



E-Health

Digitaal hardlopen!?

Pilot study ZGT Almelo, PAAZ

Student: **Peter Jansen**
Student nr: **s1015995**
Begeleider: **Linda Vrielink**
Beoordelaar: **Fred Dijk**
Datum: **Maart 2013**

ehealth

E-Health: “Digitaal hardlopen”

Runningtherapie begeleiden vanuit uw bureaustoel... !?

Samenvatting

E-Health is een relatief nieuwe digitale ontwikkeling rondom de Psychomotorische therapie (PMT). In deze pilotstudy is E-Health gecombineerd met Runningtherapie. Dit blijkt een logische en interessante combinatie.

Het gebruik van E-Health zou volgens onderzoek grote voordelen hebben, maar in de praktijk blijkt deze internetinterventie niet bij elke cliënt motiverend te werken. Cliënten willen of kunnen niet begeleid worden via het internet. De voornaamste reden daarvoor is het missen van een stok achter de deur. Het zelfvertrouwen om het te kunnen is bij deze cliënten vaak minimaal. Onderzoeken geven aan dat motivatie de voornaamste drijfveer is om te gaan hardlopen. Daarom is de kern van dit onderzoek gericht op de mate van therapietrouw.

In de pilot is de therapietrouw van de deelnemers onderzocht. Daarom wordt er uitgebreid stil gestaan bij de motiverende rol die de therapeut hierbij aan kan nemen. Een heldere rationale en begeleiding op maat blijken in de praktijk de twee belangrijkste begeleidingsaspecten voor de therapeut.

Bij dit onderzoek zijn er twee groepen gecreëerd; deelnemers die begeleid worden middels E-Health en een controlegroep die een regulier Runningtherapietraject volgen en face-to-face begeleiding krijgen.

De resultaten van deze pilot study laten zien dat de therapietrouw bij de begeleiding middels E-Health hoger ligt dan bij de reguliere Runningtherapie. Deelnemers volbrengen gemiddeld tweederde van de taken, terwijl de deelnemers die de reguliere therapie volgen gemiddeld de helft van de taken volbrengen.

E-Health blijkt een interventie die voor zowel de psychomotorisch therapeut (PMT'er) als de cliënt een grote bijdrage kan leveren op diverse gebieden binnen de therapie.

Gebruikte zoektermen zijn: PMT, E-health, Internet therapie, Runningtherapie, Bosscher, Therapietrouw, Behandeling Depressie, Cliëntcentert, Motivatie redenen, Meetinstrumenten, Depressie, Internet Communication.

Inleiding

E-Health is een nieuwe internetinterventie op het gebied van de digitale zorg voor de Psychomotorisch therapie. Deze interventie zorgt voor een nieuwe en verfrissende blik op de mogelijkheden binnen therapieland. Het feit dat een effectieve methode als Runningtherapie wordt gekoppeld aan nieuwe digitale ontwikkelingen, maakt het boeiend en uitdagend om mee aan de slag te gaan en geeft een extra dimensie aan het therapeuschap. In de meeste gevallen zal een PMT'er deze Runningtherapie aanbieden. Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over een therapeut of running therapeut, wordt daarmee de PMT'er bedoelt.

De therapeut zal voor nieuwe uitdagingen komen te staan omdat hij de cliënt niet meer face-to-face gaat zien. Hij zal andere vaardigheden moeten inzetten en ontwikkelen om de therapie te doen slagen.

In de komende paragrafen zullen alle aspecten die invloed hebben op de therapietrouw kort aan bod komen. Later in het artikel zullen deze meer specifiek worden benaderd.

Dr. Eysenbach (2001), geeft de volgende beschrijving van E-Health: *“E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-*

mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.”

Het medium internet gebruiken als belangrijkste contactmiddel is de kern van E-Mental Health, oftewel E-Health. *“E-Health, is het gebruik van communicatie- (en informatie) technologieën en met name internet-technologie, binnen de relatie tussen een zorgverlener en een cliënt”* (Stichter, 2005). Deze digitale technologie, waarbij de hulpverlening verloopt via het internet, is een snel opkomende ontwikkeling binnen de zorg (Nikken, 2007). Dokters, psychiaters en andere zorgverleners zijn steeds vaker aan het ontdekken wat dit medium voor hen kan betekenen (Masman, Brabers, Reitsma-van Rooijen & de Jong, 2012). In 1997 startte een team het eerste onderzoek naar de begeleiding van cliënten via het internet, dit onder leiding van Prof. Dr. A. Lange. Deze wijze van werken bestaat dus al anderhalf decennium, blijkt effectief en is zeer snel aan het te groeien.

Actualiteit

Maar hoe actueel is deze interventie en waarom zou de vaktherapeut anno 2013 dit medium willen gebruiken? Een zoekmachine als Google geeft bij de zoekopdracht ‘depressie’ gemiddeld 2.370.000 resultaten. Uit recent onderzoek (RVZ, 2010) blijkt dat Google de belangrijkste gids voor gezondheids-informatie is voor meer dan de helft van de Nederlanders. 70% van alle Nederlanders zoekt vóór een bezoek aan een huisarts of specialist op internet naar informatie. In vijf minuten bekijkt men daarbij vijf tot zeven websites.

Netwerk Online Hulp (2011) laat zien dat het medium internet een effectieve en actuele wijze is om mensen te bereiken en te behandelen; tussen 2007 en 2010 is het aantal personen dat hulp kreeg via internet voor een depressie of een eetstoornis verdrievoudigd naar 181.000 personen. In 2010 bezochten bijna 1,8 miljoen mensen een online hulpsite. Dat is een stijgingspercentage van 326%. Deze wijze van werken wordt dus door steeds meer zorgverleners en binnen verschillende vakgebieden ingezet. Dit is een signaal dat de vaktherapeut alert moet zijn op de ontwikkelingen rondom dit onderwerp, met betrekking tot de ontwikkelingen van eigen behandelmethoden. Daarbij is deze internet-interventie actueel en aansluitend bij de doelgroep.

