



# Praktijkrichtlijn

# *Runningtherapie*

*Versie 1.1 2019*

*FOTO PLAATSEN DIE OOK OP NIEUWE WEBSITE WORDT GEBRUIKT EN DAN 1 MET MINDER DE UITSTRALING VAN HARDLOPEN EN MEER DE UITSTRALING VAN RUNNINGTHERAPIE, en uniformiteit tussen dit document en de website van BRTN*

# Praktijkrichtlijn

## Runningtherapie

Versie 1.1 2019

*FOTO PLAATSEN DIE OOK OP NIEUWE WEBSITE WORDT GEBRUIKT EN DAN 1 MET MINDER DE UITSTRALING VAN HARDLOPEN EN MEER DE UITSTRALING VAN RUNNINGTHERAPIE en uniformiteit tussen dit document en de website van BRTN*

*ZELFDE FOTO ALS OP DE VOORPAGINA*

*Projectgroep:*

Henk Hiemstra

Stefan Jansen

Lisette van Kesteren

Roland Luykx

Victor Plomp

Marjolijn Poppema

Evert van Veldhuizen

© Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland 2019

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd worden, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt door middel van fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de BRTN.*

# INHOUD

## 1. Inleiding

## 2. Runningtherapie

### 2.1 Inleiding in runningtherapie

### 2.2 Runningtherapie

### 2.3 De runningtherapeut

### 2.4 Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland

### 2.5 Doelgroep runningtherapie

## 3. Runningtherapie traject

### 3.1 Intake, diagnostische fase en doelstellingen

### 3.2 Therapeutische fase

### 3.3 Afrondingsfase

### 3.4 Schematische weergave praktijkrichtlijn Runningtherapie

## Literatuurlijst

## Bijlagen

**Bijlage I** Checklist Praktijk Runningtherapie

**Bijlage II** Intakeformulier

**Bijlage III** Trainingslogboek

**Bijlage IV** Trainingsdagboek

**Bijlage V** Evaluatieformulier

**Bijlage VI** Vragenlijst PAR-Q

**Bijlage VII** Vragenlijst CES-D

**Bijlage VIII** Vragenlijst Vierdimensionale Klachtenlijst

**Bijlage IX** Visueel Analoge Schaal voor Vermoeidheid

# 1. Inleiding

Dit is de Praktijkrichtlijn Runningtherapie versie 1.1 2019, van de Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland (BRTN). De BRTN heeft een missie en visie vastgesteld en daarbij doelen geformuleerd.

## **Visie**

Begeleid bewegen en hardlopen in de vorm van runningtherapie verbetert de mentale gezondheid.

## **Missie**

De BRTN is opgericht om het vak van runningtherapeut te ontwikkelen, de kwaliteit te bewaken en runningtherapie uit te dragen.

## **Doelen**

De BRTN bevordert de deskundigheid van de aangesloten runningtherapeuten door het aanbieden van onder andere scholing, netwerkdagen en een registratieprocedure.

De BRTN streeft naar een landelijke bekendheid van runningtherapie als duurzame (complementaire) behandelmethode.

De richtlijn is een handleiding voor runningtherapeuten en bestaat uit een beschrijving van de verschillende fasen van handelen bij het geven van runningtherapie. De richtlijn is tevens een document voor derden om te verduidelijken wat, volgens de BRTN, runningtherapie inhoudt en voor wie het effectief kan zijn en waarom.

De invulling van runningtherapie door de runningtherapeut is afhankelijk van de setting of soort instelling van waaruit de runningtherapie wordt aangeboden. Het kan zowel vanuit een zelfstandige praktijk gegeven worden als vanuit een multidisciplinaire instelling.

Runningtherapie kan als zelfstandige behandeling of complementaire behandeling, bijvoorbeeld in combinatie met medicatie of psychologische begeleiding, gegeven worden.

Runningtherapie kan in verschillende protocollen en vormen toegepast worden, eventueel in combinatie met ademhalingstherapie, mindfulness en diëtetiek. Er worden door verschillende runningtherapeuten in Nederland diverse programma's toegepast, in combinatie met hardlopen. Deze programma's staan echter buiten de Praktijkrichtlijn Runningtherapie.

De verschillende onderdelen van de Praktijk Richtlijn zijn uitgewerkt in de nu volgende hoofdstukken: een inleiding in runningtherapie, een beschrijving van runningtherapie en de runningtherapeut, de Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland, de doelgroep voor runningtherapie, de intake, diagnostische fase en doelstellingen, de therapeutische fase en de afrondingsfase en verslaglegging. In de laatste paragraaf van hoofdstuk 3, staat een schematische weergave van de praktijkrichtlijn (Figuur 1).

## 2. Runningtherapie

### 2.1 Inleiding in runningtherapie

Uit een onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek in 2013, is gebleken dat één op de tien Nederlanders in 2012 kampte met depressieve gevoelens, van wie de helft zich hiervoor liet behandelen. In 2011 kreeg bijna 6 procent van de Nederlanders een antidepressivum, waarbij opvalt dat vrouwen zich vaker depressief voelen en ook vaker antidepressiva verstrekt krijgen dan mannen. Een depressie, wat een stemmingsstoornis is, is een serieus gezondheidsprobleem en in 2030 zal depressie naar verwachting wereldwijd tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren. In 2010 stond depressie in Nederland op nummer vier van de lijst met ziektelastveroorzakers. In de periode 2007–2009 leed ruim 6 procent van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar aan een stemmingsstoornis, blijkt uit onderzoek van het Trimbos-Instituut (Verweij & Houden-van Herten, 2013).

In 2017 stond er een artikel in het NRC (Remie, 2017), dat in 2016 1,1 miljoen Nederlanders antidepressiva hebben geslikt, waarvan een deel na een paar weken of maanden al het medicijngebruik is gestopt. In dit artikel worden ook bovenstaande gegevens van het CBS en het Trimbos-Instituut genoemd. Volgens hoogleraar klinische psychologie Derksen, die ook aan het woord is in het artikel worden de meeste psychofarmaca door huisartsen voorgeschreven, en is er sprake van overdiagnose. Dit komt omdat huisartsen vaak niet doorvragen als een patiënt zijn sombere gevoelens bespreekt. Tweederde van de depressies gaat na een paar maanden vanzelf weer over, volgens Derksen (Remie, 2017).

De vraag is of de resultaten van de behandeling van psychische klachten met medicatie de populariteit ervan rechtvaardigen. De meest optimistische schattingen geven aan dat een derde van alle mensen die een antidepressivum slikken, daardoor alle klachten kwijtraken, de rest wordt hooguit slechts deels geholpen door de medicatie (Bakker & van Woerkom, 2017). Daarnaast geven antidepressiva vaak vervelende bijwerkingen als gewichtstoename, seksuele problemen, slapeloosheid, duizeligheid en constipatie (<https://www.psychosenet.nl>). Naast medicatie is ook psychotherapie vaak een advies bij psychische klachten en dit heeft in vergelijking met medicatie duidelijke voordelen. Vooral omdat het geen serieuze bijwerkingen heeft en de behaalde resultaten na het stoppen van de behandeling meestal behouden worden, iets wat bij medicatie juist zeer problematische kan zijn. Runningtherapie heeft dezelfde voordelen als psychotherapie. Het weinig invasieve karakter en de minimale bijwerkingen van de interventie zouden om die reden een goede keuze kunnen zijn in behandeling van psychische klachten (Bakker & van Woerkom, 2017).

Veel mensen hebben wel de persoonlijke ervaring dat lichaamsbeweging maakt dat ze zich beter gaan voelen. Echter, de meesten hebben geen idee waarom dit zo is. Een aanname is dat dit komt omdat stress verminderd wordt, net als spierspanning en dat er endorfine in het lichaam wordt aangemaakt. De werkelijke reden dat mensen zich beter gaan voelen is dat door lichaamsbeweging de hersenen op hun best presteren. Het brein reageert op lichaamsbeweging in feite hetzelfde als een spier: door gebruik neemt het in omvang toe en door inactiviteit verschrompelt het. Beweging zorgt voor een verhoging van serotonine-, noradrenaline, en dopaminegehalten, en deze belangrijke neurotransmitters spelen een rol bij gedachten en emoties. Beweging legt het fundament voor leren in de hersenen, heeft invloed op stemmingen, angst en concentratie, het beschermt tegen stress en kunnen bepaalde effecten van het verouderen in de hersenen ongedaan maken, en het kan de effecten van hormonale veranderingen bij vrouwen voorkomen (Ratey & Hagerman, 2009).

In de afgelopen tien jaar is er in toenemende mate onderzoek gedaan naar het effect van bewegen op psychische klachten.

