|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Campus Kattenberg  Arteveldehogeschool  Kattenberg 9  9000 GENT |
|  | | |
| **Moving Cancer Care: beweging na een kankerbehandeling.**  Welke factoren bepalen een duurzame gedragsverandering omtrent lichaamsbeweging bij kankersurvivors? | | |
| Promotor:  Dimitri Vrancken | Bachelorproef voorgedragen door:  Niels Gossé  Eva Van Immerzeele  Mattias Huyghebaert | |
| Vakgroep:  Lichamelijke opvoeding  2019-2020 | tot het behalen van het  diploma van:  Educatieve bachelor voor  secundair onderwijs | |

TREFWOORDEN (min. 3, max. 5)

Beweging

Kanker

Kankerbehandeling

Bewegingsmotivatie

Gedragsmodellen

Inhoudsopgave

[Moving Cancer Care: beweging na een kankerbehandeling. 1](#_Toc43195137)

[2 Voorwoord 5](#_Toc43195138)

[3 Inleiding 6](#_Toc43195139)

[4 Onderzoeksvoorstel 8](#_Toc43195140)

[5 Proces 9](#_Toc43195141)

[6 Beweging en kanker 11](#_Toc43195142)

[6.1 Beweging 11](#_Toc43195143)

[6.1.1 Bewegingsdriehoek 11](#_Toc43195144)

[6.1.2 De zones 11](#_Toc43195145)

[6.1.3 Wanneer heeft iemand een actieve levensstijl 12](#_Toc43195146)

[6.1.4 10.000 stappen 13](#_Toc43195147)

[6.1.5 De gevolgen van fysieke activiteit voor, tijdens en na kanker 13](#_Toc43195148)

[6.1.6 BOV-coaches 17](#_Toc43195149)

[1.1.1 Besluit 19](#_Toc43195150)

[6.2 Kanker 21](#_Toc43195151)

[6.2.1 Diverse behandelingen en hun bijwerkingen 22](#_Toc43195152)

[6.3 Het motivationele aspect van bewegen na een kankerbehandeling 27](#_Toc43195153)

[6.3.1 Gedragveranderingsmodellen 27](#_Toc43195154)

[6.3.2 Besluit gedragveranderingsmodellen 31](#_Toc43195155)

[6.3.3 Gedragveranderingsmodellen toegepast op de bachelorproef 31](#_Toc43195156)

[6.3.4 Motivatietheorie 32](#_Toc43195157)

[6.3.5 Rolmodellen 36](#_Toc43195158)

[7 Onze resultaten 38](#_Toc43195159)

[7.1 Bevragingen van het werkveld 38](#_Toc43195160)

[7.2 Bevragingen bij de doelgroep 39](#_Toc43195161)

[7.2.1 Spreiding van de online bevraging 39](#_Toc43195162)

[7.2.2 Validiteit van de vragenlijst 39](#_Toc43195163)

[7.2.3 Beginsituatie van de bevraagden 39](#_Toc43195164)

[7.2.4 Zelfgerapporteerde succesfactoren voor ex-kankerpatiënten voor een fysiek actieve levensstijl. 43](#_Toc43195165)

[7.2.5 De voordelen van beweging na een kankerbehandeling. 43](#_Toc43195166)

[7.2.6 Zelfgerapporteerde inhibitoren voor kankerpatiënten voor een fysiek actieve levensstijl. 43](#_Toc43195167)

[7.2.7 Vergelijking met niet-kankersurvivors. 44](#_Toc43195168)

[7.2.8 Design-criteria van een beweegincentive voor kankerpatiënten wiens behandeling is afgerond. 45](#_Toc43195169)

[8 4-ward als ideale tool 46](#_Toc43195170)

[8.1 Voor de doelgroep 47](#_Toc43195171)

[8.2 Voor de professional 47](#_Toc43195172)

[8.3 Communicatieplan 48](#_Toc43195173)

[8.3.1 De doelgroep 48](#_Toc43195174)

[8.3.2 Professionals 49](#_Toc43195175)

[9 Algemeen besluit 50](#_Toc43195176)

[10 Bibliografie 52](#_Toc43195177)

[11 Bijlagen 57](#_Toc43195178)

[11.1 Grafieken betreffende de online vragenlijst 57](#_Toc43195179)

[11.2 Communicatieplan 4-ward 69](#_Toc43195180)

[11.3 Bevindingen van professionelen 70](#_Toc43195181)

[11.3.1 Els Decoster – Stichting tegen Kanker 70](#_Toc43195182)

[11.3.2 De Baanbrekers – Lotgenotengroep 71](#_Toc43195183)

[11.3.3 Werner Codde en Ivanna de Beer – Kinesisten 72](#_Toc43195184)

[11.3.4 Laurens Mergan en Ellen Tanghe – Personal coaches 73](#_Toc43195185)

[11.3.5 Alexander De Langhe – Huisarts 75](#_Toc43195186)

[11.3.6 Sarah Houtman – Diensthoofd zorgprogramma oncologie 76](#_Toc43195187)

[11.4 Interview Els Decoster – Stichting tegen Kanker 78](#_Toc43195188)

[11.5 Interview Sarah Soenen - Onco-revalidatiecoach 81](#_Toc43195189)

[11.6 Interview Sarah Houtman - Sarah Houtman: Diensthoofd zorgprogramma oncologie 85](#_Toc43195190)

[11.7 Interview Alexander de Langhe – Huisarts 89](#_Toc43195191)

[11.8 Interview Werner Codde – Kinesist 92](#_Toc43195192)

[11.9 Interview Ivanna de Beer – Kinesiste 94](#_Toc43195193)

[11.10 Interview Laurens Mergan – Personal coach 96](#_Toc43195194)

[11.11 Interview Ellen Tanghe – Trainster De Baanbrekers 101](#_Toc43195195)

[11.12 Interview Caroline Coolsaet – Lotgenotengroep De Baanbrekers 104](#_Toc43195196)

[11.13 Interview met Thomas Van der Plaetsen 109](#_Toc43195197)

[11.14 Anonieme online vragenlijst voor de doelgroep 109](#_Toc43195198)

[11.15 Matrix externe contacten 110](#_Toc43195199)

[11.16 Werking vragenlijst op de website 124](#_Toc43195200)

# Voorwoord

Deze bachelorproef is geschreven in het kader van het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek ‘Moving Cancer Care’, uitgevoerd door de Arteveldehogeschool. Het onderzoek is een samenwerking tussen de opleidingen bachelor verpleegkunde, bachelor in het secundair onderwijs en verschillende externe partijen.

Wij kregen in het begin van ons derde opleidingsjaar de kans om een onderwerp voor onze bachelorproef te kiezen uit een ruim aanbod binnen één van onze onderwijsvakken of binnen de algemene opleiding. Voor ons was de keuze snel gemaakt, we wilden een bijdrage leveren aan een groter geheel met een concrete tool ter ondersteuning.

Moving Cancer Care kreeg meteen onze voorkeur omdat we het een zeer interessant onderwerp vinden. Anderzijds zijn we ook elk op onze eigen manier in contact gekomen met de ziekte en zagen we het als een kans om een positieve bijdrage te leveren voor deze mensen.

**Graag willen we de volgende mensen en organisaties bedanken voor hun leerrijke bijdrage aan ons onderzoek:**

Dimitri Vrancken, onze promoter en verantwoordelijk docent aan de Arteveldehogeschool. Zonder zijn tips, begeleiding en vakkennis hadden wij dit onderzoek onmogelijk op deze manier kunnen afronden.

Els Decoster, werkzaam bij de Stichting tegen Kanker en zelf ervaringsdeskundige en Caroline Coolsaet, organiserend lid van De Baanbrekers, een lotgenotengroep die zich inzet voor meer lichaamsbeweging bij ex-kankerpatiënten.

Daarnaast zijn we alle mensen die onze anonieme online enquête ingevuld hebben heel dankbaar. Hierdoor kregen wij een heel volledig zicht op de motivatie, noden en wensen van deze mensen om een actievere levensstijl aan te kunnen nemen.

Verder zijn wij ook Alexander De Langhe, Werner Codde, Laurens Mergan, Ivanna de Beer, Sarah Houtman en Sarah Soenen heel dankbaar. Zij komen in hun professionele leven in contact met onze doelgroep en waren bereid hun ervaringen te delen met ons zonder persoonlijke gegevens van patiënten/klanten te delen.

Ten slotte gaat ons dankwoord uit naar onze ouders die ons tijdens de hele opleiding steeds bleven steunen en omdat ze de tijd namen om onze bachelorproef na te lezen.

Gent, 16 juni 2020

# Inleiding

Op de website *alles over kanker* lezen we volgende confronterende woorden:

“In 2017 kregen in ons land 68.702 mensen kanker. Dat zijn gemiddeld 188 mensen per dag of 8 mensen per uur die te horen krijgen dat ze aan kanker lijden.” (allesoverkanker, 2019)

Dit zijn harde cijfers, die ook nog eens exclusief melanoma huidkankercijfers zijn. In realiteit liggen deze cijfer dus nog hoger.

Rekening houdend met het feit dat het de incidentiecijfers betreft en dat bijgevolg enkel de nieuwe gevallen geteld worden ligt op haar beurt het totale kankercijfer nog vele malen hoger in België.

Dat fysieke beweging en een actieve levensstijl in het algemeen aangewezen is hoeft geen betoog.

De bewegingsdriehoek is een handige en veelgebruikte tool om de bewegingsnormen in kaart te brengen. Voor kankerpatiënten was het algemeen gedachtegoed vroeger dat de patiënt voldoende rust moest nemen en werd er veel minder ingezet op lichaamsbeweging.

Net daar is een belangrijke verschuiving gebeurd, nu wordt beweging zowel voor- , tijdens- , als na de kankerbehandeling aangeraden. Wij focussen in dit onderzoek vooral op beweging bij kankersurvivors, m.a.w. beweging na de behandeling.

Bewegen en een actieve levensstijl is hoe dan ook niet iedereen gegeven, de reden daarvoor is niet altijd kankergerelateerd maar eerder persoonsgerelateerd. Wat wel kankergerelateerd is, is dat de kankersurvivors een heel proces doorlopen hebben dat vaak mentaal en fysiek zeer belastend is.

Daarom wordt een actieve levensstijl vaak niet hersteld/aangenomen.

Nochtans zijn er talrijke voordelen aan fysieke beweging;

|  |  |
| --- | --- |
| Goed voor gewicht, bloeddruk, cholesterol, spieren en botten, bloedsuikerspiegel. | Zorgt voor: minder (rug)pijn, minder vermoeide ogen, minder gewrichtsklachten. |
| Meer plezier beleven. | Meer tijd voor jezelf krijgen. |
| Meer energie hebben. | Stressbestendiger zijn. |
| Beter slapen. | Langer zelfstandig leven. |
| Gemakkelijker uit bed kunnen. | Beter presteren op het werk. |
| Positiever gevoel. | Meer zelfvertrouwen krijgen. |
| Je fitter voelen. | Je jonger voelen. |
| Beter concentratievermogen. | Sociale voordelen. |
| Geeft minder kans op: darmkanker, borstkanker, osteoporose, diabetes type 2,  hart- en vaatziekten, valincidenten. | Gelukkiger worden. |
| (Vlaams instituut Gezond leven, sd) | |

Zorgprofessionals (arts, verpleegkundige…) beschikken vaak over onvoldoende kennis, vaardigheden en tools om patiënten kwalitatief te informeren en begeleiden naar een actieve levensstijl. (Arteveldehogeschool, 2019) Het is dus belangrijk dat ook zij ondersteund worden om de begeleiding van de patiënt te optimaliseren.

|  |
| --- |
| “Bewegen verbetert de levenskwaliteit en helpt de vermoeidheid terug te dringen waar veel patiënten mee kampen.”  (Van Moerkerke, Jan Bourgois en Barbara Van Ruymbeke over fysieke fitheid bij kanker, sd) |

Wij onderzoeken daarom hoe we de stap naar een actievere levensstijl kleiner kunnen maken om zoveel mogelijk kankersurvivors aan te zetten tot bewegen. Dit rekening houdend met de verschillen wat betreft vroegere levensstijl maar ook wat betreft interesses en motivatie.

Hiervoor wilden we te weten komen welke factoren voor de doelgroep belangrijk zijn om van een gedragsverandering te spreken die duurzaam en dus houdbaar is. Wij hebben met deze bachelorproef geprobeerd een antwoord te geven op wat noodzakelijk is voor de doelgroep om elk op zijn/haar niveau aan lichaamsbeweging te doen.

Met deze kennis ontwikkelden we ook een tastbare tool waarmee we de doelgroep trachten te helpen maar ook de professional in zijn contact met de patiënt.

Deze bachelorproef is opgedeeld in drie delen. In het eerste hoodstuk gaan we verder in op beweging en kanker. Eerst gaan we in op de voordelen van beweging, specifiek voor kankersurvivors.

Zoals eerder aangehaald doorloopt een patiënt een fysiek en emotioneel loodzwaar proces, hier gaan we dan ook verder op in specifiek voor enkele behandelingen. We bespreken daarbij de bewegingsgerelateerde bijwerkingen bij de meest voorkomende kankerbehandelingen in België.

|  |
| --- |
| “Op mijn “goede” dagen probeer ik iets te doen: wandelen, een tochtje maken met mijn elektrische fiets, breien of koken. De slechte dagen kan ik missen: op die dagen kruip ik met een pijnstiller in de zetel en probeer ik te rusten.” (Damari, 2019) |

Aangezien we zoveel mogelijk mensen willen aanzetten tot beweging en het hen daarbij ook zo makkelijk mogelijk willen maken is het belangrijk om te weten wat hen juist motiveert om te bewegen.

Het eerste deel sluiten we dan ook af door verschillende gedragsmodellen en motivatietheorieën te vergelijken.

Voor deze bachelorproef hebben we ook een deel van het werkveld en de doelgroep zelf bevraagd.

In deel twee vergelijken we onze resultaten met de literatuur die we eerder hebben samengevat in het eerste deel. We ontwikkelden een tastbare tool genaamd ‘4-ward’. De keuzes, motiveringen en het verspreidingsplan kan u terugvinden in deel drie.

Daarna sluiten wij deze bachelorproef af met een algemeen besluit waarin wij concluderen wat wij belangrijk achten en hoe dit kan bereikt worden, al dan niet in combinatie met 4-ward.

In bijlage kan u de onderzoeksresultaten in grafieken weergegeven, het communicatieplan van de tool, de conclusies per professional, de letterlijke interviews met samenvattende matrix en een link naar de online bevraging terugvinden.

# Onderzoeksvoorstel

Na samenkomst met de andere onderzoeksgroepen die zich inschreven voor Moving Cancer Care werd het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek opgesplitst in verschillende delen. Wij kozen voor de fase na de behandeling met als onderzoeksdoel de factoren die een duurzame gedragsverandering teweeg brengen op vlak van beweging vast te stellen. De bedoeling van dit deel van het onderzoek was om op zoek te gaan naar redenen voor kankerpatiënten om te blijven (of te starten met) bewegen na de kankerbehandeling.

De onderzoeksvraag was dus al relatief gestuurd door de beschrijving van ons onderwerp en dit resulteerde in “Welke factoren bepalen een duurzame gedragsverandering omtrent lichaamsbeweging bij kankersurvivors?” als uiteindelijke onderzoeksvraag.

Een duurzame gedragsverandering is belangrijk om te vermelden omdat het gedrag moet verdergezet worden in de toekomst en dus eigenlijk structureel van aard moet worden. Althans, dit moet het streefdoel zijn.

We kregen daarnaast ook enkele deelvragen aangereikt die we hebben beantwoord in de verschillende hoofdstukken die volgen.

Met deze bachelorproef wilden we dus graag de noden van survivors in kaart brengen of hoe we ze kunnen helpen naar een duurzame gedragsverandering. We wilden met onze tool tegemoet komen aan de meeste noden van de survivors maar ook aan die van professionals in hun begeleiding.

# Proces

Doorheen de bachelorproef legden we een hele weg af. We zochten heel wat info over de soorten kanker, de verschillende behandelingen en welke invloed bewegen heeft op het leven van (ex-)kankerpatiënten. Wat ook bij het onderzoek aansluit is de motivatie van de doelgroep en welke factoren een rol spelen op het al dan niet uitvoeren van beweegactiviteiten.

Als eerste fase in de uitwerking van deze bachelorproef stelden we de onderzoeksvraag op en brachten we het praktijkprobleem in kaart. Daarvoor deden we een grondige literatuurstudie waarbij we zelf gevonden bronnen en door de promotor aangebrachte bronnen verwerkten.

Vervolgens zijn we gestart met het opstellen van een online vragenlijst, die we via verschillende media verspreid hebben. De vragenlijst werd onder andere verspreid bij een lotgenotengroep: De Baanbrekers.   
Toen we deze informatie verzameld hadden, zijn we gestart met het contacteren van verschillende professionals. We planden bevragingen in om hun kant van het verhaal beter te begrijpen.

Door deze info te bundelen, stelden we een matrix samen die ons een duidelijk overzicht gaf.

Aan de hand van deze matrix hebben we verschillende conclusies kunnen trekken. Ook observaties stonden gepland maar gingen uiteindelijk niet door omwille van de COVID-19 maatregelen in combinatie met lesgeefopdrachten in het kader van onze afstudeerstage. Via de online bevraging en aanvullende interviews met professionelen konden we het probleem en de noden toch in kaart brengen.

Het creatieve luik volgde waarbij we brainstormden over de uitwerking van een concrete tool.

Rekening houdend met de resultaten van de bevragingen en de feedback van de promotor kwamen we tot het uiteindelijke resultaat.

Eerst dachten we na over het ontwikkelen van een app die de lotgenoten helpt een actievere levensstijl aan te nemen. Toen we de antwoorden in de online vragenlijst bekeken, zagen we dat de doelgroep vooral bestond uit oudere mensen (55-65 jaar). Zij gaven aan dat een applicatie minder toegankelijk en minder wenselijk was.

Vervolgens dachten we aan het maken van een magazine, omdat dat zeer laagdrempelig is. Dit was echter praktisch niet haalbaar, omdat dit maandelijks geproduceerd en bekostigd moet worden. Naast het maandblad dachten we ook aan een filmpje waarin we de doelgroep op een interactieve manier dachten te informeren en te motiveren. Dit bleek ook niet de ideale optie omdat een filmpje snel verouderd is. Een folder was niet populair genoeg door het overaanbod in wachtzalen.

Het uiteindelijke resultaat is een ‘exitboekje’ dat mensen mee kunnen krijgen bij het ontslag uit het ziekenhuis. Het is daarnaast ook bruikbaar op andere momenten na de behandeling. In het boekje komt o.a. informatie over de beweegmogelijkheden na de behandeling maar ook enkele tips en tricks om te bewegen en waarom bewegen goed is. Dit boekje kan hen helpen om een eerste stap te zetten naar een actievere levensstijl.

Na het ontwikkelen kwamen we tot een eerste versie, die we voorlegden aan alle professionelen.

We kregen hierbij feedback en enkele belangrijke aanpassingen werden aangebracht.

Daarnaast ontwierpen we een website die één geheel vormt met het boekje. De website geeft informatie over bewegen en daarnaast kan de kankersurvivor door het invullen van een vragenlijst informatie op maat krijgen die hem/haar begeleidt bij het bewegen.

Rekening houdend met de vereisten die aangegeven werden door de doelgroep en de professionelen zijn we begonnen aan de ontwikkeling van een laagdrempelig exitboekje. Dit kan uitgerold worden over heel Vlaanderen, is hanteerbaar door elke professional en is passend voor elk kankertype bij elke survivor.

Dit leek ons de ideale combinatie om de mensen te motiveren en voldoende informatie mee te geven om (nog) meer te bewegen. Naast een exitboekje voor de survivor is er ook een handleiding voor de professional waarin beschreven staat waarom en hoe ze 4-ward als leidraad kunnen gebruiken om tijdens een gesprek in te zetten op een duurzame gedragsverandering.

# Beweging en kanker

## Beweging

### Bewegingsdriehoek

Aangezien we in deze bachelorproef meermaals ‘een fysiek actieve levensstijl’ aanhalen, verduidelijken we graag wat we daarmee bedoelen. Fysiek actief zijn heeft uiteenlopende betekenissen en is persoonsafhankelijk. Het kan een blokje lopen met de hond inhouden, maar ook het gras afrijden of andere huishoudelijke taken zoals de ramen wassen behoren daartoe.

Voor mensen die net hun kankerbehandeling achter de rug hebben, is het niet altijd gemakkelijk om de draad opnieuw op te pikken. Daarom is het ook niet nodig om het woord sporten in de mond te nemen.

Wij zien spelen met kinderen etc. dus ook als actief zijn. In wat volgt leggen we de verschillende zones van de bewegingsdriehoek grondig uit. Hiervoor raadpleegden we de website van Het Vlaams Instituut Gezond Leven. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

### De zones

De oranje zone stelt **sedentair gedrag** of lang stilzitten voor. De gemiddelde Vlaming brengt meer dan acht uur per dag al zittend door. Dit gebeurt thuis, maar ook onderweg en op het werk.

In deze zone verbruikt men weinig energie. Wat hier niet bij hoort is slapen.

Enkele voorbeelden zijn: in de auto zitten, stil zitten op school, tv kijken…

Sedentair gedrag is dus het tegenovergestelde van een fysieke levensstijl.

In de drie andere zones bevinden zich de actievere levensstijlen.

De lichtgroene zone geeft de zone van **licht intensief bewegen** weer. In deze zone behoren de volgende voorbeelden: staand bellen, traag stappen(wandelen), yoga, afwassen…

De volgende drie kenmerken duiden op activiteit in deze zone;

Je mag niet sneller gaan ademen dan normaal, de hartslag blijft normaal en je kan gewoon blijven praten.

(Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

De tweede groene zone staat voor **matig intensief bewegen**.

Bij deze zone horen volgende kenmerken: je gaat sneller ademen, het hart gaat sneller slaan, je bent hier niet buiten adem en je kan nog gewoon blijven praten.

Men moet zeker niet sporten om matig intensief te bewegen. Het grote verschil met licht intensief bewegen is dat je hier ook nog kan praten, maar een liedje zingen wordt al moeilijker. Wat tot deze zone behoort is bv. harken in de tuin, met de fiets naar het werk, je ramen wassen…

Als laatste zone is er de donkergroene zone, die staat voor **hoog intensief bewegen**. Het verschil tussen deze zone en de andere is dat het hier sneller gezondheidsvoordelen met zich mee zal brengen.

Hier zal de ademhaling veel versnellen, het hart gaat sneller slaan, je begint te zweten en praten lukt moeilijk.

In het dagelijkse leven kan men ook hoog intensief bewegen. Bijvoorbeeld de trappen op lopen met volle tassen, stevig doorfietsen naar je werk, joggen enzovoort.

(Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

### Wanneer heeft iemand een actieve levensstijl

Van de deelnemers aan onze online enquete (hoofdstuk 7) was de meerderheid van de bevraagden tussen 50 en 60 jaar oud, dit loopt ook gelijk met de algemene incidentiecijfers (Cancer Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2017, Brussel 2019).

De algemene richtlijnen van het Vlaams instituut gezond leven zijn de volgende:

|  |
| --- |
| **Bewegingen van lichte intensiteit:** Doe je maar beter gedurende het grootste deel van de (wakkere) dag. Voorbeelden zijn rechtstaan, traag stappen en koken.  **Maar dat is niet genoeg.**Voor de extra inspanning heb je drie opties:  **Bewegingen van matige intensiteit: minstens 150 minuten per week.**Splits je tijd op, bij voorkeur telkens een halfuurtje op vijf dagen (maar élke dag bewegen is nog beter). Ook dat halfuur mag je spreiden, wat dacht je van 3 keer 10 minuten per dag?  *Voorbeelden: stevig wandelen, zwemmen, (elektrisch) fietsen, harken in de tuin, …*  (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018) |

OF

|  |
| --- |
| **Bewegingen van hoge intensiteit: minstens 75 minuten per week.**Verspreid je beweging, bijvoorbeeld telkens 25 minuten op drie dagen. Die 25 minuten hoef je niet ononderbroken te doen: twee keer minstens 10 minuten per dag is prima!  *Voorbeelden: joggen, goed doorzwemmen, stevig fietsen, spitten in de tuin, …*  (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018) |

OF

|  |
| --- |
| **Combinatie van matige en hoge intensiteit: minstens 150 minuten per week.**Een mix is altijd goed. Belangrijk om te weten: doe je een minuut aan hoge intensiteit? Dan telt die dubbel! Met 25 minuten joggen en 100 minuten (elektrisch) fietsen naar het werk of de winkel kom je dus al aan je wekelijkse hoeveelheid.  (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018) |

**Of je meer mag bewegen dan de hierboven aanbevolen minuten?**

Zeker en vast, hoe meer je beweegt, hoe beter voor je gezondheid. Ga gerust tot 300 minuten beweging aan matige intensiteit of 150 minuten aan hoge intensiteit.

Je vermijdt het best om urenlang stil te zitten. Daarnaast onderbreek je het zitten het best en strek je bij voorkeur om de 20 minuten tot het halfuur de benen. Haal een glas water, maak een praatje met iemand in de buurt… Elke reden, zelfs géén reden, is goed om even recht te staan en te stappen.

(Vlaams instituut Gezond Leven)

### 10.000 stappen

Ex-kankerpatiënten hebben vaak al een lange weg afgelegd. Ze stranden meestal in de oranje zone.

Van hieruit moeten ze opbouwen naar de groenere zones. Zo belanden ze eerst in de lichtgroene zone, waar wandelen de makkelijkste en goedkoopste manier is om te bewegen.

Maar hoeveel moeten we per dag juist stappen? Volgens Japanse onderzoeken van Dr. Hatano zorgen 10.000 stappen verspreid over de hele dag voor een fundamentele verbetering van de gezondheid.

Dit is een cijfer voor de gemiddelde volwassene, voor de 65-plussers is het eerder 8000 stappen.

Als het niet meteen lukt om dit cijfer te behalen, bouwt met dit best geleidelijk aan op. Dit is gemakkelijk te meten via verschillende apps of stappentellers.

De eigen cijfers kunnen geregistreerd worden op de website: 10 000 stappen.gezondleven.be

(Gezond Leven, s.d.)

### De gevolgen van fysieke activiteit voor, tijdens en na kanker

Hier bespreken we kort de gevolgen dat frequent bewegen heeft op een -door kanker getroffen- lichaam. De gevolgen voor en tijdens de ziekte zijn geen focus van onze bachelorproef maar willen we toch graag kort aanhalen. Fysieke activiteiten zijn voor bijna alle (ex-)kankerpatiënten veilig en hebben geen averechtse werking op de medische behandeling. Verder zorgt beweging voor verschillende voordelen op vlak van gezondheid voor (ex-)kankerpatiënten. De sleutel tot een goede mentale en fysieke gezondheid voor deze doelgroep is om inactiviteit te vermijden en hun beweging op te bouwen tot PAGA’s voorgestelde niveau van activiteit (The U.S. Department of Health and Human Services, 2018) of die van de gekende bewegingsdriehoek.

De PAGA (Physical Activity Guidelines for Americans) richtlijnen, zijn de richtlijnen van The U.S. Department of Health and Human Services. Deze Amerikaanse richtlijnen zijn identiek aan die van de bewegingsdriehoek. Dit wil zeggen dat de bevindingen die zich baseren op de Amerikaanse richtlijnen, zich perfect vertalen naar de aanbevelingen van de bewegingsdriehoek. Die houden in dat om een gezonde levensstijl en de daarbij horende voordelen te verkrijgen, een volwassene gemiddeld 150 tot 300 minuten aan een matige intensiteit hoort te bewegen en dit op wekelijkse basis.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Effecten van lichaamsbeweging op gezondheidsgerelateerde resultaten bij mensen met kanker*** | | | |
| In het algemeen moet inactiviteit vermeden worden om de algemene gezondheid te verbeteren. Richt op het bereiken van de gangbare richtlijnen wat betreft activiteit. (150/week aerobische activiteiten en tweemaal krachttraining) | | | |
| ***Resultaten*** | ***Aëroob*** | ***Weerstand*** | ***Combinatie (aeroob & weerstand)*** |
| ***Sterk bewezen*** | ***Dosis*** | ***Dosis*** | ***Dosis*** |
| ***Kankergerelateerde vermoeidheid*** | 3x per week voor 30 min. per sessie/ matige intensiteit | 2x per week voor 2 sets, van 12-15 herhalingen voor spiergroei/ matige intensiteit | 3x per week voor 30min. per sessie/ matige intensiteit, plus 2x per week weerstandtraining: 2 sets, van 12-15 herhalingen voor spiergroei/ matige intensiteit |
| ***Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit*** | 2-3x per week voor 30-60 min. per sessie/ matig tot krachtige intensiteit | 2x per week voor 2 sets, van 8-15 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit | 2-3x per week voor 20-30min. per sessie/ matige aerobe intensiteit  Weerstandstraining: 2x per week voor 2 sets, van 8-15 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit |
| ***Fysiek functioneren*** | 3x per week voor 30-60 min. per sessie/ matig tot krachtige intensiteit | 2-3x per week voor 2 sets, van 8-12 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit | 3x per week voor 20-40 min. per sessie/ matig tot krachtige aerobe intensiteit  Weerstandtraining: 2-3x per week voor 2 sets, van 8-12 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit |
| ***Ongerustheid*** | 3x per week voor 30-60 min. per sessie/ matig tot krachtige intensiteit | Onvoldoende bewijs | 2-3x per week voor 20-40 min. per sessie/ matig tot krachtige aerobe intensiteit  Weerstandstraining: 2x per week voor 2 sets, van 8-12 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit |
| ***Depressie*** | 3x per week voor 30-60 min. per sessie/ matig tot krachtige intensiteit | Onvoldoende bewijs | 2-3x per week voor 20-40 min. per sessie/ matig tot krachtige aerobe intensiteit  Weerstandstraining: 2x per week voor 2 sets, van 8-12 herhalingen voor spiergroei/ matige tot krachtige intensiteit |
| ***Lymfoedeem*** | Onvoldoende bewijs | 2-3x per week progressieve en begeleidend programma voor spiergroei verergert lymfoedeem niet | Onvoldoende bewijs |
| ***Matig bewezen*** |  | | |
| ***Gezondere botten*** | Onvoldoende bewijs | 2-3x per week matige of krachtige weerstandstraining plus training met hoge impact voor ten minste 12 maand | Onvoldoende bewijs |
| ***Slaap*** | 3-4x per week voor 30-40 min. per sessie/ matige intensiteit | Onvoldoende bewijs | Onvoldoende bewijs |
| Wat kan fysieke activiteit teweegbrengen?  **Preventie van zeven veelvoorkomende kankers.\***  Dosis: 2018 Physical Activity Guidelines for Americans: 150-300 min/week matig – of 75-150 min/week hoog intensieve activiteiten.  **Overleven van drie veelvoorkomende kankers.\*\***  Dosis: Exacte dosis nodig om kans op overlijden te verminderen is nog niet gekend. In het algemeen lijkt activiteit te resulteren in betere risicovermindering.  **\*Blaas-, borst-, darm- baarmoeder-, slokdarm-, nier- en maagkankers**  **\*\*borst-, darm- en prostaatkanker** | | | |
| (American college of sports medicine, 2019) | | | |

#### Frequent bewegen voor kanker

Het is aangetoond dat als volwassenen (tussen 18 en 64 jaar) 150 tot 300 minuten per week aan een matige intensiteit bewegen, ze minder risico hebben om kanker te krijgen. Volgens een onderzoek van ACSM (The American College of Sports Medicine) zou het specifiek zeven kankers helpen voorkomen, zijnde blaas-, borst-, blinde darm-, endometrium-, slokdarm-, nier- en maagkanker.

(ASCM, 2019)

#### Frequent bewegen tijdens kanker

Als de patiënt tijdens de ziekte zich aan de richtlijnen van de bewegingsdriehoek houdt, dan kan dit positief bijdragen tot de overlevingskansen van de patiënt. Specifiek gaat het dan over borst-, blinde darm- en prostaatkanker. (ASCM, 2019)

Wat betreft een algemene richtlijn is er een onderscheid tussen revalidatie tijdens de curatieve behandeling en revalidatie na de curatieve behandeling. (Beelen, et al., 2013)

Wat betreft revalidatie tijdens de curatieve behandeling lezen we in Beelen et al. (2013) dat de bedoeling van bewegen tijdens de behandeling het handhaven van de fysieke conditie en het activiteitenniveau, het voorkomen en/of verminderen van vermoeidheidsklachten en het aanhouden van een gezonde lichaamssamenstelling is.

“Regelmatige lichamelijke inspanning tijdens de behandeling van kanker lijkt een positief effect te hebben op kankergerelateerde vermoeidheid en op de door patiënten gerapporteerde kwaliteit van leven.”

De algemene richtlijn concludeert dat er geen algemene medische redenen zijn om terughoudend te zijn met fysieke inspanning tijdens de behandeling voor kanker.” (Beelen, et al., 2013)

Het aangewezen type training, trainingsintensiteit en -frequentie om bovenstaande doelen te bereiken is nog niet bewezen. Daarom zijn er nog geen concrete aanbevelingen voor een algemeen programma in deze fase van de behandeling. (Beelen, et al., 2013)

#### Frequent bewegen na kanker

Uit hetzelfde onderzoek van het ACSM en uit de bevraging van Blaney (Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell, & Gracey, 2011) kunnen we onderstaande voordelen van bewegen na de curatieve behandeling oplijsten;

Bewegen volgens de richtlijnen van de bewegingsdriehoek:

* Draagt bij tot verminderde kanker gerelateerde vermoeidheid.
* Helpt bij gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit.
* Verbetert het fysiek functioneren.
* Maakt mensen minder angstig.
* Doet de kans op depressies afnemen.
* Vermindert last van lymfe oedeem.
* Maakt de botten gezonder.
* Verbetert de nachtrust.
* Verbetert cardio-en aerobics-ademhaling.
* Verbetert spiersterkte.
* Verbetert fysisch functioneren.
* Verbetert levenskwaliteit.
* Verlaagt de kans op herhaling van een kanker.
* Verhoogt de overlevingskansen.

Uit eerder onderzoek bleek dat maar 29,6% van zij die kanker overwinnen voldoen aan de American Cancer Society’s and Public Health’s richtlijnen van 150 minuten matige activiteit per week. Ondanks dat de voordelen van een actieve levensstijl al eerder zijn bewezen.

Men denkt dat dit komt doordat deze voordelen te weinig aan de (ex-)kankerpatiënten wordt doorgegeven of door de unieke oefening barrières die er voor deze mensen zijn. (Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell, & Gracey, 2011)

Blaney vermeldt ook dat de meest voorkomende drempels bij ex-kankerpatiënten om te gaan sporten gezondsheidsgerelateerd (letsels, pijn, vermoeidheid) en omgevingsgerelateerd zijn.

Wij merkten hetzelfde in ons onderzoek, we weten namelijk van De Baanbrekers dat de meerderheid het liefst aan Nordic Walking doet aangezien joggen niet meer mogelijk is. Aangezien de soort activiteit ook meespeelt op de motivatie is het misschien belangrijk om met de survivor in dialoog te treden hieromtrent.

In Blaney et al, 2013 lezen we wat de geteste doelgroep het liefste deed:

* Wandelen (76,7%)
* Versterkingsoefeningen (36,0%)
* Lenigheidsoefeningen (32,3%)
* Zwemmen (32,2%)
* Yoga (27,3%)

De meerderheid (60,2%) verkiest bewegen aan een matige intensiteit. Meer dan 40% beweegt ook het liefst met andere ex-kankerpatiënten.

Verder raadt het ACSM het volgende aan;

|  |
| --- |
| “De soort fysieke activiteit wordt het best door professionelen getest en voorgeschreven. Een goede en veilige start voor deze doelgroep is om te beginnen met een programma met een lage- tot gemiddelde intensiteit. (Zoals wandelen.) Hierbij is geen begeleiding nodig. Oncologen spelen een belangrijke rol in het promoten en voorschrijven van bewegingsprogramma’s. Het is belangrijk te starten met een lage intensiteit en traag verder op te bouwen en verder af te stellen op de patiënt zijn feedback en symptomen.” (ASCM, 2019) |

### BOV-coaches

Onderzoek door het Vlaams instituut Gezond leven toont aan dat begeleiding de mate van beweging aanzienlijk beïnvloedt. Daarom vinden we het ook belangrijk de BOV-coaches te betrekken in deze bachelorproef.

|  |
| --- |
| Afbeelding met schermafbeelding  Automatisch gegenereerde beschrijving |
| (Vlaams Instituut Gezond Leven, s.d.) |

BOV of ‘Bewegen Op Verwijzing’ is een organisatie die mensen met gezondheidsrisico’s helpt een actievere en gezondere levensstijl aan te nemen. De coaches zijn verspreid over heel Vlaanderen en Brussel. Hij/zij luistert naar de noden van de patiënt en maakt vervolgens een beweegplan op maat.

