waarbij voorrang wordt gegeven aan gedrag dat de meest vooraanstaande symptomen/complicaties vermindert

							impact van ziekte op fysiek, mentaal en sociaal functioneren	
20.	Munir, F., Khan, T.A., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Bains, M. & Kalawasky K. (2009)	Exercise, self-efficacy, and exercise behavior in hypertensive older African-Americans	UK	759 werknemers	Evaluëren van zelfmanagement van gezond gedrag bij oudere en jongere werknemers met een chronische ziekte	Beschrijvend, cross-sectioneel design. Uitkomsten van vragenlijsten over gezond gedrag op het werk, ingevuld door jongere en oudere werknemers, zijn geanalyseerd	Vier categorieën van zelfmanagement gezond gedrag zijn onderzocht: gebruik van voorgeschreven medicatie, monitoren van en reageren op symptomen, een gezond dieet en lichamelijke beweging	Oudere werknemers gebruiken beweging vaker als zelfmanagement-strategie op de werkvloer dan jongere werknemers; jongeren met astma gebruiken beweging als strategie, net als ouderen met hartziekten, artritis, reumatische aandoeningen of diabetes
21.	Naik, A.D., Palmer, N., Petersen, N.J., Street Jr., R.L., Rao, ER., Suarez-Almazor, M. & Haidet, P. (2011)	Comparative Effectiveness of Goal Setting in Diabetes Mellitus Group Clinics Randomized Clinical Trial	VS	78 veteranen met Diabetes Mellitus (vanwege de specifieke deelnemers-groep is de externe validiteit niet erg hoog)	Evaluëren van de effectiviteit van twee interventies, met HbA1-waarden als primaire uitkomst bij patiënten met diabetes	RCT, vergelijking van de EPIC-interventiegroep met een controlegroep waarbij educatie en reguliere zorg gegeven wordt gedurende drie maanden. Doel van de EPIC-interventie is het gezamenlijk stellen van doelen en actieplannen bij de behandeling van diabetes door zorgverlener en patiënt	Communicatie met zorgverleners staat in deze studie centraal staan	Deelnemers aan de EPIC-interventie hadden significant betere HbA1 levels dan de controlegroep. De conclusie is dat het opstellen van doelen en actieplannen gezamenlijk met de zorgverlener zorgt voor betere uitkomsten bij management van diabetes
22.	Ory, M.G., Ahn, S., Jiang, L., Smith, M.L., Ritter, P.L.,	Successes of a national study of the Chronic Disease Self-	VS	1170 thuiswonen de deelnemers	Het onderzoeken van de effectiviteit van het Chronic Disease Self-	Pre-post longitudinale studie; Vergelijken van uitkomsten van de Triple Aim goals door	Medische, emotionele en sociale rol- management-vaardigheden, deze worden niet duidelijk beschreven.	Uitkomsten van de Triple Aim goals zijn verbeterd na deelname aan de CDSMP

	Whitelaw, N. & Lorig, K. (2013)	Management Program: Meeting the triple aim of health care reform		met een chronische aandoening	Management Program (CDSMP)* om de Triple Aim goals te faciliteren	dataverzameling voor en na een CDSMP: betere gezondheid, betere gezondheidszorg, meerwaarde	Zelfmanagement gaat in dit onderzoek over mensen met een chronische aandoening.	
23.	Park, Y., Chang, H., Kim, J. & Kwak, J.S. (2012)	Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home	Zuid-Korea	47 Koreaanse ouderen met hypertensie, wonend in een verzorgings-tehuis	Evaluëren van de effecten van een 'patient-tailored'-zelfmanagement-interventie op bloeddrukcontrole, zelfzorggedrag, self-efficacy bij lichamelijke beweging en therapietrouw	Acht weken durende interventie waarbij een interventie- en controlegroep worden vergeleken. De interventiegroep kreeg wekelijkse educatie en 'tailored' counseling, de controlegroep de standaardzorg	Educatie en begeleiding zijn componenten van een persoonlijke zelfmanagementinterventie bij patiënten met hypertensie. Self-efficacy for Exercise scale voor het meten van self-efficacy bij lichamelijke beweging is hier gebruikt (Resnick & Jenkins, 2000)	Zelfzorg en self-efficacy bij lichamelijke beweging namen significant toe in de interventiegroep. Er is geen significant verschil in therapietrouw. Conclusie is dat educatie en 'tailored' individuele counseling bijdragen aan betere zelfzorg en self-efficacy bij lichamelijke beweging, bij ouderen met hypertensie in een verzorgingstehuis
24.	Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.B., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1987) (uit: Damush, Perkins & Miller, 2006)	The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors	VS	111 gezonde deelnemers	Ontwikkelen van instrumenten voor het meten van de ervaren sociale steun, specifiek voor gezond dieet en lichamelijke beweging en het verzamelen van voorlopige data over betrouwbaarheid en validiteit	Ontwikkeling van instrumenten en het analyseren van de validiteit en de betrouwbaarheid. Er zijn 40 diepte-interviews gehouden waarna de instrumenten getest zijn door 71 proefpersonen	Sociale steun is een belangrijke determinant in het veranderen van gedrag, het gaat hierbij om de kwantiteit, de structuur en de functionele inhoud van sociale relaties. Sociale steun kan ook om financiële steun gaan. De partner neemt een belangrijke plaats in	De uitkomsten van deze studie zijn twee schalen waarmee sociale steun gemeten kan worden: voor eetgewoonten en lichamelijke beweging

