

BigMove GGZ

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : BigMove Institute

E-mail : info@bigmove.nu

Telefoon :020-4004117

Website (van de interventie): www.bigmove.nu

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Marijn Aalders

E-mail : marijnaalders@bigmove.nu

Telefoon : 020-4004117

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving : Sabina van der Veen

Titel interventie : BigMove GGZ

Databank(en) :

Plaats, instituut :

Datum :

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies.

De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak.....	4
Materiaal	5
Onderbouwing.....	5
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	23
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	25
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	26
6. Aangehaalde literatuur	26

Samenvatting

Het BigMoveGGZ programma richt zich op in het bijzonder op mensen met GGZ problematiek en somatische comorbiditeit. De combinatie van GGZ problematiek in combinatie met chronische lichamelijke ziektes veroorzaakt bij sommige patiënten een complex en een overeenkomstig veelal langdurig zorggebruik. In het programma staat niet de aandoening centraal, maar het eigen oordeel van de deelnemers over hun functioneren, en de regie die zij hierop ervaren. Om dat te bereiken bestaat BigMove GGZ naast individuele cognitieve gedragstherapie, gericht op het veranderen van gedachten- en gedragspatronen uit individuele coaching op het functioneren op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), en groepsbijeenkomsten gericht op het versterken van het functioneren en de regie die hierop ervaren wordt. Bewegen, in beweging komen, plezier, en het stellen van individuele en groepsdoelen zijn belangrijke ingrediënten. De combinatie van deze therapie en het werken aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid, plus de individuele- en groepsdelen in het behandeltraject, zorgen ervoor dat we één geïntegreerde aanpak bieden. Met deze aanpak onderscheidt BigMove zich van andere tweedelijns GGZ-instellingen.

Doelgroep

Het BigMove GGZ-programma is voor volwassen patiënten (18 jaar en ouder) met matige tot ernstige psychische stoornissen, zoals stemmings-, angst-, gedrags- of somatisatiestoornissen, in combinatie met somatische en/ of sociale problematiek. Ook mensen met DSM As II stoornissen die elders gediagnosticeerd zijn, kunnen participeren.

Doel

Het doel van het BigMove GGZ programma is dat het functioneren en de invloed die hierop ervaren wordt van de deelnemers verbetert uitgaande van de gestelde persoonlijke doelen van de deelnemers.

Subdoelstellingen:

Verbetering van de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Dit wordt gemeten met SPH en de Mansa12.

Verminderen van psychische klachten en het versterken van capabilities.

Verbeteren functioneren en beweeggedrag. Dit wordt gemeten in de ICF.

Vergroten van de actieve coping. Dit wordt gemeten met een onderdeel uit de Utrechtse Coping Lijst (UCL)

Aanpak

In 2014 is het programma door de introductie van de basis GGZ gedifferentieerd. Het bestaat uit:

- Intake en psychodiagnostiek door BigMove-hoofdbehandelaar en BigMove-psycholoog;
- Intake door BigMove-therapeut o.b.v. International Classification of Functioning;
- Individuele sessies door de BigMove-psycholoog en de BigMove-therapeut.

- 15 groepssessies. Bewegen, plezier, experimenteren met ander gedrag en het stellen van individuele en groepsdoelen zijn belangrijke ingrediënten.

Materiaal

- BigMove-App gebaseerd op de ICF
- Scholingsmateriaal (I-Move syllabus) en procesbeschrijving, werkinstructies, standaarddocumenten en formulieren voor de uitvoering van het BigMove GGZ-programma.
- Folders voor deelnemers en informatiemappen voor verwijzers
- Posters, en narrow-casting film voor in wachtkamers.
- Website (www.bigmove.nu)

Onderbouwing

Mensen met psychische problematiek hebben vaak een slechtere ervaren psychische en lichamelijke gezondheid. Chronische stress, een ongezonde leefstijl en bijwerkingen van medicijnen dragen bij aan lichamelijke klachten en ziekten. Zij hebben meer kans op somatische comorbiditeit, zoals diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten en schildklierziekten. Door te bewegen, te werken aan gedragsverandering en de sociale contacten en steun in de groep te ervaren zal het functioneren en de (ervaren) gezondheid van deze groep verbeteren wanneer zij deelnemen aan het BigMove GGZ programma.

Onderzoek

In 2014 is een exploratief mixed-methods onderzoek uitgevoerd. Deelnemers rapporteerden verbeteringen op ervaren gezondheid kwaliteit van leven en actief copinggedrag. Respondenten vertelden dat hun *capabilities* waren toegenomen. Hun zelfkennis en vertrouwen in eigen kunnen waren vergroot en er ontstond een intrinsieke motivatie om gedrag te veranderen. Daardoor ondernamen ze meer activiteiten, onderhielden ze meer sociale contacten en participeerden ze actiever in de maatschappij door (vrijwilligers)werk. Als belangrijke elementen van het programma benoemden respondenten de individuele gesprekken met de BigMove psycholoog alsmede met de BigMove begeleider, het stellen van doelen, het bewegen, het spel en plezier, en de steunfunctie van de groep.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Het BigMove GGZ-programma is voor volwassen patiënten (18 jaar en ouder) met matige tot ernstige psychische stoornissen, zoals stemmings-, angst-, gedrags- of somatisatiestoornissen, in combinatie met somatische en/ of sociale problematiek. Dit betreft SGGZ, GBGGZ-BI en GBGGZ-BC.

Ook mensen met DSM as II stoornissen die elders gediagnosticeerd zijn, kunnen participeren.

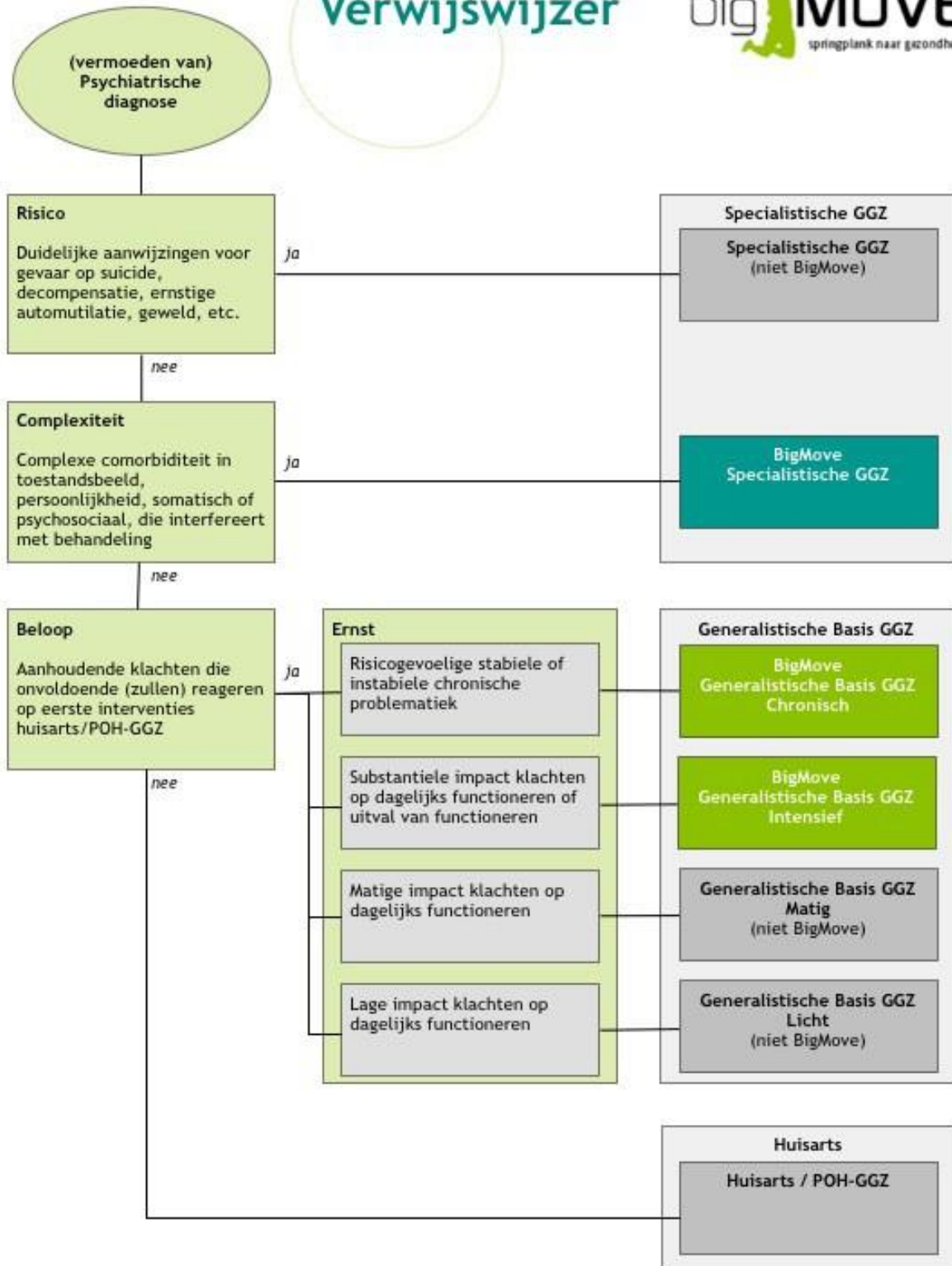
Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Potentiële BigMove-deelnemers zijn patiënten die (frequent) bij de huisarts komen met verschillende problemen., waarbij in elk geval psychische problematiek aan de orde is. Daarbij is de leefstijl vaak ongezond en is er regelmatig sprake verschillende aandoeningen en klachten. Soms zijn meerdere hulpverleners betrokken. De huisarts maakt bij indicatie gebruik van een verwijswijzer GGZ