Het is een initiatief dat ruimer werkt dan enkel voor (ex-)kankerpatiënten.

Via [www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/bov-coaches/](http://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/bov-coaches/) vindt de hulpbehoevende een coach in de buurt.

Er zijn wel twee voorwaarden aan verbonden:

* Hij/zij is gedomicilieerd in Vlaanderen of Brussel.
* Hij/zij heeft een verwijsbrief van zijn/haar huisarts. De hulpbehoevende komt in aanmerking voor een verwijsbrief als hij/zij minder dan 30 minuten per dag beweegt of dagelijks urenlang ononderbroken zit.

Als aan deze voorwaarden voldaan wordt, kan de survivor contact opnemen met een BOV-coach.

Er is zowel individuele begeleiding, als begeleiding in groep mogelijk. De BOV-coach helpt niet alleen op weg, hij/zij motiveert ook om het beweegplan effectief uit te voeren en vol te houden.

Het systeem werkt met 84 punten per kalenderjaar. Voor individuele begeleiding verliest de patiënt drie punten per kwartier, dat is twaalf punten per uur. Voor groepsbegeleiding gaat er één punt per kwartier af. Wanneer al de punten opgebruikt zijn, kan de patiënt nog steeds gebruik maken van een coach. De overheid komt in dit geval niet meer tussen. (Agentschap zorg en gezondheid, s.d.)

Naar eigen zeggen zijn 90% van de patiënten tevreden over hun BOV-coach. Op de website van het agentschap zorg en gezondheid lezen we dat 84 punten in de meeste gevallen voldoende is om deze mensen aan te zetten tot beweging.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bedrag | Individuele begeleiding per kwartier | Groepsbegeleiding per kwartier |
| Normaal tarief (€) | Maximaal: 5  Tussenkomst overheid: 10 | Maximaal: 1  Tussenkomt overheid: 4 |
| Tarief met verhoogde tegemoetkoming (€) | Maximaal: 1  Tussenkomst overheid: 14 | Maximaal: 0,5  Tussenkomst overheid: 4,5 |

Voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming gelden er andere tarieven. Er zijn ook ziekenfondsen die het bedrag dat de patiënt zelf nog moet betalen aan de coaching volledig of gedeeltelijk terugbetalen.

(Zorg en Gezondheid, sd)

Datzelfde onderzoek toont de voordelen van beweging op verwijzing aan. De resultaten kan u in onderstaande grafiek terugvinden;

|  |
| --- |
| Afbeelding met oranje  Automatisch gegenereerde beschrijving |
| (Vlaams Instituut Gezond Leven, s.d.) |

### Besluit

Bewegen is zeer belangrijk, dat is al meermaals bewezen. Zoals eerder aangehaald werd vroeger rust aangeraden bij kankerpatiënten tijdens en na de uitputtende kankerbehandeling maar dit is echter achterhaald.

Mensen die uit een kankerbehandeling komen moeten de draad opnieuw trachten op te pikken op alle vlakken. Hierbij hoort zeker ook wat tijd zoeken om fysiek actief te zijn. Het is wel belangrijk om het lichaam voldoende rust te gunnen wanneer daar nood aan is. Rust is dus nog steeds belangrijk.

Als de (ex-)patiënten de richtlijnen volgen, zouden zij van tal van voordelen kunnen genieten. Verder helpt deze frequente beweging ook bij het verhogen van de overlevingskansen. Zij die geen kanker hebben, kunnen door fysiek actief te zijn de kans op herval verminderen.

Naast de uitsluitend fysieke voordelen zijn er ook tal van psychische en sociale voordelen verbonden aan beweging. Voor sommigen worden die extra voordelen extra versterkt door te sporten met lotgenoten. Onze bevraagden gaven namelijk aan dat ze steun en begrip voelen door en voor hun lotgenoten. Dit zorgt voor een sterkere sociale band en die band zorgt op zijn beurt voor extra motivatie om te bewegen.

Uit onze online enquête blijkt dat de meerderheid van de ondervraagden op de goede weg is. Al moet hierbij wel rekening gehouden worden met het feit dat onze enquête ook ingevuld werd door mensen die deel uitmaken van een lotgenotengroep die fysieke activiteiten voorziet. De resultaten betreffende dit hoofdstuk geven we hier kort mee.

4% van de ondervraagden gaven aan dat ze sedentair gedrag vertonen. 29% gaf aan dat ze licht intensief bewegen en datzelfde percentage geeft aan dat men hoog intensief beweegt. 38% beweegt matig intensief.

De absolute meerderheid acht beweging zeer belangrijk of noodzakelijk. Slechts één iemand vindt het matig belangrijk.

We deden bij enkele professionals ook een bevraging omtrent bewegen na het kankerproces. Ook hier zagen we dat ze beweging als belangrijk achten. We vroegen hen om een score te geven op tien waarbij we als resultaat zagen dat iedereen tussen de acht en de tien op tien gaf. De meeste professionals gaven zelfs een tien. Naast de reeds eerder aangehaalde, wetenschappelijk bewezen voordelen gaven ze nog enkele redenen hiervoor;

|  |
| --- |
| “In mijn ogen zou revalidatie na kanker ‘verplicht’ moeten worden. Het zou gewoon een evidente stap in het ziekte- en/of herstelproces moeten worden. Bewegen verbetert de algemene conditie, zorgt voor meer kracht en spiermassa, helpt hart- en vaatziektes voorkomen, ontspant en geeft een fit gevoel, vermindert angst en neerslachtigheid, verbetert de levenskwaliteit, vermindert de kankergerelateerde vermoeidheid, helpt terug vertrouwen te krijgen in je lichaam en zoveel meer.” (Soenen, 2020) |

|  |
| --- |
| “Zeker een 10/10. Al zijn het maar kleine dingen zoals wandelen, het is enorm belangrijk. Ze gaan zich beter voelen, zijn gezonder en het is ook aangetoond dat de kans op herval verkleind wordt. Dat zijn ook allemaal redenen waar de mensen zich aan optrekken als ze deelnemen aan onze programma’s.” (Houtman, 2020) |
| “Ik zou het zeker een acht geven, minimum. Ik ga geen 10 geven omdat dat utopie is, dat zou er een beetje over zijn. Als je kijkt naar de zaken die je er terug bovenop kunnen helpen is dat wel een belangrijke stap. Mijn enige bedenking hierbij is dat niet iedereen dit kan. Vandaar de acht op tien. Veel mensen zijn na de behandeling niet in staat om opnieuw fysieke activiteiten te kunnen doen. Natuurlijk is een wandeling maken zeker ook een fysieke activiteit. Het moet dus ook aangepast worden volgens de eigen mogelijkheden.” (Decoster, 2020) |

|  |
| --- |
| “Mensen die niet bewegen voelen zich automatisch minder fit. En fit zijn is meer dan hoe je er uitziet. Dat is ook hoe makkelijk iemand een trap kan opstappen en ook hoe goed ze zich in hun vel voelen. Dus opnieuw dat psychologisch aspect dat erbij komt kijken. Ik geloof niet dat je enkel fysisch of mentaal in orde kan zijn. Ik zie dat als één pakketje, waarbij je het ene niet kan bereiken zonder het andere.” (Mergan, 2020) |

|  |
| --- |
| “10, even belangrijk als bij ‘normale mensen’. Maar elk volgens zijn eigen mogelijkheden. In alle omstandigheden is het belangrijk om fysieke beweging te hebben volgens de eigen mogelijkheden en interesses. Ook het sociale aspect van beweging is goed meegenomen om zo normaal mogelijk te functioneren en levensplezier te hebben.” (De Langhe, 2020) |

## Kanker

Kanker is een ziekte die veel kan vragen van de patiënt, vaak met een zware behandeling als gevolg.

Deze kan tal van bijwerkingen hebben waardoor de gezonde levensstijl en de gezondheid van de patiënt achteruit kan gaan. Dit is afhankelijk van de behandeling en de invloed op het lichaam maar ook op de motivatie en het psychologisch welbevinden van de patiënt.

Vermoeidheid is iets die bij 70% van de chemopatiënten voorkomt. Ze zijn zo uitgeput dat dit hun dagelijkse activiteit limiteert. Eens de patiënten de ziekte overwonnen hebben, blijft een deel nog altijd zitten met deze vermoeidheid, wat ook wel chronische vermoeidheid wordt genoemd. Daarnaast geeft het onderzoek aan dat 30% van de survivors ook een minder groot uithoudingsvermogen hebben.

(Dimeo, Stieglitz, Novelli-Fischer, Fetscher, & Keul, 2000)

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 14: Welke beperkingen ondervinden de survivors om (meer) te bewegen?  (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |

De deelnemers aan onze online bevraging geven daarnaast ook aan dat (kankergerelateerde) letsels ervoor zorgen dat ze minder bewegen. Ook het mentale aspect is niet te onderschatten, schaamte zorgt voor een bepaald deel van de doelgroep ook voor een indirecte beperking. Schaamte voor amputaties of vervormde lichaamsdelen en andere mogelijke redenen.

Wanneer iemand chemotherapie krijgt is fysieke activiteit niet altijd een evidentie. Cardiorespiratoire spierconditionering en -door chemotherapie veroorzaakte- bloedarmoede kunnen de werkcapaciteit van de spieren verminderen. Dit zal ervoor zorgen dat patiënten meer inspanning zullen moeten leveren om hun basisactiviteiten uit te voeren. Deze toenames in energieverbruik zullen ervoor zorgen dat een patiënt sneller vermoeid raakt, ook al slaagt hij er in de dagelijkse activiteiten te doen.

(Dimeo, Stieglitz, Novelli-Fischer, Fetscher, & Keul, 2000)

### Diverse behandelingen en hun bijwerkingen

Er zijn allerlei soorten behandelingen om kanker te bestrijden. De keuze van de behandeling wordt bepaald door een multidisciplinair medisch team. Zij nemen hun beslissing op basis van de soort kanker, de plaats en het stadia waarin de kanker zich bevindt. Het kan ook zijn dat een combinatie van behandelingen verspreid gebruikt wordt. (Pfizer, sd) (Stichting tegen kanker, 2017)

Mogelijke behandelingen zijn o.a. chirurgie, chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie, immunotherapie en stamceltransplantaties. (Kom op tegen kanker, sd)

Verder kunnen behandelingen ook voor verschillende doeleinden gebruikt worden:

**Een curatieve behandeling** wordt gebruikt met als doel de patiënt te laten genezen of de patiënt in remissie te brengen. Dit wil zeggen dat er geen kankercellen meer gevonden worden.

**Een onderhoudsbehandeling** wordt gebruikt na een eerste behandeling om de eerdere behandeling te laten aanhouden en zo meer controle over de ziekte en eventuele herval te hebben.

**Een neoadjuvante of preoperatieve behandeling** wordt gebruikt met als doel de tumor zodanig te verkleinen dat het kan weggehaald worden.

**Een palliatieve behandeling** wordt gebruikt om de pijn te verzachten en de ontwikkeling van de ziekte te vertragen of zelfs te stoppen. Deze behandeling zorgt niet voor een definitieve genezing, maar kan wel de levensduur van de patiënt verlengen.

(Stichting tegen kanker, 2017)

Wij hebben ervoor gekozen om chemotherapie, radiotherapie en chirurgie wat meer aandacht te geven aangezien deze respectievelijk 24, 25 en 23 keer aangegeven werd als behandelingswijze door de bevraagden. We zijn er ons van bewust dat ook de andere behandelwijzen bijwerkingen met zich meebrengen die al dan niet een beperking vormen voor een fysiekere levensstijl. Alleen is al deze bijwerkingen bundelen niet het doel van deze bachelorproef.

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 4: Behandelwijze van de deelnemers aan de online bevraging. |

#### Chemotherapie

Chemotherapie beïnvloedt alle cellen die snel groeien en delen in het lichaam. Dit omvat kankercellen maar ook normale cellen, zoals bloedcellen en tal van andere cellen in het lichaam. Wanneer chemotherapie een cel aantast zorgt dit voor bijwerkingen. Hoe ernstig deze effecten zijn hangt af van de sterkte van de chemo en de periode tussen de kuren. Meestal zijn deze bijwerkingen van korte duur, maar toch zijn er ook die langdurig of chronisch zijn.

Deze bijwerkingen kunnen schade bezorgen aan het hart, longen, zenuwuiteinden, nieren of aan de reproductieve organen. Verder zijn bijwerkingen verschillend van persoon tot persoon. (Komoptegenkanker, 2019) (Stichting tegen kanker, 2017)

Enkele mogelijke andere neveneffecten die voorkomen bij chemopatiënten en die betrekking kunnen hebben op hun activiteitsgraad zijn de volgende;

1. Veranderende eetlust:

Kort na of voor een chemobehandeling kan de patiënt soms minder zin hebben in eten of drinken. Soms kan het ook zijn dat de patiënt minder zin heeft in een maaltijd omdat je met angstgevoelens, zorgen of pijn zit. Ook vermoeidheid en/of de plaats/omvang kunnen een rol spelen op wat chemo juist doet. (Komoptegenkanker, 2019)

1. Misselijkheid

Bij chemotherapie krijgen de patiënten vaak te maken met misselijkheid. De oorzaak hiervan is dat het maagslijmvlies geïrriteerd geraakt. Naast misselijkheid komt er vaak ook braken bij kijken. Het is vooral belangrijk dat er genoeg gegeten wordt tussen de therapieën door. Dit zal ervoor zorgen dat de patiënt minder misselijk wordt. (Komoptegenkanker, 2019)

1. Constipatie

Chemotherapie kan de beweeglijkheid en zo de werking van de darmen verminderen. De behandeling is niet altijd de enige oorzaak van een verminderde darmwerking. Gebruik van bepaalde geneesmiddelen, pijnmedicatie, een ander voedingspatroon, verminderde lichaamsbeweging, angst, stress, depressie… kunnen ook bijdragen tot verstopping. (UZLeuven, sd)

1. Diarree

Door chemotherapie kan de patiënt diarree krijgen. Diarree komt door irritatie van het slijmvlies van de darm. Door de diarree kunnen vocht en voedingsstoffen minder goed worden opgenomen in de darmen. (Komoptegenkanker, 2019)

1. Haarverlies

Het tast ook de haarcellen en bijgevolg de haarstructuur aan. Het is persoonsafhankelijk of de patiënt kaal wordt of dat het haar dunner wordt. Naast hoofdhaar kunnen ook wenkbrauwen, wimpers, schaamhaar of ander lichaamshaar uitvallen.

Haarverlies is niet per se permanent, na de behandeling groeit het in normale omstandigheden terug. Het kan wel een andere kleur of structuur hebben. (Komoptegenkanker, 2019)

Dit kan voor de betrokkene schaamte teweeg brengen en zo een beperking vormen voor zijn/haar activiteitisniveau.

1. Huidverandering (huid die loskomt, verdonkert, droog wordt of jeukt)

Door de chemotherapie kunnen huidklachten de kop op steken. De huid bevat namelijk veel sneldelende cellen. Mogelijke klachten hierbij zijn: een droge of schilferige huid, plotselinge uitslag, snellere verkleuring of verbranding van de huid door de zon, bruine vlekken en bruine verkleuring, witte vlekken zonder pigment, acne, roodheid of jeuk.

Meestal kan de huid zich na het einde van de chemotherapie weer snel herstellen. (Komoptegenkanker, 2019)

Naast het gevoel van schaamte kan dit ook voor ongemakken zorgen tijdens het sporten.

1. Bloedarmoede

Bloedarmoede (anemie) is een mogelijke bijwerking van de chemotherapie. Bij bloedarmoede is het hemoglobinegehalte in het bloed te laag. Hemoglobine is een soort pigment dat de rode bloedcellen hun kleur geeft. Die laatste vervoeren de zuurstof naar de verschillende organen. Een laag hemoglobinegehalte wijst vaak, maar niet altijd, op een abnormaal laag aantal rode bloedcellen. Het zuurstoftekort veroorzaakt een of meerdere symptomen. (Komoptegenkanker, 2019)

1. Infecties

Chemotherapie tast vaak het beenmerg aan. Daarin worden witte bloedcellen gemaakt. Door infecties worden er tijdelijk te weinig nieuwe witte bloedcellen gemaakt. Witte bloedcellen zijn onderdeel van het afweersysteem. Minder van die bloedcellen kan leiden tot een verminderde weerstand en een grotere gevoeligheid voor infecties. Een infectie is te herkennen aan koorts. Bij koorts is de lichaamstemperatuur 38,5 ºC of hoger. Koude rillingen kunnen hier een symptoom van zijn.

Afhankelijk van de plaats van de infectie kunnen één of meer van deze klachten de kop op steken;

* buikpijn
* diarree
* slijm ophoesten
* pijn bij het plassen
* pijnlijke plekken in de mond of pijn bij het slikken
* troebele urine
* vaker plassen

Ongeveer 7 tot 14 dagen na de chemokuur hebben patiënten het minste witte bloedcellen en zijn ze dus het meest vatbaar voor een infectie. Dit heet een dipperiode. Er zijn nog geen oplossingen voor dit probleem. (Komoptegenkanker, 2019)

1. Lymfoedeem

Dit is een opzwelling van een bepaald lichaamsdeel ten gevolge van een slechtwerkende drainage in het lymfesysteem. Dit komt doordat vocht en afvalstoffen die het lymfesysteem vervoerd opgehoopt geraken en zo de zwelling veroorzaken. Bestralingen en operaties rond of van het lymfegebieden vergroten de kans op lymfoedeem. Dit is een chronische aandoening die niet pijnlijk is, maar wel vervelend, beperkend of schaamtelijk kan zijn voor de persoon in kwestie. (Kom op tegen kanker, 2017) (UMC Sint-Pieter, sd)

1. Tintelend gevoel in zenuwen en spieren

De behandeling kan de zenuwbanen beschadigen (neuropathie). Bij neuropathie werken één of meer zenuwen niet goed meer. Bij *perifere* *polyneuropathie*zijn de perifere zenuwen aangetast. Dit zijn de zenuwen die naar de armen en benen, handen en voeten lopen. Meestal zijn de uiteinden van deze zenuwen beschadigd. Dit heeft vooral invloed op de werking van de spieren en het gevoel.

Welke klachten de patiënt krijgt, hangt af van welke zenuwen aangetast zijn. (radboudumc, sd)

#### Radiotherapie

Radiotherapie is een behandeling waarbij een bepaald gebied van de patiënt met ioniserende stralen wordt bestraald. Deze beschadigen de kankercellen waardoor de groei stopt of de kankercellen sterven. Wanneer deze gestorven zijn breekt het lichaam deze dode cellen af en verwijdert ze uit het lichaam.

Deze behandeling kan dagen of weken duren. Sommige types kanker zijn niet gevoelig aan dit soort behandeling, in dat geval zal sowieso niet gekozen worden voor radiotherapie. (Kom op tegen kanker, 2019)

Het wordt enerzijds gebruikt om de kanker te behandelen maar anderzijds ook om kankersymptomen te verlichten. Ook kunnen ze de tumoren in grootte doen afnemen om andere organen niet te bedreigen of om een chirurgische ingreep te vergemakkelijken. Het kan dan ook als losstaande behandeling gebruikt worden maar ook samen met andere behandelingen zoals chemotherapie. (Stichting tegen kanker, 2017)

Radiotherapie wordt in twee grote categorieën verdeeld nl. interne en externe radiotherapie.

**Externe radiotherapie:** gebeurt door een machine die op de regio van de kanker straalt. (bv. Wanneer de patiënt longkanker heeft zal de borstkas bestraald worden.)

**Interne radiotherapie:** hierbij wordt het radioactieve middel in het lichaam gebracht. Dit kan vloeibare of vaste vorm zijn.

Het type van radiotherapie wordt bepaald volgens een aantal factoren, zijnde:

* De leeftijd van de patiënt.
* Het type kanker.
* De grootte van de tumor.
* De locatie van de tumor.
* De ligging van de tumor ten op zichtte van gezond weefsel.
* Je algemene gezondheid en medisch verleden.
* In hoeverre ook andere behandelingen zullen gegeven worden.

(National Cancer Institute, 2019)

Een nadeel is dat de gezonde cellen in het bestraalde gebied ook worden aangetast. Hierdoor kunnen bepaalde bijwerkingen optreden. Bijwerkingen hangen vaak af van de bestraalde regio.

De algemene, relevante bijwerkingen bij radiotherapie zijn moeheid, diarree, weinig eetlust en huidproblemen. De gevolgen op het beweeggedrag van de survivor zijn analoog aan de bijwerkingen van chemotherapie.

Wanneer voor vloeibare interne radiotherapie gekozen wordt, zullen lichaamsvloeistoffen zoals zweet, urine en speeksel voor enige tijd radioactief zijn. Een voordeel is dat deze behandeling pijnloos is. (Stichting tegen kanker, 2017)

#### Chirurgie

Curatieve chirurgie is een behandeling waarbij de tumor wordt weggesneden. Vaak wordt ook het omliggend weefsel weggehaald om zo de kans van het terugkomen van de tumor te verkleinen. Dit is een veelgebruikte techniek voor kankers waarbij er geen of weinig sprake is van uitzaaiing. (Stichting tegen kanker, 2017)

Naast wegsnijden zijn er nog andere soorten technieken die onder de noemer chirurgie vallen:

* Elektrochirurgie: er wordt gebruikt gemaakt van een elektrisch verwarmd mesje.
* Microchirurgie: de chirurg maakt gebruik van een microscoop. Dit is om zeer kleine weefsels te kunnen weghalen.
* Laserchirurgie: gebruikt licht om kankercellen te behandelen.
* Cryochirurgie: bevriest de kankercellen.
* Robotchirurgie: de chirurg maakt gebruik van een robot om te helpen bij de operatie.

(stichting tegen kanker, 2017)

Na een chirurgische ingreep kunnen er zich bijwerkingen voordoen. Dit kan heel specifiek zijn, zoals problemen met de spijsvertering nadat een stuk maag is weggenomen, maar kan ook algemener zijn.

Dit zijn de meest voorkomende bijwerkingen: (Stichting tegen kanker, 2017)

1. Pijn

Pijn na een operatie is heel normaal, om niet te zeggen onvermijdelijk. De pijn komt door de beschadiging van de weefsels rond de snede of het manipuleren van bepaalde organen tijdens de operatie. Hoelang de pijn duurt en hoe hevig die is, verschilt van de ene persoon tot de andere en hangt af van het type operatie. (Stichting tegen kanker, 2017)

1. Bloedingen/ Bloeduitstortingen

Dit kan een beperking vormen voor de survivor om te bewegen. Daarnaast kunnen grote

bloeduitstortingen ook zorgen voor schaamte.

1. Moeheid

Hiervoor verwijzen we graag naar punt 6.2.1.1. (chemotherapie).

1. weinig eetlust

Hiervoor verwijzen we graag naar punt 6.2.1.1. (chemotherapie).

1. Infecties

Hiervoor verwijzen we graag naar punt 6.2.1.1. (chemotherapie).

1. Vermoeidheid

Hiervoor verwijzen we graag naar punt 6.2.1.1. (chemotherapie).

1. Zwelling rond de plaats van de operatie

Zwellingen kunnen net zoals littekens zorgen voor een gevoel van schaamte. Daarnaast kan het ook een bewegingsbeperking vormen.

1. Littekens

Elke operatie laat littekens na. Het goede nieuws is dat de littekens na verloop van tijd vervagen en steeds minder zichtbaar worden. Hoe snel en hoe goed de wonde geneest, verschilt van persoon tot persoon. Dit kan bij bepaalde personen zorgen voor schaamte tijdens activiteiten zoals zwemmen, lopen en dergelijke meer. (Stichting tegen kanker, 2017)

## Het motivationele aspect van bewegen na een kankerbehandeling

|  |
| --- |
| "Motivation is the art of getting people to do what you want them to do because they want to do it." — Dwight Eisenhower (Politicus, 1890-1969). |

### Gedragveranderingsmodellen

Voor mensen die kanker gehad hebben is het niet altijd evident om de draad terug op te nemen. Laat staan te beginnen sporten. Sommigen zijn gemotiveerd om terug te bewegen doordat ze het positief effect ervan inzien, omdat ze het altijd al deden of omdat ze het gewoon leuk vinden. Voor anderen zal de stap iets groter en misschien ook lastiger zijn.

De bewegers doorlopen enkele typerende stappen waarbij hun gedrag stapsgewijs verandert.

De motivatie zal er niet altijd meteen zijn, die groeit bij elke persoon op een ander tempo en geholpen door andere motivatoren. De gedragsveranderingsmodellen hieronder geven meer uitleg.

#### Het gedragswiel

Het gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond Leven geeft een leidraad om de activiteitsgraad weer op te pikken en een succesvolle en duurzame gedragsverandering teweeg te brengen.

|  |
| --- |
| Op naar een gezonde leefstijl en omgeving | Vlaams Instituut ... |
| (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018) |

In de schematische voorstelling zijn drie voorwaarden te zien om een bepaald gedrag te stellen.

* De patiënt moet het kunnen en bereikt dus bepaalde [**competenties**](https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten#competenties).
* De patiënt moet het willen en heeft dus bepaalde [**drijfveren**](https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten#drijfveren) nodig.
* De patiënt moet binnen een bepaalde **context** leven waarbinnen dat gedrag mogelijk is.

Wanneer aan deze drie voorwaarden voldaan is, wordt de kans dat het nieuwe gedrag duurzaam gesteld wordt een stuk groter. Acties of methodieken die een gedrag willen helpen veranderen, zetten dan ook best in op deze drie voorwaarden. Deze determinanten kunnen niet los van elkaar gezien worden, maar vormen een complex samenspel van invloeden dat bij elk individu verschillend kan zijn. Zo kunnen ze elkaar versterken of net ondermijnen. In wat volgt worden de drie voorwaarden uitgelegd.

(Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

**Competentie**  
Met competenties wordt verwezen naar de vaardigheden en kennis die fysiek en psychisch nodig zijn om een bepaald gedrag te stellen of een ongezond gedrag af te leren.

Psychische competenties stellen de patiënt in staat om kritisch om te gaan met gezondheidsinformatie, om het persoonlijk gedrag te bekijken en zichzelf erop af te stemmen en om met tegenslagen om te gaan. Het is ook belangrijk dat de survivor weet wat gezond en ongezond is. Fysieke competenties zijn onder andere het klaar kunnen maken van een gezonde maaltijd of fysiek actief zijn. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

**Drijfveren**  
Drijfveren zijn de motivatie achter een bepaald gedrag. Wat maakt iemand gemotiveerd? Bv. iemand die een halve marathon wil lopen omdat hij voor zichzelf wil bewijzen dat hij dat kan. Maar ook iemand die veel Cola drinkt, omdat het hem/haar een energieboost heeft. Ze kunnen reflectief zijn, dit wil zeggen dat ze bewust dat gedrag stellen.

Reflectieve drijfveren zijn bepaalde attitudes ten opzichte van een gezond gedrag, doelen en intenties die de patiënt heeft, of uitkomstverwachtingen ten aanzien van gedragsverandering. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

Drijfveren zijn meestal automatisch en impulsief. Het gedrag wordt meestal door bepaalde emoties gestuurd. Dit gebeurt automatisch, denk maar aan het impulsief kopen van sportmateriaal, omdat een vriend het ook heeft gekocht.

**Context**  
Het gedrag wordt veelal bepaald door de omgeving waar het zich in voor doet. Bijvoorbeeld de mate van het loopgedrag bij iemands ouders of bij sportieve vrienden of veel reclame voor gezonde voeding in steden. De context kan een grote invloed spelen in het al dan niet stellen van een bepaald gedrag. Leeft iemand in een gezonde omgeving, dan zal die zelf ook gemakkelijker gezond gedrag vertonen. Het gaat om een fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke context.

Deze vier contexten kunnen iemands gedrag van dichtbij beïnvloeden. Bijvoorbeeld via interactie met familie en vrienden (microniveau), vanuit de groepen of organisaties waarin iemand leeft (school, werk en verenigingen) (mesoniveau) of vanuit de ruimere maatschappij (macroniveau).

(Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

#### Behavior of change: transtheoretical model (gedragsveranderingsmodel)

Het transtheoretische model (TTM) is ontwikkeld door Prochaska en DiClemente aan het eind van de jaren zeventig. Het evolueerde door studies die de ervaringen van rokers die op eigen houtje stopten vergeleken met diegenen die verdere behandeling nodig hadden om te begrijpen waarom sommige mensen in staat waren om te stoppen zonder externe hulp. Er werd vastgesteld dat mensen stopten met roken wanneer ze daartoe bereid waren.

Zo richt het TTM zich op de besluitvorming van het individu en is het een model voor opzettelijke verandering. De TTM gaat ervan uit dat mensen gedrag niet snel en slagvaardig veranderen. Integendeel, verandering in gedrag, vooral gewoon gedrag, treedt voortdurend op via een cyclisch proces. De TTM is geen theorie, maar een model. Verschillende gedragstheorieën en constructies kunnen worden toegepast op verschillende stadia van het model waar ze het meest effectief kunnen zijn...

Het transtheoretisch model van gedragsverandering toont aan dat individuen door **zes fasen** gaan wanneer ze een gedragsverandering doormaken. (Wayne, The Transtheoretical Model (Stages of Change), 2019) Ze worden hier onder besproken.

|  |
| --- |
| Afbeelding met schermafbeelding  Automatisch gegenereerde beschrijving |
| Schematische voorstelling van het transtheoretical model: (Prochaska, Johnson, & Lee, P, sd) |

**Voorbeschouwing** - In deze fase zijn mensen niet van plan om binnen afzienbare tijd actie te ondernemen. Mensen zijn zich er vaak niet van bewust dat hun gedrag problematisch is of dat het negatieve gevolgen heeft. In deze fase onderschatten ze vaak de voordelen van veranderend gedrag en leggen te veel nadruk op de nadelen van veranderend gedrag.

**Beschouwing** – Hier zijn mensen van plan om het gezonde gedrag te starten in de nabije toekomst (gedefinieerd als binnen de komende zes maanden). Mensen erkennen dat hun gedrag problematisch kan zijn en een meer doordachte en praktische overweging van de voor- en nadelen van het veranderen van het gedrag vindt plaats, met gelijke nadruk op beide. Zelfs met deze erkenning, kunnen mensen zich nog steeds ambivalent voelen in de richting van het veranderen van hun gedrag.

**Voorbereiding** - In deze fase zijn mensen klaar om actie te ondernemen binnen de komende 30 dagen. Mensen beginnen kleine stappen te zetten richting de gedragsverandering, en ze geloven dat het veranderen van hun gedrag kan leiden tot een gezonder leven.

**Actie** – In de actiefase hebben mensen onlangs hun gedrag veranderd en zijn ze van plan om verder te gaan met dat nieuwe gedrag. Mensen kunnen dit vertonen door hun probleemgedrag aan te passen of nieuw gezond gedrag te verwerven.

**Onderhoud** - In deze fase hebben mensen hun gedragsverandering een tijdje (gedefinieerd als meer dan zes maanden) volgehouden en zijn ze van plan om de gedragsverandering in de toekomst te handhaven. Mensen in deze fase werken om terugval naar eerdere stadia te voorkomen.

**Beëindigen** - In deze fase, hebben mensen geen zin om terug te keren naar hun ongezonde gedrag en zijn ze er zeker van dat ze niet zullen terugvallen. Aangezien dit zelden wordt bereikt en mensen veelal de neiging hebben om in de onderhoudsfase te blijven, wordt dit stadium vaak niet behandelt in de gezondheidspromotie programma's.

(Wayne , The Transtheoretical Model (Stages of Change), 2019)

Om vooruitgang te boeken in de diverse stadia doorlopen mensen verschillende processen. Tien veranderingsprocessen zijn geïdentificeerd waarbij sommige processen relevanter zijn voor een specifieke fase van verandering dan andere. Deze processen resulteren in strategieën die mensen helpen om veranderingen door te voeren en te behouden.

De strategieën zijn gebaseerd op de volgende kernwoorden;

1. Bewustzijn verhogen - Het vergroten van het bewustzijn over het gezonde gedrag.
2. Dramatische opluchting - Emotionele opwinding over het gezondheidsgedrag, of positieve of negatieve opwinding.
3. Zelfherwaardering - Zelfherwaardering om het gezonde gedrag te realiseren maakt deel uit van wie ze willen zijn.
4. Sociale herwaardering om te beseffen hoe hun ongezonde gedrag anderen beïnvloedt.
5. Sociale Bevrijding - Milieumogelijkheden die er zijn om de samenleving te laten zien is voorstander van gezond gedrag.
6. Zelfbevrijding - Toewijding aan gedragsverandering gebaseerd op de overtuiging dat het bereiken van het gezonde gedrag mogelijk is.
7. Relaties helpen - Het vinden van ondersteunende relaties die de gewenste verandering aanmoedigen.
8. Counter-conditioning - Het vervangen van gezond gedrag en gedachten voor ongezond gedrag en gedachten.
9. Versterkingsbeheer - Belonen van het positieve gedrag en het verminderen van de beloningen die afkomstig zijn van negatief gedrag.
10. Stimulus control - Re-engineering van de omgeving om herinneringen en signalen die ondersteunen en het stimuleren van het gezonde gedrag te hebben en degenen die het ongezonde gedrag aan te moedigen verwijderen.

(Wayne , The Transtheoretical Model (Stages of Change), 2019)

### Besluit gedragveranderingsmodellen

De hierboven besproken gedragsmodellen geven een beeld over gedrag, maar vooral over de mogelijkheid tot gedragsveranderingen. De uitkomst van de drie modellen is hetzelfde: een positief gedrag aanleren of een negatief gedrag afleren.

**Vergelijking modellen**

Het gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond leven geeft een eenvoudig kader weer voor het ordenen van alle mogelijke gedragsdeterminanten. Hier is rekening gehouden met de competenties van de persoon, de drijfveren, maar ook de context waar de persoon in leeft. Het schema is tevens heel overzichtelijk.

Het transtheoretical model houdt geen rekening met de drijfveren, of de context van de persoon. Het is eerder een model dat de stadia tot gedragsverandering weergeeft.

### Gedragveranderingsmodellen toegepast op de bachelorproef

Uit onze online vragenlijst bleek dat de doelgroep zich vooral spiegelde aan de onderhoudende fase van het gedragveranderingsmodel: behaviour of change.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voorbeschouwing | Beschouwing | Voorbereiding | Actie | Onderhoud | Beëindigen |
| 3% | 9% | 0% | 20% | 50% | 18% |

Uit bovenstaande gegevens kunnen we afleiden dat de helft van de ondervraagden zich in de onderhoudsfase bevindt. In deze fase hebben de mensen hun gedragsverandering al een tijdje volgehouden.

Tijdens de ondervraging bij professionelen hoorden we verschillende getuigenissen over gedragsveranderingen. Vooral bij de lotgenotengroepen kwam dit geregeld naar voren. Mensen die in het begin met niet veel zin komen trainen, vinden later toch het plezier in het bewegen.

Dit komt vooral door de succeservaring die de mensen ondervinden.

De meesten starten met het idee dat bepaalde dingen niet zullen lukken, maar eens die doelen behaald worden, groeit het zelfvertrouwen terug. Ze zijn trots op zichzelf, merken verbetering op mentaal - en fysiek vlak en willen dan nog beter worden. Deelnemers delen hun succeservaringen en dat moedigt ook weer de anderen verder aan. Ze doorlopen eigenlijk zo goed als alle fases van *het* *TTW-model*. Ook doordat ze dit niet alleen doen, maar in groep, zorgt voor zeer veel onderlinge motivatie.