25.	Sallis, J.F., Pinski, R.B., Grossman, R.M., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1988) (uit: <i>Damush, Perkins &amp; Miller, 2006</i> )	The development of self-efficacy scales for health-related die tand exercise behaviors	UK	111 gezonde deelnemers	Ontwikkelen van schalen voor het meten van self-efficacy voor gezonde dieetgewoonten en beweeggedrag in specifieke situaties, en het onderzoeken van psychometrische kwaliteiten van de schalen	Ontwikkeling van instrumenten en het analyseren van de validiteit en de betrouwbaarheid. Er zijn 40 diepte-interviews gehouden waarna de instrumenten getest zijn door 71 proefpersonen	Een mediator van gedragsverandering is self-efficacy, door een hoge mate van self-efficacy neemt de mate van lichamelijke beweging toe	De uitkomsten van deze studie zijn twee schalen waarmee self-efficacy gemeten kan worden: voor eetgewoonten en lichamelijke beweging
26.	Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., van Petersen, R. & Visseren, F.L.J. (2011)	The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle	Nederland	125 deelnemers met cerebro-vasculaire ziekten, coronaire hartziekten of perifere arteriële ziekten	Kwantificeren van de impact van een veranderde self-efficacy op lichamelijke beweging	Observationele cohortstudie, evaluatie van uitkomsten van een vragenlijst over self-efficacy en vragen over cardiovasculaire leefstijl aan het begin en 1 jaar na een zelfmanagement-interventie	Self-efficacy is een belangrijke voorwaarde voor zelfmanagement, lichamelijke beweging is zelfmanagementgedrag	Verbeteringen in self-efficacy zijn geassocieerd met een verbetering in cardiovasculaire leefstijl, zoals meer beweging en een gezonder dieet
27.	TNO (z.d.)	Workshop De talenten van de koks voor 5 * zelfmanagemen t: Patiënt profielen	Nederland	Zorgverlener en patiënten	Informatie overbrengen over zelfmanagement aan deelnemers aan de workshop	Workshop	Kerndeterminanten van zelfmanagement: Doel/actiebereidheid, activiteiten inpassen in dagelijks leven, motivatie, inzicht en educatie, zelfvertrouwen, communicatie met sociale omgeving en zorgverlener,	-



							zelfmonitoring, karakter/persoonlijkheid, emotie, beslisvaardigheid	
28.	Wakabayashi, R., Motegi, T., Yamada, K., Ishii, T., Jones, R.C.M., Hyland, M.E., Gemma, A. & Kida, K. (2011)	Efficient integrated education for older patients with chronic obstructive pulmonary disease using the Lung Information Needs Questionnaire	Japan	85 oudere deelnemers met COPD	Evaluatie van de effectiviteit van een zelfmanagement-programma waarbij gekeken wordt naar de behoefte aan informatie na het krijgen van geïndividualiseerde educatie, bij longpatiënten	Parallel-groep RCT. Twee groepen zijn vergeleken op hun scores van de 'Lung Information Needs Questionnaire' (LINQ), waarbij één groep een zelfmanagement-programma volgde en de andere groep de normale zorg kreeg	Educatie is een onderdeel van een zelfmanagement-programma	De interventiegroep had een significant betere score van de LINQ na 12 maanden. De conclusie is dat een geïntegreerd zorgprogramma vergeleken met de normale zorg leidt tot betere zelfmanagement, met als gevolg een verbetering van ADL, benauwdheid, de BODE index en een verminderd aantal ziekenhuisopnames, gedurende de periode waarin intensieve educatie werd gegeven
29.	Wantland, D.J., Portillo, C.J., Holzemer, W.L., Slaughter, R. & McGheal, E.M. (2004)	The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes	VS	11754 deelnemers met chronische aandoeningen uit 22 studies	Evalueren van uitkomsten op het gebied van patiëntkennis en gedragsverandering na online-interventies, vergeleken met interventies die niet online zijn	Meta-analyse waarbij 22 artikelen zijn geanalyseerd en vergeleken	Kennis en educatie zijn belangrijk voor gedragsverandering. Zelfzorg- en zelfmanagement-interventies richten zich op gedragsverandering	Er zijn verbeterde uitkomsten bij deelname aan de online-interventies vergeleken met de niet-online interventies in het verkrijgen van kennis en/of gedragsverandering. De bestudeerde uitkomstvariabelen variëren per studie, maar het gaat onder andere om een toename in tijdsduur

van lichamelijke activiteit.  
Conclusie is dat de online-  
interventies gericht  
moeten worden op  
individuele behoeften in  
zelfmanagement van  
chronische aandoeningen

\* Chronic Disease Self-management Program

## Appendix II – Leidraad expertinterview

### Benodigheden

- Interviewleidraad
- Lijst met indicatoren
- Papier en pen
- Recorder (opgeladen)
- Routebeschrijving
- Toestemmingsverklaring geluidsopname

### Inleiding

Mijn naam is Evie Kolsteren en ik ben Master student Health and Society aan de WUR. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeerscriptie.

In het kader van het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen' doe ik onderzoek naar zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging, met als doel het ontwikkelen van een vragenlijst om dit te meten. Gedurende dit interview ga ik u enkele vragen stellen over zelfmanagement. Het afnemen van dit interview heeft als doel meer informatie te verkrijgen over zelfmanagement in de praktijk, in relatie tot lichamelijke beweging. Naar schatting zal het gesprek ongeveer een uur duren. Omdat ik de informatie daarna zorgvuldig wil verwerken wil ik het gesprek graag opnemen. Heeft u hier bezwaar tegen?

*Recorder aanzetten*

### Vragen

#### Inleidende vragen

1. Wat is uw functie/expertise op het gebied van zelfmanagement?
2. Hoe kijkt u aan tegen zelfmanagement?
  - Wat zijn de mogelijkheden van zelfmanagement?
3. Kunt u enkele positieve ervaringen omschrijven van zelfmanagement in de praktijk?
4. Staat u achter de definitie van zelfmanagement zoals deze door het LAZ wordt omschreven?
  - Heeft u nog aanvullingen of zijn er nog nieuwe bevindingen?