Verwijswijzer



Screening middels de Vier Dimensionale Klachtenlijst Lijst (4DKL) kan de diagnostiek goed ondersteunen. De huisarts kan in korte tijd de screening doen op de assen distress, angst, depressie en somatisatie, waarbij scores boven de cutoffscore extra redenen kunnen zijn te verwijzen.

- Depressie (6 items, bij score >4),
- Angst (12 items, bij score >8);
- Somatisatie (16 items, bij score >16)

Contra indicaties:

- Gedrag dat het groepsproces verstoort: dreigen, agressie, impulscontrolestoornis, ernstige contactstoornis, etc.;
- Psychotisch toestandsbeeld: mensen die een probleem hebben in realiteitsbeleving: wanen, hallucinaties, etc.;
- Forensische psychiatrie: mensen met een psychiatrische stoornis die een delict hebben gepleegd of opnieuw dreigen te plegen;
- Mensen die fysiek niet in staat zijn aan het programma deel te nemen. De deelnemer moet fysiek voldoende belastbaar zijn. Dit bepaalt de huisarts en de begeleider;
- Geen vaste verblijfplaats of verzekering hebben.

Voor cliënten zelf is er een test op het internet: <http://www.bigmove.nu/ggz/deelnemer/test-bigmove-iets-voor-jou/>

Betrokkenheid doelgroep

Het programma heeft geen rigide, normatieve inhoud; het volgen van het groepsproces is de leidraad in het programma. Hiermee hebben de deelnemers tijdens het programma ook invloed op het programma. Elke cliënt draagt bij aan de ontwikkeling van ons programma; bij evaluatie wordt niet alleen naar iemands persoonlijke ontwikkeling gevraagd, maar ook naar de bijdrage van het behandelprogramma, de bejegening, de zaken die daarin sterk zijn en de zaken die verbeterd zouden moeten worden. De feedback hierop vormt input voor het bijstellen van het inhoudelijk programma. Daarnaast wordt er doorlopend onderzoek gedaan naar de klantervaring van cliënten door iemand die niet bij de behandeling betrokken is. Ook is een cliëntenpanel dat meedenkt in de ontwikkeling van de inhoud van alle uitingen van BigMove GGZ: de website, folder, verwijs- en cliëntflyers, etc. Daarnaast draaien oud-clieënten mee in het programma ter ondersteuning en verbetering van de inhoud, geeft er altijd een cliënt voorlichting over de behandeling aan nieuwe professionals en zijn we bezig met een opzet voor deelname van cliënten aan het GGZ-overleg (het overleg van beleid van GGZ gemaakt wordt)

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van het BigMove GGZ programma is dat het functioneren en de invloed die hierop ervaren wordt van de deelnemers is verbeterd uitgaande van de gestelde persoonlijke doelen van de deelnemers.

Subdoelen

Verbetering van de ervaren gezondheid. Dit wordt gemeten met behulp van de ICF en door vragen gericht op ervaren gezondheid in de vragenlijst van de BigMove app.

- Verbetering van kwaliteit van leven, dit wordt gemeten met de Mansa12.
- Verminderen van psychische klachten en het versterken van capabilities . Dit wordt uitgevraagd en in kaart gebracht binnen de DSM-IV-TR
- Het versterken van capabilities. Dit wordt uitgevraagd.
- Verbeteren functioneren en beweeggedrag. Dit wordt gemeten in de ICF.
- Vergroten van de actieve coping. Dit wordt gemeten met een onderdeel uit de Utrechtse Coping Lijst (UCL)

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

In 2014 is het programma door de introductie van de basis GGZ gedifferentieerd. Het bestaat uit:

- Intake en psychodiagnostiek door BigMove-hoofdbehandelaar en BigMove-GZpsycholoog;
- Intake door BigMove-therapeut o.b.v. International Classification of Functioning;
- Individuele sessies door de BigMove-GZpsycholoog en de BigMove-therapeut.
- 15 groepsessies. Bewegen, plezier, en het stellen van individuele en groepsdoelen zijn belangrijke ingrediënten

Inhoud van de interventie

Situatie per 1 januari 2014

Per 1 januari 2014 is landelijk de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) naast de specialistische GGZ (S-GGZ) geïntroduceerd. De beschrijving van die beide populaties is als volgt:

Populatie S-GGZ

- Er is sprake van (vermoeden van) een DSM-IV stoornis, EN:
- Er is sprake van hoog risico², EN/ OF:

- Er is sprake van hoge complexiteit³

Populatie GB-GGZ

- Er is sprake van een (vermoeden van) een DSM-IV stoornis, onderverdeeld in 4 productgroepen of zorgprestaties; kort (BK), middel (BM), intensief (BI) en chronisch (BC), van elkaar verschillend in ernst¹, risico², complexiteit³ en beloop⁴.

