

Waarom Niet..?!

Onderzoek naar interventies die cliënten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis zouden kunnen helpen bij het doorstromen naar sporten in georganiseerd groepsverband.

Waarom Wel..?!

Joske Miedema, 4PB

Beoordelend docent: Fred Dijk

Begeleidend docente: Dienneke Jol

Hogeschool Windesheim, richting Psycho-Motorische
Therapie (PMT)

27 Mei 2011

Voorwoord

Laat ik niet zo afgezaagd beginnen met: ‘voor u ligt mijn...’. Nee. Ik wil u vragen gelijk in actie te komen. Zou u zo vriendelijk willen zijn om u een halve slag om te draaien? Dan kan ik mijn scriptie nu beginnen.

Achter u ligt het eindresultaat van mijn scriptie. Waarschijnlijk op het moment van lezen (weer) voor u. In mijn geval ligt de scriptie -in ieder geval voorlopig- achter mij. Hij is af, klaar. Bijna dan. Want natuurlijk wil ik de mogelijkheid om mijn scriptie in te leiden een aantal mensen te bedanken niet voorbij laten gaan.

Voor u dan toch, ligt mijn scriptie die ik in de eindfase van de opleiding Psychomotorische Therapie op Hogeschool Windesheim te Zwolle heb geschreven. Een opleiding die ik met veel plezier en enthousiasme heb gevolgd. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen mijn stage die ik heb gelopen bij GGZ Drenthe in Assen, bij de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten (PPG). Een stageplek waar ik veel geleerd heb, en waar ik graag mijn scriptie achter laat in de hoop dat de aanbevelingen tot een waardevol vervolg zullen leiden.

Ik wil graag de cliënten en collega's van de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken voor de waardevolle informatie en meningen.

Daarnaast wil ik een aantal vriendinnen bedanken voor de inhoudelijke en kritische blik, maar ook de bemoedigende woorden na een zoveelste inzinking. Annewil te Winkel, Ryanne Askes en Emmy van Marrum; veel dank!

Ook mijn begeleidend docente, Dienneke Jol, wil ik bedanken voor het meedenken en helpen aanbrengen van de juiste structuur.

Voor de taaltechnische controle wil ik mijn moeder bedanken, die op het laatste moment nog tijd kon vinden om mijn scriptie door te nemen en te controleren op eventuele spellingsfouten.

En dan nogmaals mijn moeder, maar dit keer samen met mijn vader en zusje, voor de steun en de aanmoedigingen. Voor de lieve kaart, het warme bezoek en de positieve woorden via het internet.

Ten slotte wil ik nog mijncomputer ha(r)telijk bedanken, en dan met name de nieuwe versie Word, die na het opslaan met de sneltoets niet op slaat, en ook geen waarschuwing geeft dat het bewerkte document nog niet is opgeslagen (waardoor ik tot 2 keer toe een deel van mijn scriptie kwijt was). Hierdoor heb ik me twee keer opnieuw (extra) moeten verdiepen in de stof en dat is uiteindelijk alleen maar goed geweest voor mijn theoretische onderbouwing.

Dan wil ik u veel plezier wensen met het lezen van mijn onderzoek, en hoop ik dat u net zo tevreden bent over het resultaat.

Samenvatting

Binnen dit onderzoek is gezocht naar mogelijkheden om cliënten van de PMT-groepen beter door te laten stromen naar georganiseerd sporten in groepsverband. Vanuit de literatuur wordt onderbouwd waarom georganiseerd sporten in groepsverband van belang is voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen (de doelgroep voor dit onderzoek). Vervolgens wordt er via het ASE-model (een model uit de sportstimulering) gekeken naar verschillende factoren die cliënten en therapeuten aandragen als belemmering om tot sporten te komen. Dit kunnen zowel factoren zijn die bij de cliënt en zijn/haar omgeving van kracht zijn (determinanten), als factoren die buiten de cliënt zijn/haar macht om van kracht zijn (barrières & -beperkte- vaardigheden). De genoemde factoren en theoretische verdieping hebben uiteindelijk gezorgd voor een aantal goed onderbouwde aanbevelingen omtrent de bevordering van de doorstroom van cliënten naar sporten in georganiseerd groepsverband, die aan het einde van het onderzoek naar voren komen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: definiëring van begrippen.....	5
1.1: PPG, Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten.....	5
1.2: Doelgroep PPG.....	5
1.3 PMT groepen	6
1.4 Bewegen/Sporten	7
1.5 In georganiseerd groepsverband	7
Hoofdstuk 2: waarom is bewegen/sporten belangrijk voor deze doelgroep?.....	8
2.1: Waarom is bewegen voor iedereen belangrijk?.....	8
2.1: Waarom is bewegen belangrijk voor mensen met psychische problematiek?.....	9
2.3: Waarom is bewegen belangrijk voor mensen met een verstandelijke beperking?.....	9
Hoofdstuk 3: Methode.....	10
Hoofdstuk 4: Theoretisch kader.....	11
4.1 Het ASE Model.....	11
4.2: Het transtheoretische model.....	12
4.3 Geïntegreerd gedrasveranderingsmodel.....	12
4.4: Het zes-stappen model.....	13
4.5: Bruikbaarheid van de theorieën binnen het onderzoek.....	14
Hoofdstuk 5: informatie uit de gevoerde gesprekken.....	15
5.1: Antwoorden verkregen uit gesprekken met cliënten.....	16
5.2: Antwoorden verkregen uit gesprekken met collega's.....	18
5.3: Uitwerking van de antwoorden binnen het ASE-model.....	19
Hoofdstuk 6: resultaten; In de vorm van aanbevelingen.....	20
Hoofdstuk 7: discussie.....	22
Hoofdstuk 8: conclusie.....	23
Literatuurlijst	

Inleiding

Ik heb afgelopen jaar stage gelopen bij de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten (PPG) in Assen. De doelgroep van deze polikliniek heeft een verstandelijke beperking met daarnaast psychische- of gedragsproblematiek. Bij de PPG wordt gediagnosticeerd en behandeld vanuit een multidisciplinair behandelteam. Een van de disciplines binnen de PPG is de PMT, waarbij zowel individueel als in groepsverband behandeling wordt uitgevoerd.

Na het doorlopen van een individueel traject PMT wordt er vaak gekozen voor behandeling binnen een van de groepen. Dit zorgt er voor dat de geleerde vaardigheden geoefend kunnen worden binnen een veilige context. Binnen deze groepen wordt er aan individuele doelstellingen gewerkt, zoals sociale contacten, grenzen aangeven, samenwerken, bewust worden van lichaamssignalen, stabilisering, etc.

Waar we nu tegenaan lopen binnen de groepen is de geringe doorstroom naar georganiseerd sporten in groepsverband. Omdat er voor onze cliënten veel voordelen zijn aan het georganiseerd sporten in groepsverband (wordt nader uitgelegd in het onderzoek), zou het mooi zijn als deze cliënten na hun behandeling doorstromen naar een soortgelijke vorm van bewegen. Helaas gebeurt dit nog niet veel. Dit kan te maken hebben met de motivatie van de cliënten, of met externe factoren zoals te weinig expertise onder begeleiders. Wat hebben de cliënten nodig om (indien nodig) meer gemotiveerd te raken, en wat hebben externe factoren hier voor invloed op? Wat kunnen wij doen aan deze externe factoren en/of aan de motivatie van deze cliënten? Kortom:

Welke mogelijkheden zijn er om de doorstroom van cliënten binnen de PMT-groepen van de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten naar sporten in georganiseerd groepsverband te bevorderen?

Dit is de vraag waar middels dit voorschrijvende onderzoek antwoord op getracht wordt te vinden. Doelstelling binnen het onderzoek is uiteindelijk een aantal goed onderbouwde aanbevelingen te doen die erop gericht zijn de doorstroom van cliënten te bevorderen.

In hoofdstuk 1 zal uitleg gegeven worden over de doelgroep van de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten. Daarnaast worden de begrippen ‘PMT-groepen’, ‘sporten’, en ‘georganiseerd groepsverband’ verhelderd, zodat de inhoud van de vraagstelling duidelijk is. Uitleg over het belang van sport in het algemeen en met betrekking tot onze doelgroep volgt in hoofdstuk twee. Hierin wordt beschreven wat de invloed is die sport heeft op zowel gezondheid, psyche, fitheid en sociale ontwikkeling. Daarvan eerst een beschrijving in het algemeen, waarna verder uitdiept wordt waarom sporten extra belangrijk is voor de doelgroep van de PPG. In hoofdstuk drie komt de methode van het onderzoek aan bod waarin de keuzes voor theorieën en manier van onderzoeken zijn onderbouwd. Binnen het onderzoek is voornamelijk gebruik gemaakt van een model vanuit de sportstimulering : het ASE model. In hoofdstuk vier worden dit model en andere modellen nader uitgelegd. Voor het onderzoek zijn gesprekken gevoerd met cliënten en therapeuten van de PPG. Antwoorden uit die gesprekken die naar voren kwamen worden benoemd in hoofdstuk vijf. Resultaten in de vorm van aanbevelingen vallen onder hoofdstuk Zes. Hoofdstuk zeven zal de discussie weergeven waarbij een aantal kritische noten over dit onderzoek naar voren komen. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 8, zal de conclusie van het onderzoek weergeven, waarna tot slot de literatuurlijst volgt.