Uit de NEMESIS-studie van het Trimbos-instituut in 2009, is gebleken dat mensen die sporten minder vaak psychische stoornissen hebben dan mensen die niet sporten. Dit geldt voor stemmingsstoornissen, zoals depressie, dysthymie, en bipolaire stoornissen, angststoornis, als paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, en daarnaast voor middelenstoornis (alcoholafhankelijkheid). De verschillen zijn niet toe te schrijven aan verschillen in de verdeling tussen sporters en niet-sporters, wat betreft het hebben van een chronische lichamelijke aandoening, geslacht en leeftijd. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen die sporten een 1,5 keer zo kleine kans hebben op enige vorm van een psychische stoornis in vergelijking met mensen die geen sport beoefenen. Er kwam ook naar voren dat mensen die sporten en een psychische stoornis hadden in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek, na drie jaar, 1,5 keer zo vaak hersteld zijn van hun ziekte dan mensen die niet sporten en ook een psychische stoornis hadden. De herstelkans ligt bij sporters zelfs nog iets hoger als er sprake is van een angststoornis, en in het bijzonder een specifieke fobie. Het is niet zo dat hoe meer mensen sporten, des te beter dat is voor hun psychische gezondheid. Dit kan een motiverende preventieboodschap zijn, aangezien mensen die niet sporten over het algemeen moeilijk aan te sporen zijn om deze activiteit op te pakken (Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2009).

Lok, Lok, & Canbaz hebben in 2017 een artikel gepubliceerd van hun onderzoek naar het effect van fysieke activiteit op symptomen van depressie en kwaliteit van leven bij ouderen die in een verzorgingstehuis wonen. Het onderzoek betrof een randomised controlled trial (RCT) waarbij 80 bewoners betrokken zijn, met een leeftijd van 65 jaar of ouder, van wie 40 in de interventie groep zaten en 40 in de controle groep. De uitkomstmaten hadden betrekking op socio-demografische data, symptomen van depressie, gemeten middels de Beck Depression Scale (BDI)), kwaliteit van leven, gemeten door middel van de SF 36 Quality of Life Questionnaire. Deze metingen werden voorafgaand aan de start van de interventie gedaan, en na een 10 weken durend Fysiek Activiteiten Programma, bestaan uit 10 minuten warming up oefeningen, 20 minuten ritmische oefeningen, 10 minuten cooling down oefeningen en 30 minuten wandelen op vier dagen van de week. In vergelijking met de controle groep, laat de interventie groep een significante afname zien in de score van de BDI, na het beweegprogramma. Daarnaast verbeterde 8 subschalen en twee subdimensies van de SF 36 Quality of Life Questionnaire, significant, in de interventie groep. De conclusie van het onderzoek is dat een gestructureerd fysiek activiteiten programma een positief effect heeft op symptomen van depressie en kwaliteit van leven bij ouderen.

Vergelijkbare resultaten zijn terugvinden in een onderzoek van Ólafsdóttir, Kristjánsdóttir & Saavedra uit 2017, waarbij gekeken werd naar de effecten van een oefenprogramma op een groep mensen met een depressie en angst, in vergelijking met de effecten van cognitieve therapie. De deelnemers aan het onderzoek waren 15 mensen met een depressie en/of angstklachten, die een beweegprogramma volgden. De klachten werden middels gevalideerde vragenlijsten onderzocht. Uitkomst van het onderzoek was dat een beweegprogramma voor mensen met een depressie en/of angststoornis tot goede resultaten leidt voor wat betreft hun klachten, in vergelijking met cognitieve therapie.

In een ander onderzoek naar de prevalentie van en ziektelast door depressie en angststoornissen bij jonge mensen (15 tot 25 jaar) was het doel om de effectiviteit te onderzoeken van vroege, laag-intensieve, interventies, zoals 'problem solving treatment' (PST) en het stimuleren van fysieke activiteit. Het betrof een groep jonge mensen met een milde tot matige depressie en/of angststoornis. Er werd een randomised controlled trial uitgevoerd, waarbij onderdelen van PST en counselling met elkaar vergeleken werden en gedragsverandering middels fysieke activiteit en psycho-educatie gericht op leefstijl met elkaar vergeleken werden. De uitkomstmaten voor en na de interventies waren de Beck Depression Inventory-II (BDI-II) voor depressie, de Beck Anxiety Inventory voor angststoornissen, en de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). De resultaten van het onderzoek laten zien dat depressieve klachten significant afnemen in de fysieke activiteit-groep ten opzichte van psycho-educatie, maar dat na de interventie de angstsymptomen niet zijn veranderd. PST was niet superieur ten opzichte van counselling, en

datzelfde gold voor de interactie tussen de interventies. Er is meer onderzoek nodig om het effect van fysieke activiteit als een complementaire interventie te bepalen (Parker, Hetrick, Jorm, Mackinnon, Yung, McGorry, Scanlan, Stephens, Baird, Moller & Purcell, 2011). Behalve onderzoek bij lichte tot matige depressie is er ook onderzoek gedaan naar het effect van bewegen als (aanvullende) behandeling voor mensen met een ernstige depressie. Het doel van de studie van Schuch, Vasconcelos-Moreno, Borowsky, Zimmermann, Rocha & Fleck (2015) was het effect te evalueren van beweging als complementaire behandeling bij mensen met een ernstige depressie, die in een zorginstelling verbleven. De 50 deelnemers aan het onderzoek werden at random toegewezen aan een groep die ging bewegen naast de gebruikelijke therapie of aan de controle groep. De deelnemers, die naast medicatie ook bewegen als interventie kregen, volgden drie bewegingssessies per week met een intensiteit van 16,5 kcal/kg/week, gedurende hun gehele opname-duur. Depressie symptomen en kwaliteit van leven werden bij de start, na de tweede week en aan het eind van de opname (bij ontslag uit de instelling) gemeten. Het resultaat van het onderzoek laat zien dat er een significante effect zichtbaar is bij depressieve symptomen en fysieke en psychische domeinen van kwaliteit van leven. De verschillen tussen de interventie en controle groep zijn zichtbaar na de tweede week en aan het eind van de opname-periode. Er is geen verschil meetbaar in remissie tussen de twee groepen en er kunnen ook geen eigenschappen benoemd worden die remissie zouden kunnen verklaren. Eindconclusie van het onderzoek is dat bewegen als aanvullende interventie een effectieve behandeling is voor mensen met een ernstige depressie, die zijn opgenomen in een zorginstelling. Het vermindert de depressie symptomen en verbetert kwaliteit van leven. Het accepteren van bewegen als onderdeel van de behandeling blijft wel een uitdaging.

Uit onderzoek van Balchin, Linde, Blackhurst, Rauch & Schönbächler (2016), bleek dat een gemiddeld en hoog-intensief oefenprogramma een positief effect had op de beleving van angst- en paniekverschijnselen.

De Vries (2017) heeft voor haar proefschrift onderzoek gedaan naar bewegen als interventie bij het verminderen van burnout. Uit haar onderzoek bleek dat bewegen studie-gerelateerde vermoeidheid bij universitaire studenten vermindert, dat bewegen werk-gerelateerd vermoeidheid bij werknemers vermindert, dat bewegen de slaapkwaliteit verbetert, net als cognitief functioneren en het vermogen tot werken, dat een positieve effecten van bewegen bleven bestaan tot 12 weken follow-up, en dat kleine verbeteringen zichtbaar zijn als mensen na follow-up blijven bewegen.

Uit onderzoek van De la Cerda, Cervelló, Cocca & Viciano (2011), is gebleken dat bij matige depressie bewegen in combinatie met psychofarmaca een positief effect heeft op het verminderen van symptomen van depressie.

In een artikel van Stammes & Spijker (2009), gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie, wordt ook gesproken over runningtherapie. Het doel van hun studie was een overzicht geven van de literatuur die sinds 2001 over het effect van intensieve fysieke training op depressie en de wijze van toepassen ervan, is verschenen. Uit de 51 geselecteerde studies is gebleken dat fysieke training effectief is bij de behandeling van depressies (met matige bewijskracht) en dat de kans op somatische aandoeningen door bewegen sterk vermindert (met sterke bewijskracht). Een van hun conclusies is dat als overwogen wordt fysieke training in te zetten, het gewenst is dat de patiënt op deskundige en betrokken wijze wordt begeleid. Hierbij moeten ook enige risico's in acht worden genomen, maar kan over het geheel genomen geconcludeerd worden dat fysieke training een zinvol onderdeel is van 'stepped care' bij lichte tot matig ernstige depressies.

In dit licht kan de keuze voor de interventie runningtherapie bij psychische klachten worden geplaatst.



## 2.2 Runningtherapie

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop onder begeleiding van een runningtherapeut, als interventie of aanvullende behandelvorm voor mensen met psychische klachten, met als doel het verbeteren van de psychische gezondheid (Bakker & van Woerkom, 2017).