Als we *het gedragswiel* toepassen op onze bevindingen, zien we bevestiging omtrent de drie voorwaarden tot gedragsverandering. Als een kankerpatiënt genezen verklaard is zal hij/zij niet meteen denken aan het fysieke aspect maar wil die de draad van het dagelijkse leven zo vlug mogelijk opnieuw opnemen. Velen hebben hiervoor begeleiding nodig en zeker om meer aandacht te geven aan bewegen. De meesten hebben de *competentie* niet om er aan te beginnen. Een coach of een kiné zijn hier dus een must.

Daar ex-kankerpatiënten een loodzwaar proces doorlopen is hun immuunsysteem ook sterk verzwakt.

Zeker ook *de context* waarin ze leven is zeer belangrijk. Als een patiënt van thuis uit ook gemotiveerd wordt om te gaan bewegen, zal het al veel gemakkelijker zijn voor hem/haar om die gedragsverandering vol te houden. Ook de begeleiding in het ziekenhuis behoort hier tot de context.

### Motivatietheorie

Motivatie wordt gedefinieerd als: “het hypothetische construct dat gebruikt wordt om de interne en/of externe krachten te beschrijven die de initiatie, richting, intensiteit en persistentie van het gedrag produceren” (Keegan, Harwood, Spray, & Lavallee, 2014)

Ex-kankerpatiënten hebben het niet altijd gemakkelijk om de motivatie te vinden om te bewegen. Sommigen waren al fysiek actief voor de behandeling, voor anderen is het helemaal nieuw. Voor de eerste groep zal de motivatie om te bewegen in het begin dan ook vaak hoger zijn dan voor de andere groep. Motivatie kan van heel wat factoren afhangen. In de onderstaande theorie worden de verschillende vormen van motivatie besproken. Ook wordt er uitgelegd wat de invloed van een rolmodel kan zijn op motivatie.

#### Zelfdeterminatietheorie

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) is een theorie rond de menselijke motivatie. Het werd ontwikkeld door de Amerikaanse professor in psychologie [Edward L. Deci](https://en.wikipedia.org/wiki/Edward_L._Deci) en de Amerikaanse professor in klinische psychologie [Richard Ryan](https://en.wikipedia.org/wiki/Richard_M._Ryan).

De theorie draait vooral rond de drie basisbehoeften. Als die bevredigd worden, kan de mens optimaal functioneren. De theorie wordt al in talrijke levensdomeinen toegepast.

De 3 basisbehoeften:

***Autonomie***

Autonomie is de drang om verbanden te zien tussen het eigen handelen en dat van anderen in de omgeving. Hier krijgen de kankerpatiënten keuzemogelijkheden en vrijheid.

***Verbondenheid***

Hier gaat het om de drang naar verbondenheid met de omgeving en andere individuen. De mens is een sociaal dier en heeft behoefte aan soortgenoten om mee om te gaan, zich mee te meten en om ermee te communiceren.

***Competentie***

Hier gaat het om de drang naar beheersing van de uitkomst, alsook de beheersing van eigen ervaringen. Het is ook belangrijk dat ex-kankerpatiënten zich competent voelen. Ze moeten het gevoel hebben dat ze iets kunnen.

**De verschillende types motivatie**

Als een individu geen zin heeft of geen intentie vertoond om fysiek actief te zijn en bijvoorbeeld het sporten links laat liggen, spreekt men van **amotivatie.** Dit wordt gekenmerkt door het gebrek aan regulatie, een gevoel van zinloosheid en apathie.

|  |
| --- |
| Afbeelding met schermafbeelding  Automatisch gegenereerde beschrijving |
| Schematische voorstelling van de zelfdeterminatietheorie: (Vansteenkiste, P Niemiec, & Soenens, 2010) |

Uit bovenstaand schema is af te leiden dat de ZDT een onderscheid maakt tussen **intrinsieke** en **extrinsieke** motivatie. Extrinsiek gemotiveerd gedrag verwijst naar de mate waarin mensen gemotiveerd zijn om bepaalde activiteiten uit te voeren omdat ze hierbij verwachten positieve uitkomsten te bereiken en de activiteit zelf niet als leuk ervaren. Dit gedrag is bijgevolg afhankelijk van externe invloeden en dus minder lang vol te houden dan intrinsieke motivatie. Aan de andere kant van het continuüm bevindt zich de meest intrinsieke regulatie, namelijk de intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie betekent het uitvoeren van fysieke activiteiten omdat de persoon het zelf als leuk ervaart. Deze mensen bewegen voornamelijk omdat ze de activiteit graag uitvoeren en hierbij persoonlijke vrijheid ervaren.

(Vermeulen, 2017)

De ZDT onderscheidt drie verschillende types van extrinsieke motivatie, namelijk **geïdentificeerde** regulatie, **geïntrojecteerde** regulatie en **externe** regulatie.

Een eerste vorm van extrinsieke motivatie is de **externe regulatie**. Individuen gedreven door een externe regulatie zijn gemotiveerd als ze achteraf een beloning verkrijgen. Maar ook zijn ze gemotiveerd om straffen te vermijden. Zo zullen survivors zich houden aan een beweegplan, zo vermijden ze dat ze op de vingers getikt zullen worden door hun coach.

Mensen die zich sterk laten drijven door een externe regulatie zijn doorgaans minder fysiek actief. Ze voelen zich minder goed in hun vel of presteren minder goed. Bovendien houden deze mensen de sportactiviteit minder lang vol.

(Vermeulen, 2017)

Een tweede vorm van extrinsieke motivatie is **geïntrojecteerde regulatie**. Bij geïntrojecteerde regulatie koppelen patiënten hun eigenwaarde aan het uitvoeren van een bepaalde activiteit. Hierbij kan hij/zij bepaalde regels van de coach wel volgen, maar deze niet volledig opnemen en accepteren voor zichzelf. Deze vorm van motivatie wordt namelijk versterkt door een interne druk zoals angst. Zo kan een individu een interne druk voelen om bepaalde regels te volgen omdat ze schuldig zou voelen indien ze dit niet zou doen. Zo zal bijvoorbeeld een langeafstandloper zich aan zijn schema houden, omdat hij zich anders schuldig voelt als hij het niet doet. Deze vorm van regulatie zal een patiënt op korte termijn kunnen vol houden, maar het zal moeilijker zijn om dit voor een langere periode te doen.

(Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer, 2009)

Vervolgens wordt een derde vorm van extrinsieke motivatie onderscheiden, namelijk **geïdentificeerde** **regulatie**. Bij deze motivatie ondervinden de betrokkenen de onderliggende waarde van de bewegingsbeoefening. Een persoon die bijvoorbeeld sport omdat het belangrijk is voor zijn gezondheid, erkent de waarde van het sporten.

Ten slotte wordt de vierde en laatste vorm van extrinsieke motivatie uitgelegd. Het gaat hier over **geïntegreerde regulatie.** Hier past de activiteit binnen het waardekader van de persoon.

In wat volgt gaan we in op een relevanter onderscheid inzake motivatie, namelijk de autonome versus gecontroleerde motivatie. (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer, 2009)

Individuen die **autonoom** gemotiveerd zijn, voeren fysieke activiteiten uit omdat het voor hen van persoonlijke waarde is en nuttig kan zijn. Deze vorm van motivatie bestaat uit intrinsieke motivatie waarbij individuen bewegen omdat ze het belangrijk vinden voor hun gezondheid of omdat ze het van nature leuk vinden. Anderen bewegen vaak omdat ze het gevoel hebben dat ze ‘moeten’ of als middel om een doel te bereiken. De ZDT beschrijft deze vorm van motivatie als **gecontroleerd** omdat deze personen vaak fysieke activiteit uitvoeren vanuit een bepaalde druk van zichzelf en/of anderen. Bv. ik moet sporten nadat ik kanker heb gehad, omdat ik dan snel weer gezond wordt. Mensen die in grotere mate autonoom gemotiveerd zijn rapporteren een hogere mate van welzijn, inspanning en activiteit. (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer, 2009)

|  |
| --- |
| Afbeelding met schermafbeelding  Automatisch gegenereerde beschrijving |
| Schematische voorstelling van de verschillende soorten interne – en externe motivaties: (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer, 2009) |

#### Besluit over de zelfdeterminatietheorie

Of patiënten veel inspanningen leveren tijdens hun beweegmoment en actief blijven binnen hun sport, is in grote mate afhankelijk van hun motivatie. De motivatie heeft immers een grote invloed op de bewegingsbeleving. Zo leidt goesting om te sporten tot een grotere betrokkenheid bij sport en het langer beoefenen van sport. Er zijn verschillende soorten redenen waarom mensen deelnemen aan beweegactiviteiten.

De theorie achter motivatie draait vooral rond de drie basisbehoeften. Als die bevredigd worden, kan de mens optimaal functioneren. Zo kan de theorie dus ook toegepast worden tijdens en na het kankerproces. De theorie is gebaseerd op drie basisbehoeften. Zo zal een ex-kankerpatiënt nood hebben aan *autonomie*. Hij/zij kan keuzes maken tussen verschillende organisaties waar ze terecht kunnen, maar ze kunnen ook de keuze maken tussen het in groep bewegen of liever individueel en welke soort activiteit ze wensen uit te voeren;

Ook de basisbehoefte *verbondenheid* is belangrijk. De patiënt moet het gevoel hebben dat hij/zij er niet alleen voor staat. Er moet een goed contact zijn tussen de uitvoerder en de professional. De ex-kankerpatiënt moet zich goed voelen. Door in een lotgenotengroep te sporten, sport men met mensen met dezelfde achtergrond waardoor ze zichzelf soms sneller thuis voelen.

Als laatste is er de behoefte aan *competentie.* De genezen oncologische patiënten hebben niet altijd genoeg kennis om te starten met sporten/bewegen na het kankerproces. Ze weten soms niet goed wat ze mogen of kunnen en wat niet. Hiervoor hebben ze professionele hulp nodig.

Ook ex-kankerpatiënten kunnen *Intrinsiek* of *extrinsiek* gemotiveerd zijn. Veel patiënten zullen extrinsiek gemotiveerd zijn. Sporten/bewegen doen ze niet omdat ze het graag doen, maar wel omdat ze het nut ervan in zien. Ze willen hun immuunsysteem terug kracht geven door fysiek actief te zijn. Maar evengoed doen ze het voor de sociale contacten met andere lotgenoten. Dan zien ze het eerder als een soort uitlaatklep.

Bij de ondervraagden was een minderheid fysiek actief omdat ze er achteraf voor beloond worden. Hier spreekt men van *externe regulatie*. De ondervraagden die de activiteit uit voeren omdat ze negatieve uitkomsten willen vermijden of omdat ze bang zijn voor de gevolgen nadien, behoren tot de groep van de geïntrojecteerde regulatie.

Sommigen ziet in dat bewegen belangrijk is voor hun gezondheid en zien het nut er ook van in. Dit behoort tot de *geïdentificeerde motivatie*. Wanneer ze persoonlijke waarde hechten aan het uitvoeren van sport, behoren ze tot de groep van de *geïntegreerde regulatie.* Maar ze kunnen natuurlijk ook intrinsiek gemotiveerd zijn. Hier zal de ex-kankerpatiënt het bewegen als leuk ervaren. Ze bewegen/sporten dan omdat ze het graag doen. Negentien bevraagden gaven aan dat ze intrinsiek gemotiveerd zijn. Ze vinden het plezierig om te sporten.

### Rolmodellen

Er bestaat geen universele definitie voor de term ‘rolmodel’. Maar enkele essentiële aspecten zijn: iemand om van te leren, te imiteren en/of te modelleren. Rolmodellen kunnen zowel bekende of onbekende personen zijn. Een rolmodel is een persoon die een voorbeeld is, het is een persoon die iemand graag zou willen zijn, nu of in de toekomst. Een beknopte omschrijving van een rolmodel is een individu die wordt gezien als een voorbeeld of als waardig om te imiteren. Er is echter een gebrek aan een uitgebreidere definitie van de term rolmodel waardoor onduidelijkheid en debat ontstaan. Er zijn echter wel elementen die in verscheidene definities terugkomen.

Een rolmodel is niet alleen een persoon van wie men iets wil leren, maar tevens iemand die men wil imiteren of modelleren. Het is geen vereiste dat een rolmodel zich bewust is van zijn voorbeeldfunctie om de functie van rolmodel in te nemen. Een rolmodel kan naast een persoonlijk bekende, zoals familielid, leraar of leeftijdsgenoot, ook iemand zijn die een persoon niet persoonlijk kent, zoals een beroemd persoon.

In *Talent binnenstebuiten: daag jongeren uit met hun talenten aan de slag te gaan* van Huub Nelis en Yvonne van Sark lezen we de volgende passage; “Volgens Eggens beoordelen mensen hun eigen prestaties door zichzelf te vergelijken met anderen. Dat vergelijken doen mensen in de vorm van identificatie of contrast. ‘Je kunt jezelf identificeren met iemand die ergens beter in is. Dan trek je je echt aan iemand op. Maar je kunt jezelf ook contrasteren met goede voorbeelden, door je daartegen af te zetten: “dat kan ik toch nooit.” Dat werkt vooral demotiverend.

Iemand die zijn ego wil beschermen, zal zich in sommige gevallen juist (omlaag) vergelijken met mensen die minder goed zijn dan zichzelf. Daardoor voel je je letterlijk beter, maar dat werkt lang niet zo stimulerend.’

Eggens haalt onderzoek aan naar het herstelproces bij kankerpatiënten. Daaruit bleek dat patiënten die zich bijvoorbeeld spiegelen met de wielrenner Lance Armstrong die kanker overwon en vele malen de Tour de France won, zich aan dit rolmodel optrekken en optimistischer zijn over hun eigen ziekteverloop. Een kankerpatiënt die zich spiegelt aan een ander die er nog beroerder aan toe is, verlaagt als het ware het eigen ambitieniveau, wat negatief doorwerkt op het herstelproces.” (Nelis & Van Snark, 2016)

Ook in *Literatuurstudie: Gebruik van rolmodellen* (Van Dick en Van der Velden) lezen we dezelfde passage.

*Talent binnenstebuiten: daag jongeren uit met hun talenten aan de slag te gaan* van Huub Nelis en Yvonne van Sark handelt over jongeren. Eggens daarentegen handelt over kankerpatiënten in het algemeen maar daarover vonden we de correcte bronnen niet terug. We kunnen uit de vorige passage wel aannemen dat rolmodellen weldegelijk een positieve rol kunnen spelen in de motivatie van survivors. De algemene conclusie die we kunnen trekken is dat de survivor, geholpen door een rolmodel, hoge verwachtingen kan stellen. Deze hoge verwachtingen brengt de doelgroep ook naar betere prestaties. (Nelis & Van Snark, 2016)

Het soort rolmodel; bekende persoon, persoon uit de familie- of vriendenkring of een topsporter, maakt niet uit. Een rolmodel is een persoonlijke keuze en voorkeur. De invloed van een rolmodel in het algemeen kunnen wij niet aantonen maar we hebben wel een vermoeden dat dit kan helpen. We vermoeden dat de invloed van rolmodellen groter zal zijn bij jongere mensen dan bij ouderen.

Wij nemen daarnaast ook aan dat mensen die voor hun behandeling fervent sporter waren eerder zullen opkijken naar (ex-)topsporters waar ze zich naar willen spiegelen. Voor anderen kunnen niet sportgerelateerde rolmodellen even goed of beter werken.

#### Bekende rolmodellen

**Thomas Van der Plaetsen**

Thomas Van der Plaetsen is een ex-topsporter en potentieel rolmodel voor jongere mensen in de doelgroep of mensen die voor hun behandeling al sportief waren.

“Back on Track” is de naam van de stichting van Van der Plaetsen verwijzend naar zijn eigen revalidatie. Amper zeven maanden na het afronden van de chemotherapie won Thomas de World University Games; minder dan twee jaar later werd hij Europees kampioen tienkamp en finalist op de Olympische Spelen in Rio. Met zijn foundation en zijn verhaal wil Thomas (ex-)kankerpatiënten inspireren, aanmoedigen, ondersteunen en bijstaan.

Maar ook mensen uitdagen om te vechten en te strijden om zo ook hun leven terug 'back on track' te krijgen is een belangrijke drijfveer van Van der Plaetsen.

Het Back on Track fonds zet zich in om (ex-)kankerpatiënten te ondersteunen en begeleiden in deze moeilijke fases, van diagnose naar behandeling en naar het opnieuw ‘back on track’ geraken in het normale leven. Het fonds organiseert bijkomende psychosociale begeleiding, revalidatieprogramma’s en andere initiatieven met als doel de zware behandeling waar mogelijk te verlichten. In tijden van besparingen binnen de gezondheidszorg, creëert Back on Track ruimte om de (ex-)kankerpatiënten blijvend te ondersteunen. (Van der Plaetsen , 2014)

Realistisch gezien zal het aantal mensen die zich zal vereenzelvigen met Van der Plaetsen klein zijn aangezien er weinig topsporters onder de gemiddelde (ex-)kankerpatiënt vallen. Toch is het mogelijk om in het verhaal van Van der Plaetsen de mogelijkheid tot bewegen op een degelijk niveau te herkennen. Natuurlijk is dit opnieuw zeer afhankelijk van persoon tot persoon. Naast Thomas zijn er nog enkele atleten die een dergelijk verhaal kunnen brengen zoals;

* Lance Armstrong
* Maarten van der Weijden
* Mario Lemieux

**Martine Tanghe**

Naast rolmodellen die actief zijn in de topsportwereld kunnen, zoals eerder vermeld, ook andere bekende mensen dienen als rolmodel.

|  |
| --- |
| "Vroeger liep ik veel. Ik ben heel blij dat ik opnieuw kan lopen. Ik ben blij dat ik een teken kan geven voor mezelf, maar ook voor al die anderen die het nieuws krijgen dat het geen doodvonnis hoeft te zijn. Het leven gaat door. Er is leven na kanker", aldus Tanghe in een krant van De Persgroep. |

#### Familie en vrienden

Los van bekende mensen kunnen ook familie en vrienden die het proces eerder doorlopen hebben als rolmodel dienen voor de doelgroep. Dit is volledig persoonsafhankelijk en moeilijk te verduidelijken voor de algemene doelgroep, daarom gaan we hier niet verder op in. Analoog aan het belang van ondersteuning van de sociale omgeving van de survivor kunnen we wel aannemen dat deze groep personen een grote rol kan spelen als rolmodel.

# Onze resultaten

## Bevragingen van het werkveld

Hier lijsten we graag de overeenkomstige standpunten uit de interviews met de professionals voor u op. De gedetailleerde conclusies per professional alsook de uitgeschreven interviews kan u in bijlage terugvinden.

Wanneer we de verschillende getuigenissen van professionelen samenleggen zien we enkele gemeenschappelijke inzichten. De resultaten van deze bevragingen zijn natuurlijk niet representatief voor het hele werkveld. Om representatieve gegevens te bekomen moeten alle ziekenhuizen en professionelen die van belang zijn in heel Vlaanderen bevragen en dat was in het kader van deze bachelorproef niet mogelijk. Daarom halen wij uit deze resultaten enkele terugkerende opmerkingen, analyses of werkpunten die we zullen meenemen in de ontwikkeling van onze tool.

De sociale factor van beweging en het belang hiervan keert bij elke getuigenis terug. Elke professional geeft aan dat de sociale omgeving van de patiënt van heel groot belang is voor zijn motivatie. Met de sociale omgeving wordt dan verwezen naar de eigen persoonlijke omgeving binnen het gezin, de familie of de dichte vriendenkring.

Daarnaast is het sociale karakter van beweging en sporten heel belangrijk. Wanneer patiënten kiezen om te sporten met hun lotgenoten is dit bijvoorbeeld omdat ze een gevoel van veiligheid en vertrouwen voelen in die omgeving. Daarnaast geven de professionelen en De Baanbrekers ook aan dat de motivatie wordt aangewakkerd door andermans vooruitgang te zien. Motivationeel en emotioneel is sporten met lotgenoten, voor diegene die het wil, een hele grote troef.

Wat we ook bij bijna elke professional zien is dat de behandeling van de doelgroep zowel tijdens als na de ziekte steeds heel individueel moet bekeken worden. Er moet een behandeling op maat komen waarbij rekening gehouden wordt met het verleden en de noden, wensen, doelen en beperkingen van de betrokken patiënt. Elke professional die wij bevraagden past dit reeds toe en ook De Baanbrekers zetten heel sterk in op een individueel traject ondersteund door professionelen.

Wat betreft motivatie blijkt dat elke professional reeds ondervonden heeft dat mensen die voor de diagnose al sedentair waren, moeilijk te stimuleren zijn na genezing. Dit lijkt ons dan ook een zeer belangrijk aandachtspunt om mee te nemen naar de ontwikkeling van onze tool.

Dit is een gevolg van het verschil tussen intrinsieke – en extrinsieke motivatie, waarvoor wij verwijzen naar de zelfdeterminatietheorie die u vindt in 5.2.1.

De ideale tool is volgens de professionelen laagdrempelig, interactief, informerend, gratis, heeft een groot bereik en is motiverend.

Ten slotte vindt elke professional beweging bij ex-kankerpatiënten noodzakelijk. Dit hoeft niet te verbazen aangezien het belang hiervan eerder ook al aangetoond is in wetenschappelijk onderzoek (zie 3.2).

## Bevragingen bij de doelgroep

Om de doelgroep te bevragen hadden wij oorspronkelijk een bezoek gepland aan De Baanbrekers tijdens één van hun activiteiten. Door de COVID-19 maatregelen is deze niet kunnen doorgaan en hebben wij het gehouden bij een anonieme online bevraging waarop 34 kankersurvivors hebben geantwoord.

We hebben daarnaast wel een online gesprek gehad met twee kankersurvivors; Caroline Coolsaet en Els Decoster.

De bevraging kan u via de volgende link terugvinden:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=6oDgtrmteUyTA23Pgm-4VHx0BBYmedlIk7frOhfuCMNUMTU1MU83SjY3TTM2NDZHT09UWUgxMU03SS4u>

Alle grafieken waarnaar verwezen wordt kan u terugvinden in bijlage.

### Spreiding van de online bevraging

Van de kankersurvivors die antwoordden op onze vragenlijst waren twee mensen tussen de twintig en de dertig jaar oud. Eén iemand was tussen de dertig en de veertig jaar.

18% of zes personen die deelnamen waren tussen 40 en 50 jaar oud, alsook de mensen die ouder waren dan 60 jaar.

De meerderheid, 56% of 19 mensen, waren tussen 50 en 60 jaar oud.

### Validiteit van de vragenlijst

Voor de verdeling van de kankercijfers per geslacht per leeftijdscategorie verwijzen we graag naar de taartdiagrammen in bijlage. Deze waren niet noodzakelijk voor ons onderzoek en hebben we daarom slechts in bijlage geplaatst. We vergelijken ook de algemene incidentiecijfers in 2017 en onze resultaten van de vragenlijst.

We zien dat de leeftijdscategorieën die het meest getroffen worden in België ongeveer overeenkomen met de resultaten van onze bevraging. Het verschil wordt mede veroorzaakt door het feit dat een deel van de bevraagden lid waren van De Baanbrekers. Daar is de gemiddelde leeftijdsgroep lager dan de algemene cijfers in België.

Daarnaast is dit ook een online vragenlijst waarmee niet iedereen overweg kan, dit is ook een potentiële verklaring voor het verschil.

We zien wel dezelfde stijging in aantallen naarmate de leeftijd stijgt. De algemene conclusie is dus dat de cijfers overeenkomsten vertonen en dat de verschillen min of meer logische verklaringen hebben.

Voor deze vergelijkende grafieken (Grafiek één en twee) verwijzen we graag naar pagina 59.

De verhoudingen in het geslacht van de bevraagden is verschillend aan de algemene cijfers kankercijfers voor Vlaanderen voor mannen (Belgian Cancer Registry, 2019) en vrouwen (Belgian Cancer Registry, 2019) in 2017. Onze verhoudingen zijn 88% vrouwen en 12% mannen, dit is te verklaren door het feit dat een deel van de bevraagden lid waren van De Baanbrekers. Bij De baanbrekers is er slechts één lid van het mannelijke geslacht en de rest zijn allemaal vrouwen. Dit beïnvloedt dus zeker deze cijfers. (Grafiek 3)

De meest voorkomende behandelwijzes in België zijn chemotherapie, radiotherapie en chirurgie. Dit is overeenkomstig met de resultaten van de bevraging. (Grafiek 4)

### Beginsituatie van de bevraagden

Op de vraag waar de mensen zichzelf zouden situeren op de bewegingsdriehoek (gezondleven, sd) kregen we het resultaat af te lezen op onderstaand taartdiagram. Belangrijk om te vermelden is dat een deel van de deelnemers aan de online bevraging lid was van De Baanbrekers.

Zij beïnvloeden de resultaten aanzienlijk aangezien zij automatisch buiten de categorie van sedentair gedrag vallen;

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 5: Binnen welke categorie van de bewegingsdriehoek zou u zichzelf situeren? |

Hierbij werden de volgende voorbeelden gegeven per categorie;

Sedentair gedrag; Sedentair gedrag of lang stilzitten is alles wat je doet terwijl je ligt of zit en waarbij je heel weinig energie verbruikt. Slapen hoort daar niet bij.

Voorbeelden: stilzitten op school, aan je bureau zitten op het werk, in de auto zitten, werken voor een beeldscherm

Licht intensief bewegen; Je beweeg vaker licht intensief dan je denkt.

Een paar alledaagse voorbeelden: staand bellen, staand knutselen, traag stappen, snookeren, yoga, licht huishoudelijk werk (afwassen, koken)

Matig intensief bewegen; Wat doet dat met je? Je gaat sneller ademen, dat noemen we aeroob bewegen. Je hart slaat sneller. Je bent niet buiten adem. Je kunt nog gewoon praten.

voorbeelden: (elektrisch) fietsen naar school of het werk, harken in de tuin, ramen wassen…

Hoog intensief bewegen; Wat gebeurt er met je lichaam als je heel intensief beweegt? Je ademt veel sneller (‘aeroob’ bewegen). Je hart slaat sneller. Je zweet. Je kunt moeilijk praten.

Voorbeelden: trappen oplopen met volle, boodschappentassen, stevig doorfietsen naar school of je werk, spitten in je tuin, joggen

(gezondleven, sd)

De bevraagden achtten beweging als zeer belangrijk tot noodzakelijk in. Beweging kreeg een gemiddelde score van 3,44 op vier waarbij één stond voor niet belangrijk, twee voor matig belangrijk, drie voor belangrijk en vier voor noodzakelijk. Dit bleek ook uit de actuele mate van beweging bij de bevraagden. 88% van hen geeft aan dat ze aan beweging doen, op eender welk niveau. Bijgevolg geeft 12% aan dat ze momenteel een sedentaire levensstijl hebben. We vroegen ook naar het toekomstperspectief van de mensen of welk doel ze voor zichzelf gesteld hadden. De professionals gaven al aan dat een individualistische aanpak waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en doelen van de personen heel belangrijk is. Daarom brengen we ook graag de persoonlijke doelen van de deelnemers in kaart. (Grafiek 6)

Het meest vooropgestelde doel is het verkrijgen van een gevorderde fysieke conditie gevolgd door een persoonlijk doel bereiken. Zichzelf uitdagen en een degelijke basisconditie verkrijgen zijn ook belangrijke streefdoelen. Het dagelijks functioneren herstellen is in mindere mate belangrijk voor de mensen. Al moet wel gezegd worden dat dit een conditio sine qua non om de andere, eerder vermeldde, doelen te bereiken.

De groep bevraagden is zeer gemotiveerd om meer te bewegen. Dit blijkt uit onderstaand diagram;

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 7: Bent u bereid om meer te bewegen? | |

We polsten ook naar de situering in het transtheoretical model (7.1.3.) van de deelnemers. We vroegen de mensen in welke van onderstaande fasen ze zichzelf inschatten met de volgende woorden uitleg;

Voorbeschouwing: U bent niet van plan om te beginnen sporten. U acht het onnodig, u denkt dat u het niet kan of denkt dat het niet helpt.

Beschouwing: U ziet het nut in van beweging en u denkt binnenkort het sporten aan te vatten. U ziet de voordelen in van beweging maar vindt ook enkele nadelen.

Voorbereiding: U begint binnen de maand (opnieuw) te sporten. U past al enkele kleinere veranderingen toe in uw levensstijl met het zicht op een gezonder leven.

Actie: U bent onlangs beginnen bewegen en u bent van plan dit voort te zetten. U beweegt regelmatig en onderhoudt dit.

Onderhoud: U beweegt ondertussen al meer dan zes maanden regelmatig en u bent nog steeds van plan dit vol te houden. U streeft ernaar om niet te hervallen in oude gewoontes.

Beëindigen: U beweegt ondertussen al meer dan zes maanden en u bent er zeker van dat u niet meer terug valt in oude gewoontes.

De absolute meerderheid van de survivors schat zichzelf in de onderhoudsfase waaruit we kunnen afleiden dat zij reeds aanzienlijke tijd bewegen en ook geen reden inzien om dit plots te veranderen.

Daarnaast schat 1/5 van de bevraagden zichzelf in de actiefase en evenveel mensen schatten zich in de beëindigingsfase. Respectievelijk betekent dit dat men onlangs een actievere levensstijl heeft aangenomen of reeds meer dan zes maand beweegt en dit zal blijven doen.

9% van de bevraagden plaatst zichzelf in de beschouwingsfase en geef hiermee aan dat ze het nut van beweging inzien maar dit nog niet daadwerkelijk omgezet heeft in de praktijk.

Overeenkomstig met grafiek 4 en 6 zien we dat drie procent van de bevraagden het nut niet inziet en daarom ook niet in de nabije toekomst zal beginnen bewegen. (Grafiek 8)

### Zelfgerapporteerde succesfactoren voor ex-kankerpatiënten voor een fysiek actieve levensstijl.

We besluiten dat de belangrijkste drijfveer om te bewegen het besef is dat het goed is voor de gezondheid. Daarnaast blijkt dat de mensen zich trots voelen en beweging leuk vinden ook duurzame drijfveren zijn. We polsten met deze vraag naar de motivatie van de mensen. (Grafiek 9)

Wanneer mensen bewegen omdat ze ervoor beloond worden, ze negatieve uitkomsten (straf, uitbrander) willen vermijden, ze bang zijn voor de gevolgen van geen beweging, ze trots zijn na afloop, ze inzien dat het goed is voor de gezondheid, ze het nuttig vinden of wanneer ze er persoonlijke waarde aan hechten dan spreken we over extrinsieke motivatie.

Bij bewegen omdat ze het leuk vinden spreken we over intrinsieke motivatie. Voor meer details verwijzen we naar 6.3.4.1.1.1.6

De survivors geven aan dat lotgenotengroepen, professionele begeleiding en toegankelijke sporten belangrijk zijn en hen meer zouden aanzetten tot bewegen. Net als bij de professionals zien we dus dezelfde succesfactoren terugkomen.

Daarnaast vinden de mensen een goede informering wat betreft de mogelijkheden waar ze kunnen sporten in de buurt en praktische tips goede facilitatoren. (Grafiek 10)

Bij de survivors die reeds lichaamsbeweging hebben polsten we ook naar hun specifieke drijfveren.

Hier koppelen we ook terug op de drie basisbehoeften van de zelfdeterminatietheorie. Hiervoor verwijzen we graag naar 6.3.4.1.

Naast het herstellen van de basisconditie en de levensstijl van voor de ziekte is opnieuw de sociale factor, de verbondenheidsfactor in de zelfdeterminatietheorie, een belangrijke drijfveer. (Grafiek 11)

### De voordelen van beweging na een kankerbehandeling.

De kankersurvivors die op dit moment opnieuw lichaamsbeweging hebben, op welk niveau dan ook, geven aan dat ze een verbeterd uithoudingsvermogen en een verbeterd fysisch functioneren voelen. Ook minder vermoeidheid en meer spiersterkte zijn voordelen die aangegeven werden door de bevraagden die in aanmerking kwamen. Een verbeterde levenskwaliteit is een subjectief en sterk persoonsafhankelijk gegeven maar wordt ook aangegeven als belangrijk voordeel. Voor elke persoon staat een hoge levenskwaliteit voor iets anders en hier gaan we dan ook niet verder op in. (Grafiek 12)

### Zelfgerapporteerde inhibitoren voor kankerpatiënten voor een fysiek actieve levensstijl.

We vroegen aan de bevraagden de redenen waarom ze niet meer bewegen of waarom ze minder bewegen dan vroeger. De mensen geven aan dat ze geen energie hebben of dat ze alternatieve bewegingsvormen uitoefenen.

Een andere belangrijke reden die de mensen heel wat mensen zelf aangaven waren, al dan niet kankergerelateerde, lichaamsletsels die hen naar eigen zeggen beletten om te bewegen.

Ook een gebrek aan tijd, begeleiding, zelfattitude en motivatie werd aangegeven als belangrijke redenen waarom mensen minder bewegen of niet consistent bewegen.

Daarnaast vroegen we ook naar de algemene beperkingen, waaronder de lichamelijke - maar ook maatschappelijke beperkingen. Hier is duidelijk dat zoals eerder gezegd fysieke letsels een grote beperking is om meer te bewegen maar daarnaast is het ook duidelijk dat de informering over de mogelijkheden te kort schiet. Onvoldoende ondersteuning door professionelen wordt ook relatief vaak aangegeven als beperking. (Grafieken 13 en 14)

### Vergelijking met niet-kankersurvivors.

Niet-sporters gaven in een studie naar de redenen waarom ze een passieve levensstijl hadden de volgende redenen aan;

|  |  |
| --- | --- |
| Heb ik helemaal geen tijd voor vanwege werk en/of gezin | 26 |
| Laat mijn gezondheid momenteel niet toe | 24 |
| Ik heb voldoende lichaamsbeweging | 23 |
| Ik weet het eigenlijk niet, het is geen gewoonte | 20 |
| Andere vrijetijdsbezigheden vind ik leuker | 19 |
| Te duur | 17 |
| Voor sporten ben ik te oud | 10 |
| Ik kan niet goed sporten | 9 |
| Ik vind het niet nodig om te sporten | 9 |
| Ik ken geen mensen om mee te sporten | 9 |
| Ik weet niet welke sport bij mij past | 6 |
| Reistijd naar een sportgelegenheid is te lang | 3 |
| Ik zie tegen het leren kennen van nieuwe mensen op | 3 |
| Ik zie tegen het leren van een (nieuwe) sport op | 2 |
| Ik ben niet goed op de hoogte van de sportmogelijkheden | 1 |
| Anders | 2 |
| Reden niet/weinig sport, niet-sporters van 16-80 jaar (minder dan 12 keer per jaar, in procenten).  Bron: SportersMonitor 2008, Mulier Instituut/NOC\*NSF | |

Wanneer we dit vergelijken met de redenen waarom onze doelgroep aangeeft dat ze weinig bewegen zien we verschillen maar ook punten van mogelijke gelijkenissen.

24% van de bevraagden geeft aan dat hun gezondheid het niet toelaat terwijl, rekening houdend met de verhoudingen, ook 16% van onze bevraagden dit als belangrijke reden geeft.

Ook het gebrek aan info geven de mensen aan als reden waarom ze zo weinig bewegen. Bij onze bevraagden geeft ongeveer 11% van de mensen dit aan. In bovenstaande tabel interpreteren we “Ik weet niet welke sport bij mij past”, “Ik ken geen mensen om mee te sporten”, “Ik ben niet goed op de hoogte van de sportmogelijkheden” als onvoldoende informering. Dit alles is ook goed voor 16% van de deelnemers aan die studie.

Naar gebrek aan motivatie is niet zozeer gepolst in de bovenstaande studie. “Ik zie tegen het leren van een (nieuwe) sport op” en “Ik zie tegen het leren kennen van nieuwe mensen op” geven wel sterke indicaties voor het gebrek aan motivatie.