#### Zelfmanagement en lichamelijke beweging

5. Hoe ziet u lichamelijke beweging in relatie tot zelfmanagement?
6. In de literatuur wordt beweging vaak als component van zelfmanagement gezien terwijl beweging bij chronische patiënten vaak niet zo vanzelfsprekend is. Hoe kijkt u daar tegen aan?

### **Indicatoren van zelfmanagement**

7. Welke indicatoren van zelfmanagement zijn er volgens u?
  
8. Wat vindt u van de volgende indicatoren voor zelfmanagement? Deze zijn gebaseerd op literatuur in combinatie met het Generiek model Zelfmanagement en het Chronic Care Model:
  1. Bereidwilligheid
  2. Doorzettingsvermogen
  3. Empowerment
  4. Ervaren belang
  5. Financiële middelen/kosten
  6. Fysieke omgeving
  7. Fysieke staat
  8. Kennis
  9. Partner/naaste(n)
  10. Patiëntvoorlichting/-educatie
  11. Probleemoplossend vermogen
  12. Self-efficacy
  13. Sociale contacten/sociale steun
  14. Verbetering ervaren
  15. Zelfmonitoren

### **Metten van zelfmanagement**

9. Heeft u praktijkervaring met het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging?
  
10. Op welke manier kan zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging volgens u gemeten worden?
  - Hoe ziet u dit bij een vragenlijst?

### **Afsluiting**

Dit is het einde van het interview (*samenvatting geven*).

- Is er nog iets wat u kwijt wilt/aan wilt vullen?
- Zou u een reactie willen geven op het uitgewerkte interview?
- Geeft u toestemming voor het gebruiken van uw naam in de bijlage van mijn onderzoek?
- Stelt u het op prijs om de eindresultaten te ontvangen?

Hartelijk dank voor uw tijd!

*Recorder uitzetten*

## Appendix III – Toestemmingsverklaring interview

### Toestemmingsverklaring

#### Interview MSc thesis – Evie Kolsteren

“Een vragenlijst voor het meten van zelfmanagement in relatie tot lichamelijke beweging”

---

*Ik bevestig dat ik naar tevredenheid ben geïnformeerd over het onderzoek. Ik ben in de gelegenheid geweest om vragen te stellen en deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.*

*Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek.*

*Ik ga ermee akkoord dat het interview wordt opgenomen op een geluidsband en dat de gegevens uit het interview anoniem verwerkt worden.*

Naam: \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

---

Ondergetekende, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het onderzoek is geïnformeerd en dat alle vragen naar beste weten zijn beantwoord.

Naam onderzoeker : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Appendix IV – Leidraad focusgroep

### Doel

1. Meningen en ervaringen ten aanzien van het verbinden van zorg en sport en de rol die de buurtsportcoach/gezondheidsmakelaar hierin speelt
2. Samenwerking in het netwerk rondom de buurtsportcoach en het bevorderen van beweging
3. Indicatoren van zelfmanagement met betrekking tot bewegen achterhalen
4. Bepalen voor welke professionals participatie haalbaar is en welke barrières participatie van de burger in de weg staan

### Deelnemers Franeker

Een halfjaarlijkse evaluatie van het beweegprogramma zoals georganiseerd in Franeker vond plaats op 12 juni, waar wij (de onderzoekers) bij aan konden sluiten. De deelnemers aan de focusgroep zijn de betrokken professionals van het beweegprogramma:

- Diëtiste
- Fysiotherapeuten
- Leefstijlcoach (buurtsportcoach)
- Onderzoekers
- Praktijkondersteuners

### Deelnemers Nijmegen

In Nijmegen vond op 18 juni plaats. Hierin werd de rol van de buurtsportcoach besproken.

Deelnemers aan deze focusgroep:

- BSC sportservice
- Buurtbewoners
- Fysiotherapeut
- Gemeente Nijmegen
- GGD
- Huisarts
- Indigo
- Onderzoekers
- Sportservice Nijmegen
- Sociaal Wijkteam Nijmegen
- Tandem welzijnsorganisatie

### Benodigdheden:

- Flap-over met indicatoren
- Focusgroepleidraad
- Naambordjes deelnemers
- Notitieblok

- Observatieschema
- Pennen
- Plakband
- Post-its
- Schaar
- Stiften
- Toestemmingsverklaringen geluidsopname
- Voicerecorder(s)

### Praktische tips

- Let op geluidsoverlast op de locatie waar de focusgroep plaats vindt
- Attendeer op het uitzetten van het geluid van mobiele telefoons
- Zorg voor plastic lepeltjes en geen schoteltjes vanwege geluidsoverlast voor de geluidsopname
- Plaats de naambordjes op tafel
- Verdeel de pennen en post-its voorafgaand aan de focusgroep over de zitplaatsen
- Zorg dat de tekst op flap-overs duidelijk te lezen is
- Plaats de voicerecorder(s) op een tactische plaats voor een duidelijke opname

### Observator

De rol van de observator bestaat uit de volgende taken:

- Notuleren welke deelnemers aanwezig zijn
- Het maken van aantekeningen tijdens discussies, tegelijkertijd wordt er gelet op intonaties, interacties, non-verbale communicatie en emoties tijdens de discussies
- In de gaten houden of alle vragen en onderwerpen besproken worden
- Waar nodig, de gespreksleider(s) aanvullen
- Het bijhouden van de tijd

*Onderaan de leidraad is een observatieschema toegevoegd dat door de observator gebruikt is als ondersteuning van de observatie en om notities in te vullen.*

### Gespreksleider

De rol van de gespreksleider(s) bestaat uit de volgende taken:

- Geven van een inleiding; welkom en met uitleg van de focusgroep en het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen'
- Openen en leiden van het gesprek
- Zorgen voor een open en ontspannen sfeer
- Zorgen dat de vooraf vastgestelde vragen en onderwerpen aan bod komen
- Afremmen en stimuleren van deelnemers in de discussies waar nodig
- Geven van samenvattingen

## Deelnemers

De rol van de deelnemers is om het gesprek met elkaar te voeren. Zij reageren hierbij op vragen van de gespreksleider(s) en van elkaar, waarbij iedereen de kans krijgt om uit te praten en een even groot aandeel aan het gesprek kan leveren.