Runningtherapie kan ingezet worden vanuit het principe van 'self efficacy' oftewel zelfeffectiviteit. Met dit principe wordt het vertrouwen bedoeld, waarmee iemand bepaald gedrag uitvoert. Het gaat hierbij om het aanleren van zelfmanagementvaardigheden. Door succeservaringen binnen de runningtherapie sessies, kunnen mensen zich minder hulpeloos gaan voelen, en wordt zowel de zelfeffectiviteit als het zelfvertrouwen van een persoon vergroot (Bakker & van Woerkom, 2017).

Runningtherapie past heel goed in een 'stepped care' aanpak bij psychische klachten. Hierbij wordt de minst ingrijpende behandelwijze, ofwel meest laagdrempelige en minst 'zware' behandelwijze, het eerst ingezet, alvorens over te stappen naar meer invasieve behandelmethoden, zoals medicamenteuze therapie of psychotherapie. Runningtherapie kan eveneens ingezet worden als complementaire behandeling, dus als aanvulling op andere interventies (Bakker & van Woerkom, 2017), (Spijker, Bockting, Meeuwissen, van Vliet, Emmelkamp, Hermens, & van Balkom, 2013), (Kruijsdijk, Hendriksen, Tak, Beekman, Hopman-Rock, 2012).

Op het eerste gezicht kan runningtherapie lijken op een reguliere hardlooptraining. Echter, runningtherapie ondersteunt mensen in een fase tussen niet sporten en/of niet bewegen, naar een leefstijl met voldoende bewegen en eventueel deelname aan reguliere sport en/of beweegactiviteiten. Het plezier, de ontspannende effecten en de beleving staan voorop, niet de prestaties en de gelopen kilometers. Het gaat hier om therapeutisch inzetten van (hard)lopen (Bakker & van Woerkom, 2017).

Lichaamsbeweging heeft vele positieve effecten op lichaam en geest, zoals verbetering van de lichamelijke conditie door verlaging van bloeddruk, verbetering van hart- en longfunctie en ook afname van het lichaamsgewicht. Het geeft daarnaast een verbeterd zelfbeeld en een reductie van gevoelens van somberheid, angst en gebrek aan vertrouwen in het lichaam (McGale, McArdle, & Gaffney, 2011).

Mensen met psychische klachten kunnen zich door aanwezigheid van lusteloosheid en vermoeidheid, vaak moeilijk motiveren om zelf in beweging te komen. Ze hebben vaak lage verwachtingen over het eigen presteren en ervaren gevoelens van hulpeloosheid. De runningtherapeut kan door aanmoediging en opbouwende begeleiding de nodige motivatie oproepen bij de cliënt. Hardlopen kan ervoor zorgen dat het energieniveau verbetert, het gevoel van hulpeloosheid afneemt en eigen waardering en vertrouwen toenemen. Hierdoor kan het negatieve zelfbeeld afnemen, en komt er ruimte voor nieuwe activiteiten, een verbetering van de interpretatie van lichamelijke sensaties en wellicht een prettiger en ontspannen omgaan met de omgeving (McGale et al., 2011).

Er zijn verschillende hypothesen geschreven over het effect van fysiek trainen zoals 'het rustige hardlopen' bij runningtherapie. Het is aannemelijk dat een combinatie van factoren waaronder neurobiologische en psychologische invloeden het uiteindelijke effect bepalen. Tijdens fysieke training, zoals runningtherapie, wordt bewust of onbewust gebruikgemaakt van cognitief- en gedragstherapeutische elementen, zoals het stellen van een doel, het gevoel een prestatie te hebben geleverd, een verhoogde lichaams- en zelfbewustwording, zelfwaardering en het hebben van een positieve ervaring na eerdere negatieve ervaringen. Er spelen waarschijnlijk net als bij andere behandelingen ook algemene therapeutische factoren een grote rol, zoals enthousiasme en empathische kwaliteiten van de trainer of runningtherapeut. Hierover zijn echter



geen studies bekend. Ook het groepseffect kan het behandel­effect verder onvoldoende ver­kla­ren. Fysiek trainen bevordert wel sociale contacten en het geeft daarnaast afleiding (Stammes & Spijker, 2009).

Redenen genoeg om runningtherapie in te zetten als fysieke training bij psychische klachten.

## 2.3 De runningtherapeut

Ook uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat de fysieke training, in dit geval runningtherapie, wordt begeleid door een betrokken en deskundige professional (Stammes & Spijker, 2009), vandaar ook dat er in Nederland en België opleidingen zijn tot runningtherapeut. Er zijn inmiddels drie door de BRTN erkende opleidingen tot runningtherapeut: Runningtherapie (<https://www.runningtherapie.nl/>), Sonnevelt Opleidingen (<https://www.sonneveltopleidingen.nl/>) of de IALA vzw in België (<https://runningtherapie.be>). Voorwaarde voor het volgen van de opleiding is een afgeronde HBO vooropleiding. Hierbij kan gedacht worden aan een paramedisch beroep (fysiotherapie, ergotherapie, Cesar of Mensendieck oefentherapie, verpleegkunde, sociale of psychologische begeleiding, maatschappelijk werk, sportacademie of (lifestyle) coaching.

Afhankelijk van de vooropleiding van de runningtherapeut, zijn er runningtherapeuten die vanwege hun beroep BIG-geregistreerd zijn. Dit zijn runningtherapeuten die kunnen werken met een (paramedische) indicatiecode voor runningtherapie.

De runningtherapie heeft voor alle runningtherapeuten die deze interventie toepassen, vergelijkbare inhoudelijke componenten. Afhankelijk van de vooropleiding van de therapeut en de therapeutische setting waarin de runningtherapie wordt aangeboden kunnen er verschillen zijn in de begeleiding, de inhoud van de begeleiding en de bekostiging daarvan.

## 2.4 Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland

Een runningtherapeut kan lid worden van de Beroepsvereniging Runningtherapie Nederland. Een runningtherapeut aangesloten bij de BRTN is een persoon met een afgeronde HBO-opleiding in een paramedisch beroep (fysiotherapie, ergotherapie, Cesar of Mensendieck oefentherapie, verpleegkunde, sociale of psychologische begeleiding, maatschappelijk werk, sportacademie of (lifestyle) coaching. Daarnaast heeft deze persoon een opleiding tot runningtherapeut gevolgd bij één van de, door de BRTN erkende, opleidingen en met voldoende resultaat afgerond.

Het lidmaatschap van de BRTN geeft onder andere de mogelijkheid tot het plaatsen van een persoonlijk profiel op de website van de beroepsvereniging (<https://runningtherapie-nederland.nl>) en deelname aan de tweejaarlijkse netwerkbijeenkomsten van de beroepsvereniging.

De BRTN heeft als één van haar centrale doelstellingen, het waarborgen van de kwaliteit van runningtherapie. Uitgangspunt is dat het certificaat van de opleiding runningtherapie, slechts de basis en het begin is van een door de BRTN erkende runningtherapeut en runningtherapie-praktijk. De BRTN heeft in een protocol vastgelegd op welke onderdelen zij een runningtherapeut en runningtherapie-praktijk toetst. Het betreft ree aantal onderdelen, zijnde: 1) de praktijk opereert vanuit een missie en visie; 2) de runningtherapeut en de praktijk zijn in het bezit van een certificaat cursus runningtherapie, bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering, reanimatie/AED-diploma, ondertekening gedragscode BRTN, klachtenregeling, calamiteitenplan, voortgaande scholing; 3) de kwaliteit is ook gewaarborgd door een transparante administratie, een client-

volgsysteem, geboekstaafde resultaten en evaluaties per client; 4) de runningtherapeut beschikt aantoonbaar over competenties op het gebied van psychotherapie, farmacotherapie, inspanningsfysiologie, therapeutische gespreksvoering, trainingsleer, blessurepreventie, ademhaling. Via de registratiecommissie van de beroepsvereniging kan de runningtherapeut de registratieprocedure starten.

Deze mogelijkheid tot registratie, maakt dat er een onderscheid is tussen leden van de BRTN die gecertificeerde en geregistreerde zijn. Gecertificeerde runningtherapeuten hebben middels een opleiding tot runningtherapeut, het certificaat runningtherapeut behaald. Geregistreerde runningtherapeuten hebben de registratieprocedure met goed gevolg doorlopen.

## 2.5 Doelgroep runningtherapie

Runningtherapie kan ingezet worden bij de behandeling van mensen met uiteenlopende psychische klachten, zoals stress, angst, somberheid en depressieve gevoelens (Bakker & van Woerkom, 2017). Het kan complementair bij medicatie en/of cognitieve gedragstherapie worden gegeven, maar ook als primaire interventie.