Hoofdstuk 1: definiëring van begrippen

1.1 PPG, Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten

De Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten (voortaan PPG) is onderdeel van GGZ Drenthe. GGZ Drenthe biedt ambulante, klinische en poliklinische hulp aan mensen met psychische problemen. De GGZ kent vele specialisaties. Eén van die specialisaties is de behandeling van mensen met psychische problematiek met daarnaast een beperking. Deze beperking is in de meeste gevallen verstandelijk van aard, maar kan ook lichamelijk zijn. Deze gespecialiseerde behandeling wordt uitgevoerd door de PPG.¹

1.2 Doelgroep PPG

Zoals hierboven al genoemd bestaat de doelgroep van de PPG uit mensen met psychische stoornis of gedragsproblemen met daarnaast een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Een psychische stoornis is vaak niet te verhelpen. Wel is het mogelijk om iemand met een stoornis veel aan te leren zodat er goed mee te leven valt. Met een stoornis, of de aanleg voor een stoornis, word je geboren. Omgevingsfactoren en socialisatie bepalen in hoeverre de stoornis tot uiting komt. Gedragsproblemen staan meer buiten de persoon en zijn aangeleerd. Gedragsproblemen kennen vaak een oorzaak, zoals bijvoorbeeld een trauma of overvraging vanuit de omgeving (website van de Ichtus-groep, bij literatuurvermelding zie Ichtus-groep). Vooral dit laatste komt bij onze cliënten veelvuldig voor. Onze doelgroep kan door de verstandelijke beperking vaak veel minder dan dat de buitenwereld denkt. Door de (constante) overvraging ontstaat gedragsproblematiek en/of een psychische stoornis. De uitingen van gedragsproblemen of een stoornis lijken op elkaar, waardoor het soms moeilijk te zeggen valt, of er sprake is van een stoornis of ‘alleen maar’ gedragsproblematiek. Zo is er bijvoorbeeld angstproblematiek en een angststoornis.

De psychische stoornissen die behandeld worden binnen de PPG zijn bijvoorbeeld: autisme, ADHD, depressie, angstproblemen, psychose, dwangmatig gedrag, psycho-organische problemen of persoonlijkheidsproblematiek. (website GGZ-Drenthe, zie bronvermelding bij GGZ Drenthe)

Naast de psychische of gedragsproblemen hebben de cliënten van de PPG ook een beperking. In sommige gevallen is dit een lichamelijke beperking. Bijvoorbeeld een visuele of auditieve beperking. Bij het overgrote deel van de cliënten is de beperking echter verstandelijk. Volgens The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2002) houdt een verstandelijke beperking in dat:

- *het intellectueel functioneren duidelijk onder het gemiddelde ligt;*
- *er sprake is van een aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperking van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen kunnen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding en werk;*
- *de verstandelijke handicap zich voor het 18e jaar heeft gemanifesteerd.*

(Roosendaal J.J., Backx F.J.G. , 2009)

Een verstandelijke beperking bestaat dus niet alleen uit een laag IQ. Binnen de verstandelijke beperking zijn weer verschillende niveaus van beperking aangebracht. In tabel 1 is de indeling naar IQ af te lezen. In tabel 2 staat een procentuele verdeling van het vóórkomen van de verschillende niveaus.

¹ Uit de folder over de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten (PPG), GGZ.

Tabel 8.1	Indeling van de intellectuele niveaus (APA, 2000).
niveau	IQ
zwakbegaafdheid	IQ 70/75-85/90
lichte verstandelijke handicap	IQ 50/55-70/75
matige verstandelijke handicap	IQ 35/40-50/55
ernstige verstandelijke handicap	IQ 20/25-35/40
diepe verstandelijke handicap	IQ lager dan 20/25

Tabel 1: indeling van de verstandelijke niveaus (American Psychiatric Association, 2000)

Tabel 8.3	Procentuele verdeling in niveaus van verstandelijke handicap volgens de DSM-IV (bron: APA, 2000).
<i>niveaucategorie</i>	<i>percentage</i>
licht	rond 85%
matig	rond 10%
ernstig	3-4%
diep	1-2%
totaal	100%

Tabel 2: prevalentie van de verschillende niveaus (American Psychiatric Association, 2000)

De verhoudingen die in tabel 2 genoemd worden staan redelijk gelijk aan de verhoudingen qua cliënten binnen de PPG. De PPG behandelt dan ook voornamelijk mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking.

1.3 PMT groepen

Binnen de PPG is er een multidisciplinair behandelteam. Dat betekent dat er met meerdere disciplines van behandeling gewerkt wordt. Zo zijn er orthopedagogen, psychologen, artsen, verpleegkundigen en ook PMT'ers. Binnen de PMT behandelen we individueel en in groepsverband. Er zijn groepen die voor een bepaalde tijd lopen, bijvoorbeeld de jonge-vrouwen-groep. Deze groepen zijn gesloten (er kunnen niet steeds mensen in en uit), hebben een gezamenlijk thema en een vast begin en einde (bijvoorbeeld 12 weken). Naast de thema gerichte groepen, zijn er ook nog doorlopende groepen. Mijn scriptie is toegespitst op de doorlopende groepen. Binnen deze groepen heeft ieder zijn eigen doelen en wordt er binnen een gezamenlijke setting aan deze doelen gewerkt. Zo hebben we een fitnessgroep, een zwemgroep en een groep waarmee we Nordic Walking doen. Doelen binnen deze groepen kunnen te maken hebben met sociale vaardigheden, angsten, lichaamssignalen, grenzen of bijvoorbeeld stabilisatie.

1.4 Bewegen/Sporten

Het Trimbos instituut heeft onderzoek gedaan naar de invloed van bewegen op de psyche. Hieruit kwam naar voren dat sporten de kans op een psychische stoornis met 50 % vermindert. Daarnaast zijn er meer positieve aspecten gevonden (nader omschreven in hoofdstuk 2). Dit onderzoek maakt gebruik van de term ‘actieve lichaamsbeweging’. De enige verduidelijking hierbij is de opmerking dat het niet om sporten zoals schaken of vissen gaat. Om voor het onderzoek de term bewegen nader te definiëren wordt gebruik gemaakt van de MET-waarde. Met de MET-waarden wordt de intensiteit van bewegen aangeduid. In tabel 3 is een duidelijk overzicht met voorbeelden bij de verschillende MET-waarden. Daarin zien we, dat activiteiten met een MET-waarde vanaf de 3, als gemiddeld intensief worden aangeduid. Als ik het binnen mijn onderzoek heb over bewegen of sporten, bedoel ik daarmee een activiteit waarbij de MET-waarde 3.0 of hoger is. (Wikipedia, site)

Tabel 3: indeling MET-waarden (Wikipedia)

Fysieke activiteit	MET
Lichte activiteiten	< 3
slapen	0.9
televisie kijken	1.0
schrijven, typen	1.8
lopen tot 3.2 km/h)	2.0
Activiteit met gemiddelde intensiteit	3 to 6
fietsen, met lichte inspanning	3.0
oefeningen zonder apparaten	3.5
fietsen, <16 km/h	4.0
fietsen	5.5
Zware intensieve activiteiten	> 6
joggen	7.0
zware oefeningen zonder apparaten	8.0
rennend joggen	8.0

1.5 In georganiseerd groepsverband

Binnen dit onderzoek zal nog uitleg gegeven worden over het belang van sporten voor deze doelgroep. Een van de aspecten van bewegen is het sociale aspect. Voor deze doelgroep is dit sociale aspect vooral van belang en dat wordt versterkt door te sporten in groepsverband. Omdat deze doelgroep extra aandacht en begeleiding nodig heeft, moet dit in georganiseerd groepsverband. Ook stimuleert/verplicht dit de cliënten om te blijven komen.

Hoofdstuk 2: waarom is bewegen/sporten belangrijk voor deze doelgroep?

2.1: Waarom is bewegen voor iedereen belangrijk?

Je hoort het steeds meer tegenwoordig: ‘sporten is belangrijk!’. Maar waarom eigenlijk? Er zijn veel onderzoeken gedaan naar de effecten van sport op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Wat is er bekend over sporten en de effecten daarvan?

Het eerste waar men vaak aan denkt als het gaat om sporten is om het fysieke aspect. Men wil afvallen, conditie opbouwen, spieren trainen en natuurlijk gezond blijven. Vooral dit laatste aspect is er een van groot belang. Er is de afgelopen tijd veel onderzoek gedaan naar sport en gezondheid. Hart- en vaatziekten zijn op dit moment de nummer 1 doodsoorzaak in de westerse wereld. Sporten vermindert de kans op deze ziekten. Door een goede conditie houden we het hart sterk en gezond, waardoor de kans op een hartaanval of hersenbloeding verkleind wordt. Sporten draagt ook bij aan de verlaging van de bloeddruk en het bloedcholesterolgehalte. Een verlaging van 10% van het cholesterolgehalte zorgt alleen al voor 10 tot 20% minder kans op een risico op hartaandoening. (Rousseau N. , 2005)

Daarnaast vermindert regelmatige lichamelijke activiteit ook de kans op osteoporose, overgewicht, hypertensie, beroertes, niet-insuline afhankelijke diabetes en voortijdig overlijden. (Backx F.J.G., Baarveld F., Voorn T.B., 2009). Volgens de WHO (World Health Organisation, 2002) is 60% van de wereldbevolking te inactief. In Europa is dit 50 %. In de hele wereld vallen er per jaar 2 miljoen doden als gevolg van te weinig beweging.

Naast de fysieke aspecten levert sporten ook op psychosociaal gebied positieve effecten op.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Stimuleren van sociale contacten
- Vergroten van de onafhankelijkheid
- Zelfbeeld en zelfvertrouwen verbeteren
- Meedoen levert vreugde op
- Men voelt zich over het algemeen beter

(Baarveld F, Backx F.J.G, Voorn T.B., 2009)

Pro-sociaal gedrag is natuurlijk niet alleen verklaarbaar vanuit het feit dat iemand sport of niet. Wel is er aangetoond dat goed gearrangeerde en aangeboden activiteiten in een pedagogische setting bijdragen aan de ontwikkeling van dit pro-sociale gedrag (Stegeman H., 2007)

Door te gaan sporten ontmoet je andere mensen door bijvoorbeeld in groeps- of teamverband deel te nemen aan sport, of aan (individuele) wedstrijden mee te doen. Vaak is sporten niet alleen de activiteit zelf, maar ook activiteiten er omheen zoals de ‘derde helft’, kantinediensten, vrijwilligersverplichtingen of feesten van de vereniging.

Ten slotte draagt sporten ook nog bij aan psychische aspecten. Sporten zorgt voor minder stress. Tijdens het sporten maakt je lichaam endorfine aan, wat voor een rustig en goed gevoel zorgt. Dit zorgt dus voor minder stress maar ook voor een beter gevoel. Sporten helpt op deze manier ook tegen het krijgen van of voor het snellere herstel van een depressie. Hierover meer in hoofdstuk 2.2. Fysieke activiteit leidt tot een betere doorbloeding, ook in verschillende delen van de hersenen. Psychisch effect hiervan is dat het concentratievermogen verbetert en er beter kan worden opgelet. Daarnaast zorgt voldoende fysieke beweging ook voor een positiever zelfbeeld (Stegeman H., 2007)

2.2: Waarom is bewegen belangrijk voor mensen met psychische problematiek?