1. ernst: aantal kernsymptomen en beperkingen door klachten op dagelijks functioneren
2. risico: mate van gevaar op decompensatie, suicide, geweld, etc.
3. complexiteit: comorbiditeit en de mate waarin deze interfereert met de behandeling
4. beloop: duur van de problematiek, recidive, chroniciteit

Traject

1 x	Intake door de (hoofd)behandelaar. Daarnaast wordt de patiënt binnen de S-GGZ gezien en beoordeeld door een specialist (klinisch psycholoog of psychiater) voor het vaststellen van een psychiatrische diagnose (DSM-classificatie op 5 assen) en het samen met de patiënt opstellen van het behandelplan (shared decision making).
1 x	Intake door de medebehandelaar, onder wiens leiding een analyse van gezondheid en functies door de patiënt zelf plaats vindt via de ICF-registratie (zie Registratie & Evaluatie); het oordeel van de patiënt is onderdeel van het herstelplan en -proces.
3 tot 10 x	Individuele behandeling door de (hoofd)behandelaar via cognitieve gedragstherapie gericht op het behandelen van de stoornis, het aanleren van andere coping en het uitbreiden van het gedragsrepertoire.
15 x	Groepsbijeenkomsten door de BigMove-medebehandelaars onder regie van de BigMove-hoofdbehandelaar via een gedragsmatige behandeling gericht op reductie van psychische klachten en de hiermee gepaarde gaande problemen op alle leefgebieden door het aanbieden van situaties die het gedragsrepertoire vergroten en het functioneren verbeteren.
2 tot 5 x	Individuele behandeling door de BigMove-medebehandelaar gericht op praktische doelen en acties die het functioneren versterken.
1 tot 4 x	Functioneel multidisciplinair overleg tussen de behandelaren;
1 x	Evaluatiegesprek door BigMove-medebehandelaar op behalen van doelen en acties;
1 x	Eindevaluatiegesprek met patiënt door (hoofd)behandelaar. Daarnaast wordt de patiënt gezien en beoordeeld door een specialist (klinisch psycholoog of psychiater).

BigMove wil het functioneren en de (ervaren) gezondheid van de deelnemers verbeteren. Hierbij ligt de nadruk niet alleen op vermindering van chronische ziekte en risicofactoren (preventie), maar vooral op vergroting van zelfmanagement en toename van het adaptatievermogen (promotie).

Middelen die daarbij worden ingezet zijn

- bewegen als middel om activiteiten te trainen en om sociale interactie te bevorderen,
- het opstellen en monitoren van (groeps- en individuele)doelen. Deelnemers leren hoe ze (korte termijn) doelen kunnen gebruiken om zichzelf te motiveren en hoe ze sociale steun kunnen gebruiken om hun doelen te behalen. De verschillende deelnemers in de groep hebben een gezamenlijk doel en worden door de gezamenlijke doel bij elkaar gehouden. Een groep verwordt zo tot een complex adaptief systeem (CAS), een idee voortkomend uit de complexiteitstheorie.
- het geven en krijgen van feedback.
- het verkrijgen van zicht op eigen patronen en tools hun gedragsrepertoire uit te breiden

Context en sociale interactie zijn kritische factoren in dit leerproces. Het gedrag van een mens hangt af van zijn aanpassing aan de context die voor een belangrijk deel wordt geschapen door andere mensen. Diversiteit is hierbij essentieel. Diversiteit is noodzakelijk voor het ontstaan van nieuwe ideeën en andere manieren om dingen aan te pakken. Zo kunnen dominante gedragspatronen worden aangepast of veranderd. Ook in de BigMove groepen leert de ervaring dat de grootste verbeteringen worden bereikt via de interactie tussen mensen met verschillende achtergronden, leeftijden, en (gezondheids)problemen.

Interventies vinden dus plaats in steeds veranderende en andere omgevingen. Het proces en de volgorde van de veranderingen is hetzelfde, maar de vorm kan steeds weer anders zijn. Daarom moet de interventie worden aangepast aan de omgeving, waarbij wel steeds wordt uitgegaan van een gemeenschappelijk theoretisch kader.

De BigMove App wordt gebruikt om het functioneren en doelen van de deelnemer vast te leggen en te monitoren.

Groepssessies:

Middels de groepssessies wordt bijgedragen aan het verbeteren van sociaal netwerk, maar daarnaast ook aan het motiveren en creëren van sociale steun bij het uitvoeren van activiteiten.

In de groepssessies ligt de nadruk op het “ in beweging komen”, het plezier in bewegen en de groepsdoelen die de groep samen heeft geformuleerd. Daarin worden de gemeenschappelijke factoren van de deelnemers benadrukt.

Groepssessie 1: de start-up: maken van een start met groepsproces en bespreken van de spelregels.

Groepssessie 2-6: Nadruk op bewustzijn, motivatie en vertrouwen. De focus ligt op hierbij gezondheid en gedrag en niet op ziekte en zorg.

Groepssessie 6: Tussentijdse evaluatie. , het evalueren en eventueel bijstellen van het groepsdoel

Groepssessie 7-11: Nadruk op participatie en omgeving: relaties opbouwen, betrekken van je omgeving (steun), helpen van anderen.

Groepssessie 12: Tussentijdse evaluatie, het evalueren en eventueel bijstellen van het groepsdoel

Groepssessie 12-14: Motivatie, volhouden en blijven doen: het uitproberen van diverse activiteiten in de wijk, het aansluiten naar een

vervolgactiviteit.

Groepssessie 15 Afsluiting en evaluatie

De **individuele sessies met de BigMove-GZ psycholoog** hebben als doel om door middel van Cognitieve Gedragstherapie (CGt) de gezondheid en het functioneren van de deelnemer te versterken, gedachten- en gedragspatronen te herkennen en doorbreken en het uitbreiden van het handelingsrepertoire. Zo is deze beter in staat de ervaren klachten te laten afnemen.

Er wordt gewerkt aan de manier waarop de deelnemer omgaat (zowel in denken als in doen) met belangrijke zaken en gebeurtenissen in zijn leven.

De psycholoog koppelt reflectie op cognities en gedrag aan de acties en ervaringen die deelnemer in het leven en de BigMove-groep opdoen. De focus verschuift daarmee van klachten en symptomen naar reeds aanwezige competenties en deels nog te herkennen ontwikkelpunten.

Daarnaast zijn het afsluiten van de sessies en het realiseren van zelfmanagement van grote betekenis. Tijdens alle sessies wordt al toegewerkt naar een zelfstandige voortgang van het veranderingsproces, ook in de groep.

Tijdens de **individuele sessies met de begeleider** wordt aan de hand van de ICF doorgenomen hoe de gezondheid van de deelnemer op dat moment wordt ervaren en worden doelen geëvalueerd, eventueel bijgesteld en de volgende acties bepaald.

2. Uitvoering

Materialen

- BigMove-App gebaseerd op de ICF voor registratie van de gezondheidstoestand en verandering daarin; de app wordt geïnstalleerd op een ipad en vertrekt aan de BigMove lokaties door BigMove Institute.
- Scholingsmateriaal voor begeleiders: Werkboek uitvoering BigMove 2010 en de I-Move syllabus ; procesbeschrijving, werkinstructies, standaarddocumenten en formulieren voor de uitvoering van het BigMove GGZ-programma, (interne) nieuwsbrieven, intranet en op korte termijn: discussieforum voor kennisdeling
- Folders voor deelnemers (Springplank naar gezondheid) en informatiemappen voor verwijzers
- Posters, en narrow-casting film voor in wachtkamers.
- Ter ondersteuning: website (www.bigmove.nu) en verschillende evaluaties, rapporten en artikelen.
- Documenten voor het vastleggen van de doorlopende kwaliteitscontrole “ BigLoop”

Locatie en type organisatie

Het BigMove GGZ programma wordt uitgevoerd door teams van lokale professionals. BigMove wordt momenteel uitgevoerd op 25 locaties. De locaties worden ondersteund door BigMove Institute (BMI). BMI is in 2007 opgericht ter ondersteuning van de lokale BigMove uitvoerders. BMI is verantwoordelijk voor kwaliteit, scholing, ICT, registratie en onderzoek, PR en financiering.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

BigMove Institute organiseert opleidingen, nascholingen en intervisie op het gebied van gezondheidsbevordering voor de verschillende behandelaren van het GGZ programma:

I-move scholing.

De driedaagse opleiding tot BigMove-begeleider en BigMove-GZ psycholoog is bedoeld voor psychologen en paramedici die het BigMove GGZ-programma gaan aanbieden.

