

Leidraad Leefstijl & Preventie binnen de Revalidatie Speerpunt Junior VRA 2024



JUNIOR VRA
NEDERLANDSE VERENIGING
VAN REVALIDATIEARTSEN

Auteurs: Larissa van den Bogaard, Linda Britsemmer, Renske van Esveld, Anke Maas, Sigrid Meijer, Vicky Pluijmen, Ellen Veldboom

Met dank aan: prof. dr. Rienk Dekker, Vera van Reuler (revalidatiearts namens de Werkgroep Bewegen en Sport van de VRA), de Werkgroep Voeding en Revalidatie van Alliantie Voeding in de Zorg, Olaf Verschuren (Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht), Rogier Broeksteeg (fysiotherapeut Rijndam Revalidatie)

Versie 1.0, 01-2025

Inleiding

De toenemende druk op de gezondheidszorg maakt dat leefstijl en preventie steeds belangrijker wordt, ook voor de revalidatiepopulatie. Dit maakt dat revalidatieartsen en AIOS revalidatiegeneeskunde er niet aan ontkomen hier aandacht aan te besteden. Om handvatten te geven voor in de spreekkamer is een zakkaartje ontwikkeld met enkele specifieke aandachtspunten voor de revalidatiegeneeskunde. Deze leidraad vormt een aanvulling op het zakkaartje en biedt achtergrondinformatie en handige links voor gebruik in de praktijk. Hoewel deze leidraad met zorg is samengesteld, zal deze niet volledig alle aspecten dekken vanwege de verschillen in regionale en lokale uitwerking. Gelukkig zijn er steeds meer initiatieven die ondersteuning en advies bieden, zoals lokale leefstijl loketten in ziekenhuizen en digitale tools vanuit de overheid¹. Daarnaast zijn er diverse werkgroepen die zich actief inzetten voor dit thema, waaronder de Werkgroep Bewegen en Sport van de VRA² en de Aandachtsgroep Inspanningsfysiologie Revalidatiegeneeskunde³ en de Werkgroep Voeding en Revalidatie via Alliantie voeding in de zorg⁴. Desalniettemin zet het zakkaartje en de leidraad hopelijk aan tot verbreding en verdieping in leefstijl en preventie binnen de revalidatiegeneeskunde!

Bronnen

1. Loket gezond leven. (z.d.). *Leefstijlinterventies die werken*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.loketgezondleven.nl/>
2. Revalidatie.nl. (z.d.). *Werkgroep Bewegen en Sport (WVBS)*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.revalidatie.nl/werkgroepen/werkgroep-vra-bewegen-en-sport>
3. AIRE – Aandachtsgroep inspanningsfysiologie in de revalidatie. (z.d.). *Leefstijl*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.airevalidatie.nl/leefstijl/>
4. Alliantie Voeding in de Zorg. (z.d.). *Revalidatie*. Geraadpleegd op 23 november 2024, <https://www.alliantievoeding.nl/nl/projecten/revalidatie>

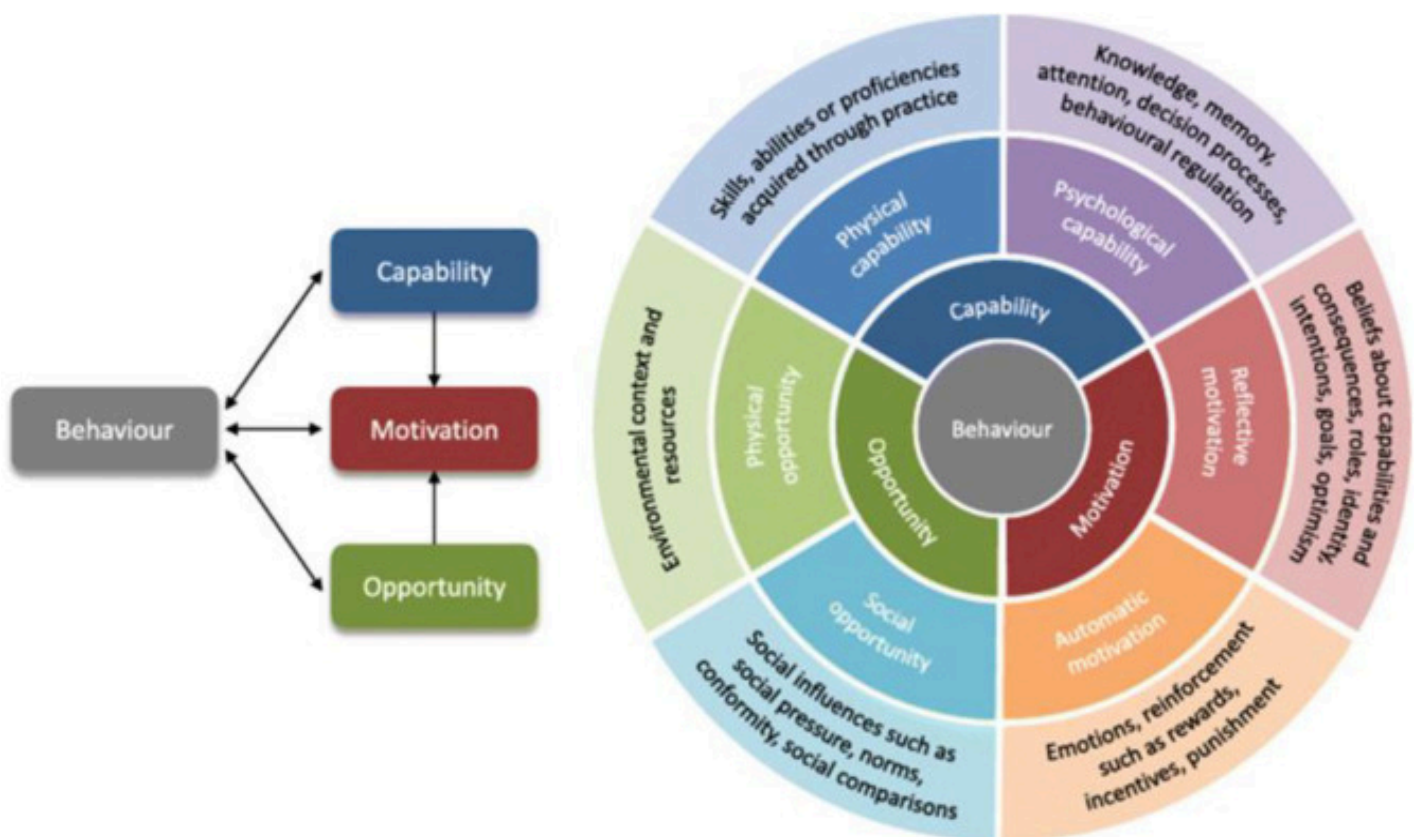
Inhoudsopgave

Gesprekstechnieken	3
Beweging	8
Voeding	21
Slaap	29
Mentale gezondheid	37
Intoxicaties	41

Gesprekstechnieken

COM-B

COM-B is een model dat gebruikt kan worden om te beoordelen of iemand in staat is een gedragsverandering te initiëren en vol te houden. Het model kijkt naar iemands fysieke en psychologische vermogens (Capability), mogelijkheden/kansen (Opportunity) en motivatie (Motivation) om gedragsverandering (Behavior) in te zetten. Om een effectieve gedragsverandering te bewerkstelligen moet een interventie op een of meerdere van deze gebieden ingrijpen. Daarnaast is het belangrijk dat het individu moet beschikken over een voldoende niveau van deze capaciteiten om te komen tot gedragsverandering, dus is het belangrijk te beoordelen of iemand in staat is om gedragsverandering te bewerkstelligen.. Als blijkt dat motivatie de belangrijkste belemmering is, kan motivational interviewing worden ingezet¹.



Figuur 1. het COM-B model²

Motivational Interviewing

Motivational Interviewing wordt als volgt gedefinieerd; "een directieve persoongerichte begeleidingsstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen³.

De kern is dat de motivatie tot verandering vanuit de revalidant zelf komt en niet door de zorgverlener wordt opgelegd. De revalidant dient zelf de ambivalentie voor gedragsverandering te leren herkennen en oplossingen te bedenken.

De zorgverlener begeleidt de revalidant stap voor stap bij het ontwikkelen van motivatie voor gedragsverandering. Om de revalidant zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te brengen, toont de zorgprofessional begrip voor de zienswijze van de revalidant en helpt deze te ontdekken welke voordelen gezond gedrag oplevert. Revalidanten twifelen vaak bij het aanpakken van hun problemen. Aan de ene kant zijn ze zich bewust van de nadelen van hun gedrag, maar aan de andere kant ervaren ze voordelen, zoals kortstondig genot, aandacht, controle, waardering of veiligheid. Deze ambivalentie is vaak onbewust en wordt pas duidelijk tijdens gesprekken met de zorgprofessional.

Bij Motivational Interviewing helpt de zorgprofessional de revalidant om ambivalentie te herkennen en ermee om te gaan, met behulp van oplossingsgerichte technieken. De focus ligt op wat al is gelukt en wat werkt voor de gewenste gedragsverandering. Deze technieken ondersteunen de revalidant bij het nemen van kleine stappen en leren hen strategieën om zelf problemen op te lossen. Zo wordt de revalidant in staat gesteld zijn gedrag blijvend te veranderen^{3,4}.

De vier hoofdprincipes van Motivational Interviewing^{3,4}

Om aan de slag te kunnen met Motivational Interviewing, dient de zorgprofessional op de hoogte te zijn van de vier hoofdprincipes. Het kunnen toepassen van de principes tijdens gesprekken met revalidanten is van essentieel belang omdat ze als een rode draad door de techniek heen lopen. Begrip van de principes zullen helpen in het voeren van het gesprek.

Hoofdprincipe 1: Wees empathisch

Motivational Interviewing is gebaseerd op een cliëntgerichte en empathische gespreksstijl, waarbij reflectief luisteren centraal staat. Actief en reflectief luisteren is van essentieel belang omdat je laat blijken dat je begrijpt wat de revalidant zegt, voelt en denkt. Dit gebeurt zonder te oordelen, te bekritisieren of de revalidant de schuld te geven. Deze houding van respectvol luisteren bevordert gedragsverandering.

- Acceptatie faciliteert verandering
- Reflectief luisteren is fundamenteel
- Normaliseren van ambivalentie

Hoofdprincipe 2: Ontwikkel discrepantie

Het doel van motiverende gespreksvoering is om de balans te veranderen tussen 'hoe het gedrag is' (niet gewenste gedrag) en 'hoe de revalidant zich wil gedragen' (gewenst gedrag). Het kan hierbij helpen om de voor- en nadelen van de huidige leefstijl en de gewenste leefstijl te bespreken. Een discrepantie tussen huidig gedrag en belangrijke persoonlijke doelen/waarden kan verandering aanwakken.

- De revalidant, en niet de zorgverlener, draagt argumenten voor verandering.
- Motivatie voor verandering ontstaat door het herkennen van huidig gedrag en belangrijke persoonlijke doelen of waarden.

Hoofdprincipe 3: Beweeg mee met weerstand

Weerstand wordt gezien als een vorm van betrokkenheid van de revalidant. De revalidant ziet in dat verandering van gedrag positief kan zijn, maar nog niet hoe hij die verandering in gang kan zetten. Zodra er weerstand optreedt, zijn er mogelijkheden om daarop in te spelen. Als weerstand niet als vorm van betrokkenheid wordt herkend, zal dit zorgen voor een stijging in weerstand. Dit zal de kans op gedragsverandering juist weer verlagen. Accepteer dus enige weerstand, maar vermijd grote weerstand. Het is geen wedstrijd, de revalidant is geen tegenstander die moet worden verslagen.

- Vermijd het pleiten voor verandering,
- Weerstand is een signaal om anders te reageren, beweeg mee!
- Nodig uit tot nieuwe perspectieven, dwing de revalidant niet.
- Betrek de revalidant; deze is een primaire bron voor antwoorden en oplossingen.
- Gebruik positieve reflecties: laat de revalidant inzien dat hij wél een volgende stap kan maken.

Hoofdprincipe 4: Ondersteun eigen-effectiviteit

Geloof in eigen kunnen, ook wel eigen-effectiviteit, is essentieel voor gedragsverandering. De zorgprofessional helpt de revalidant om meer zelfvertrouwen te krijgen, zodat de nodige stappen gezet kunnen worden om de doelen te bereiken. Door samen op zoek te gaan naar positieve voorbeelden die aantonen dat verandering mogelijk is, wordt het geloof in eigen kunnen vergroot. Daarnaast moedigt de zorgprofessional de revalidant aan om concrete, haalbare en aantrekkelijke veranderingen voor te stellen.

- Geloof in verandering is een belangrijke motivator!
- De revalidant is zelf verantwoordelijk voor het kiezen en uitvoeren van verandering.

Vier belangrijke stappen binnen Motivational Interviewing^{5,6}

Als je bovenstaande hoofdprincipes goed begrijpt en kunt toepassen, kun je aan de slag met Motivational Interviewing. Er zijn vervolgens vier stappen die je door kunt nemen in het proces van Motivational Interviewing. Deze stappen kunnen als handvat worden gebruikt om het gesprek aan te gaan met de revalidant.

Stap 1: Betrekken van de revalidant

Deze eerste stap benadrukt het fundamentele belang van het maken van een connectie met de revalidant. Zeker in de voorbeschouwingsfase (precontemplatie) is het in contact komen met de revalidant de enige optie om vertrouwen te winnen. Hierbij is het van belang dat de zorgprofessional geen oordeel heeft over het feit dat de revalidant nog niet overweegt gedrag te veranderen. Zorg voor het opbouwen van vertrouwen tussen de revalidant en jij als zorgprofessional en zorg ervoor dat de revalidant zich veilig voelt. Hierbij helpt het om:

- Actief te luisteren;
- Open vragen te stellen;
- Empathische communicatie te handhaven;
- Sterke punten en successen te erkennen van de revalidant om het zelfvertrouwen te vergroten;

- Samen te vatten zodat alle informatie op een rij gezet wordt én de revalidant zich gehoord voelt.

Let wel, bovenstaande punten zijn van belang gedurende het gehele proces van motiverende gespreksvoering! Dus niet alleen in de eerste stap.

Stap 2: Focus aanbrengen

Zorg dat er een volledig beeld is van de zorgen, verwachtingen en wensen van een revalidant om tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen. Bepaal samen met de revalidant de prioriteiten. Vermijd het forceren van gedragsverandering, creëer juist de mogelijkheid dat de revalidant zelf open gaat staan voor verandering. Een methode die daarbij gebruikt kan worden is de 'ask-tell-ask'-methode, waarbij de zorgprofessional vraagt om toestemming om informatie te delen.

- Voorbeeldvragen: Vindt u het goed dat we het gaan hebben over...? Mag ik iets vertellen over?

Stap 3: Uitlokken van intrinsieke motivatie

Ambivalentie is het conflict dat wordt gevoeld. Je wil iets, en je wil het tegelijkertijd ook niet. Als een revalidant dit uit, is dit een teken van betrokkenheid tot het oplossen van het probleem, omdat de revalidant blijkbaar nadenkt over zijn probleem. Het is de taak als zorgprofessional om de 'verandertaal' en 'onderhoudende taal' te herkennen en vervolgens voorzichtig de vandertaal te verkennen en te versterken. Hierbij zijn de technieken van stap 1 van groot belang (open vragen stellen, bekrachtigen, reflectief luisteren, samenvatten).

- Voorbeeldvragen: Als je X wil bereiken, dan moet het anders. Wil je dat? Wat kan het je opleveren?