Mensen die sporten hebben anderhalf keer kleinere kans om een psychische stoornis te ontwikkelen. Naast een kleinere kans op een psychische stoornis blijkt ook dat sporters sneller herstellen van psychische klachten als angst en depressie, dan niet-sporters. Uit onderzoek van het Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) blijkt dat 1 à 3 uur per week sporten zorgt voor een halvering van de kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Dit is gemeten in een onderzoek waaraan meer dan 7000 mensen mee deden, over een periode van 3 jaar. Over deze periode van 3 jaar, zijn mensen met een psychische stoornis die aan sport doen anderhalf keer zo vaak hersteld van hun ziekte dan mensen die niet sporten en ook een psychische stoornis hadden. (Have ten M., Graaf de R., en Monshouwer K., 2010)

Ook The International Society of Sport Psychology (in Stegeman H., 2007) komen met onderzoeken waarin geconcludeerd wordt dat angst en depressie aanzienlijk minder aanwezig is bij mensen die sporten t.ov. mensen die niet sporten.

Verder draagt sporten, zoals in hoofdstuk 2.1 al naar voren kwam, ook bij aan de ontwikkeling van pro-sociaal gedrag. Mensen komen (weer) in contact met anderen. Dit wordt in de DSM-IV² vaak als beschermingsfactor gezien (of als risicofactor wanneer dit niet of nauwelijks aanwezig is) van verschillende psychische stoornissen. Daarnaast wordt door sporten het zelfbeeld positiever. Van een negatief zelfbeeld weten we dat dit veel voorkomt bij stoornissen als bijvoorbeeld depressie, eetstoornis, verslaving, sociale fobie e.a. Door het ontwikkelen van een positief zelfbeeld bestrijd je een van de symptomen van deze stoornissen. (American Psychiatric Association, 1994)

2.3: Waarom is bewegen belangrijk voor mensen met een verstandelijke beperking?

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een hogere kans op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen als gevolg van inactiviteit dan mensen zonder verstandelijke beperking. Bij verstandelijk beperkte mensen is het risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type II en hypertensie groter. Ook komt overgewicht en verhoogd low density lipoproteïne (LDL) bij deze mensen vaker voor dan bij de algemene bevolking. Deze factoren zorgen er voor dat mensen met een verstandelijke beperking gevoeliger zijn voor hart- en vaatziekten.

Zoals we in hoofdstuk 2.1 hebben kunnen lezen is beweging een manier om de kans op hart- en vaatziekten te verkleinen. Als we kijken naar het beweeggedrag van mensen met een verstandelijke beperking zien we dat 17,5 tot 33 procent van alle volwassenen met een verstandelijke beperking genoeg beweegt. Minstens 67 % van de mensen met een verstandelijke beperking beweegt dus onder de norm. Het onderzoek dat dit aantoonde ging uit van een norm van 10.000 stappen per dag of meer dan 30 minuten fysieke activiteit om gezond te blijven (Stanish H.I., Temple V.A., Frey G.C., 2006). Het gemiddeld aantal stappen voor mensen met een verstandelijke beperking (tussen de 30 en 40 jaar) lag op 7787. Dit zit duidelijk onder de 10.000 stappen, en daarmee onder de norm. (Tudor-Locke C, Washington TL, Hart TL., 2009)

Naast het onderzoek wat hierboven genoemd wordt is er ook onderzoek gedaan naar het beweeggedrag van mensen met een verstandelijke beperking en de relatie tot het sociale aspect. In een artikel in Medigraphic van Ilana Duvdevany (2008) over onderzoek naar de vrijetijdsbesteding van mensen met een verstandelijke beperking, wordt beschreven dat mensen met een verstandelijke beperking minder vaak actief deelnemen aan activiteiten en zodoende sociaal minder vaardigheden ontwikkelen. Conclusie in dit artikel was dat dit kon leiden tot eenzaamheid, verminderd zelfvertrouwen, sociale isolatie of depressie.

² DSM-IV is een veelgebruikt classificatiesysteem binnen de psychiatrie, dat wordt gebruikt om vast te stellen of er sprake is van een psychiatrische stoornis.

Hoofdstuk 3: Methode

Om tot beantwoording van de vraagstelling te komen zijn verschillende argumenten vanuit de theorie gezocht waarom sporten belangrijk is. Niet alleen voor mensen in het algemeen, maar juist voor mensen met een verstandelijke beperking en/of psychische problemen. Hierbij is gebruik gemaakt van het internet, boeken en de informatie binnen het schoolthema *bewegen en sportstimulering*. Binnen het schoolthema *bewegen en sportstimulering* wordt eerst aandacht geschonken aan de hoeveelheid mensen die sporten en ook wordt hierin behandeld waarom sporten belangrijk is.

Nadat uitgezocht was waarom bewegen zo belangrijk is, is er gezocht naar verschillende theorieën over sportstimulering. Daarbij hielp het lectoraat van Janna Deelstra en Harry Steegeman (2007) erg goed. Zij hebben een leidraad geschreven waarin de twee belangrijkste theorieën rondom motivatie op het vlak van bewegen naar voren komen. Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van deze twee theorieën. Eerst worden de theorieën uitgelegd, om vervolgens de theorie te koppelen aan de doelgroep van de PPG.

Voor dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met 10 cliënten, over de reden waarom zij niet deelnemen aan sporten buiten de GGZ. Er is daarin gebruik gemaakt van persoonlijke gesprekken en niet van een vooraf bedacht interview of van enquêtes. De reden daarvoor is, dat er veel discussie is rondom de betrouwbaarheid en validiteit van vragenlijsten voor mensen met een verstandelijke beperking. Er is voor dit onderwerp nog geen gestandaardiseerde vragenlijst ontwikkeld. Wel is T. Jaarsma (2010), toentertijd student aan de universiteit van Rotterdam, bezig geweest met een onderzoek naar de betrouwbaarheid van vragenlijsten over de motivatie van bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking (45+). Hieronder de conclusie, zoals deze beschreven staat in zijn onderzoek:

“Conclusie: Van de in totaal 8 afgenomen vragenlijsten in dit onderzoek, blijken er drie over een goede betrouwbaarheid te beschikken. Dit zijn de vragenlijsten ‘Pijn bij bewegen’ (voor zowel cliënt als begeleider) en de vragenlijst ‘Valangst’ (begeleider). De overige vragenlijsten voldoen in hun huidige aard niet aan de criteria om als betrouwbaar beschouwd te worden. Verder onderzoek naar deze vragenlijsten kan uiteindelijk wel zorgen voor een hogere betrouwbaarheid. Door bijvoorbeeld onderzoek te doen bij een grotere populatie cliënten of door secundaire analyses toe te passen over de al verzamelde resultaten.”

Binnen dit onderzoek wordt niet specifiek onderzoek naar ‘pijn bij bewegen’ of ‘valangst’ gedaan. Deze vragenlijsten heb zijn dan ook niet gebruikt, ondanks de bewezen betrouwbaarheid ervan. Andere vragenlijsten, meer op dit onderzoek gericht, zijn: ‘attitude ten aanzien van bewegen’, ‘barrières ten aanzien van bewegen’ en ‘sociale steun’. Alle drie de vragenlijsten zijn niet betrouwbaar bevonden binnen bovenstaand onderzoek. Dat is de reden om deze vragenlijsten niet te gebruiken. Er is voor gekozen om gebruik te maken van een persoonlijk gesprek waarin de cliënten op verschillende, op de cliënten afgestemde manieren bevraagd zijn. Op deze manier heb is getracht een zo eerlijk en betrouwbaar mogelijk antwoord te verkrijgen. Verschillende uitspraken zijn, eventueel onderbouwd vanuit de theorie, terug te vinden onder het hoofdstuk ‘informatie uit de gevoerde gesprekken’. Dit is gedaan om de antwoorden kracht. Daarnaast worden de argumenten door de aanvullende theorie betrouwbaarder.

Naast het bevragen van 10 cliënten, zijn ook therapeuten (collega’s) gevraagd waarom zij denken dat deze doelgroep weinig doorstroom heeft naar georganiseerde sport buiten de behandeling om. Ook deze antwoorden zijn opgenomen onder ‘informatie uit de gevoerde gesprekken’ en zo mogelijk onderbouwd door informatie uit de theorie. Dit is vervolgens geïntegreerd in het ASE-model. De keuze voor het werken vanuit dit model in onderbouwd in hoofdstuk 4: ‘theoretisch kader’. In datzelfde hoofdstuk komen ook het transtheoretische model, het geïntegreerde gedragsveranderingsmodel en het zes-stappen model naar voren.

Op basis van de theorie en de informatie die verkregen is uit de gesprekken, volgen de resultaten. Deze zijn gedaan in de vorm van aanbevelingen.

Hoofdstuk 4: Theoretisch kader

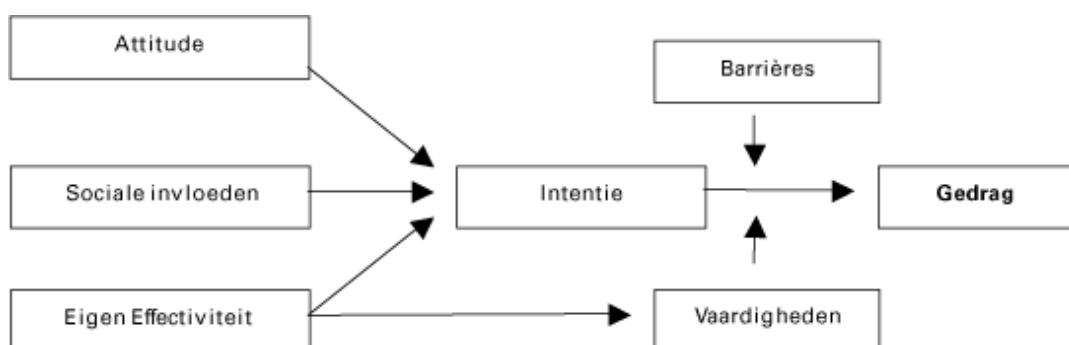
4.1: Het ASE Model

Binnen een onderzoek naar de mogelijkheden om cliënten te laten blijven sporten, is het natuurlijk van belang om uit te zoeken waarom ze dit wel of niet zouden doen. Dit heeft te maken met verschillende factoren. Die verschillende factoren, en de manier waarop ze invloed hebben op het wel of niet vertonen van gedrag, staan omschreven in het ASE model (figuur 4) (De Vries, 1988, overgenomen uit: Deelstra J., Stegeman H., 2007). Dit model gaat er vanuit dat gedrag het meest voorspelbaar is vanuit de intentie om dit gedrag te vertonen. Als de intentie er niet is om te gaan sporten, zal het ook niet gebeuren. Barrières en een tekort aan vaardigheden kunnen er voor zorgen dat het gedrag, ondanks de positieve intentie, niet vertoont wordt. Voorbeeld van een barrière zou kunnen zijn, dat er geen sportvereniging in de buurt is waar men kan sporten in georganiseerd groepsverband. Een voorbeeld van een tekort aan vaardigheden zou kunnen zijn dat de verstandelijke beperking er voor zorgt dat de cliënten de uitleg van de oefeningen niet snappen en daarom niet kunnen meedoen. Om te gaan sporten moet de intentie er zijn. Intentie op haar beurt wordt beïnvloed door drie zogenoemde determinanten. Deze zijn: attitude, sociale invloeden en eigen effectiviteit.