Verschillende aspecten van E-Health

Om de therapietrouw te onderzoeken is het goed om eerst na te gaan hoe een interventie als E-health werkt en of deze dicht bij de cliënt staat. Dr. Eysenbach (2001) heeft een ‘kapstok’ ontwikkeld zodat inzichtelijk wordt wat E-Health inhoudt en wat er van verwacht mag worden, namelijk de 10 E’s. Deze 10 E’s zijn: *‘efficiency, enhancing quality, empowerment, education, encouragement, enabling, extending, evidence based, ethics en equity’*. Dit zijn belangrijke aspecten die binnen de reguliere PMT aan de orde kunnen komen en zullen de leidraad vormen voor de E-Health behandeling. De 6 ‘E’s’ die het meeste van toepassing zijn voor dit onderzoek worden kort toegelicht.

‘Extending’ staat voor toegankelijkheid. De stap om door een professional via het internet begeleid te worden spreekt meer aan dan een wekelijks poliklinische behandeling door een therapeut. De interventie maakt preventiebehandeling hierdoor meer toegankelijk.

Naast toegankelijkheid zorgt E-Health ook voor *‘Empowerment’*, want de autonomie van de cliënt wordt bevorderd. De cliënt kan op zijn plek en op zijn tijd aan de slag en is autonoom over de eigen behandeling. Er kan zo mogelijk meer *zorg op maat* geboden worden. Er zal bijvoorbeeld alleen contact zijn wanneer cliënt of therapeut dit nodig acht. Deze samenwerking *‘Encouragement’* en de autonomie is mogelijk stimulerend voor de cliënt om aan de slag te gaan met eigen doelen. Ook op meta-niveau lijkt het gebruik van E-Health van waarde. De interventie kan voor een nieuwe doelgroep zorgen, dat betekent meer cliënten. Deze cliënten hebben aanzienlijk minder begeleiding nodig, maar hebben zich wel verbonden met het programma, wat is financieel aantrekkelijk is. De kosten van de aanschaf van deze interventie (zie Ontwikkeling en kosten), zullen relatief snel terug verdiend zijn; *‘Efficiency’*. Wanneer deze gegevens digitaal

worden verzameld, is het delen hiervan 'Exchange' makkelijker en zal onderzoek 'Evidence' mogelijk bevorderen.

E-Health is dus actueel en effectief, maar hoe blijkt dit in de praktijk?

Verschillende onderzoeken met betrekking tot E-Health

De kern van dit onderzoek is het meten van de therapietrouw bij zowel de E-Health groep als de controlegroep. Om deze te kunnen meten zal eerst moeten worden nagegaan of en welke werking de internet-interventie 'E-Health' heeft. Diverse onderzoeken bevestigen dat de interventie een positief effect heeft op de resultaten van de behandeling:

"Onderzoek toont aan dat enkele interventies bij de interventiegroep tot sterkere positieve effecten leiden dan bij de controlegroep." (de Nooijer, 2005).

"Uit overzichtstudies blijkt dat internet-interventies voor patiënten effectief zijn in het verbeteren van kennis, eigen effectiviteit en zelfzorg, maar weinig effect hebben op gedrag." (Kirsch & Lewis, 2004).

"De effecten zijn: het verbeteren van de lichaamsperceptie, de lichamelijke activiteit van patiënten en de ervaren sociale steun waren eveneens duidelijk." (Wantland, 2004 in Busch MCM, 2008).

"De behandeling op afstand haalt hetzelfde resultaat als een face to face behandeling en cliënten zijn tevreden" (Elahi & S. Wichers, 2012).

"De effecten zijn vergelijkbaar met de effecten van een face-to-face behandelingen" (Rooijen, 2011).

In tegenstelling tot bovenstaande auteurs vernoemt Cuijpers, (2008) dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van online hulp in vergelijking met face-to-face behandeling, omdat in geen enkele studie een directe vergelijking tussen de twee werd gemaakt. Controlegroepen bestonden daarbij meestal uit mensen die op de wachtlijst stonden. De effectiviteit van internet interventies blijken dus lastig objectief te meten.

De uitkomst bij de onderzoeken over de E-Health behandeling zijn positief. Deze geven aan dezelfde kwaliteit te leveren als de reguliere therapie.

Autonomie

Wanneer een cliënt begeleidt gaat worden via het internet, zal deze meer zelfstandig moeten kunnen functioneren, omdat de begeleiding minder intens zal zijn. Het blijkt dat E-Health cliënten meer gemotiveerd zijn vanwege de autonomie die geprikkeld wordt (Mokkenstorm, Stut, & Bakker, 2010) en men de mogelijkheid krijgt de therapie op eigen gewenste tijd te doen. Een E-Health interventie kan deelnemers blijkaar activeren en motiveren om te gaan lopen. De hypothese is dat er ook een groep is die moeite heeft met deze autonomie. Redenen hiervoor kunnen zijn dat cliënten met een depressie weinig energie hebben, vermoeid zijn en veelal last hebben van concentratieproblemen of besluiteloosheid (Hofstra & Fischer, 2005). Een andere reden kan zijn dat deze groep een passieve coping strategie heeft ontwikkeld en hulp van derden nodig denkt te hebben. Het is de taak voor de Runningtherapeut om beide groepen en motivatieredenen in beeld te krijgen.

Nieuwe doelgroep

Er worden ook nieuwe doelgroepen bereikt, namelijk jongeren en mannen. Het onderzoek van Springer (2003) laat dit zien. Deze doelgroep zou moeite hebben met het vragen om hulp en is daarom minder bereikbaar. Een makkelijk bereikbare en relatief anonieme therapie via het internet verlaagt de drempel voor het stellen van een hulpvraag.

Runningtherapie

De afdeling PAAZ binnen het ZGT wil zich profileren door onderzoek te doen naar deze innovatieve behandeling middels het internet, door deze te combineren met een Runningtherapie-module die er wekelijks wordt aangeboden. Dhr. Bosscher was in ons land de "grondlegger" van

deze Runningtherapie en definieert deze als: *“Runningtherapie is het gebruik van de rustige duurloop door een professional in de geestelijke gezondheidszorg, met het oog op de realisatie van therapeutische doelen die fysiek en psychisch van aard zijn.*

Het toepassingsgebied kan breed zijn, maar in de praktijk wordt het met name ingezet in de behandeling van depressieve- en angststoornissen.” (Bosscher, 2001).