Daarnaast wordt van de deelnemers gevraagd om voor het onderdeel zelfmanagement een aantal indicatoren van zelfmanagement te noteren en deze gezamenlijk te bespreken.

## Opzet

### Introductie

- Welkom, voorstelronde
- Uitleg focusgroep en onderzoek 'Verbinding zorg, sport & bewegen' door gespreksleider(s)
- Invullen toestemmingsverklaring geluidsopname en aanzetten voicerecorders

### Zelfmanagement (15 min)

Mijn naam is Evie Kolsteren en ik ben Masterstudent Health & Society aan de universiteit van Wageningen. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeerscriptie als onderdeel van het project 'Verbinding zorg, sport & bewegen'. Hiervoor ga ik een vragenlijst ontwikkelen voor het meten van zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging bij mensen met een chronische aandoening. Om deze vragenlijst zo goed mogelijk vorm te geven, heb ik een literatuurstudie gedaan naar de indicatoren van zelfmanagement en deze wil ik bespreken en laten aanvullen door experts op het gebied van zelfmanagement, die ervaring hebben met zelfmanagement en lichamelijke beweging in de praktijk, zoals jullie.

Graag zou ik jullie daarom willen vragen om in anderhalve minuut tijd (vanwege de korte tijd die we beschikbaar hebben) indicatoren van zelfmanagement op post-its te schrijven, waarvan jullie denken dat deze relevant zijn bij zelfmanagement. Daarna wil ik deze indicatoren met jullie bespreken en vergelijken met de indicatoren die in de literatuur worden omschreven, en bespreken welke indicatoren eventueel belangrijker zijn dan andere indicatoren.

Zelfmanagement of zelfzorg betekent dat de patiënt zó met zijn ziekte of risicofactoren probeert om te gaan, dat hij een leven leidt zoals hij dat het liefste zou willen doen. Er wordt gezocht naar een balans tussen wat de ziekte of risicofactor van de patiënt vraagt en hoe hij zijn leven wil leiden. Vaak vraagt ziekte of risicofactor om meer te bewegen en dit wordt veelal in het kader van zelfmanagement geadviseerd. Maar een patiënt gaat niet zo maar bewegen.

### Indicatoren van zelfmanagement

1. Welke indicatoren of factoren zijn van belang voor een patiënt om meer te gaan bewegen en dit ook vol te blijven houden in zijn of haar eigen dagelijks leven?
2. Welke indicatoren zijn van belang met betrekking tot zelfmanagement zodat mensen meer gaan bewegen? Een voorbeeld hiervan is kennis, mensen moeten weten hoe veel en in welke mate zij zouden moeten bewegen voor hun gezondheid om dit ook ten doel te kunnen stellen.



- Elke deelnemer krijgt post-its om minimaal 2 indicatoren van zelfmanagement op te schrijven. Hier is 1,5 minuten de tijd voor. De indicatoren worden besproken en de mate van relevantie wordt bediscussieerd. De post-its worden gerangschikt in categorieën van indicatoren, zodat zichtbaar wordt welke indicatoren vaak worden benoemd.

3. Wat vinden jullie van de indicatoren die aan bod komen in onze vragenlijst? Missen er indicatoren of zijn er irrelevante indicatoren? (Alle indicatoren kort benoemen)

**Lijst met zelfmanagementindicatoren uit de literatuur en interviews voorgelegd aan de deelnemers:**

1. Bereidwilligheid
2. Doelen en actieplannen
3. Doorzettingsvermogen
4. Empowerment
5. Ervaren belang
6. Financiële middelen/kosten
7. Fysieke omgeving
8. Fysieke staat
9. Gedragsverandering
10. Kennis
11. Motivatie
12. Partner/naaste(n)
13. Patiëntvoorlichting/-educatie
14. Probleemoplossend vermogen
15. Self-efficacy
16. Sociale contacten/sociale steun
17. Stress
18. Verbetering ervaren
19. Zelfmonitoring

## Observatieschema

<b>Deelnemers en opstelling ruimte (tekening)</b>	
<b>Sfeer en weerstanden bij aanvangsfase</b>	
<b>Groepsproces</b>	
<b>Belangrijke citaten (+naam)</b>	

<b>Bijdrage van verschillende deelnemers (concentratie en participatie)</b>	
<b>Sfeerimpressie (open, ontspannen, ongemakkelijk etc.)</b>	
<b>Opmerkingen</b>	
<b>Samenvatting</b>	

## Appendix V – Toestemmingsverklaring focusgroep

### Toestemmingsverklaring

#### Focusgroep

---

*Ik bevestig dat ik naar tevredenheid ben geïnformeerd over het onderzoek. Ik ben in de gelegenheid geweest om vragen te stellen en deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.*

*Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek.*

*Ik ga ermee akkoord dat het groepsinterview wordt opgenomen op een geluidsband en dat de gegevens uit het interview anoniem verwerkt worden.*

Naam: \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

---

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het onderzoek is geïnformeerd en dat alle vragen naar beste weten zijn beantwoord.