Attitude: deze determinant zegt wat over de persoonlijke opvattingen van de cliënt om wel of niet te gaan sporten. Wat vindt de cliënt van sporten? Nuttig, goed, tijdverspilling, gezond, vermoeiend? Het zijn als het ware alle argumenten vanuit de persoonlijke opvattingen van de cliënt. Deze argumenten hebben invloed op de attitude. Als je persoonlijk positief tegenover sporten staat, en gelooft dat het gezond is, zul je eerder de intentie hebben om te gaan sporten dan iemand die het tijdverspilling en vermoeiend vindt.

Sociale invloeden: zoals de naam al zegt gaat dit over de invloeden van de sociale omgeving. Wat vindt je omgeving van sport? Wordt er vanuit de omgeving positief gesproken en wordt je gestimuleerd om te gaan sporten, zal de intentie hoger zijn dan wanneer er in je omgeving negatief tegen sport aan gekeken wordt.

Persoonlijke effectiviteit: deze determinant gaat over de verwachting die jij hebt met betrekking tot het slagen van de activiteit. Als je denkt dat je mee kunt komen, of dat je ergens zelfs goed in bent, draagt dat vaak positief bij aan de intentie om te gaan sporten. Verwacht je dat het zwaar wordt en dat je zult falen, dan wordt de intentie logischerwijs vaak negatief beïnvloed. (Deelstra J., Stegeman H., 2007)



Figuur 4 : Het ASE model³

4.2: Het transtheoretische model

Naast het ASE model bestaat er ook het transtheoretische model (Prochaska, J. & DiClemente, C., 1983). Dit model beschrijft de verschillende fases van gedragsverandering. Veranderen gaat ten slotte niet in een keer.

³ Van de website: <http://www.wetenschapsforum.nl/index.php?showtopic=112630>

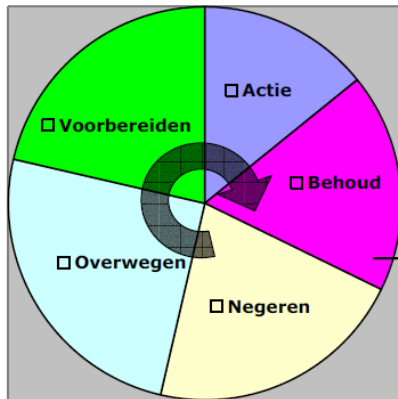
Het transtheoretisch model bestaat uit 5 fasen:

In de eerste fase, de negeerfase, is men niet met sporten bezig en heeft ook geen interesse of intentie om de komende 6 maanden wel te gaan sporten.

In de tweede fase, de overwegingsfase, sport men ook niet of nauwelijks, maar wordt er wel nagedacht over verandering binnen de komende 6 maanden. Zoals de naam al zegt, overweegt een persoon in deze fase om te gaan sporten. Hij of zij weegt de positieve en negatieve argumenten tegen elkaar af.

De derde fase, de voorbereidingsfase is men op zoek naar mogelijkheden om binnen korte termijn te gaan sporten. Het gebeurt vaak dat er in deze fase pogingen worden gedaan die negatief uitvallen.

Belangrijk aspect bij deze fase is dan ook om de barrières te onderzoeken.



Op de voorbereidingsfase volgt de actiefase: je bent aan het sporten. Gedurende de eerste 6 maanden van het sporten, bevind je je in de actiefase. Daarna beland je in de laatste fase; de gedragsbehoudfase. Zoals het woord al zegt ben je hier bezig met het onderhouden van het gewenste gedrag.

Binnen elke fase is er kans op een terugval. Stel dat je in de actiefase zit, en je voelt je totaal niet op je plek binnen de groep.

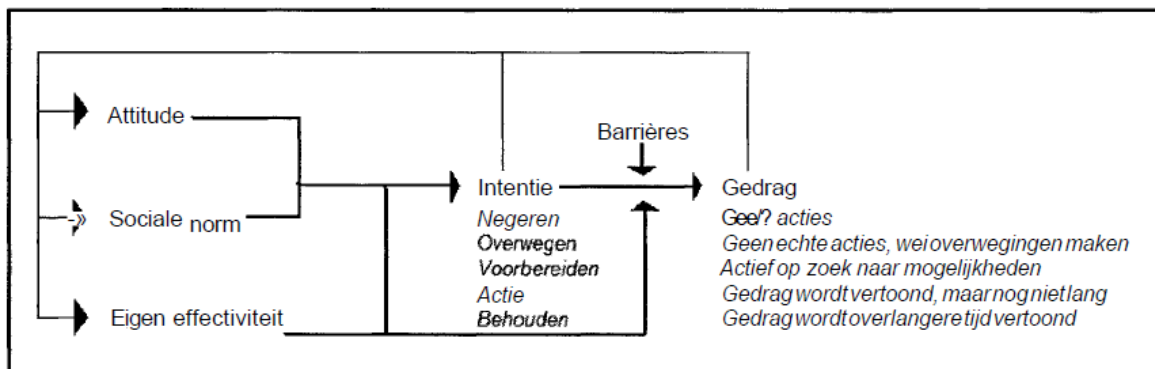
Dan stop je weer met de activiteit en zit je weer in de voorbereidingsfase (of zelfs lager, dat hangt van de overgebleven intentie om weer te gaan sporten af).

Ook blessures zorgen vaak voor een terugval. (Prochaska, J. & DiClemente, C. 1983, Deelstra J., Stegeman H., 2007)

Figuur 5: transtheoretische model (Deelstra J., Stegeman H., 2007)

4.3 Geïntegreerd gedrasveranderingsmodel:

In een onderzoek van J. Deelstra en H. Stegeman worden het ASE model en het transtheoretische model samengevoegd tot een model. Het geïntegreerd gedragsveranderingsmodel. Die komt er als volgt uit te zien:



Figuur 5: geïntegreerd model voor gedragsverandering (Deelstra J., Stegeman H., 2007)

Door het samenvoegen van de twee modellen bekijk je niet alleen welke interventies mogelijk zijn aan de hand van de verschillende kwadranten uit het ASE model, maar ook of deze interventies aansluiten bij de fase waarin mensen zich bevinden. Je bekijkt niet alleen de attitude, de sociale norm en de eigen effectiviteit, maar ook de fase waarin men zit houd je in de gaten. Zo waak je er voor dat je geen interventies wil doen die bijvoorbeeld te hoog gegrepen zijn voor mensen. Je kunt immers niet verwachten dat men twee fases overslaat. Een voorbeeld hiervan is het volgende:

“Als de persoon of doelgroep die men probeert te beïnvloeden zich (voornamelijk) bevindt in de negeerfase (niet (voldoende) sporten en bewegen en dat ook niet van plan zijn) is het erg moeilijk om deze groep direct minimaal drie keer in de week te willen laten sporten en bewegen. Dat deze personen dit gaan overwegen, is dan al een mooi resultaat.” (Deelstra J., Stegeman H., 2007)

Binnen het geïntegreerde gedragsveranderingsmodel wordt er eerst gekeken naar de fase waarin men zich bevindt, en vervolgens naar de interventies die daarbij passen vanuit de verschillende ingangen uit

het ASE model (attitude, sociale norm, persoonlijke effectiviteit, barrières). De interventies die gepleegd worden zullen afgestemd moeten worden op het aspect dat het meest achterblijft. Daarbij zou je jezelf de volgende vragen kunnen stellen:

“Is voor de onderzochte persoon onvoldoende duidelijk welke voordelen er zitten aan voldoende sporten en bewegen, of zijn deze voordelen voor deze persoon wellicht niet belangrijk genoeg? Is de sociale omgeving niet voldoende stimulerend of is de mening van deze mensen voor de onderzochte persoon niet belangrijk genoeg voor wat betreft het sport- en beweeggedrag? Of denkt de ondervraagde dat hij of zij onvoldoende mogelijkheden heeft om tot voldoende sporten en bewegen te komen. Of, als laatste, zijn er te veel verhinderingen om voornemens om (meer) te sporten en bewegen tot uitvoering te laten komen?” (Deelstra J., Stegeman H., 2007)

4.4: Het zes-stappen model

Naast de bovengenoemde theorieën is er ook het zes-stappen model. Dit model is meer gericht op cliënten en is bedacht door Balm & Gijsbers (1992) en aangevuld en gehanteerd door Verhulst e.a. (1994). Het model bestaat, zoals de naam al zegt, uit 6 stappen. Om die 6 stappen te kunnen doorlopen moet er worden voldaan aan 18 gedragsvoorwaarden. De 6 stappen met daarbij de gedragsvoorwaarden zijn als volgt:

Stap 1: openstaan:

1. De cliënt wordt blootgesteld aan oefentherapie
2. De cliënt heeft aandacht voor klachtverminderend gedrag

Stap 2: begrijpen:

3. De cliënt kan het wenselijk gedrag omschrijven
4. De cliënt beschikt over kennis van en inzicht in het wenselijk gedrag

Stap 3: willen:

5. Voor de cliënt wegen de voordelen van het nieuwe gedrag zwaarder dan de nadelen
6. De cliënt wordt voor de uitvoering van het gedrag niet gehinderd door belemmerende opvattingen
7. De cliënt ondervindt (geen on)gunstige invloeden vanuit sociale omgeving
8. De cliënt heeft vertrouwen in de uitvoering van het gedrag

Stap 4: kunnen:

9. Klachten op stoornisniveau staan het gedrag niet in de weg
10. De cliënt beschikt over de vereiste motorische vaardigheden
11. De cliënt kan reflecteren op bewegend handelen in context
12. De cliënt beschikt over sociale coping-skills
13. De vereiste materiële omstandigheden zijn aanwezig of kunnen worden geregeld
14. De vereiste organisatorische omstandigheden zijn aanwezig of kunnen worden geregeld

Stap 5: doen:

15. De cliënt kan onvoorziene praktische problemen overwinnen

Stap 6: volhouden:

16. De ergonomische omstandigheden (zowel materieel als organisatorisch) zijn van voldoende kwaliteit
17. De cliënt is in staat realistisch te attribueren
18. De cliënt herkent risicosituaties en kan daarmee omgaan ”

(Citaat uit: Gerritsen-Voorn M., Kool R, van der Meij K., 2007)

Dit model toont overeenkomsten met de vorige modellen. De verschillende fases lijken op die uit het transtheoretische model. Daarin stonden de fasen negeren, overwegen, voorbereiden, actie en behoud centraal. Het verschil zit hem vooral in de extra fase binnen het zes-stappen model: de fase kunnen. Binnen deze fase wordt er gekeken naar de haalbaarheid van het gedrag dat bereikt wil worden. Zeker binnen de psychiatrie en de verstandelijk beperkte doelgroep waarmee we te maken hebben is dit een goede vraag. Is het haalbaar? En zo ja, moeten er nog aanpassingen gedaan worden?

4.5: Bruikbaarheid van de theorieën binnen mijn onderzoek

Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het ASE model. De informatie die cliënten en collega's gegeven hebben, zijn in het volgende hoofdstuk dan ook verwerkt in het ASE model. Dit model sluit goed aan bij het onderzoek, aangezien eerst in kaart gebracht moet worden wat de (mogelijke) redenen zijn voor cliënten om niet door te stromen naar een vereniging of groep buiten de PMT-groepen om. Aan de hand van die resultaten, verwerkt in het ASE model, kan ik aanbevelingen doen.

Naast het ASE model wordt er binnen de andere genoemde modellen gewerkt in fases. Zeker een belangrijke theorie om eens verder uit te diepen, maar waar ik te weinig tijd voor heb. Wat we zien is dat er twee fase modellen waarbij het ASE model in beide modellen naar voren komt. Het ASE model kan ik goed gebruiken om te onderzoeken welke barrières er zijn om te gaan bewegen en welke interventies we binnen de verschillende kwadranten kunnen plegen om de doorstroom van cliënten te bevorderen. In de resultaten zal ik dan ook de argumenten indelen onder de verschillende factoren binnen het ASE model.

De modellen die niet gehanteerd maar wel benoemd zijn, zijn modellen waarin in fases wordt gedacht. Er is voor gekozen deze niet te gebruiken, omdat het aantal cliënten waar het onderzoek om gaat hier te minimaal voor is. Zouden ze onderverdeeld worden in de verschillende fasen, zouden er per fase maar een aantal cliënten overblijven. De betrouwbaarheid zou hiermee niet voldoende zijn aangezien er dan per fase aanbevelingen gedaan zouden worden. De aanbevelingen zouden dan gebaseerd zijn op een te gering aantal cliënten waardoor de betrouwbaarheid omlaag zou gaan. Toch zijn de verschillende fasen wel belangrijk om rekening mee te houden, vandaar dat er in de aanbevelingen ook aangeraden wordt om nader onderzoek te doen naar de verschillende fases waarin de cliënten. Zie aanbevelingen.

Hoofdstuk 5: informatie uit de gevoerde gesprekken

Zoals in de methode al beschreven is, is er voor gekozen om geen vragenlijsten of interviews af te nemen. De betrouwbaarheid van de meetinstrumenten is te laag, waardoor gekozen is voor het bevragen van de cliënten binnen de therapie en het bevragen van collega's. Dit is een onderzoek geweest, gericht op kwalitatieve informatie over de belemmerende factoren die cliënten (mogelijk) tegenhouden om niet te gaan sporten. De uitwerkingen van de antwoorden is dan ook kwalitatief. Waar mogelijk worden de antwoorden kracht bij gezet door het aanhalen van argumenten of verklaringen vanuit vergelijkbare onderzoeken en andere theorie. Aan het einde van het hoofdstuk is alle verkregen informatie overzichtelijk verwerkt in het ASE model.⁴

5.1: Antwoorden verkregen uit gesprekken met cliënten

Geld: de cliënten hebben geen geld om bij een sportvereniging te gaan of mee te doen aan fitness programma's.

Binnen een onderzoek dat gedaan is in zuid-west Nederland naar de tevredenheid van mensen met een verstandelijke beperking of mensen met psychische problemen die op zichzelf wonen, komt ook de financiële situatie aan bod. Hierin komt naar voren dat bijna een derde van de respondenten in het onderzoek een inkomen heeft dat onder de bijstandsnorm ligt. Met het geld dat ze krijgen komen de meesten toch wel rond. Het percentage van de mensen dat rond komt van het inkomen is vergelijkbaar met dat van de hele Nederlandse bevolking. Het feit dat ze wel rondkomen zegt nog niets over de tevredenheid over de financiële situatie. Om rond te komen zijn er namelijk vaak een hoop dingen die deze mensen niet doen of kunnen doen i.v.m. geld. 72 % van de betrokkenen vindt het erg dat ze dingen niet kunnen betalen. Als we kijken naar die 'dingen' die ze dan niet kunnen betalen, zien we dat sporten in de top 3 staat. 26 % van de ondervraagden heeft niet voldoende geld om een 'lidmaatschap van een vereniging' te betalen. (Kwekkeboom M.H., van Weert C.M.C., 2008)

“Ook voor mensen met een verstandelijke beperking is het lidmaatschap van een vereniging vaak te begroetelijk, net als op vakantie gaan. Het percentage dat dit absoluut niet kan betalen is echter veel lager dan dat onder de mensen met psychische probleem” (Kwekkeboom M.H., van Weert C.M.C., 2008)

Ander onderzoek (Duijf M.J.W., Vermeer A., Wit J.B.F. de, Klugkist I.G., 1999) toont aan dat 24 % van ouders en begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking aangeven dat geld een directe belemmering is voor het deelnemen binnen een sportvereniging.

Afstand: de afstand naar de sportverenigingen moet niet te groot zijn. Er is geen geld voor benzine of überhaupt voor een auto. Niet iedereen heeft een rijbewijs en de meesten zien er vanaf om ver te reizen voorat ze kunnen sporten. Daarnaast is reizen met het openbaar vervoer voor deze doelgroep moeilijk en moet er soms begeleiding mee (die dan ook weer betaald moet worden).

Het sportaanbod dat geschikt is voor deze mensen is een stuk kleiner dan het aanbod voor mensen zonder verstandelijke beperking en/of psychische stoornis. In de MEE gids Drenthe (website MEE Drenthe, zie bronvermelding onder MEE Drenthe) staan sporten voor mensen met een beperking overzichtelijk vermeld. In totaal zijn er 239 activiteiten die binnen sport vallen. Vooral zwemmen (op 41 plekken aangeboden), sport en spel (op 26 plekken aangeboden) en gymnastiek (op 22 plekken aangeboden) wordt veel in het aanbod genoemd. Toch is het aanbod nog erg beperkt. Vooral in de kleinere steden en dorpen is er geen tot weinig aanbod. Dit blijkt ook uit eerder genoemd onderzoek (M.J.W. Duijf e.a., 1999), waarin 25 % van de ouders en begeleiders aangeeft dat het tekort aan geschikte verenigingen in de buurt een belemmering is voor sportdeelname.

⁴ Keuze voor dit theoretische kader is onderbouwd in hoofdstuk 4

Geen tijd: dit wordt door een cliënt benoemd die samen met zijn broer een boerderij runt. Toch komt hij wel altijd trouw naar de PMT-groep, elke week. Er zijn wel meer mensen die aangeven ‘weinig tijd’ te hebben. Na doorvragen betekent dit meestal te weinig zin of behoefte om er tijd voor te maken. Ook kan het meespelen dat ze andere dingen op moeten geven als ze willen gaan sporten. Het leven is in dat geval al druk genoeg met andere dingen, die op hun beurt waardevoller zijn voor de cliënt. Door psycho-educatie waarom sporten zo belangrijk is, en wat de gevolgen zijn van het niet sporten, zou je de motivatie om te gaan sporten kunnen verhogen. Wel moet worden meegenomen dat er ook maar weinig sportverenigingen zijn voor deze doelgroepen, en dat het aanbod in verschillende dagen en tijden minimaal is. Vaak zijn er maar heel weinig opties. Als die al met andere dingen bezet zijn, moet er gekeken worden of een van de twee kan schuiven (de sportactiviteit, of de ‘andere’ activiteiten van de cliënt).

Te druk in groepen: dit is ook een van de redenen die cliënten aandragen. Ze zijn bang voor te veel mensen in een groep, en daarmee te veel prikkels. Dit verschilt erg per persoon. De een kan al die prikkels gemakkelijk aan, maar de ander heeft een groep nodig waarbij maximaal 3 of 4 andere mensen deelnemen. Niet alleen de hoeveelheid prikkels maar ook het tekort aan begeleiding speelt hierin mee. Hoe groter de groep, hoe minder persoonlijke aandacht en begeleiding er over blijft. Begeleiding is in deze doelgroep inderdaad extra nodig.