Stap 4: Plannen

Als de revalidant er klaar voor is om gedragsverandering in gang te zetten, kan de zorgprofessional de revalidant helpen om een specifiek actieplan op te zetten. De zaadjes zijn geplant, nu is er nog voldoende water nodig om de plantjes te laten groeien. Daarom is het van belang dat het actieplan concreet is, passend bij de gestelde doelen voor gedragsverandering. Als dit plan niet concreet genoeg is, is de kans groot dat aanvankelijke motivaties of inzichten snel weer vergeten zullen worden.

'Brief action planning' (BAP) is een methode om het plannen van acties te vergemakkelijken⁷. De volgorde hiervan is als volgt:

- Een gedragsdoel opwekken
 - Voorbeeldvraag: Laten we samen kijken naar wat u kunt doen om uw doelen te bereiken. Wat zou voor u de eerste stap kunnen zijn?
- Stel doelen op middels SMART (specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdgebonden), bij voorkeur door de revalidant en anders samen.
- Accepteer het als iemand nog geen actieplan wil maken. Vraag de revalidant of je er de volgende keer weer op terug mag komen, hierdoor zorg je dat de deur open blijft staan voor verandering.
- Beoordeel of de revalidant vertrouwen heeft in het behalen van de doelen

- Vraag op een schaal van 0-10 hoe zeker ze zijn dat het gaat lukken om het plan uit te voeren.
 - Bespreek waarom deze score gegeven wordt. Dit geeft inzicht in wat voor de revalidant de mogelijke bedreigingen zijn voor het behalen van de doelen.
 - Uit onderzoek blijkt dat een niveau van > 7 is geassocieerd met een grotere kans op succes. Geloof in kunnen is ontzettend belangrijk.
 - Kijk samen met de revalidant hoe het vertrouwen vergroot kan worden indien nodig; maak de plannen bijvoorbeeld minder ambitieus of betrek familie of vrienden bij het plan.
- Laat de revalidant verantwoordelijkheid nemen en vraag of ze zelf willen nadenken over een follow-up moment.
- Voorbeeldvraag: Zou het helpen als we een controleafspraak maken om de voortgang te evalueren?

Motivational Interviewing is een flexibele gespreksvorm en kan in combinatie met of complementair andere interventies en therapieën worden gebruikt.

Stages of change

Onderstaand een model voor fases van gedragsverandering waar de revalidant zich in bevindt. Het model toont inzicht in welke stappen de revalidant neemt totdat er verandering van gedrag optreedt⁸.

Fase	Betekenis	Motiverende taken professional
1.Precontemplatie	Geen overweging tot verandering gedrag, niet bewust van risico's. "ongeïnteresseerd", niet bereid om het gedrag te veranderen	Zaai twijfel, breng twijfels en zorgen over huidige gedrag naar voren. Ontwikkel discrepantie tussen huidige en gewenste gedrag.
2.Contemplatie	Ambivalentie over verandering, ze weten wat ze willen veranderen maar zijn er nog niet klaar voor om ermee aan de slag te gaan/weten nog niet goed hoe.	Help de revalidant om de balans te laten doorslaan naar welwillendheid om te veranderen in gedrag.
3.Vorbereidings fase	Revalidant ziet het nut van gedragsverandering in en er zijn concrete plannen om op korte termijn te veranderen.	Help zelfvertrouwen te versterken (eigen-effectiviteit) Laat de revalidant ontdekken wat de beste strategie is om tot verandering te komen.
4.Actiefase	Revalidant is actief bezig met gedragsverandering; er is vertrouwen en inzicht. Toch ook vaak nog een mix van vertrouwen en angst. Nog geen stabiele fase.	Ondersteun de stappen richting gedragsverandering, ondersteun eigen-effectiviteit.

5. Gedragsbehoud	Revalidant heeft het nieuwe gedrag reeds 6 maanden volgehouden.	Help de revalidant het gedrag te continueren, help om strategieën te bedenken om terugval te voorkomen.
6. Terugval	Terugval naar een eerder stadium (kan gedurende het gehele proces).	Helpt de revalidant opnieuw bovenstaande stappen te doorlopen, met blijvende motivatie vanuit de revalidant. Herken factoren die terugval kunnen uitlokken.

Bronnen

1. Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sci* 6, 42 (2011). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
2. Afbeelding COM-B
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034528823000334#f0005>
3. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
4. *De digitale leeromgeving: Klinisch redeneren jaar 1: Gezonde leefstijl* (z.d.). *Motivational interviewing: Artikel handleiding motivational interviewing voor zorgprofessionals* [Document]. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van [Op de site inloggen | DLO Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen](#) en <https://www.opeigenbenen.nu/wp-content/uploads/2016/12/handleiding-mi-voor-zorg-professionals.pdf>.
5. Cole, S. A., Sannidhi, D., Jadotte, Y. T., & Rozanski, A. (2023). Using motivational interviewing and brief action planning for adopting and maintaining positive health behaviors. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.003>
6. MotivationalInterviewing.org. (z.d.). *Motivational Interviewing: Practical examples and principles* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 12 oktober 2024, van <https://www.youtube.com/watch?v=PQzrx7JmUkMd>
7. Reims, K. (2016). *Brief Action Planning Flow chart* [Flowchart]. Geraadpleegd op 30 oktober 2024, van http://www.bcrenal.ca/resource-gallery/Documents/BAP_flow_Chart.pdf.
8. Florida What Works Initiative. (2021). *Stages of change and motivational interviewing* [Handleiding]. Geraadpleegd op 30 oktober 2024, van https://ogg.osu.edu/media/documents/health_lit/Stages_of_Change_and_Motivational_Interviewing.pdf

Beweging

Effecten van beweging

Bewegen en sport hebben verschillende positieve effecten. Deze effecten zijn ingedeeld in zes kernwaarden in het Human Capital Model^{1,2,3}; fysieke waarde, emotionele waarde, sociale waarde, persoonlijke waarde, intellectuele waarde en financiële waarde. Deze zes kernwaarden hangen met elkaar samen en kunnen elkaar dus beïnvloeden. Door het Kenniscentrum Sport & Bewegen is op basis hiervan een online interactief model ontwikkeld waarbij per effect achtergrondinformatie is beschreven^{1,2}. Bewegen en sport kan van waarde zijn bij het inzetten van verandering binnen de verschillende dimensies van 'Positieve Gezondheid' waarbij de focus ligt op gezondheid in plaats van ziekte⁴. Daarnaast kunnen bewegen en sport ook een positief maatschappelijk rendement opleveren. Dit wordt uitgedrukt aan de hand van het SROI-cijfer (Social Return on Investment) welke in 2024 2.76 was. Dit betekent dat de maatschappelijke opbrengsten van bewegen en sport 2.76 keer hoger zijn dan de kosten^{1,5}. Dit resultaat wordt vooral verklaard door gezondheidswinst, zoals een hogere levensverwachting en lagere zorgkosten, maar ook door minder ziekteverzuim en een hogere kwaliteit van leven⁵.

Beweegrichtlijnen

In 2017 zijn de nieuwe beweegrichtlijnen opgesteld door de Gezondheidsraad op vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het doel van deze beweegrichtlijnen is het scheppen van duidelijkheid over hoeveel en welke lichaamsbeweging minimaal nodig is voor een goede gezondheid, waarbij het verminderen van sedentair gedrag minstens zo belangrijk is^{6,7}. In 2023 voldeed slechts 45.1% van de Nederlanders van vier jaar en ouder aan de beweegrichtlijnen, wat aangeeft dat er aanzienlijke ruimte is voor verbetering⁸. Het Kenniscentrum Sport en Bewegen heeft een beweegrichtlijnen toolkit ontwikkeld met verschillende praktische handvatten om laagdrempelig met beweging aan de slag te kunnen gaan.⁹

Beweegrichtlijn voor volwassenen^{6,10}

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Minimaal 150 minuten per week matig of zwaar intensief bewegen, verspreid over meerdere dagen.
- Minimaal twee keer per week spier- en botversterkende oefeningen.
- Sedentair gedrag verminderen.

Beweegrichtlijn voor senioren^{6,10,24}

Conform de beweegrichtlijn voor volwassenen en aangevuld met balansoefeningen, om het evenwicht te kunnen behouden/verbeteren en zo het valrisico te verkleinen. Ouderen zijn vaak kwetsbaar op één of meerdere gebieden: fysiek, sociaal, psychisch of cognitief. Bewegen heeft een positief effect op al deze vormen van kwetsbaarheid¹¹. Voorbeelden van balansoefeningen zijn op één been staan, een voorwerp van de grond oprapen maar ook yoga.

Beweegrichtlijn voor mensen met een fysieke beperking^{12,13}

- Elke vorm van beweging telt.
- Kies zelf de manier van bewegen die binnen je eigen grenzen past.

- Maak bewegen een vast onderdeel van je dagelijks leven.

Beweegrichtlijn voor mensen met een verstandelijke beperking^{14,15}

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter
- Sta vaker op of wissel van houding
- Voeg een extra beweegmoment toe aan je dag

Beweegadvies voor mensen met overgewicht/obesitas¹⁶

De reguliere beweegrichtlijnen zijn mogelijk te beperkt voor mensen met overgewicht of obesitas die gewicht willen verliezen, hun gewicht willen behouden en hun gezondheid willen verbeteren. Voor deze doelgroep zijn specifieke beweegadviezen ontwikkeld, gericht op het verminderen van gewicht of lichaamsvet, het vergroten van spiermassa en het verbeteren van cardiorespiratoire fitheid en mobiliteit:

- Minimaal 150-200 minuten matig tot zwaar intensieve beweging per week (doel gewichtsverlies)
- Minimaal 200-300 minuten matig intensieve beweging per week (doel behoud van gewichtsverlies)
- Verspreid beweging over meerdere dagen in de week, minimaal 30-60 minuten beweging per keer
- Twee maal per week krachttraining
- Sedentair gedrag verminderen

Beweegrichtlijn voor kinderen 4 t/m 17 jaar⁶

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter
- Minimaal 60 minuten per dag matig tot zwaar intensief bewegen
- Minimaal drie keer per week spier- en botversterkende oefeningen
- Sedentair gedrag verminderen

Beweegadvies voor kinderen 0 t/m 4 jaar^{6,17,18,19}

Momenteel ontbreken concrete beweegrichtlijnen voor jonge kinderen omdat er nog onvoldoende onderzoek gedaan is naar de relatie tussen bewegen en gezondheid bij deze doelgroep. Totdat er meer wetenschappelijk bewijs is, wordt geadviseerd om de beweegadviezen voor jonge kinderen van de World Health Organization te gebruiken waarbij onderscheid gemaakt wordt in beweeggedrag en zitgedrag;

- Kinderen onder de 1 jaar
 - Meerdere keren per dag op verschillende manieren lichamelijke activiteit, indien kinderen nog niet mobiel zijn minimaal 30 minuten buikligging tijdens lichamelijke activiteit
 - Geen lange periodes laten stilzitten, niet langer dan 60 minuten per keer in bewegingsvrijheid beperken, beeldschermtijd wordt afgeraden
- Kinderen van 1 jaar
 - Elke dag 180 minuten lichamelijke activiteit, inclusief matig of zwaar intensieve inspanning
 - Geen lange periodes laten stilzitten, niet langer dan 60 minuten per keer in bewegingsvrijheid beperken, beeldschermtijd wordt afgeraden
- Kinderen van 2 jaar
 - Elke dag 180 minuten lichamelijke activiteit, inclusief matig of zwaar intensieve inspanning

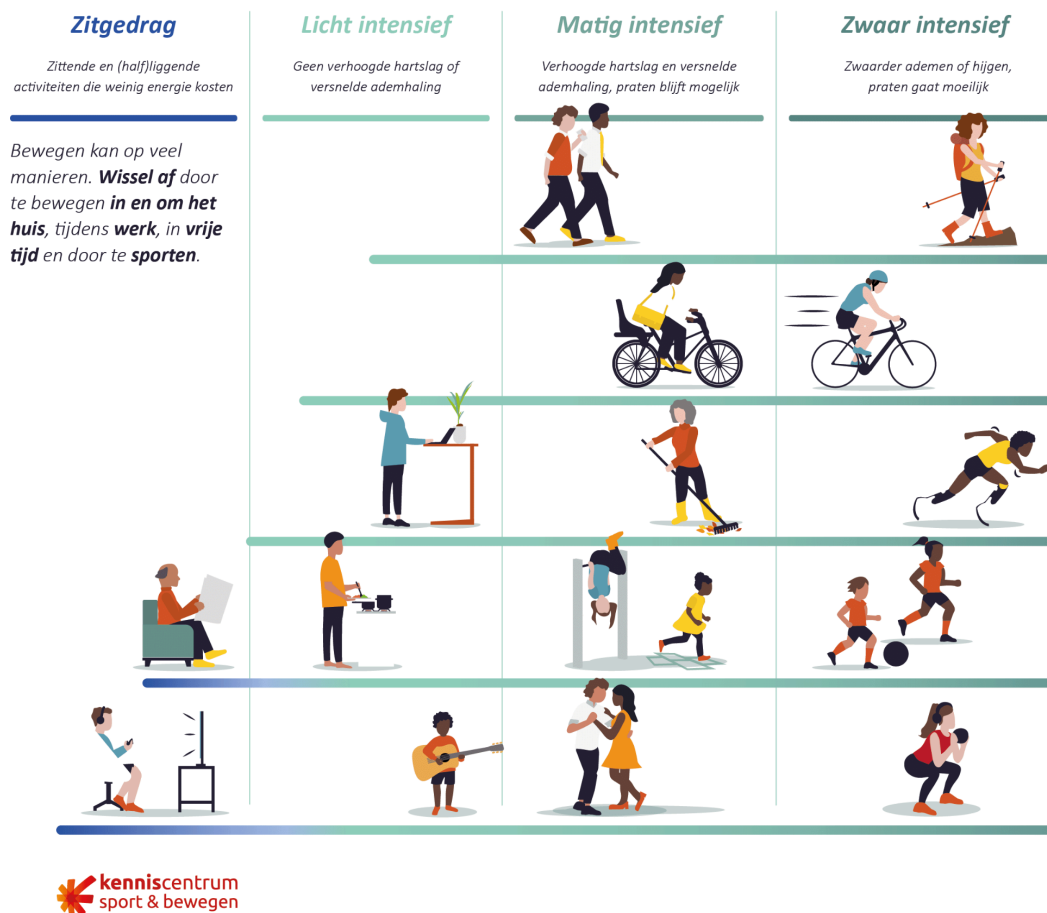
- Geen lange periodes laten stilzitten, niet langer dan 60 minuten per keer in bewegingsvrijheid beperken, beeldschermtijd beperken tot één uur per dag
- Kinderen van 3 jaar
 - Elke dag 180 minuten lichamelijke activiteit waarvan minstens 60 minuten matig tot zwaar intensieve inspanning
 - Geen lange periodes laten stilzitten, niet langer dan 60 minuten per keer in bewegingsvrijheid beperken, beeldschermtijd beperken tot één uur per dag.

Intensiteit van bewegen

De intensiteit van bewegen en sporten kan verschillend zijn. De intensiteit per activiteit is in te delen in licht, matig en zwaar. Om aan de beweegrichtlijnen te voldoen is minimaal matig intensief bewegen noodzakelijk⁶.

- Licht: geen verhoogde hartslag of versnelde ademhaling
- Matig: een verhoogde hartslag en versnelde ademhaling waarbij praten mogelijk blijft
- Zwaar: zwaarder ademen of hijgen waarbij praten moeilijk gaat

In figuur 1 staan verschillende voorbeelden van beweegactiviteiten ingedeeld op intensiteit.