Naam onderzoeker : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Appendix VI – Post-its focusgroepen





## Appendix VII – Codeerschema

Tabel 16 Codeerschema

Thema	Subthema	Codes
<b>1. Indicatoren</b>	1. Bereidwilligheid	1.1 bereid
	2. Doorzettings-vermogen	1.2 doorzet
	3. Empowerment	1.3 empower
	4. Ervaren belang	1.4 ervaren belang
	5. Financiële middelen/ kosten	1.5 kosten
	6. Fysieke omgeving	1.6 omgeving
	7. Fysieke staat	1.7 staat
	8. Kennis	1.8 kennis
	9. Partner/naaste(n)	1.9 partner
	10. Patiëntvoorlichting/ -educatie	1.10 educatie
	11. Probleemoplossend vermogen	1.11 probleem-oplossend
	12. Self-efficacy	1.12 self-efficacy
	13. Sociale contacten/ sociale steun	1.13 sociaal
	14. Verbetering ervaren	1.14 verbetering
	15. Zelfmonitoring	1.15 zelf-monitoring
<b>2. Nieuwe indicatoren</b>	1. Doelen en actieplannen	2.1 doel/plan
	2. Gedragsverandering	2.2 gedrags-verandering
	3. Motivatie	2.3 motivatie
	4. Stress	2.4 stress

## Appendix VIII – Handleiding ontwikkeling vragenlijst

Tabel 17 Ontwikkeling vragenlijst Zelfmanagement en bewegen

Indicator	Vraag	Gebruikte vragenlijst(en)	Gevalideerd	Aanpassingen	Opmerkingen
<b>Kennis</b>	1	Thesis Questionnaire	Nee	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties aangepast naar 1-7 dagen	Gebaseerd op de gevalideerde PAAT* vragenlijst
	2	Thesis Questionnaire	Nee	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties 4 en 5 toegevoegd	/
	3	Thesis Questionnaire	Nee	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	/
	4	Thesis Questionnaire	Nee	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	/
	5	Thesis Questionnaire	Nee	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	/
<b>Informatie/ voorlichting</b>	6	Eigen vraag	Nee	/	Gebaseerd op vraag 27 uit de gevalideerde AusDiab** vragenlijst
	7	Eigen vraag	Nee	/	Aanvulling op vraag 6
	8	Eigen vraag	Nee	/	Aanvulling op vraag 6, 7
	9	Eigen vraag	Nee	/	Aanvulling op vraag 6, 7, 8
<b>Self-efficacy</b>	11 a-i	Self-efficacy for Exercise Scale (SEE)	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties aangepast naar 1-5 - '3x 20 minuten bewegen' aangepast naar 'minimaal 1x per week' - Actieve schrijfvorm toegepast	- Antwoordopties aangepast vanwege consistentie in de opbouw/lay-out van de vragenlijst
	11 j	Barriers Self-efficacy Scale (BARSE)	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	- Vraag 12 uit BARSE
	11 k	Eigen vraag	Nee	/	Gebaseerd op vraag 3 uit BARSE



	11 l	Eigen vraag	Nee	/	/
<b>Ervaren belang</b>	12 a-f	Exercise: Decisional Balance Questionnaire	?	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - 4 van de 10 stellingen zijn eruit gelaten	- Stellingen eruit gelaten vanwege tijdsduur en irrelevantie van de vraag voor deze vragenlijst
	13	Perceived Importance of Exercise for Personal Health Questionnaire	?	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties 2 en 5 zijn zelf toegevoegd	- Antwoordopties toegevoegd ter specificering van het antwoord - Overlap met BREQ-2
<b>Gedragsverandering</b>	14	Stage of Change Questionnaire for Exercise	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	/
<b>Motivatie</b>	15a-s	Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire -2 (BREQ-2)	Ja	- Antwoordopties aangepast naar 1-5	- Antwoordopties aangepast vanwege consistentie in de opbouw/lay-out van de vragenlijst
	15t	Eigen vraag	Nee	/	/
<b>Sociale contacten/ Sociale steun</b>	16a-g	The Perceived Autonomy Support Scale for Exercise Settings Scale (PASSES)	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties aangepast naar 1-5 - Stellingen 2, 5, 7, 10, 11 eruit gelaten - In vraagstelling is 'PE-teacher' aangepast naar 'beweegbegeleider' - In de vraagstelling is 'active sports and/or vigorous exercise' aangepast naar 'lichamelijke beweging' - In de vraagstelling is 'in my free time' eruit gelaten	- Antwoordopties aangepast vanwege consistentie in de opbouw/lay-out van de vragenlijst - Stellingen eruit gelaten vanwege tijdsduur - Vragen zijn aangepast aan deelname aan een beweegprogramma
	17	Eigen vraag	Nee	/	/
	18a-g	'Vragenlijst patiënten t1' (Beweegkuur)	?	- Vraagstelling in tegenwoordige tijd i.p.v. verleden tijd	/