### Design-criteria van een beweegincentive voor kankerpatiënten wiens behandeling is afgerond.

#### De belangrijkste noden voor de survivor.

De bevraagden geven aan dat de belangrijkste noden om meer te bewegen zelfwaardering, sociale ondersteuning en ongezond gedrag vermijden zijn. Dit toont aan dat onze doelgroep zich bewust zijn van de positieve voordelen van bewegen en het daarom belangrijk achten. Verder verwachten ze steun van familie en/of vrienden. Dit omdat het niet vanzelfsprekend is voor ex-kankerpatiënten om een actieve levensstijl terug op te bouwen. (Grafiek 15)

#### Type beweegincentive

De bevraagden geven aan dat een maandelijkse infobrochure, gefaciliteerd contact met lotgenoten en bewegingsevenementen hen het best zouden kunnen helpen. Opvallend is dat een app of website onze doelgroep minder aansprak. Dit zijn interessante bevindingen waar we rekening mee hielden wanneer we onze tool aan het uitwerken waren. (Grafiek 16)

#### De eigenschappen van de ideale tool.

De ideale tool is voor de survivors gratis, laagdrempelig, faciliteert het contact met lotgenoten en bevat tips voor een gezondere levensstijl. Een logisch gevolg van de nood aan informering over de beweegmogelijkheden in de buurt is dat ook dit in het ideale beweegincentive verwerkt wordt.

Tastbaarheid, het contact met professionelen, positieve verhalen en bij uitbreiding het motivationele aspect zijn ook zeer belangrijk om mee te nemen in de ontwikkeling van de tool. (Grafiek 17)

# 4-ward als ideale tool

Wij kozen uiteindelijk voor een algemene guide voor de survivors dat meegegeven kan worden met de patiënt bij het exitgesprek na de behandeling. Daarbij hebben we ook een extra guide ontwikkeld voor de professional met toelichting van 4-ward en praktische tips rond het promoten van bewegen tijdens een exitgesprek.

Als derde en interactieve luik hebben we ook een -voorlopig indicatieve- website ontwikkeld. Via de website kunnen de geïnteresseerden een startplan op maat bekomen door enkele vragen te beantwoorden. De survivor krijgt dan te zien waar hij/zij zich bevindt op de bewegingsdriehoek en hoe ze, indien nodig, naar een ander niveau kunnen geraken. De website werkt dus meer op maat terwijl de papieren guide heel algemeen gehouden is.

Deze tools zijn ontwikkeld met de bedoeling dat ze voor elke survivor motiveert en informeert. Daarom hebben we de tools zo laagdrempelig mogelijk gemaakt. Het is de bedoeling dat de patiënt het boekje krijgt tijdens het exitgesprek en dat de professional erop kan terugkoppelen indien nodig. Het is daarnaast natuurlijk volledig gratis.

Het faciliteert het contact met professionelen en met lotgenotengroepen en via de website maken we het nog persoonlijker door aan te geven waar in de buurt bewogen kan worden of welke professionals zich in hun omgeving bevinden. Daarnaast geven we hen ook enkele tips op maat om laagdrempelig te bewegen.

Deze website maakt de tool ook interactief en dat is belangrijk volgens de bevragingen. Ook de koppeling met het exitgesprek maakt het een interactieve tool waarnaar de professional kan teruggrijpen.

Het is niet enkel tijdens het exitgesprek bedoeld om te gebruiken aangezien elke professional die vaak in contact komt met de doelgroep 4-ward kan gebruiken. Daarom ook de guide voor de professional, het is een guide voor een (exit)gesprek met de survivor en hoe hem of haar op een duurzame manier te helpen.

Het kan over langere tijd kan gebruikt worden en moet dus niet steeds herwerkt en herdrukt worden. Het is daarnaast nog steeds bruikbaar wanneer de survivor reeds progressie geboekt heeft. De website is momenteel nog indicatief maar is bedoeld om heel gebruiksvriendelijk en overzichtelijk te zijn.

Er werd door de survivors aangehaald dat een website minder wenselijk was. Daarom dat we kozen om de website vrijblijvend te houden en 4-ward als basis van onze tool, die wel precies overeenkomt met wat de survivors aangeven als belangrijk.

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 17: Het ideale hulpmiddel heeft de volgende eigenschappen. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) |

## Voor de doelgroep

4-ward is niet zomaar een naam. Het wordt uitgesproken als fo(u)rward en doelt op de Engelse vertaling van vooruit (forward). De 4 staat voor de vier invalshoeken van dit boekje; moving forward, simply forward, positively forward en forward together.

De lay-out van 4-ward is bewust jong en speels gehouden omdat we geen denkbeeldige muur willen optrekken bij de survivor wanneer hij of zij het boekje in ontvangst neemt. De hele lay-out zorgt ervoor dat het boekje uitnodigt om te lezen.

Er is gekozen voor motiverend taalgebruik dat steeds spreekt vanuit de jou-persoon om de denkbeeldige afstand tussen het boekje en de lezer zo klein mogelijk te maken.

4-ward bevat volgende aspecten;

* Informatie over de voordelen van beweging. Zowel kankergerelateerde - als algemene voordelen.
* Informatie over hoe laagdrempelig te bewegen.
* Koppeling met de bewegingsdriehoek.
* Een getuigenis, quotes en een gedicht ter motivatie en inspiratie van de survivor.
* Algemene tips voor het aannemen van een actievere levensstijl.
* Informatie over lotgenotengroepen waar beweging centraal staat. Maar ook informatie over BOV-coaching. Daarnaast zijn ook de contactgegevens van de lotgenotengroepen gegroepeerd in het boekje.
* Informatie over andere ondersteuners.
* Een beweegdagboek waar de survivor een week lang zijn of haar beweegactiviteiten kan bijhouden.
* Hulp om persoonlijke doelen te stellen en deze te visualiseren.

## Voor de professional

We kregen te horen van survivors en diverse professionelen dat artsen zelf nog niet genoeg aansturen op beweging. Daarom hebben we beslist ook een guide te ontwikkelen voor de professional. We trekken het bewust breder dan enkel en alleen de arts aangezien elke (beweeg)professional het boekje kan gebruiken in zijn interactie met de patiënt/klant.

De guide bevat volgende aspecten;

* Informatie over bewegen.
* Concrete tips die helpen om een duurzame gedragsverandering te bekomen bij de patiënt.
* Toelichting over het beweegdagboek en over de persoonlijke doelen.
* Informatie over hoe zo een gesprek te voeren.

## Communicatieplan

Onze bedoeling is dat zoveel mogelijk mensen geholpen kunnen worden, daarom ontwikkelden we de tool ook in verschillende facetten. We trachten dat zowel elke relevante professional als elke kankersurvivor 4-ward kan gebruiken, elk op zijn manier.

Zoals eerder vermeld is 4-ward bedoeld om te gebruiken tijdens het exitgesprek maar we hebben ervoor gezorgd dat het bruikbaar is voor elke professional die de patiënt wil aanzetten tot een actieve(re) levensstijl. Dat betekent dus dat ook kinesisten, huisartsen, personal coaches en dergelijke meer deze tool kunnen gebruiken. Wanneer elke professional waarmee de patiënt in contact komt dezelfde stimulans biedt is de kans groter dat de patiënt zijn/haar gedrag ook daadwerkelijk aanpast. Stimulatie op verschillende niveaus is dus aan te raden. Voor een schematische versie verwijzen we naar de bijlagen.

### De doelgroep

Om zoveel mogelijk survivors te bereiken moeten we trachten zoveel mogelijk verschillende media aan te spreken. Carolina Coolsaet vertelde ons dat in het AZ Groeninge te Kortrijk na verloop van tijd iedere patiënt een pakket meekrijgt waarin verschillende flyers zitten.

Dit is volgens ons een begin, toch moet er ook gedacht worden om beweging daadwerkelijk aan te bevelen tijdens het exitgesprek en dus niet enkel de informatie droog mee te geven. Daarom lijkt het ons beter om 4-ward te gebruiken als leidraad voor het gesprek rond het opnieuw aanvatten van een gezonde levensstijl.

De Stichting tegen Kanker en Kom op tegen Kanker hebben respectievelijk 23.009 – en 71.418 volgers op Facebook. In het jaarverslag van de Stichting tegen Kanker lezen we dat in 2018, 3.568.539 unieke bezoekers kanker.be bezocht hebben en 33.873 mensen zich geabonneerd hebben op de nieuwsbrief van Stichting tegen Kanker. (Stichting tegen Kanker, 2018)

De precieze cijfers van Kom op tegen Kanker wat betreft het bereik vonden we niet terug. Wat we wel weten is dat ze met verschillende projecten en media werken. We kunnen concluderen dat hun bereik ook groot is.

Daarom is het onontbeerlijk om minstens één van deze organisaties mee te hebben in de verspreiding van de tool.

We nemen de Stichting tegen Kanker als voorbeeld aangezien precieze cijfers voorhanden zijn. 370 181

brochures, leaflets, boekjes, affiches... werden verstuurd op aanvraag. Dit betekent dat datzelfde aantal mensen het boekje in de brievenbus zou kunnen krijgen bij interesse. Daarnaast kan ook informatie op de website geplaatst worden wat het bereik nog aanzienlijk vergroot. Hiervoor moet natuurlijk aan de vereisten voldaan worden voor externe partijen.

Naast de exitgesprekken in het ziekenhuis kunnen de survivors ook altijd een 4-ward boekje ontvangen bij behandelende professionals die vaak in contact komen met de doelgroep. Ook lotgenotengroepen kunnen 4-ward gebruiken om nieuwe leden te motiveren. Daarnaast werkt het boekje ook in hun voordeel want ze kunnen nieuwe leden aantrekken via 4-ward. Op die manier kan een samenwerking tot stand gebracht worden die voor beide partijen voordelig kan zijn.

Op de website staat ook de pdf-versie waardoor de professional ook zonder de papieren versie een gesprek kan aanknopen met 4-ward als leidraad. Zowel professionelen als survivors kunnen op de website een papieren versie aanvragen door op een knop te duwen en enkele gegevens achter te laten. Zo kan de professional beide boekjes ontvangen wanneer hij/zij het nodig acht voor een bepaalde patiënt/klant.

### Professionals

Ook BOV-coaches moeten betrokken worden in het proces. Zij staan in nauw contact met hun patiënt en spelen een grote rol in het motivationele aspect. Daarom is het ook belangrijk dat aan hen deze informatie aangereikt wordt. We lazen daarnaast ook op de website van Moving Cancer Care dat lokale beweegcoaches uit het regulier beweegaanbod (bijv. fitness, sportclub, BOV-coaches) niet klaar zijn om in te spelen op specifieke noden van kankerpatiënten. (Arteveldehogeschool, 2019)

Daarom is het dus belangrijk dat we de guide ontwikkelden en dat deze uitgerold wordt voor alle professionals die vaak in contact komen met de doelgroep.

Personal coaches bijvoorbeeld komen in mindere mate in contact met deze doelgroep. Zij komen in het algemeen vaker in contact met sporters die gemotiveerd zijn of mensen die een bepaald doel voor ogen hebben zoals lichaamsgewicht verliezen of spieropbouw. Daarom is het belangrijk om deze tool aan te reiken om onze doelgroep op een aan de doelgroep aangepaste manier te kunnen begeleiden.

“De huidige ziekenhuis-gestuurde beweegprogramma’s hebben een relatief klein bereik en focussen zich doorgaans op een specifieke doelgroep.” (Arteveldehogeschool, 2019) De beweegprogramma’s in de afzonderlijke ziekenhuizen veranderen is in het kader van deze bachelorproef op dit moment te hoog gegrepen volgens ons. We willen wel bijdragen in de connecties tussen professionelen in en buiten het ziekenhuis. Daarnaast is deze tool ontwikkeld zodanig dat elke survivor ermee geholpen kan worden. Geen focus op een specifieke doelgroep dus. 4-ward kan een aanvulling zijn voor de ziekenhuizen en hun bestaande aanbod. Door 4-ward heeft elke survivor de kans op een persoonlijke begeleiding en krijgt geen enkele survivor het gevoel dat hij/zij er alleen voor staat.

Op de website van Moving Cancer Care lezen we ook dat zorgprofessionals (arts, verpleegkundige…) vaak over onvoldoende kennis, vaardigheden en tools beschikken om patiënten kwalitatief te informeren en begeleiden naar een actieve levensstijl. (Arteveldehogeschool, 2019)

Wat dat betreft vult 4-ward dit gebrek grotendeels op. De tool werkt informerend, motiverend en ondersteunend voor de doelgroep en informerend en ondersteundend voor de professional. Het bevat concrete tips om de kans op een duurzame gedragsverandering bij de survivor teweeg te brengen.

Huisartsen zijn vaak een eerste aanspreekpunt en een vertrouwenspersoon. Het is daarom belangrijk om ook huisartsen te betrekken bij forward. Ook zij kunnen een grote rol spelen in de motivering van de doelgroep.

# Algemeen besluit

Doorheen deze bachelorproef gingen we op zoek naar welke factoren een duurzame gedragsverandering bepalen omtrent lichaamsbeweging bij kankersurvivors. In de eerste hoofdstukken deden we vooral literatuurverkenning maar ook een bevraging bij ervaringsdeskundigen.

We onderzochten het belang van bewegen, wat in principe voor elke persoon belangrijk is, gezond of niet gezond. Daarnaast gingen we ook op zoek naar de invloed van de ziekte en haar behandeling op het menselijk lichaam en lichaamsbeweging in het algemeen. Daarna bundelden we ook enkele gedrags- en motivatietheorieën die een inzicht kunnen bieden op het mentale aspect van gedragsveranderingen.

Ook hebben we de invloed van rolmodellen onderzocht op het beweeggedrag van survivors.

Na het eerste deel van de literatuurstudie stelden we een (anonieme) online vragenlijst op voor de doelgroep bestaande uit twintig vragen. Deze vragenlijst bestond uit vier grote delen; persoonsachtergrond, eigen niveau van beweging, motivatie tot bewegen en hoe het ideale hulpmiddel er voor hen uitziet.

Na de doelgroep hebben we ook verschillende professionelen gecontacteerd zoals de Stichting tegen Kanker, beweegprofessionals en medische professionals. We vroegen naar hun ervaringen omtrent het onderwerp en vroegen naar de moeilijkheden en aandachtspunten vanuit hun perspectief. In deze getuigenissen waren enkele gemeenschappelijke punten terug te vinden. Deze punten zijn dan ook onze belangrijkste invalshoeken.

Door de Covid-19 maatregelen waren geplande observaties en face-to-face bevragingen niet mogelijk. We hebben de geplande interviews uitgevoerd via conference calls.

De volgende stap in het proces was het samenleggen van de conclusies uit de vragenlijst bij de doelgroep en de bevragingen bij de professionelen. De uitkomsten hiervan waren de basis voor de ontwikkeling van onze tool. Na overleg met onze promotor, Dimitri Vrancken, en na gezamenlijk te reflecteren kwamen we tot de conclusie dat een exitboekje de ideale tool was.

De doelgroep gaf daarnaast ook aan dat het gratis en laagdrempelig moest zijn. Dit in combinatie met de vereiste informatie voor de doelgroep en de haalbaarheid voor onszelf maakten het voor ons de juiste keuze.

Tot slot zijn we aan de slag gegaan voor de ontwikkeling van het exitboekje in combinatie met een illustratieve website voor meer informatie op maat. Ook voor de professionelen hebben we een kleine handleiding ontwikkeld om het belang van bewegen te benadrukken bij de patiënt/klant.

Dit boekje hebben we voorgelegd aan elke professional die we geïnterviewd hebben. We kregen antwoord van Caroline Coolsaet, Els Decoster, Ellen Tanghe en onze promotor Dimitri Vrancken.

Beweging na de kankerbehandeling zorgt naast de algemene voordelen ook voor kankergerelateerde voordelen. Zo zorgt het bijvoorbeeld voor een kleinere kans op herval en voor minder kankergerelateerde vermoeidheid maar ook voor hogere overlevingskansen. Het is dus sterk aangewezen om voldoende te bewegen na de kankerbehandeling.

Na het uitwerken van deze bachelorproef hebben wij de volgende belangrijkste factoren kunnen afleiden voor een duurzame gedragsverandering. Ten eerste is de (sociale) omgeving van een ex-kankerpatiënt heel belangrijk om voor een duurzame gedragsverandering te zorgen. We denken dan aan het mogelijks sociale aspect van bewegen maar ook de sociale ondersteuning door familie en vrienden. Ook de fysieke omgeving en de informering hieromtrent is heel belangrijk. We bedoelen hiermee de mogelijkheden in de buurt.

Informering en ondersteuning in het algemeen zijn nog twee belangrijke elementen. Informering over de voordelen van beweging en over de mogelijke ondersteuners en ondersteuning door professionelen zorgen ervoor dat het makkelijker wordt voor de cliënt om te bewegen en dit vol te houden.

Als derde belangrijke component zien we dat alles op maat moet gebeuren. Ondersteuning op maat, beweging op maat en volgens de interesses van de cliënt.

We zijn ervan overtuigd dat wanneer er geïnvesteerd wordt in een goede informering en ondersteuning op maat van de cliënt en indien nodig simultaan op verschillende fronten, een duurzame gedragsverandering het snelst bereikt zal worden. Terugkoppelend op de ZDT-theorie zorgt dit alles voor een bevrediging van de wens naar autonomie, verbondenheid en competentie.

Wat betreft de professionelen is een goede opleiding en ondersteuning zeer belangrijk. Daarom is een vervolgonderzoek naar welke hiaten er nog zijn in de opleiding nodig. Zeker aangezien artsen zelf aangeven dat ze over onvoldoende kennis, vaardigheden en tools beschikken om patiënten kwalitatief te informeren en begeleiden naar een actieve levensstijl. (Arteveldehogeschool, 2019) 4-ward is een tool die de professionelen kan helpen en ondersteunen maar structurele tekortkomingen zullen er niet door verholpen worden.

# Bibliografie

Belgian Cancer Registry. (2019, november 1). *Belgium: Females, number of invasive tumours by primary site and age group in 2017.* Opgehaald van kankerregister: https://kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2017/2017-F-BEL-Abs.pdf

Adé, A. (2016, januari). *Tienkamper Thomas Van der Plaetsen over zijn teelbalkanker.* Opgehaald van allesoverkanker.be: https://www.allesoverkanker.be/tienkamper-thomas-van-der-plaetsen-over-zijn-teelbalkanker

allesoverkanker. (2019, december 9). *Hoe vaak komt kanker voor?* Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/hoe-vaak-komt-kanker-voor

American college of sports medicine. (2019, november 25). *ACSM Guidelines for Exercise and Cancer*. Opgehaald van ascsm: https://www.acsm.org/blog-detail/acsm-certified-blog/2019/11/25/acsm-guidelines-exercise-cancer-download

Arteveldehogeschool. (2019). *Moving Cancer Care*. Opgehaald van arteveldehogeschool: https://www.arteveldehogeschool.be/projecten/moving-cancer-care-0

ASCM. (2019, November 25). *ACSM Guidelines for Exercise and Cancer* . Opgehaald van ACSM: https://www.acsm.org/blog-detail/acsm-certified-blog/2019/11/25/acsm-guidelines-exercise-cancer-download

Baker, P. M. (2005, november 22). *Predicting physical activity and outcome expectations in cancer survivors: an application of Self‐Determination Theory.* Opgehaald van onlinelibrary.wiley.com: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.990

Beelen, M., van Dooren, A., van Lieshout, R., Vreugdenhil, A., van Loon, L., & Schep, G. (2013). De rol van fysieke training en voeding binnen de oncologische revalidatie. *sportgeneeskunde*, 8-9.

*Behandelingen van kanker*. (2017, december 7). Opgehaald van Stichting tegen kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/behandelingen-van-kanker?gclid=EAIaIQobChMI\_uqv6fiC6AIVFobVCh1\_2QoXEAAYASAAEgLj\_vD\_BwE

Belgian Cancer Registry. (2019, november 1). *Belgium: Males, number of invasive tumours by primary site and age group in 2017.* Opgehaald van kankerregister: https://kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2017/2017-M-BEL-Abs.pdf

*Bijwerkingen - bloedarmoede*. (sd). Opgehaald van Stichting tegen kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/jongeren-en-kanker/bijwerkingen/bloedarmoede

Blaney, J., Lowe-Strong, A., Rankin-Watt, J., Campbell, A., & Gracey, J. (2011, oktober 6). *Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire–survey.* Opgehaald van Wiley online library: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2072

Brug, J. (2019, november 15). *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. Opgehaald van allesoversport.nl: https://www.allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/

Cancer Council Victoria. (sd). *Side effects of chemotherapy*. Opgehaald van cancervic.org: https://www.cancervic.org.au/cancer-information/treatments/treatments-types/chemotherapy/side\_effects\_of\_chemotherapy.html

Carolyn J. Peddle, R. C.-J. (2008). *Medical, demographic, and psychosocial correlates of exercise in colorectal cancer survivors: an application of self-determination theory.* Opgehaald van link.springer.com: https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-007-0272-5

*Chemotherapy*. (sd). Opgehaald van cancervic: https://www.cancervic.org.au/cancer-information/treatments/treatments-types/chemotherapy/side\_effects\_of\_chemotherapy.html

*Constipatie of verstopping bij chemotherapie*. (sd). Opgehaald van UZ Leuven: https://www.uzleuven.be/nl/chemotherapie/bijwerkingen/constipatie-verstopping

Damari. (2019, 26 juni). *Aanpak van vermoeidheid bij en na kanker*. Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/aanpak-van-vermoeidheid-bij-en-na-kanker#bewegen-en-sporten

*De betekenis van de diverse stadia van kanker*. (sd). Opgehaald van Pfizer: https://www.pfizer.nl/borstkanker/betekenis-van-diverse-stadia-van-kanker

Dimeo, F. C., Stieglitz, R.-D., Novelli-Fischer, U., Fetscher, S., & Keul, J. (2000, November 19). *Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy*. Opgehaald van Willey Online Library: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/(SICI)1097-0142(19990515)85:10%3C2273::AID-CNCR24%3E3.0.CO;2-B

Gezindsbond. (2019, mei 3). *Wat de partijen zeggen (5): kwaliteit van de opvang.* Opgehaald van www.goedgezind.be: https://www.goedgezind.be/dossiers/stem-gezin-19/partijen-kwaliteit-opvang/

Gezond Leven. (s.d.). *Waarom 10000 stappen?* . Opgehaald van 10000stappen.gezondleven.be: 10000stappen.gezondleven.be/waarom-10000-stappen

gezondleven. (sd). *Bewegingsdriehoek*. Opgehaald van gezondleven: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek

gezondleven. (sd). *HOOG INTENSIEF BEWEGEN*. Opgehaald van gezondleven: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/hoog-intensief-bewegen

gezondleven. (sd). *LICHT INTENSIEF BEWEGEN*. Opgehaald van gezondleven: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/licht-intensief-bewegen

*Kanker - bijwerkingen en adviezen*. (sd). Opgehaald van Radboudumc: https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/chemo-therapie/bijwerkingen/bijwerkingen-en-adviezen-bij-klachten/beschadigde-zenuwbanen

Kankerbestrijding, K. (2016, december). *Soorten behandelingen-chemotherapie*. Opgehaald van Kanker.nl: https://www.kanker.nl/soorten-behandelingen/chemotherapie/bijwerkingen/huidproblemen

Kom op tegen kanker. (2017, januari 20). *Mogelijke oorzaken van lymfoedeem*. Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/mogelijke-oorzaken-van-lymfoedeem

Kom op tegen kanker. (2019, april 8). *Wat is radiotherapie?* Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/wat-radiotherapie

Kom op tegen kanker. (sd). *Behandeling*. Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/behandeling

Komoptegenkanker. (2019, november 19). *Bijwerkingen chemotherapie en hoe ermee omgaan*. Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/bijwerkingen-chemotherapie-en-hoe-ermee-omgaan#misselijkheid-en-braken

Komoptegenkanker. (2019, november 19). *Wat is chemotherapie?* Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/wat-chemotherapie

KWF Kankerbestrijding, kanker.nl. (2016, december). *Langetermijngevolgen van chemotherapie*. Opgehaald van Kanker.nl: https://www.kanker.nl/soorten-behandelingen/chemotherapie/gevolgen/langetermijngevolgen-van-chemotherapie

*Lymfoedeem*. (sd). Opgehaald van stpierre-bru: https://www.stpierre-bru.be/nl/diensten/thema-klinieken/kliniek-voor-lymfologie/lymfoedeem

*Mogelijke oorzaken van lymfoedeem*. (2017, januari 20). Opgehaald van Alles over kanker: http://allesoverkanker.be/mogelijke-oorzaken-van-lymfoedeem

National Cancer Institute. (2019, januari 8). *Radiation Therapy to Treat Cancer*. Opgehaald van cancer: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy

Nelis, H., & Van Snark, Y. (2016). Je talenten benutten maakt je nuttiger. In H. Nelis, & Y. Van Snark, *Talent binnenstebuiten: daag jongeren uit met hun talenten aan de slag te gaan.* Utrecht/antwerpen: Kosmos.

*Onvruchtbaarheid na chemotherapie of radiotherapie*. (2017, juni 29). Opgehaald van Stichting tegen kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/bijwerkingen/onvruchtbaarheid-na-chemotherapie-radiotherapie

Pfizer. (sd). *De betekenis van de diverse stadia van kanker*. Opgehaald van pfizer: https://www.pfizer.nl/borstkanker/betekenis-van-diverse-stadia-van-kanker

Prochaska, J., Johnson, S., & Lee, P. (sd). *The Transtheoretical Model of behavioral change: een goede ‘kapstok’ voor fysiotherapeuten*. Opgehaald van www.psychfysio.nl: https://www.psychfysio.nl/3\_13\_1/

radboudumc. (sd). *Beschadigde zenuwbanen*. Opgehaald van radboudumc: https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/chemo-therapie/bijwerkingen/bijwerkingen-en-adviezen-bij-klachten/beschadigde-zenuwbanen

*Soorten therapieën*. (sd). Opgehaald van Stichting tegen kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/jongeren-en-kanker/behandelingen/soorten-therapie-n

Stichting tegen kanker. (2017, Juli 7). *Behandelingen van kanker*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/behandelingen-van-kanker?gclid=EAIaIQobChMI\_uqv6fiC6AIVFobVCh1\_2QoXEAAYASAAEgLj\_vD\_BwE

Stichting tegen kanker. (2017, juni 23). *Chemotherapie*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/behandelingen/chemotherapie

stichting tegen kanker. (2017, juni 23). *chirurgie*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/behandelingen/chirurgie

stichting tegen kanker. (2017, juni 23). *Radiotherapie*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/behandelingen/radiotherapie

stichting tegen kanker. (2018, oktober 8). *Seksualiteit*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/bijwerkingen/seksualiteit

Stichting tegen Kanker. (2018). *Van hoop naar overwinning: jaarverslag 2018.* Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/sites/default/files/publication/stk-jaarverslag-2018-links\_0.pdf

stichting tegen kanker. (2019, oktober 3). *Kanker in cijfers*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/kanker-cijfers

The U.S. Department of Health and Human Services. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans 2nd edition*. Opgehaald van https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical\_Activity\_Guidelines\_2nd\_edition.pdf

UMC Sint-Pieter. (sd). *Lymfoedeem*. Opgehaald van stpierre-bru: https://www.stpierre-bru.be/nl/diensten/thema-klinieken/kliniek-voor-lymfologie/lymfoedeem

UZLeuven. (sd). *Chemotherapie*. Opgehaald van UZLeuven: https://www.uzleuven.be/chemotherapie

UZLeuven. (sd). *Constipatie of verstopping bij chemotherapie*. Opgehaald van uzleuven: https://www.uzleuven.be/nl/chemotherapie/bijwerkingen/constipatie-verstopping

UZLeuven. (sd). *Irritatie of ontsteking van het mondslijmvlies bij chemotherapie*. Opgehaald van uzleuven: https://www.uzleuven.be/chemotherapie/irritatie-of-ontsteking-van-het-mondslijmvlies-bij-chemotherapie

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). *De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer.* Opgehaald van selfdeterminationtheory.org: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009\_VandenBroeckVansteenkiste\_GO.pdf

van den Dool, R. (sd). *Gedragsverandering bij ‘moeilijke’ groepen*. Opgehaald van www.kennisbanksportenbewegen.nl: https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=4720&m=1437571688&action=file.download

Van der Plaetsen , T. (2014). *Back on track foundation.* Opgehaald van Backontrackfoundation.com: https://www.backontrackfoundation.com/

van Dick, G., & van der Velden, N. (2016, april). *Gebruik van rolmodellen.* Opgehaald van adoc.tips: https://adoc.tips/literatuurstudie-gebruik-van-rolmodellen.html

Van Moerkerke, B. (2016, Oktober 27). Jan Bourgois en Barbara Van Ruymbeke over fysieke fitheid bij kanker. *Leven, 72*. Opgehaald van allesoverkanker: https://www.allesoverkanker.be/jan-bourgois-en-barbara-van-ruymbeke-over-fysieke-fitheid-bij-kanker

Vansteenkiste, M., P Niemiec, C., & Soenens, B. (2010, july). *The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions.* Opgehaald van www.researchgate.net: https://www.researchgate.net/publication/235294924\_The\_development\_of\_the\_five\_mini-theories\_of\_self-determination\_theory\_An\_historical\_overview\_emerging\_trends\_and\_future\_directions

Vermeulen, O. (2017). *WAAR HAALT DE JEUGD ZIJN MOTIVATIE OM TE SPORTEN?* Opgehaald van lib.ugent.be: https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/376/898/RUG01-002376898\_2017\_0001\_AC.pdf

vivio. (sd). *Minder eetlust*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/jongeren-en-kanker/bijwerkingen/minder-eetlust

Vivio. (sd). *Soorten therapieën*. Opgehaald van kanker: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/jongeren-en-kanker/behandelingen/soorten-therapie-n

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2018). *gedragsdeterminanten: een overzicht.* Opgehaald van gezondleven.be: https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/overzicht-gedragsdeterminanten.pdf

Vlaams instituut Gezond Leven. (sd). *Hoeveel beweeg je het best.* Opgehaald van Gezond leven: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/hoeveel-moet-je-bewegen/hoeveel-beweeg-je-het-best

Vlaams Instituut Gezond Leven. (s.d.). *Bewegen Op Verwijzing: wat en hoe?* Opgehaald van www.gezondleven.be: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing/wat-en-hoe

Vlaams instituut Gezond leven. (sd). *WAAROM IS BEWEGEN GEZOND?* Opgehaald van gezondleven: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek/waarom-is-bewegen-gezond

Vlaamse overheid. (s.d.). *Bewegen Op Verwijzing*. Opgehaald van www.vlaanderen.be: https://www.vlaanderen.be/bewegen-op-verwijzing

Vries, D. (sd). *Het ASE-model*. Opgehaald van wikiwijs.nl: https://maken.wikiwijs.nl/userfiles/fb5bcf63d0ffe87e949bd52821dae1ee1bc61f66.pdf

*Wat is chemotherapie?* (19, november 2019). Opgehaald van Alles over kanker: https://www.allesoverkanker.be/wat-chemotherapie

*Wat is kanker-behandeling*. (sd). Opgehaald van Alles over kanker: https://www.allesoverkanker.be/behandeling

Wayne , W. (2019, september 9). *The Transtheoretical Model (Stages of Change)*. Opgehaald van sphweb.bumc.bu.edu/: http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories6.html

Wayne, W., LaMorte, M., LaMorte, M., & LaMorte, P. (2019, september 9). *The Theory of Planned Behavior.* Opgehaald van sphweb: http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories3.html

Wesselman , M. (2015, december 21). *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. Opgehaald van allesoversport: https://www.allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/

Wikipedia. (2019, oktober 13). *Thomas Van Der Plaetsen*. Opgehaald van Wikipedia: https://nl.wikipedia.org/wiki/Thomas\_Van\_Der\_Plaetsen

Zorg en Gezondheid. (sd). *Bewegen op verwijzing*. Opgehaald van zorg-en-gezondheid: https://www.zorg-en-gezondheid.be/bewegen-op-verwijzing

Arteveldehogeschool. (2019). *Moving Cancer Care*. Opgehaald van arteveldehogeschool: https://www.arteveldehogeschool.be/projecten/moving-cancer-care-0

# Bijlagen

## Grafieken betreffende de online vragenlijst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 1: Leeftijd van de deelnemers aan de online bevraging. | |  | |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 2: kankercijfers per leeftijdscategorie bij vrouwen en mannen. (Cijfers: Cancer Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2017, Brussel 2019) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 3: Geslacht van de deelnemers aan de online bevraging. | |  | | |  | | --- | |  | | Grafiek 4: Behandelwijze van de deelnemers aan de online bevraging. | |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 5: Binnen welke categorie van de bewegingsdriehoek zou u zichzelf situeren? | | |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 6: Welk niveau van lichaamsbeweging zou u graag aankunnen in de toekomst? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 7: Bent u bereid om meer te bewegen? | | |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 8: Waar bevraagden zich inschatten in het Transtheoretic model. | |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 9: De beweegredenen van de bevraagden. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk) | | |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 10: wat zou het voor de survivors makkelijker maken om aan (meer) lichaamsbeweging te doen? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 11: Drijfveren om te bewegen van de bevraagden die reeds aan lichaamsbeweging doen. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | | |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 12: Welke voordelen ondervindt de reeds actieve survivors? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 13: Redenen waarom sedentaire mensen niet meer bewegen of waarom mensen minder bewegen dan voor de ziekte. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | | |  | | --- | |  | | Grafiek 14: Welke beperkingen ondervinden de survivors om (meer) te bewegen? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Grafiek 15: De bevraagden hebben nood aan … om (nog meer) te bewegen. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | | |  | | --- | |  | | Grafiek 16: Welk hulpmiddel zou u het best helpen (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | Grafiek 17: Het ideale hulpmiddel heeft de volgende eigenschappen. (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.) | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 18: Totaalcijfers kanker bij mannen in 2017 per leeftijdscategorie. (cijfers: Cancer Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2017, Brussel 2019) |

|  |
| --- |
|  |
| Grafiek 19: Totaalcijfers kanker bij vrouwen in 2017 per leeftijdscategorie.(cijfers: Cancer Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2017, Brussel 2019) |

## Communicatieplan 4-ward

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

## Bevindingen van professionelen

Voor deze bachelorproef contacteerden we mensen die in hun professionele leven vaak in contact komen met onze doelgroep. Daarnaast hadden we ook contact met De Baanbrekers, een lotgenotengroep die wandelen en lopen stimuleert bij kankerpatiënten met professionele ondersteuning.

### Els Decoster – Stichting tegen Kanker

Els Decoster is werkzaam bij de Stichting tegen Kanker en zelf een kankersurvivor. Wij stelden voor onze bachelorproef enkele vragen die mevrouw Decoster beantwoordde vanuit professioneel perspectief.

De belangrijkste conclusies uit dit gesprek vatten we hier samen;

Wat betreft de professionele ondersteuning vertelt mevrouw Decoster dat veel lotgenotengroepen vanuit ziekenhuizen gestuurd zijn en dat individuele lotgenotengroepen heel wat minder vaak voorkomen. Daarbij komt dat er voor bepaalde types kanker heel wat lotgenotengroepen bestaan en voor anderen amper of geen. Decoster opteert voor overkoepelende lotgenotengroepen waar iedereen welkom is.

Decoster benadrukt dat het belangrijk is om de mensen tijdens de behandeling in het ziekenhuis al te stimuleren om te bewegen. Nog belangrijker acht ze de opvolging buiten het ziekenhuis met fitnesscentra en dergelijke meer. Zo worden de mensen niet steeds geconfronteerd met hun verleden en kunnen ze op een relatief normale manier buiten het ziekenhuis sporten.

“Er zijn wel al heel wat personal coaches en interacties met fitnesscentra. Dus ik denk dat die verbinding nog beter moet gemaakt worden. Kinesisten worden ook bijgeschoold om met kankerpatiënten om te gaan, ook met de beweegsector lijkt me dat mogelijk.” (Decoster, 2020)

Het contact met personal coaches is volgens mevrouw Decoster onontbeerlijk voor een kwalitatief proces. Zelf op zoek gaan naar oefenstof is een grote valkuil, zo beginnen de mensen vaak met te moeilijke en te zware oefeningen die niet aangepast zijn aan de eigen capaciteiten. Een personal coach lost dit probleem op volgens Decoster.

Maar laat nu net daar het schoentje wringen, het is zeer ziekenhuis gerelateerd of het contact met personal coaches wordt gefaciliteerd. De informering is te sterk regio-afhankelijk en er is dus nog veel werk aan de winkel op dit vlak.

Het is heel belangrijk dat artsen patiënten genoeg informeren en doorverwijzen. De gepaste organisaties aanreiken is belangrijk aangezien veel mensen er zelf niet aan denken.