Figuur 1: Overzicht met voorbeelden van activiteiten die licht-, matig-, of zwaar intensief zijn⁶

Borg RPE-schaal^{20,21}

De Borg RPE-schaal (Rating of Perceived Exertion) is een maat voor subjectieve ervaringen van de revalidant zelf tijdens fysieke belasting. Deze schaal varieert van 6 (geen inspanning) tot 20 (maximale inspanning) waarbij geldt dat een score tussen 6-12 overeenkomt met licht intensief, een score tussen 12-15 met matig intensief en een score hoger dan 15 met zwaar intensief. Op basis van deze schaal kunnen revalidanten leren hun belasting af te stemmen op hun individuele belastbaarheid waarbij het luisteren naar eigen lichaam, het leren kennen van fysieke grenzen en het doseren van intensiteit belangrijk zijn.

*Hartslagreserve (HHR)*²¹

De hartslagreserve is een meer objectieve manier om de intensiteit van inspanning te berekenen, maar vergt wel enig rekenwerk. De HHR is het verschil tussen de maximale en de rusthartslag. Hierbij wordt de rusthartslag bepaald door mate van fitheid, leeftijd, geslacht en medicatie. De maximale hartslag daalt met het ouder worden. Percentages van de HHR correspondeert met verschillende mate van intensiteit van bewegen; 30-40% van HHR is licht intensief, 40-60% van HHR is matig intensief en meer dan 60% van HHR is zwaar intensief. Om te bepalen welke hartslagfrequentie nodig is om een bepaalde intensiteit van bewegen te bereiken, kan de formule van Karvonen gebruikt worden;

$$\text{Hartslagfrequentie tijdens bepaalde intensiteit van bewegen} = \text{rusthartslag} + (\text{percentage van gewenste intensiteit van bewegen} * \text{HHR})$$

Metabolic Equivalent of Task (MET)^{21,22}

De Metabolic Equivalent of Task is een maat om de intensiteit van fysieke activiteit te beschrijven. Hierbij wordt de hoeveelheid energie die een bepaalde inspanning kost vergeleken met de hoeveelheid benodigde energie in rust. MET wordt uitgedrukt in verbruik van zuurstof per kilogram lichaamsgewicht per minuut. In algemene zin is vastgesteld dat het lichaam in rust 3.5 ml zuurstof per kilogram lichaamsgewicht per minuut verbruikt, wat gelijk staat aan 1 MET. Intensiteit van bewegen kan worden uitgedrukt in MET waarbij MET < 1.5 staat voor sedentair gedrag, een MET tussen 1.5-3 voor lichte intensiteit, een MET tussen 3-6 voor matige intensiteit en een MET boven de 6 voor zware intensiteit. Voor verschillende activiteiten zijn de MET-waarden vastgelegd; zowel voor alledaagse activiteiten als voor sporten²³.

Fysieke activiteit	MET-waarde
Activiteiten met een lichte intensiteit	< 3
slapen	0.9
televisiekijken	1.0
schrijven, bureauwerk, typen	1.5
lopen, 2,7 km/h, vlak terrein, wandelen, erg langzaam	2.3
wandelen, (4 km/h)	2.9
Activiteiten met een matige intensiteit	3 tot 6
fietsen, stationair, 50 watt, zeer lichte inspanning	3.0
lopen 4,8 km/h	3.3
gymnastiekles, thuistraining, lichte of matige inspanning, algemeen	3.5
lopen 5,5 km/h	3.6
fietsen 16 km/h vrije tijd, naar werk of naar plezier	4.0
spinning met 100 watt	5.5
Seks	5.8
Flinke inspanning	> 6
Joggen	7.0
Gymnastiekoefeningen (bijv. pushups, sit-ups, pull-ups, jumping jacks), zware krachttraining	8.0
Sneller hardlopen	8.0
Touwtjespringen	10.0

Figuur 2: Voorbeelden van activiteiten met bijbehorende MET-waarde²⁴

Met behulp van MET-waarden van een activiteit kan een schatting gemaakt worden van het energieverbruik per minuut met behulp van de onderstaande formule. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat individuen bij precies dezelfde activiteit een verschillende energieverbruik kunnen hebben door verschillen in leeftijd, stofwisseling, gewicht en spiermassa.

$$\text{Energieverbruik per minuut} = (\text{MET-waarde van de activiteit} \times 3,5 \times \text{gewicht in kg}) / 200$$

Inspanningstesten^{25, 26, 27, 28, 29}

Om tot een effectieve intensiteit van trainen te kunnen komen is het belangrijk om een beeld te hebben van de fysieke conditie aan het begin van de training. Fysieke conditie wordt bepaald door zowel cardiale, pulmonale als musculaire fitheid. De gouden standaard om de

fysieke conditie in kaart te brengen is de maximale inspanningstest; de Cardio Pulmonale Exercise Test (CPET) waarbij fysieke conditie uitgedrukt in maximale zuurstofopname (VO₂max). Op basis van gegevens uit deze maximale inspanningstest zoals de aerobe en anaerobe drempels kunnen trainingszones en dus een gericht trainingsschema opgesteld worden. Voor verdere verdieping hierin wordt verwezen naar de inspanningsfysiologie.

Niet overal binnen de revalidatiegeneeskunde is de mogelijkheid tot een CPET. Er zijn echter alternatieve methoden beschikbaar om toch iets te kunnen zeggen over de fysieke conditie. Een voorbeeld hiervan is de Steep Ramp Test; een korte maximale inspanningstest op een fietsergometer waarbij met behulp van een regressievergelijking een schatting kan worden gedaan van de VO₂max. Door het UMCG Centrum voor Revalidatie is een beslisboom ontwikkeld om na te gaan welke methode het beste alternatief is voor de CPET.

Spier- en botversterkende oefeningen en balansoefeningen^{6,30}

Spierversterkende activiteiten hebben als doel om kracht, vermogen, uithoudingsvermogen en omvang van spieren te verbeteren. Krachttraining, zwemmen en fietsen zijn voorbeelden van dergelijke activiteiten. Indien het niet lukt om voldoende spierversterkende activiteiten via sporten in het dagelijks leven in te bouwen, kunnen spierversterkende oefeningen ingezet worden om toch te voldoen aan de beweegrichtlijnen. Denk hierbij aan oefeningen waarbij lichaamsgewicht, losse gewichten of apparaten als weerstand gebruikt worden.

Vanaf het eind dertigste/begin veertigste levensjaar neemt botdichtheid af. Regelmatige belasting van de botten houdt de botten langer sterk. Botversterkende activiteiten zijn daarom belangrijk. Deze activiteiten omvatten krachttraining en oefeningen waarbij het lichaam wordt belast met het eigen gewicht. Springen, traplopen, wandelen, hardlopen en dansen zijn voorbeelden van dergelijke activiteiten. Alle activiteiten die botversterkend zijn, zijn ook spierversterkend.

Tools

Beweegrichtlijnentest^{6,31}

Middels deze tool kan het beweeggedrag van een revalidant in kaart gebracht worden. Hierbij wordt gekeken of er aan de beweegrichtlijnen wordt voldaan en waar nog winst te behalen is.

Beweegcirkel^{6,32,33}

De Beweegcirkel is opgebouwd uit verschillende gedragsmodellen en theorieën over gedragsverandering, waaronder Motivational Interviewing. Deze tool biedt handvatten om meer beweging in de dag van een revalidant aan te brengen. Middels vijf stappen ondersteunt De Beweegcirkel bij het begeleiden en stimuleren tot meer bewegen;

- Stap 1: Wat doe jij op een dag?
- Stap 2: Welke beweegactiviteiten kun je doen?
- Stap 3: Wat past in jouw dag?
- Stap 4: Ga ervoor!
- Stap 5: Welke vervolgstap zet jij?

*Bewust Bewegen met chronische aandoeningen*³⁴

Bewegen is ook belangrijk voor mensen met een chronische aandoening. Soms is dit echter voor deze doelgroep een uitdaging. Bewust Bewegen biedt achtergrondinformatie over bewegen bij verschillende chronische aandoeningen. Daarnaast biedt het ook handvatten voor een motiverend gesprek en passend beweegadvies. De tool biedt informatie over bewegen bij de volgende chronische aandoeningen; artrose, astma, beroerte, COPD, diabetes, coronaire hartaandoeningen, dementie, depressie, hartfalen, hypertensie, kanker, lage rugpijn, migraine, obesitas, reumatoïde artritis en sarcopenie.

*Factsheets 'Sportdeelname mensen met een beperking'*³⁵

Omdat sportdeelname van mensen met een beperking vaak achterblijft, is er onderzoek gedaan onder verschillende doelgroepen betreffende kennis over sportdeelname, motieven en belemmeringen, stimulansen en manieren om de doelgroep te bereiken. De uitkomsten hiervan zijn gebundeld zijn in acht factsheets waarbij de volgende doelgroepen beschreven zijn; chronische aandoening, lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, gedragsproblemen en/of autisme, niet-aangeboren hersenletsel, kinderen met een beperking, visuele beperking en een auditieve beperking.

*Kenniscentrum Sport en Bewegen*³⁶

Het Kenniscentrum Sport en Bewegen is een organisatie die zich vertalen van actuele kennis van wetenschappelijk onderzoek uit binnen- en buitenland naar praktische instrumenten, adviezen en ondersteuning om op deze manier bij te kunnen dragen aan een sociaal en vitaal Nederland.

Revalidatie specifieke tips

*10% Beweegtijp voor kinderen met cerebrale parese*³⁷

Voor kinderen met cerebrale parese kan het een uitdaging zijn om aan de beweegrichtlijn te voldoen. Toch kunnen kleine veranderingen een groot verschil maken. Daarom is de 10% Beweegtijp ontwikkeld voor ouders: het advies is om hun kind met cerebrale parese elk jaar 10% meer te laten bewegen dan in het voorgaande jaar. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat meer bewegen ook te bereiken is door minder te zitten. Voorbeelden zijn de auto net wat verder weg parkeren van de ingang, de lift nemen tot de derde verdieping en de trap nemen tot de vierde verdieping, een actief spelletje spelen in plaats van TV kijken.

*Beweeg je fit met cerebrale parese*³⁸

Een ander initiatief voor mensen met cerebrale parese is het combineren van FIT-factoren voor een positief effect op gezondheid. Hierbij worden Frequentie, Intensiteit en Tijdsduur van bewegen op basis van individuele mogelijkheden en wensen gecombineerd. Hierbij geldt: elke vorm van beweging telt.

Word gezond fit met een dwarslaesie^{39,40}

Bewegen is ook goed voor mensen met een dwarslaesie, echter is het voor deze doelgroep niet altijd vanzelfsprekend. De fitheidsrichtlijn voor mensen met een dwarslaesie houdt het volgende in; twee keer per week een combinatie van duurtraining (20 minuten matig tot zwaar intensief) en krachttraining (3 sets) in.

Bewegen en sport bij een neuromusculaire aandoening^{41,42,43,44}

Iedere vorm van beweging wordt aangeraden bij mensen met een neuromusculaire aandoening met als doel om zo veel mogelijk uit de vicieuze cirkel van inactiviteit en spierkrachtverlies/vermoeidheid te blijven.

- Conditietraining wordt geadviseerd, bijvoorbeeld in de vorm van fietsen of roeien. De afdeling revalidatiegeneeskunde van het AmsterdamUMC heeft de B-FIT trainingswijzer ontwikkeld welke behandelaren helpt bij het voorschrijven van een gepersonaliseerd aerob trainingprogramma op basis van gegevens van een submaximale inspanningstest.
- Krachttraining is veilig maar heeft beperkt effect. Het advies is daarom om dit zo functioneel mogelijk te doen middels een laag gewicht en veel herhalingen (bij spiergroepen met minimaal een MRC 3).
- Van belang is dat beweging vol te houden is en dat spierpijn en vermoeidheid binnen 48 uur afgenomen moet zijn. Men moet waakzaam zijn voor overtraining, derhalve is rust ook een belangrijk aspect binnen training.
- Het is belangrijk om het onderliggende ziektemechanisme te kennen zodat de juiste vorm en mate van training voorgeschreven kan worden. Hierdoor kan mogelijke schade door training voorkomen worden; adviseer geen training bij actieve ontstekingsverschijnselen bij inflammatoire myopathieën en overweeg beoordeling door een cardioloog indien er sprake is van (een vermoeden op) cardiale betrokkenheid.

*Hoe blijf je fit na een beenamputatie?*⁴⁵

In 2021 is het boek 'Hoe blijf je fit na een beenamputatie?' gepubliceerd waaraan deskundige zorgverleners maar ook ervaringsdeskundigen hebben bijgedragen. In een flyer van de vereniging KorterMaarKrachtiger staan samenvattingen van verschillende hoofdstukken van het boek. Het boek zelf kan aangeschaft worden bij Heliomare.

*Special Heroes*⁴⁶

Special Heroes is een organisatie die zich inzet voor een gezonde en actieve leefstijl voor mensen met een beperking. Ze maken deelname aan een passend en divers aanbod mogelijk voor deze doelgroep, onder andere op het gebied van sport en bewegen.

*Uniek Sporten*⁴⁷

Middels regionale samenwerkingsverbanden werkt Uniek Sporten aan het bevorderen van het sportaanbod voor mensen met een beperking. Zowel sportaanbieders die gehandicaptensport willen aanbieden als mensen met een beperking die op zoek zijn naar de juiste sport worden geholpen.

*Esther Vergeer Foundation*⁴⁸

De Esther Vergeer Foundation wil kinderen en jongeren met een lichamelijke beperking een kans geven om 'gewoon' te sporten op een gewone vereniging. Samen met de kinderen en jongeren wordt een persoonlijk sportplan gemaakt. De Esther Vergeer Foundation is gevestigd op Sportcentrum Papendal. Daarnaast zijn er verschillende Sportpoli's in de academische kinderziekenhuizen, waar trajecten gestart kunnen worden.

Gehandicaptensport Nederland⁴⁹

Deze organisatie zet zich in voor bewegen en sport op maat voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking en chronisch zieken door het aanbieden van opleidingen, beweegaanbod op te zetten en samenwerkingsverbanden te coördineren.