Deze scholing is erop gericht om bekend te worden met BigMove, de achterliggende GG-ZZ visie, de opbouw en uitvoering van het GGZ programma, de specifieke taken van de begeleider en de psycholoog en de ICF. x Gedurende de uitvoering van het programma is er altijd de mogelijkheid tot overleg of terugkoppeling met BigMove Institute.

Enkele cijfers: sinds september 2011 hebben naar schatting 250 professionals de I-move scholing gevolgd. In de afgelopen jaren zijn er naast de professionals van de bestaande locaties ook professionals opgeleid die geen locatie zijn gestart. Ook zijn sommige locaties gestopt met het uitvoeren van de interventie.

Keep on Moving:

In het vervolg op de I-move scholing is er de Keep on Moving:

- regelmatig on-the- job-coaching
- nascholing met intervisie

Functie-eisen Begeleider

- CONO geregistreerde paramediscus, HBO geschoold; over het algemeen zijn dit fysiotherapeuten.
- werkervaring met/geschoold in bijvoorbeeld Motivational interviewing, groepsbehandeling, psychosomatiek, en werkervaring in het adviseren voor gezonde leefstijl, zelfstandig werken, multidisciplinair samenwerken en netwerken;
- ondersteemt de BigMove gezondheidsvisie (Gezondheid en Gedrag versus Ziekte en Zorg) en de uitvoering daarvan via groeps- en individuele sessies;
- goede sociale en communicatieve vaardigheden;
- registreren in ICF termen;
- natuurlijke nieuwsgierigheid naar de ontwikkeling van de ander;
- affiniteit met groepsprocessen, sport en bewegen
- recente EHBO-AED training.

Functie-eisen Psycholoog

- Geregistreerd GZ-psycholoog volgens de wet BIG;
- werkervaring binnen de tweedelijns GGZ;
- ondersteemt de BigMove gezondheidsvisie (Gezondheid en Gedrag versus Ziekte en Zorg) en de uitvoering daarvan via groeps- en individuele sessies;
- goede sociale en communicatieve vaardigheden;
- geschoold in en ervaring met cognitieve gedragstherapie.

Functie-eisen Specialist

- Geregistreerd klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut volgens de wet BIG;
- werkervaring binnen de tweedelijns GGZ;
- ondersteemt de BigMove gezondheidsvisie (Gezondheid en Gedrag versus Ziekte en Zorg) en de uitvoering daarvan via groeps- en individuele sessies;
- goede sociale en communicatieve vaardigheden;
- ervaring met coaching;
- geschoold in en ervaring met cognitieve gedragstherapie.

Kwaliteitsbewaking

Registratie vindt plaats in Medicore en in de BigMove app:

De registratie in **Medicore** is gericht op het vastleggen van :

- de GGZ kwaliteit
- tijdsbesteding en declaraties
- data voor onderzoek

De hoofdbehandelaar en psycholoog leggen vast::

- intake en evaluatie DSM IV (GAF score)
- verslaglegging individuele sessies, BDO
- verslag naar de huisarts/verwijzer

De begeleider legt vast:

- intake, evaluatie na 6 en 12 weken, eindevaluatie

- verslaglegging individuele en groep sessies

De registratie in de **BigMove App** is gericht op het vastleggen van:

- De doelen en het oordeel van de deelnemer over zijn functioneren met de ICF en het vastleggen van data voor onderzoek (vragenlijsten)

De psycholoog legt vast:

- HoNOS. HoNOS staat voor Health of the Nation Outcome Scales en is een meetinstrument, ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid door Wing et al. (1998). De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt op een bepaald ogenblik is. In Nederland is de HoNOS vertaald en gevalideerd. (Bron Trimbos)

De begeleider legt vast:

- intake, eindevaluatie
- voortgang in doelen/acties individuele sessies

Kwaliteitsborging en - ontwikkeling

In het kwaliteitssysteem van BigMove GGZ, de 'BigLoop', wordt op een aantal geormerkte momenten vóór, aan het begin, tijdens en aan het eind van elke behandelgroep door stafleden en inhoudelijk experts door middel van een teamgesprek (skype of locatiebezoek), en/ of in action coaching en steekproefsgewijze dossierchecks op inhoudelijke en formele aspecten, het algeheel functioneren van het behandelteam en de individuele professionals gemonitord, geëvalueerd en gevoed. In de gesprekken die met locaties en behandelteams gevoerd worden door mensen van BigMove centraal, wordt daarbij altijd aandacht besteed aan de ervaren gezondheid van de professionals. Aan de hand van geoperationaliseerde kwaliteitskenmerken worden per 'checkmoment' de waardering van de huidige situatie en eventuele verbeterpunten besproken en vastgelegd, acties ingezet en een evaluatiemoment gepland. De mening van de professionals zelf wordt daarbij ook gevraagd en meegenomen. Een en ander wordt vastgelegd in standaardformulieren, waarbij een onderverdeling is gemaakt in operationele, ICT, inhoudelijke en algemene zaken.

Randvoorwaarden

Een goede uitvoering van de interventie vereist dat alle professionals die de interventie uitvoeren zijn opgeleid middels de I-move scholing. Daarnaast is het van belang dat professionals voldoende tijd vanuit de lokale organisatie krijgen om het programma bekendheid te geven bij de verwijzers en andere stakeholders in de lokale setting. De professionals geven aan dat het een continu proces is om verwijzers en stakeholders te informeren over de interventie.

Implementatie

Als een lokale organisatie het BigMove GGZ programma wil uitvoeren en de professionals de scholing met goed gevolg hebben afgerond, dan wordt daarna systematisch het BigMove uitrolplan doorlopen. De meeste locaties die het BigMove GGZ programma in het lokale systeem hebben geïmplementeerd blijven de interventie ook uitvoeren. Zo zijn bijna alle locaties die vanaf 2011 actief zijn met de interventie tot op heden nog steeds uitvoerders. Hiermee wordt ook aangetoond dat de interventie naast de positieve effecten voor de deelnemers ook bijzonder wordt gewaardeerd door professionals.

Recentelijk hebben wij ook steekproefsgewijs de professionals naar de waardering van de interventie gevraagd en hierbij geven zij de interventie gemiddeld een cijfer 8-9 (0-10).

Kosten

Tijd:

Per groep van 15 deelnemers beslaan de activiteiten die de hoofdbehandelaar/ GZ psycholoog uitvoert 203 uur

Per groep van 14 deelnemers beslaan de activiteiten die de begeleider uitvoert 121 uur.

Huisvesting:

Ruimte voor groepssessies en individuele sessies psycholoog en begeleider. Indien nodig gebruik van externe ruimtes (zwembad, sportzaal, o.i.d.).

De kosten voor het uitvoeren van het BigMove GGZ programma bedragen een eenmalige investering in de driedaagse scholing. De kosten hiervan zijn €695,- (incl. BTW incl lunch).

De scholing is door het KNGF geaccrediteerd met 26 punten.

3. Onderbouwing

Probleem

In Nederland leven circa 5,3 miljoen mensen met een chronische ziekte. Bijna één derde van deze mensen heeft meer dan één chronische ziekte.[6] Bij 7,4 procent van de bevolking is sprake van meervoudige gezondheidsproblemen. Het ziekteverzuim van mensen met meervoudige gezondheidsproblemen is relatief hoog (19%), net als het gebruik van medisch-curatieve zorg.[1,7] Uit cijfers van het CBS uit 2011 blijkt dat ongeveer 19 % van de Nederlandse bevolking hun ervaren psychische en lichamelijke gezondheid als minder dan goed beschouwen. (www.cbs.nl) Psychische en lichamelijke gezondheid zijn daarbij niet los van elkaar te zien. Lichamelijke klachten en chronische ziekten verhogen het risico op het ontstaan van psychische klachten. Men ziet bij mensen die hun gezondheid negatief beoordelen dat dit een directe, negatieve invloed heeft op de mentale gezondheid. Daarbij hebben psychische stoornissen ook invloed op de lichamelijke gezondheid. (www.nationaalkompas.nl). Mensen met psychische problemen hebben meer lichamelijke klachten dan mensen zonder psychische klachten. Zij gaan ook bijna twee keer zo vaak naar de huisarts. (Zantinge, 2005)

Voor mensen met meervoudige gezondheidsproblemen is meedoen in de samenleving niet gemakkelijk. Veel mensen ervaren beperkingen op het gebied van sociale contacten, werken of leren; relatief weinig mensen hebben betaald werk; het overgrote deel ervaart enige mate van eenzaamheid.(www.trimbos.nl/panel psychisch gezien). Psychische ongezondheid komt ook het vaakst voor onder personen die zelden of nooit contact hebben met vrienden: ruim 32 procent van de mensen die leven met eenzaamheid, heeft last van psychische klachten.