“Vanwege hun leer- en aanpassingsmoeilijkheden hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak extra begeleiding nodig. De intellectuele beperkingen van deze sporters komen vaak tot uiting in complexe spel-/sportvormen, zoals teamsporten waarin moet worden samengespeeld. Het ontbreekt dan aan een goed spelinzicht; spelsituaties worden niet altijd evenwichtig beoordeeld en de sporters worden snel uit het ritme gehaald.” (bron: Website Fitplein, zie literatuur onder ‘Fitplein’)

Wat betreft de prikkels die omschreven worden, daarover is in een onderzoek (Struijken Y., 2008) naar lichamelijke activering bij mensen met een verstandelijke beperking en een bijkomende psychische stoornis, het volgende geschreven:

“In de benadering van een cliënt heb je tevens rekening te houden met prikkelverwerking. Prikkels, alles wat er via de zintuigen bij mensen binnenkomt, wordt door een groot deel van de verstandelijk beperkten trager verwerkt. Dit vereist een geduldige, rustige attitude en communicatie, om de tijd en ruimte te gunnen om het in te laten werken.” (bron: Struijken Y., 2008)

Daarnaast is er bij 40 tot 60 procent van de mensen met een verstandelijke handicap sprake van autisme of een aan autisme verwante contactstoornis. (Roosendaal J.J., Backx F.J.G., 2009) Een van de kenmerken van autisme is een stoornis in de prikkelverwerking. Daarvoor is het bieden van een zo’n prikkelvrij mogelijke omgeving en gestructureerde uitleg noodzaak. (Peeters T. 2009)

Te weinig inzicht in wat er is: een aantal cliënten benoemen dat ze op zich wel zouden willen sporten buiten de PMT groepen om, maar dat ze niet weten waar. Zelf zijn ze hier nog niet actief in aan het zoeken geweest. Ook hebben begeleiding en behandelaars hier (nog) geen inzicht in gegeven. Zoals al eerder genoemd is er de MEE gids waarin een overzicht wordt weergegeven van verschillende sporten voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit is alleen nog lang niet alles, en de dingen die er verder zijn worden gemakkelijk over het hoofd gezien. Er is binnen de PPG, naast de MEE-gids, geen overzicht met daarin activiteiten beschreven. In een onderzoek van de Universiteit Utrecht (M.W.J. Duijf e.a., 1999) komt ook de informatie omtrent sportmogelijkheden naar voren. 25 % van de ouders en begeleiders van de onderzoeksgroep geven een gebrek aan informatie als belemmering op voor het komen tot sport. Citaat uit het onderzoek:

Volgens ouders en begeleiders blijken potentiële sporters vaker dan de andere groepen belemmerd te worden door informatiegebrek en lichamelijke problemen. Wanneer ouders en begeleiders informatie missen, is dit in bijna driekwart van de gevallen informatie over de sportmogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap in de regio. Ook mensen met een verstandelijke handicap missen deze informatie. Er is geen informatiemateriaal dat zonder meer geschikt is voor mensen met een verstandelijke handicap. Vragen die gesteld worden, zijn: 'Welke sporten kan ik in de buurt doen? Wat kan sport voor mij betekenen? Hoe word ik lid van een sportclub?'

Besef van het belang van sporten: tijdens het bevragen waarom sport belangrijk is voor mensen, kunnen de meeste cliënten wel benoemen dat het is om fit te blijven, conditie en spieren te ontwikkelen en om af te vallen. Enkel en enkele noemen ook het sociale aspect en het feit dat het 'gezond' is. Toch zijn lang niet alle cliënten op de hoogte van met name het psychische en het sociale aspect van sporten. Een aantal cliënten (vanuit de zelfde PMT- groep) wist te benoemen dat je voor sporten wel moest samenwerken, en benoemden ook het 'in contact komen met andere mensen' als voordeel van sporten. Een mogelijke verklaring voor het benoemen van deze redenen door de cliënten uit die PMT groep, terwijl andere cliënten deze redenen niet aandroegen is mogelijk de rationale van die PMT groep. Die is specifiek gericht op samenwerken en sociale vaardigheden. Psycho-educatie over het belang van sporten over het algemeen -natuurlijk aangepast aan het niveau van de doelgroep- wordt niet ingezet in behandeling.

Geen zin in/niet leuk vinden: een aantal cliënten geeft aan geen zin te hebben in sporten. In feite is het 'geen zin hebben' een gebrek aan motivatie. Het niet leuk vinden van sporten, of nog geen leuke sport hebben gevonden wordt daarnaast veel genoemd. Daarnaast wordt ook de link naar de gymles gelegd. 'Gymles was ook nooit leuk, daar moesten we altijd dingen doen die ik niet kon'. Deze argumentatie speelt op gevoelsniveau mee voor het niet leuk vinden van sport. Ook speelt hierin het volgende argument mee. (M.W.J. Duijf e.a., 1999)

Ten slotte nemen mensen met een verstandelijke handicap eerder deel aan sportactiviteiten, wanneer ze die leuk vinden. Op het moment dat het sporten niet meer als leuk ervaren wordt, heeft dit een duidelijk negatieve invloed op zowel intentie als gedrag. Dit wordt ondersteund door eerder onderzoek (Wanckel, 1993). Plezier is volgens hem een factor die beschouwd moet worden als iets wat nodig is om sportdeelname te continueren en in mindere mate als een reden om met sporten te beginnen. Voor organisatoren en begeleiders van sportactiviteiten is het dan ook zaak de sportactiviteit leuk en aantrekkelijk te houden.

Ik kan het niet goed: zoals in het vorige punt al benoemd werd, is de inschatting van het eigen vermogen binnen het sporten niet altijd positief. Er zijn meerdere cliënten die trauma's hebben aan de gymlessen van vroeger, waarin ze uitgelachen en gepest werden. Vaak loopt de ontwikkeling van motorische vaardigheden bij mensen met een verstandelijke beperking achter. Evenwicht en coördinatie zijn bij veel cliënten minder ontwikkeld en een spel dat erg snel gaat of waarbij evenwicht een rol speelt zijn moeilijke activiteiten. Daarnaast hebben mensen met een verstandelijke beperking, vaker dan de gemiddelde bevolking, een bijkomende lichamelijke beperking. Het gaat vooral om epilepsie, cerebrale spasticiteit, aangeboren afwijkingen in het hart of de longen of verlies aan gehoor of zicht (site Medicinfo, voor bronvermelding zie Medic info, Roosendaal J.J., Backx F.J.G., 2009). Binnen de PMT groepen wordt gekozen voor activiteiten waaraan iedereen (met een eventuele aanpassing) mee kan doen. Sportverenigingen/groepen waar onze cliënten eventueel naar toe zouden gaan moeten hier ook rekening mee houden. Complimenteren en succes ervaringen bieden zijn belangrijk.

5.2: Antwoorden verkregen uit gesprekken met collega's

Bovengenoemde antwoorden: Van collega therapeuten komen veel antwoorden terug die overlappen met de antwoorden van cliënten. Geld, afstand, tijd en inzicht in wat er aan sport is en waarom sporten goed is worden meerdere malen genoemd. Ook de drukte in de groep en de angst om het 'niet goed te doen' wordt herkend door collega's. Hieronder volgen de aanvullende antwoorden.

Begeleiding van sportgroepen is niet vaardig genoeg: de cliënten van de PPG zijn verstandelijk beperkt én hebben (een) psychische probleem(en). Niet zomaar een doelgroep. Alleen verstand hebben van een verstandelijke beperking, of alleen van psychische stoornissen, is niet genoeg. Er moet met beide rekening gehouden (kunnen) worden. Of dit mogelijk is, ligt aan de capaciteiten van begeleiding. Het vermoeden is er dat, vooral bij de activiteiten die in de MEE-gids vermeld staan, wel enige kennis is van een verstandelijke beperking, maar nauwelijks van psychische problemen en hoe daarmee om te gaan. De vraag hierin is natuurlijk: wanneer is iemand vaardig genoeg om om te gaan met mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis? Hier is geen duidelijke omschrijving van. Opleidingen die aansluiten op het aanbieden van bewegingsactiviteiten binnen deze doelgroep zijn: (HBO) PsychoMotorische Therapie, (MBO-4) Bewegingsagogie via sport & bewegen, en (MBO-) bewegingsagogie richting ortho-bewegingsagogie aan de CIOs in Arnhem. Aan de opleiding Pedagogiek of Sociaal Pedagogisch Hulpverlener leert men wel met deze doelgroepen om te gaan, maar men mist het aspect sport hierin. Activiteiten aanpassen aan niveau en differentiëren binnen een activiteit zijn vaardigheden die, zeker met zo'n moeilijke doelgroep, zeker van belang zijn. Hoe het in de praktijk zit, en welke achtergrond de begeleiding van de verschillende sportgroepen heeft, is niet in kaart gebracht.

Begeleiding van de cliënten stimuleren niet genoeg: cliënten van de PPG hebben vaak een persoonlijk begeleider en/of ze wonen op een groep waar begeleiding aanwezig is. We hebben het idee dat de begeleiding meer kan doen in het stimuleren van de cliënten. We zien namelijk bij de mensen die wel sporten buiten de PMT-groepen om, dat dit door begeleiding vaak is geregeld/gestimuleerd

Stimulering door de omgeving is rechtstreeks van invloed op het sportgedrag van mensen met een verstandelijke handicap. Dit bleek eerder ook al uit onderzoek van Coumans e.a. (1995). Omdat stimulering door de sociale omgeving erg belangrijk blijkt te zijn bij het komen tot sportgedrag, dient hier in sportstimuleringsbeleid aandacht voor te zijn. Ten slotte blijkt er een verband

(M.W.J. Duijf e.a., 1999)