Runningtherapie is dus een praktische interventie om psychiatrische problematiek te behandelen. Een krachtig uitgangspunt hierbij is: *“Een gezonde geest zetelt in een gezond lichaam”* (ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2010).

De Duitser Kraepelin gaf in 1898 al aan dat sport een preventieve werking kan hebben wanneer het gaat om geestelijke disbalans. Het bevordert de lichaamskracht en daarmee moed en besluitvaardigheid, aldus Kraepelin. Tegenwoordig is er meer kennis beschikbaar en weten we dat de duurloop lichamelijk, maar zeker ook psychisch vele positieve effecten heeft. Daarbij zijn de contra-indicaties zeer minimaal (van der Stel, 2004) en het aantal terugvallen zijn bij Runningtherapie op de lange termijn lager dan bij een medicatiebehandeling. Ook is het effect van het buiten zijn onderzocht en blijkt een positieve factor, onder andere het zonlicht is belangrijk voor de vorming van vitamine D (Sher, 2003).

Therapietrouw

Aan de hand van persoonlijke ervaring, maar ook uit de bevindingen van collega Runningtherapeuten, blijkt binnen de Running-therapie de therapietrouw een belangrijk item. Deze ervaring, maar ook de cijfers van andere onderzoeken over de therapietrouw in het algemeen laten zien dat deze relatief laag is (Blumenthal, J.A., Babayak, M.A., Moore, K.A., 1999). *“De cijfers van de therapietrouw van het hardlopen, lopen uiteen van 50% - 80% voor de eerste 5 a á 6 maanden van een programma. De trouw aan programma's die langer dan 1 jaar duren blijkt minder dan 50% te zijn, en wordt daarna nog minder. Verder blijkt dat het hoogste percentage uitvallers optreedt gedurende de eerste 12 weken (Dishman, 1985).* Hierbij is de definitie van therapietrouw: *“de mate waarin de cliënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar”* (Westein, 2008).

Hier wordt verder over uitgeweid in de sectie ‘therapietrouw’.

Runningtherapie & E-health

Een interventie als E-health lijkt een voor de hand liggende uitbreiding op het reguliere aanbod van de Runningtherapie en mogelijk van grote meerwaarde in het behandelingsarsenaal van de therapeut. Er zijn daarbij verscheidene onderzoeksopties voor het gebruik van deze combinatie. Bij deze pilot study staat de therapietrouw centraal. Daarbij is gekozen de focus te leggen op het maken en vooral nakomen van afspraken. Deze afspraken gaan over het hardlopen waarbij geen therapeut of groep ‘live’ aanwezig is. Aan de hand van deze kern, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Welke invloed heeft het gebruik van E-health, in vergelijking met face-2-face therapie, op de therapietrouw bij de behandeling van depressie door middel van Runningtherapie?*

Therapietrouw

De ervaring leert dat Runningtherapie een therapie is waar de therapietrouw relatief laag ligt. Maar wat maakt dat dit zo is? Motivatie van de cliënt blijkt de grootste factor in het al dan niet trouw zijn aan afspraken. Het vijf fasen model van Prochaska en DiClemente (1983), welke te zien is in afbeelding 1, kan de uitvoerende therapeut en de cliënt meer inzichten geven in de motivatieredenen van de cliënt. Hij kan via het model ontdekken in welke fase binnen de cirkel de cliënt zich bevindt en daar vervolgens zijn interventies op plegen (Tartuffel, 2011).



Afbeelding 1.

Een factor die een grote motiverende rol blijkt te hebben is kennis, of te wel ‘de rationale’; waarom is het rustig opbouwen van de conditie goed voor mij en welk resultaat kan ik verwachten? (Knoppert-van der Klein, Kölling & Hoogduin, 1998). Onderzoeken van Van de Biezen (2010) laten zien dat een goede uitleg van een interventie een beduidend positiever effect heeft, dan wanneer een cliënt niet goed weet wat het effect kan zijn van de interventie. Kijkend naar afbeelding 1 zal de rationale invloed hebben op alle fasen die beschreven staan.

Bovenstaande onderzoeken gaan vooral over de therapietrouw bij het slikken van antidepressiva. Toch is er een duidelijke parallel te zien met de redenen van het niet (volledig) uitvoeren van de taken (Tijmsma en Hagg, 2009) in de definitie ‘therapietrouw’ zoals deze aan het begin van dit onderzoek gedefinieerd is.

Naast het overbrengen van de rationale, is het als therapeut van belang om een bewust gekozen attitude aan te nemen om de cliënt te benaderen of te motiveren. Een bewust gekozen strenge of juist ontspannen losse attitude kan het verschil maken voor de therapietrouwscijfers. Wordt de therapeut als trainer/helper gezien of wellicht als leraar die je op de vingers kijkt. Het is dus streven naar het kunnen bieden van zorg op maat voor een optimaal proces, met meer motivatie en bereidheid bij de cliënt als gevolg.

Uit tientallen onderzoeken is gebleken dat het verbeteren van de therapeutische relatie in direct verband staat met de kwaliteit van de behandeling. Automatisch staat het dus ook in verband met het behandelresultaat en de therapietrouw (Orlinsky et.al., 1994). Er zijn hierbij diverse strategieën die kunnen leiden tot een verbetering van deze relatie (Schaap & Hoogduin, 1989). Vanuit een betere vertrouwensband met de therapeut, zal de cliënt mogelijk ook met meer motivatie aan de slag gaan met zijn taken.

Ontwikkeling en kosten

De digitale beveiliging is een relatief nieuw onderwerp dat aan bod komt bij het gebruik van E-Health. Het contact tussen cliënt en therapeut mag namelijk juridisch gezien niet via het “normale” e-mail verkeer verlopen. Er wordt privacygevoelige informatie gedeeld en een regulier mail-account voldoet hierbij niet aan de veiligheidseisen. Daarom zal er een applicatie of digitaal portaal ontwikkeld moeten worden voor de communicatie tussen cliënt en therapeut.