Oorzaken

Gezondheid en ziekte zijn niet het resultaat van één enkele determinant, maar van een dynamisch samenspel van persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren, leefstijl en het systeem van preventie en zorg.

Zowel de combinatie van lichamelijke als psychische gezondheidsproblemen als de combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen komen relatief veel voor bij ouderen (19% van de 75-plussers heeft te maken met meervoudige problemen), vrouwen (16%), alleenstaanden (22%), laagopgeleiden (19%), nietwesterse migranten (26%) en mensen die in een buurt wonen waarin veel mensen met een lage sociaaleconomische status wonen(21%). Bij 14% van de mensen met een chronische ziekte is sprake van klinische relevante klachten van angst of depressie. Deze klachten komen relatief vaker voor bij chronisch zieken met een gemiddeld of laag opleidingsniveau, drie of meer aandoeningen tegelijkertijd en/of matige of ernstige beperkingen dan bij respectievelijk chronisch zieken met een hoog opleidingsniveau, één chronische ziekte of geen of lichte beperkingen. Ook chronisch zieken zelf geven aan dat ze participatieproblemen ondervinden. Zo vindt ruim 40% dat zij maatschappelijk niet zo kunnen functioneren als zij zouden willen. Problemen op het gebied van werk ervaren ze als het meest ernstig. (Heijmans, 2005) Met name chronisch zieken die zich ongezond voelen, of beperkingen of een verminderde mentale gezondheid hebben, participeren substantieel

minder dan chronisch zieken met een goede ervaren gezondheid. (Hoeymans, VTV2014, 2013) De relatie tussen participatie, inkomen en gezondheid gaat twee kanten op. Een slechte gezondheid leidt tot een lagere participatie en minder kansen, waardoor het inkomen achterblijft, maar een laag inkomen of een laag niveau van participatie heeft ook invloed op de gezondheid. Ouderen kunnen bijvoorbeeld depressief worden van het gevoel niet mee te kunnen doen aan de samenleving (Regionaal kompas, Bath & Deeg, 2005).

Aan te pakken factoren

Theoretisch gezien valt de meeste gezondheidswinst op het terrein van de psychische (on)gezondheid te behalen door beïnvloeding van de copingstrategieën van mensen (Maas, 2000). Ook in het verbeteren van gezondheid en preventie van vroegtijdig overlijden blijkt gedrag de grootste rol te spelen, meer nog dan bijvoorbeeld verbeteringen in de omgeving of van de gezondheidszorg. (Schroeder, 2007). Als mensen in staat zijn succesvolle copingstrategieën te ontwikkelen dan blijken leeftijdsgerelateerde beperkingen minder invloed te hebben op de kwaliteit van leven. (Huber, 2011) Naarmate mensen actiever hun problemen aanpakken zijn zij minder angstig, neurotisch, depressief en hebben zij minder fysieke klachten. (Jaspers, 1989)

Inzetten op het verhogen van de kwaliteit van leven en van participatie van vooral mensen met een chronische ziekte of beperking, kan een grote bijdrage leveren aan een verbetering van de volksgezondheid. (Hoeymans, VTV,2010, 2010). In een pilot-onderzoek van het Trimbos Instituut naar het effect van cognitieve fitness, waarin beweging wordt gecombineerd met oefeningen ter verbetering van geheugen, concentratie en coördinatie, geven de deelnemers (mensen met aanhoudende psychische aandoeningen) in interviews aan dat zij dingen minder uitstellen en problemen sneller aanpakken (van Wezep, 2012)

Verantwoording

Recent is er voor gepleit om de definitie van gezondheid van de WHO aan te passen aan de huidige tijd van vergrijzing en van toename van het aantal chronisch zieken. In plaats van de nadruk te leggen op volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn zal nadruk gelegd moeten worden op de mogelijkheden voor een individu om zelf de regie te houden in zijn leven en zich aan te passen aan de uitdagingen die hij tegenkomt op sociaal, fysiek en emotioneel gebied. (Huber, 2011). Om gezondheid te kunnen meten wordt er gepleit om naast metingen op het gebied van het functioneren ook te kijken naar de mogelijkheden van een individu op het gebied van coping en adaptatie.

Op dit moment is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) waarschijnlijk de meest toegepaste en onderzochte vorm van psychotherapie. Uit veel onderzoek blijkt dat CGT effectief is in het bestrijden van symptomen bij verschillende vormen van psychische stoornissen. (Butler, 2006). De combinatie van bewegen met cognitieve gedragstherapie blijkt effectiever te zijn in de behandeling van depressie

dan beide behandelingen apart. De positieve effecten zijn gerelateerd aan verschillende aspecten van het functioneren: coping strategieën, doorzettingsvermogen en toegenomen fysiek welbevinden. (van de Vliet, 2004)

In een pilot-onderzoek van het Trimbos Instituut naar het effect van cognitieve fitness, waarin beweging wordt gecombineerd met oefeningen ter verbetering van geheugen, concentratie en coördinatie, geven de deelnemers (mensen met aanhoudende psychische aandoeningen) in interviews aan dat zij dingen minder uitstellen en problemen sneller aanpakken (van Wezep, 2012)

BigMove gebruikt naast CGT de Complex Dynamische Coaching als methode om de gezondheidstoestand en het functioneren van de deelnemers te verbeteren. (Cavanagh 2006, Wilson 2001, Plsek 2001, Fraser 2001). Naast de meer de meer traditionele aanpak van het vergroten van de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) ligt de nadruk liggen op het vergroten van de capaciteit van de deelnemers. Bij het vergroten van de capaciteit ligt de nadruk op het vermogen zich aan te passen aan wisselende omstandigheden, daarmee nieuwe kennis op te doen en die te gebruiken in het omgaan (copen) met ziekte en beperking. Dit is een continu proces, waarbij gebruik wordt gemaakt van de diversiteit en interactie binnen een groep, feedback en de uitdaging van onbekende situaties. De nadruk ligt daarbij niet op het “voorschrijven van doelen”, maar bij de deelnemer zelf (eigen doelen stellen, feedback krijgen, reflecteren en consolideren). Deelnemers leren door te doen waarbij feedback op hun handelen een belangrijke rol speelt. Ze worden gestimuleerd meerdere tactieken te proberen om de door hun gestelde doelen te behalen en samen te zoeken of en welk effect optreedt. Dit wordt steeds weer geëvalueerd en waar nodig worden acties aangepast. Dit is een sociaal proces: als je in een onbekende situatie belandt dan probeer je door waarneming en gedachtewisseling met anderen erachter te komen welke handelingswijze gepast is.