Wat betreft het belang van beweging verwijst Decoster naar wetenschappelijke studies (zie 6.1.5.) die bewijzen dat lichamelijke beweging na de behandeling belangrijk is. Het stimuleert namelijk het immuunsysteem en zou de kans op herval verminderen. Daarnaast verwijst ze ook naar het spreekwoord “Een gezonde geest in een gezond lichaam.” Decoster is ervan overtuigd dat dit des te meer van toepassing is op onze doelgroep.

Ten slotte vestigt Decoster ook de aandacht op de impact op de patiënt. Eerder in deze bachelorproef haalden we reeds de gevolgen van de behandeling op het lichaam aan en ook dit haalt Decoster aan; “De ziekte is een belasting voor je lichaam. Ook emotioneel is het een belasting, vaak heb je niet meer de fysieke capaciteiten dan voorheen en dat is voor de mensen heel moeilijk te aanvaarden.”

### De Baanbrekers – Lotgenotengroep

De Baanbrekers is een lotgenotengroep opgericht door en voor kankersurvivors. Het is een lotgenotengroep waar iedereen welkom is, onafhankelijk van het geslacht en het type kanker. Toch zijn de leden vooral vrouwen die borstkanker gehad hebben.

Er bestaan twee mogelijkheden bij De Baanbrekers; Nordic walking of lopen.

De organisatie werkt samen met een trainster (Ellen Tanghe) en een sportarts. Er is dus professionele begeleiding voorzien. Zij garanderen een individuele aanpak voor elk lid die z’n eigen rugzak heeft gevuld met mentale en fysieke gevolgen die ze overgehouden hebben aan de ziekte. Gemeenschappelijk hebben ze één doel: grenzen verleggen.

Uit eigen ervaring vertelt Caroline Coolsaet, lid van het bestuur van deze lotgenotengroep dat het succes achter lotgenotengroepen het sociaal contact is. De leden worden gestimuleerd en zijn gemotiveerd door de positieve evolutie die ze bij elkaar zien.

Zo wordt de conditie van de lopers hun conditie aan het begin van het jaar volledig gescreend. Dit aan de hand van de lactaattest, zuurstofopname enz. met behulp van een sportdokter. Die stelt dan een programma samen voor iedereen dat dan gebruikt wordt voor een half jaar tot de volgende screening. Bij de volgende screening wordt er gekeken hoeveel ze verbeterd zijn en krijgen ze een nieuw en indien nodig een nieuw programma.

Volgens Coolsaet (2020) is dit een heel belangrijke schakel in hun succes. “Mensen die in het begin met niet veel zin kwamen trainen, maar dan echt het plezier in het bewegen vinden. Bij hen zie je een gedragsverandering op fysiek vlak, maar zeker ook op vlak van motivatie.

Dit komt vooral door een succeservaring die de mensen hebben. De meesten starten met het idee dat ze bepaalde dingen niet zullen kunnen. Eens die doelen behaald worden, groeit dat zelfvertrouwen terug. Ze zijn trots op zichzelf, merken verbetering op verscheidene mentale en fysieke vlakken en willen dan verder beter worden. Deelnemers delen hun succeservaringen en dat moedigt ook weer de anderen verder aan.”

Het doel van De Baanbrekers bestaat uit twee facetten; enerzijds is er de fysieke conditie die men opnieuw wil opbouwen. Anderzijds probeert men ook de mentale gezondheid en ingesteldheid een boost te geven. Dit probeert men te bereiken door de mensen te laten bewegen. Voor sommigen blijft het bij bewegen, anderen tillen zichzelf naar een hoger niveau en komen sporten.

Voor Coolsaet is lichamelijke beweging zeer belangrijk, ze geeft er zelf een 9/10 voor als we haar vragen om het op een schaal te plaatsen.

|  |
| --- |
| “Ik geef het zeker een 9/10! Dit omdat je nadat je genezen verklaard wordt, het mentaal zwaar krijgt. Je zelfzekerheid is weg, je stressbestendigheid is weg, het is moeilijk te begrijpen, maar wel iets dat ik keer op keer hoor. Dan helpt het enorm om fysiek actief te zijn en om grenzen te verleggen. Je krijgt een mentale boost door grenzen op fysiek vlak te verleggen. Verder is het belangrijk dat mensen terug kunnen doen wat ze vroeger konden doen.” (Coolsaet, 2020) |

De organisatie werkt nauw samen met het AZ Groeninge in Kortrijk. Coolsaet haalt aan dat het ziekenhuis na verloop van tijd iedere patiënt een pakket meegeeft, waar ook hun flyer bij zit. Ze hebben ook een akkoord met de oncorevalidatie waarbij ze op het einde van een revalidatie zichzelf mogen gaan voorstellen, zodanig dat ze de mensen informatie kunnen meegeven maar ook kunnen aanspreken en motiveren om eens langs te komen. Dit is iets dat we ook hoorden in het interview met Els Decoster (Stichting tegen Kanker).

Ons exitboekje ligt in dezelfde lijn en is ook bedoeld om met de patiënt mee te geven.

### Werner Codde en Ivanna de Beer – Kinesisten

Werner Codde is een kinesist die zich voornamelijk gespecialiseerd heeft in myofasciale therapie en algemene kinesitherapie. Hij heeft in het verleden wel al mensen die binnen onze doelgroep passen behandeld, daarom polsten we naar zijn ervaringen.

Ivanna de Beer is een kinesiste die zich specialiseerde in; algemene revalidatie, pre- en postnatale begeleiding, bekkenbodemtherapie / pelvische reëducatie , psychomotorische revalidatie,

ademhalingskinesitherapie, winback therapie en schokgolftherapie. Ze behandelt zeer geregeld mensen uit onze doelgroep, voornamelijk borstneos maar soms ook longneos.

Codde geeft aan dat het voor ex-kanker patiënten even belangrijk is om te bewegen als voor de algemene patiënten die hij ziet. Hij vindt het wel belangrijk rekening te houden met het verleden van de patiënt. Hij acht het gezond houden van de patiënt als de voornaamste betrachtiging.

Elke patiënt heeft zijn/haar eigen ervaringen wanneer ze de kinepraktijk binnenstappen maar enkele zaken die terugkomen zijn wel vast te stellen.

Zo zijn sommige patiënten beschaamd voor hun lichaam na chirurgische tussenkomst. Dit zorgt ervoor dat enkele sporten voor deze patiënten uitgesloten lijken. Codde merkt ook dat patiënten die ervoor sedentair waren moeilijker te stimuleren na de behandeling, wat niet onlogisch klinkt.

De Beer acht haar belangrijkste taak in de begeleiding van onze doelgroep in het samenstellen van een individueel behandelplan, afhankelijk van de doelstellingen van de patiënt. De patiënt blijven motiveren speelt hier ook een heel belangrijke rol in. De uiteindelijke doelstelling die De Beer zelf het belangrijkste vindt is het herstellen van de oude levensstijl en de oude graad van beweging.

|  |
| --- |
| “Door het reva-schema individueel af te stellen, altijd rekening houdend met wat de patiënt zelf wil worden ze gestimuleerd. Het heeft geen zin om bijvoorbeeld zware conditietrainingen te geven bij iemand die absoluut niet graag sport, dit neemt hun motivatie weg. Of omgekeerd, aan sporters geven we zwaardere schema’s om hun conditie weer op te bouwen, die mensen hebben die uitdaging net nodig om door te gaan. Voldoende afwisseling in de oefeningen is ook zeer belangrijk. Kortom vooral kijken naar de persoon die voor je staat.” (De Beer, 2020) |

De behandeling van de patiënten is daarnaast zeer afhankelijk is van de soort kanker. In het algemeen wordt aan algemene reconditionering en spieropbouw gedaan.

Nog belangrijker acht ze de psychologische begeleiding van de patiënten. Dit geldt voor “normale” patiënten maar des te meer voor de doelgroep. Zeker als de therapie lang duurt en er niet altijd onmiddellijk resultaat is. Opnieuw is een zeer individuele behandeling dus aangewezen.

### Laurens Mergan en Ellen Tanghe – Personal coaches

Ellen tanghe is de trainster die de lotgenotengroep De Baanbrekers begeleidt in hun activiteiten. Zoals eerder vermeld werkt deze lotgenotengroep met begeleiding van professionelen.

Mevr. Tanghe spreekt vooral vanuit haar ervaring met deze lotgenotengroep en geeft aan dat zij voor deze doelgroep het belang van beweging zeer hoog inschat.

“De leden geven zelf aan dat ze voelen dat het beter gaat”, zegt Tanghe, “ze hebben daarnaast ook minder last van hun letsels als ze veel bewegen.”

De trainster schat daarnaast haar rol en die van dokter Buyse heel belangrijk. Geen ondersteuning krijgen van professionelen is een beperking die de leden zelf ook aangeven als één van de mogelijke redenen waarom een deel van de doelgroep minder zou bewegen.

Tanghe maakt slechts een klein onderscheid tussen kankersurvivors en mensen die dit proces niet doorstaan hebben.

|  |
| --- |
| “Je kan eigenlijk moeilijk onderscheiden wie wel kanker gehad heeft of niet. Als je het niet weet zal je bijna geen verschil kunnen zien. Als de mensen bij mij komen hebben ze de grootste miserie al achter de rug. Bijvoorbeeld bij Start to Run geef ik aan beide groepen eigenlijk hetzelfde schema. De enige uitzondering is dat ex-kankerpatiënten dagen gaan hebben dat ze sneller vermoeid zullen zijn. De hartslag stijgt vooral sneller doordat hun immuunsysteem een serieuze klap heeft gekregen.” (Tanghe, 2020) |

Het belangrijkste is dat de mensen naar eigen doelen kunnen werken. Bij De Baanbrekers werkt iedereen toe naar hun doelen maar zijn er ook gemeenschappelijke doelen. Vaak doet deze lotgenotengroep mee aan een 5 km loop of dergelijke meer. Dit is een gemeenschappelijk doel met dien verstande dat iedereen het op zijn eigen tempo vervolledigt.

Volgens Tanghe is het aangewezen om succesverhalen te delen en daarbij zoveel mogelijk kankersurvivors te bereiken. Succesverhalen zijn een goede motivator voor deze mensen. Binnen De Baanbrekers wordt iedereen gestimuleerd door positieve evolutie van een medebaanbreker.

Laurens Mergan is een personal coach die al sterk inzet op het begeleiden van onze doelgroep. Hij neemt deel aan het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek dat de Arteveldehogeschool voert. Daarnaast neemt hij ook deel aan het project **OncoFIT1**. Vanuit zijn ervaring geeft Mergan aan dat het mentale aspect in dit hele gegeven een heel belangrijke rol speelt. Wanneer er geen mentaal welbevinden is zal een fysiek welbevinden vaak ook moeilijk te bereiken zijn. De personal coach geeft ook aan dat het omgekeerde ook waar is, fysiek welbevinden zorgt niet automatisch voor mentaal welbevinden. Het is een totaalpakket waaraan gewerkt moet worden besluit Mergan.

Ten slotte is de band tussen patiënt en begeleider heel belangrijk volgens Mergan, het heeft een grote invloed op de motivatie en het doorzettingsvermogen van de patiënt.

|  |
| --- |
| “Ex-kankerpatiënten hebben vaak schrik om nieuwe dingen te doen of hun grenzen te verleggen, wat wel nodig is om voorruit te gaan. Daarom is het belangrijk om klein te beginnen, maar wel te zorgen voor dagelijkse beweging. Korte wandelingen, staand strijken, het gras afmaaien met een loopmaaier, de tanden poetsen op één been, … het zijn allemaal voorbeelden van kleine stappen richting intensievere vormen van beweging. Daarnaast is begeleiding op maat onontbeerlijk.” (Mergan, 2020) |

Wat betreft tools die de mensen kunnen aanzetten tot meer beweging na hun behandeling is Mergan duidelijk. Het moet laagdrempelig, gratis, interactief en eenvoudig te gebruiken zijn. Flyers en posters in de ziekenhuizen kunnen helpen om mensen te informeren maar het interactieve moet zeker aanwezig zijn op een andere manier volgens Mergan (2020).

Ook op professioneel vlak heeft Mergan enkele opmerkingen. Hij haalt aan hoe mensen hun visie op de beweegsector zou moeten veranderen. Ze zijn niet langer optioneel of enkel voor fitte gezonde mensen bedoeld, maar voor iedereen. En met de juiste opleidingen kunnen zij meehelpen waar nodig.

Daarnaastvindt hij dat er certificaten zouden moeten bestaan die aantonen dat bepaalde trainers of centra professionelen zijn op het vlak van bepaalde ziekten of aandoeningen. Zo kan de klant hier ook een terugbetaling voor krijgen.

### Alexander De Langhe – Huisarts

Alexander De Langhe is een huisarts en volgens ons is deze categorie van professionelen van heel groot belang in de begeleiding van kankerpatiënten. Van het moment van de vaststelling tot het moment waarop mensen genezen verklaard worden en zelfs daarna, in de nazorg, is een huisarts een belangrijke schakel in de keten. Ook Dr. De langhe geeft zelf aan dat de huisarts, in elke fase van het proces dat de patiënten doorlopen, een primaire of secundaire rol speelt.

In het begin, bij de vaststelling van de kanker is de oncoloog het aanspreekpunt voor de medische monitoring. Daarnaast is ook mentale monitoring belangrijk en in de praktijk is de huisarts vaak het aanspreekpunt hiervoor. De huisarts is een vertrouwenspersoon en staat op dat moment in voor de psychologische begeleiding.

Na afronding van de behandeling is het belangrijk dat de huisarts steeds waakzaam blijft voor mogelijke klachten die gerelateerd kunnen zijn aan de patiënt zijn verleden. Het cardiotoxisch effect is hier een voorbeeld van zegt Delanghe. (2020)

|  |
| --- |
| “Het belang van bewegen is eigenlijk hetzelfde als bij niet-kankerpatiënten. Voor hen is louter terugvallen op de kinebehandeling niet voldoende, hetzelfde geldt voor kankerpatiënten. Wel moet steeds gekeken worden naar eigen interesses en eigen mogelijkheden.” (De Langhe, 2020) |

De huisdokter geeft aan dat het ziektebeeld van elke patiënt anders is. Niet alleen het ziektebeeld maar ook de fysieke en mentale impact is bij elke patiënt anders. Daarom is die individuele begeleiding heel belangrijk. Er zijn heel wat uiteenlopende klachten die kankerpatiënten aangeven als beperking waarom ze niet meer bewegen. Met een individualistische blik, zegt De Langhe, zal er steeds een fysieke activiteit gevonden worden dat geen probleem is voor de patiënt in kwestie.

Ten slotte is de sociale factor van bewegen in veel gevallen minstens even belangrijk voor De Langhe als de begeleiding van professionelen.

### Sarah Houtman – Diensthoofd zorgprogramma oncologie

Mevrouw Houtman was in het verleden werkzaam als oncologisch verpleegkunde en is nu diensthoofd, verantwoordelijk voor het zorgprogramma van de oncologische afdeling in het AZ Sint-Lucas Gent.

Ze heeft in deze functie de leiding over een team van psychologen en begeleidingsverpleegkundigen. Samen met hen bekijkt ze hoe de zorg en het bewegingsgedrag van kankerpatiënten zo optimaal mogelijk kan maken.

In het AZ Sint-Lucas werkt men met reeds aan twee projecten; het B-Care –1 en het WE-Careprogramma2. Het B-Care- en het WE-Careprogramma duren beiden twaalf weken met een frequentie van tweemaal begeleidde fysieke revalidatie per week gecombineerd met informatiesessies.

Daarnaast geeft men ook een vervolg aan deze projecten met het CARE+ programma3, groepslessen die 1x per week op drie vaste tijdstippen in de week in K-fit, een lokale kinesistenpraktijk, doorgaan als nabehandeling op het B-CARE en WE-CARE programma.

|  |
| --- |
| “Het CARE+ programma is bedoeld voor patiënten die aan het einde zijn van hun behandeling. Deze mensen zijn dan wel genezen verklaard maar hebben moeite met opnieuw te bewegen. Ze willen wel, maar durven of kunnen de stap niet nemen naar fitnesscentra of een sportclub of dergelijke meer. CARE+ is dus een vervolgprogramma waarbij ze een individueel programma met onze kinesisten kunnen doorlopen.” (Houtman, 2020) |

Houtman vindt beweging voor onze doelgroep heel belangrijk. Het is bewezen dat de kans op herval verkleind wordt en daarnaast is het ook zo dat de mensen zich vaak beter voelen. Wat ze uit eigen ervaring meegeeft is dat het voor patiënten soms wel een drempel is om steeds opnieuw naar het ziekenhuis te komen. Het is immers een omgeving waar ze ingrijpend nieuws vernomen hebben en ze heel wat tijd gespendeerd hebben tijdens de behandeling. Sommige mensen zien dit helemaal niet meer zitten, zegt Houtman (2020).

Houtman en haar team proberen hier wel op in te spelen. Als mensen laten weten dat ze voor welke reden dan ook, zij het littekens, amputaties, schaamte, liever alleen deelnemen aan het programma, dan wordt er voorgesteld om een individueel programma te lopen bij onze kinesist. Sedentairen bij hen thuis begeleiden ziet Houtman als logistiek onhaalbaar, op dit moment.

Diezelfde voorgaande behandeling kan er ook gewoon voor zorgen dat er te veel vermoeidheid of demotivatie is bij de patiënten volgens Houtman. Het is onze taak om die motivatie opnieuw te laten toenemen en dat doen wij in de praktijk door te werken met persoonlijke doelen. Houtman geeft ook aan dat de patiënten die op haar dienst langskomen die begeleiding ook echt nodig hebben. Ze voelen er zich beter bij omdat ze weten dat ze in goede handen zijn en ze weten daarnaast ook dat de professional er alles aan zal doen om een positieve uitkomst te bekomen. Maar naast de begeleiding speelt de sociale factor ook een zeer groot belang. Een stimulans van de sociale omgeving werkt even goed als een stimulans door professionelen, aldus Houtman.

Het team van Sarah Houtman reikt zelf de helpende hand uit naar de patiënten die in aanmerking komen op de eigen dienst. Dit impliceert direct ook het eiland waarvan Houtman spreekt; “Om in alle ziekenhuizen soortgelijke revalidatieprogramma’s te introduceren die afgestemd zijn op mekaar zouden de universitaire ziekenhuizen het voortouw moeten nemen en dan andere ziekenhuizen laten aansluiten.

Nu zijn er te veel verschillende projecten die eilanden vormen.” (Houtman, 2020)

Tenslotte geeft Houtman een zeer belangrijke nuance mee omtrent de projecten in het AZ-Sint-Lucas;

|  |
| --- |
| “De patiënten die we rekruteren zijn gemotiveerd om te bewegen en waren veelal niet sedentair voor de behandeling. We zeggen ook op voorhand dat ze dan voor het volledige programma kiezen en niet na enkele sessies kunnen stoppen omdat het hen niet ligt. Uiteraard is er een groep mensen waaraan we dit voorstellen en die ervoor kiezen om niet deel te nemen. Je kan mensen die voor de ziekte al sedentair wel proberen te overtuigen, maar vaak hebben ze er nu zeker geen behoefte aan. Dit is een groep die een beetje uit de boot valt.” (Houtman, 2020) |

## Interview Els Decoster – Stichting tegen Kanker

Els Decoster werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Onderwerp van de BAP kort toelichten. |
| Ze vertelt kort dat er twee luiken zijn aan het gesprek.  Het professionele: haar werk bij de organisatie. Ze vertelt kort wat haar functie is: laureaten samen te brengen en kijken of ze mee kunnen doen in het onderzoeksprogramma van de Arteveldehogeschool.  Langs de andere kan is ze ook een ex-kankerpatiënt, daarom is het ook interessant om dit luik toe te lichten met voorbeelden. Ze kan op onze vragen vanuit deze twee luiken antwoorden. |
| Waar haalt de gemiddelde persoon volgens u het meest voldoening uit? Waar heeft hij/zij het meeste noot aan na het kankerproces? |
| De meesten hebben het zeer moeilijk na het proces, omdat ze ‘er alleen voor staan’. Om dan deel te nemen aan fysieke activiteit is voor haar het makkelijkst met lotgenoten. Daar hebben de mensen het meest aan. Alleen werken is psychologisch minder interessant dan het samen sporten met lotgenoten. Het sociale contact is dus heel belangrijk. Het is vooral makkelijker om het zo vol te houden. De ene gaat de andere motiveren. Als mensen dit alleen moeten doen is dit heel zwaar en haken ze snel af. |
| Welke algemene moeilijkheden ervaren mensen daar dan vooral bij? |
| Hierbij is het vooral de motivatie. Mensen moeten ook kunnen aanvaarden dat ze niet meer hetzelfde kunnen als ervoor. Dat is zeer confronterend.  Ik vermoed dat hoe dat verloopt en wat de beperkingen zullen zijn afhangt van persoon tot persoon?  Ja, dat is waar. Maar als je kanker hebt gehad is het heel zwaar. Het is een belasting voor je lichaam. Ook emotioneel is dit een belasting en vaak heb je niet meer dezelfde fysieke capaciteiten als voorheen. En dat is al een aanvaardingsproces. Het is vooral moeilijk als je zelf op zoek gaat naar oefenstof, dan begin je vaak met iets dat te zwaar is en niet aangepast is aan je capaciteiten. Met een personal coach zal je dit niet hebben. Dat is zeker een grote valkuil. |
| Je zegt dat de patiënten eigenlijk in een zwart gat vallen. Moeten de patiënten hier op eigen initiatief een personal coach zoeken? |
| Dit hangt enorm af van ziekenhuis tot ziekenhuis. Er is ook een grote variatie naar het type kanker dat je hebt gehad. Maar momenteel is het vooral ziekenhuis gerelateerd.  Zijn er ook ziekenhuizen die samenwerken met coaches of organisaties?  Vanuit de stichting hadden ze zelf personal coaches en op een gegeven moment hadden ze beslist om projecten te financieren. Ziekenhuizen konden zich inschrijven en projecten voorstellen. In 2019 zijn er verschillende geselecteerd geweest. Dit noemt **Grands fysieke activiteit**. Hierbij was ons doel om dit uit te kunnen rollen naar verschillende ziekenhuizen en zo veel meer patiënten te kunnen bereiken. Op onze website kan je zien welke ziekenhuizen dat zijn. Ook staat op de website een samenvatting van die projecten. Bij veel projecten start de behandeling al in het ziekenhuis en dat wordt dan verder gezet buiten het ziekenhuis. Hierbij is er een samenwerking met fitnesscentra. Zo moet een ex-kankerpatiënt niet altijd terug naar het ziekenhuis om de fysieke activiteit te kunnen doen. Want anders word je er telkens terug mee geconfronteerd. |
| Moest u het belang van beweging op een schaal van 0 tot 10 bekijken, waar zou u de fysieke activiteit dan plaatsen? |
| Ik zou het zeker een 8 geven, minimum. Ik ga geen 10 geven omdat dat een utopie is. Dat zou er een beetje over zijn. Als je kijkt naar de zaken die je er terug bovenop kunnen helpen is dat wel een belangrijke stap. Mijn enige bedenking is hierbij dat niet iedereen dit kan. Vandaar de acht op tien. Veel mensen zijn na de behandeling niet in staat om opnieuw aan fysieke activiteiten te kunnen doen. Natuurlijk, een wandeling maken is zeker ook een fysieke activiteit. Het moet dus ook aangepast worden volgens de mogelijkheden.  We zien natuurlijk ook staand strijken, of het gras af rijden als een fysieke activiteit. Waarom is de fysieke activiteit juist zo belangrijk. Is het enkel voor het goed gevoel van de persoon of is het eerder het sociaal contact dat zo wordt gestimuleerd?  Ik denk dat het allebei is. Het is wetenschappelijk bewezen dat als je blijft bewegen, tijdens en na je kanker, je immuunsysteem stimuleert. Het zou je herval verminderen. Voor je geest is het ook goed. Een gezonde geest in een gezond lichaam, er is daar zeker iets van waar. Als je daarbij deze activiteiten met je familie of nog beter met lotgenoten doen, kan dat helpen je gedachten te verlossen. Er zijn natuurlijk ook mensen die het liever helemaal alleen doen.  Hoe belangrijk acht u dan de lotgenotengroep voor mensen die het wel liever sociaal doen? Is dit doorslaggevend?  Voor mij zou dit zeker doorslaggevend kunnen zijn.  Kent u organisaties die fysieke activiteiten organiseren voor ex- kankerpatiënten?  Ja er zijn veel organisaties, maar vaak is het vanuit het ziekenhuis doorgestuurd. Lotgenotengroepen die zelf dingen organiseren is er een vraagteken. Als jullie daarin geïnteresseerd zijn wil ik zeker eens navragen. We ondersteunen zelf een 10-tal organisaties. |
| Is dat contact naar de lotgenoten groepen gemakkelijk? Weten de mensen genoeg wie ze daarvoor kunnen contacteren? |
| Voor vrouwen met borstkanker zijn lotgenotengroepen zeer goed gekend. Daar wordt zeer veel voor gedaan. Ook voor mannen met darmkanker. Darmkanker en huidkanker is voor beiden ook goed gekend. Voor sommige kankers is dit veel moeilijker en soms bestaan er geen. Ik zou graag hebben dat er een overkoepelende organisatie komt. Waar je als ex- kankerpatiënt sowieso kan in stappen.  Merkt u ook in de professionele context dat er te veel verspreiding is?  Mensen hebben dat nog niet met zoveel woorden gezegd. Bv. mensen met borstkanker zijn de grootste percentages en daar worden veel activiteiten voor georganiseerd. Maar de mensen met kanker waar er niets voor wordt georganiseerd, die ga je ook niet horen. Het kan zijn dat die nood er wel is maar dat die informatie niet tot bij ons komt.  Welke initiatieven steunen jullie dan precies?  We spenderen ongeveer 200 000 euro aan organisaties. Zo proberen we elke kankerpatiënt te bereiken.  Dus jullie ondersteunen beginnende projecten, zodat ze uiteindelijk zelf kunnen draaien?  Ja dat is de bedoeling. |
| Zouden er nog dingen zijn dat het beweeggedrag van de mensen stimuleert naast het sociale aspect en naast het feit dat ze de kennis hebben van de lotgenotengroepen? |
| Sommige mensen worden door een dokter niet geïnformeerd dat zoiets bestaat. Dit zou door alle ziekenhuizen moeten gebeuren. Of toch ten minste een doorverwijzing naar organisaties. Het moet beter aangereikt worden, want als je net uit het ziekenhuis komt is dit zeker niet het eerste waar een patiënt aan gaat denken. |
| De mensen krijgen na hun behandeling de boodschap mee dat het goed is gezond verder te leven. Krijgen mensen dan niet automatisch de gedachte om te gaan sporten? |
| Dat zal zo zijn bij mensen die ervoor ook al veel sporten, maar zeker niet bij de mensen die een redelijk sedentair leven hadden.  Hoe zouden we het best de mensen kunnen bereiken? In een soort van tool.  Ik heb er een beetje over zitten nadenken. Ik zie het vrij groot. Onder de vorm van een tv-spot, zodat iedereen bereikt wordt. Ik heb ook gedacht we zitten nu in een digitale wereld. Daarom is een app misschien ook wel goed. Maar je moet al eerst die mensen bereiken dat er een app bestaat. Dat is zeker niet gemakkelijk. Ik weet ook niet goed of die app dan mensen zal stimuleren om aan de activiteit te doen. Het zou dan al een projectje moeten zijn die je dan ook gaat uittesten. Met een controlegroep en een groep die dan de app gebruikt. En achteraf kijken of je een verschil ziet in bewegingspatroon tussen die twee groepen. Iedereen wil altijd een app ontwikkelen, maar is dat dan de manier om het probleem op te lossen. Ik denk het niet. En als je dan ook kijkt naar de gemiddelde mensen die kanker hebben zijn ze ook meestal al aan de oudere kant. Dit is niet altijd toegankelijk voor hen.  In onze resultaten van het online interview zagen we dit inderdaad ook en daarom waren we er ook al een beetje van afgestapt.  Tenzij dat je in face to face contact die mensen kan warm maken, een smartphone geven en met veel enthousiasme die app gaat uitleggen. Dan zien die mensen het misschien zelf als een revolutie. Maar ik denk dat het dan nog steeds niet gemakkelijk wordt. Ik zie wel een app toepasbaar in een volgend stadium. Als een soort van vervanging van de personal coach. Je kan niet blijven geld spenderen aan een sportcentra. Maar dit zie ik dan op lange termijn. |
| Wij hebben een enquête opgesteld waaruit bleek dat de mensen sociaal contact, contact met professionelen, positieve verhalen… als belangrijk achten in een tool. Welke dingen vindt u nog belangrijk? |
| Je het er hier al veel opgesomd. Ik ging ook zeggen positieve motivering, in kleine stapjes werken. niet meteen ene Mont Ventoux op fietsen bijvoorbeeld. Werk vooral in kleine stapjes die afgestemd op de persoon.  Als ik het zo samenvat, bedoel je dan een stappenplan, met kleine stapjes na elkaar. Zou je dat dan voorstellen?  Ik denk dat het belangrijk is dat ze gewoon meer bewegen dan vroeger. Het is vooral de sedentaire groep die je nu aan het bewegen moet krijgen. Het minste dat meer is dan vroeger is goed. Positieve motivatie voor eender welk niveau geven en limieten stellen. |

## Interview Sarah Soenen - Onco-revalidatiecoach

|  |
| --- |
| Wat is uw link met het onderwerp? In hoeverre bent u er professioneel mee bezig? |
| Ik heb in 2008 samen met de dienst fysiotherapie en de borstkliniek in AZ Sint-Lucas (Gent) mee het B-CARE programma op poten gezet. Dat is het revalidatieprogramma voor vrouwen die borstkanker gehad hebben. Doorheen de jaren kregen we vaak de vraag waarom een dergelijk programma niet aangeboden werd aan mensen die een andere soort kanker gehad hebben. Daardoor zijn we in 2018 van start gegaan met het WE-CARE programma waar mensen met allerlei types kanker samenkomen in 1 groep. Ook van dit revalidatieprogramma ben ik de begeleidende kinesitherapeut.  Verder werk ik ook nog in een groepspraktijk waar ik enerzijds individuele oncologische revalidatie aanbied en anderzijds nabehandeling in groep voorzie voor mensen die het B-CARE of WE-CARE programma hebben gevolgd. |
| Vanuit uw ervaring; waar heeft de gemiddelde persoon die voldoet aan onze doelgroep (ex-kankerpatiënten) de meeste nood aan? |
| * Een luisterend oor/een begrijpend iemand, vaak vindt men dit terug binnen de revalidatiegroep zelf, het lotgenotencontact is een zeer belangrijke peiler binnen zo’n revalidatieprogramma. Soms zoeken ze ook (h)erkenning en geruststelling bij mij, als ze bv. horen dat de klachten die ze melden voor mij niet de eerste keer zijn dat ik die hoor, zijn ze meteen al een stuk geruster. * Duidelijkheid en begeleiding. Wat mogen ze van sport en beweging doen zonder dat ze zich overdoen? En hoe beginnen ze daar dan best aan? Daarvoor hebben ze wel nood aan iemand die hen zegt hoe ze op de juiste manier aan de slag gaan. |
| Welke fysieke moeilijkheden ervaren deze mensen? |
| * De belangrijkste is de kankergerelateerde vermoeidheid, zich moe voelen waardoor ze schrik hebben om te bewegen/sporten waardoor ze het niet doen en dus alleen maar meer moe worden. * Afname van kracht en conditie * Soms ook pijn tgv de behandeling, een operatie, medicatie die ze nog moeten nemen |
| Welke sociale moeilijkheden ervaren deze mensen? |
| * Soms heeft hoe de patiënten er uit zien een vertekend beeld voor de buitenstaanders. Wanneer komt iemand die kanker heeft gehad buiten? Op een goed moment! Op deze momenten komen ze andere mensen tegen en ‘outsiders’ weten niet altijd wat ze kunnen/mogen/moeten zeggen en zeggen dan nog al eens snel ‘amaai, je ziet er goed uit!’. Patiënten zeggen me vaak ‘Ik zie er veel beter uit dan dat ik me voel…’. * Sociale isolatie door heel lang niet te mogen/kunnen werken. * Vrienden/kennissen zijn vaak heel begaan in het begin, maar dat zwakt vaak af, waardoor patiënten zich gedurende het ziekteproces wel alleen beginnen te voelen. De wereld rondom hen draait gewoon voort, maar zij kunnen er (voorlopig) geen deel van uit maken. * Ze kunnen niet meer wat hun partner kan/wat hun kinderen van hen verwachten, wat vaak voor frustraties zorgt, voor beide partijen meestal. * Te moeten vaststellen en aanvaarden dat men niet meer dezelfde persoon is van voor de diagnose niet, in het hoofd niet, maar fysiek ook zeker niet. |
| Welke uitdaging voor deze mensen wordt vaak over het hoofd gezien? |
| Beginnen sporten tijdens of na een kankerbehandeling is constant balanceren tussen wat wel lukt en niet lukt. Het is een kunst om niet steeds onder je kunnen te gaan bewegen want dan maak je geen vooruitgang, maar steeds boven je kunnen presteren is ook nefast omdat je daardoor in je energiereserves put en die werden eerder in het ziekteproces al leeggehaald. Bewegen moet je energie geven en geen energie vreten. En voor een patiënt die leek is in het vak (en dan nog) is dit een supermoeilijke evenwichtsoefening om te maken, vandaar dat patiënten zich daar best bij laten begeleiden. |
| Hoe hoog schat u het belang van fysieke activiteit in voor deze doelgroep? (Op een schaal van 10, hoe belangrijk vindt u dit? En waarom? |
| Heel hoog, 10 op 10. In mijn ogen zou revalidatie na kanker ‘verplicht’ moeten worden.  Als het over operatie, chemo-of radiotherapie gaat, laat men toch ook de keuze niet aan de patiënt of hij dat al dan niet zal doen?  Die keuze is er uiteraard, maar de artsen gaan er steeds van uit dat patiënten deze mogelijkheid met 2 handen zullen grijpen. Eigenlijk zou dezelfde denkwijze moeten gehanteerd worden bij het aanbieden van fysieke revalidatie. Het zou gewoon een evidente stap in het ziekte- en/of herstelproces moeten worden.  Waarom?  Omdat bewegen enkel maar voordelen biedt voor deze patiënten!  Bewegen verbetert de algemene conditie,  … zorgt voor meer kracht en spiermassa,  … helpt hart- en vaatziektes voorkomen,  … ontspant en heeft een fit gevoel,  … vermindert angst en neerslachtigheid,  … verbetert de levenskwaliteit,  … vermindert de kankergerelateerde vermoeidheid,  … heeft terug vertrouwen te krijgen in je lichaam.  Dus een positieve invloed op zowel het fysieke maar ook het psychische. |
| Wat zou zorgen voor een verandering in beweeggedrag bij deze mensen volgens u? |
| Intrinsieke en extrinsieke overtuiging.  De **extrinsieke** moet mijns inziens vooral komen van de behandelende arts die al over beweging spreekt van in het begin van het ziekteproces, kort na diagnose. Op moment van diagnose is te vroeg omdat mensen dan overspoeld worden met andere info, ze zijn bang, ze zijn geschrokken en de info over beweging gaat verloren, maar de consulten er na zou er daar wel moeten op ingepikt worden, de patiënt moet er warm voor gemaakt worden.  De **intrinsieke** moet natuurlijk vanuit de patiënt zelf komen, de patiënt moet zelf overtuigd geraken van het feit dat beweging goed doet, op korte en op lange termijn en daar heb ik als oncologisch kinesitherapeut wel een groot aandeel in. Door de mensen op hun niveau te laten/leren sporten voelen ze hoe veel deugd hen dit kan doen en ondertussen kan ik aan de hand van de info die ik geef ook duiden hoe en waarom beweging zo belangrijk is bv. door tegen borstkankerpatiëntes te vertellen dat beweging één van de factoren is waarmee je herval kan reduceren. |
| Hoe groot is de invloed van de sociale omgeving op deze mensen? Dit kan zeer individueel zijn. |
| Groot! Mensen met een wijd sociaal netwerk staan sterker in het opstarten en/of volhouden van sport en beweging in vergelijking met mensen die eerder sociaal geïsoleerd zijn, al dan niet door de ziekte.  Bijvoorbeeld, als je een sportieve partner hebt die je wil bijstaan in je ziekteproces is de stap om te gaan samen te gaan sporten sneller gezet dan iemand die het op zijn ééntje moet doen of alleen op zoek moet gaan naar iemand die hem/haar daar kan in begeleiden.  Idem, een grote vriendenkring, een sociale ingestelde werkgever die je progressief weer aan het werk kan/wil laten gaan is een niet te onderschatten meerwaarde voor de patiënt! |
| Welke noodzakelijke stappen moet de beweegsector zetten om het bewegen voor deze mensen makkelijker te maken? |
| 1. Het aanbod vergroten!! 2. Professionele begeleiding bieden daar waar er dan aanbod is (kinesitherapeuten, fitnessinstructeurs, personal coaches, … de mogelijkheid bieden een opleiding te volgen waar ze leren wat er belangrijk is bij de revalidatie/training van een onco-patiënt). Patiënten moeten kunnen vertrouwen hebben in de plaats of de persoon waar(bij) ze gaan sporten, ze moeten voelen dat deze mensen feeling hebben voor revalidatie van kankerpatiënten en niet aan hun proefstuk toe zijn. |
| Wat zou een handige tool zijn voor de professionelen om ex-kankerpatiënten aan te zetten tot meer lichaamsbeweging? Die tool kan even goed dienen voor de professionelen zelf om op terug te vallen bij vragen. |
| Een website of app voor enerzijds de patiënten dat ze kunnen zien waar ze terecht kunnen voor betrouwbare hulp en waar welke bewegingsactiviteiten er worden aangeboden (op de ene plaats yoga, op de andere fitness bv.), anderzijds ook voor professionals om te kunnen checken wat the do’s en the don’ts zijn bij de begeleiding van verschillende soorten kanker, bv. bij welke oefeningen moet je rekening houden met de catheter als deze er nog zit… (dit zou eigenlijk ook moeten omvat zitten in de opleiding waar ik in de vraag hierboven over sprak). |
| U als onco-revalidatiecoach, wat is uw rol in hele proces van diagnose over behandeling tot nazorg? Als u een functiebeschrijving zou moeten uitschrijven, hoe zou die er uit zien? |
| Ik kom eigenlijk pas op de proppen in de laatste fase van het ziekteproces. Ik zie de meesten tussen het einde van hun radiotherapie en eventuele werkherstart. De patiënten die bij mij terecht komen werden door hun begeleidingsverpleegkundige, psychologe of behandelende arts doorverwezen naar mij. Door mij gebeurt er dan een begintesting (kracht en conditie) en worden de verwachtingen van de patiënt wat in kaart gebracht. Vandaaruit vertrek ik dan om iedereen zo individueel mogelijk te gaan trainen naar waar men hoopt terug te staan na de revalidatie. Ik leer hen welke oefeningen ze kunnen doen, aan welke frequenties ze die oefeningen mogen doen, ik leg hen uit welk gevoel normaal en niet normaal is na het sporten, ik leer hen trainen volgens hartslag, ik begeleid hen in het terug bewegen/sporten in de thuisomgeving, ik sta hen bij als het met vallen op staan gebeurt, ik heb geduld,…  Op het moment dat mijn begeleiding stopt, moet ik er eigenlijk in geslaagd zijn om mijn mensen terug aan het sporten/bewegen gekregen hebben in het reguliere sportaanbod of volledig op zichzelf. Tijdens de revalidatie starten de meeste mensen ook hun werk geleidelijk aan op. Zo kan ik hen daar ook wat in steunen, want vaak zie je dat de combinatie werk/sport ook een moeilijke uitdaging is. |
| Welk verschil is er tussen kinesisten en onco-revalidatiecoachen? Op vlak van opleiding, behandeling en band met patiënten. |
| Een opleiding onco-revalidatiecoach bestaat niet, de kinesitherapeuten die de oncologische revalidatieprogramma’s aanbieden zijn kinesitherapeuten die zich daarvoor specifiek bijgeschoold hebben en/of door veel ervaring op te doen zich zo mogen/kunnen noemen. Al gebruik ik die naam zelf nooit, ik ben kinesitherapeut gespecialiseerd in oncologie of een oncologisch kinesitherapeut. |
| Welke tips geeft u aan andere professionelen die nieuw zijn in het vak? Wat zijn de meest voorkomende fouten?(Kinesisten, huisdokters, personal coaches, onco-revalidatiecoaches…) |
| Altijd feedback vragen aan je patiënten (na iedere behandeling vragen hoe ze het achteraf verteerd hebben) en daar mee verder aan de slag gaan. Met een onco-patiënt begin je niet ‘in het wilde weg’ te trainen. Je moet weten waar je mee bezig bent, aan welke hartslag laat ik hen best trainen, hoeveel herhalingen geef ik mijn oefeningen,... Je moet de patiënten uitdagen (je mag ze dus niet ondertrainen), maar je mag ze ook niet gaan overtrainen (trainen boven hun niveau bedoel ik daar mee) want dan gaan ze in hun energiereserves moeten putten en dat is het laatste wat een onco-patiënt nodig heeft. Je moet ook een luisterend oor bieden en niet te snel willen gaan met de patiënten, te snel vooruitgang willen boeken met een onco-patiënt betaal je vaak met 2 weken achteruitgang :-/. Een lichaam die een kankerbehandeling ondergaan heeft is nog heel zwak en sterk onderhevig aan letsels, dit moet je dus ten allen tijde proberen te voorkomen. |
| Hoe staat u tegenover lotgenotengroepen? Welk nut hebben ze volgens u en welke beperkingen hebben ze? |
| Zelf sta ik heel positief tegenover lotgenotencontact. Voor mij is dat één van de peilers/grote voordelen van een revalidatie in groep.  Sommige patiënten willen per sé het lotgenotencontact (en primeert dit vaak op het fysieke), ze voelen zich bij lotgenoten veel beter begrepen dan bij hun eigen vrienden. Ze verstaan elkaar, ze moeten zich niet inhouden tov elkaar, iedereen heeft ongeveer in dezelfde schoenen gestaan… En sporten met lotgenoten is precies ook gedeeld leed waardoor het allemaal wel wat vlotter gaat.  Anderen hebben wel wat schrik voor lotgenotencontact, en vaak is dat onterecht (en dat geven mensen die er sceptisch tegenover stonden in het begin vaak achteraf ook toe). Ze hebben schrik voor de verhalen (en dan vooral voor negatieve) van de anderen. Maar zoals ik al zei, onterecht, want dit is een groep zeer enthousiaste en positief ingesteld patiënten, zalig om mee te werken! |
| Bent u bereid toch nog een conference call te doen indien u meer tijd zou hebben in de toekomst en indien wij nog enkele vragen zouden hebben? |
| Ik hoop alleszins dat jullie al veel info hebben kunnen halen uit wat ik hierboven allemaal neerschreef, maar mochten er dan toch nog vragen zijn , wil ik die wel beantwoorden uiteraard. |