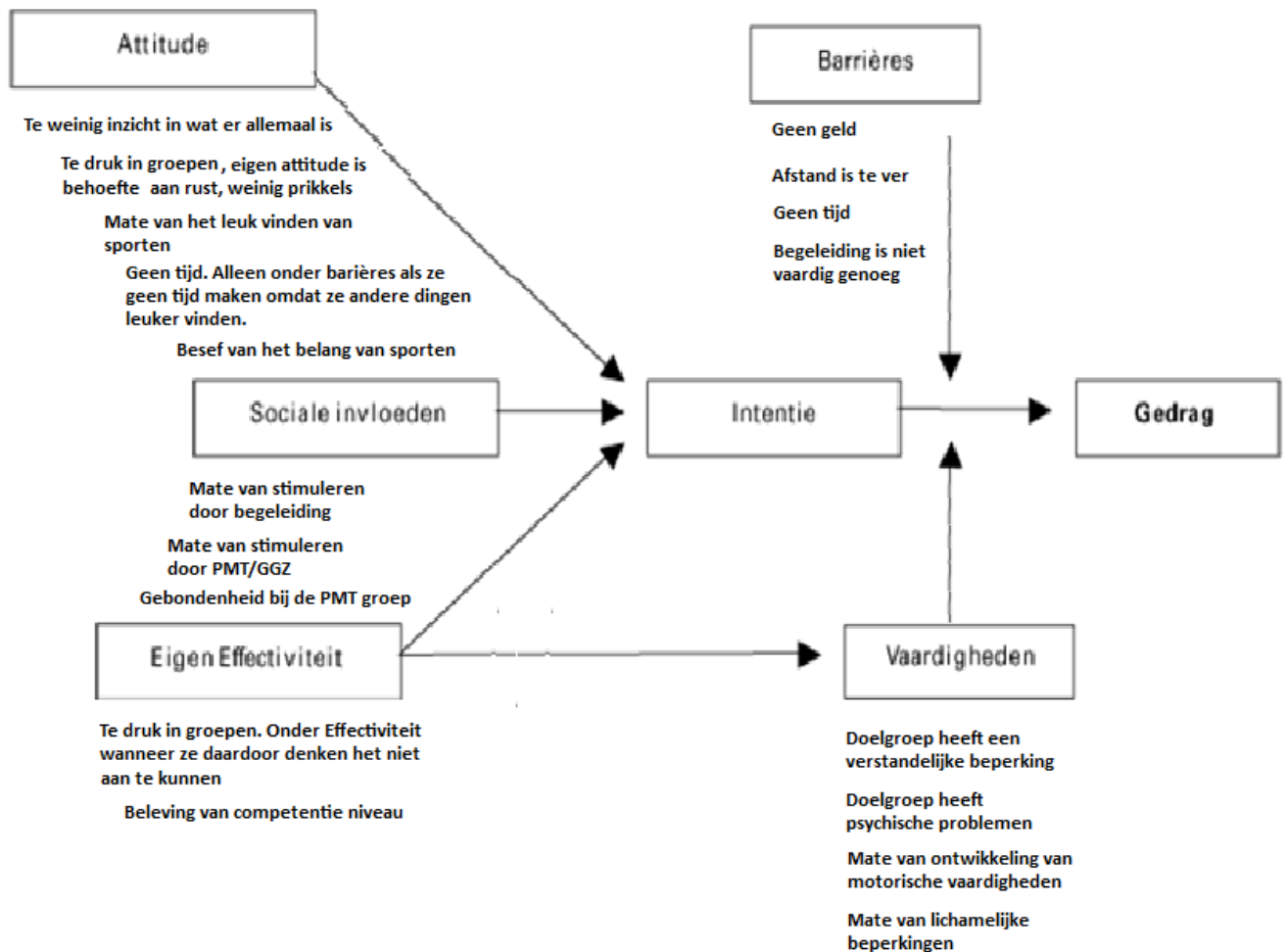
Gebondenheid bij de PMT groep: de meeste cliënten lopen al een lange tijd bij GGZ rond GGZ is zo onderdeel geworden van hun sociale netwerk. GGZ is iets waar ze op kunnen terug vallen. Elke week is er even aandacht voor ze, en kunnen ze hun verhaal kwijt. Ze weten waar ze aan toe zijn, en er zijn niet vaak veranderingen in de groep of structuur. Al met al een veilige setting voor de cliënten. Het zou goed kunnen dat ze niet actief op zoek gaan naar een sportvereniging omdat ze in de groepen erg tevreden zijn. De stap naar een andere vereniging brengt onzekerheden met zich mee, tegenover de veiligheid van de groep.

PMT-groepen zijn stabiliteit: de cliënten blijven dus voor lange tijd regelmatig komen. Dit betekend ook dat wij als GGZ zijnde een oogje in het zeil kunnen houden. Eventuele terugval of symptomen daarvan kunnen eerder opgemerkt worden en, indien nodig, kan er ingegrepen worden. Over het belang en de werking van terugval preventie zijn de meningen verdeeld. Wel wordt er tegenwoordig binnen diverse instellingen weer extra aandacht besteed aan terugval preventie.⁵

⁵ Zie onderzoeken van UMC st. Radboud te Nijmegen e.a.

5.3: Uitwerking van de antwoorden binnen het ASE-model

Bovengenoemde antwoorden uit de gesprekken met cliënten en collega's zijn in het ASE model⁶ geplaatst. Hierin is overzichtelijk weer gegeven onder welk kwadrant de antwoorden geplaatst kunnen worden. Daarbij zijn ook de barrières en vaardigheden mee genomen. Zoals in het ingevulde model ook af te lezen is, zien we dat een aantal van de genoemde antwoorden meer dan eens in het model naar voren komen. Zo staat 'geen tijd' zowel bij attitude als bij barrières. Daarbij gaat het bij attitude om de zin die mensen hebben om er tijd voor vrij te maken, en bij barrières om het feitelijk geen tijd hebben (op het specifieke moment van het sportaanbod).



⁶ Zie hoofdstuk 4: 'theoretisch kader'

Hoofdstuk 6: resultaten

In de vorm van aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk (informatie verkregen uit de gesprekken) is weergegeven wat volgens de cliënten en collega's redenen zouden kunnen zijn voor cliënten om niet door te stromen naar georganiseerde sport buiten de PMT groepen om. Uit die antwoorden en uit de theorie die in het onderzoek aan de orde is gekomen, zijn de volgende aanbevelingen gedestilleerd:

Een groep opstarten in het kader van terugval preventie: Door zelf een groep op te starten pak je een heleboel belemmeringen aan die in het vorige hoofdstuk genoemd werden. Geld wordt dan geregeld via de zorgverzekering. Afstand blijft hetzelfde als nu, dus de cliënten die nu naar de PMT groepen kunnen komen, kunnen dus ook naar deze 'preventiegroep' komen. De begeleiding is professioneel en heeft ervaring met de doelgroep (Er van uit gaande dat de PMT'ers die momenteel werkzaam zijn bij de PPG dit zullen aanbieden). Er moet rekening gehouden met de grote van de groepen, zodat het niet te druk wordt. De gebondenheid met de PMT-groep & begeleiding en het lijntje met de GGZ kan gehouden worden. Daarnaast hoeft de (persoonlijke) begeleiding van de cliënten weinig tot niet te stimuleren, dit wordt vanuit de PPG gedaan.

Uitwerking van ideeën rondom een preventiegroep: Bij het opzetten van een preventiegroep komen een aantal vragen aan de orde. Zo is het de vraag welke activiteiten het beste aan zouden sluiten bij de doelgroep en binnen preventie. Daarnaast zou het mooi zijn om andere cliënten van de PPG ook te betrekken bij deze eventuele preventiegroep. Want sporten is natuurlijk voor al onze cliënten goed, niet alleen voor diegene die in de PMT groepen zitten. Stel dat je alle cliënten er bij zou willen betrekken zijn het transtheoretische model en het zes-fasen model weer goed te gebruiken.

Verder onderzoek naar de fasen waarin cliënten zitten: In hoofdstuk vier zijn verschillende theorieën behandeld. Er is voor gekozen om met het ASE model te werken. De andere theorieën zijn echter zeker niet onbelangrijk. Aanbeveling is dan ook om binnen de hele PPG onderzoek te doen naar de verschillende fasen waarin cliënten zitten, zodat sportstimulering over de gehele PPG ingezet kan worden gericht op specifieke fasen.

Psycho-educatie (op maat) over het belang van sporten. Zowel over fysieke gezondheid als de sociale en psychische aspecten dient voorlichting gegeven te worden, zodat cliënten weten waarom sporten zo belangrijk is. Door meer inzicht over het belang van sport wordt de persoonlijke attitude van cliënten als het gaat om sporten waarschijnlijk positiever. 'Sporten is goed voor je'. Deze psycho-educatie kan gegeven worden binnen de groepen of op individuele basis. Binnen de groepen zou een voorkeur hebben i.v.m. tijd en ruimte.

Een lijst maken van alles wat er is: Naast de MEE gids zijn er nog meer activiteiten die geschikt zijn voor onze doelgroep. De aanbeveling is om hier een lijst van te maken en bij de verschillende groepen die er zijn (ook die in de MEE-gids staan) te inventariseren hoe het zit met de expertise van begeleiding. Zo mogelijk ook gegevens als kosten, tijden, grootte van de groepen e.d. opvragen zodat er een zo compleet mogelijke lijst komt met het sportaanbod dat geschikt is voor cliënten van de PPG.

Tijd inroosteren om met de cliënt te kijken wat aansluit: Elke cliënt is anders en om een passende sport/activiteit te bepalen heb je naast een overzicht met wat er allemaal is, natuurlijk ook de mening van de cliënt zelf nodig. Tijd inplannen om voor of met een cliënt te kijken naar een sport die hij/zij leuk vindt, zou hierin kunnen helpen. Daarnaast zijn veel cliënten onzeker over de eerste (paar) keer

dat ze naar een vereniging toe moeten. Niet altijd kan (persoonlijke) begeleiding mee, en in dat geval zouden wij als Psychomotorisch therapeut misschien mee kunnen, zodat de angst wat minder wordt.

Psycho-educatie en contact met (persoonlijke) begeleiding: begeleiders van onze cliënten spelen vaak een grote rol in het (dagelijks) leven van de cliënten. Ze kunnen (veel) sturing geven en onze cliënten stimuleren om te gaan sporten. (Persoonlijke) begeleiding kan met de cliënten actief op zoek naar een sportvereniging. Daarvoor is het wel nodig dat begeleiding van onze cliënten ook het belang van sporten inzien. Een begeleideravond of individuele contacten met begeleiders waarin psycho-educatie over het belang van sporten wordt gegeven zou hiervoor kunnen dienen.

Nog een mogelijke aanbeveling i.v.m. geld tekort:

“In Nederland kunnen mensen in de laagste inkomensgroepen een toeslag aanvragen voor bijvoorbeeld woon-en zorgkosten of kwijschelding, van bijvoorbeeld lokale belastingen. Belangenbehartigingsorganisaties van mensen met beperkingen wijzen er regelmatig op dat van deze mogelijkheid niet altijd gebruik wordt gemaakt.” (citaat uit: Kwekkeboom M.H, van Weert C.M.C., 2008)

Aangezien onze cliënten over het algemeen genomen weinig inkomsten hebben, behoren er waarschijnlijk een aantal tot deze groep die in aanmerking komt voor bovengenoemde toeslag. Aanbeveling is dus om ze hier attent op te maken zodat ze meer geld kunnen besteden en eventueel wel naar een sportvereniging kunnen.