	18h	Eigen vraag	Nee	/	/
	19a-d	Social Support and Exercise Survey (SSE)	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands - Antwoordopties aangepast naar 1-5 - Stelling 5-13 eruit gelaten	- Antwoordopties aangepast vanwege consistentie in de opbouw/lay-out van de vragenlijst - Stellingen eruit gelaten vanwege tijdsduur en overlap met andere vragen of irrelevante stellingen
	20	Eigen vraag	Nee	/	- Met deze vraag wordt gefocust op de partner als onderdeel van sociale contacten/sociale steun
	21	Eigen vraag	Nee	/	- Vervolg op vraag 20
<b>Zelf-monitoring</b>	22	Eigen vraag	Nee	/	- Gebaseerd op vraag 10 uit AusDiab** vragenlijst - Antwoordopties 'dagboek' en 'stappenteller' zijn gebaseerd op gebruikte hulpmiddelen bij de Beweegkuur*, aangevuld met eigen antwoordopties
<b>Verbetering ervaren</b>	23a	Eigen vraag	Nee	/	/
	23b-j	Outcome Expectations for Exercise Scale	Ja	- Vertaald vanuit het Engels naar Nederlands	/
<b>Beweegdoelen</b>	24	Eigen vraag	Nee	/	Gebaseerd op wat deelnemers aan de Beweegkuur*** noemen als voornaamste redenen om mee te doen aan een beweegprogramma: afvallen, meer bewegen, conditie, gezonder worden, aangevuld met eigen antwoordopties
<b>Beweegplannen</b>	25	Eigen vraag	Nee	/	/

\* *Physical Activity Assessment Tool (PAAT)* (Meriwether, McMahon, Islam & Steinmann, 2006)

\*\* *Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study questionnaire (AusDiab)* (Dunstan et al., 2002)

\*\*\* *Rapport 'Monitoringonderzoek naar pakket 1 en 2 Beweegkuur'* (ZonMw, 2013)

## Appendix IX – Vragenlijst ‘Zelfmanagement & bewegen’

### ZELFMANAGEMENT & LICHAAMELIJKE BEWEGING

---

*Deze vragenlijst gaat over zelfmanagement op het gebied van lichamelijke beweging. De vragen geven inzicht in hoe u denkt over lichamelijke beweging en hoe u daar mee bezig bent.*

*In de vragenlijst wordt vaak gesproken over een beweegprogramma. Met beweegprogramma wordt de beweeg- of sportactiviteit bedoeld waaraan u regelmatig deelneemt of gaat deelnemen en waardoor u gevraagd bent om mee te werken aan dit onderzoek.*

*Daarnaast worden er een aantal vragen gesteld over uw beweegbegeleider. Het kan zijn dat u een andere benaming gebruikt voor ‘beweegbegeleider’. In deze vragenlijst wordt met een beweegbegeleider bedoeld, degene die u begeleidt tijdens uw beweegprogramma, beweegactiviteit of sportactiviteit.*

*Indien er in de vraag gesproken wordt over intensieve of matig intensieve sport, dan kunt u denken aan de volgende activiteiten:*

*Voorbeelden van intensieve sport: joggen, hardlopen, wielrennen, aerobics, baantjes zwemmen, tennis enkelspel*

*Voorbeelden van matig intensieve sport: wandelen, dansen, fietsen, tuinieren, werk rond het huis, tennis dubbelspel*

*Kruis bij onderstaande vragen het voor u juiste antwoord aan. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Indien anders vermeld, kruis één antwoord van uw keuze aan. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.*

## KENNIS EN INFORMATIE

---

*Kennis over lichamelijke beweging kan belangrijk zijn voor uw motivatie om te bewegen. Onderstaande vragen gaan over wat u weet over lichamelijke beweging en of u hierover informatie heeft gehad. Kruis bij de volgende vragen het antwoord aan waarvan u denkt dat het het juiste antwoord is.*

**Vraag 1. Wat is het minimale aantal dagen per week dat een persoon lichamenlijk actief moet zijn om de gezondheid te verbeteren?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Weet ik niet

**Vraag 2. Wat is de minimale tijdsduur (in minuten) dat een persoon gedurende een normale dag actief moet zijn om de gezondheid te verbeteren?**

- 15 minuten
- 20 minuten
- 30 minuten
- 45 minuten
- 60 minuten
- Weet ik niet

**Vraag 3. Intensieve lichamenlijke beweging is nodig om de gezondheid te verbeteren**

- Waar
- Niet waar
- Weet ik niet

**Vraag 4. Matig intensieve lichamenlijke beweging geeft géén enkele verbetering van de gezondheid**

- Waar
- Niet waar
- Weet ik niet

**Vraag 5. Drie keer 10 minuten lichamelijke beweging geeft dezelfde verbetering van de gezondheid als één sessie van 30 minuten**

- Waar
- Niet waar
- Weet ik niet

**Vraag 6. Heeft u informatie gehad over de invloed van lichamelijke beweging op gezondheid? En zo ja, kunt u aangeven via wie u deze informatie heeft gehad? (Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)**

- Nee
- Weet ik niet
- Ja, namelijk via...

*(Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)*

- Huisarts
- Ik heb met niemand gesproken/ ik heb geen informatie gehad
- Praktijkondersteuner
- Bedrijfsarts
- Medisch specialist
- Diëtist
- Fysiotherapeut
- Beweegbegeleider
- Deelnemer(s) aan een beweegprogramma
- Familie/vrienden
- Ik heb zelf informatie gezocht
- Ik weet het niet
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 7. Kunt u aangeven op wat voor manier u deze informatie heeft gehad? (Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)**

- Door middel van een gesprek
- Tijdens een bijeenkomst
- Via een folder
- Via een website
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 8. Vond u deze informatie nuttig?**

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Vraag 9. Kunt u dit antwoord toelichten?

---

---

---

## SELF-EFFICAY

Om goed te kunnen bewegen is het van belang dat u er vertrouwen in heeft dat u in staat bent om te bewegen. Onderstaande vragen gaan over uw zelfvertrouwen op het gebied van lichamelijke beweging.

**Vraag 10. Hoe zeker of onzeker bent u over het feit dat u blijft bewegen als de volgende zaken zich voordoen?**

**(Kruis per stelling één antwoord aan)**

Met regelmatige beweging wordt bedoeld, minimaal één keer per week.