Uit het onderzoek van Spijker et al (2013), blijkt dat de inzet van runningtherapie een positieve invloed kan hebben op:

- Stemmingsstoornissen (lichte tot milde depressie, dysthymie)
- Angststoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen

Daarnaast kan runningtherapie een positief ondersteunend effect hebben op:

- Aspecifieke lichamelijke klachten
- Somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten(SOLK)
- Stress
- Vermoeidheid
- Slaapproblemen
- Agressie
- Impulsiviteit
- Middelenmisbruik
- Hyperactiviteit
- Seksuele problemen

(Spijker et al, 2013) (Bakker & van Woerkom, 2017)

## 3. Runningtherapie traject

### 3.1 Intake, diagnostische fase en doelstellingen

#### *Intake runningtherapie*

Runningtherapie start met een aanmelding van de cliënt zelf, via de werkgever, een verwijzing van de huisarts, de psycholoog, praktijkondersteuner huisarts-ggz (POH-ggz), of maatschappelijk werker (Figuur 1).

Na de aanmelding wordt een intakegesprek gepland met de runningtherapeut. Tijdens de intake wordt door de runningtherapeut gevraagd naar de hulpvraag, en deze wordt concreet gemaakt en uitgediept. Middels een kennismakingsgesprek, het invullen van vragenlijsten en eventueel een conditie- en/of ademhalingstest wordt duidelijk hoe de fysieke en mentale situatie is aan het begin van het traject.

Daarnaast maakt de runningtherapeut een inschatting van de eventueel aanwezige 'rode vlaggen' en 'gele vlaggen' (Figuur 1). Rode vlaggen zijn lichamelijke symptomen die wijzen op mogelijk ernstige onderliggende pathologie, waarvoor de client wordt geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts. Hierbij valt te denken aan algemene malaise, ongewild gewichtsverlies, koorts, nachtzweeten, 'non mechanic' pain (pijn die niet beïnvloedbaar is door houding en beweging), een recent trauma, ontsteking, en neurologische verschijnselen. Gele vlaggen zijn aanwijzingen of symptomen voor psychosociale en gedragsmatige risicofactoren voor het onderhouden en/of verergeren van gezondheidsproblemen (<https://www.kngf.nl/kennisplatform>).

Daarnaast geeft de runningtherapeut uitleg over de inhoud en invulling van de runningtherapie: betreft het een individueel traject of groepsessies, wat is de duur van het traject, om hoeveel (begeleide) sessies gaat het, wat is de startdatum, wat zijn de kosten (vergoeding), op welke manier en wanneer wordt er geëvalueerd, op welke manier kan de cliënt contact opnemen met de runningtherapeut, wat is de locatie van de sessies, welke kleding en schoenen zijn nodig.

In het kader van de privacywet, die in mei 2018 van kracht is gegaan, wordt een cliënt duidelijk geïnformeerd over het privacy beleid en de verwerking van de persoonsgegevens.

Voor de intake kan gebruik worden gemaakt van de *Checklist Praktijk Runningtherapie* (bijlage I) en het *Intakeformulier* (bijlage II).

#### *Diagnostische fase*

Tijdens het intakegesprek worden ook vragenlijsten afgenomen om de beginsituatie, van zowel de fysieke als de mentale gesteldheid van de client, in kaart te brengen. Deze vragenlijsten worden ook als evaluatie-instrument gebruikt, voor de tussentijdse en de eindevaluatie.

Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de vragenlijsten: PAR-Q (bijlage VI), CES-D (bijlage VII), Vierdimensionale Klachtenlijst (4-DKL) (bijlage VIII) en Visueel Analoge Schaal voor Vermoeidheid (VAS-vermoeidheid) (bijlage IX).

Daarnaast kan er nog een conditie- en/of ademhalingstest worden gedaan. Het vaststellen van de fysieke getraindheid van de cliënt is een keuze, die de runningtherapeut kan maken. Binnen een runningtherapiegroep dient per definitie onderscheid te worden gemaakt tussen deelnemers op grond van hun fysieke mogelijkheden, vandaar dat deze variabele voor de inhoud van

de runningtherapie sessies niet zo belangrijk is (Bakker & van Woerkom, 2017). Als het goed is dan is uit het gesprek met de cliënt duidelijk naar voren gekomen hoe het gesteld is met de gezondheid en de fysieke conditie en is dat leidend voor de fysieke invulling van de runningtherapie sessies.

Om de conditie van een cliënt in maat en getal te bepalen is de maximale zuurstofopnamevermogenstest (VO<sub>2</sub>Max) de meest gebruikte methode binnen de sport. De VO<sub>2</sub>Max is de maximale hoeveelheid zuurstof die per kilo lichaamsgewicht kan worden opgenomen. Hoe hoger het getal, hoe beter de zuurstofvoorziening van de spieren, en hoe beter de zuurstofvoorziening, hoe lager het energieverbruik is, en hoe hoger de efficiëntie (Bakker & van Woerkom, 2017).

Bij psychische klachten speelt stress, vrijwel altijd een belangrijke rol. Een manier om hier getalsmatig een inschatting van te kunnen maken, is het bepalen van de heart variability ofwel hartslagvariabiliteit (HRV) (Bakker & van Woerkom, 2017). Hartslagvariabiliteit wordt ook wel hartslagcoherentie genoemd. De hartslagcoherentie is de variatie in tijd tussen twee opeenvolgende hartslagen. Het is noodzakelijk dat de het hart niet regelmatig klopt en dat de tijd tussen twee hartslagen varieert, het hart is namelijk voortdurend aan het versnellen en vertragen in reactie op allerlei prikkels. De regelmaat van de hartslag is een indicatie voor de spanning in het lichaam, wat betekent dat als het hart heel regelmatig, dus met weinig variatie tussen twee opeenvolgende hartslagen, klopt, dat zeer ongezond is. Het lichaam zal dan namelijk niet meer tijdig bijsturen als de bloeddruk iets omhoog gaat of de ademhaling versnelt. Mensen met stress, depressie, kanker of een naderend levenseinde hebben zonder uitzondering een lage hartslagcoherentie. Ademhalingsoefeningen kun de hartslagcoherentie verbeteren. (Bakker & de Jong, 2014). Dit zou een goede reden kunnen zijn om runningtherapie aan te vullen met ademhalingsoefeningen.

Voor het bepalen van de VO<sub>2</sub>Max en de hartslagcoherentie bestaat betrouwbare apparatuur, die steeds vaker wordt toegepast door professionals in een zorgsetting. Hierbij valt te denken aan gezondheidscentra en sportscholen (Bakker & de Jong, 2014) (Bakker & van Woerkom, 2017).

Om de ademhaling van een cliënt te kunnen beoordelen kan de ademfrequentie worden bepaald. De ademfrequentie wordt bepaald door het aantal ademhalingen in zestig seconden te tellen. Eén ademhaling begint bij het begin van de inademing en eindigt wanneer volledig uitgeademd is. In rust is een ademfrequentie van zes keer per minuut voldoende. Als de intensiteit van activiteiten toeneemt, neemt ook de ademfrequentie toe. Een (continu) versnelde ademhaling in rust, bijvoorbeeld tenminste tien en soms zelfs meer dan twintig keer per minuut, is een gevolg van te veel en niet functionele gedachten of overmatige hersenactiviteit. Isa er langdurig sprake van een snelle ademhaling, dan leidt dit tot fysieke klachten als pijn in de schouders of nek, gejaagdheid, vaak zuchten of gapen, snel vermoeid, en hartkloppingen. Bij een goede ademhaling is sprake van een buikademhaling, waarbij de buik opbult als wordt ingeademd en de buik inzakt als wordt uitgeademd (Bakker & de Jong, 2014). Ook dit pleit ervoor om runningtherapie aan te vullen met ademhalingsoefeningen als het ademhalingspatroon niet goed is.

## **Doelstellingen**

Als de cliënt vervolgens besluit van start te gaan met runningtherapie dan wordt samen met de runningtherapeut een (behandel)plan opgesteld om gewenste doelen te kunnen bereiken. Het geheel wordt SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) beschreven.

De doelen van de runningtherapie kunnen uiteenlopend zijn. Voorop staat dat de cliënt zich mentaal beter gaat voelen en het brein tot rust komt. De rust in het hoofd en ontspanning in het lijf creëren een situatie waarin een duidelijker beeld van keuzepatronen kan ontstaan.

Patroonherkenning kan helpen bij een gewenste gedragsverandering (Van Burken, de Boer & Browne, 2017).

Runningtherapie zorgt voor een verbetering van de mentale fitheid, een afname van overprikkeld voelen en het verbeteren van zelfredzaamheid en de implementatie daarvan in het leef- en keuzepatroon van de cliënt.

Daarnaast zullen factoren als verbetering van het lichamelijk uithoudingsvermogen en verbetering van kracht en coördinatie bijdragen tot een positiever zelfbeeld. Het in beweging komen kan de client ondersteunen bij het doorbreken van inactiviteit en een opbouw naar een actiever leefpatroon, mogelijk zelfs op termijn naar het hervatten van (eigen) sport- en of beweegactiviteiten.