Informatie over de ontwikkelingskosten is nihil, maar soortgelijke digitale ontwikkelingen beginnen rond de vijftien á twintigduizend euro, noemt ervaringsdeskundige M. Jansen (applicatie manager farmaceutica).

Het is voor zorgverzekeraars en werkgevers financieel een interessante investering, omdat de therapeut meer cliënten kan “spreken” in minder tijd. Daarbij zullen fenomenen als no-shows of laatkomers niet meer voorkomen. Dat betekent dat de therapeut geen kostbare tijd zal verliezen. Ook het makkelijk kunnen delen van informatie ‘Exchange’ aan derden. Dat maakt E-Health innovatief en interessant voor de toekomst. Denk daarbij aan wetenschappelijke onderzoeken of wellicht het samenwerken met andere betrokken instellingen.

Methode

Om de therapietrouw te kunnen meten is er een pilot opgestart. De onderzoeksgroep voor de pilot bestaat uit cliënten van de PAAZ met lichte tot ernstige depressieklachten. Ook andere psychische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen of angststoornissen kunnen reden zijn voor de behandeling ‘Runningtherapie’ en dus voor het onderzoek. De Inclusiecriteria voor de pilot zijn; ‘de deelnemer is door de psychiater doorverwezen naar Runningtherapie’, ‘de deelnemer is in staat en bereid fysieke inspanning te gaan leveren’ en ‘de deelnemer moet gebruik kunnen en willen maken van een computer met toegang tot het internet’.

Voor deze pilot zijn geen absolute contra-indicaties vastgesteld welke mogelijk een belemmering zouden zijn om deel te nemen aan Runningtherapie. Echter de eetstoornis anorexia nervosa is

mogelijk wel een aandachtspunt voor begeleiding door de therapeut. Het is een mogelijke no-go wanneer sprake is van sterk ondergewicht.

Benadering en indeling deelnemers

Middels een concrete rationale over het zogenaamde “digitale hardlopen” worden potentiële deelnemers ingelicht over de mogelijkheden en effecten van de pilot (zie inleiding).

Deelnemers ontvangen daarbij een reader (zie bijlage 1) welke ontwikkeld is voor dit onderzoek. De reader bevat informatie zoals de rationale, de effecten (zowel psychisch als fysiek), tips over het gaan lopen, het stellen van doelen, een conditietest en evaluatie formulieren die na elke training ingevuld worden. Zowel de testgroep als de controle groep ontvangt deze reader. Deze controle groep bestaat uit de deelnemers die de reguliere Runningtherapie volgen.

De groepsindeling E-Health begeleiding / controle groep, wordt niet gecreëerd door random toewijzing. Dit gebeurt door de persoonlijke keuze die de deelnemers van de reguliere Runningtherapie maken en de nieuwe aanmeldingen via de psychiaters.

Intake en vervolg contact

De cliënt krijgt een intake waarbij het loopgedrag wordt geanalyseerd en een plan wordt gemaakt voor de komende periode. Daarnaast worden de volgende gegevens verzameld; *naam, geslacht, geboortedatum* en de resultaten van de *Astrand test*. Deze meet de conditie via de hartslag in beweging. Na dit eerste contact is het streven om twee maal per maand contact te hebben via E-mail. Het ligt daarbij niet vast van wie het initiatief moet komen. De deelnemer wordt hierbij aangemoedigd zijn eigen proces te bewaken en dus ook op eigen initiatief het contact te zoeken met de therapeut. De taak van de therapeut is om het proces in beeld krijgen, te sturen en te steunen waar nodig. Het streven is om binnen twee werkdagen te reageren op de vragen van de cliënt. Wanneer de cliënt of de therapeut het idee heeft dat real-life contact toch nodig is, zijn hier verschillende mogelijkheden voor. Dit kan zowel individueel als eenmalig binnen de reguliere groep.

Duur en frequentie

Het trainingsprogramma begint met een face-to-face intake en duurt tien weken. Er is een mogelijkheid tot uitstel van afronding wanneer wenselijk. De frequentie van de looptraining is drie maal per week, de duur is afhankelijk van het niveau en zal tussen de 20 en 45 minuten zijn. Dit is het zelfde programma als de reguliere therapie, alleen is daar wekelijks één groepsmoment in het ziekenhuis. Beide Runningtherapiemodules zijn open, dus zal er steeds een in- en uitstroom van cliënten zijn. Na de tien weken wordt er samen overlegd of de runner klaar is voor zelfstandigheid, of dat hij/zij nog langer begeleid moet of wil worden.

Begeleiding

Er wordt zowel bij de reguliere running als de E-Health groep gebruik gemaakt van loopschema's of een “coach” als begeleiding. Dat wil zeggen dat er wordt gelopen met MP3-speler, waarbij een ingesproken stem en muziek aangeeft wat iemand moet doen. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van het loopprogramma van Evy Gruyaert (starttorun.net).

Kijkend naar de reden van de therapietrouw van de cliënt, ligt er in de begeleiding van de therapeut naar de cliënt een grote rol. De wijze waarop deze rol vervuld moet worden, wordt meer inzichtelijk door het eerder genoemde vijf fasen model van Prochaska en DiClemente (zie afbeelding 1). Het proces en de fase van de cliënt wordt meer inzichtelijk en dus is begeleiding op maat een logisch gevolg.

Werving van gegevens & enquête

Alle loopgegevens van zowel de reguliere groep als de E-Health groep worden verworven door loopinformatie wekelijks te rapporteren. Hierdoor ontstaat er een overzicht dat inzicht geeft in de frequentie waarop mensen lopen, oftewel de therapietrouw.

Daarnaast wordt er bij de E-Health groep na een aantal weken een enquête afgenomen. Net als de reader is de enquête ook ontwikkeld voor de pilot. De vragen gaan over de motivatie, de reden van deelname, ervaringen bij deelname en er is een mogelijkheid voor overige opmerkingen. De loopgegevens samen met de enquête vormen samen de resultaten van het onderzoek.