Het stellen en halen van persoonlijke doelen heeft een sterk motivationeel effect. Dit leidt tot een verhoogde waargenomen competentie en het vertrouwen dat toekomstige doelen kunnen worden behaald. (Bandura 1997, 2004). Vooral wanneer deze doelen aansluiten bij de persoonlijke waarden en behoeften kunnen deze vaardigheden een positief effect hebben op het welbevinden (Sheldon 1999,2002). Het geloof dat iemand heeft in zijn mogelijkheden om controle uit te oefenen (self efficacy), speelt hierin een belangrijke rol. (Bandura, 2004). Ook blijkt het stellen en halen van bepaalde doelen te generaliseren en te resulteren in een toegenomen prestatie op vele andere taken. Deze effecten zijn niet alleen toepasbaar op individuen, maar ook op groepen. (Locke, 2002).

Door het stellen van hun eigen doelen participeren de deelnemers in de interventie.

Door te participeren leren zij bepaalde vaardigheden en ervaren zij dat zij door hun eigen inbreng zelf kunnen bijdragen aan een verbetering. Bij het bepalen van de strategie om gestelde doelen te behalen blijken mensen die hebben geparticipeerd bij het bepalen van deze strategie, beter presteerden en hoger scoorden wat betreft self-efficacy dan mensen die hierin niet hadden geparticipeerd.

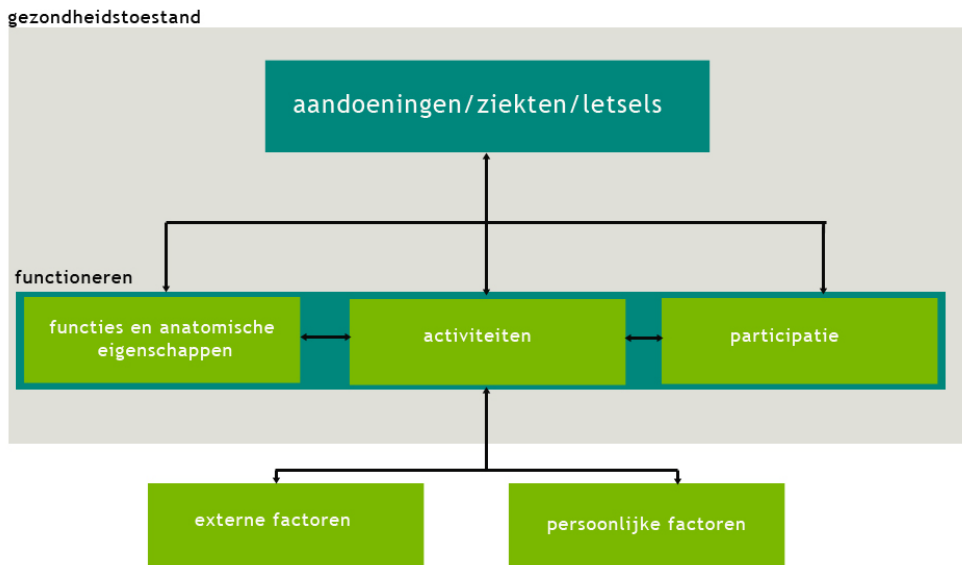
(Locke,2002)

Luijpers en Keijsers (2002) zien participatie als voorwaarde voor succes van gezondheidsbevorderende interventies. Alleen in samenwerking met de mensen zelf, binnen de situatie van hun dagelijks leven kan op een effectieve manier een bijdrage geleverd worden aan het bevorderen van gezondheid (Pos & Luijpers, 2001; Koelen & Van den Ban, 2004). De Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Gezondheid wordt beschreven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemands functioneren – en de problemen daarmee – plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook persoonlijke en

omgevingsfactoren. Het ICF model maakt het mogelijk de context in kaart te brengen in plaats van te focussen op klachten, symptomen en medische problemen. De context bevat vaak diverse bronnen om ervaren problemen op te lossen. Oplossingsgericht advies en coaching worden daarmee mogelijk.

ICF

Met behulp van de ICF kan de gezondheidsstatus en veranderingen daarin zeer gedifferentieerd worden vastgelegd. De ervaren gezondheid vormt daarbij het uitgangspunt voor het persoonlijk functioneren. Het gebruik van de ICF structureert het proces tijdens de interventie en is de gemeenschappelijke taal tijdens de intake, de evaluatie en het groepsproces. Daarbij zorgt de ICF voor een registratie van de gezondheidsstatus volgens een systematisch codestelsel.



Figuur 1: ICF model met daarin

Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.

Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. (lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.)

Activiteiten: onderdelen van iemands handelen.

Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving.

Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond (verder niet uitgewerkt).

(RIVM, 2002)

Door Huber et al.(2011) wordt de aanbeveling gedaan om onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve maten voor gezondheid en meetinstrumenten te gebruiken die relateren aan het vermogen zich aan te passen en zelfmanagement. BigMove maakt onderscheid tussen het functioneren zoals waargenomen door begeleider en psycholoog en de beoordeling van functies door de deelnemer. De door de deelnemer zelf geformuleerde ICF doelen zijn daarin leidend. Daarmee kan het proces van verbetering van de ervaren gezondheid van de deelnemers tijdens het BigMove programma worden gevolgd door en vanuit het perspectief van de deelnemer. De focus verschuift daarmee van klachten en symptomen naar reeds aanwezige competenties en deels nog te herkennen ontwikkelpunten. Daarnaast worden vragenlijsten over coping, kwaliteit van leven en ervaren gezondheid gebruikt om veranderingen vast te leggen. Deze gegevens worden vastgelegd in de BigMove App. Met deze app kunnen de ervaren gezondheid en de opgestelde doelen nauwkeurig worden gevolgd. Daarmee is het

ook de tool voor het volgen van verandering, de feedback en het eventueel bijstellen van doelen. De app is geïnstalleerd op een ipad, die wordt vertrekt aan de locaties.

Hoewel psychische en somatische aandoeningen elkaar versterken is de behandeling in de regel zelden daarop afgestemd. En dat terwijl mensen waarbij een psychische stoornis met een lichamelijke aandoening samengaat in vergelijking met mensen die uitsluitend een psychische stoornis hebben, twee keer meer gebruik maken van de 2e-lijns GGZ (Trendrapportage GGZ 2009).

In de groepsessies ligt de nadruk op het “ in beweging komen”, het plezier in bewegen en de groepsdoelen die de groep samen heeft geformuleerd. Dat bewegen/sporten een positieve invloed heeft op allerlei lichamelijke aandoeningen is bekend. Mensen die voldoende bewegen zijn fitter en actiever en mensen die minder bewegen hebben meer kans op allerlei gezondheidsproblemen.

(Wendel-Vos,2004; Tiessen-Raaphorst ,2005)

Daarnaast blijkt dat beweging/sporten een positieve invloed heeft op psychische klachten. Uit de NEMESIS-studie (van Harte, 2010) blijkt dat mensen die sporten en een psychische stoornis hadden in de afgelopen 12 maanden na 3 jaar 1,5 keer zo vaak hersteld zijn van hun ziekte dan mensen die niet sporten en eveneens een psychische stoornis hadden na correctie voor verschillen in leeftijd, geslacht en de aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening.

Deelnemers aan BigMove leren hoe het is om te bewegen en ervaren het belang ervan voor hun functioneren. Bewegen in een groep heeft direct en indirect invloed op de gezondheidstoestand van mensen. Direct via de positieve invloed van bewegen op allerlei lichamelijke aandoeningen en psychische klachten. Indirect via de sociale interactie die ontstaat tijdens het bewegen. Tijdens het bewegen in de groep komen met in contact met anderen. Het bewegen in een groep motiveert mensen: mensen die 4 of meer sportpartners hebben, hebben bijna 3,5 keer meer kans om te gaan sporten. Het hebben van naasten die sporten blijkt minder invloedrijk dan het hebben van maatjes om mee te sporten. (Giles-Corti&Donovan 2002). Ook uit eerder onderzoek naar het BigMove GG programma is gebleken dat de groep de deelnemers helpt gemotiveerd te blijven en te blijven komen. (van Wieringen&Thomas, 2006) . Tevens zorgt de groep voor sociale contacten en sociale steun.