Zelfmanagement is een sleutelwoord in het veranderen van gedrag ten opzichte van bewegen. Het heeft een multidimensionaal karakter en geeft aan wat een cliënt doet om zijn leven met een of meer gezondheidsproblemen en zijn behandeling in goede banen te leiden. De cliënt neemt middels zelfmanagement een eigen verantwoordelijkheid en dat heeft een positief effect op het zelfvertrouwen (eigen effectiviteit) en een gunstig effect op de gezondheidstoestand en kwaliteit van leven (Van der Burgt & Verhulst, 2009).

Het streven van een runningtherapie traject is opbouwen naar het kunnen uitvoeren van een rustige duurloop van minimaal 30 minuten.

### 3.2 Therapeutische fase

De therapeutische fase is de periode van de begeleiding met (hard)loopsessies.

De (hard)loopsessie kunnen plaatsvinden in een groep van 2 tot 10 (of meer) personen, maar er kan ook sprake zijn van één-op-één begeleiding. De wijze waarop de runningtherapie wordt aangeboden is afhankelijk van de praktijk waar de runningtherapie plaatsvindt en mogelijk ook door de persoonlijke voorkeur van de cliënt.

Het runningtherapie traject omvat meerdere (hard)loopsessies, van bijvoorbeeld één tot twee keer per week, gedurende zes, acht, twaalf of 24 weken. Afhankelijke van vooraf gemaakte afspraken en doelstellingen kan een traject korter of langer zijn. De cliënt wordt gestimuleerd om naast begeleide (hard)loopsessies, ook zelfstandig te gaan trainen. Dit is wel afhankelijk van de belastbaarheid en doelen van de cliënt en inhoud van de begeleide (hard)loopsessies.

De voortgang van de runningtherapie wordt bijgehouden in een *trainingslogboek* (bijlage III). Via monitoring en dit cliëntvolgsysteem kunnen de (hard)loopsessies worden afgestemd op de vorderingen en het niveau van de cliënt. Op deze manier is de runningtherapie een interventie-op-maat voor desbetreffende cliënt en wordt overbelasting, en zo ook blessureleed, voorkómen. Daarnaast wordt de runningtherapie tussentijds geëvalueerd en wordt dan besproken hoe het gaat, hoe de ervaringen zijn en of de doelen worden bereikt of bijgesteld moeten worden en of aanpassing van de runningtherapie sessies gewenst is. De cliënt kan zelf de trainingen bijhouden in een *trainingsdagboek* (bijlage IV).

Tijdens de (hard)loopsessie wordt ook aandacht besteed aan de ademhaling, ontspanning, lichaamsbewustwording, (hard)looptechniek en (hard)loopeconomie. Het bewegen en plezier beleven aan bewegen staan echter voorop, niet het praten erover.

Een (hard)loopsessie start altijd met een warming-up om het lichaam, hart, longen en het bewegingsapparaat (spieren, pezen en gewrichten), maar ook de geest voor te bereiden op de lichamelijke inspanning. Na de warming-up wordt gestart met (hard)lopen, waarbij het accent kan liggen op een duurloop, een intervaltraining, een training met een specifiek doel, bijvoorbeeld aandacht voor ademhaling, lichaamsbewustwording, looptechniek. Inhoudelijk kunnen de (hard)loopsessies omlijst worden met oefeningen gericht op coördinatie, stabiliteit, mobiliteit, kracht en snelheid. Om mentaal af te leiden en/of te ontspannen kunnen ook spelletjes of concentratieoefeningen aangeboden worden. Dat alles afhankelijk van de creativiteit van de runningtherapeut, de belastbaarheid van de cliënt en het verloop en het doel van de runningtherapie sessies. De sessie wordt afgesloten met een cooling down, waarin oefeningen worden gedaan die weer rust en ontspanning brengen in het lichaam (en de geest).

Indien het doel van de runningtherapie is dat de cliënt ook zelfstandig gaat (hard)lopen, dan wordt aan het eind van elke sessie besproken, wat de cliënt mag doen in zijn eigen (hard)loop sessie. De runningtherapeut en cliënt kunnen ook afspraken maken over het hebben van contact tussen de sessies in; dit kan via email, What's App, of telefonisch.

### **3.3 Afrondingsfase**

Aan het eind van het runningtherapie traject is er een evaluatie met de cliënt over de inhoud van het traject en het bereikte resultaat. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een evaluatieformulier (bijlage V). Daarnaast kunnen de vragenlijsten die tijdens de intake, en eventueel tussentijds, zijn afgenomen, nogmaals worden ingevuld.

In het eindgesprek met de cliënt kan worden besproken hoe het geleerde gedrag en de ervaringen van de runningtherapie geïntegreerd kunnen blijven worden in het dagelijks leven. Om de effecten van de runningtherapie te behouden is het van belang dat het aangeleerde bewegen en veranderde gedrag behouden blijven. Dit kan ook worden gewaarborgd door de cliënt te adviseren en informeren over mogelijkheden om te blijven bewegen, bijvoorbeeld bij een sportvereniging, atletiekvereniging of loopgroep. Samen sporten en/of (hard)lopen is gezellig en motiverend en kan de nieuw verworven vaardigheden op een positieve manier ondersteunen. Via het netwerk van de runningtherapeut of de gemeente kan informatie verkregen worden over het beweegaanbod in de gemeente of regio.

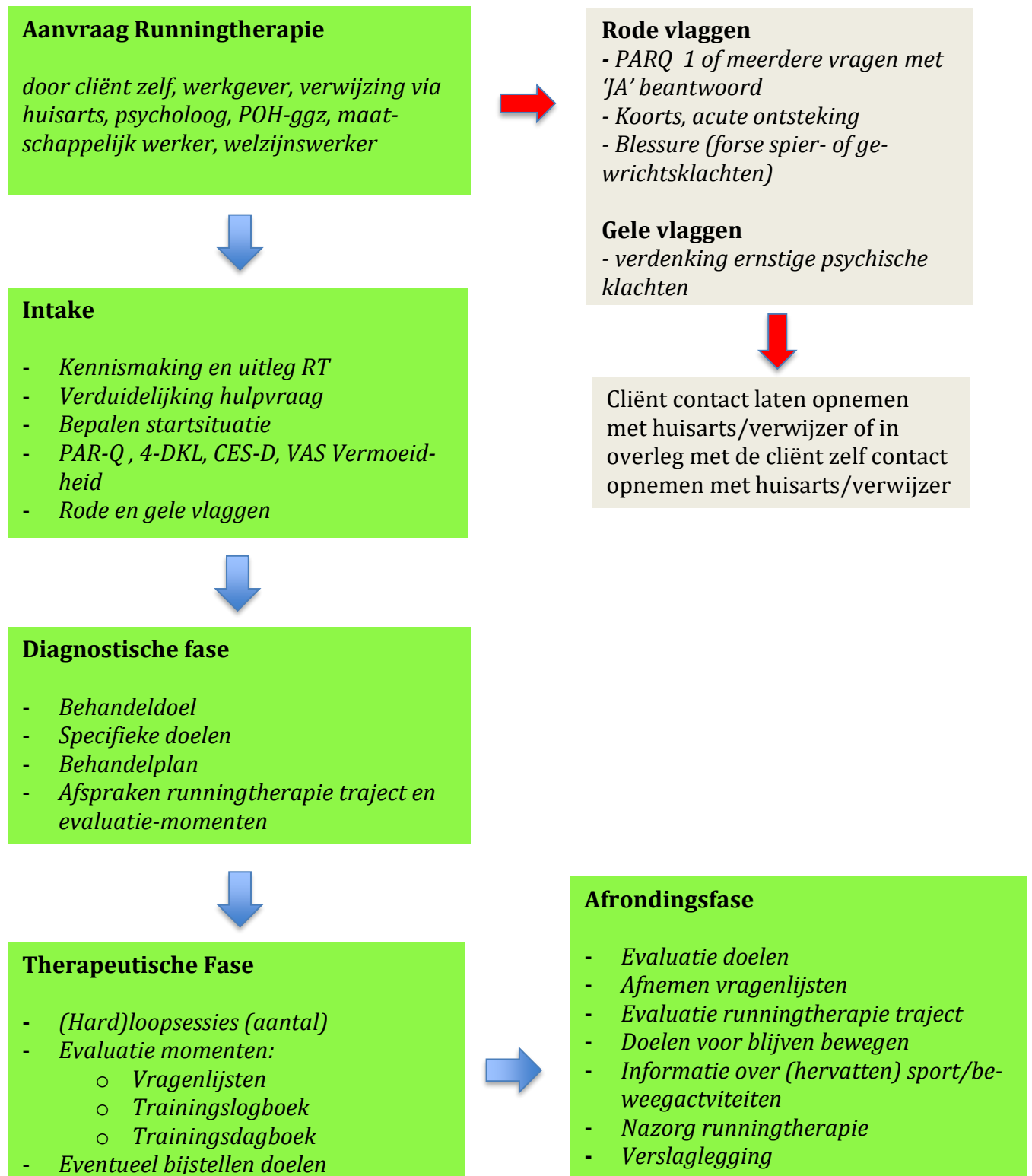
De runningtherapeut en cliënt kunnen ook afspraken maken over een vervolg- en/of nazorgtraject. Dit is afhankelijk van de werkwijze van de praktijk en de behoefte van de cliënt. Hierbij kan gedacht worden aan deelname aan een loopgroep van de praktijk zelf, of nog (hard)loop sessies met een meer gespreid karakter, dus bijvoorbeeld elke drie weken of maandelijkse sessies.