**Ik denk dat ik regelmatig zou blijven bewegen wanneer...**

**a. ...ik last heb van het weer (heet, vochtig, regenachtig, koud, glad)**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. ...ik verveeld ben door het beweegprogramma of beweegactiviteit**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. ...ik pijn heb tijdens het bewegen**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**d. ...ik alleen moet bewegen**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**e. ...ik het niet leuk vind om te bewegen**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**f. ...ik het te druk heb met andere activiteiten**

Ze er ze ker	Ze ker	Niet ze ker, niet on ze ker	On ze ker	Heel on ze ker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**g. ...ik me moe voel**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**h. ...ik me gestrest voel**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**i. ...ik me depressief voel**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**j. ...een beweginstructeur mij niet genoeg aanmoedigt**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**k. ...ik terug ben na langdurige afwezigheid (zoals vakantie, zwangerschap, ziekte)**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**l. ...ik geen verbetering zie of voel**

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ERVAREN BELANG

Graag zouden we van u willen weten in hoeverre u vindt dat lichamelijke beweging voor u van belang is. Hierbij kunt u per stelling aangeven hoe belangrijk u de stelling vindt in uw beslissing om wel of niet te gaan bewegen.

**Vraag 11. In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?**  
(Kruis per stelling één antwoord aan)

In mijn beslissing om wel of niet te bewegen vind ik het belangrijk dat...

**a. ...ik meer energie heb voor mijn familie en vrienden als ik regelmatig zou bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. ...ik me minder gestrest voel als ik regelmatig zou bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. ...ik door te bewegen verhinderd ben om tijd met vrienden door te brengen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**d. ...ik door te bewegen de rest van de dag in een betere stemming ben**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**e. ...ik me zekerder van mijn lichaam voel als ik regelmatig zou bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**f. ...er te veel is dat ik moet leren om te kunnen bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vraag 12. Welke van onderstaande stellingen beschrijft het beste hoe belangrijk u beweging vindt voor uw persoonlijke gezondheid?**

***(Kruis maximaal één antwoord aan)***

- Beweging is het beste wat ik kan doen voor mijn gezondheid
- Beweging is erg belangrijk voor mijn gezondheid, maar er zijn ook andere dingen die even belangrijk zijn
- Beweging is belangrijk voor mijn gezondheid, maar veel andere dingen zijn belangrijker
- Beweging is niet erg belangrijk voor mijn gezondheid
- Ik weet het niet
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## GEDRAGSVERANDERING

Onderstaande vragen gaan over of u op dit moment beweegt, of dat u voor u zelf plannen hebt om te gaan bewegen.

**Vraag 13. Kunt u de stelling aankruisen die het beste past bij uw huidige niveau van lichamelijke beweging?**

**(Kruis maximaal één antwoord aan)**

- Ik ben niet lichamelijk actief en ik ben niet van plan om op korte termijn te gaan bewegen
- Ik ben op het moment niet actief maar ik denk erover om meer te gaan bewegen
- Ik ben me aan het voorbereiden om lichamelijk actiever te worden en heb het voornemen om te starten in de volgende maand
- Ik ben minder dan 6 maanden lichamelijk actief
- Ik ben meer dan 6 maanden lichamelijk actief

## MOTIVATIE

Waarom beslissen personen om wel of niet deel te nemen aan een beweegles of beweegprogramma? De volgende vragen gaan over uw motivatie met betrekking tot lichamelijke beweging.

**Vraag 14. In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?**

**(Kruis per stelling één antwoord aan)**

**a. Ik beweeg omdat anderen vinden dat ik dat moet doen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. Ik voel me schuldig als ik niet beweeg**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. Ik waardeer de voordelen van bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**d. Ik beweeg omdat ik dat leuk vind**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**e. Ik zie niet in waarom ik zou bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**f. Ik neem deel aan beweglessen omdat mijn vrienden / familie / partner zeggen dat ik dat moet doen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**g. Ik schaam me wanneer ik een bewegles gemist heb**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**h. Ik vind het belangrijk om regelmatig te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**i. Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**j. Ik geniet van mijn bewegsessies**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**k. Ik beweeg omdat anderen niet blij zullen zijn wanneer ik het niet doe**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**l. Ik zie het nut niet in van bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**m. Ik voel me een mislukkeling wanneer ik gedurende een tijdje niet heb bewogen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**n. Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om regelmatig te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**o. Ik vind bewegen een aangename activiteit**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**p. Ik voel dat mijn vrienden/ familie /partner mij onder druk zetten om te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**q. Ik word onrustig als ik niet regelmatig beweeg**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**r. Ik vind plezier en voldoening in bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**s. Ik vind dat bewegen tijdverspilling is**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**t. Ik beweeg omdat mijn zorgverlener mij geadviseerd heeft om te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOCIALE CONTACTEN EN SOCIALE STEUN

In uw dagelijks leven heeft u te maken met verschillende sociale contacten zoals familie, vrienden of andere deelnemers aan uw beweegprogramma. Sociale contacten kunnen invloed hebben op uw beweeggedrag. De volgende vragen geven hier inzicht in.