“Er zijn drie mechanismen waarlangs sociale relaties gezondheid kunnen beïnvloeden: via gedrag van de omgeving, via invloed op de psyche en via invloed op fysieke processen.

Bij het gedrag kan men denken aan sociale steun, informatie die uit een netwerk gehaald kan worden, normen die gelden in een netwerk, maar ook aan sociale druk om bepaald gedrag aan te passen aan de groep.

Sociale relaties kunnen de cognitieve en emotionele gemoedstoestand beïnvloeden, bijvoorbeeld door betekenis te geven aan iemand leven en op die manier een goede gezondheid te bevorderen. Ook beïnvloedt sociale steun emoties, humeur en ervaren welzijn. Ten derde kunnen sociale netwerken een direct effect uitoefenen op gezondheidseffecten via de fysiologische routes, vaak via stress. Sociale relaties vormen een buffer tegen potentiële schadelijke gezondheidsgevolgen van psychosociale stress. Meer sociale steun is verbonden met een lagere hartslag, lagere bloeddruk, minder serumcholesterol, betere immuunreacties en minder stressreacties (minder catecholamines en cortisol)

(www.nationaalkompas.nl).

De gezondheid speelt op haar beurt weer een rol bij het wel of niet (kunnen) aangaan of onderhouden van sociale relaties (Ferlander, 2007). Afname van sociale relaties als gevolg van gezondheidsproblemen kan op haar beurt leiden tot eenzaamheid, die vervolgens weer kan leiden tot depressie.

Aanvullende, specifieke kenmerken van de BigMove-behandelingsmethode zijn:

- het eigen oordeel(ervaren gezondheid en doelen) en inzet(gedrag) van de patiënt over zijn/haar gezondheid en functioneren is leidend;
- de integrale aandacht op het verbeteren van het totale functioneren van de patiënt naast het reduceren van de stoornissen;
- de geïntegreerde behandeling in de leefomgeving in samenwerking met lokale professionals.

In het rapport “Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven” van het SCP komt naar voren dat gezondheid veel meer is dan alleen de afwezigheid van ziekte. Gezondheid is een gevoel dat vertaald wordt, zowel met de aanwezigheid van ziekte als zonder ziekte, als ‘de vrijheid ervaren om zelf keuzes te maken en daarnaar te kunnen handelen’.

Dit sluit aan bij de theorie van the Capability Approach zoals die in 1985 door Amartya Sen is omschreven. Bij the Capability Approach ligt de nadruk op het onderzoeken van welzijn in termen van de individuele functies en capabilities. Functies of functioneren is hetgeen een individu doet of is. Capabilities zijn de werkelijke mogelijkheden om datgene te doen en te zijn waar de persoon zelf waarde aan hecht. Capabilities vertegenwoordigt de keuze vrijheid die een persoon ervaart om functies uit te voeren. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van de ICECAP vragenlijst door Coast et al. Het meten van kwaliteit van leven in termen van ‘capabilities’ biedt ruimte om eerder ondergeschikte domeinen van welzijn zoals autonomie, hechting en lichamelijke integriteit te evalueren in zowel de somatische als psychosociale gezondheidszorg.(Van Hoof, 2015)

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Wieringen, J. Van & Thomas R. (2006)

Participerend actieonderzoek. Aan 71 deelnemers is gevraagd in hoeverre het meedoen aan BigMove heeft geleid tot het blijvend meer bewegen en meer grip hebben op de eigen leefsituatie en het eigen gedrag.

Persoonlijke groei

- De begeleiders zien het effect vooral in de persoonlijke groei van de deelnemers: je ziet mensen sterker worden, mensen laten zich meer zien in een groep, mensen zijn veel meer hun eigen ik, ik ben iemand die beslissingen kan nemen, identiteit herscheppen, ik ben er. Ervaren van kracht, mogelijkheden en plezier, daarna komt meer inzicht in eigen gedrag. Geschat wordt dat bij 90% van de deelnemers veel bereikt wordt, de overige 10% zijn afvallers.
- Op de vraag of deelnemers zich 'sterker in zijn schoenen of lekkerder in haar vel' voelde zitten na deelname aan het programma antwoorde 33% van de respondenten positief. Sommige deelnemers (19) gaven ook aan dat zij voor de start van het programma al hoopten dat ze zelfverzekerder zouden worden, of meer 'grip' op hun eigen leven zouden krijgen. Dit is bij 12 van hen ook gelukt (63%). Ook bij 11 van de 51 respondenten (22%) die dit niet als persoonlijke doelstelling hadden bleek dat zij zich na deelname sterker voelde.

Ervaren gezondheid

- het verband tussen ervaren gezondheid en de mate waarin mensen denken dat de omgeving of hun eigen gedrag daarop van invloed is, onder de respondenten anders in elkaar zit dan bij de Amsterdammers in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM, 2006). Daaruit bleek: "Mensen met een slechte (ervaren) gezondheid hebben iets sterker de neiging om te externaliseren, de oplossing van hun problemen buiten zichzelf te zoeken, in verbetering van zorg of meer hulp. Gezonde mensen internaliseren wat sterker, verbeteringen zoeken zij wat meer in het eigen handelen of het verbeteren van het eigen gedrag."
- Bij de BigMove deelnemers blijkt echter dat mensen die zich gezond voelen juist minder aan geven dat zij zelf iets aan hun gedrag zouden kunnen veranderen (72%) dan de mensen die zich minder gezond voelen (92%). Het is heel goed denkbaar dat door deelname aan het programma mensen een sterkere internaliserende houding ten aanzien van hun eigen gezondheid hebben gekregen.

Sociale steun

- Ruim 75% van de deelnemers maakt na deelname aan BigMove op z'n minst een praatje met andere deelnemers die zij tegenkomen op straat of in de supermarkt. Ongeveer de helft van deze groep heeft daarnaast nog één of meer intensievere contacten overgehouden met groepsgenoten.

Duiveman, R. (2005)

Evaluatie van het BigMove programma in Venserpolder. Uit de evaluatie komt van voren dat de behandelaars het vaakste een verandering in 'temperament en persoonlijkheid' (ICF B126) gesignaleerden, gevolgd door 'het bewust zijn van eigen lijf en persoonlijkheid in relatie tot de omgeving' (ICF B180). Op lichamelijk vlak zijn de resultaten daarentegen mager, terwijl dit voor de deelnemers zelf een van de belangrijkste doelen was voor hun deelname aan Big Move. Dat 'actief zijn' op allerlei gebieden belangrijk is, toont deze passage uit het evaluatierapport treffend aan:

Deelnemer: "Ik ben actiever."

Begeleider: "Op welk gebied? In het huishouden, met je zoon, in het bewegen?"

Deelnemer: "Nee, in het contact maken met onbekenden."

Tiggeler, L en Overgoor, A.G., Agis-evaluatie (2011)

Evaluatie van 239 deelnemers, op 5 BigMove locaties.

Belangrijkste resultaten:

- Aanwezigheid tijdens het programma is gemiddels 70%
- 77% doorloopt het hele programma
- Belangrijkste doelen richten zich op: uithoudingsvermogen, eetgedrag, geestelijke energie, gewicht en zelfvertrouwen.
- 88% van de doelen wordt gehaald of is geen doel meer.
- Deelnemers zijn meer tevreden over hun eetgewoonten, gewicht en zelfvertrouwen
- 40% is blijvend in beweging.