### ***Verslaglegging***

Bij de afsluiting van een begeleidingstraject kan de runningtherapeut een rapportage maken over de resultaten en effecten van het runningtherapie traject. Deze kan door de cliënt gebruikt worden ter evaluatie of om te delen met andere zorgverleners ter ondersteuning van een behandeltraject.

### 3.4 Schema praktijkrichtlijn Runningtherapie

In deze laatste paragraaf van de praktijkrichtlijn Runningtherapie staat een doorstroomschema van het te doorlopen runningtherapie traject.



**Figuur 1.** Doorstroomschema runningtherapie traject



## Literatuurlijst

Bakker, B. & De Jong, K. (2014). *Verademing*. Amsterdam: Uitgeverij Lucht.

Bakker, B., & Van Woerkom, S. (2017). *Runningtherapie*. Amsterdam: Rainbow.

Balchin, R., Linde, J., Blackhurst, D., Rauch, H.L., & Schönbacher, G. (2016). Sweating away depression? The impact of intensive exercise on depression. *Journal of Affective Disorders*, 200, 218–221. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.030>.

De la Cerda, P., Cervelló, E., Cocca, A., & Viciano, J. (2011). Effect of an aerobic training program as complementary therapy in patients with moderate depression. *Perceptual and Motor Skills* 112(3), 761–769. <https://doi/10.2466/02.15.PMS.112.3.761-769>.

De Vries, J.D. (2017). *Exercise as intervention to reduce burnout*. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.

Kruisdijk, F.R., Hendriksen, I.J.M., Tak, E.C.P.M., Beekman, A.T.F., & Hopman-Rock, M. (2012). Effect of running therapy on depression (EFFORT-D). Design of a randomised controlled trial in adult patients [ISRCTN 1894]. *BMC Public Health*, 12(1), 50. Geraadpleegd op <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22260713>.

Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 92–98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>.

McGale, N., McArdle, S., & Gaffney, P. (2011). Exploring the effectiveness of an integrated exercise/CBT intervention for young men's mental health. *British Journal of Health Psychology*, 16(3), 457–471.

Ólafsdóttir, K.B., Kristjánisdóttir, H., & Saavedra, J.M. (2017). Effects of exercise on depression and anxiety. A comparison to transdiagnostic cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 54 (6), 855–859. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-017-0213-9>.

Parker, A.G., Hetrick, S.E., Jorm, A.F., Mackinnon, A., McGorry, P.D., Yung, A.R., Scanlan, F., Stephens, J., Baird, S., Moller, B. & Purcell, R. (2011). The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: A factorial randomised controlled trial. *Trials*, 12 (1), 76. Geraadpleegd op <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/76>.

Ratey, J. & Hagerman, E. (2009). *FIT! Bewegen voor een beter brein*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Remie, M. (2017, 13 april). NRC checkt: 'Ruim een miljoen Nederlanders slikken antidepressiva'. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd op <https://www.nrc.nl/>.

Schuch, F.B., Vasconcelos-Moreno, M.P., Borowsky, C., Zimmermann, A.B., Rocha, N.S., & Fleck, M.P. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 25–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.005>.

Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., & Van Balkom, A.L.J.M. (2013) namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Stammes, R., & Spijker, J. Fysieke training bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51(2009) 11, 821-830.

Ten Have, N., De Graaf, R., & Monshouwer, K. (2009). *Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Burken, P., De Boer, T.C., Browne, G. (2017). *Mindfulness en fysiotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van der Burgt, M. & Verhulst, F. (2019). *Doen en blijven doen. Voorlichting en compliancebevordering door paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verweij, G., & Houben-van Herten, M. (2013). *Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/>.

## **Bijlagen**

- Bijlage I** Checklist Praktijk Runningtherapie
- Bijlage II** Intakeformulier
- Bijlage III** Trainingslogboek
- Bijlage IV** Trainingsdagboek
- Bijlage V** Evaluatieformulier
- Bijlage VI** Vragenlijst PAR-Q
- Bijlage VII** Vragenlijst CES-D
- Bijlage VIII** Vragenlijst Vierdimensionale Klachtenlijst
- Bijlage IX** Visueel Analoge Schaal voor Vermoeidheid

- Checklist Praktijk Runningtherapie:**
- 1 Wat is er met je gebeurd?
  - 2 Wat is je kwetsbaarheid/weerbaarheid?
  - 3 Waar wil je naar toe?
  - 4 Wat heb je nodig?

INVENTARISEREN	GESPREK	PRAKTIJK
<p>Verwijzing (huis-)arts, psycholoog, POH-GGZ aanwezig?</p> <p>Afstemming wenselijk?</p> <p>Informereren?</p> <p>Medicatie?</p> <p>Reeds gestelde diagnose?</p> <p>Afnemen PAR-Q</p>	<p>Invullen intake formulier</p> <p>Testen noodzakelijk?</p> <p>Vragenlijsten noodzakelijk?</p> <p>Aanvullende informatie opvragen?</p> <p>Inventarisatie blessures</p> <p>Therapiedoelen stellen</p> <p>Inventarisatie sportervaring</p> <p>Trainingsafspraken maken</p> <p>Toestemming informatie verschaffing</p>	<p>Aandachtspunten:</p> <p>Informatie over training</p> <p>Verschil reguliere loopgroep</p> <p>Afmeldprocedure, belijst</p> <p>Calamiteitenplan, EHBSO</p> <p>Trainersbenodigdheden</p> <p>Niveau differentiatie</p> <p>Mogelijke routes, veiligheid</p> <p>Gebruik trainingslogboek</p> <p>Huiswerk bespreken/geven</p> <p>Evaluatie en bijstelling</p> <p>Therapie pauze</p> <p>Afsluiting en nazorg</p>
<p>Verwijzing fysiotherapeut aanwezig?</p> <p>Blessures?</p> <p>SOLK aanwezig?</p> <p>Afnemen PAR-Q</p>	<p><b>PRAKTIJK</b></p> <p>Uitvoeren eerste looptest</p> <p>Overweeg lopen op loopband in verband met veiligheid</p>	

Veiligheid checklist	
PAR-Q ingevuld zonder 'ja' antwoorden	0
Gebruik hartslag beïnvloedende medicatie bij deelnemer bekend	0
Deelname besproken bij griep en (door-gemaakte) koorts. Gebruik Neck check of 1 : 2 regel na koorts	0
Herkennen en handelen bij hypoglykemie bij al dan niet aanwezige diabetes (type 1 of 2)	0
Mobiele telefoonprocedure besproken in geval van calamiteit	0

Netwerk			
(Huis-) arts	0	Psycholoog	0
Psychiater	0	POH-GGZ	0
Verpleegkundige	0	Fysiotherapeut	0
Apotheker	0	Hardlooptrainer	0
Podotherapeut	0	Runningtherapeut	0
Vaktherapeut	0	GGZ instelling	0
Coach	0	Crisisdienst	0

Gouden regel
<p>Runningtherapie kan door verschillende professionals worden gegeven. Onder de noemer 'schoenmaker, blijf bij je leest' is het belangrijk altijd in het achterhoofd te houden dat indien</p> <p><b>...een bepaald patroon van klachten en symptomen voor jou niet bekend is, het je onbekwaam en daarmee onbevoegd maakt om ermee aan de slag te gaan!</b></p>

## Bijlage II

## Intakeformulier

### Intake formulier

Datum:

Naam :  
Geboortedatum :  
BSN :

M /V

### Lichaamssamenstelling

Lengte :  
Gewicht :  
Body mass index :  
Vetpercentage :

### Blessures

Aanwezigheid of doorgemaakte blessures aan heup, knie, enkel of voet: Ja Nee

### Testuitslagen

PAR-Q (fysieke activiteit) : Deelname mogelijk / verwijzing arts / verwijzing fysiotherapeut

Conditietest :

4 DKL : Angst:  
Somatisatie:  
Depressie:  
Distress:

BDI (depressie) :

CES-D (depressie) :

VAS (vermoeidheid) :

### Therapiedoel

- Zelfstandig invulling leren geven aan therapeutisch hardlopen en/of voldoen aan beweegnorm
- Afname vermoeidheidsgevoelens
- Uitgerust wakker worden
- Balans aanbrengen tussen mentale-, en fysieke inspanning en ontspanning
- Medicijngebruik verminderen (alleen mogelijk na overleg met voorschrijvend arts)
- Gebruik maken van 100-dagen sportrusten programma
- Verminderen van angst-, of paniek gevoelens
- Maken van afspraken m.b.t. de uitvoering en implementatie van gemaakte voornemens
- Conditie verbetering
- Positieve beïnvloeding van testuitslagen.