### Vraag 15. In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen over uw beweegbegeleider?

(Kruis per stelling één antwoord aan)

#### a. Ik voel dat mijn beweegbegeleider mij voorziet van keuzes, opties en mogelijkheden om te bewegen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### b. Mijn beweegbegeleider toont vertrouwen in mijn bekwaamheid om te bewegen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### c. Mijn beweegbegeleider moedigt me aan om te bewegen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### d. Mijn beweegbegeleider voorziet mij van positieve feedback wanneer ik aan lichamelijke beweging doe

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### e. Mijn beweegbegeleider zorgt ervoor dat ik begrijp waarom ik moet bewegen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### f. Mijn beweegbegeleider beantwoordt mijn vragen over bewegen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**g. Ik vertrouw op het advies van mijn beweegbegeleider over lichamelijke beweging**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vraag 16. Heeft u contact met andere deelnemers aan het beweegprogramma waaraan u ook deelneemt?**

*(Kruis maximaal één antwoord aan)*

- Nee, ik heb op geen enkele manier contact met andere deelnemers aan het beweegprogramma
- Ja, ik heb contact met andere deelnemers aan het beweegprogramma maar alleen op het moment dat ik met het beweegprogramma bezig ben
- Ja, ik heb zowel tijdens, als buiten het beweegprogramma contact met andere deelnemers aan het beweegprogramma
- Ik neem deel aan een individueel beweegprogramma
- Weet ik niet

**Vraag 17. In hoeverre bent u het eens of oneens met onderstaande stellingen?**

*(Kruis per stelling één antwoord aan)*

**a. Ik vind het fijn om in een groep te bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. De groepsgrootte past goed bij mij**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. De mensen in de groep motiveren mij om te blijven bewegen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**d. De mensen in de groep motiveren elkaar om iedere bijeenkomst te komen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**e. De sfeer in de groep is goed**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**f. Het niveau van de groep kan ik goed aan**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**g. Het niveau van de groep vind ik te laag**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**h. Ik vind het fijn om ervaringen met een groep te kunnen delen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vraag 18. In hoeverre zijn onderstaande stellingen van toepassing geweest in de afgelopen 3 maanden, zowel voor naaste familie als vrienden?**

**(Kruis per stelling één antwoord aan)**

*Bij familie gaat het om personen in uw huishouden.*

*Bij vrienden kan het ook gaan om kennissen of collega's.*

**Familie of vrienden...**

**a. ...bewogen samen met mij**

*Familie:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Vrienden:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**b. ...boden aan om met mij te bewegen**

*Familie:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Vrienden:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**c. ...herinnerden me er op een hulpvolle manier aan om te bewegen (“Ga je vanavond sporten?”)**

*Familie:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Vrienden:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**d. ...moedigden me aan om vast te houden aan mijn beweegprogramma**

*Familie:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Vrienden:*

Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vraag 19. Kunt u aangeven in hoeverre uw partner bij uw beweegprogramma betrokken is?**

***(Kruis maximaal één antwoord aan)***

- Ik heb geen vaste partner
- Mijn partner is hier op geen enkele manier bij betrokken
- Mijn partner is hier een beetje bij betrokken
- Mijn partner is hier volledig bij betrokken
- Ik weet niet of mijn partner hierbij betrokken is
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 20. Kunt u dit antwoord toelichten?**

---

---

---

## ZELFMONITORING EN VERBETERING ERVAREN

*Sommige mensen houden bij hoe vaak zij bewegen en wat voor invloed hun beweggedrag heeft op hoe zij zich voelen. Graag zouden we van u willen weten in hoeverre u zelf inzicht heeft in hoe vaak u beweegt en wat u gevoel hierbij is.*

### Vraag 21. Houdt u zelf bij of u voldoende beweegt? Zo ja, hoe doet u dat?

- Nee, ik houd mijn behaalde resultaten niet bij
- Weet ik niet
- Ja, ik houd mijn behaalde resultaten bij met behulp van...  
(Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)
  - Dagboek
  - Fittest
  - Stappenteller
  - Apps op de telefoon, namelijk \_\_\_\_\_
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

### Vraag 22. In hoeverre bent u het eens met onderstaande stellingen?

*(Kruis per stelling steeds één cijfer van uw keuze aan)*

#### a. Lichamelijke beweging is iets waar ik nog niet mee bezig ben

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### b. Lichamelijke beweging zorgt ervoor dat ik me fysiek beter voel

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### c. Lichamelijke beweging verbetert mijn stemming in het algemeen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### d. Lichamelijke beweging helpt me minder moe te voelen

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**e. Lichamelijke beweging maakt mijn spieren sterker**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**f. Lichamelijke beweging is een activiteit die ik leuk vind om te doen**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**g. Lichamelijke beweging geeft me een gevoel van persoonlijke vervulling**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**h. Lichamelijke beweging maakt me mentaal alerter**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**i. Lichamelijke beweging verbetert mijn uithoudingsvermogen in het uitvoeren van mijn dagelijkse activiteiten**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**j. Lichamelijke beweging helpt mijn botten sterker te maken**

Helemaal mee eens	Meer eens dan oneens	Niet mee eens of oneens	Meer oneens dan eens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BEWEEGDOELEN EN -PLANNEN

---

*Met behulp van de volgende vragen zouden we willen kijken naar wat uw doelen en plannen op het gebied van lichamelijke beweging voor de komende tijd zijn.*

**Vraag 23. Kunt u aangeven wat u voor u de voornaamste redenen of motieven zijn om te gaan bewegen?**

***(Kruis maximaal 3 antwoordopties aan)***

- Ik heb geen specifieke reden
- Meer bewegen
- Het ontwikkelen van spierkracht
- Ontspannen
- Veiligheid
- Verbetering van conditie
- Toename in spiermassa
- Afvallen
- Nieuwe sociale contacten
- Plezier
- Verbetering van mijn gezondheid
- Lotgenoten ontmoeten
- Verbetering van mijn zelfverzekerdheid
- Verbetering van mijn uithoudingsvermogen
- Verbetering van mijn motivatie om te bewegen
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 24. Heeft u een doel gesteld met betrekking tot bewegen?**

- Nee
- Ja, namelijk \_\_\_\_\_

---

---

---

*Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!*

**EINDE**

---

---