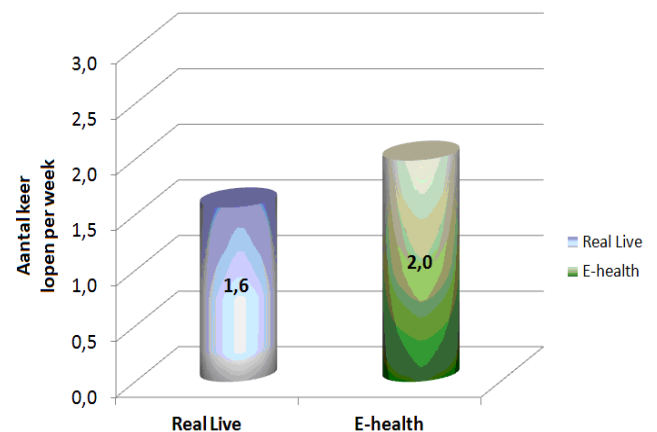
Resultaten

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt de mate van therapietrouw bij de E-Health groep hoger te zijn dan bij de reguliere runninggroep. Afbeelding 2 laat zien dat de E-Health groep gemiddeld tweederde van zijn taken volbrengt, terwijl de reguliere groep gemiddeld de helft van de taken volbrengt.

Dit houdt in dat E-Health deelnemers van de twaalf keer per maand die ze zouden moeten lopen, gemiddeld acht keer ook daadwerkelijk hebben gelopen. Bij de reguliere runninggroep is dat zes á zeven keer per maand. De deelnemers van deze groep komen dus vaker niet opdagen en zijn minder trouw aan gemaakte afspraken.

Enquête

De verwachte ervaringen over de motivatie van de E-Health deelname werden zichtbaar door de enquête. Wat vrijwel bij iedereen naar voren kwam was het zelf kunnen bepalen van dag en tijd en het niet afhankelijk hoeven zijn van een plek of persoon. Ook werd het als prettig ervaren dat iedereen op eigen loopniveau kon starten en de intensiteit mocht opbouwen.



Afbeelding 2: gemiddeld aantal keer gelopen per week

Verloop onderzoek

Bij de start van de pilot study zijn er nul deelnemers voor de E-Health begeleiding. Uiteindelijk is het aantal deelnemers N=4 geworden, waarvan drie vrouwen en een man. De reguliere therapie begon met N=4, het aantal deelnemers is opgelopen tot N=8, waarvan vijf vrouwen en drie mannen, zie tabel 1.

Runningtherapie; reguliere begeleiding

Naam	geslacht	geboorte jaar.	Astrand test
<i>E</i>	<i>vrouw</i>	<i>'71</i>	24,36 (ver onder gemiddelde)
<i>M.B</i>	<i>man</i>	<i>'91</i>	*
<i>D</i>	<i>man</i>	<i>'80</i>	19,69 (ver onder gemiddelde)
<i>M.S</i>	<i>man</i>	<i>'75</i>	*
<i>E.J</i>	<i>vrouw</i>	<i>'70</i>	*
<i>K</i>	<i>vrouw</i>	<i>'85</i>	21, 57 (ver onder gemiddelde)
<i>S</i>	<i>vrouw</i>	<i>'82</i>	prima/gemiddelde conditie
<i>M.D</i>	<i>vrouw</i>	<i>'70</i>	*

Runningtherapie; E-Health begeleiding

Naam:	geslacht	geboorte jaar	Astrand test
<i>I</i>	<i>vrouw</i>	<i>'73</i>	27,51 (onder gemiddelde)
<i>M.K</i>	<i>vrouw</i>	<i>'70</i>	26,45 (onder gemiddelde)
<i>R</i>	<i>vrouw</i>	<i>'67</i>	24,51 (ver onder gemiddelde)
<i>D</i>	<i>man</i>	<i>'80</i>	19,69 (ver onder gemiddelde)

Tabel 1: Gegevens overzicht per individu

* afwezigheid astrand test; geen beschikking tot hometrainer en/of gebruik van hart medicatie waardoor geen reëel beeld word geschetst (test is gebaseerd op tempo hartslag bij inspanning).

In tabel 2 is de therapietrouw per cliënt zichtbaar. Er staat officieel tien weken voor het programma, maar door verscheidene redenen zijn deze niet afgemaakt. Denk daarbij aan stoppen met de behandeling door eigen keuze of door blessures, of er zijn geen gegevens meer beschikbaar door de afronding van dit onderzoek.

Runningtherapie; Reguliere begeleiding

	Weken / aantal keer lopen in de week									
Namen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>E v '71</i>	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-
<i>M.B m '91</i>	3	1*	3	2	3	2	3	2		
<i>D m '80</i>	3	-*	-	-	1	2	2			
<i>M.S m '75</i>	-	2	3	3	3	3	-*			
<i>E.J v '70</i>	3	3	3	2	3					
<i>K v '85</i>	3	1	-							
<i>S v '82</i>	2	2	-	1	1	2				
<i>M.D v '70</i>	3	2	1*	-*	-					

Runningtherapie; E-Health begeleiding

	Weken / aantal keer lopen in de week									
Namen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>I v '73</i>	5	5	4	3	3	3	-*	3	3	
<i>M.K v '70</i>	2	-	1	-	3	3				
<i>R v '67</i>	3	3	3	3						
<i>D m '80</i>	1	-*	-*	-*						

* = Geldige reden afmelding

M = man + jaartal

V = vrouw + jaartal

Tabel 2: Loop overzicht per individu

Conclusie

Het behandelen middels E-Health blijkt een effectieve en winstgevende interventie te zijn, zowel voor de cliënt als therapeut. Daarbij is motivatie voor de behandeling wel een vereiste. De attitude van de therapeut en de rationale die hij geeft blijken hierbij in hoge mate bepalend wanneer er gekeken wordt naar het laten slagen van de behandeling en dus ook de mate van therapietrouw.