- Leren ontspannen door doen van fysieke activiteit
- Vergroten sociale netwerk
- Actief leren omgaan met (somatisch onverklaarbare) lichamelijke klachten
- Anders, namelijk.....

### **Sport- en beweegactiviteiten afgelopen 6 maanden**

Activiteit 1:	Aantal keer per week:	Duur:	minuten.
Activiteit 2:	Aantal keer per week:	Duur:	minuten.
Activiteit 3:	Aantal keer per week:	Duur:	minuten.
Activiteit 4:	Aantal keer per week:	Duur:	minuten.

### **Gemaakte afspraken**

Aantal keren looptraining per week:

1x	op .....	dag, in totaal .....	minuten (afstand:	km)
1x	op .....	dag, in totaal .....	minuten (afstand:	km)
1x	op .....	dag, in totaal .....	minuten (afstand:	km)
1x	op .....	dag, in totaal .....	minuten (afstand:	km)

### **Contactgegevens**

Per e-mail :

Per telefoon :

Per SMS/ WhatsApp :

### **Verzending van informatie akkoord bevonden naar:**

- Huisarts
- Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)
- Fysiotherapeut
- Psycholoog
- Maatschappelijk werk
- Bedrijfsarts
- Keuringsarts
- Werkgever
- Uitkeringsinstantie
- Anders:

## Bijlage III

## Trainingslogboek

**Trainingslogboek**

Datum:

Trainingsnummer:

Deelnemer:

Tijd:

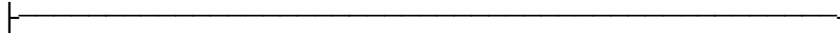
Kern training:	0	Duurloop
	0	Intervaltraining
	0	Vaartspel
	0	Testloop
	0	Schema

Beschrijving:

Eigen beoordeling:

Vermoeidheid gevoelens voorafgaand aan training:

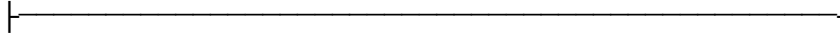
Uitgeput



Energiek

Vermoeidheid gevoelens na afloop training:

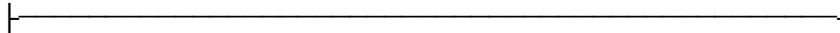
Uitgeput



Energiek

Ervaren mate van inspanning:

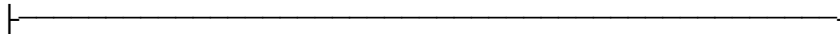
Heel licht



Heel zwaar

De training ging:

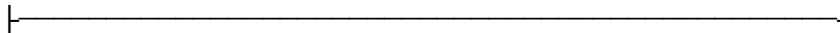
Heel lekker



Uiterst moeizaam

Beleefd plezier:

Heel veel



Zeer weinig

Huiswerkopdracht:

Opmerkingen:



## Bijlage IV

## Trainingsdagboek

### Trainingsdagboek

**Datum:**

**Tijd:**

**Inhoud van de training:**

**Locatie:** atletiekbaan – bos – hei – bebouwde kom – park – sportschool

**Weersgesteldheid:** warm – aangenaam – koel – fris – koud  
windstil – lichte wind – flinke wind – harde wind  
zonnig – droog – regen – hagel – sneeuw

**Ondergrond:** hard – zacht – combinatie

**Intensiteit:** heel licht – licht – middelmatig – zwaar – heel zwaar

**De training ging:** slecht – matig – redelijk – goed – uitstekend

**Beleefd plezier:** geen – weinig – matig – redelijk – veel

**Eigen beoordeling:**

**Opmerkingen:**

## Bijlage V

## Evaluatieformulier

### Evaluatieformulier

Datum:

Naam : M /V  
Geboortedatum :  
BSN :

### Therapie doel

- Zelfstandig invulling leren geven aan therapeutisch hardlopen en/of voldoen aan beweegnorm
- Afname vermoeidheidsgevoelens
- Uitgerust wakker worden
- Balans aanbrengen tussen mentale-, en fysieke inspanning en ontspanning
- Medicijngebruik verminderen (alleen mogelijk na overleg met voorschrijvend arts)
- Gebruik maken van 100-dagen sportrusten programma
- Verminderen van angst-, of paniek gevoelens
- Maken van afspraken m.b.t. de uitvoering en implementatie van gemaakte voornemens
- Conditie verbetering
- Positieve beïnvloeding van testuitslagen
- Leren ontspannen door doen van fysieke activiteit
- Vergroten sociale netwerk
- Actief leren omgaan met (somatisch onverklaarbare) lichamelijke klachten
- Anders, namelijk.....

### Subjectief

Voor ..... % therapiedoel bereikt:

Opmerkingen:

### Objectief

Therapiedoel bereikt:

Gebruikte meetinstrument(-en):

4DKL

CES-D

VAS Vermoeidheid

### Gemaakte afspraken

Aantal keren looptraining per week uitgevoerd conform afspraak:

Zo niet, reden:

**Aanpassing therapie doel / afspraken nazorg:**

**Verzending van evaluatie akkoord bevonden naar:**

## Bijlage VI

## Vragenlijst PAR-Q

### Vragenlijst PAR-Q

***Bij deelname aan Runningtherapie bent u verplicht om deze vragenlijst in te vullen en te ondertekenen om de therapie te kunnen opstarten!***

Wanneer u één of meer vragen met 'ja' beantwoordt, moet de lichamelijke inspanning uitgesteld worden. Voor uw eigen veiligheid is het dan belangrijk om in overleg met uw huisarts of specialist te besluiten of deelname aan Runningtherapie mogelijk is.

Vraag:	Ja	Nee
Is er ooit door een arts geconstateerd dat u last van hart- en vaatziekten heeft en dat u alleen lichamelijke activiteit op advies van een arts moet uitvoeren?		
Heeft u pijn op de borst tijdens lichamelijke activiteit?		
Heeft u in de afgelopen maand last gehad van pijn op de borst in rust?		
Verliest u uw balans als gevolg van duizeligheid of verliest u het bewustzijn wel eens?		
Heeft u bot- of gewrichtsaandoeningen zoals artrose, artritis of reuma die verergeren door inspanning?		
Gebruikt u momenteel medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven (bijvoorbeeld plaspillen) in verband met uw bloeddruk of voor uw hart?		
Is er een goede reden die nog niet is genoemd waardoor u niet mee zou kunnen doen aan een activiteiten programma?  Zo ja, welke?		
<b>Bron: ACSM.*</b>		

Ondanks het invullen van deze vragenlijst is deelname aan het beweegprogramma geheel voor eigen risico! Bij twijfel kunt u terecht bij de runningtherapeut die het beweegprogramma begeleidt. Veel succes en plezier gewenst tijdens het bewegen!

Naam:

Geslacht: M / V

Leeftijd:

Medicatie:

Datum:

Handtekening:

## Bijlage VII

## Vragenlijst CES-D

## Vragenlijst CES-D

Naam respondent: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

	<b>TIJDENS DE AFGELOPEN WEEK:</b>	ZELDEN OF NOOIT (MINDER DAN 1 DAG)	SOMS OF WEINIG (1-2 DA- GEN)	REGELMATIG (3-4 DAGEN)	MEESTAL OF ALTIJD (5-7 DA- GEN)
1	Stoorde ik me aan dingen die me gewoonlijk niet storen.	0	1	2	3
2	Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	0	1	2	3
3	Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	0	1	2	3
4	Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	0	1	2	3
5	Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	0	1	2	3
6	Voelde ik me gedeprimeerd.	0	1	2	3
7	Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	0	1	2	3
8	Had ik goede hoop voor de toekomst.	0	1	2	3
9	Vond ik mijn leven een mislukking.	0	1	2	3
10	Voelde ik me bang.	0	1	2	3
11	Sliep ik onrustig.	0	1	2	3
12	Was ik gelukkig.	0	1	2	3
13	Praatte ik minder dan gewoonlijk.	0	1	2	3
14	Voelde ik me eenzaam.	0	1	2	3
15	Waren de mensen onaardig.	0	1	2	3
16	Had ik plezier in mijn leven.	0	1	2	3
17	Had ik huilbuien.	0	1	2	3
18	Was ik treurig.	0	1	2	3
19	Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	0	1	2	3
20	Kon ik maar niet op gang komen.	0	1	2	3

Bovenstaande vragen hadden alleen betrekking op de afgelopen week. Graag willen we weten of uw stemming tijdens de afgelopen week min of meer representatief was voor uw stemming tijdens de afgelopen drie maanden. Om deze reden wordt vraag 21 gesteld.