Hoofdstuk 7: Discussie

Bij het bevragen van de cliënten heb ik voornamelijk ingezoomd op de redenen waarom cliënten niet zouden gaan sporten. De andere kant (waarom zouden ze wel sporten) komt niet zozeer tot uiting binnen mijn onderzoek. Echter, veel van de belemmerende factoren zijn, als men ze omdraait, positieve factoren. Voorbeeld: Een van de belemmerende factoren is dat de cliënten zich niet competent genoeg zou voelen. Zouden ze dit wél doen, is de kans op doorstroom naar een vereniging/sportgroep juist groter. De competentiebeleving is dus zowel negatief als positief te bekijken. En zo is het met (bijna) alle andere factoren ook. Door het niet bevragen van de positieve factoren die van invloed zijn op het doorstromen van de cliënten mist er mogelijk een deel in de validiteit. Misschien waren er bruikbare antwoorden uit naar voren gekomen die nu niet (ook niet wanneer je belemmerende factoren omdraait) naar voren zijn gekomen.

In hoofdstuk 4, over het theoretisch kader, zijn een aantal theorieën uitgelegd waarna er gekozen is om binnen dit onderzoek vanuit het ASE model te werken. In hetzelfde hoofdstuk komen nog 3 andere modellen aan bod, waar wederom in het onderzoek alleen op terug gekomen is binnen de aanbevelingen. Een discussiepunt zou kunnen zijn of het uitwerken van de andere theorieën enige toegevoegde waarde hebben voor dit onderzoek, of dat het alleen tijdverspilling is geweest. Er is voor gekozen om deze modellen wél te benoemen in het onderzoek, zodat men weet dat er ook rekening gehouden moet worden met de verschillende fases. Bij de keuze om deze modellen niet te benoemen zouden ook de schrijvers van deze modellen tekort gedaan worden, aangezien de modellen wel degelijk een onderdeel zijn van de belangrijkste theorie die er rondom dit onderzoek te vinden is. Door de modellen te benoemen ziet de lezer ook wat er nog meer is, dan alleen het ASE-model. Ook is er in de aanbevelingen genoemd dat deze theorieën misschien bruikbaar zijn voor verder onderzoek.

Met een onderzoekspopulatie van 10 mensen is het een kleinschalig en kwalitatief onderzoek geworden. De geldigheid van de uitkomsten zijn, alleen op basis van de antwoorden, nog steeds vrij specifiek en gelden maar voor een klein deel van de PPG. In de resultaten zit weinig kwantiteit, waardoor de betrouwbaarheid, vooral in contexten buiten de PPG om, gering is. In het kader van de betrouwbaarheid heb ik wel andere onderzoeken aangehaald, om de informatie van cliënten en collega's kracht bij te zetten. Daarmee wordt het onderzoek meer betrouwbaar.

Hoofdstuk 8: conclusie

Binnen dit onderzoek is getracht op de volgende vraag een antwoord te vinden:

Welke mogelijkheden zijn er om de doorstroom van cliënten binnen de PMT-groepen van de Psychiatrische Polikliniek voor (verstandelijk) Gehandicapten naar sporten in georganiseerd groepsverband te bevorderen?

In het onderzoek is eerst vanuit de literatuur informatie naar voren gekomen over het belang van sporten in het algemeen en voor deze doelgroep. Vanuit die theorie konden we vaststellen dat bewegen/sporten wel degelijk belangrijk is, en nog eens extra belangrijk voor deze doelgroep.

Vervolgens zijn er vanuit de theorie een aantal modellen naar voren gekomen die van toepassing zijn op het onderwerp sportstimulering. Deze modellen waren: het ASE-model, het transtheoretische model, het geïntegreerde gedragsveranderings model en het zes-stappen model. Er is binnen het onderzoek gekozen voor het ASE-model als theoretisch kader.

De informatie die uit gesprekken met cliënten en collega's naar voren zijn gekomen is verwerkt in het ASE model. Genoemde antwoorden uit de gesprekken met cliënten zijn: 'te weinig geld', 'te ver reizen', 'geen tijd voor', 'wat is er allemaal?', 'geen zin in/het niet leuk vinden', 'Waarom sporten?', 'het is te druk in andere groepen' en 'ik kan het niet'.

Door collega's worden deze redenen ook genoemd, en daarnaast worden ook de volgende antwoorden gegeven: 'is de begeleiding wel competent genoeg?', 'stimuleerd de (persoonlijke) begeleiding wel genoeg?', 'cliënten zijn aan de PMT-groepen gehecht', 'PMT groepen zijn goed voor stabilisering'.

Vanuit de bovengenoemde redenen is een lijst met aanbevelingen gekomen, waarin het antwoord op de hoofdvraag terug te vinden is. Mogelijkheden om de doorstroom van cliënten te bevorderen zijn:

- **Een groep opstarten in het kader van terugval preventie**
- **Uitwerking van ideeën rondom een preventiegroep**
- **Verder onderzoek naar de fasen waarin cliënten zitten**
- **Psycho-educatie (op maat) over het belang van sporten**
- **Een lijst maken van alles wat er is**
- **Tijd inroosteren om met de cliënt te kijken wat aansluit**
- **Psycho-educatie en contact met (persoonlijke) begeleiding**
- **(eventueel) i.v.m. geldtekort de cliënten wijzen op mogelijke toeslag**

Het doel van het onderzoek (uiteindelijk een aantal goed onderbouwde aanbevelingen te doen die erop gericht zijn de doorstroom van cliënten te bevorderen) is daarmee volbracht. Er zijn aanbevelingen gedaan en deze zijn vanuit de literatuur en vanuit antwoorden van cliënten en collega's verklaard.

Literatuur:

- American Psychiatric Association, (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV-TR (4th Edition)*, Washington: American press Assosiation
- Backx F.J.G., Baarveld F., Voorn T.B., *Positieve effecten van sport en bewegen*, uit: sportgeneeskunde (2009), Bohn Stafleu onderdeel van Springer uitgeverij: Houten
- Berger R.L., (1996), *More powerful tests from confidence interval p values*, *The American Statistician*
- Deelstra J., Stegeman H., (2007), *Leidraad sport- en bewegingsstimulering*, Zwolle; lectoraat
- Duijf M.J.W., Vermeer A., Wit J.B.F. de, Klugkist I.G., (1999), *En wat vind jij van sport?* Houten: Bohn Stafleu, onderdeel van Springer uitgeverij
- Duvdevany Ilana, (2008), verkregen op 12-05-2011 van: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2008/sals082p.pdf>, Medigraphic
- Fitplein, verkregen op 11-05-2011 http://www.fitplein.nl/items/aangepastporten/doelgroepen/verstandelijke_beperking.php
- Gerritsen-Voorn M., Kool R., van der Meij K. (2007), *Pameijer beweegt als start voor reïntegratie, scriptie van de Hogeschool Rotterdam voor fysiotherapie*, afdeling Paramedisch cluster
- GGZ Drenthe website, verkregen op: 03-05-2011 van: <http://www.ggzdrenthe.nl/index.php?pageID=1768>
- Harinck F., (2006), *Basisprincipes Praktijkonderzoek*,
- Have ten M., Graaf de R., en Monshouwer K., (2010), *Sporten en psychische gezondheid: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*, Amsterdam: Trimbos-instituut
- Ichtus groep , verkregen op 12-04-2011 van: <http://www.ichthusgroep.nl/diensten/specialismen/gedragsproblemen/default.aspx>
- Jaarsma T., (2010), *Betrouwbaarheid van vragenlijsten naar de motivatie om te bewegen bij mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking en een leeftijd ouder dan 45 jaar*, Rotterdam. Erasmus Medisch Centrum, afdeling geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Kwekkeboom M.H, van Weert C.M.C., (2008) *Een ander leven; een onderzoek naar de leefsituatie van op zichzelf wonende mensen met een verstandelijke beperking of chronisch psychiatrische problematiek in Zuidwest-Nederland*
- Medic info, verkregen op 20-05-2011 van: <http://www.medicinfo.nl/%7Bc03e5567-c830-4874-bc8e-fdd249720194%7D?popup=true>
- MEE Drenthe website, verkregen op: 15-05-2011 van: www.MEEDrenthe.nl
- Peeters T. (2009), *Autisme; van begrijpen tot begeleiden*, Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet

- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nummer 51, blz. 390-395.
- Roosendaal J.J., Backx F.J.G. (2009), *Bewegen bij mensen met een verstandelijke handicap*, Houten: Bohn Stafleu, onderdeel van Springer uitgeverij
- Rousseau N, (2005) verkregen op 15-04-2011 van: <http://www.e-gezondheid.be/hart-en-vaatziekten-sprekende-cijfers/2/actueel/321>
- Stanish H.I., Temple V.A., Frey G.C., (2006) *Health-promoting physical activity of adults with mental retardation. Mental Retardation Development Disabilities Research Reviews.*
- Stegeman H., (2007), *Effecten van sport en bewegen op school; Een literatuuronderzoek naar de relatie van fysieke activiteit met de cognitieve, affectieve en sociale ontwikkeling*, 's-Hertogenbosch: Mulier instituut
- Stel, J.C. van der (2004). Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Assen: Van Gorcum.
- Stel, J.C. van der (2005). Pillen, praten, bewegen. Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid. Amsterdam: SWP.
- Struijken Y., (2008), *Onderzoek naar lichamelijke activering bij mensen met een verstandelijke beperking en een bijkomende psychische stoornis*, onderzoek verbonden aan de Fontys hogeschool voor pedagogiek, tilburg
- Tudor-Locke C, Washington TL, Hart TL. (2009) *Expected values for steps/day in special populations.*
- Visser H., (2008), *Vraagverheldering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*, Amsterdam: SWP uitgeverij
- Wikipedia, verkregen op 11-05-2011 van: <http://nl.wikipedia.org/wiki/MET-waarde>
- Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, nr.3, pp. 273-282.