Het bereik van E-Health gaat inderdaad verder dan een reguliere behandeling. E-Health biedt toegang tot Runningtherapie voor een nieuwe doelgroep. Hierbij zijn er deelnemers die helemaal niet aan de therapie zouden beginnen als E-Health geen optie zou zijn. De kans is daarbij aanwezig dat de nodige behandeling niet of later komt, waardoor er later wellicht meer en waarschijnlijk ook intensievere hulp nodig zal zijn. Dit is nadelig voor de cliënt, maar ook de therapeut en zorgverzekeraar zullen meer zorg moeten bieden en dat kost meer geld.

De hypothese vanuit andere onderzoeken was dat er twee groepen zouden ontstaan: een groep die door de autonomie van E-Health positief geprikkeld zou worden en een groep die de verantwoordelijkheid niet aan wilde of kon. Beide groepen waren inderdaad aanwezig. Daaruit kan geconcludeerd worden dat deze interventie naast de reguliere therapie moet bestaan en niet in plaats van. Op deze wijze is het mogelijk deelnemers of mogelijk toekomstige deelnemers zorg op maat te kunnen blijven geven, zowel face-to-face als via de digitale weg.

De conclusie van het onderzoek is dat de therapietrouw bij E-Health op korte termijn gelijk en soms zelfs hoger is dan de reguliere Runningtherapie en van grote meerwaarde kan zijn voor zowel de cliënt als de therapeut. Runningtherapie vanuit uw bureaustoel? Jazeker!

Runningtherapie onder begeleiding van E-health is een goede en effectieve combinatie mits de juiste doelgroep bereikt wordt.

Discussie en aanbevelingen

De psychiaters zijn ingelicht over de pilot study, maar is er een minimale hoeveelheid cliënten doorverwezen naar het project. Hier is geen duidelijke verklaring voor. Waarom de psychiaters dit niet hebben gedaan is een belangrijke vraag. Gaat het om bewuste keuzes of zijn zij wellicht niet ingelicht op de manier waardoor ze de juiste inzichten hebben gekregen? De ene psychiater wordt mogelijk meer geprikkeld door theoretische onderbouwing van de interventie, de ander krijgt een beter perspectief door een blik in de praktijk. Het zal persoonsafhankelijk zijn, maar wel van belang voor dergelijk onderzoek in de toekomst.

Cliënten die wel werden aangemeld zijn niet random toegewezen. Dit omdat de PAAZ cliëntcentert werkt en altijd in overleg met de cliënt de behandeling kiest. De deelnemers van de reguliere therapie hebben de educatie ook gehad en de mogelijkheid gekregen om te kiezen voor

de begeleiding middels E-Health. Zij gaven vrijwel allemaal aan dat ze het wekelijkse contact en het deel zijn van een groep nodig hebben als stok achter de deur om te gaan lopen.

Het aantal cliënten dat bij dit onderzoek betrokken is, is relatief laag gebleven (N=12). Een hoger aantal deelnemende cliënten en het random toewijzen van cliënten zou het onderzoek meer betrouwbaar maken. Het betrekken van een andere instellingen bij de pilot zou het aantal cliënten vermeerderen en het onderzoek meer solide maken.

Een andere meting die van kwalitatief belang zou zijn geweest voor het meten van het effect van de pilot study is de BDI (Beck Depression Inventory). Deze zelfrapportagevragenlijst meet de ernst van de depressie. Deze meting zou moeten worden gebruikt als inclusiecriteria, namelijk; 'de mate van depressie moet zijn vastgesteld middels de BDI'. Gezien het minimaal aantal deelnemende cliënten voor de pilot study, is uiteindelijk de bovenstaande inclusiecriteria opgeheven om de pilot meer bereikbaar te maken en toch een populatie te kunnen meten.

De al eerder aangekaarte hypothese in de conclusies, noemde dat er twee groepen zouden ontstaan; een groep die niet zelfstandig kan of wil functioneren en face-to-face begeleiding wil en een groep die juist zelfstandig wil functioneren en begeleiding via de E-Health wenst. Het belangrijkste verschil bij deze twee groepen lijkt het vertrouwen in eigen kunnen. Deelnemers die voor een internetbehandeling kiezen, lijken meer zelfstandig en/of gemotiveerd om zelfstandig aan zichzelf te werken dan de deelnemers die voorkeur hebben voor een reguliere behandeling. De mate van zelfstandigheid is niet via gevalideerde vragenlijsten gemeten. Deze meting is bij vervolgonderzoek aan te bevelen.

Naast de kloppende hypothese is de uitkomst van de gemeten gegevens ook veelzeggend. Misschien kan er zelfs geconcludeerd worden dat de deelnemers die begeleid willen worden middels E-Health, vanuit zichzelf meer verantwoordelijk zijn. Het feit dat bij hen de therapietrouw hoger ligt dan bij de reguliere groep kan als een logisch gevolg worden gezien, aangezien zij zich verantwoordelijk voelen voor eigen behandeling. Het is dus een geval van interne- en externe motivatie. Dit zou betekenen dat er twee verschillende doelgroepen zijn. Daarom is de aanbeveling uit dit onderzoek, zorg voor twee modules waardoor beide doelgroepen op maat begeleid kunnen worden.

Er zijn een aantal aspecten die de uitkomst van de therapietrouw van het onderzoek ook mogelijk hebben beïnvloed;

- Het onderzoek is mogelijk niet volledig solide omdat de onderzoeksgroep de helft minder deelnemers telde dan de controle groep; de reguliere Runningtherapie. Voor een solide onderzoek is een groot en een gelijk aantal deelnemende lopers van belang. In dit geval is de populatie van beide groepen relatief laag. Daarbij zijn cliënten ook niet random ingedeeld.
- Deze pilot study heeft in totaal vijftien weken gedraaid, waarbij cliënten de eerste week zijn begonnen, maar ook in de tiende week. Het onderzoek is meer solide wanneer zowel de reguliere groep als de E-Health groep tegelijk zouden starten en tien weken in de zelfde omstandigheden zouden lopen. Denk aan het seizoen en daarbij het weer. Hierdoor wordt er een gelijkwaardige situatie gecreëerd. Door deze keuze zijn de onderzoeksgegevens mogelijk gekleurd.
- De resultaten zijn niet van het vaste tien weken programma per cliënt, maar is een gemiddelde per persoon per week. Dit heeft mogelijk ook invloed gehad op de uitkomst cijfers.
- De vragenlijst die is gebruikt voor de enquête is geen gevalideerde vragenlijst, hierdoor is de waarde van de uitkomst van de enquête minder valide.