Bronnen

1. Van Der Pal, F. (2021, 20 september). *Effecten van sporten en bewegen in het Human Capital Model*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/beleid/effecten-van-sporten-en-bewegen-in-het-human-capital-model/>
2. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Welke effecten hebben sporten en bewegen?* Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/human-capital-model/>
3. Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). *Physical activity: an underestimated investment in human capital?* Journal Of Physical Activity And Health, 10(3), 289–308. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.3.289>
4. Van Der Pal, F. (2021, september 24). *Hoe dragen sport en bewegen bij aan Positieve Gezondheid?* Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/hoe-dragen-sport-en-bewegen-bij-aan-positieve-gezondheid/>
5. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *SROI van sport en bewegen*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/sroi-van-sport-en-bewegen/>
6. Ros, M. (2024, 19 augustus). *Beweegrichtlijnen: zoveel beweging is nodig voor een goede gezondheid*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/beweegrichtlijnen-zoveel-beweging-is-nodig-voor-een-goede-gezondheid/>
7. De Korte, Y. (2023, 25 september). *Wat maakt veel zitten ongezond?* Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/wat-maakt-veel-zitten-ongezond/>
8. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Beweegrichtlijnen*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen/>
9. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Beweegrichtlijnen toolkit*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen/beweegrichtlijnen-toolkit/>
10. Kenniscentrum Sport en bewegen. (2020). *Beweegrichtlijnen versie 2020*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/2020/11/Beweegrichtlijnen-versie-2020.pdf>
11. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2024, januari). *Factsheet Effecten van bewegen voor senioren*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=11588&m=1705673270&action=file.download>
12. Schijvens, L. (2020, 5 maart). *Beweegrichtlijnen voor mensen met fysieke beperking net iets anders*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024,

- <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/beweegrichtlijnen-voor-mensen-met-fysieke-beperking-net-iets-anders/>
13. Ervaringsdeskundigen met een fysieke beperking, bewegingswetenschappers en revalidatiespecialisten AMC, ErasmusMC, De Hoogstraat Revalidatie, Klimmendaal, Reade, Revalidatie Friesland, UMCG, Amsterdam UMC en Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2020b). *Infographic Beweegrichtlijnen fysieke beperking*. Kenniscentrum Bewegen en Sport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/2020/01/infographic-Beweegrichtlijnen-fysieke-beperking.pdf>
 14. Van Den Berg, L. (2020, 30 maart). *Beweegrichtlijnen voor mensen met verstandelijke beperking net iets anders*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/beweegrichtlijnen-voor-mensen-met-verstandelijke-beperking-net-iets-anders/>
 15. Leefstijlonderzoekers voor mensen met een verstandelijke beperking van Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Hanzehogeschool Groningen, Radboud UMC Nijmegen, Rijksuniversiteit Groningen, Vitale Zorgverlener en Kenniscentrum Sport. (2019). *Infographic bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking*. Kenniscentrum Sport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/2019/12/Infographic-bewegen-voor-mensen-met-een-verstandelijke-beperking.pdf>
 16. Gommers, M. (2023, 28 augustus). *Nieuw beweegadvies voor volwassenen en kinderen met overgewicht of obesitas*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/nieuw-beweegadvies-voor-volwassenen-en-kinderen-met-overgewicht-of-obesitas/>
 17. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Beweegadvies 0-4 jarigen*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen/beweegadvies-0-4-jarigen/>
 18. Van Brussel-Visser, F. (2022, 22 februari). *Beweegadvies voor jonge kinderen: regelmatig bewegen en weinig stilzitten*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/beweegadvies-voor-jonge-kinderen-regelmatig-bewegen-en-weinig-stilzitten/>
 19. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2024, oktober). *Beweegadvies voor kinderen van 0-4 jaar*. Geraadpleegd op 9 november 2024, https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10949&m=1664460948&action=file_download
 20. Borg GAV (1973); Nederlandse versie afkomstig uit KNGF-richtlijn Hartrevalidatie (2011). (2020, 9 november). *Borg Rating of Perceived Exertion Scale*. Meetinstrumenten in de zorg. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/borg-rating-of-perceived-exertion-scale/>
 21. Ros, M. (2021, 30 september). *Inspanningsfysiologie: balans tussen belasting en belastbaarheid*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/inspanningsfysiologie-balans-tussen-belasting-en-belastbaarheid/>

22. Ros, M. (2022, 21 maart). *Calorieën verbranden met bewegen – hoe werkt dat?* Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/calorieen-verbranden-met-bewegen-hoe-werkt-dat/>
23. Ainsworth, B. (2011). *Compendium of Physical Activities*. Geraadpleegd op 9 november 2024, https://cdn-links.lww.com/permalink/mss/a/mss_43_8_2011_06_13_ainsworth_202093_sdc1.pdf
24. Van Der Mark, J. (2024, 27 februari). *MET-waarde*. FIT.nl. Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.fit.nl/met-waarde>
25. Revalidatie.nl. (2024, 10 december). *Revalidatiegeneeskunde leefstijlvol?* Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.revalidatie.nl/ntr/revalidatiegeneeskunde-leefstijlvol-kansen-en-concrete-mogelijkheden/>
26. UMG Centrum voor Revalidatie. (z.d.). *Inspanningstest keuzetool*. Geraadpleegd op 2 januari 2025. https://cvrumcg.shinyapps.io/keuzetool_online/
27. Meetinstrumenten in de zorg. (2023, 17 januari). *Steep Ramp Test*. Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/steep-ramp-test/>
28. Aire. (2023). *Maximale inspanningstest binnen de revalidatie*. Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.airevalidatie.nl/wp-content/uploads/2024/05/Infosheet-IST-AIRE-mei-2023.pdf>
29. UMG Centrum voor Revalidatie. (z.d.). *Leefstijl en fitheid in revalidatie*. Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.umcg.nl/-/afdeling/centrum-voor-revalidatie/leefstijl-fitheid#:~:text=Fysieke%20fitheid%20en%20revalidatie%3A%20hoe,%2C%20kracht%2C%20flexibiliteit%20en%20balans>
30. Ros, M. (2024, augustus 14). *Zo doe je spier- en botversterkende activiteiten*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/zo-doe-je-spier-en-botversterkende-activiteiten/>
31. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Beweegrichtlijnentest*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen/beweegrichtlijnentest/>
32. Kenniscentrum sport en bewegen. (z.d.). *Beweegcirkel*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/beweegcirkel/>
33. Willemsen, N. (2020, 22 april). *Help anderen beweging in hun dag te brengen met de Beweegcirkel*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/help-anderen-beweging-in-hun-dag-te-brengen-met-de-beweegcirkel/>
34. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Bewust Bewegen met chronische aandoeningen*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/bewust-bewegen/>
35. Van Lindert, C. (2022, 3 november). *Sportdeelname mensen met een beperking in 8 factsheets*. Allesoversport. Geraadpleegd op 9 november 2024,

- <https://www.allesoversport.nl/thema/meedoen-door-sport-en-bewegen/sportdeelnam-e-mensen-met-een-beperking-in-8-factsheets/>
36. Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2024, 17 december). Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/>
 37. De Gezondheidsraad. (z.d.). *De 10% beweegtijp*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://cpnederland.nl/wp-content/uploads/2019/09/De-10-beweegtijp.pdf>
 38. CP Nederland. (2020). *Beweeg je fit met cerebrale parese*. Geraadpleegd op 9 november 2024, https://cpnederland.nl/wp-content/uploads/2021/02/CP_nederland_bewegenmet.pdf
 39. Martin Ginis, K. (2018). *Gezond fit met een dwarslaesie: ook jij kunt het!*. Coloplast Fit for Life. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.coloplastfitforlife.nl/richtlijn.pdf>
 40. Fit for Life by Coloplast. (z.d.). Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.coloplastfitforlife.nl/bewegen/>
 41. Spierziekten Nederland. (z.d.). *Trainen en bewegen*. Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.spierziekten.nl/themas/fysiotherapie/trainen-en-bewegen/>
 42. Voet, N. B. M. (2019). *Exercise in neuromuscular disorders: a promising intervention*. *Acta Myologica : Myopathies And Cardiomyopathies : Official Journal Of The Mediterranean Society Of Myology*, 38(4), 207–214. https://www.actamyologica.it/wp-content/uploads/2019/12/03_Art_Original_Voet-1.pdf
 43. Voet, N. B., van der Kooi, E. L., van Engelen, B. G., & Geurts, A. C. (2019). Strength training and aerobic exercise training for muscle disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003907.pub5/full>
 44. Revalidatiegeneeskunde AmsterdamUMC. (z.d.). B-FIT trainingswijzer spierziekten. Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.amsterdamumc.nl/nl/revalidatiegeneeskunde/home/home/b-fit-trainingswijzer-spierziekten.htm>
 45. KorterMaarKrachtiger. (z.d.). Hoe word en blijf je fit na een beenamputatie? Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://kortermaarkrachtig.com/wp-content/uploads/2024/12/Hoe-word-en-blijf-je-fit-na-een-beenamputatie.pdf>
 46. Stichting Special Heroes Nederland. (z.d.). Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.specialheroes.nl/>
 47. Uniek Sporten. (z.d.). Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://www.unieksporten.nl/>
 48. Esther Vergeer Foundation (z.d.). Geraadpleegd op 9 november 2024, <https://esthvergeerfoundation.nl/>
 49. Gehandicaptensport Nederland. (z.d.). Geraadpleegd op 2 januari 2025. <https://www.gehandicaptensport.nl/>

Voeding

Gezonde voeding is heel belangrijk bij gezonde personen, maar nog belangrijker bij revalidanten met een acute en/of chronische aandoening, wat het risico op onder- of overgewicht vergroot.

Overgewicht

Obesitas is een complexe chronische aandoening met meerdere symptomen en comorbiditeiten waarbij vaak een multifactoriële oorzaak ten grondslag ligt. Het heeft grote functionele gevolgen voor een revalidant. Vaak spelen verschillende factoren een rol die het afvallen bemoeilijken en zo het overgewicht in stand houden. Deze factoren kunnen worden verdeeld in zeven categorieën: leefstijl, sociaal-economisch, psychisch, medicamenteus, hormonaal, hypothalaam of genetisch (zie figuur 1). Het is daarom belangrijk dat zorgverleners, voordat gestart wordt met behandeling, aandacht geven aan onderliggende oorzaken en in stand houdende factoren¹.

1. LEEFSTIJL	2. SOCIAAL ECONOMISCH	3. PSYCHISCH	4. MEDICATIE	5. HORMONAAL	6. HYPOTHALAAM	7. MONOGENETISCH / SYNDROMAAL	
Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Zeldzaam	Zeldzaam	Zeldzaam
Ongezonder eetpatroon	Financiële zorgen	Depressie	Antihypertensiva: sommige β -blockers, α -blockers	Hypothyreoïdie	Hypothalamische schade na bestraling, operatie of hoofdtrauma	Monogenetische obesitas	Syndromale obesitas
Te weinig beweging	Eenzaamheid	Chronische stress	Pijnmedicatie: pregabaline, amitriptyline	Polycysteus ovarium syndroom (PCOS)	Hypothalamische tumor	Op jonge leeftijd obesitas	Op jonge leeftijd obesitas
Chronisch slaapttekort	Niet meer (zelfstandig) kunnen deelnemen aan samenleving	Psychotrauma	Diabetes medicatie: insuline, glibepride	Mannelijk hypogonadisme	Craniofaryngeoom	Extreme eetlust	Extreme eetlust
Obstructief slaap-apneusyndroom	Overlijden of ernstige ziekte partner/ familie, verlies van werk, minimum inkomen, armoede	Kindermishandeling (fysiek of emotioneel) in verleden	Antidepressiva: mirtazapine, citalopram, paroxetine	Behoud extra gewicht na zwangerschap	Malfornatie	Opvallend gewichtsverschil met familieleden	Opvallend gewichtsverschil met familieleden
Nachtaliensten		Sexueel misbruik in verleden		Menopauze			Dysmorfe kenmerken of aangeboren afwijkingen
Timing van maaltijden	Moelte met lezen, schrijven, rekenen, begrip (laaggeletterdheid, verminderde gezondheidsvaardigheden)	Eetbuisstoornis zoals Binge eating disorder en Boulimia Nervosa	Antipsychotica: olanzapine, risperidon, lithium	Zeldzaam			Autisme
Fors alcoholgebruik			Anti-epileptica: carbamazepine, valproïnezuur, gabapentine	Hypopituitarisme			Ontwikkelingsachterstand
Stoppen met roken	Culturele gewoonten		Corticosteroiden (langdurig gebruik): oraal, injecties en soms lokaal	(Cyclisch) Cushing's syndroom		Voorbeelden: Mutaties in genen van MC4R, POMC, leptine, leptine-receptor, PCSK1	Voorbeelden: Prader-Willi, Bardet-Biedl, 16p11.2 deletie, pseudohypoparathyreoïdie type 1 (PHPTa), Alström syndroom
Culturele of sociaal-economische factoren				Groeihormoon tekort			
				Insulinoom			

Bron: vertaald en gemodificeerd van "A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults". Auteurs: Van der Valk ES, van den Akker ELT, Savas M, Kleinendorst L, Visser JA, van Haelst MM, Sharma AM, van Rossum EFC. Gepubliceerd in Obesity Reviews (2019); 20:795-804. Full-text online beschikbaar.

Deze tabel is onderdeel van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen

Figuur 1: Diagnostiek van onderliggende oorzaken en gewicht verhogende of in stand houdende factoren bij obesitas¹.

Ondergewicht

Ondergewicht is een gevolg van ondervoeding. Ondervoeding is een acute of chronische toestand die ontstaat door een tekort aan of disbalans in energie, eiwitten en andere voedingsstoffen. Dit gaat onder andere gepaard met ongewenst gewichtsverlies, verlies van spiermassa, afname van weerstand en een verhoogd risico op complicaties. Daarnaast

wordt ondervoeding geassocieerd met functieverlies, wat kan leiden tot een vermindering van zelfredzaamheid en zelfstandig functioneren, en een verhoogd valrisico^{2,3}.

Screening voedingsstatus

Body Mass Index

Body Mass Index (BMI) is een uitkomstmaat die wordt gebruikt om de voedingsstatus te definiëren⁴.

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{gewicht (kg)} / \text{lengte (m)} \text{ in het kwadraat}$$

De BMI wordt vaak gebruikt om overgewicht of ondergewicht vast te stellen. De BMI is ingedeeld in categorieën op basis van afkappunten, echter moet hierbij worden gesteld dat dit niet voor alle groepen precies hetzelfde is. De mate van vervetting van het lichaam bij een bepaalde BMI is afhankelijk van de leeftijd (vetpercentage oudere revalidanten > jongere revalidanten), geslacht (vetpercentage is bij vrouwen > mannen) en etniciteit (vetpercentage bij revalidanten uit Azië > Europeanen). Daarnaast moet rekening worden gehouden met zeer gespierde revalidanten en revalidanten met een extreem lang of kort gestalte. De BMI kan in deze gevallen misleidend zijn, waardoor voorzichtigheid geboden dient te worden bij de interpretatie¹.

Categorie	BMI (kg/m ²)
Ondergewicht	<18.5
Normaal (gezond) gewicht	18.5-24.9
Overgewicht	25-29.9
Obesitas klasse I	30-34.9
Obesitas klasse II	35-39.9
Obesitas klasse III	≥40

Tabel 1: BMI-afkapwaarden bij volwassenen¹

Buikomvang

Een ondersteunende uitkomstmaat voor het meten van centrale, intra abdominale en/of visceraal vet is buikomvang. De locatie van het vet is namelijk belangrijk en een voorspellende waarde voor het gezondheidsrisico. Buikomvang kan helpen bij het voorspellen van het cardiovasculair risico (zie tabel 2). Voor deze afkapwaardes is het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met etniciteit van revalidanten^{1,4}.

Buikomvang worden gemeten halverwege tussen de onderste rib en de bovenkant van het bekken in staande positie. Meet op de blote huid en trek het meetlint niet te strak aan.

Etniciteit	Verhoogd cardiovasculair risico		Ernstig verhoogd cardiovasculair risico	
	Vrouw	Man	Vrouw	Man
Europees, Amerikaans, Midden-Oost Mediterraan	80	94	88	102
Latijns, Zuid-Amerikaans	83	88	90	94
Sub-Sahara Afrikaans	80	94		
Afrikaans Amerikaans	90	80	99	95
Afrikaans	71,5	76,5	81,5	80,5
Aziatisch	80	85		
Chinees	81	83		
Koreaans	75	80	85	90
Inheems Canadees	80	94		

Tabel 2: Voorgestelde afkappunten voor de buikomvang (cm) per etniciteit om de vergrote buikomvang te definiëren¹

Screening bij kinderen

Bij kinderen worden lengte en gewicht in geslacht-specifieke groeidiagrammen weergegeven (gecorrigeerd voor etniciteit). Overgewicht is gedefinieerd als $\geq +1$ standaarddeviatie (SD) en obesitas als $\geq +2$ SD en dit wordt gebruikt tot 2 jaar. Voor ondergewicht is acute ondervoeding gedefinieerd als ≥ -2 SD bij gewicht naar leeftijd en gewicht naar lengte. Bij chronische ondervoeding wordt vooral gekeken naar de mate van afbuiging van de curve, dit is vanaf de geboorte tot 18 jaar.

Vanaf 2 jaar is de BMI (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) een geschikte maat om het gewicht te rapporteren. De internationale BMI-afkappunten (dus niet gebaseerd op Nederlandse groeidiagrammen en percentielen) voor overgewicht en obesitas kunnen hiervoor gebruikt worden. Deze kunnen worden gevonden in de [Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen](#)⁵. Zoals eerder benoemd is ook de klinische blik belangrijk bij het beoordelen van de BMI: kijk hierbij naar lichaamsbouw, etniciteit, puberteit en vetverdeling^{1,6}.