## Interview Sarah Houtman - Sarah Houtman: Diensthoofd zorgprogramma oncologie

Sarah Houtman werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Begroeten en kort toelichten van de BAP.  Zou u ons kunnen vertellen wat de link is tussen u en de kankerpatiënten? Wat doet u zoal voor hen? |
| Ja. Ik werk als dienstverantwoordelijke voor het zorgprogramma oncologie. En heb daarvoor een acht à negen jaar gewerkt als verpleegkundig consulent in het O.L.V. ziekenhuis te Aalst. Dus ik ben eigenlijk al heel mijn carrière bezig geweest met oncopatiënten. Afgelopen twee jaar ben ik dan dienstverantwoordelijke geworden van het zorgprogramma oncologie, dus ik ben leidinggevende over een groep psychologen en begeleidingsverpleegkundigen. Samen met hen bekijk ik hoe we de zorg en de beweging van kankerpatiënten optimaal kunnen maken. Wij hebben twee soorten groepen. Een B-care en een We-care programma. Het Be-care programma is een zorgprogramma dat voornamelijk gericht is voor zij die borstkanker hadden. En sinds vorig jaar hebben we het We-care programma opgestart waarmee we deze zorg willen breder trekken voor de andere oncopatiënten. Belangrijk om te weten is wel dat dit niet voor palliatieve patiënten bedoeld is. zij krijgen andere hulp. Iets wat ik mee heb opgebouwd is het care plus programma. Dit is bedoeld voor patiënten die gestopt zijn met hun revalidatie programma, maar moeite hebben met terug te bewegen. Ze willen wel, maar durven of kunnen de stap niet nemen naar fitnesscentra of een sportclub of dergelijke. Dus care plus is een aanvullend programma waarbij ze een individueel programma met onze kinesisten kunnen lopen. Dat is dus mijn link tussen bewegen en kankerpatiënten.  Jullie spelen dus een rol tijdens en na de ziekte?  Wel, ikzelf niet. Ik help mee achter de schermen, het administratieve gedeelte. Het zijn onze psychologen en begeleidingsverpleegkundige die de intakes doen. (Mensen informeren en aanzetten om deel te nemen aan de programma’s.) Ik ga even kijken hoelang deze programma’s zijn.  Zowel Be-care als We-care zijn twaalf weken fysieke revalidatie twee keer per week. En care-plus is een follow-up systeem. Daar kunnen ze individuele begeleiding hebben op maat na een opstartperiode van drie maand. Dit is met een kine die hen begeleidt. Dit is met acht patiënten per sessie. Hier worden aan het begin van het programma testen gedaan op vlak van kracht en conditie en wordt er gepeild naar kankergerelateerde vermoeidheid. Op het eind van het programma worden diezelfde testen gedaan om hun begin- en eindresultaten te vergelijken en te zien of- en hoeveel vordering er gemaakt is. |
| Ik vermoed dat jullie hierin al vrij ver in staan, maar heeft u weet van andere ziekenhuizen die ook zo ver staan? |
| Aangezien ik nog veel contact met de mensen in Aalst, kan ik eigenlijk alleen maar van hen meespreken. Zij zijn ook bezig met programma’s gelijkaardig aan de onze. In de Gentse ziekenhuizen staan ze nog niet zo ver, dat weet ik wel. Verder heb ik geen weet van andere ziekenhuizen en hoe zij dingen doen.  Dus eigenlijk zijn jullie een beetje voortrekkers in het Oost-Vlaamse?  Dat zou ik niet met die woorden zeggen, aangezien ik dit niet zeker ben. Maar ik ben er wel van overtuigd dat wij één van de weinige zullen zijn die met zo’n follow-up systeem werken.  Dus als we het goed voor hebben, dan zijn de Be- en We-care programma’s een soort sportprogramma’s die plaats vinden in het ziekenhuis?  Ja, maar ik zou het eerder omschrijven als een programma dat fysieke activiteiten aanbiedt in combinatie met informatiesessies. Deze fysieke activiteiten gebeuren twee maal op wekelijks basis. |
| Uit eerdere interviews en bevragingen zijn we te weten gekomen dat het voor patiënten een hele stap kan zijn om na de ziekte opnieuw regelmatig naar het ziekenhuis te moeten. Ze zien dat niet altijd zitten. Merkt u dat ook bij jullie deelnemers? |
| Ja, zeker en vast. Dit is iets dat zich voornamelijk in het begin voordoet. Die mensen hebben in het ziekenhuis slecht nieuws gekregen, zijn daar behandeld geweest enz. dus dat kan wel confronterend zijn voor hen. Maar na enige tijd betert dit enorm dankzij het groepsgevoel dat er dan tijdens de sessies heerst. Ze leren elkaar kennen, zien elkaar twee keer per week, ze hebben hetzelfde meegemaakt en dan zien we de motivatie stijgen. Ze moedigen elkaar aan om te blijven komen, praten met elkaar, steunen elkaar. Ook voorzien we een aparte ingang zodanig dat ze niet langs de dienst zelf moeten komen. Dat helpt allemaal wel en dan zijn er ook bij die helemaal geen problemen hebben om naar het ziekenhuis te komen. Wat we wel te horen krijgen is dat ze bij de follow-up blij zijn dat ze het programma buiten het ziekenhuis plaatsvindt. |
| Wij hebben ook al contact gehad met lotgenotengroepen en daar kregen we te horen dat sommige leden blijven komen voor het sociaal contact en niet persé voor de activiteiten. Is dat bij jullie ook zo? |
| Zeker, ze hebben hier allerlei Whatsapp groepen aangemaakt en ik weet ook dat sommigen buiten de sessies afspreken. Je merkt wel, en zeker bij de borstkliniekgroep aangezien dit alleen maar vrouwen zijn, dat die sessies een soort babbeluurtje zijn. Dat is ook logisch, ze hebben allemaal quasi hetzelfde meegemaakt en dat schept een dynamiek tussen hen. Er zijn er zelfs bij die eerlijk toegeven dat ze op een moment geen zin meer hadden om te komen, maar toch bleven komen vanwege bepaalde personen uit de groep. Dat is trouwens helemaal niet erg, want ondertussen zijn ze wel aan het bewegen. |
| Zijn er naast de locatie, nog andere dingen die hen kan weerhouden van te gaan bewegen? |
| Ja, de zware fysieke belast van een kankertherapie is soms zo zwaar dat mensen ook minder gemotiveerd gaan zijn om in een revalidatieprogramma te stappen. Zij die we rekruteren zijn gemotiveerd. We zeggen ook op voorhand dat ze dan voor het volledige programma kiezen en niet na enkele sessies kunnen stoppen omdat het hen niet ligt. Uiteraard is er een groep mensen waaraan we dit voorstellen en niet willen deelnemen. Ze zeggen dan ook dat ze daar de motivatie en energie niet voor hebben. Verder zullen mensen die voor de ziekte niet actief waren, nu ook minder snel in het programma stappen. Je kan mensen proberen te overtuigen, maar opnieuw moeten ze dit wel met hun volle goesting doen. |
| Heeft u al bij mensen een verandering gemerkt waarbij ze eerst met veel tegenzin kwamen, maar later veel liever kwamen? |
| Ja, we hebben ook evaluatiemomenten en daar komt dat wel in de positieve zin naar boven. Maar de meeste zijn wel gemotiveerd als ze deelnemen.  Ze zien er het nut van in?  Ja, inderdaad. Dat is ook zichtbaar tijdens de sessies. Als iemand die het heel moeilijk heeft, progressie toont, dan leeft de grep ook mee en kunnen zich daaraan optrekken. De keerzijde is er dan ook dat wanneer iemand hervalt de volledige groep hier ook in meeleeft. |
| Als ik het goed voor heb, dan reiken jullie uit naar de mensen. Zij moeten geen contact opnemen met jullie? Want dit is vaak een drempel volgens anderen. |
| Ja, wij doen een soort van exit gesprekken met de personen die in aanmerking komen en dan kunnen zij kiezen of ze deelnemen of niet. Aangezien de groep enkel maar voor curatieve mensen zijn, kunnen we moeilijk foldertjes in het ziekenhuis leggen en ze zelf contact laten opnemen. Want wat doe je dan met zij die contact opnemen maar palliatief zijn? Wij vinden het beter om zelf contact te nemen met de mensen waarvan wij weten dat zij in aanmerking komen. |
| We hadden het eerder over het feit dat naar het ziekenhuis komen een drempel kan zijn. Zou het een mogelijkheid zijn voor de patiënt om thuis begeleiding te krijgen? |
| Dat is logistiek niet haalbaar. Wat wel kan is als mensen laten weten dat ze voor welke reden dan ook, zij het littekens, amputaties, schaamte, liever alleen deelnemen aan heet programma, dan wordt er voorgesteld om een individueel programma te lopen bij onze kinesist. |
| Waar heeft volgens u iemand uit deze doelgroep het meest nood aan? Naast sociaal contact. |
| Ik denk vooral begeleiding, iemand die een programma kan samenstellen zodat de mensen een houvast hebben. |
| We hebben al vermeld dat bewegen erg belangrijk is voor (ex-)kankerpatiënten, maar op een schaal van 10, hoe belangrijk vindt u dit? |
| Zeker een 10/10. Al zijn het maar kleine dingen of wandelen, het is enorm belangrijk. Ze gaan zich beter voelen, zijn dan gezonder en het is ook aangetoond dat de kans op herval verkleind wordt. Dat zijn ook allemaal redenen waar de mensen zich aan optrekken als ze deelnemen aan onze programma’s. |
| Stel, in een ideaal scenario, dat iedereen gemotiveerd zou zijn en zou willen groeien in hun fysieke beweging, wat zou er dan moeten aangepast worden of gebeuren om hierbij te kunnen helpen? |
| Je zal zeker artsen nodig hebben. Vaak is er ook een vertrouwensband tussen patiënt en arts. Dus als die arts zegt dat ons programma hem of haar kan helpen, zullen ze dit sneller doen, dan wanneer wij dit voorstellen. En verder zouden de programma’s op maat gemaakt moeten zijn. Dit zou aan de hand van een vragenlijst kunnen gebeuren. Voor de ene is twee keer de trap oplopen al een hele inspanning, terwijl iemand anders dit zonder problemen doet. En dan moet de literatuur er ook bijgehaald worden. Hoe ver kan je gaan met bepaalde ziektes, amputaties of letsels? Dit is erg moeilijk en vraagt veel werk natuurlijk. |
| U heeft al gezegd dat u buiten jullie programma’s en die van Aalst niet echt weet heeft van andere ziekenhuizen. Hoe zou dit opgelost kunnen worden? |
| Ik denk dat dit breed gaat moeten getrokken worden. De universitaire ziekenhuizen zouden hiermee kunnen beginnen op vlak van literatuur en dan zouden andere ziekenhuizen zich hierbij kunnen aansluiten. Zodanig dat het een breder gedragen iets wordt. Want nu zit iedereen op zijn eigen eilandje wat te doen. |
| Wij zijn op zoek naar een tool die kan helpen bij het bewegen of kan helpen informeren over bewegen. Ons eerste idee was een app, maar dit hebben we laten vallen aangezien dit veel werk vraagt en niet altijd even toegankelijk is voor een oudere doelgroep. Nu denken we eraan om een video te maken dat informeert en motiveert en tegelijk doorverwijst naar een plaats met meer informatie. Wat zou volgens u een goede tool zijn? |
| Ja, natuurlijk tegenwoordig wordt er met apps rond je oren geslagen. We hebben er ook al aan gedacht, maar dan ook laten vallen. We hebben gemerkt dat mensen nog altijd graag iets op papier hebben, maar natuurlijk met een saaie tekst ben je ook niet zo veel. Een ludiek filmpje kan zeker wel de aandacht trekken.  Het huidige idee zou een filmpje zijn die een magazine zou ondersteunen. (+ verdere uitleg magazine.) Zijn er dingen waarvan u zegt dit of dat zou wel of niet kunnen werken?  Meestal zullen magazines of goede teksten wel aanspreken. Het voordeel is ook dat je het meegeeft en de patiënt kan er mee verder, zonder uitleg van hoe het werkt enz. zoals bij een app. Ja, jullie idee lijkt me wel wat. Het zou zeker bij die mensen, en ook bij ons in de organisatie kunnen werken. |
| Is er een specifiek doel dat jullie proberen te bereiken met jullie deelnemers? |
| Ja, wij proberen hun levensstijl actiever te maken en hun conditie op alle vlakken te verbeteren. Dit is dan dankzij de testen aan het begin en het eind van het programma zichtbaar voor ons en voor hen.  Stel dat iemand zegt ik wil 5km kunnen lopen, zullen jullie daar dan bij helpen?  Absoluut. Als de deelnemer gemotiveerd is en zelf een doel aangeeft zullen we die zeker willen bij helpen, als de artsen daar mee akkoord gaan natuurlijk. Ze krijgen daar dus zeker inspraak in. |

## Interview Alexander de Langhe – Huisarts

Alexander De Langhe werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Naar welke andere professionelen verwijst u personen door die binnen onze doelgroep passen? Wij denken aan kinesisten en dergelijke meer. |
| Hoofdzakelijk de oncologen worden hierbij betrokken om de overlevingskansen en verder verloop van de behandeling te monitoren. Zij zijn de eerste opvang doorheen het hele proces en worden bijgestaan door andere professionelen.  Specifieke chirurgen bij de kankers waarbij een operatie mogelijk is. Dit zijn twee professionelen op louter medisch vlak. Daarnaast is het ook belangrijk om iemand mentaal te ondersteunen aangezien dit een groot effect heeft op het herstel.  Ook in the field worden enkele professionelen gecontacteerd waaronder voornamelijk kinesisten en verpleegkundigen, dit is op het gebied van algemene zorg en mobilisatie.  Verder is vooral de familie belangrijk om de functionaliteit van de patiënt te stimuleren binnen het huishouden. Die functionaliteit opbouwen is dan ook de voornaamste betrachting.  Dus die sociale factor speelt wel een rol?  Die speelt zelf de voornaamste factor. De steun van de familieleden, buiten de professionals en hun stimulans, werkt zelf nog meer dan een stimulans van enkel professionelen. De hoofdzaak is de sociale factor, de medische sector is een deel steun en begeleiding.  Dit kan je eigenlijk doortrekken voor elke persoon, “welk voordeel haal je uit 20 minuten kinesitherapie als je daarna in uw luie zetel gaat zitten en geen stimulans hebt om actief te zijn. Dit geldt zowel voor iemand met kanker als iemand met een andere problematiek.”  Wij hebben ook gezien dat de intrinsieke motivatie belangrijk is in onze online enquete.  Het gaat hem inderdaad om stimulatie en motivatie om toch nog in beweging te blijven of komen en zelfredzaam te zijn in de mate van het mogelijke.  Denk je dat die sociale factor de intrinsieke motivatie kan veranderen of blijft dit extern gestimuleerd?  Dit kan inderdaad de intrinsieke motivatie veranderen. Omgekeerd is ook waar, stel dat de sociale factor wegblijft kan het even goed ook zijn dat de patiënt opgeeft omdat die zich niet gesteund voelt en terugvalt op zelfbeklag. Een positief ingestelde omgeving is onontbeerlijk.  Aangezien die motivatie zo een belangrijke factor is, kan een psycholoog hier ook een rol in vervullen?  Dat zou inderdaad kunnen maar daar heb ik niet echt ervaring mee. Dit omdat het gewoon nog niet voorgevallen is.  De meerderheid heeft wel begeleiding nodig op mentaal vlak maar dit wordt dan vooral opgevangen door de huisdokters, zelfs als ze al opnieuw profesioneel actief zijn en een quasi normaal leven leiden. |

|  |
| --- |
| Wat moet er volgens u nog veranderen om het voor deze mensen makkelijker te maken opnieuw een actievere levensstijl op te nemen? Dit kan op maatschappelijk, sociaal, professioneel en andere vlakken. |
| Personal coaches zouden in hun opleiding een specialisatie moeten kunnen kiezen waarbij dit onderwerp één van de specialisaties is. Die mensen moeten daar een goede opleiding voor krijgen wat betreft pathologie, oncologie, fysiologie en fysionomie. Ik denk, maar ik kan me vergissen, dat de personal coaches van vandaag niet allemaal voldoende kennis hebben van al deze onderwerpen.  En als je de personal coach loslaat en ruimer denkt dan dit gegeven? Welke verschuivingen kunnen er nog helpen? Zijn er nog mogelijkheden?  De context speelt sowieso al een enorm belangrijke rol, er is niet alleen de fysische ziekte maar ook de psychologische impact op de patiënt. Het is belangrijk om op veel vlakken alert te zijn naar zaken die zouden kunnen verbeteren op individuele schaal. Bij de ene persoon ga je tegemoet moeten komen aan fysieke tekortkomingen zoals amputaties, functioneel verlies van een lidmaat of een orgaan.. bij anderen gaat vooral de psychologische factor meespelen. (wat met de toekomst? Hoelang leef ik nog?)  Het is dus een zeer individualistisch en complex probleem dus een kant en klare oplossing is er niet.  Dus als ik het zo mag concluderen; Op maatschappelijk vlak moeten we verschuiven naar een (nog) individualistischere aanpak?  Ja inderdaad, iedereen op zijn eigen tempo en rekening houdend met de vragen en onzekerheden van de patiënten. (wat met de toekomst? Hoelang leef ik nog?) Er moet rekening gehouden worden met het feit dat dat slechte nieuws eerst moet verwerkt worden vooraleer je iemand kan proberen aanzetten tot niet bij de pakken blijven zitten en actief worden.  Het is niet omdat hij/zij in een fase van treurnis zit en apathie voor anderen dat hij/zij daarom moet afgestempeld worden als iemand die niet vooruit wil. |
| Hoe belangrijk is een actieve levensstijl voor een normaal persoon en voor een survivor volgens u? Op een schaal op 10. |
| 10, even belangrijk. Maar elk volgens zijn eigen mogelijkheden. In alle omstandigheden is het belangrijk om fysieke beweging te hebben volgens de eigen mogelijkheden en interesses. Ook het sociale aspect van de beweging is goed meegenomen om zo normaal mogelijk te functioneren en levensplezier te hebben.  Mensen die bepaalde chemotherapieën gehad hebben ondervinden soms zelf jaren later nog bijwerkingen. (cardiotoxisch waarbij ze een hartdecompensatie ontwikkelen) Deze mensen kunnen geen competitiesport meer aan maar kunnen wel blijven bewegen, opnieuw op hun eigen tempo en niveau. |
| Welke fysieke moeilijkheden ervaren deze mensen die hen al dan niet beperken om te bewegen? |
| Cardiotoxische gevolgen (zie eerder)  Ledematen die afgezet worden.  Pijn; gewrichtspijn of beperking van de bewegelijkheid (armen niet hoog genoeg kunnen heffen,…)  Stoma; schrik hebben van los te komen.  Oedeem bij borstkanker.  Schaamte bij afzettingen of stoma…  Maar dit wilt allemaal niet zeggen dat ze geen andere bewegingen kunnen gaan doen waarbij ze niet gehinderd worden. Bv wandelen met oedeem. |
| Welke zelfgeraporteerde beperkingen ondervinden deze personen? |
| Zie voorgaande vragen. |
| Hoe groot is de rol van de huisarts op het proces van vaststelling tot succesvol einde van de behandeling bij de patiënt? |
| In de beginfase zijn wij afhankelijk van de informatie die we krijgen van de oncoloog en de mogelijkheden dat er zijn.  In die eerste fase hebben wij vooral een secundaire rol als begeleider. Wat kunnen ze verwachten, wat mogen ze nog doen… We zijn dan vooral ook een vertrouwenspersoon. 2/10  Gaandeweg worden wij belangrijker voor die begeleiding en raadpleging; impact van hun probleem op hun gewone levenswijze. 4 of 5/10  Opnieuw afhankelijk van persoon tot persoon.  Bv bij amputaties van ledematen is dit meer aangezien wij dan instaan samen met verpleging voor de verzorging van de stomp in functie van protheses.  Eigenlijk zijn wij vooral begeleider/psycholoog/vertrouwenspersoon. |
| Hoe groot is de rol van de huisarts op de nazorg van de ex-kankerpatiënten? Ziet u m.a.w. de patiënten nog vaak terug voor klachten/vragen/zorgen die te maken hebben met onze onderzoeksvraag? |
| Eigenlijk moet je er continu attent op zijn of dat de klachten die ze op dat moment hebben toch niet zouden kunnen gerelateerd zijn aan hun oorspronkelijk probleem. Vb: cardiotoxische klachten bij chemotherapie bij borstkanker.    Eigenlijk zie ik bijna al die mensen terug met klachten/vragen en daarnaast ben ik altijd attent op mogelijke complicaties die gerelateerd zijn aan hun verleden. |

## Interview Werner Codde – Kinesist

Werner Codde werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Hoe belangrijk acht u fysieke activiteit voor zowel gezonde personen als onze doelgroep? |
| Op een schaal van 10, geef ik sowieso een 10 aan fysieke activiteit. Kankerpatiënten komen natuurlijk uit een zwaar proces en hebben het niet altijd even gemakkelijk dus voor hen zou ik er een 9 op kleven. Het voornaamste is hier ook de mensen fysiek gezond te houden.  Bewegen zien we ook als de ramen kuisen, het gras af maaien met een loopmaaier.  De mensen die bij mij komen die kanker gehad hebben, zijn sterk in de minderheid. Zo veel komen er niet. Die mensen gaan vooral in groep gaan sporten via het ziekenhuis.  Die mensen die bij jullie komen, waren die voor hun kanker ook als fysiek actief?  Beiden, de mensen die vooraf al sportief waren gaan gemakkelijker terug starten met sporten en sneller opnieuw gezond zijn. De mensen die een sedentair leven hadden zullen het heel moeilijk hebben om nadien sportief te worden. Mensen die sportief aangelegd zijn zullen zeker sneller herstellen.  Wat zou die sedentaire mensen dan kunnen motivereren?  Veel mensen komen bij mij met hun klachten en die mensen sporten in het algemeen niet zoveel. Mensen in beweging krijgen is een groot deel van de therapie. Ik stel ze dan standaard vragen als ze binnen komen. Welke job doe je en beweeg je naast je job? En heel veel mensen doen eigenlijk niets. Die zijn moeilijk te motiveren. |
| Zit er in uw behandeling dan ook geen groot onderscheid tussen mensen die kanker gehad hebben en die dat geen kankerverleden hebben? |
| Ik denk dat ex-kanker patiënten die in de praktijk komen al een groot traject afgelegd hebben. Ik denk dat ze ook sowieso sneller blessures oplopen. Ze schamen zich ook wel vaak voor hun lichaam.  Hoe ga je daar dan mee om?  Ik vind dat ze iets moeten doen waar ze hun zeker in moeten voelen. Zwemmen is niet zo leuk voor borstkankerpatiënten. En ze moeten het graag doen, dus als ze zich schamen kunnen ze misschien best iets anders doen.  Is er een verschil in motivatie?  Ik denk niet dat daar een groot verschil in zit. Mensen die vooraf al gemotiveerd waren om te sporten zullen dat nu ook zijn en omgekeerd, of dat nu kankerpatiënten zijn of niet. (los van de fysieke gevolgen) |
| Uit wat bestaat een behandeling van een ex-kanker patiënt? |
| Ze komen eigenlijk vooral met lestels bij mij langs. Ze komen niet om hun conditie te verbeteren. Bij ons worden ze doorgestuurd voor letsels vanuit ziekenhuizen. Mensen die hier dan komen hebben misschien geen zin om in groep te revalideren of om soms verdere afstanden af te leggen om te revalideren. Ze schamen zich ook soms voor hun lichaam. Sommigen willen soms individueel worden opgevangen.  Komen die mensen misschien ook vaker terecht bij een kiné in het ziekenhuis?  Ja dat denk ik wel.  Met welke letsels komen de ex-kanker patiënten dan vooral langs?  Lymfe problemen komen veel voor. Die komen dan bij gespecialiseerde therapheuten. Maar ik ben hier niet in gespecialiseerd.  Zijn de oefeningen die u heeft bij een ex-kankerpatiënt anders dan bij een gewone patiënt?  Neen eigenlijk niet. Het zijn vooral stretchoefeningen en stabilisatie, maar dat zijn dezelfde oefeningen. Soms moet je het gewoon een beetje rustiger aan doen omdat ze sneller moe zijn. |
| Verleent u naast fysieke hulp ook aan motivationele hulp bij het sporten? |
| Ja, aan elke patiënt moet je die motivatie proberen over te brengen. Dit is eigenlijk zeer moeilijk. Voor veel van hen is het moeilijk om de oefeningen te doen die je aan hen mee geeft. Veel mensen denken dat wanneer ze bij een therapeut gaan dat hij het wel zal oplossen, maar je moet altijd nog veel zelf doen. Maar of het nu een kanerpatiënt is of niet ik probeer ze allemaal zoveel mogelijk te motiveren. |
| In welke fase van het hele proces dat een kankerpatiënt doorgaat (vaststelling-, behandelings- , herstel-, of nazorgproces) zou u zichzelf situeren. Wanneer heeft u met andere woorden de grootste invloed en hoe oefent u dan die invloed uit? |
| Ik doe eigenlijk enkel nazorg.  Met welke profesionals staat u dan vooral in verbinding?  Vanuit het ziekenhuis zijn er zeer weinig mensen die doorgestuurd worden naar ons. Ook de huisarts doet dit niet. Alleen als ze een letsel hebben sturen ze ze naar de kiné door. Ook voor lymfeprobelemen komen ze bij ons.  Is er een netwerk in de buurt waar u soms mensen naar doorverwijst?  ja, er zijn een aantal collega’s die er beter in gespecialiseerd zijn en die stuur ik dan door naar daar. |
| Hoeveel beurten hebben kankerpatiënten nodig? |
| Als ze van het ziekenhuis komen is het meestal met een voorschrift van 20-30 beurten. Je hebt 3 stelsels. Het stelsel van de acute pathologieën, voor een pijnlijke nek bijvoorbeeld. Dit zijn 9-13 beurten. Postoperatief, in het geval van een kankerpatiënt is het meestal van 20 tot 30 met max. 60 beurten. Als het een zware revalidatie is krijgen ze soms recht op 1 jaar tot 3 jaar. In de epathologie, mensen met afgezette borsten, lymfeopstapeling krijgen een heel jaar door onbeperkte kiné. Dit is niet volledig terugbetaald, maar dit valt zeer goed mee. Tussen de 2 en de 5 euro per sessie. |

## Interview Ivanna de Beer – Kinesiste

|  |
| --- |
| Wat is het belang van fysieke beweging voor u op een schaal op 10? Is dit hetzelfde voor ex-kankerpatiënten? |
| 7/10  Voor ex-kanker patiënten geldt dit natuurlijk ook, al stellen wij ons doel vooral op, afhankelijk van de activiteitsgraad voor de ziekte. Wij streven ernaar om opnieuw een zo ”normaal” mogelijk activiteitsniveau te bekomen vergelijkbaar voor de ziekte. |
| Uit wat bestaat een behandeling van een persoon die voldoet aan onze doelgroep? |
| Dit hangt natuurlijk sterk af van het soort revalidatie (soort kanker), iemand met een borstkanker krijgt bij ons een ander schema dan iemand herstellende van een longneo. Al zijn er natuurlijk wel oefeningen die overeenkomstig zijn. Bv. algemene reconditionering (fietsen, lopen ...). Er wordt dus gewerkt op zowel de algemene conditie als op de spieropbouw (lichte krachtoefeningen), soms aangevuld met mobilisaties of pijnbehandelingen. |
| Welke kankers zijn het meest voorkomend in uw praktijk? |
| Wij zien hier vooral borstneo’s, soms ook longneo (borst komt dan vooral omdat ik ook lymfedrainage doe) |
| Welke zelfgeraporteerde beperkingen ondervinden deze personen? |
| Na een borstamputatie zien we in eerste instantie vooral mobiliteitsbeperking van de schouder/arm aan de geopereerde zijde. Soms ook rug- en nekpijn. |
| Moet u ook motivationele, psychologische of andere hulp verschaffen? |
| Ja, absoluut. Dit is bij de andere patiënten ook het geval, wij staan uiteindelijk in zeer nauw contact met onze patiënten en zien die dan ook meestal gedurende langere periode maar dit is zeker nog meer het geval bij kankerpatiënten. De psychologische steun van de kine in het algemeen valt zeker niet te onderschatten.  Zeker als de therapie lang duurt en er niet altijd onmiddellijk resultaat is, moeten wij onze mensen extra blijven motiveren. |
| In welke fase van het hele proces dat een kankerpatiënt doorgaat (vaststelling-, behandelings- , herstel-, of nazorgproces) zou u zichzelf situeren. Wanneer heeft u met andere woorden de grootste invloed en hoe oefent u dan die invloed uit? |
| Meestal komen de patiënten in de eerste fase na de operatie/chemo al bij ons terecht . Meestal duurt het herstel ook een hele tijd en volgen wij ze dus langere tijd op. Onze invloed zit vooral in het samenstellen van een individueel behandelplan (afhankelijk van de doelstellingen) en hen te blijven motiveren om vol te houden. |
| Heeft u zelf het gevoel dat er iets moet veranderen/dat u iets mist om de patiënt op de juiste manier te begeleiden? Zoja, wat en waarom? |
| Nee niet echt, we werken in de praktijk met 2 therapeuten, we overleggen dus wel samen maar zijn wel vrij om zelf ons behandelschema op te stellen. |
| Wat is er nodig om deze mensen te helpen informeren en te motiveren? |
| Motiveren zit hem vooral in de peptalk en het aangenaam houden van de revalidatieschema’s door voldoende af te wisselen en aan te passen van oefeningen. Informeren doen wij door regelmatig met de patiënt(e) overleggen maar dan wel meestal mondeling. Meestal hebben ze al zoveel info gehad over de kanker en behandeling zelf dat wij in de revalidatieperiode vooral de mensen hun conditie en lichaam , hun” ik” een beetje proberen terug te laten vinden. |
| Hoe probeert u de mensen die tot onze doelgroep behoren te stimuleren om te bewegen? |
| Door het revalidatieschema individueel af te stellen, altijd rekening houdend met wat de patiënt zelf wil. Het heeft geen zin om bv. zware conditietrainingen te geven bij iemand die absoluut niet graag sport. Dan gaat hun motivatie snel weg zijn, of omgekeerd bij sporters en gaan we zwaardere schema’s geven om hun conditie weer op te bouwen, sommige mensen hebben die uitdaging (rekening houdend met hun ziektebeeld natuurlijk) net nodig om door te gaan. En voldoende afwisseling in de oefeningen is ook zeer belangrijk. Kortom vooral kijken na de persoon die voor je staat ... |