Het zou van grote waarde zijn als er uitgebreider onderzoek zou plaatsvinden naar Running-

therapie via E-Health, waarbij de uitkomsten van dit onderzoek mee worden genomen en waarbij een zodanige hoeveelheid cliënten is betrokken, dat het onderzoek meer representatief is en ook de effectiviteit gemeten kan worden.

Literatuur:

Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (2002). *BDI-II-NL, Beck Depression Inventory, second edition*

Biezen van de, T. (2010). *Therapietrouw bij depressieve patiënten*. Verkregen op 18 juli, 2012, via <http://tburgemeestre1988.globat.com/Documenten/PDF/Deskundigheidsbevordering%20jaar%203.pdf>

Blumenthal, J.A., Babayak, M.A. & Moore, K.A. (1999). *Effects of exercise training on older patients with major depression*. Verkregen op 18 juli, 2012, via <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485159>

Bosscher, R.J. (2001). Runningtherapie bij depressie. In Probst, M. & Bosscher, R.J. (red.). *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie* (pp. 142-143).

Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A. & van der Ploeg, F.A.E. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. *Tijdschrift voor Psychologie*, 13, 13-24.

Busch MCM (2008). Nationaal Kompas Volksgezondheid Preventie via de media, Preventie via het internet. Verkregen op 18 juli, 2012, via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/preventie-via-de-media/preventie-via-het-internet/>

Dijkers, J. (2012). Dorst naar zorginformatie? [Elektronische versie] *Zorgmarkt* nr. 3.

Elahi, S. & Wichers, S. (2012) *Adviesrapport E-Health*.

Eysenbach, G. (2001). Journal of Medical Internet Research. *What is e-health?*

Have, M. ten, R. de Graaf, J. Ormel, G. Vilagut, V. Kovess, J. Alonso & the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use?: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153-163.

Hofstra, K. & Fischer, E. (2005). Multidisciplinaire richtlijn, Patiëntenversie, *Depressie*, 7-9.

Hoogduin, C.A.L., Knoppert-van der Klein, E.A.M. & Kolling, P. (1998). *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*, H.8

Hopman, M. (2011). Run, baby, run. Verkregen op 29 juni, 2012, via <http://www.leeftijdlozeschoonheid.nl/Artikel/Runningtherapie-succesvol-programma-tegen-depressie-A157.php>

Kirsch, SDK. & Lewis, FM. (2004) Using the World Wide Web in health-related intervention research. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 2004; 22: 8-18.

Masman, W., Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M. & de Jong, J. (2012). De kennis en voorkeuren van burgers in Nederland met betrekking tot het landelijk EPD. *Het landelijk elektronisch patiëntendossier*. Verkregen op 29 juni, 2012, via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-landelijk-elektronisch-pati%3%abntendossier.pdf>

Mokkenstorm, J., Stut, L. & Bakker, J. (2010). Hulp aan suicidale mensen via internet en telefoon. *113Online*. 6, 65, 488 - 498

Nikken, P. (2007). Online hulp verdient nog veel aandacht. *Nederlands Jeugdinstituut*, 2-4.

Nooijer de, J., Oenema, A., Kloek, G., Brug, H., Vries de, H. & Vries de, N (2005). Bevordering van gezond gedrag via internet: nu en in de toekomst. *Universiteit Maastricht 2005*.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research; continuity and change*. Lambert 2004.

Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consult and clinical Psychology* 51, 390-395

Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer J. & Mutsaers, K. (2007). E-Mental health, high tech, high touch, high trust. *Programmeringsstudie E-Mental Health* 3-4

Rooijen (2011). Wat werkt bij online hulpverlening? Verkregen op 29 juni, 2012, via http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Wat_werkt_Online_hulp.pdf

Schaap, C., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G., & Kersten, T. (1989). Motiveringstechnieken als methoden van sociale beïnvloeding. A.P. Buunk & A.J. Vrugt (red.), *Sociale psychologie en psychische problemen: op het raakvlak van sociale en klinische psychologie*. Assen: Dekker & Van de Vegt.

Schalken, F. (2011). Onderzoek naar gebruik online hulp. *Netwerk Online Hulp Netwerk*.

Stel van der, J. (2004). Pillen-praten-doen. *Praecox* 5-6

Sher, L. (2003). Bright light, serotonin turnover, and psychological well-being. *Can J Psychiatry*, 48, 499.

Springer, H. (2003). Consumer Health Websites. Verkregen op 08 mei, 2012, via http://webserv.nhl.nl/~mol/hgzo-ict/Materiaal/Consumer_health_websites.pdf

Start to run, <http://starttorun.net/> (April 2012)

Stichter, T. (2005). Praatpalen op de elektronische snelweg [Elektronische versie]. *ZorgSpecial* nr. 3.

Tartuffel (2011). Cirkel/fasen van gedragsverandering, *Mens en Samenleving*.

Tijssma, T. & Hagg, K. (2009). Gebrek aan motivatie. [Elektronische versie] 33-34, *Hogeschool Utrecht*, Verkregen op 08 mei, 2012, via www.nvspv.nl/vakblad/sppdf/sp90/sp90-hoofd04.pdf

Wantland, DJ., Portillo, CJ., Holzemer, WI., Slaughter, R. & McGhee, EM. (2004) The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Medical Internet Research*, 6, 40.

Westein, M. (2008).Tijd voor een beter gebruik van medicijnen. Aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw, *Eindrapportage project kwartiermaker Therapietrouw*.