Bij kinderen met cerebrale parese wordt de Feeding & Nutrition Screening Tool (FNST) gebruikt; deze screeningstool bestaat uit een vragenlijst van 4 vragen. Een score van 3 of 4 punten betekent dat het kind mogelijk moeilijkheden met eten, drinken of slikken heeft en dat dit invloed kan hebben op zijn of haar veiligheid tijdens het eten en/of drinken^{6,7}.

Specifieke screening naar ondervoeding

Er zijn diverse criteria sets om ondervoeding vast te stellen. De basisset die het meest gebruikt wordt is een combinatie van onbedoeld gewichtsverlies en een te laag BMI. Er wordt gesproken van ondervoeding wanneer er sprake is van 10% of meer onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden en/of meer dan 5% gewichtsverlies in de afgelopen maand. Bij volwassenen (18 - 70 jaar) wordt tevens gesproken van ondervoeding bij een BMI van minder dan <20 kg/m² bij Europeanen en $<18,5$ kg/m² bij Aziaten. Bij

ouderen (≥ 70 jaar) is er sprake van ondervoeding bij een BMI van $< 22 \text{ kg/m}^2$ bij Europeanen en $< 20 \text{ kg/m}^2$ bij Aziaten. Daarnaast zijn er verschillende screeningsinstrumenten die in de spreekkamer gebruikt kunnen worden^{3,6,7,8,9,10}. Deze staan weergegeven in tabel 3.

Bij kinderen (vanaf 1 maand tot 18 jaar) kan er gebruik worden gemaakt van 'Screening Tool Risk On Nutritional Status and Growth', ook wel 'STRONGkids' genoemd⁶.

Sector	Screeningsinstrument
Volwassenen in het ziekenhuis	MUST, SNAQ
Volwassenen in het revalidatiecentrum (klinisch)	SNAQ ⁶⁵⁺
Volwassenen op de polikliniek	Voedingstoestandmeter

Tabel 3 Screeningsinstrumenten naar ondervoeding

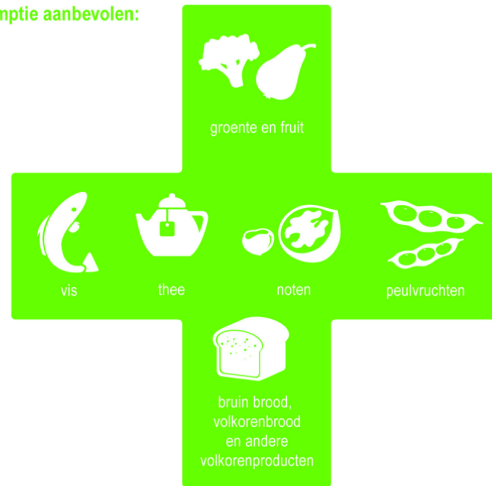
Goed voedingspatroon

De Richtlijn Goede Voeding geeft de volgende adviezen¹¹:

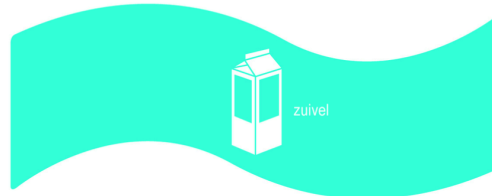
- Eet volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon
- Eet dagelijks ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit
- Eet dagelijks ten minste 90 gram bruin brood, volkorenbrood of andere volkorenproducten
- Eet wekelijks peulvruchten
- Eet ten minste 15 gram ongezoeten noten per dag
- Neem enkele porties zuivel per dag, waaronder melk of yoghurt
- Eet een keer per week vis, bij voorkeur vette vis
- Drink dagelijks drie koppen thee
- Vervang geraffineerde graanproducten door volkorenproducten
- Vervang boter, harde margarine en bak- en braadvetten door zachte margarine, vloeibaar bak- en braadvet en plantaardige oliën
- Vervang ongefilterde door gefilterde koffie
- Beperk de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees
- Drink zo min mogelijk suikerhoudende dranken
- Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag
- Het gebruik van voedingsstof supplementen is niet nodig, behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt.

Via het Voedingscentrum en de Schijf van Vijf zijn deze adviezen geïntegreerd in een dagelijks voedingspatroon en kan een revalidant snel en makkelijk vinden welke producten dan wel of niet binnen een gezond voedingspatroon passen¹².

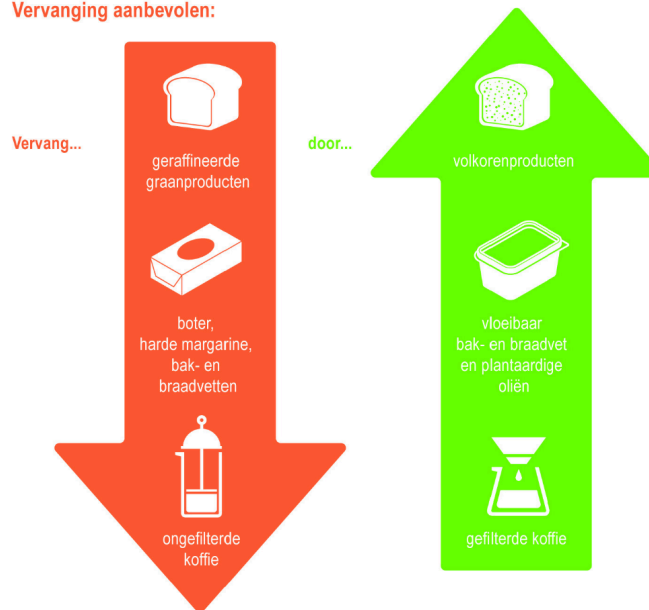
Hogere consumptie aanbevolen:



Handhaving van de consumptie aanbevolen:



Vervanging aanbevolen:



Beperking van de consumptie aanbevolen:



* behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt

Figuur 2: Richtlijn Goede Voeding¹¹

De praktijk in de spreekkamer

Het is belangrijk dat het onderwerp voeding wordt besproken in de spreekkamer. Het hoeft geen beladen onderwerp te zijn. Tijdens een poli consult of een opname in de revalidatiekliniek kan het gewichtsverloop juist goed worden gemonitord. Dit biedt de mogelijkheid om tijdig veranderingen in de voedingstoestand te herkennen^{8,13}.

Tips

- Algemene voedingstips volgens de Richtlijn Goede Voeding met hierbij gebruik van de Schijf van Vijf^{11,12}:
 - Eet minimaal 3 maaltijden per dag
 - Drink voldoende; water, zwarte koffie of thee zonder suiker
 - Eet dagelijks ten minste 200 gram groente en twee stuks fruit
 - Eet dagelijks volkorenproducten
 - Eet wekelijks (vette) vis en peulvruchten
 - Neem enkele porties zuivel per dag
 - Eet volgens een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon
- Bij ondervoeding is het eerste advies om extra eiwitrijke en energierijke tussenmaaltijden toe te voegen aan de drie grote maaltijden⁹. Daarnaast zijn er via [artsenwijzer diëtetiek](#) specifieke adviezen voor specifieke aandoeningen, waarbij dit ook verder ingedeeld is op profielen binnen deze aandoening¹⁴.
- Zorg voor een goede energiebalans: houdt de energie-inname en het energieverbruik in balans. Voorkom een toename van vetmassa als gevolg van een (plotseling) laag activiteitsniveau, wat kan leiden tot een positieve energiebalans. Tegelijkertijd is het belangrijk om een tekort aan (micro)nutriënten te vermijden door voldoende energiebeschikbaarheid te waarborgen¹⁵.
- Zorg voor spiermassa en -functietoename. Om spiermassa te behouden dan wel toe te laten nemen is een optimale inname van kwalitatief goede eiwitten cruciaal. Hierin wordt een inname tussen 1,2 tot 2,0 gram eiwit per kilogram per dag geadviseerd bij revalidanten met een onderliggende aandoening (zeker bij revalidanten met ondervoeding/decubituswonden/amputatie). Creatinesuppletie kan overwogen worden als er specifiek op spiervolume en functie getraind wordt¹⁵.
- Zorg voor een goede bot- en peesgezondheid door voldoende calciuminname middels zuivelinname volgens de Richtlijn Goede Voeding en het voorkomen en/of corrigeren van een vitamine D deficiëntie via de huisarts of behandelend arts. Collageen en vitamine C suppletie kan worden overwogen om de collageensynthese in pezen en ligamenten te stimuleren¹⁵.
- Overweeg overige micronutriënten suppletie. Adviezen voor vitamines, mineralen en spoorelementen zijn opgesteld voor gezonde personen. Het is nog onduidelijk in hoeverre ziekte leidt tot een veranderde behoefte aan micronutriënten. Dit is moeilijk vast te stellen omdat plasmaspiegels niet altijd een weerspiegeling zijn van lichaamsvoorraden en dit sterk wordt beïnvloed door veranderende behoefte bij ziekte. Daarom dienen minimaal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden voor gezonde personen aangehouden te worden. Vitamine B1 (thiamine) is kwetsbaar omdat de voorraad klein is en de gevolgen van een deficiëntie groot zijn. Suppletie hiervan kan daarom worden overwogen bij ernstige ondervoeding en ziekte. Verder wordt geadviseerd om micronutriënt waarden in het bloed te bepalen en op basis hiervan suppletie te starten¹⁰. Voor adviezen met betrekking tot suppletie bij tekorten zie tabel 9 in [Richtlijn Ondervoeding](#)⁹.

- Verwijs revalidanten door naar de diëtist indien bovenstaande adviezen niet afdoende zijn en er sprake is van (een risico op) ongewenst gewichtsverlies of ongewenste gewichtstoename door verminderde activiteit en veranderde energiebehoefte door hun aandoening¹⁴.

Bronnen

1. Richtlijn Diagnostiek van overgewicht en obesitas bij volwassenen. (n.d.). Richtlijndatabase. Retrieved October 30, 2024, from https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/diagnostiek_van_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen.html
2. Algemene informatie en signalering - Kenniscentrum Ondervoeding. (n.d.). Kenniscentrum Ondervoeding. Retrieved November 14, 2024, from <https://www.kenniscentrumondervoeding.nl/algemene-informatie-en-signalering/>
3. Kruizenga, H. M., Leistra, & Naumann, E. (2021). *Screenen op ondervoeding bij volwassenen*. In Handboek Leefstijlgeneeskunde. <https://huisarts.bsl.nl/screenen-op-ondervoeding-bij-volwassenen/>
4. Voedingscentrum. (n.d.). BMI berekenen. Retrieved November 14, 2024, from <https://www.voedingscentrum.nl/nl/bmi-meter.aspx#middelomtrek>
5. Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. (n.d.). Richtlijndatabase. Retrieved November 14, 2024, from https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_richtlijn_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html
6. Screening en diagnostiek - Kenniscentrum Ondervoeding. (n.d.). Kenniscentrum Ondervoeding. Retrieved November 14, 2024, from <https://www.kenniscentrumondervoeding.nl/screening-en-diagnostiek/>
7. Effect voeding CP FNST | Nutricia. (2023, July 17). Nutricia. <https://www.nutricia.nl/campaign-pages/effect-voeding-cp-fnst.html>
8. Stuurgroep ondervoeding. (2012). *Weeg- en screeningsbeleid bij ondervoeding in de revalidatiekliniek*. <https://www.kenniscentrumondervoeding.nl/wp-content/uploads/2022/04/Weegbeleid-Revalidatiekliniek.pdf>
9. Ondervoeding. (n.d.). NHG-Richtlijnen. Retrieved November 14, 2024, from <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken/ondervoeding>
10. Kruizenga, H., Beijer, S., Huisman-de Waal, G., Jonkers-Schuitema, C., Klos, M., Remijnse-Meester, W., Thijs, A., Tieland, M., Vasse, E., Stuurgroep Ondervoeding, VU medisch centrum, Amsterdam, NTVD, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Houten, IKNL, Utrecht, IQ healthcare, Radboudumc, Nijmegen, AMC, Amsterdam, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Houten, Hogeschool van Amsterdam - lectoraat gewichtsmanagement, Amsterdam, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede, & Witteman, B. (2019). *Richtlijn ondervoeding* [Guideline]. Retrieved November 14, 2024, from <https://www.kenniscentrumondervoeding.nl/wp-content/uploads/2022/04/SoV01-Richtlijn-Ondervoeding-februari-2019-met-addendum-september-2021.pdf>

11. Gezondheidsraad. (2021, December 7). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Retrieved November 14, 2024, from <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>
12. Voedingscentrum. (n.d.-b). *Wat staat er in de schijf van vijf, en wat niet?* Retrieved November 14, 2024, from https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf/wat-staat-in-de-schijf-van-vijf-en-wat-niet.aspx#de_schijf_van_vijf_in_het_kort
13. Gezonde voeding en leefstijladviezen voor mensen met een chronische aandoening. (2023, April 11). Retrieved November 14, 2024, from <https://www.revalidatie.nl/ntr/gezonde-voeding-en-leefstijladviezen-voor-mensen-met-een-chronische-aandoening/>
14. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2024, August 27). *Artsenwijzer diëtetiek*. Nederlandse Vereniging Van Diëtisten. Retrieved November 14, 2024, from <https://nvdietist.nl/informatie/artsenwijzer-dietetiek/>
15. *Wat eet een atleet en wat kunnen we daarvan leren voor revalidatie?* (2023, April 11). Retrieved November 14, 2024, from <https://www.revalidatie.nl/ntr/wat-eet-een-atleet-en-wat-kunnen-we-daarvan-leren-vo-or-revalidatie/>

Slaap

Achtergrond

Definitie

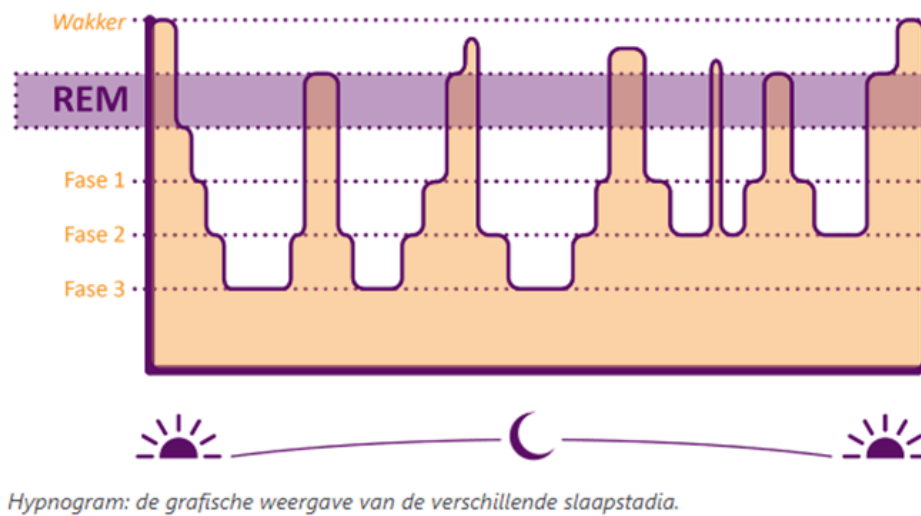
“Slaap is een normale, periodiek optredende toestand van rust, die gepaard gaat met een verlaging van het bewustzijn, waarbij lichaam en geest tot rust komen en de ademhaling en hartslag dalen”.¹

Regulatie slaapritme

Het slaap-waakritme wordt gereguleerd door 2 afzonderlijke, maar overlappende systemen.