SROI rapportage (2013)

In juli en augustus 2013 heeft Social E-valuator in opdracht van ABN AMRO een Social Due Diligence traject uitgevoerd bij BigMove. In vier sessies is de verwachte maatschappelijke impact van deze organisatie in kaart gebracht op basis van de op dat moment beschikbare informatie en de kennis en ervaring van BigMove. Er zijn geen stakeholders betrokken bij de analyse. Deze zijn echter wel in kaart gebracht, waarbij ook een plan van aanpak is opgesteld wie welke informatie kan leveren, zodat dit in de toekomst wel mogelijk is. De analyse is opgesteld in samenwerking met Louis Overgoor en Marijn Aalders.

- De SROI van de directe impact van BigMove is 7,74. Dit betekent dat elke geïnvesteerde euro bijna 8 euro oplevert voor de betrokken stakeholders. Daarnaast heeft BigMove aangegeven bij te dragen aan de het ontstaan van vergelijkbare initiatieven, waardoor zij ook indirect een impact hebben op de stakeholders. Deze indirecte impact is niet gekwantificeerd, maar wel (kwalitatief) beschreven in deze rapportage. In de toekomst kan de informatie wel worden verzameld om de multiplier in te schatten.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

De bijdrage van BigMove GGZ aan *capabilities*, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Een exploratief mixed-methods onderzoek

Sabina van der Veen, Janneke Harting

Samenvatting

BigMove GGZ is ontwikkeld voor mensen met meervoudige gezondheidsproblemen. Het programma beoogt *capabilities* te versterken en de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven te verbeteren. Doel van dit onderzoek was te exploreren in welke mate en op welke wijze het programma deze doelen bereikt.

Er is gekozen voor een mixed-methods onderzoek. Voor en na deelname vulden deelnemers (N=163) een vragenlijst in over ervaren gezondheid, kwaliteit van leven en coping. 10 respondenten zijn, aan de hand van een korte vragenlijst, geïnterviewd over hun *capabilities* en de bijdrage daaraan door het programma.

Deelnemers rapporteerden verbeteringen op ervaren gezondheid (gemiddelde [M] voor-na = 2,80-3,29; effectgrootte [ES] = 0,62), kwaliteit van leven (M voor-na = 4,21-4,82; ES = 0,66) en actief copinggedrag (M voor-na = 2,40-2,58; ES = 0,24). Respondenten vertelden dat hun *capabilities* waren toegenomen. Hun zelfkennis en vertrouwen in eigen kunnen waren vergroot en er ontstond een intrinsieke motivatie om gedrag te veranderen. Daardoor ondernamen ze meer activiteiten, onderhielden ze meer sociale contacten en participeerden ze actiever in de maatschappij door (vrijwilligers)werk. Als belangrijke elementen van het programma benoemden respondenten de individuele gesprekken met de BigMove psycholoog alsmede met de BigMove begeleider, het stellen van doelen, het bewegen, het spel en plezier, en de steunfunctie van de groep.

Deze exploratie laat zien dat en hoe BigMove GGZ een relevante bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de ervaren gezondheid, kwaliteit van leven en *capabilities*.

Samenvatting Werkzame elementen

Mechanisme van het programma

In het onderzoek uit 2014 is gevraagd naar de werkzame elementen. Deelnemers noemen diverse elementen van het programma die voor hen hebben bijgedragen aan een verbeterd functioneren en *capabilities*;

De gesprekken met de psycholoog

Contact maken (mensen dichterbij laten komen) fysiek en mentaal in de groep

Steun van de groep, ook na afloop van het programma

Het stellen van doelen en deze behalen

Bewegen en de mogelijkheid zelf regie te kunnen voeren over de intensiteit

Spel tijdens de groepsessies, het ervaren van plezier

Feedback van de groepsgenoten op je functioneren.

Aangehaalde literatuur

De literatuurlijst moet nog worden aangemaakt.

5. Praktijkvoorbeeld

Ziek & teleurgesteld

Mijn leven stond even helemaal stil na de revalidatie van mijn hartklepoperatie. Mijn (zelf)vertrouwen was op een heel laag punt beland. Indertijd deed ik wel pogingen om terug te gaan naar mijn oude baan waarin ik filiaalhouder was van een bekende drogist. Dat was echter ook heel lastig, omdat mijn werkgever en mijn collega's mij tijdens mijn ziekteproces helemaal niet gesteund hebben. Sterker nog, ik kreeg eerder het idee dat ze vonden dat ik me langdurig heb aangesteld, terwijl ik leed aan een ernstige hartafwijking en een schildklierprobleem die mij uitputten. Toen bleek wat er aan de hand was en ik ziek thuis was, kon er geen kaartje van af! Hun houding knaagde erg aan mij en mijn zelfvertrouwen, ik was zo teleurgesteld. Daarom zat ik na de revalidatie van mijn hartoperatie heel zielig thuis en voelde me erg depressief.

Mijn vriendin bleef in die tijd wel bij me en ik heb ook nog een schat van een dochter waardoor ik nog een aanknooppunt vond om verder te gaan. Maar zonder hulp lukte dat me niet. De GGZ hielp, maar was niet voldoende. Na de sessies met de psycholoog besepte ik me dat ik me veel lekkerder wilde voelen. De GGZ bracht me bij BigMove. Mijn insteek was: in beweging komen en weer vertrouwen krijgen via mijn lichaam.

In het begin van de BigMove bijeenkomsten huiverde ik voor sociale contacten. Vooral het aanraken vond ik lastig. We moesten in de eerste bijeenkomst met de groepsleden op een bank gaan staan, en vervolgens op leeftijd gaan staan zonder van de bank af te stappen. Dus je moest elkaar vasthouden. Dat vond ik te veel, ik ben meteen van de bank afgestapt. Langzaam maar zeker ben ik meer vertrouwd geraakt met het lichamelijke contact. Dat begon eerst via de mannen in de groep, we waren met drie mannen. We deden veel sport en spel activiteiten, tikkertje en zo, dan moet je elkaar aanraken. Op een gegeven moment was ik een keer ziek en toen merkte ik pas hoe ik daar van baalde, ik miste de bijeenkomsten gewoon.

Op een gegeven moment merkte ik dat ik zelf plezier ging maken bij BigMove. Toen kreeg ik het idee: 'Hé ik ben weer terug, heb weer plezier in dingen'. Mijn angsten waren verdwenen. Het opgaan in spelen, niet meer bezig zijn met mijn problemen, dat werkt zo goed. Je vergeet je trubbels, je doet gewoon. BigMove heeft me teruggeplaatst bij mijzelf. Mede door plezier te koppelen aan vertrouwen in mensen en weer plezier met mijn lichaam te beleven. Ik geloof dat ik daardoor mijn grootste angsten heb overwonnen. Ik leerde mij ook meer in te leven in anderen. Daardoor durf ik anderen ook beter te confronteren met zaken die voor mij vervelend zijn. Ik doe dat alleen als iets me echt stoort en dan wil ik er ook over in gesprek gaan. Op het einde van het BigMove programma (2013-2014) ben ik actief naar de sportschool gegaan en viel ik veel af. Ik kreeg veel complimenten van anderen en daarmee groeide mijn zelfvertrouwen enorm. Op de laatste BigMove bijeenkomst was ik zo blij met deze 'reis'; ik kon iedereen omhelzen en ik ging weg met een echt goed gevoel en in afgeslankte vorm!

Doordat ik me beter in mijn vel voelde zitten, is de band met één van mijn zwagers verdiept en de relatie met mijn moeder zeker verbeterd. Ik kan nu veel beter met haar praten. **Op 7 juni 2015 heb ik een halve marathon gelopen.** Daar ben ik erg trots op. Na het BigMove programma heb ik nog even contact gehouden met wat groepsleden. We waren beweegmaatjes. We gingen onder andere in groepsverband deelnemen aan yogalessen en andere sport activiteiten.