Westerhof, J. (2011). Runningtherapie bij depressies. Verkregen op 08 mei, 2012, via <http://www.xead.nl/runningtherapie-bij-depressies>

Runningtherapie

WERKBOEK



NAAM DEELNEMER:

Runningtherapie, wat is het en waarom?

“Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van de ‘rustige duurloop’ ten behoeve van mensen met een depressie of andere psychische klachten”

Het zeer rustig opbouwen van het hardlopen is kenmerkend voor Runningtherapie. Het is een rustige duurloop waarbij u geen prestatie hoeft te leveren maar gewoon de inspanning beleven waartoe u uzelf hebt uitgedaagd. Vervolgens geeft het vaak plezier en voldoening wanneer u actief bent geweest. De rustige duurloop kan gedurende de therapie wel in afstand toenemen. Dit heeft onder andere een **gunstig effect heeft op psyche**.

Psychologische effecten

Succes ervaren is de meest effectieve manier om uw zelfvertrouwen te vergroten. Succes ervaren is: het halen van een doelstelling, deze kunnen bij Runningtherapie gecreëerd en gemeten worden met behulp van ‘harde meetgegevens’: hartslag, loopafstand, tijd.

De toegenomen lichamelijke competentie werkt positief door op de algemene competentie en de zelfwaardering. Deze succeservaringen kunnen het gevoel van hulpeloosheid verminderen, er word meer zelfvertrouwen ervaren en vervolgens meer motivatie om aan de slag te gaan met activiteiten. Deze positieve ervaringen wordt ‘gegeneraliseerd’, dat wil zeggen dat deze manier van leven en dit gevoel als normaal word ervaren.

Dit kan vervolgens weer van grote invloed zijn op de doelen die in het dagelijks leven naar voren komen.

Succes met lopen, is mogelijk meer succes met leven

Bovendien worden er door de inspanning in de hersenen stoffen aangemaakt, die het welbevinden verbeteren en stressverminderend werken.

Wereldwijd zijn er al vele onderzoeken gedaan en telkens komt men tot de conclusie dat runningtherapie werkt. Naast vele psychische voordelen biedt hardlopen ook een enorme verbetering van **het lichamenlijk welbevinden** en neemt de totale belastbaarheid toe. Het uithoudingsvermogen verbetert aanzienlijk, zodat men minder snel moe wordt. Tevens neemt de kans op een aantal lichamelijke ziekten af (bv hart- en vaatandoeningen, borstkanker, diabetes, obesitas) en kan het helpen om uw gewicht te controleren. Het bevordert dus zowel uw lichamelijke als uw geestelijke gesteldheid.

Deze therapie is complementair, het is doorgaans dus geen therapie op zich maar een therapie naast uw reguliere behandeling.

Hoe ziet een therapie er uit?

Er zijn verschillende mogelijkheden om te gaan lopen. Er kan gekozen worden om volgens een schema te lopen en aan de hand daarvan de afstanden en tijden op te bouwen. Een andere manier is het gebruik van een MP3 speler, waarbij Evvy u zal begeleiden onder het lopen. Evvy is een loop programma die u begeleidt met het lopen.

Of u nou nog nooit kennis hebt gemaakt met de sport, of juist ervaren bent, u kunt altijd op eigen niveau aan de slag.

U komt één maal per week onder begeleiding van een PMT'er (psychomotorisch therapeut) lopen. Hier zal u met een aantal andere deelnemers lopen, ervaringen uitwisselen en eventuele tips krijgen van uw therapeut.

Daarnaast krijgt u het programma meer naar huis zodat u zelf één of twee wekelijks mag oefenen en evalueren. Dit is niet verplicht maar zeer aan te raden wanneer u conditie en kracht wilt opbouwen.

Runningtherapie wordt tevens ingezet in de behandeling van mensen met rug- en nekklachten, spannings- en vermoeidheidsklachten, slaap- en concentratiestoornissen.

Veel loopplezier!

Tips:

- Stel haalbare doelen. Elk behaald doel motiveert
- Leer te luisteren naar uw lichaam. En doe wat met de signalen die uw lichaam u geeft
- Vooral beginners moeten hun trainingsschema geleidelijk (qua omvang en intensiteit) opbouwen. Waarom? Het hart, longen en het vaatstelsel passen zich zo sneller aan dan de spieren, pezen en de beenderen
- Vooral beginnende hardlopers kunnen problemen ondervinden met juist ademen. Vaak zal uw ademhaling in de loop van de tijd verbeteren, omdat u tijdens de looptrainingen ook automatisch uw ademhaling verbetert. Door looptraining worden niet alleen de spieren sterker, ook de longen (o.a. longblaasjes) ontwikkelen zich en de ademhalingsspieren (o.a. ribspieren) worden krachtiger
- Zoek een maatje, ga samen sporten
- Maak afspraken welke dagen en welke tijd u gaat lopen, ook als u alleen loopt

Mogelijke positieve werking door het lopen:

- U zit lekkerder in uw vel
- U hebt meer energie en daardoor vaak productiever
- U slaapt (een stuk) beter
- Uw seksleven wordt (nog) beter
- Ook niet onbelangrijk: u ziet er beter uit
- U bent prettiger in de omgang

Astrand Fietstest

		Gewicht	Leeftijd	HF 5 min.	HF 6 min.	Belasting
Datum eerste meting:						
<i>Datum eventuele tussenmeting:</i>						
Datum eindmeting:						
Uitslag test:						

Naam Deelnemer:
Datum:



Week 1

Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 2



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 3



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 4



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 5



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 6



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 7



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 8



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 9



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Datum:
Week 10



Locaties: atletiekbaan --- bos --- hei --- bebouwde kom --- sportschool

Algemene Weersgesteldheid: warm --- aangenaam --- koel --- fris --- koud
windstil --- lichte wind --- waaide flink --- harde wind
zonnig --- droog --- regen --- hagel --- sneeuw

Ondergronden: hard --- zacht --- combinatie

Training 1:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 2:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....

Training 3:

Intensiteit: licht ----- maximaal

De training ging: uitstekend ----- slecht

Beleefd plezier: weinig ----- veel

Bijzonderheden:
.....