- Proces S, homeostatische slaapdruk
De neiging tot slapen wordt groter naarmate iemand langer wakker is en meer actief is. Dit komt door ophoping van somnogenen (o.a. adenosine). Tijdens het slapen neemt de hoeveelheid somnogenen en dus de slaapdruk weer af. Het is echter niet zo dat we bij hoge homeostatische slaapdruk overdag slapen, dit komt door de invloed van Proces C.
- Proces C, circadiane slaapdruk
Dit proces zorgt ervoor dat de slaapdruk overdag afneemt en 's nachts toeneemt. Dit proces staat onder invloed van zowel interne processen als omgevingsinvloeden. De interne aansturing van slaap gebeurt in de hersenen, in de nucleus suprachiasmatica. Deze kern werkt in principe zonder externe sturing, zonder daglicht zou er een automatisch dag-nachtritme plaatsvinden wat zo'n 25 uur duurt. Door de omgevingsinvloeden wordt dit proces gesynchroniseerd met een dag van 24 uur. De belangrijkste omgevingsinvloed is licht. Via verschillende gebieden in de hersenen heeft het daglicht invloed op de productie van cortisol en melatonine. Daglicht stimuleert de productie van cortisol, dit hormoon zorgt ervoor dat iemand wakker en actief is. Het cortisolniveau is het hoogst in de ochtend. De melatonineproductie wordt juist geremd door licht. Melatonine zorgt voor een slaperig gevoel. Het melatonine niveau hoort overdag laag te zijn en begint te stijgen in de avond (bij schemering), piekt in het midden van de nacht en daalt daarna weer.

Naast deze 2 processen speelt ook het ultradiane ritme een rol. Dit houdt in dat er binnen het 24-uurs ritme korte cycli zijn van verminderde alertheid en concentratie. Voorbeelden hiervan zijn naast begin van de nacht ook slaperige momenten na de lunch (after-lunch dip). Tevens bepaalt dit ritme dat mensen 's nachts een slaapcyclus hebben van ongeveer 1,5 uur.^{2,3} Een slaapcyclus bestaat uit 2 soorten slaap, namelijk de REM-slaap en de non-REM slaap, welke weer onder te verdelen is in verschillende fases (zie figuur 1).



Figuur 1: hypnogram¹

De REM-slaap wordt zo genoemd vanwege de snelle oogbewegingen van links naar rechts: Rapid Eye Movement. Tijdens deze slaapfase wordt het meest gedroomd, maar ook in andere fases kunnen dromen voorkomen. Alle spieren zijn verlamd, er zullen dus geen lichaamsbewegingen zijn. Tijdens deze fase zijn ademhaling en hartritme onregelmatig en stijgt de bloeddruk.

Tijdens de slaap wisselen deze soorten slaap elkaar af: van lichte non-REM-slaap (fase 1 in het schema), naar diepe non-REM-slaap (fase 3 in het schema) terug naar lichte non-REM-slaap (fase 1 in het schema) en vervolgens naar de REM-slaap. De diepte van de slaap wisselt dus gedurende de nacht. Een normale nachtrust omvat ongeveer vijf van deze slaapcycli. Tussen deze slaapcycli door wordt iemand meestal even kort wakker zonder dat hij/zij dat in de gaten heeft. Eén tot drie keer per nacht duurt dit wakker worden iets langer. Naarmate de nacht vordert, wordt per cyclus het aandeel Non-REM steeds korter en REM steeds langer.¹

Belang van goede slaap

Slaap is belangrijk voor:

- Het schoonmaken van de hersenen
Hersenen krimpen tijdens de slaap, waardoor hersenvocht meer ruimte heeft om afvalstoffen af te voeren.
- Geheugen
Slaap zorgt voor het onthouden van geleerde dingen, doordat verbindingen tussen hersencellen versterken gedurende de slaap
- Verwerken van emoties
Slaap helpt om stress en emoties te verminderen, doordat sommige verbindingen in de hersenen juist zwakker worden gedurende de slaap.

Een verstoorde slaap kan leiden tot onder andere vermoeidheid, slaperigheid, vergeetachtigheid, prikkelbaarheid en verminderde concentratie. Ook kan slaapttekort een negatief effect hebben op fysieke en geestelijke gezondheid^{3,5}.

Voldoende slaap

Een revalidant die voldoet aan onderstaande punten, krijgt voldoende slaap:

- Zonder wekker uitgerust wakker worden
- Op vrije dagen net zo lang slapen als normaal + 1-1,5 uur
- Trek in ontbijt binnen half uur na het opstaan
- Slaapduur even lang als in tweede week van een vakantie (want dan goed uitgerust)¹

Voorwaarden voor een gezonde slaap

De voorwaarden voor goede slaap zijn onder te verdelen in 4 categorieën⁵:

- Voldoende slaapdruk
Dit betekent voldoende behoefte om te slapen. Deze behoefte bouwt geleidelijk op gedurende het wakker zijn. Slaapdruk is bij voorkeur maximaal bij het naar bed gaan.
- Juiste timing
Behoeftte om te gaan slapen moet samenvallen met biologische (circadiaans) ritme van het lichaam.
- Comfortabel lichaam
- Rustige geest

Factoren die slaap kunnen verstoren

Op basis van bovenstaande categorieën voorwaarden voor goede slaap, zijn ook de verschillende factoren die een versturende invloed hebben op slaap in te delen (zie figuur 2).



Figuur 2: Slaapverstorende factoren⁶

Bij revalidanten met hersenletsel is bekend dat 50% een verstoorde slaap heeft. Oorzaken hiervoor zijn een verstoring van de biologische klok, pijn, stress en/of bijwerkingen van medicatie⁷.

Slaap in kaart brengen

Anamnese

Het wordt aangeraden om bij intake of opname standaard de slaapgewoonten en het slaap-waakritme in kaart te brengen, onderstaande vragen kunnen hiervoor gebruikt worden:

Vraag 1

Ervaart u problemen met het slapen? Betreft het in- en/of doorslaapproblemen of bent u te vroeg wakker? Wat zijn de slaapverstoorders?

Vraag 2

Slaapt u (thuis) goed? (Als de zorgvrager op een andere plaats dan thuis zorgverlening krijgt, neem je de anamnese daar af).

Vraag 3

Heeft u bepaalde gewoontes voor het slapen gaan die u helpen om prettig in slaap te vallen? Zo ja, welke?

Vraag 4

Wat zijn voor u gebruikelijke tijden van bedtijd en opstaan? En wat zijn het aantal uren slaap?

Vraag 5

Wat is uw voorkeursslaaphouding?

Vraag 6

Wat is uw voorkeur op het gebied van temperatuur, licht en geluid?

Vraag 7

Slaapt u (thuis) overdag?

Vraag 8

Voelt u zich 's morgens uitgerust?

Vraag 9

Welke problemen ervaart u (overdag) als u slecht slaapt? Denk aan moeheid, veranderde stemming, geprikkeltheid, verminderde concentratie en prestatie of angst om wakker te liggen.

Vraag 10

Is er sprake van nachtelijke onrust, slaapwandelen, tandenknarsen, snurken of ademstoppingen?

Figuur 3: Vragen voor anamnese⁶

Indien er signalen zijn voor slaapproblemen, kan een aanvullende anamnese afgenomen worden. Deze omvat de volgende onderwerpen^{5,8}:

- Duur en frequentie van slaapproblemen
- Slaapkwaliteit
- Gevolgen voor dagelijks functioneren en klachten overdag
- Ideeën van revalidant over mogelijke oorzaken, bijvoorbeeld spanning, stress, zorgen, pijn
- Gebruik alcohol, cafeïne of andere middelen
- Gebruik medicatie én slaapmedicatie (middel, dosering, tijdstip inname, duur van gebruik, verwachting van gebruik, kennis over bijwerkingen)
- Reeds ingezette acties
- Relatie met huidige gezondheidsproblemen
- Medische voorgeschiedenis
- Slaapkamer voorzieningen
- Verwachtingen revalidant

Slaapdagboek

Om meer inzicht te krijgen in het slaap-waakpatroon van een revalidant en de factoren van invloed daarop, kan de revalidant gevraagd worden een slaapdagboek bij te houden. Voorbeelden zijn online te vinden, bijvoorbeeld via de website van Thuisarts⁹.

Behandeling

Adviezen

Er zijn vele adviezen online te vinden die aan een revalidant gegeven kunnen worden.

Onderstaande adviezen zijn gebaseerd op verschillende bronnen^{3,8,10}:

- Overdag
 - Goed evenwicht tussen inspanning en ontspanning
Omdat het slaaproces 24 uur per dag aan de gang is, is het belangrijk om elke dag een goed evenwicht te zoeken tussen inspanning en ontspanning. Het is voor beter slapen bijvoorbeeld niet helpend om dagen met heel veel ontspanning te hebben. Het is ook belangrijk om elke dag actief te zijn. Bij onvoldoende activiteit overdag wordt minder slaapdruk opgebouwd en is in slaap vallen lastiger.
 - Ga een uur per dag naar buiten
Genoeg daglicht overdag helpt om in de avond melatonine aan te maken.
 - Powernaps of middagdutje:
Overdag slapen kan maar houd rekening met het volgende:
 - Een dutje overdag mag niet ten koste gaan van de slaap in de nacht. De slaapuren in de nacht zijn beter. Doe alleen een powernap als dat echt nodig is.
 - Slaap ongeveer 15 à 20 minuten óf rond de 90 minuten. Dit heeft te maken met de slaapfases. Dus: slaap tot net vóór de diepe slaap (15 tot 20 minuten) of tot ná 1 hele slaapcyclus (90 minuten).
 - Slaap ergens tussen 13.00 uur en 15.00 uur.
- Voor het slapen gaan
 - Vaste bedtijd
Ook in het weekend
 - Vast slaapritueel
 - Doe elke dag dezelfde dingen voor het slapen gaan, zo leert het lichaam dat het tijd is om te gaan slapen
 - Vermijd zware fysieke inspanning voor het slapen gaan
Doe 1,5 uur voor het slapen geen zware lichamelijke inspanning.
 - Dag afbouwen
Ontspan voor het slapen gaan, bouw de dag af en vermijd 1 à 2 uur voor het slapen geestelijk en lichamelijke inspanning (lees bijvoorbeeld geen spannende boeken of kijk geen spannende serie).
 - Beperk fel licht en het gebruik van een beeldscherm
Kijk 1 à 2 uur voor het slapen gaan niet op een beeldscherm. Niet alleen vanwege het licht, ook vanwege de prikkels die het beeld/ geluid geven.
 - Eet geen zware maaltijd 2 uur voor het slapen gaan
Een alternatief kan iets kleins zijn, zoals kwark of fruit.
 - Vermijd cafeïne houdende dranken 6 uur voor het slapen gaan
Bijvoorbeeld koffie, thee (zwarte en groene), ijsthee, cola, energiedrank.
 - Drink geen alcohol voor het slapen gaan
Alcohol zorgt voor een slechtere kwaliteit van slaap.
 - Warme douche
Een warme douche voor het slapen gaan kan ontspannend werken.

- Slaperig
Ga pas naar bed als je denkt binnen 30 minuten in slaap te vallen.
- Gebruik geen slaapmedicatie
Medicatie (melatonine, valeriaan) helpt niet bij het verbeteren van slaap.
Goede slaapgewoontes doen dat wel.
- Tijdens het slapen
 - Zorg voor een goede slaapomgeving
Comfortabel, rustig, donker en frisse lucht.
 - Slaapfunctie slaapkamer
Zorg ervoor dat de slaapkamer verband houdt met slapen. Zorg ervoor dat er geen afleiding is, zoals posters en schilderijen aan de muur. Gebruik geen TV, tablet of computer in de slaapkamer. Neem geen werk mee naar de slaapkamer en kijk overdag geen films of series in bed. Datzelfde geldt voor lezen; ga niet overdag in bed lezen.
 - Geluid
Zorg voor het juiste geluid afhankelijk van persoonlijke voorkeur; rustige achtergrond of juist stilte.
 - Wekker
Het zien van de wekker geeft vaak onrust, draai deze daarom weg.
 - Wakker liggen (langer dan 20 minuten)
Ga uit bed bij onrustig gevoel. Blijf in bed bij rustig gevoel en doe bijvoorbeeld een ontspanningsoefening.

Een overzicht van bovenstaande adviezen is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Overzicht adviezen voor het verbeteren van de slaap⁴

Verwijsmogelijkheden

Wanneer slaapadviezen niet leiden tot verbetering van de slaap, kan overwogen worden een revalidant te verwijzen naar een slaapteam binnen het eigen revalidatiecentrum, of naar een externe slaapoefentherapeut dan wel slaapcentrum¹¹.

Bronnen

1. Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht. (2021). *Slaap bij kinderen*.
<https://elearningumcutrecht.nl.azureedge.net/e-module-slaap-bij-kinderen/story.html>
2. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2017). *Startpagina richtlijn: Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen (2017)*.
<https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/gezonde-slaap-en-slaapproblemen-bij-kinderen>
3. Hersenstichting. (2024). *Slaap*.
<https://www.hersenstichting.nl/de-hersenen/gezonde-hersenen/slaap/>
4. O. Verschuren. (2021). *Slaaptips met de klok mee*. Via O. Verschuren verkregen.
5. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (2021). *Richtlijn Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen*.
<https://www.venvn.nl/media/f5vngxte/richtlijn-gezonde-slaap-definitief-28-9-2021.pdf>
6. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (n.d.). *Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen - Interactieve PDF*.
https://www.venvn.nl/media/qegngkcs/230816_v-vn_richtlijn-zorg-voor-gezonde-slaap_interactief-pdf.pdf
7. Hersenstichting. (2023). *Slapen met een hersenaandoening*.
<https://www.hersenstichting.nl/de-hersenen/gezonde-hersenen/slaap/slappen-met-een-hersenaandoening/>
8. NHG. (2024). *NHG-Standaard Slaapproblemen*.
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen>
9. Thuisarts. (2024). *Ik ga een slaapdagboek invullen om te zien hoeveel ik slaap | Thuisarts.nl*.
<https://www.thuisarts.nl/slecht-slappen/ik-ga-slaapdagboek-invullen-om-te-zien-hoeveel-ik-slaap>
10. Thuisarts. (2024). *Ik wil beter slapen: slaapadviezen | Thuisarts.nl*.
<https://www.thuisarts.nl/slecht-slappen/ik-wil-beter-slappen-slaapadviezen#adviezen-je-slaapgewoontes-verbeteren>
11. Slaapoefentherapie. (2024). *Netwerk Slaapoefentherapie*.
<https://www.slaapoefentherapie.nl/>

Mentale gezondheid

Algehele gezondheid kan niet los gezien worden van de mentale gezondheid. Iedere revalidant maakt in zijn of haar leven kleine of grote dingen mee die hen mentaal aan het wankelen kunnen brengen. De impact van deze gebeurtenissen en de manier waarop iemand ermee omgaat verschilt per revalidant. Door goed te zorgen voor zowel lichaam als geest kan de revalidant zorgen dat hij/zij beter opgewassen is tegen de dingen die op hun pad komen.