## Interview Laurens Mergan – Personal coach

Laurens Merghan werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Je hebt al gezegd dat je al samenwerkt met de Arteveldehogeschool, wat doe je dan precies? |
| Dat klopt we waren bezig met een project omtrent oncologische patiënten die doorstromen naar een fitness. Maar hoe weten we of dat allemaal correct gebeurd in de fitness? Zo is het contact dan met Artevelde gebeurd en andere studenten helpen zoeken naar een manier om die fitnesscentra te controleren.  Dus jij focust je dan vooral op ex-kankerpatiënten?  Dat hangt er vanaf over welk project we het dan hebben. Ik zit namelijk in een project en dat heet Oncofit. Daar geef ik groepssessies aan mensen met oncologische problemen. En die mensen komen bij mij zowel voor, tijdens als na hun behandeling. We willen eerst mensen hun conditie verbeteren alvorens ze behandeld worden. Uit studies is namelijk gebleken dat de mensen er zo beter uitkomen. Vroeger zei men altijd na de behandeling: “je moet rusten, rusten, rusten.” Gelukkig weten ondertussen al dat dat zeker niet het ideale is, dus daar help ik ook bij. Ik heb een klant die al twee keer hervallen is van borstkanker, ze is 73 jaar en die is nog steeds fysiek actief. Die wilskracht is ongelofelijk om te zien. Die wil bewegen, die wil voorruit.  Die persoon is dus duidelijk intrinsiek gemotiveerd, zou daar een verklaring voor kunnen zijn?  Zoals ik zei is ze er enorm mee bezig en wilt ze het echt. En het is dat mentale welzijn dat heel veel invloed heeft op hoe mensen zich gedragen en zullen revalideren.  Zou het kunnen dat het deels ook met tijd te maken heeft? Iemand jonger met kinderen heeft misschien meer moeite om tijd vrij te maken dan iemand die op pensioen is.  Dat zou ik niet meteen zeggen. Je kan de situatie van iemand die op pensioen is wat vergelijken met onze huidige situatie in lockdown. Iedereen heeft meer tijd, maar niet iedereen doet er iets mee. Mensen slapen uit, kijken veel TV, worden luier en het is heel moeilijk om die levensstijl te gaan doorbreken om iets actief te gaan doen. Dan moeten mensen het belang ervan inzien in er willen voorgaan. Zo niet, kan het, maar zal het moeilijker zijn. |
| Heeft u ook al klanten gehad die voorheen een heel sedentair leven hadden, maar dan toch zijn gegroeid naar een actievere levensstijl? |
| Ja, absoluut. Maar dit vraagt tijd. Gemiddeld duurt die gedragsverandering een zestal weken, soms kan het langer zijn. Dit hangt veel van de persoon af. Eens ze de positieve effecten beginnen te merken en zich ook beter voelen door het bewegen, lukt het ook beter om zich aan die actieve levensstijl te houden en willen ze het blijven doen. Het is een soort positieve verslaving, zoals runner’s high.  Merk je dat dit moeilijker is bij ex-kankerpatiënten dan gezonde mensen?  Ja, maar dit moeilijk te interpreteren doordat er zoveel verschillende karakters zijn. De ene is al gemotiveerd, terwijl de andere komt omdat het moet. Bij een aantal zie je vooral dat mentale naar voren komen. Zij die een lastige behandeling achter de rug hebben en eindelijk genezen zijn verklaard die hebben een enorme levenswil. Ze willen zich volledig geven, het beste uit het leven halen omdat hun leven aan een zijden draadje heeft gehangen. Maar opnieuw dit is niet bij iedereen zo. Velen zijn dan toch op zoek hoe ze kunnen verder genieten van het leven. Sommige mensen krijgen het dan juist lastiger en zijn uitgeput. Gelukkig krijgen ze daarvoor psychologische begeleiding in het ziekenhuis. Maar eerlijk gezegd zulke mensen krijg ik niet bij mij. Ik krijg mensen bij mij die voorruit willen. Al is dat maar één procent dat ze voorruit willen, ze willen voorruit gaan. |
| Uit een bevraging dat wij gedaan hebben, blijkt dat de sociale factor een grote rol speelt. Wat vindt/denkt u? |
| Ja, zeker. Bij Oncofit merken we dat ook. Mensen vragen aan elkaar of ze er volgende week ook zullen zijn en praten na de sessie zelfs nog na. Ook hebben we een Whatsappgroep waarin er heel veel in gepraat en gesteund wordt en zo motiveren ze elkaar. En doordat ze dit bij elkaar doen houd die motivatie zichzelf eigenlijk in stand zonder dat ik daar bij moet helpen. Niet iedereen staat altijd open voor een app of heeft een smartphone, dat is meestal het geval bij de iets ouderen, maar voor zij die het gebruiken is het een handig en goed hulpmiddel. Ook moet er wel gezegd worden dat met anderen samen bewegen voor de meesten helpt, er zijn uitzonderingen. Vaak heeft dat dan met trots, zelfvertrouwen of lichamelijke letsels zoals littekens en amputaties te maken. |
| U liet daarnet vallen dat mensen naar u worden doorverwezen. Is dat altijd zo of kunnen mensen ook uit eigen initiatief langs komen? |
| Ik werk samen het O.L.V. ziekenhuis in Aalst. Zij verwijzen dan mensen die in aanmerking komen door naar mij. Maar het gebeurd ook dat mensen van mij gehoord hebben of iets gezien hebben en dan mij persoonlijk contacteren, dat kan ook. Het enige verschil is dat als het ziekenhuis hen doorverwijst, dan betaalt die de sessies ook. Komen zij persoonlijk bij mij dan is dat tot op heden nog niet mogelijk om een terugbetaling te krijgen.  Zou dat een drempel kunnen zijn voor mensen? Ja, toch wel. Dus moest er in de toekomst een soort certificaat bestaan dat mensen en organisaties zoals ik kunnen krijgen gelinkt aan terugbetaling, dan zou dat een verschil kunnen maken denk ik. |
| Een iets algemenere vraag, hoe hoog schat u het belang van fysieke activiteit in voor deze doelgroep? Op een schaal van 10. |
| Zeker een 10. Het is heel belangrijk. Maar dan heb ik het over gewoon al bewegen. Dagelijks een wandeling maken of op één been staan tijdens het tanden poetsen vind ik al heel goed.  Maakt bewegen een verschil op hun visie naar de toekomst toe?  Ja, absoluut. Mensen die niet bewegen voelen zich automatisch minder fit. En fit zijn is meer dan hoe je er uitziet. Dat is ook hoe makkelijk iemand een trap kan opstappen en ook hoe goed ze zich in hun vel voelen. Dus opnieuw dat psychologisch aspect dat er bij komt kijken. Ik geloof niet dat je enkel fysisch of mentaal in orde kan zijn. Ik zie dat als één pakketje, waarbij je het ene niet kan hebben zonder het andere. |
| Welke activiteiten en oefeningen voorziet u? Is er een verschil tussen kanker- en niet-kankerpatiënten? |
| Het meeste waar ik rond werk zijn bepaalde fysische problemen. Bijvoorbeeld iemand heeft knieproblemen, dan vind ik het belangrijk dat we met de knie gaan werken. Bij de bewegingssessies daarbij doen we vanalles. Dat gaat van Zumba tot badminton en mijn favoriet: de small groups sessies. Daarbij combineer ik krachttraining met een fun factor om het toch leuk te houden.  Uit hoeveel personen bestaat zo’n small group sessie?  Dat is iets dat je zelf kiest maar wij zetten het maximum op acht personen. Dat is interessant als je met niet zo veel bent want dan kan ik individueler werken en de groep kent elkaar ook beter. Dat sociale aspect dus opnieuw. Trouwens dat sociale komt ook naar voren bij de mensen die alleen bij mij sessies volgen. Dan is dat eerder een klant – trainer band. |
| U haalde daarnet aan dat u schema’s gebruikt of meegeeft aan de klanten. Is er een verschil tussen de schema’s die u opstelt voor mensen die wel en geen kanker hebben gehad? |
| Het verschil daartussen is niet zo groot. De schema’s zijn ook telkens individueel opgemaakt, dus automatisch is er een verschil. Stel dat iemand problemen heeft rond zijn adductoren, dan gaan we daar rond werken. Bij vrouwen die vroeger borstkanker hadden gaat de drempel vaak steunen op de armen zijn. Dit omdat ze schrik hebben dat hun armen zullen opzwellen vanwege oedeem. Dat kan ook gebeuren, maar ze mogen er geen schrik voor hebben. Want als ze niet gaan trainen dan lopen ze ook sneller risico op. Dus ja, de programma’s zijn aangepast, maar lopen toch vaak gelijklopend met een gezond persoon.  Is er een bepaalde basis voor de schema’s die u opmaakt? Ja, zeker. Er hangt al veel af hoeveel de persoon voorheen bewoog, maar mijn standpunt is dat altijd het volledige lichaam gebruikt wordt. |
| Worden mensen gescreend alvorens ze naar u worden doorgestuurd? |
| Ja, dat gebeurt. Er worden enkele fysieke testjes gedaan, maar ook mentale. Dit om te zien hoe ze in het leven staan en of ze gemotiveerd zijn om zichzelf te verbeteren. Sommigen en dan vooral tijdens de behandeling, hebben schrik om buiten het ziekenhuis deel te nemen aan een project. Wat jammer is, maar misschien ook begrijpelijk.  Wat gebeurt er dan met de mensen die niet naar u worden doorgestuurd?  Die krijgen dan een andere behandeling in het ziekenhuis. Ze worden niet aan hun lot overgelaten. |
| Werkt u naast het ziekenhuis in Aalst met nog andere ziekenhuizen? |
| Neen, ik ben zelf nog niet lang afgestudeerd, dus momenteel werk ik enkel samen met hen. Maar dit project is wel vrij uniek waarin een ziekenhuis samenwerkt met externe trainers. Ik ben blij dat voor dit project financiering is vrijgemaakt. Vroeger werden fitness en personal trainers als iets extra gezien, maar daar is gelukkig traag maar zeker, verandering in aan het komen. Een beetje een overgang van beweegsector naar gezondheidssector. |
| Wat zou er in de beweegsector moeten veranderen zodat deze doelgroep makkelijker in contact kunnen komen met de sector? |
| In het algemeen is dat hoe mensen naar de sector kijken. Verder kan er in de opleidingen meer aandacht besteed worden aan deze doelgroep, zodanig dat trainers ook in staat zijn om deze mensen correct te begeleiden. Maar om echt aan te sluiten bij de gezondheidssector, zou er net zoals in Nederland certificaten moeten uitgewerkt worden die aantonen dat een trainer een expert is op een bepaald gebied. Bijvoorbeeld een expert op gebied van ouderen, wat al bestaat of ex-kankerpatiënten of mensen met diabetes.  Hoe zouden andere ziekenhuizen hierin kunnen groeien? Reclame of het delen van positieve ervaringen zouden zeker kunnen helpen. Ikzelf maak geen reclame voor wat we doen, ik vind dat niet echt nodig. Maar tot nu toe horen mensen het van elkaar. En ik vind mond-aan-mond reclame nog steeds de beste vorm van reclame. De ene persoon deelt zijn ervaringen met de ander en ik vind dat de sterkste vorm van reclame. |
| We vinden het niet zo eenvoudig om mensen uit de bewegingssector te vinden die met onze doelgroep in contact komt. Hoe zou dat komen? |
| Ja, dat is zeker waar en heel jammer eigenlijk. Vaak is buiten het ziekenhuis een project volgen een drempel en het financiële aspect speelt een rol natuurlijk. Als mensen willen bewegen dan gaat er sneller naar een kine gegrepen worden omdat deze terugbetaald wordt. Dus opnieuw het ideale zou zijn om opleidingen met certificaten te voorzien die dan ook geldig zijn om een terugbetaling te kunnen krijgen als klant.  Zou het een optie zijn dat kinesisten en trainers samenwerken in dezelfde praktijk? De kine zou dan eerder het behandelen doen en de trainer de beweging en oefeningen.  Ja, dat kan zeker. Het gebeurd ook al, maar voor zover ik weet nog niet met oncologische patiënten. |
| U zei eerder al dat afhankelijk van de kanker u anders werkt met een klant, maar zijn er algemene zaken waar u op let of anders moet door handelen met ex-kankerpatiënten? |
| Ja, als ik hun conditie wil opbouwen dan gaan die heel snel zeggen “niet te” of “niet meer dan dit”. Ze mikken altijd onder hun drempel van wat ze werkelijk kunnen. Zij worden verder sneller vermoeid en hebben ook een andere lactaatvorming. Dus dan is het aan de trainer om hen aan te moedigen en te zeggen dat het geen kwaad kan om de drempel wat hoger te leggen. Dus vaak is het schrik die hierin meespeelt. |
| Hoe vaak komen mensen lang bij u? |
| Die komen ongeveer drie keer per week langs met dan thuis dagelijkse beweging die ze moeten onderhouden. Ik heb ook mensen die één keer langs komen en dan tweemaal gaan fitnessen met ook dagelijkse beweging. Dat is heel belangrijk. |
| Wij zouden graag een al dan niet tastbaar tool of hulpmiddel creëren om de sector of de mensen zelf te helpen bij het bewegen. Heeft u een idee of is er ergens nood aan? |
| Het gaat hoe dan ook laagdrempelig moeten zijn. Wat wij hebben is dus die Whatsappgroep en dat werkt heel erg goed. Wij sturen daar work-outs in door en zij motiveren elkaar. Een app kan ook, maar ik heb zelf al in enkele projecten gezeten waarin apps werden ontwikkeld en dan is de hoofdvraag natuurlijk, hoe frequent gaan ze dat gebruiken? Whatsapp is iets dat ze dan naast die ene groep ook voor vrienden en familie kunnen gebruiken. Verder is het eenvoudig te gebruiken, dus ouderen zijn er ook snel mee weg. Je kan een nieuw platform maken, maar dit is niet eenvoudig en moeilijk te schatten of het succesvol zal zijn. Verder kunnen posters en flyers in fitnesscentra, bij de kine of in het ziekenhuis ook al motiveren en informeren. Natuurlijk is er dan geen interactie. Moest je bijvoorbeeld een interactie kunnen aan linken zou dat nog beter zijn. Flyers werken wel erg goed om te informeren.  Stel dat we een video zouden maken die informeert en motiveert en dan via organisaties laten delen via social media, zou dat een idee zijn?  Dat zou zeker kunnen werken, maar let dan wel op dat het een duidelijke boodschap is voor jouw doelgroep en niet te algemeen is, want sporten is goed voor iedereen. Verder, en dat weet ik uit ervaring, moeten video’s kort zijn. Als wij video’s plaatsen merken wij ook dat video’s van drie of vier minuten beter werken dan tien of meer. Korte filmpjes worden ook sneller gedeeld denk ik. |

## 

## Interview Ellen Tanghe – Trainster De Baanbrekers

Ellen Tanghe werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Wat is uw functie bij De Baanbrekers? |
| Ik werk eigenlijk voor sport Vlaanderen. Ik ben van opleiding een leerkracht LO. Voor De Baanbrekers werk ik 1 uurtje per week. Ik ben daar dus niet fulltime met bezig. |
| We hebben al gehoord dat er een loopgroep is en een groep die start met Nordic Walking. Werkt u dan vooral voor de lopers? |
| Ja, ik hou me vooral bezig met de loopgroep. |
| De mensen die langskomen bij De Baanbrekers zijn al ver geraakt om die stap te zetten, maar wat zijn voor hen de drempelpunten als ze er aan starten? |
| Zij die in mijn groep komen hebben al een hele revalidatie achter de rug. Door De Baanbrekers zelf worden ze al zeer goed ontvangen. Dus vanaf ze in de Start to Run toe komen (in mijn groep) kennen ze al iedereen in de omgeving. Ze zijn daardoor al zeer gemotiveerd. De groep hangt goed aan elkaar. Telkens als er nieuwe lopers toe komen worden ze meteen opgevangen door de groep.    Het sociale aspect is hier dus zeer belangrijk?  Ja, doordat ze allemaal hetzelfde hebben meegemaakt. Zo hebben ze allemaal hetzelfde doel voor ogen en zien ze dat ze niet de enige zijn, dat ze er alleen voor staan. Ze hebben ook een WhatsApp groep. Daarin delen ze wat ze doen op hun dag en hoe ze elkaar voelen. Dit zorgt denk ik ook wel voor veel motivatie. De groep hangt goed aan elkaar.    En wordt die groep dan aangemaakt door de leden zelf?  Ja dat doen ze allemaal zelf. Er zijn eigenlijk twee groepen. Als ze voelen dat de Start to Run lukt dan sluiten ze hierbij aan. Anders starten ze met Nordic Walking. |
| U bent zelf een sportleerkracht maar hoe belangrijk vindt u de fysieke activiteit op een schaal van 0 tot 10 voor onze doelgroep? |
| Ik zou het toch wel een 9à10 op 10 geven. Omdat de leden zelf ook wel voelen vanaf dat ze bewegen dat het toch wel beter gaat. Ze hebben ook veel last van lymfeophopingen en door te sporten ondervinden ze wel dat dat betert. Beweging is voor hen wel belangrijk. Ze mogen natuurlijk in het begin van hun herstel niet te veel sporten want dan zijn ze heel zwak. |
| Kan het zijn dat de mensen eerst starten in de Nordic walking en vervolgens over gaan naar de Start to Run? |
| Ja je hebt mensen die in de loop van de tijd zien dat het goed gaat en dan starten met lopen.    Ik veronderstel dat er in de loopgroep zeker nog veel niveauverschil is. Loopt iedereen daar samen?  Neen, ze zijn in totaal ongeveer met 12 en die worden dan nog eens opgesplitst qua niveau. Ik leer zelf wel nooit iemand alleen lopen. Dan loop ik zelf mee.  En dat is dan op basis van wat de sportdokter heeft opgesteld?  Ja dit jaar is het de eerste keer dat ze er met werken. Het is een sportarts en die heeft iedereen op basis van hun kunnen getest. Het is ook het eerste jaar dat ze op basis van hun hartslag werken. Ze krijgen dan van hem een schema en dan kunnen ze als ze lopen dat met de juiste hartslag doen, zodat hij niet te hoog of te laag is. |
| Welke doelen stelt u vooral voor hen? |
| We doen mee aan verschillende evenementen. Bijvoorbeeld een 5km loop en dan is het de bedoeling dat ze de 5km gewoon uitlopen. Sommige betere lopers doen dit dan ook op tijd, maar dit hoeft zeker niet. Uiteindelijk is het ook belangrijk dat ze plezier beleven. |
| Heeft u al een gedragsverandering gezien bij één of enkele van de leden wat betreft de beleving, motivatie of gewoon het initiatief? |
| Iedereen die hiertoe komt is eigenlijk al zeer gemotiveerd. Dat valt me hier zeker op. Veel meer dan bij andere groepen. Niemand komt hier eigenlijk tegen zijn zin. Ze zijn juist altijd blij dat ze mogen komen, omdat ze hier enorm de voordelen van zien. Ze hebben al een zeer lange revalidatie achter de rug en zijn daardoor zeer gemotiveerd om er terug voor te gaan.    Heeft u naast De Baanbrekers nog andere activiteiten aan ex kankerpatiënten?  Neen, vroeger deed ik af en toe wel wat zwemlessen. Dat was voor Recanto, maar het was maar 1 keer. Maar met De Baanbrekers is het zeer leuk. Iedereen is gemotiveerd. |
| U zei al dat ze vooral last hebben met lymfe dat zich opstapelt in de armen en benen. Zijn er nog dergelijke zaken wat voor hen moeilijkheden kan teweeg brengen? |
| Voor sommigen is het niet gemakkelijk om op hun hartslag te lopen. Ook al zijn ze gerevalideerd, je merkt wel dat hun hartslag sneller hoog is en dat ze sneller vermoeid kunnen zijn. Dit kan zeer hard van week tot week verschillen. Maar als ze daar al zitten zijn ze al redelijk ver geraakt. Voor de rest hebben ze niet zoveel last van lichamelijke letsels.    En zijn er soms andere moeilijkheden die soms over het hoofd worden gezien? Als je traint met kankerpatiënten, moet je dan op andere zaken letten?  Je moet ook soms bepaalde spierversterkende oefeningen doen. Sommige die borstkanker gehad hebben, hebben soms last aan hun borststreek. Dan moet je er op letten dat je ze er niet te ver in laat gaan. Dan moet je een andere oefening geven.  Dus eigenlijk is het een beetje gelijklopend aan mensen die gewoon starten met lopen?  Ja eigenlijk wel. Als je het niet weet ga je geen onderscheid kunnen maken wie wel of geen kanker heeft gehad. Want als ze bij mij komen hebben ze de grootste miserie al achter de rug. Die mensen hebben al dieper gezeten. En dan zie je ook geen onderscheid tussen mensen die hoog opgeleid zijn of niet. Ze hebben hetzelfde meegemaakt. Daardoor hangen ze zo goed aan elkaar.    Doet u hier dan specifieke oefeningen voor?  Daarvoor gaan ze bij de kiné. Er bestaan verschillende vormen van oedeem en daar ken ik niet alles van.  Heeft het lopen dan een positieve of negatieve invloed op het ontstaan van oedeem?    Ja, een vrouw die bij mij komt heeft heel veel last van oedeem en bij haar helpt het zeer goed. Ze draagt wel altijd steunkousen als ze loopt. Maar ze is altijd zeer tevreden dat ze terug kan lopen. |
| U haalt aan dat ze meteen worden opgevangen. Maar we hebben al veel gehoord dat het moeilijk is om aan te sluiten bij dergelijke groepen. Weet u hier iets meer over. Hoe gebeurt dat contact dan vooral tussen het ziekenhuis en De Baanbrekers? |
| Het is vooral de organisatie zelf die reclame maakt. Veel va de bestuursleden hebben ook kanker gehad en zo staan ze in nauw contact met hun doelgroep.  Waar hebben die personen volgens u het meeste nood aan?  Ik denk vooral het sociale. Het bewegen in groep. En ook dat ze hun verhaal eens kwijt kunnen wat hun moeilijkheden waren in de week.  Hoe zouden jullie bijvoorbeeld nog meer leden kunnen aantrekken? Hoe zou je bijvoorbeeld de mensen kunnen betrekken die niet meteen zelf op een organisatie af stappen?  Door nog meer reclame te maken en succesverhalen van anderen delen met anderen. Ook door mee te doen aan organisaties kunnen ze hun naam groter maken. |
| Bereidt u ook een schema’s voor voor de leden? |
| Vroeger had ik zelf een schema opgemaakt, dat was een zeer eenvoudig Start to Run schema. Maar nu dat ze met de sportdokter werken doet hij dit vooral op basis van hun hartslag. Er zit nu ook meer wandelen tussen dan vroeger. Ze blijven altijd in de aerobe, nooit erboven. Ze gaan nooit in verzuring. Hun hartslag stijgt ook sneller.    Komt dat dan vooral omdat ze net uit hun behandeling komen? (dat de hartslag sneller stijgt.)  Omdat hun immuunsysteem aangetast was tijdens de behandeling moet hun lichaam weer helemaal recupereren. Ze kunnen in het begin soms moeilijk de trap op. En zo bouwen we dan terug op. Ze wandelen vooral veel in het begin. |
| Ik veronderstel dat jullie vooral ex- borstkankerpatiënten krijgen? (gesprek De Baanbrekers zelf) |
| Ja de meeste vrouwen hier hebben borstkanker gehad. We hebben er nu ook wel een man bij die darmkanker gehad heeft.  Is er dan een verschil in behandeling tussen de mensen met de verschillende kanker soorten?  Het is vooral belangrijk hoe ze zichzelf voelen. Er was een vrouw die eierstokkanker had en zei had vooral veel last van de schokken tijdens het lopen. Zei is nu terug over geschakeld naar het wandelen. Dus ze moeten zelf aanvoelen wat ze kunnen. |
| Hoe zou de beweegsector volgens u het probleem van te weinig info over bewegen na kanker beter kunnen aan pakken? |
| Ik denk door folders ergens te leggen op plaatsen waar veel mensen samen komen (in ziekenhuizen, bij de kiné...). Ook het organiseren van praatgroepen. Mensen die bijvoorbeeld in mijn groep zitten maken ook wel veel reclame via mond op mond. |

## Interview Caroline Coolsaet – Lotgenotengroep De Baanbrekers

Caroline Coolsaet werd op de hoogte gebracht van - en was akkoord met het opnemen van dit gesprek.

|  |
| --- |
| Hoe zijn De Baanbrekers georganiseerd? |
| De organisatie bestaat uitsluitend uit ex-kankerpatiënten. Het wordt volledig georganiseerd en geleid door mensen die zelf kanker gehad hebben. De organisatie bestaat voornamelijk uit vrouwen maar onlangs heeft er zich nog eens een man aangesloten bij ons. Hopelijk het begin van vele anderen. Dit doordat de organisatie ontstaan is vanuit de borstkliniek, maar wij staan wel open voor iedereen.  Het is dus niet de bedoeling dat jullie zich toespitsen tot één specifieke kanker?  Neen, wij willen het algemeen houden zodat iedereen, ongeacht de kanker, zich kan aansluiten. |
| Wat is jullie visie? Wat willen jullie bereiken? |
| Ons eerste doel is om de mensen hun fysieke conditie terug op te bouwen. Het tweede is het mentale aspect. De conditie valt vaak niet op. Het is maar later eens je deze terug hebt opgebouwd dat je kan terugblikken en denken: “amai, was dat maar mijn conditie die ik had?”. Het mentale is een boost die gegeven wordt. Mensen kunnen dan denken: “Dit lukt alweer, dit lukt al beter of amai ik sta al veel verder”. En de combinatie van de twee helpt vele mensen. Verder voor nieuwelingen is het ook een hele boost als ze lotgenoten zien die al zoveel verder staan dan hen. Het toont dat het kan en geeft hen hoop en motivatie. Het feit dat we een groep zijn zal er ook voor zorgen dat ze het langer volhouden.  Welke activiteiten organiseren jullie om dit te bereiken?  Wij zijn gestart met het lopen, maar mensen stopten daar na enige tijd mee door last of door hun oudere leeftijd en sinds enkele jaren organiseren we nu ook Nordic Walking. Waarbij je veel lichaamsbeweging hebt en voor ex-borstkankerpatiënten heel erg goed is om de borstregio los te maken, actiever mee te zijn en het zorgt voor minder oedeem in de armen.  Zijn er mensen bij die aan beide activiteiten deelnemen?  Niet veel, maar toch een aantal. Vaak starten mensen eerst met de Nordic Walking en eens ze een basisconditie hebben opgebouwd en voldoende vertrouwen hebben maken ze de overschakeling of de combinatie met het lopen. |
| Waren de deelnemers voor hun ziekte ook al sporters of fysiek actief of hadden ze eerder een sedentaire levensstijl? |
| De stappers zijn mensen die eigenlijk nooit eerder heel erg fysiek actief zijn geweest. Bij de lopers zitten er wel mensen die in het verleden ook al liepen, maar nooit op hoog niveau. Wij passen wel ons programma aan aan de individu. Iemand die steeds 5km loopt, gaat na een tijdje zijn grenzen willen verleggen en voor de 10km willen trainen. We passen dan de programma’s van die personen aan met behulp van een trainster zodat ze steeds uitgedaagd worden.  Hoe we het nu doen bij de lopers is dat ze aan het begin van het jaar hun conditie volledig gescreend worden. Dit aan de hand van de lactaattest, zuurstofopname enz. met behulp van een sportdokter. Die stelt dan een programma samen voor iedereen die ze dan gebruiken voor een half jaar tot de volgende screening. Dan wordt er gekeken hoeveel ze verbeterd zijn en krijgen ze een nieuw en normaal gezien moeilijker programma.  Dus als we het goed begrijpen dan werken jullie nauw samen met enkele professionals?  Ja, dat klopt. Eénmaal in de week is er ook een trainster voor het lopen. Bij het stappen is er één of twee keer in het jaar een periode van tien weken waarbij er een trainer is. Dit omdat het niet nodig is om iedere keer een trainer te hebben, maar zeker wel in het begin om de techniek juist aan te leren. We kiezen ervoor om samen te werken met professionals zodat er juist en veilig kan opgebouwd worden op iedereens eigen niveau. |
| Zou u sporten als uiteindelijke einddoel aanduiden of eerder in het algemeen bewegen? |
| Eigenlijk beide. Uiteraard bewegen, maar voor zij die willen en kunnen wordt er altijd meer voorzien en dan vallen die zeker in de categorie sporten. |
| Kunnen mensen ook deelnemen als ze nood hebben aan sociaal contact? |
| Ja, dat kan zeker. Maar we zijn geen organisatie om enkel een babbel komen te slaan. Aansluiten betekent ook meestappen of lopen. Het sociale hoort daar uiteraard bij en is belangrijk, maar het bewegen is noodzakelijk bij ons. Het beginniveau maakt niet uit, zolang de persoon maar deelneemt aan de activiteiten. |
| Op een schaal van 1 tot 10 hoe belangrijk achten jullie fysieke activiteit bij deze doelgroep? |
| Dat zal tussen de negen en tien zijn vind ik. Dit omdat nadat je genezen verklaard wordt, het mentaal zwaar wordt. Je zelfzekerheid is weg, je stressbestendigheid is weg, het is moeilijk te begrijpen, maar wel iets dat ik keer op keer hoor. Dan helpt het enorm om fysiek actief te zijn en om grenzen te verleggen. Door doelen op fysiek vlak te behalen, krijg je mentale boosts die het zelfvertrouwen en het mentale welbevinden terug doen groeien. Verder is het belangrijk dat mensen terug kunnen doen wat ze vroeger konden doen. Wandelen, het huishouden enz. en vaak zien we zelfs dat mensen meer kunnen dan vroeger. Ik kon vroeger geen 500m lopen en sinds ik genezen ben heb ik al twee halve marathons gelopen. |
| Aangezien jullie leden in het verleden verschillende soorten kankers hebben gehad, merken jullie daar verschillen bij bij het sporten? |
| Ja, absoluut. Bij zij die borstkanker hebben gehad is er door oedeem minder beweeglijkheid van de armen. We hebben ook iemand die darmkanker heeft gehad en die met stoma’s zit. Die persoon heeft altijd haar rugzakje met al het nodige bij. Die kan ook niet altijd alles doen en ondervindt soms problemen.  Zijn er algemene problemen of beperkingen die bij alle leden voorkomen?  Ja, dat is vooral vermoeidheid. Je moet naar je lichaam luisteren, maar je moet toch op je tanden bijten en bewegen. Het is enkel zo dat het gaat verbeteren. |
| Zijn er momenten dat jullie samenkomen om louter en alleen eens terug te koppelen en te vragen hoe het met de personen gaat en hoe ze zich voelen? |
| Niet echt. We doen dit niet om dat hier niet echt nood voor is. Maar het gebeurt wel los van de trainingen. De mensen die goed met elkaar overeenkomen bellen wel eens met elkaar of als we weten dat het niet zo goed gaat met iemand gaan we daar ook wel naar vragen. We zijn lotgenoten we praten niet altijd over de ziekte, maar dat kan en gebeurt wel. Hangt vaak van persoon tot persoon af. |
| Hebben jullie bij sommige leden al een grote gedragsverandering gezien? |
| Ja, toch wel. Mensen die in het begin met niet veel zin kwamen trainen, maar dan echt het plezier in het bewegen vinden. Bij hen zie je vorderingen op fysiek vlak, maar zeker ook op vlak van motivatie.  Zou u hier een verklaring kunnen voor geven?  Het komt vanuit succeservaring die de mensen hebben. De meesten starten met het idee dat bepaalde dingen niet zullen lukken, maar eens die doelen behaald worden, groeit dat zelfvertrouwen terug. Ze zijn trots op zichzelf, merken verbetering op verscheidene mentale en fysieke vlakken en willen dan verder beter worden. Deelnemers delen dan hun succeservaringen en dat moedigt ook weer de anderen verder aan. |
| Iets dat wij al meermaals te horen hebben gekregen is dat het voor ex-kankerpatiënten niet eenvoudig is om lotgenotengroepen te vinden. Hoe zijn jullie deelnemers met de organisatie in contact gekomen? |
| Wij hebben een goed contact met het ziekenhuis AZ Groeninge in Kortrijk. Zij geven na verloop van tijd iedere patiënt een pakket mee, waar ook onze flyer bij zit. Wij hebben ook een akkoord met de oncorevalidatie waarbij we op het einde van een revalidatie ons mogen gaan voorstellen, zodanig dat we de mensen informatie kunnen meegeven maar ook kunnen aanspreken en motiveren om eens langs te komen. Want het is inderdaad heel erg moeilijk. Je moet er continu achter zitten, want anders heb je geen nieuwe mensen. Het is wat vreemd, want je moet veel moeite doen om de mensen te bereiken en aan te moedigen.  Aan wat is dat dan te wijten denkt u?  Het is tegenwoordig al beter, maar toen ik aan het revalideren was was die nazorg ondermaats. Tegenwoordig is dat toch een pak professioneler en dokters gaan bewegen ook meer aanraden dan vroeger. Ook tijdens de behandeling raden ze het aan om toch te blijven wandelen. Maar op het vlak van lotgenotengroepen hangt het veel van ziekenhuis af. Ook de mensen die niet deelnemen aan de oncorevalidatie die gaan erg moeilijk te bereiken zijn. |
| Welke leeftijdsgroepen spreken jullie het meest aan? |
| Dat loopt zeer sterk uiteen. Het is wel zo dat de oudere leden voornamelijk aan het stappen deelnemen en de jongere mensen aan het lopen. Bij beide groepen zitten er natuurlijk uitzonderingen.  Als u kijkt naar de woonplaats van uw leden, wonen zij in de buurt van Harelbeke of komen zij ook van verder?  Toch wel. Oostrozebeke, Bellegem, Ingelmunster en ikzelf van Zwevegem. Dus toch niet allemaal bij de deur.  Waar hebben jullie leden het meeste nood aan? Bewegen recreatief, echt sporten of eerder een babbel?  Bij ons is dat zeker op recreatief niveau en het sociale komt er dan automatisch bij. |
| Wij zouden graag een tool ontwikkelen om deze doelgroep te kunnen helpen, is er iets waar u aan denkt? |
| Wel aangezien de meeste mensen nu een smartphone hebben en apps toch in trek zijn, denk ik dat dit wel een optie is. Je kan daar dan oefeningen en schema’s in plaatsen die dan ook op verschillende niveaus werken. Op die manier zou dat wel een handige tool zijn.  Wij hadden hier ook al aan gedacht, maar naast de jongere mensen bij jullie hebben jullie toch ook 60-plussers, zou dit even laagdrempelig en handig zijn voor hen? Uit de gegevens die we gezien hebben is dit een grote groep van (ex-)kankerpatiënten. Dat is waar. Ik denk dat het een verschil kan maken door zichzelf te uiten als iets dat gemaakt is voor hen of voor mensen die bijna geen conditie of zelfs vanaf nul hun conditie willen opbouwen. De vele andere apps die nu al beschikbaar zijn voor sporters of mensen die toch al wat kunnen. Daardoor denk ik wel dat mensen een effort zouden willen maken om dit te leren. Dokters en kinesisten zouden dit kunnen aanraden en misschien kort uitleggen.  Dus die koppeling met professionelen moet er wel zeker zijn?  Ja, zeker. Dokters, kinesisten, oncologen zij komen met deze mensen in contact en zien ook meer en meer het belang van bewegen in. Ik denk dus wel dat zij hier ook voor open zouden staan. |
| Jullie werken al samen met een coach, dus hebben jullie al een link met de bewegingssector. Maar welke aanpassingen zouden er in de bewegingssector kunnen gemaakt worden zodat dat contact met ex-kankerpatiënten nog makkelijker en handiger kan gebeuren? We vermoeden dat op dit moment er een kloof is tussen hen. |
| Als er zelfs al een aanbod is voor deze mensen, dan is het nog altijd aan de persoon zelf om een stap te zetten. Dat is vaak het probleem. Dit is moeilijk voor hen. Velen hebben een duwtje in de rug nodig.  Zou het dan helpen als ze de informatie aangereikt krijgen?  Ja, inderdaad dit verlaagt de drempel toch wat. Het is en blijft een uitdaging want je moet een aanbod hebben, de mensen kunnen bereiken en ze dan ook nog eens motiveren.  En zou een lijst met lotgenotengroepen waarbij ze terecht kunnen al kunnen helpen? Voor mensen die op zoek zijn zou dit zeker kunnen helpen, maar niet iedereen is op zoek. Het motiveren blijft moeilijk. Eens ze aangesloten zijn, gaat het vanzelf maar het is die eerste stap voor hen dat moeilijk blijft.  Stel dat het ziekenhuis op een voormiddag plaats vrijmaakt en allerlei lotgenotengroepen en organisaties uitnodigt die dan deze mensen kunnen informeren, aanspreken en motiveren. Zou dit een idee zijn?  Dat kan, maar het probleem gaat opnieuw zijn om de mensen daar te krijgen. Je kan ze uitnodigen, maar gaan ze komen?  Dus laagdrempeligheid is heel belangrijk?  Ja en vaak lukt dat het beste face-to-face. Mensen zitten vaak met vragen of hebben geen zelfvertrouwen, dan kan die persoon het verschil maken door vragen te beantwoorden en te zeggen “kom eens af, probeer en je kan dan zien of het iets voor jou is”.  Dus hierbij kunnen de professionelen waarmee ze in contact komen ook helpen door hen zo’n dingen aan te raden?  Ja, inderdaad. Zij kunnen er wat achter zitten en vaak gaan mensen de raad van hen wel opvolgen aangezien zij de experts zijn. Zij kunnen er dan ook later eens naar polsen. |

## Interview met Thomas Van der Plaetsen

Dit interview hebben wij niet afgenomen. (Adé, 2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thomas Van Der Plaetsen: ‘In het begin was het heel erg ploeteren om vooruit te komen. Een paar honderd meter joggen was er al te veel aan, en dat terwijl ik enkele maanden eerder nog bij de wereldtop hoorde. Het besef dat je weer van nul moet beginnen, is ook mentaal uitputtend. Ik voelde me heel erg verraden door mijn lichaam.’   |  | | --- | | Wat zijn uw toekomstplannen? |   ‘Ik heb ondertussen een eigen stichting opgericht, [Back on Track](https://www.backontrackfoundation.com/).  Kanker is sowieso een beladen begrip, maar dat geldt des te meer voor wie het al van nabij heeft meegemaakt.  Kijk, ik krijg als bekende sporter met een kankerverleden heel veel aanvragen om mijn gezicht voor goede doelen te lenen. Ik doe dat met plezier, maar ik wil dat zelf kunnen sturen. Met mijn stichting hoop ik vooral steun te werven voor het ziekenhuis waar ik behandeld ben, en waar mijn vader ook heel zijn leven gewerkt heeft als psychiater. Op die manier kan ik iets terugdoen voor de mensen die me geholpen hebben, en zelf anderen helpen.’   |  | | --- | | En op sportief vlak? |   ‘Ik ben weer totaal gefocust op atletiek. Doelstelling is meer dan ooit volgend jaar de Olympische Spelen in Rio te halen. Keihard trainen zonder medische zorgen, heerlijk vooruitzicht, ook al omdat ik de helft van de tijd in Zuid-Afrika verblijf. Het is een prachtig land, ik heb er vrienden, ik train er in een geweldige club, en de natuur is er overweldigend. Ik kom er helemaal tot rust.’  In 2014 werd bij meerkamper Thomas Van der Plaetsen teelbalkanker vastgesteld. Hoewel het verdict hard aankwam, was de doelstelling heel duidelijk: zo snel mogelijk terug op de piste staan en het leven als topsporter hervatten. |

## Anonieme online vragenlijst voor de doelgroep

De anonieme vragenlijst is opgesteld in Microsoft Forms. De link hiernaar kan u hieronder vinden.