Definitie

Wat is mentale gezondheid precies? Het is een ruim begrip en in de praktijk worden diverse termen gebruikt om mentale gezondheid te beschrijven. De definitie van mentale gezondheid die door het Trimbos-instituut en het RIVM wordt gehanteerd is als volgt: "Mentale gezondheid wordt gekenmerkt door de wijze waarop een individu zich verhoudt tot zichzelf (persoonlijke component), de wijze waarop een individu zich tot anderen verhoudt (sociale component), en de wijze waarop een individu handelt, zich gedraagt of opstelt in het dagelijks leven (functionele component). De wijze waarop naar mentale gezondheid wordt gekeken en hoe hieraan persoonlijk en in de maatschappij betekenis wordt gegeven is de vierde component (perceptieve component). Iedere component van mentale gezondheid bestaat uit meerdere bouwstenen. Bij de persoonlijke component van mentale gezondheid wordt onderscheid gemaakt in mentale vaardigheden, een positief zelfbeeld, tevredenheid, je goed voelen, persoonlijke ontwikkeling, doelbewust leven, in balans zijn, en een positieve levenshouding. Bij de sociale component van mentale gezondheid wordt onderscheid gemaakt in erbij horen en meedoen, sociaal functioneren, en empathie. Bij de functionele component van mentale gezondheid wordt onderscheid gemaakt in persoonlijke grenzen stellen, persoonlijke hulpbronnen, dagelijks functioneren, en actieve houding. Ten slotte wordt bij de perceptieve component onderscheid gemaakt in het denkbeeld over mentale gezondheid, de eigenschappen van het concept, en de afwezigheid van psychische klachten. Samenvattend gaat het over de manier waarop iemand zich verhoudt tot zichzelf en tot anderen en hoe diegene omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven, maar ook over hoe die persoon en anderen in de samenleving dit ervaren"¹.

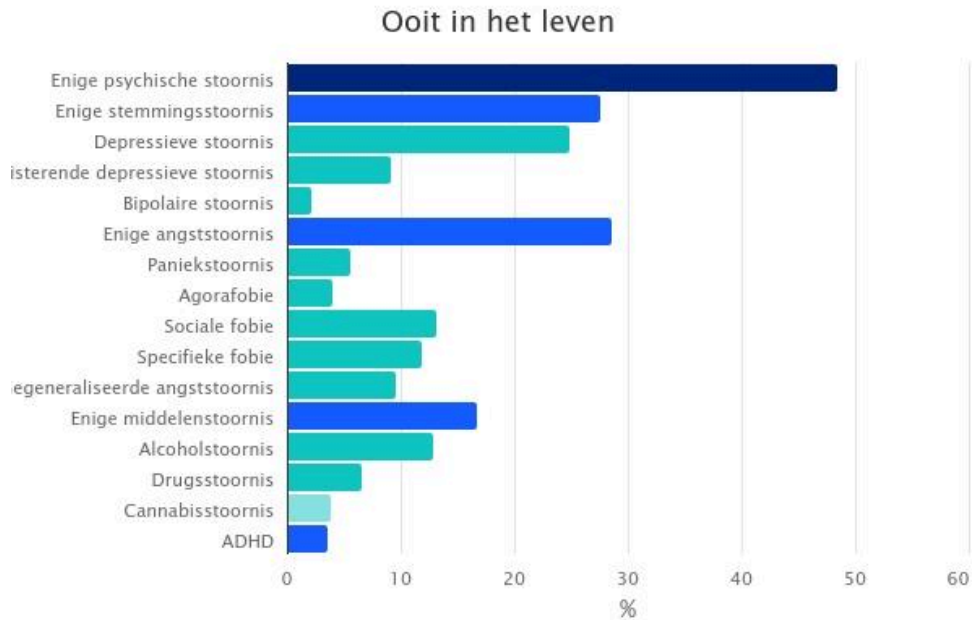
Risico's en beschermende factoren

Mentale gezondheid wordt gedurende het leven gevormd door zowel individuele factoren (demografisch, sociaal economisch, levensgebeurtenissen, leefstijl, gezondheid) als omgevingsfactoren (gezinssituatie, woon- en leefomgeving, onderwijs, werk, samenleving). Deze factoren kunnen bovendien een wisselwerking op elkaar hebben en op zichzelf een beschermend of kwetsbaar makend effect op de mentale gezondheid hebben. De impact van deze factoren is met name zichtbaar bij belangrijke fasen/overgangen in het leven, zoals vlak na de geboorte, de overgang van puber naar volwassenen, of de eerste maanden na het verlies van een partner. Daarom hangt mentale gezondheid ook direct samen met de omstandigheden waarin een persoon geboren wordt, opgroeit, woont, werkt en ouder wordt⁴.

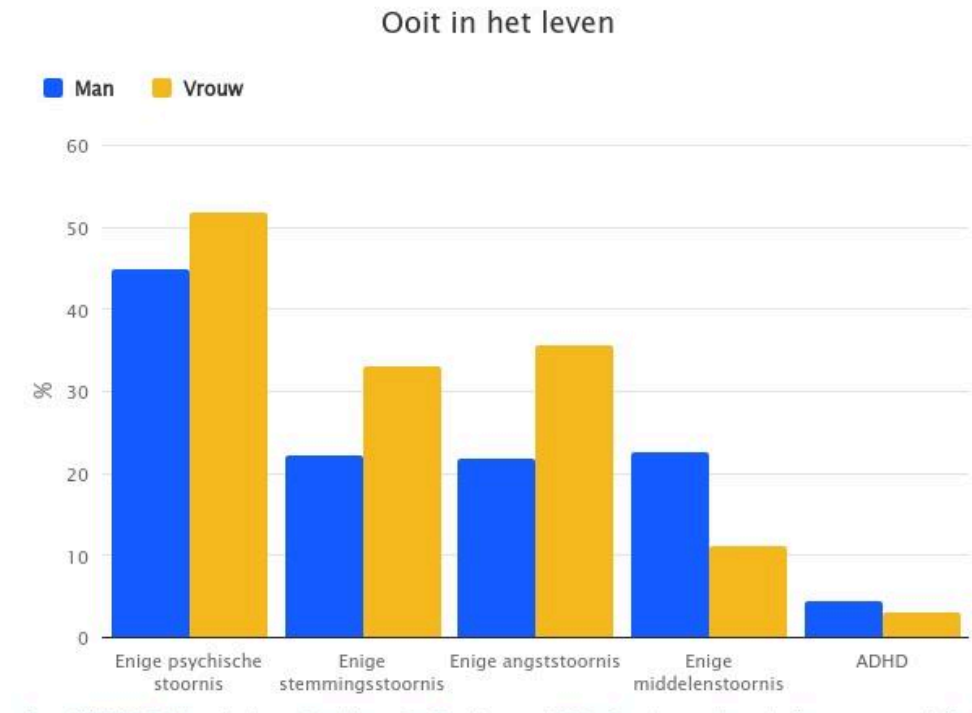
Belang van mentale gezondheid

Over het algemeen heerst er een gebrek aan openheid over mentale gezondheid en psychische aandoeningen, terwijl iedereen in meer of mindere mate mentaal kwetsbaar is of te maken krijgt met een psychische aandoening. Bijna 50% van de volwassenen (18-75 jaar) in Nederland heeft ooit in het leven een of meerdere psychische aandoeningen gehad (zie

figuur 1). Psychische aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen, 25-34-jarigen en volwassenen met basisonderwijs/lbo/mavo/vmbo als hoogst afgeronde opleiding. Bij vrouwen staan stemmings- of angststoornis bovenaan, terwijl mannen vaker een middenstoornis of ADHD hebben (zie figuur 2)^{2,3}.



Figuur 1: Prevalentie van psychische aandoeningen⁵



Figuur 2: Prevalentie van psychische aandoeningen naar geslacht⁵

De praktijk in de spreekkamer

Aan de hand van bovenstaande cijfers is duidelijk dat het belangrijk is om te praten over mentale gezondheid en dat het een vanzelfsprekend onderwerp zou moeten zijn in de spreekkamer. Een goed gesprek kan handvatten bieden om klachten te voorkomen of tijdig te signaleren en in brede zin de mentale gezondheid te bevorderen.

*Algemene gesprekstips*⁵

- Vertrouwen
Een goede vertrouwensband maakt het makkelijker voor de revalidant om zich kwetsbaar op te stellen.
- Neem de tijd
- Luister goed en oordeel niet
Stel open vragen en vraag door. Hieronder vind je een aantal voorbeeldvragen, verdeeld naar de 4 componenten van mentale gezondheid gedefinieerd volgens het Trimbos zoals eerder benoemd:
 - Persoonlijk: Wat geeft u energie en wat kost energie?
 - Sociaal: Voelt u zich gesteund door de mensen om u heen?
 - Functioneel: Lukt het om dingen die u moet doen op te pakken?
 - Perceptief: Hoe kijkt u tegen uw mentale gezondheid aan?
- Vraag waar de behoeften liggen

*Tips voor de revalidant*⁵

- Voldoende beweging
Beweging zorgt voor een betere stemming, minder stress en kan angst- en depressieve klachten verminderen.
- Goede nachtrust
Goede slaap is nodig om de emoties van de dag te verwerken.
- Maak tijd voor ontspanning
Zorg dat iemand zijn stress signalen (fysiek, emotioneel, gedrag) leert herkennen. Laat de revalidant uitzoeken waar hij/zij energie van krijgt (ontspanning) en wat energie kost (spanning). Dit is voor iedereen anders. Sommige mensen zijn gebaat bij het doen van ademhalingsoefeningen of mindfulness training ter vermindering van stress. Wissel inspanning/ontspanning af.

Verwijzing

Heb je ondanks bovenstaande tips het idee dat er meer hulp nodig is, verwijs de revalidant dan door naar de psycholoog binnen uw centrum of naar de eigen huisarts. Binnen de huisartspraktijk kan de revalidant begeleid worden door een praktijkondersteuner of psycholoog. Wanneer meer hulp inzet dient te worden kan de huisarts doorverwijzen voor behandelingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Bronnen

1. M. van Bon - Martens. *De definitie van mentale gezondheid*.
<https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/definitie-mentale-gezondheid/definitie/>
2. M. ten Have. *Cijfers: psychische gezondheid*.
<https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

3. Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, & de Graaf R (wijzigingsdatum 02-07-2024). *Samenvatting van NEMESIS Nederlandse studie van gezondheid en welzijn*.
<https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/>
4. RIVM. *Cijfers en feiten mentale gezondheid*.
<https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/mentale-gezondheid/cijfers-en-feiten-mentale-gezondheid>
5. NEMESIS, Trimbos-instituut. Gepubliceerd in: Ten Have e.a. (2023). *Prevalence and trends of common mental disorders*. World Psychiatry.
6. Hersenstichting. *Mentale gezondheid*.
<https://www.hersenstichting.nl/mentale-gezondheid/>

Intoxicaties

Roken

Algemeen

Ongeveer 24% van de Nederlanders rookt. Roken komt vaker voor bij mensen met een lage sociaal-economische status en is zeer schadelijk voor de gezondheid. Roken is de belangrijkste oorzaak van ziekten zoals longkanker, COPD en hart- en vaatziekten, en leidt wereldwijd naar schatting tot 12% van alle sterfte. In Nederland sterven jaarlijks circa 19.000 mensen door direct roken, en een onbekend aantal door meeroken. Meeroken verhoogt bijvoorbeeld het risico op longkanker en hart- en vaatziekten met 25% en kan bij kinderen luchtwegaandoeningen veroorzaken¹.

Roken is ook schadelijk voor de vruchtbaarheid, kan erectiestoornissen veroorzaken en brengt risico's met zich mee tijdens zwangerschap, zoals een verhoogde kans op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en zelfs wiegendood. Vrouwen die zowel roken als orale anticonceptiva gebruiken, lopen een veel hoger risico op cardiovasculaire complicaties, vooral als ze meer dan 15 sigaretten per dag roken².

De laatste jaren is de e-sigaret (vape) in grote opkomst. Uit onderzoek blijkt dat 21.7% van de jongeren tussen 12 en 25 jaar in het afgelopen jaar een e-sigaret heeft gebruikt³. In eerste instantie werd het gepromoot als een veiliger alternatief voor roken, maar er zijn steeds meer aanwijzingen dat vaperen ook aanzienlijke gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Het blijkt dat er een groter risico is op longschade, hart- en vaatziekten en schade aan de ontwikkeling van hersenen bij jongeren⁴.

Advisering en begeleiding

Meer dan driekwart van de rokers wil op een moment in de toekomst stoppen. Ieder persoon die rookt moet volgens de huidige richtlijnen een stopadvies krijgen, ongeacht de motivatie van de persoon om te stoppen met roken. De kans dat iemand uit zichzelf stopt is 2-3%¹. Het Very Brief Advice (VBA) is een methode die is ontwikkeld om zorg- en hulpverleners te ondersteunen bij het gesprek over stoppen met roken. Het is een kort en krachtig rookstopadvies. In figuur 1 worden de 3 stappen weergegeven⁵. Het begeleiden van stoppen met roken wordt uitgevoerd door zorgprofessionals die gespecialiseerd zijn in stoppen-met-rokenzorg, die in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken staan. Kijk bij jou in de regio waar je de revalidant naar toe kan verwijzen, en verwijs (warm) door. Afhankelijk van de situatie kan je de revalidant ook zelf vragen om contact op te nemen met de desbetreffende rookstopzorg in de regio.

<p>Stap 1 Vraag <i>"Mag ik u wat vragen... rookt u (nog)?"</i></p> <p>Stel deze vraag bij voorkeur aan iedere patiënt/client. Doe dit ook bij patiënten/cliënten waarvan u weet dat ze (recentelijk) zijn gestopt met roken; men heeft vaak meerdere pogingen nodig voordat het lukt om definitief te stoppen.</p>	
<p>Stap 2 Vertel <i>"Mocht u willen stoppen, dan lukt dat het beste met professionele begeleiding en evt. pleisters of andere medicatie. Zou u dit willen?"</i></p> <p>Vertel dat de meest succesvolle manier om langdurig te stoppen met roken een combinatie is van professionele begeleiding met ondersteunende medicatie.</p>	
<p>Stap 3 bij VBA – Verwijs Wil de patiënt/cliënt stoppen? Verwijs de persoon dan door naar rookstopzorg (bijvoorbeeld in de huisartspraktijk), of maak een afspraak bij uzelf indien u de zorg zelf kunt bieden.</p> <p><i>"Ik verwijs u graag door naar...."</i> <i>"Ik maak graag een vervolgspraak met u."</i></p> <p>Geef een verwijskaartje mee met informatie waar de persoon terecht kan voor hulp.</p>	<p>Stap 4 bij VBA+ – Verwijs warm Heeft de patiënt/cliënt interesse in begeleiding? Bespreek de opties voor begeleiding, laat de patiënt/cliënt kiezen, en verwijs vervolgens warm door.</p> <p><i>"Mag ik uw gegevens delen met de stoppen-met-roken begeleider om een afspraak in te plannen?"</i> (of plan direct een afspraak bij uzelf of collega)</p> <p>Twijfelt de patiënt/cliënt nog over het stoppen? Verwijs warm door naar een professional die de motivatie kan verhogen.</p> <p><i>"Ik zou u graag in contact brengen met (...) om er verder over te praten. Vindt u dat goed?"</i></p>
<p>Wil de patiënt/cliënt (nog) niet stoppen? Prima. Het belangrijkste is dat de persoon nu weet dat hulp altijd binnen handbereik is. Geef de patiënt/cliënt eventueel een verwijskaartje mee.</p>	

Figuur 1. De Very Brief Advice (VBA) methode⁵

Tips voor de anamnese

Overweeg om het uitvragen van de rookstatus te koppelen aan een vast moment, bijvoorbeeld bij de registratie van een nieuwe revalidant. Daarnaast zijn er meerdere aanleidingen om opnieuw het gesprek over roken te starten, bijvoorbeeld als iemand er klachten van krijgt, er thuiswonende kinderen zijn, er een kinderwens/zwangerschap is en bijvoorbeeld in de voorbereiding naar een operatie. Concrete tips zijn:

- Probeer aan te sluiten bij de ander en luister met oprechte nieuwsgierigheid.
 - Voorbeeldvraag: Hoe is het voor jou om te roken?
 - Voorbeeldzin: Stoppen is moeilijk, toch gun ik je dat het je lukt.
- Als de revalidant het er niet over wil hebben, dan respecteer dat en vraag of je het er eventueel een volgende keer over mag hebben.

Er zijn allerlei zakkaartjes beschikbaar over het gesprek aangaan over stoppen met roken⁶.

Roken en voeding

Mensen komen gemiddeld 2,5 tot 6 kilo aan nadat ze stoppen met roken. Daarom is het belangrijk om hen te ondersteunen bij het aanleren van goede eetgewoonten. Dit betekent dat strikte diëten vermeden moeten worden, en er juist aandacht moet worden besteed aan gezonde, evenwichtige voeding en het stimuleren van extra lichaamsbeweging.

Zelfmanagement

Er zijn verschillende mogelijkheden waarbij revalidanten op eigen gelegenheid kunnen proberen om te stoppen met roken. Verwijs de revalidant dan naar juiste informatie en online hulpprogramma's⁷.

Bronnen

1. Trimbos-instituut. (2022). *Zorgstandaard tabaksverslaving 2022*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.trimbos.nl>
2. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2019). *NHG-Zorgmodules Leefstijl*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-04/02_nhg-zorgmodules_leefstijl.pdf
3. Trimbos-instituut. (z.d.). *E-sigaret en shisha-pen*. Geraadpleegd op 18 november 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/e-sigaret-en-shisha-pen>
4. World Health Organization Regional Office for Europe. (2024, april 25). *Alcohol, e-cigarettes, cannabis: Concerning trends in adolescent substance use, shows new WHO/Europe report*. Geraadpleegd op 12 november 2024 van [Alcohol, e-cigarettes, cannabis: concerning trends in adolescent substance use, shows new WHO/Europe report](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/detail/alcohol-e-cigarettes-cannabis-concerning-trends-in-adolescent-substance-use-shows-new-who-europe-report)
5. Trimbos-instituut. (z.d.). *Advies en verwijsmethode: Stoppen met roken zorg in stappen*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/stoppen-met-rokenzorg-in-stappen/advies-en-verwijsmethode>
6. Trimbos-instituut. (z.d.). *Stoppen-met-roken-zorg - Rookvrije Zorg*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.rookvrijezorg.com>
7. Trimbos-instituut. (z.d.). *Stoppen met roken*. Ikstopnu.nl. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.ikstopnu.nl/>.

Alcohol

Bijna 8 op de 10 Nederlanders van 18 jaar en ouders drinkt weleens alcohol. Ongeveer 1 op de 15 (6.7%) hiervan drinkt overmatig en 7.9% is een zware drinker¹.

Feiten¹

- Overmatige drinker: > 21 glazen/week bij mannen en > 14 glazen/week bij vrouwen.
- Zware drinker: minstens één keer per week minimaal 6 glazen alcohol op één dag bij mannen of 4 bij vrouwen.
- Geen alcohol of niet meer dan 1 glas per dag helpt verschillende (chronische) ziekten te voorkomen, waaronder leverziekten, kanker en hart- en vaatziekten.

Risicogroepen¹

- Kinderen en jongvolwassenen.
- Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven.
- 55-plussers: zij hebben over het algemeen meer vrije tijd en geld beschikbaar, daarnaast is er kans op meer ingrijpende levensgebeurtenissen.
- Mensen met een positieve familieanamnese voor een stoornis in het gebruik van alcohol.

Alcohol en de revalidant

Specifiek voor revalidanten is het van belang om te beseffen dat alcohol een negatief effect heeft op diverse revalidatiediagnoses. Het kan bestaande beperkingen (tijdelijk) verergeren en het kan herstel belemmeren. Alcohol heeft een versterkt effect op onder andere balansproblemen, cognitieve problemen, spierzwakte en vermoeidheid. Daarnaast kan het bij patiënten met een dwarslaesie incontinentieproblemen verergeren en autonome dysreflexie uitlokken. Anderszins kan het bij bijvoorbeeld amputatiepatiënten de

wondgenezing vertragen en kan bij patiënten met chronische pijn de slaapkwaliteit en hierdoor pijnbehandeling negatief worden beïnvloed. Derhalve is voor bepaalde groepen alcoholreductie of -onthouding van cruciaal belang. Tevens patiënten die medicatie gebruiken of ouderen met een verhoogd valrisico hebben baat bij het vermijden van alcohol.

Indirecte signalen van problematisch alcoholgebruik¹

- Veelvuldig spreekuurbezoek
- Een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon of somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (moeheid, malaise, tremoren, palpitations, overmatig transpireren)
- Maagdarmproblemen (refluxklachten, gastritis, diarree, pancreatitis, hepatitis, levercirrose, ascites)
- Psychosociale problematiek (werk, school, thuis), vooral in combinatie met slapeloosheid en frequent verzoek om tranquillizers en slaapmiddelen
- Psychische aandoeningen (angststoornissen, depressie, ADHD)
- Collaps, black-outs, regelmatige ongevallen of fracturen
- Seksuele problematiek
- (Aanwijzingen voor) huiselijk geweld
- Spider naevi of een erythemateus en oedemateus gezicht
- Afwijkende laboratoriumwaarden

Inventariseren van de ernst en aard van het alcoholgebruik^{1,2}:

- Als de revalidant bevestigt alcohol te gebruiken, vraag dan toestemming om dit verder in kaart te brengen. Van belang daarbij zijn:
 - De frequentie van het alcoholgebruik;
 - De gemiddelde alcoholconsumptie per dag, per week en per keer;
 - De hoeveelheid geconsumeerde alcohol in de voorgaande week;
 - De situaties waarin wordt gedronken: bij het eten, 's avonds, tussendoor, bij speciale gelegenheden of op het werk.
 - Welke functie heeft alcohol in het leven van de revalidant
 - Welke factoren houden het alcoholgebruik in stand

Gebruik van een e-screeningsinstrument ([Drinktest](#)) of alcoholdagboek ([Alcoholdagboek Thuisarts](#)) kan nuttig zijn om te gebruiken tijdens je consult om samen met de revalidant het alcoholgebruik beter in kaart te brengen.

Behandeling

Er zijn verschillende manieren waarop behandeling kan worden ingezet, afhankelijk van de ernst van het alcoholgebruik. Binnen de revalidatiegeneeskunde wordt deze behandeling niet ingezet. Het is van belang de revalidant te verwijzen naar de huisarts. Bij de huisarts kan de revalidant in gesprek gaan over de verschillende behandelmogelijkheden.

Handige websites voor de revalidant

- De folder [Wat iedereen over alcohol zou moeten weten](#)
- [Alles over drinken](#)
- [Zelfhulp alcohol](#)

- [Alcohol de baas](#)
- [Zelfhulp Jellinek](#) voor volwassenen van 18 jaar en ouder, man en vrouw, die op een riskante manier alcohol, tabak, cannabis of cocaïne gebruiken of gokken en hiermee op eigen kracht en in hun eigen tijd willen minderen of stoppen.

Bronnen:

1. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2019). *NHG-Zorgmodules Leefstijl*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-04/02_nhg-zorgmodules_leefstijl.pdf
2. Bransen, E. (2016). *Psychische klachten en alcohol: Handreiking voor huisarts en POH-GGZ (AF1526)*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/inf019-psychische-klacht-en-alcohol.pdf>

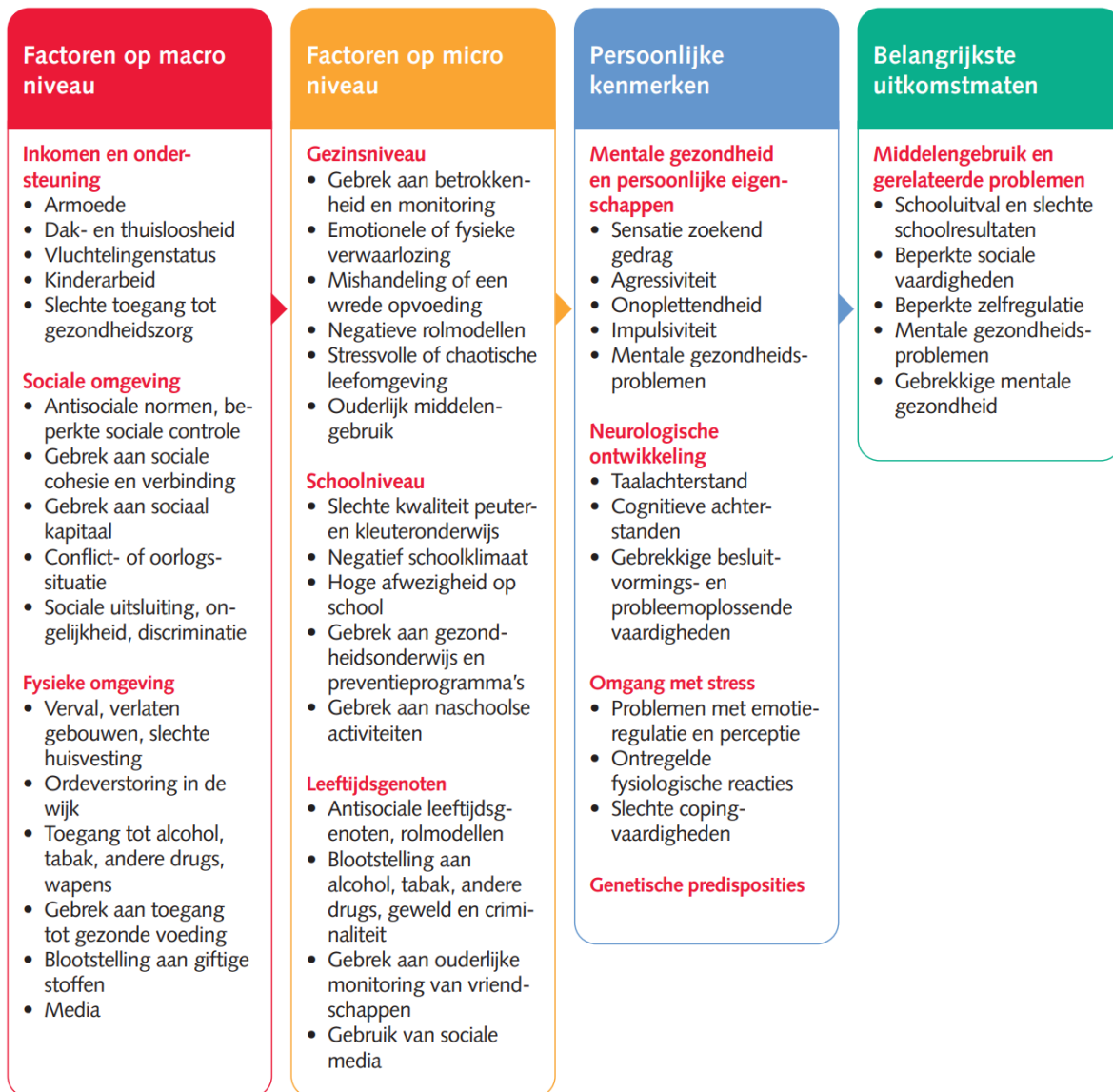
Drugs

Drugsgebruik vergroot de risico's op onder andere lichamelijke, psychische en sociale problemen. Toch leidt het gebruik van drugs niet altijd tot problemen. Het effect van drugs en de kans op het ontstaan van problemen hangt volgens de theorie van Zinberg af van drie factoren¹:

- Drug:
Het gebruikte middel, de dosering en de manier van inname
- Set
De persoon die de drugs gebruikt (gezondheid, geslacht, gewicht, psychische klachten, stemming)
- Setting
De fysieke en sociale omgeving.

Risicogroepen voor drugsmisbruik²

Drugsgebruik is voor iedereen risicovol, echter vergt een aantal doelgroepen extra aandacht. Wanneer iemand wordt blootgesteld aan meerdere risicofactoren, neemt de kans op (problematisch) drugsgebruik toe. In figuur 1 zijn de verschillende risico- en beschermende factoren op verschillende niveaus weergegeven. Inzicht in deze verschillende factoren is essentieel in het herkennen en voorkomen van drugsgebruik.



Figuur 1. Risico- en beschermende factoren voor drugsgebruik op verschillende niveau's³

Drugspreventie

De gevolgen van drugsgebruik kunnen groot zijn, zowel voor de revalidant zelf als voor de persoonlijke en maatschappelijke omgeving. Daarom is het van groot belang om goed in te zetten op preventie van drugsgebruik. Het inzetten van interventies om de risicofactoren (zoals hierboven in de figuur) te beperken en juist de beschermende factoren te versterken, zorgt voor een reductie in kans op drugsmisbruik. Preventie is het meest effectief als er ingezet wordt op meerdere risico- en beschermende factoren³. Drugspreventie wordt zowel op landelijk, regionaal en lokaal niveau ingezet. Per regio kan het beleid enigszins verschillen. Kijk in jouw eigen regio welke activiteiten worden ondernomen om drugsmisbruik zoveel mogelijk te voorkomen. De gemeente is verantwoordelijk voor een preventiebeleid⁴.

In gesprek over drugsgebruik

Communicatie over drugs is ingewikkeld. Toch is het belangrijk om een signalerende rol te hanteren binnen de revalidatiegeneeskunde en daarom is het bespreekbaar maken van drugsgebruik essentieel. Hieronder een aantal tips om het gesprek aan te gaan⁵:

- Ga open het gesprek in.
- Voorkom normalisering of stigmatisering.
Het praten over drugs kan hier onbedoeld voor zorgen. Pas je taalgebruik aan. Via de volgende link vind je een aantal tips t.a.v. taalgebruik; [Tiplijst taal en beeldgebruik drugs](#).
- Onderzoek samen de redenen voor drugsgebruik
 - Voorbeeldenvragen: Wat zijn de leuke kanten? Wat zijn de redenen voor gebruik? Waarvoor helpen de drugs? Waartegen werken de drugs? Zijn er andere dingen die gedaan kunnen worden om hetzelfde effect te bereiken?
- Bespreek samen de gevolgen van het drugsgebruik
 - Voorbeeldvragen: Wat zijn de vervelende kanten van het gebruik? Wat kun je zelf doen om te minderen? Wat kan ik voor jou doen? Zou je hulp van iemand anders willen?

Behandelbeleid drugsgebruik^{2,6}

Als je een revalidant in de spreekkamer hebt die drugs gebruikt, is het van belang om met de revalidant te bespreken of hij/zij zou willen stoppen met het gebruiken van drugs en of de revalidant open staat voor ondersteuning. Overleg vervolgens met de huisarts of met de verslavingszorg in jouw regio waar de revalidant terecht kan voor de juiste zorg. Indien de revalidant niet open staat voor ondersteuning, maar de zorgen zijn groot, overleg dan ook met de huisarts of met de verslavingszorg in jouw omgeving hoe je toch iets zou kunnen betekenen in deze situatie voor de revalidant en/of diens omgeving.

Bronnen

1. Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press.
2. Van Wamel, A., Spronk, D., Sannen, A., Lemmers, L., & Van Gelder, N. (2023). *Drugspreventie bij jongeren en jongvolwassenen: Effectieve interventies en andere mogelijkheden voor preventie van drugsgebruik*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 3 november 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/01/31/rapport-wat-werkt-do-ssier-drugs>
3. Trimbos-instituut. (1986). *Principes van effectieve drugspreventie*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 3 november 2024, van <https://www.trimbos.nl>
4. Vercoulen, E., & Van Iperen, P. (2023). *Notitie lokaal drugspreventiebeleid: Een verkenning naar de inzet van bestaande evidence en partnerschappen*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 3 november december 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/02/AF2034-Notitie-Lokaal-drugspreventiebeleid.pdf>
5. Spronk, D., Bilderbeek, B., Koopman, K., Van Goor, M., & De Jonge, M. (2022). *Drugscommunicatie: Een toolbox voor journalisten en politie*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 30 november 2024, van <https://www.trimbos.nl>

6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Verslavingszorg bij drugsgebruik*. Rijksoverheid. Geraadpleegd op 30 november 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/verslavingszorg-bij-drugsgebruik>