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=6oDgtrmteUyTA23Pgm-4VHx0BBYmedlIk7frOhfuCMNUMTU1MU83SjY3TTM2NDZHT09UWUgxMU03SS4u>

## Matrix externe contacten

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lichaamsbeweging** | Patiënt | Professional (Kinesisten, personal coaches, oncologisch assistente, huisdokter, organisator lotegenotengroep, persoon binnen STK zijn de bevraagden) | (Sociale) omgeving | De ziekte |
| Mentaal/motivationeel aspect | De belangrijkste redenen die de doelgroep aangeeft om te bewegen zijn;   * Omdat ze trots zijn op zichzelf achteraf. * Omdat het goed is voor hun gezondheid. * Omdat ze het nuttig vinden. * Omdat ze er waarde aan hechten. * Omdat ze het leuk vinden.   Verder werden ook volgende zaken als stimulerend aangegeven;   * Omdat ze ervoor beloond worden. * Omdat ze negatieve uitkomsten willen vermijden.(vb: uitbranders van begeleiders.) * Omdat ze bang zijn voor de gevolgen indien ze niet zouden bewegen.   Als drijfveer voor hun huidig niveau van lichaamsbeweging gaf een deel van de doelgroep het volgende aan;  **Herstellen/onderhouden van de basisconditie: 30%**  **Sociaal contact: 16%**  **Autonomie: 10%**  **Gevoel van competentie: 11%**  **Herstellen van de vroegere levensstijl: 21%**  **Nieuwe dingen ontdekken: 12%**  Als redenen om niet te bewegen geven de mensen aan dat ze een gebrek aan motivatie hebben en een gebrek aan attitude om vol te houden.  Positieve beloningen worden door enkelen als een goede motivatie aangeduid.  Het mentaal zelfbevinden van de patiënt speelt een grote rol.  (**Laurens Merghan**) | **Extrinsieke overtuigingen** Bij deze motivatie is het moeilijker om de patiënt te overtuigen. De behandelende arts speelt hier een grote rol. Na het ziekteproces moet hij/zij de patiënten proberen overtuigen. Ze moeten er warm voor gemaakt worden.  **Intrinsieke overtuigingen** Hier komt de motivatie vanuit de patiënt zelf. Ze zien het nut er van in maar vinden het ook leuk. De patiënt is zelf, op korten en lange termijn, overtuigd over het positieve effect van bewegen. Hier is alleen nog begeleiding nodig.  **(SARAH)**  Wat heel motiverend is, is dat de ex- kankerpatiënten in onze lotgenotengroep de positieve evolutie zien van anderen. In groep houden ze het ook langer vol.  **(De BAANBREKERS)**  De stimulans om zelfredzaam te zijn werkt vaak heel goed. **(Alex)**  Volgens **Ivanna de Beer** zit de invloed van een kine vooral in het samenstellen van een individueel behandelplan (afhankelijk van de doelstellingen) en blijven motiveren om vol te houden.  Motiveren zit hem vooral in de pep – talk en het aangenaam houden van de revalidatieschema’s door voldoende af te wisselen en aan te passen van oefeningen. Meestal hebben de patiënten al zoveel info gehad over de kanker en hun behandeling zelf dat ze in de reva- periode vooral hun conditie en lichaam, zichzelf, proberen terug te vinden.  Gemiddeld duurt die gedragsverandering een zestal weken. (**Laurens Merghan**) | Bij De Baanbrekers zijn ze eigenlijk al gemotiveerd voordat ze bij mij komen. Ze kennen dan al iedereen en dat zorgt voor een grote motivatie. Iedereen wordt in de groep goed opgevangen.  **(ELLEN)** |  |
| Belang van beweging. | 3% van de ondervraagden gaven aan dat ze sedentair gedrag vertonen. 29% gaf aan dat ze licht intensief bewegen, alsook 29% die hoog intensief beweegt. 38% beweegt matig intensief.  De absolute meerderheid acht beweging zeer belangrijk of noodzakelijk. Slechts één iemand vindt het matig belangrijk. Rekening houdend met de vorige vraag is dit belangrijk in het achterhoofd te houden.  Voordelen van beweging aangegeven door de doelgroep (van veelvoorkomend naar minder voorkomend)   * Verbeterd uithoudingsvermogen. * Verbeterd fysisch functioneren. * Verbeterde levenskwaliteit. * Verbeterde spiersterkte. * Verminderde kankergeralteerde vermoeidheid. | Bewegen wordt gezien als iets heel belangrijk na de revalidatie. **(10/10).** Het zou eigenlijk verplicht moeten worden.  Bewegen…   * Zorgt voor meer kracht en spiermassa * helpt hart- en vaatziektes voorkomen * ontspant en heeft een fit gevoel * vermindert angst en neerslachtigheid * verbetert de levenskwaliteit * vermindert de kankergerelateerde vermoeidheid * heeft terug vertrouwen te krijgen in je lichaam.   Dus een positieve invloed op zowel het fysieke maar ook het psychische.  **(SARAH)**  Bewegen is ook voor **De BAANBREKERS** zeer belangrijk. **Tussen de 9 en de 10/10.**  Dit omdat nadat je genezen verklaard wordt, het mentaal zwaar wordt. Je zelfzekerheid is weg, je stressbestendigheid is weg, het is moeilijk te begrijpen, maar wel iets dat ik keer op keer hoor. Dan helpt het enorm om fysiek actief te zijn en om grenzen te verleggen. Je krijgt een mentale boost door grenzen op fysiek vlak te verleggen. Verder is het belangrijk dat mensen terug kunnen doen wat ze vroeger konden doen.  Fysieke beweging is voor mij een 10, maar aangezien dit niet zo vanzelfsprekend is na zo’n zware periode van ziek zijn, een 9. Het voornaamste hierbij is de persoon gezond houden. (**Codde**)  **Alexander de Langhe:** 10, voor patiënt en niet-kankerpatiënt. Maar elk volgens zijn eigen mogelijkheden.  **Ivanna de Beer** stelt dat het belangrijk is de graad van beweging van voor de ziekte te herstellen.  **Els decoster:** Het is wetenschappelijk bewezen dat wie blijft bewegen, tijdens en na de kanker, het immuunsysteem stimuleert. Het zou je herval verminderen. Voor de geest is het ook goed. Een gezonde geest in een gezond lichaam, er is daar zeker iets van waar.  Belang van bewegen **10/10**. Al is het maar op één been tanden poetsen of gras afmaaien of een korte wandeling. (**Laurens Mergan**)  Volgens **Laurens Mergan** kan je je niet mentaal goed voelen als je fysiek niet fit bent en omgekeerd. Het is een totaalpakket.  Volgens **Ellen Tanghe** is bewegen zeer belangrijk. **9,5 à 10/10.** De leden voelen zelf ook wel dat het beter gaat als ze aan het bewegen zijn. Ze hebben minder last van hun lestels als ze veel bewegen.  **Sarah Houtman** vindt bewegen uiterst belangrijk en geeft daarom een score van **10/10.** Verder haalde ze ook dit aan: “Ze gaan zich beter voelen, zijn dan gezonder en het is ook aangetoond dat de kans op herval verkleind wordt.” |  |  |
| Moeilijkheden voor de patiënt | Van de mensen die aangaven geen of te weinig lichaamsbeweging te hebben op dit moment geven zij de volgende redenen aan als belangrijkste:   * Ze hebben geen energie. * Ik voer een andere soort lichaamsbeweging uit. * Letsels/lichamelijke klachten. * Onvoldoende kennis van sportmogelijkheden in de buurt. * Gebrek aan tijd. * Het moeten ervaren dat ze niet meer dezelfde persoon zijn na de revalidatie **(SARAH)** * Ze kunnen niet meer, wat hun gezin van hen verwacht, wat zorgt voor heel wat frustratie. **(SARAH)** * De mensen die een sedentair leven hadden zullen het heel moeilijk hebben om achteraf sportief te worden. (**Codde**) * Schamen zich voor hun lichaam. (**Codde**) * Maar al deze moeilijkheden schakelen volgens Alexander de Langhe nooit elke vorm van beweging uit. Er kan steeds een bewegingsvorm gevonden worden waar de patiënten geen last hebben van hun persoonlijke moeilijkheden.   Volgens **Els Decoster** is het ook moelijk voor de doelgroep op te aanvaarden dat ze niet meer hetzelfde kunnen als voor de ziekte.  Volgens **Sarah Houtman** kan het voor sommigen een drempel zijn om terug naar het ziekenhuis te moeten gaan. Zelfs als dit voor een revalidatieprogramma of dergelijke is.  **Sarah Houtman** haalt ook aan dat de patiënt geen motivatie meer heeft door alles wat voorheen al gebeurd is. En ook kankergerelateerde vermoeidheid. | Geen ondersteuning door professionelen is een beperking dat de patiënten aangeven als reden waarom ze niet meer bewegen.  Een relatief groot aantal mensen geeft aan dat er een gebrek is aan begeleiding.  Volgens **Els Decoster** is het ook belangrijk dat de behandeling al in het ziekenhuis start en dat wordt dan vervolgt buiten het ziekenhuis. Hierbij is er een samenwerking met fitnesscentra. Zo moet een ex-kankerpatiënt niet altijd terug naar het ziekenhuis om de fysieke activiteit te kunnen doen. Want anders worden ze er telkens terug met geconfronteerd. | Onvoldoende kennis van sportmogelijkheden in de buurt is een beperking dat de patiënten aangeven als reden waarom ze niet meer bewegen alsook een onvoldoende groot aangepast aanbod. | Tussen de verschillende soorten kanker is er zeker ook een verschil. Ex-borstkankerpatiënten gaan veel oedeemproblemen ervaren waardoor ze minder beweegelijke ledematen kunnen hebben. Bij ex-darmkankerpatiënten kunnen stoma’s een probleem zijn. Die persoon heeft altijd haar rugzakje met al het nodige bij. Die kan ook niet altijd alles doen en ondervind soms problemen. **(De BAANBREKERS)**  Volgens **Alexander de Langhe i**s elk ziektebeeld per patiënt ook zeer verschillend. Alles is zeer hard afhankelijk van de context. Er is naast de fysieke ziekte is er ook nog de psychologische impact op de patiënt die bij niemand gelijk is.  Hij geeft ook aan dat zelfs jaren na de behandeling er nog fysieke klachten de kop op kunnen steken (cardiotoxisch effect, vermoedheid bv.)  De ziekte is een belasting voor je lichaam. Ook emotioneel is dit een belasting en vaak heb je niet meer de fysieke capaciteiten dan voorheen. **(Els Decoster)**  Je kan eigenlijk moeilijk onderscheiden wie wel kanker gehad heeft of niet. Als je het niet weet ga je geen verschil kunnen zien. Want als ze bij mij komen hebben ze de grootste miserie al achter de rug. Bij Start to Run is voor beide eigenlijk hetzelfde schema. De enige uitzondering is dat ex-kankerpatiënten dagen gaan hebben dat ze rapper vermoeid zullen zijn.  De hartslag stijgt vooral rapper doordat hun immuunsysteem een serieuze klap heeft gekregen.  **(ELLEN TANGHE)** |
| (Persoonlijk) doel | De doelgroep gaf aan dat ze graag volgend niveau van lichaamsbeweging zouden aankunnen.(Meerdere doelen waren mogelijk):  **Dagelijks functioneren: 10%**  **Basisconditie: 14%**  **Gevorderde conditie: 32%**  **Zichzelf uitdagen: 20%**  **Een doel bereiken: 22%**  Men wil zichzelf weer goed voelen en vertrouwen hebben op een goede afloop. | **Doel** **De** **Baanbrekers**   * fysieke conditie terug op te bouwen. * Het mentale aspect een boost te geven.   Deze combinatie van de twee helpt heel wat mensen verder.  Bewegen is eigenlijk ons doel, maar voor degene die willen kan het ook echt sporten worden.  Ze doen jaarlijks mee aan verschillende evenementen. Bv. een 5km loop en dan is het de bedoeling dat ze die 5km gewoon uit lopen. voor de leden die willen kan het ook wat meer op tempo. Iedereen doet dit naar hun eigen kunnen. **(ELLEN TANGHE)**  Volgens **Ivanna de Beer** zit de invloed van een kine vooral in het samenstellen van een individueel behandelplan (afhankelijk van de doelstellingen) en blijven motiveren om vol te houden.  Door het reva-schema individueel af te stellen, altijd rekening houdend met wat de patiënt zelf wil worden ze gestimuleerd.  Het heeft geen zin om bvb zware conditietrainingen te geven bij iemand die absoluut niet graag sport. Dan gaat hun motivatie snel weg zijn, of omgekeerd bij sporters ed gaan we zwaardere schema’s geven om hun conditie weer op te bouwen. Voldoende afwisseling in de oefeningen is ook zeer belangrijk. Kortom vooral kijken naar de persoon die voor je staat.  Volgens **Els decoster** is het belangrijk de sedentaire mensen aan te zetten tot beweging. Elke patiënt moet proberen te streven naar meer beweging dan vroeger.  Volgens **Laurens Mergan** kan je je niet mentaal goed voelen als je dat niet fysiek bent. Dus de nazorg moet voor fysieke activiteit zorgen, aangezien deze mensen het al mentaal al zwaar hebben gehad en soms in de put zitten. Hij gelooft dat je klein moet beginnen, maar altijd dagelijks bewegen. (Korte wandelingen, staand strijken, gras afmaaien met een loopmaaier, tanden poetsen op één been, …)  Volgens **Laurens Mergan** hebben ex-kankerpatiënten vaak schrik om nieuwe dingen te doen of hun grenzen te verleggen. Wat wel nodig is om voorruit te gaan.  **Sarah Houtman** en haar team proberen hun levensstijl actiever te maken en hun conditie op alle vlakken te verbeteren. (Gebruiken testen aan het begin en het einde van het programma om te vergelijken.)  Als patiënten zelf een doel aangeven kan je hier maar beter gebruik van maken. Dit speelt mee op vlak van motivatie. **Sarah Houtman**. |  |  |
| Begeleiding | De doelgroep geeft aan dat professionele begeleiding nodig is.  Een relatief groot aantal mensen geeft ook aan dat er een gebrek is aan begeleiding.  De doelgroep schatte zichzelf in in de fases van het gedragveranderingsmodel van behaviour of change:   * 2% in voorbeschouwing. * 9% in beschouwing. * 0% in voorbereiding. * 21% in actie. * 50% in onderhoud. * 18% in beeïndigen.   Er zijn zeker ook al mensen waar we **gedragsveranderingen** hebben gezien. Mensen die in het begin met niet veel zin kwamen trainen, maar dan echt het plezier in het bewegen vinden en zie je hun vorderingen op fysiek vlak, maar zeker ook op vlak van motivatie.  Dit komt vooral door een succeservaring die de mensen hebben. De meesten starten met het idee dat bepaalde dingen niet zullen lukken, maar eens die doelen behaald worden, groeit dat zelfvertrouwen terug. Ze zijn trots op zichzelf, merken verbetering op verscheidene mentale en fysieke vlakken en willen dan verder beter worden. Deelnemers delen dan hun succeservaringen en dat moedigt ook weer de anderen verder aan. **(De BAANBREKERS)**  Dit jaar is het de eerste keer dat we met een sportdokter werken. Die test in het begin iedereen op basis van hun kunnen en stelt daar dan schema’s voor op. Dit is allemaal gebasseerd op basis van hun hartslag.  **(ELLEN TANGHE)** | Het belangrijke is dat de ex-kankerpatiënten duidelijk heid hebben bij hun begeleiding. Dit zorgt er voor dat ze weten waar hun limiten liggen, zodat ze zich niet blesseren. **(SARAH)**  De beweegsector zou het aanbod moeten vergroten en de professionele ondersteuning bieden waar er een aanbod is. (**SARAH)**  Bij **De** **BAANBREKERS** worden nu de lopers aan het begin van het jaar hun conditie volledig gescreend wordt. Dit aan de hand van de lactaattest, zuurstofopname enz. met behulp van een sportdokter. Die stelt dan een programma samen voor iedereen die ze dan gebruiken voor een half jaar tot de volgende screening. Dan wordt er gekeken hoeveel ze verbeterd zijn en krijgen ze een nieuw en normaal gezien moeilijker programma.  De programma’s worden ook per individu aangepast per persoon. Zo gaan de lotgenoten hun grenzen ook verleggen.  Volgens **Alexander De Langhe** is naast een oncoloog voor de medische monitoring ook een aanspreekpunt voor mentale monitoring belangrijk. Vaak is de huisarts zo’n eerste aanspreekpunt. Hij zegt dat de medische sector een belangrijke rol speelt in steun en begeleiding.  Een huisarts staat in voor begeleiding/psychologische begeleiding en als vertrouwenspersoon.  Daarnaast moet een huisarts er ook steeds op letten dat jaren na de feiten ook klachten de kop op kunnen steken gerelateerd aan hun verleden.  **Ivanna de Beer** vertelt dat de behandeling van de patiënten zeer afhankelijk is van de soort kanker. Ze doen daarnaast wel aan algemene reconditionering enspieropbouw.  Nog belangrijker acht ze de psychologische begeleiding van de patiënten. Dit geldt voor “normale” patiënten maar des te meer voor de doelgroep. Zeker als de therapie lang duurt en er niet altijd onmiddellijk resultaat is. Een zeer individuele behandeling is dus aangewezen.  Het is ook vooral moeilijk als je zelf op zoek gaat naar oefenstof, dat je vaak begint met iets dat te zwaar is en niet aangepast is aan je capaciteiten. Met een personal coach zal je dit niet hebben. Dat is zeker een grote valkuil volgens **Els Decoster.**  Het is zeer ziekenhuisgerelateerd of het contact met personal coaches wordt gefaciliteerd. Dit is een werkpunt.  Daarnaast is het ook heel belangrijk dat artsen de patiënten genoeg informeren en doorverwijzen. De gepaste organisaties aanreiken is belangrijk aangezien veel mensen er zelf niet aan denken.  De informering is te sterk regio-afhankelijk en er is nog veel werk aan de winkel op dit vlak.  Als laatste zegt Els Decoster ook dat de zorg in de ziekenhuizen uitstekend is maar dat de nazorg in het algemeen (ook stimulatie fysieke act.) nog veel beter kan. (persoonlijk verhaal)  Individuele doelen stellen en schema’s op maat maken voor de klant. (**Laurens Mergan**)  **Sarah Houtman** haalt aan dat mensen begeleiding willen zodat ze weten dat ze in goede handen zijn en de juiste dingen doen zodanig dat er een positieve uitkomst zal zijn.  **Sarah Houtman** haalt aan dat mensen veel sneller naar hun arts zullen luisteren (en raad opvolgen) dan dat van iemand anders.  Het team van **Sarah Houtman** reiken uit naar de patiënten die in aanmerking komen. Verlaagt de drempel en zo zijn ze in meteen contact met de juiste doelgroep. |  |  |
| Tools | Men geeft aan dat toegankelijke sporten, een website en een duidelijke samenvatting van de sportlocaties hen zou helpen.  Informatie over de voordelen van beweging achten ze belangrijk alsook voorbeelden van lotgenoten waarbij het een verschil gemaakt heeft.  Een tool ziet er idealiter als volgt uit:   * Promoot bewegingsevenement. * Faciliteert contact met lotgenoten. * Mogelijkheid tot sporten met lotgenoten. * Gratis * Laagdrempelig * Maandelijkse infobrochure * Tips voor een gezondere levensstijl * Stappenplan naar een gezondere levensstijl * Meer informatie over bewegen in de buurt * Contact met professionelen vergemakkelijken * Workshops * Getuigenissen over positieve verhalen * Meer informatie over bewegen en de voordelen. | Een tv-spot, zodat iedereen bereikt wordt is volgens **Els decoster** een handige tool.  Volgens **Laurens Mergan** kan een kostprijs een drempel zijn voor mensen.  Verder moet de tool volgens **Laurens Mergan**:   * Laagdrempelig zijn * Eenvoudig te gebruiken zijn * Interactief zijn   Volgens **Laurens Mergan** kunnen posters en flyers mensen motiveren en informeren. Zeker op plaatsen zoals wachtzalen en in het ziekenhuis.  **Laurens Mergan** is twijfelachtig over een app. Hij vraagt zich af of deze wel frequent genoeg zal gebruikt worden.  **Laurens Mergan** vindt het idee van een video een goed idee, op voorwaarde dat deze niet te algemeen is en duidelijk de doelgroep aanspreekt. Verder moet deze kort en krachtig zijn.  Je zou nog meer reclame kunnen maken door succesverhalen van anderen te delen in filmpjes of dergelijke. Ook als je deel neemt aan organisties kan je reclame maken. Ook door het leggen van folders in dokter en kinépraktijken.  **(ELLEN TANHE)**  **Sarah Houtman** vindt dat een app niet altijd even praktisch is, zeker als je deze aan een oudere doelgroep moet uitleggen. Het kan handig zijn, maar zij heeft gemerkt dat mensen liever iets op papier hebben.  Ons idee van een promotiefilmpje met daaraan een magazine of dergelijke gelinkt, leek volgens **Sarah Houtman** wel een goed idee. |  |  |
| Sociale context | De doelgroep geeft aan dat lotgenoten(groepen) hen kunnen stimuleren.  Anderzijds zou een sportpartner (niet-lotgenoot) hen ook, in mindere mate weliswaar, stimuleren.  Ze willen het gevoel hebben dat ze er niet alleen voor staan.  Steun van familie en vrienden wordt noodzakelijk geacht.  Een luisterend oor is voor de lotgenoten zeer belangrijk.  Volgens **Els Decoster** is na de behandeling bewegen het makkelijkst met lotgenoten, ook wat betreft motivatie. | Volgens **Alexander de langhe** is de sociale context eigenlijk de belangrijkste factor om een patiënt aan het bewegen te krijgen. Een stimulans van de sociale omgeving werkt vaak zelf beter dan een stimulans door professionelen. **(Vindt Sarah Houtman ook)**  Ook zegt hij dat die sociale context ook een negatieve invloed kan hebben op het beweeggedrag. Een positief ingestelde omgeving is onontbeerlijk.  **Els decoster** vertelt dat er voor bepaalde types kanker veel lotgenotengroepen bestaan en voor anderen helemaal geen. Zij ziet een oplossing in overkoepelende lotgenotengroepen waar elke ex-kankerpatiënt met elk type kanker welkom is.  De sociale factor tussen patiënten en trainer- patiënt hebben een grote invloed in het volhouden en doorzetten tijdens het groeien op vlak van fysieke activiteit. (**Laurens Mergan**) | De invoed van de sociale omgeving is zeer groot. Als die ondersteuning er is staan de ex-kankerpatiënten veel sterker in hun schoenen om het starten en volhouden van sport en beweging. Ze voelen zich bij andere lotgenoten meer begrepen dan bij hun eigen vrienden. **(SARAH)**  Alex geeft aan dat de familie de functionaliteit van de patiënt moet stimuleren in bv. Het huishouden. |  |
| Professionele context | De doelgroep geeft aan dat professionele begeleiding nodig is. | **De BAANBREKERS** hebben een goed contact met het ziekenhuis AZ Groeninge in Kortrijk. Zij geven na verloop van tijd iedere patiënt een pakket mee, waar ook hun flyer bij zit. Ze hebben ook een akkoord met de oncorevalidatie waarbij ze op het einde van een revalidatie hen mogen gaan voorstellen, zodanig dat ze de mensen informatie kunnen meegeven maar ook kunnen aanspreken en motiveren om eens langs te komen.  **Alexander de Langhe** geeft aan dat in de beweegsector de personal coaches een mogelijkheid moeten krijgen tot specialisatie voor deze groep.  Hij geeft daarnaast ook aan dat we moeten evolueren naar een zeer indivualistische aanpak per patiënt.  **Els decoster** vertelt dat veel lotgenotengroepen ziekenhuisgestuurd zijn en dat individuele lotgenotengroepen heel wat minder vaak voorkomen. Ik denk dat dat nog wel aangepast kan worden.  Daarnaast vertelt ze ook het volgende:  “Er zijn wel al heel wat personal coaches en interacties met fitnesscentra. Dus ik denk dat die verbinding nog beter moet gemaakt worden. Kinesisten worden ook bijgeschoold om met kankerpatiënten om te gaan, ook met de beweegsector lijkt me dat mogelijk.”  **Laurens Mergan** Werkt samen met het O.L.V. ziekenhuis te Aalst. Maar mensen kunnen hem ook persoonlijk contacteren. Hij maakt zelf geen reclame, maar weet dat veel van zijn klanten aan mond aan mond reclame doen. Wat zijn effect heeft in het ziekenhuis.  **Laurens Mergan** haalt aan hoe mensen hun visie op de beweegsector zou moeten veranderen. Ze zijn niet langer optioneel of enkel voor fitte gezonde mensen bedoelt, maar voor iedereen. En met de juiste opleidingen kunnen zij meehelpen waar nodig.  **Laurens Mergan** vindt dat er certificaten zouden moeten bestaan die aantonen dat bepaalde trainers of centra professionelen zijn op het vlak van bepaalde ziekten of aandoeningen. Zo kan de klant hier ook een terugbetaling voor krijgen.  Om in alle ziekenhuizen meer bezig te zijn met revalidatieprogramma’s die bewegen aanbieden, zouden de universitaire ziekenhuizen het voortouw moeten nemen en dan andere ziekenhuizen laten aansluiten. (Het breed trekken.) **Sarah Houtman.** |  |  |

## Werking vragenlijst op de website

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hoe oud bent u? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-29 | | | 30-39 | | | | | 40-49 | | | | | | | | 50-59 | | | | | 60-69 | | | | | | | | 70-79 | | | | 80+ |
| * 20-69 verwijzing naar A * 70-80+ verwijzing naar B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Welke kanker heeft u gehad? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <eigen mening> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Hoe frequent beweegt u op dit moment? (per week, in minuten) | | | | | | | | | | | | | | | | | (20 tot 69 jaar) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0-30 | | | 30-60 | | | 60-90 | | | 90-120 | | | | 120-150 | | | 150-180 | | | 180-210 | | | 210-240 | | | | | 240-270 | | | 270-300 | | 300+ |
| Aan welke intensiteit beweegt u dan overwegend? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Licht | | | | | | Matig | | | | | | | | | | | | Intensief | | | | | | | | | Matig en intensief | | | | | | |
| Niet genoeg | | | | | | Som > 150 min => oke  Som < 150 min => te weinig | | | | | | | | | | | | Som > 75 min => oke  Som < 75 min => te weinig | | | | | | | | | Som > 150 min => oke  Som < 150 min => te weinig | | | | | | |
| 1. Hoe frequent beweegt u op dit moment? (per week, in minuten) | | | | | | | | | | | | | | | | | ( 70+) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0-30 | | | 30-60 | | | 60-90 | | | 90-120 | | | | 120-150 | | | 150-180 | | | 180-210 | | | 210-240 | | | | | 240-270 | | | 270-300 | | 300+ |
| Aan welke intensiteit beweegt u dan overwegend? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| licht | | | | | | matig | | | | | | | | | | | | intensief | | | | | | | | | Matig en intensief | | | | | | |
| Niet genoeg | | | | | | Som > 150 min => oke  Som < 150 min => te weinig | | | | | | | | | | | | Som > 75 min => oke  Som < 75 min => te weinig | | | | | | | | | Som > 150 min => oke  Som < 150 min => te weinig | | | | | | |
| Welke actieve dagdagelijkse bezigheden doet u al? Kruis aan en geef gerust enkele eigen extra voorbeelden. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Het gras maaien. | | De ruiten kuisen. | | | Met de hond wandelen. | | | | | | Met de (klein)kinderen spelen. | | | | Een wandeling maken. | | | | Een fietstocht maken (naar het werk). | | | | | In de tuin werken. | | | | | | koken | | Anders: <mening> | |
| * “op basis van het aantal aangekruiste vakjes wordt een schatting gemaakt” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bent u gemotiveerd om een actievere levensstijl aan te nemen. Geef aan waarom. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, <mening> | | | | | | | | | | | | | | | | | Neen, <mening> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wat is uw postcode? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <mening> “postcode linkt door naar organisaties/hulp in de buurt van deze postcode” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sedentair gedrag: | | | | | | Licht intensief bewegen: | | | | | | | | | | | | Matig intensief bewegen: | | | | | | | | | Hoog intensief bewegen: | | | | | | | |
| Je beweegt nog te weinig! | | | | | | Combineer jouw huidige activiteitsniveau met soms eens een activiteitje uit één van de volgende niveaus. | | | | | | | | | | | | Je beweegt al voldoende! Hou dit niveau zeker aan maar indien gewenst kan je nog steeds een niveautje stijgen! | | | | | | | | | Je beweegt hoog intensief! Keep up the good work! | | | | | | | |
| **Om tot de volgende zone te behoren kan je volgende activiteiten uitvoeren.**  Staand bellen, traag stappen(wandelen), yoga, afwassen…  **De volgende drie kenmerken duiden op activiteit in deze zone;**  Je mag niet sneller gaan ademen dan normaal, de hartslag blijft normaal en je kan gewoon blijven praten. | | | | | | | | | | | | **Om tot de volgende zone te passen kan je volgende activiteiten uitvoeren.**  Harken in de tuin, met de fiets naar het werk, je ramen wassen…  **De volgende kenmerken duiden op activiteit in deze zone;**  Je gaat sneller ademen, het hart gaat sneller slaan, je bent hier niet buiten adem en je kan nog gewoon blijven praten.  Je moet zeker niet sporten om matig intensief te bewegen. Het grote verschil met licht intensief bewegen is dat je hier ook nog kan praten, maar een liedje zingen wordt al moeilijker. | | | | | | | | | | | | | **Om tot de volgende zone te passen kan je volgende activiteiten uitvoeren.**  De trappen op lopen met volle tassen, stevig doorfietsen naar je werk, joggen enzovoort.  **De volgende kenmerken duiden op activiteit in deze zone;**  Hier zal de ademhaling veel versnellen, het hart gaat sneller slaan, je begint te zweten en praten lukt moeilijk.  In het dagelijkse leven kan je dus ook hoog intensief bewegen.  Het verschil tussen deze zone en de andere is dat het hier sneller gezondheidsvoordelen zal mee brengen. | | | | | | | | | |
| **Algemene richtlijnen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **OF** | | | |  | | | | | | | | | **OF** | | | |  | | | | | | | | |
| **Bewegingen van lichte intensiteit:**  Doe je maar beter gedurende het grootste deel van de (wakkere) dag. Voorbeelden zijn rechtstaan, traag stappen en koken.  **Maar dat is niet genoeg. Voor de extra inspanning heb je drie opties:**  Bewegingen van matige intensiteit: minstens 150 minuten per week. Splits je tijd op, bij voorkeur telkens een halfuurtje op vijf dagen (maar élke dag bewegen is nog beter). Ook dat halfuur mag je spreiden, wat dacht je van 3 keer 10 minuten per dag?  Voorbeelden: stevig wandelen, zwemmen, (elektrisch) fietsen, harken in de tuin, … | | | | | | | | | | | | **Bewegingen van hoge intensiteit:** minstens 75 minuten per week. Verspreid je beweging, bijvoorbeeld telkens 25 minuten op drie dagen. Die 25 minuten hoef je niet ononderbroken te doen: twee keer minstens 10 minuten per dag is prima!  Voorbeelden: joggen, goed doorzwemmen, stevig fietsen, spitten in de tuin, … | | | | | | | | | | | | | **Combinatie van matige en hoge intensiteit:** minstens 150 minuten per week. Een mix is altijd goed.  **Belangrijk om te weten:** doe je een minuut aan hoge intensiteit? Dan telt die dubbel! Met 25 minuten joggen en 100 minuten (elektrisch) fietsen naar het werk of de winkel kom je dus al aan je wekelijkse hoeveelheid. | | | | | | | | | |