21) Voelde u zich de afgelopen week anders dan de afgelopen drie maanden?

- Nee
- Ja, ik voelde me de afgelopen week aanmerkelijk beter
- Ja, ik voelde me de afgelopen week aanmerkelijk slechter

Indien **ja**, eventueel toelichting:

---

---

22) Heeft u ooit eerder in uw leven een periode gehad waarin u last had van depressieve klachten?

- Nee
- Ja, namelijk:
  - 1 keer
  - 2 of 3 keer
  - meer dan 3 keer

23) Hoe oud was u ongeveer toen de depressieve klachten voor het eerst kwamen?

\_\_\_\_\_ jaar

## Toelichting gebruik CES-D

De CES-D (Centre for Epidemiological Studies – Depression) is een eenvoudige zelfbeoordeling-vragenlijst om op betrouwbare en valide wijze informatie te verzamelen over depressieve symptomen gedurende de afgelopen week.

Dit instrument pretendeert niet om klinische depressie bij individuen aan te tonen en omdat gevraagd wordt naar de situatie in de afgelopen week, meet de CES-D geen chronische depressie. Wel is het mogelijk met herhaalde metingen de aanwezigheid van een chronische depressie aanemelijk te maken.

De CES-D is gemakkelijk door de respondenten zelf in korte tijd in te vullen. Het instrument telt 20 eenvoudig en bondig geformuleerde items. De volgende antwoordcategorieën worden gehanteerd.

**0** = zelden of nooit

**1** = soms of weinig (1-2 dagen)

**2** = regelmatig (3-4 dagen)

**3** = meestal of altijd (5-7 dagen)

### Score en interpretatie.

Er zijn 16 items negatief geformuleerd. Dat wil zeggen dat hoe hoger de score is, hoe groter de klacht. Voor deze items geeft het omcirkelde antwoord het aantal punten dat geteld wordt.

Er zijn 4 items positief geformuleerd. (items 4, 8, 12 en 16). De positieve items moeten als volgt gespiegeld worden voordat tot het optellen van de antwoordscores wordt overgegaan:

0= 3 punten

1= 2 punten

2= 1 punt

3= 0 punten

De schaal heeft een range van 0 tot 60. Hoe hoger de score, hoe meer gevoelens van depressie aanwezig zijn. Personen met een score van 16 of hoger worden beschouwd als *possible cases*. Omdat de validiteit van dit *cut-off point* op dit moment nog niet voldoende is onderbouwd, wordt aangeraden om een score van 16 of hoger te beschouwen als een ruwe indicator van het voorkomen van klinische depressie.

Bron;

J.Bouma, e.a. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding.* Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Deze is ook te vinden op: <http://coo.med.rug.nl/nch>

**Vragenlijst 4-DKL**

(Dr. Terluin (1996))

**Toelichting:**

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij) hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee. Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het cijfer te omcirkelen dat staat voor het meest passende antwoord.

**Betekenis van de cijfers:**

0 = nee

1 = soms

2 = regelmatig

3 = vaak

4 = heel vaak of voortdurend

**Hebt u de afgelopen week last van:**

1	duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	0	1	2	3	4
2	pijnlijkke spieren?	0	1	2	3	4
3	flauw vallen?	0	1	2	3	4
4	pijn in de nek?	0	1	2	3	4
5	pijn in de rug?	0	1	2	3	4
6	overmatige transpiratie?	0	1	2	3	4
7	hartkloppingen?	0	1	2	3	4
8	hoofdpijn?	0	1	2	3	4
9	een opgeblazen gevoel in de buik?	0	1	2	3	4
10	wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	0	1	2	3	4
11	benauwdheid?	0	1	2	3	4
12	misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	0	1	2	3	4
13	pijn in de buik of maagstreek?	0	1	2	3	4
14	tintelingen in de vingers?	0	1	2	3	4
15	een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	0	1	2	3	4
16	pijn in de borst?	0	1	2	3	4
17	neerslachtigheid?	0	1	2	3	4
18	zomaar plotseling schrikken?	0	1	2	3	4
19	piekeren?	0	1	2	3	4

**Hebt u de afgelopen week last van:**

20	onrustig slapen?	0	1	2	3	4
21	onbestemde angst-gevoelens?	0	1	2	3	4
22	lusteloosheid	0	1	2	3	4
23	beven in gezelschap van andere mensen	0	1	2	3	4
24	angst- of paniek-aanvallen?	0	1	2	3	4

**Voelt u zich de afgelopen week:**



25	gespannen?	0	1	2	3	4
26	snel geïrriteerd?	0	1	2	3	4
27	angstig?	0	1	2	3	4

**Hebt u de afgelopen week het gevoel:**

28	dat alles zinloos is?	0	1	2	3	4
29	dat u tot niets meer kunt komen?	0	1	2	3	4
30	dat het leven niet meer de moeite waard is?	0	1	2	3	
31	dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	0	1	2	3	4
32	dat u 't niet meer aankunt?	0	1	2	3	4
33	dat het beter zou zijn als u maar dood was?	0	1	2	3	4
34	dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	0	1	2	3	4
35	dat er geen uitweg is uit uw situatie?	0	1	2	3	4
36	dat u er niet meer tegenop kunt?	0	1	2	3	4
37	dat u nergens meer zin in hebt?	0	1	2	3	4

**Hebt u de afgelopen week:**

38	moeite met helder denken?	0	1	2	3	4
39	moeite om in slaap te komen?	0	1	2	3	4
40	angst om alleen het huis uit te gaan?	0	1	2	3	4

**Bent u de afgelopen week:**

41	snel emotioneel?	0	1	2	3	4
42	angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? (bijv. dieren, hoogten, kleine ruimten)	0	1	2	3	4
43	bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	0	1	2	3	4
44	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	0	1	2	3	4
45	Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	0	1	2	3	4
46	Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?	0	1	2	3	4
47	Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen), die u hebt meegemaakt?	0	1	2	3	4
48	Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	0	1	2	3	4
49	Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	0	1	2	3	4
50	Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	0	1	2	3	4
51	Hebt u de afgelopen week misschien nog klachten en/of verschijnselen bij uzelf opgemerkt die niet in de bovenstaande lijst voorkomen? Zo ja, wilt u die dan hieronder vermelden?					

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

52 Hoe lang geleden zijn uw huidige klachten begonnen?  
(a.u.b. één hokje aankruisen)

- minder dan een maand geleden
- 1-3 maanden geleden
- 3-6 maanden geleden
- 6-12 maanden geleden
- 1-2 jaar geleden
- 2-5 jaar geleden
- langer dan 5 jaar geleden

## Score formulier 4-DKL Vragenlijst

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	
<b>Distress</b>		<b>Depressie</b>		<b>Angst</b>		<b>Somatisatie</b>	

### Interpretatie:

	<b>Distress</b>	<b>Depressie</b>	<b>Angst</b>	<b>Somatisatie</b>
Matig verhoogd:	>10	>4	>8	>10
Sterk verhoogd:	>20	>6	>12	>20

Score: 'Nee' = 0; 'Soms' = 1; 'Regelmatig', 'Vaak' of 'Voortdurend' = 2

## Toelichting 4-DKL

***Bij de intake is een vragenlijst ingevuld waardoor een beeld ontstaat over de vier belangrijkste dimensies van psychische klachten bij deze deelnemer/ cliënt.***

***De score is onderverdeeld in 4 aspecten:***

### **Distress: 20 punten**

*Interpretatie:*

- Normaal: 0-10: normale spanningen; geen actie nodig  
Matig verhoogd: 11-20: spanningen met dreigend disfunctioneren: stressreducerende actie gewenst  
Sterk verhoogd: 21-32: spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim > 50%); stressreducerende actie noodzakelijk

### **Depressie: 3 punten**

*Interpretatie:*

- Normaal: 0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis  
Matig verhoogd: 3-5: mogelijk depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken evalueren; eventueel verwijzen  
Sterk verhoogd: 6-12: grote kans op depressieve stoornis (> 50%); verwijs naar huisarts/ psycholoog voor diagnostiek/ behandeling

### **Angst: 12 punten**

*Interpretatie:*

- Normaal: 0-7: waarschijnlijk geen angststoornis  
Matig verhoogd: 8-12: mogelijk angststoornis; aanzien en na enkele weken evalueren; eventueel verwijzen  
Sterk verhoogd: 13-24: grote kans op angststoornis (> 50%); verwijs naar huisarts/ psycholoog voor diagnostiek en behandeling

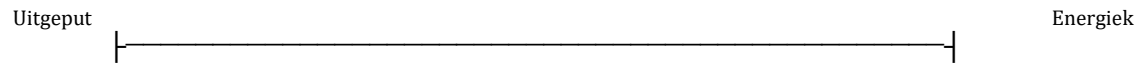
### **Somatisatie: 20 punten**

*Interpretatie:*

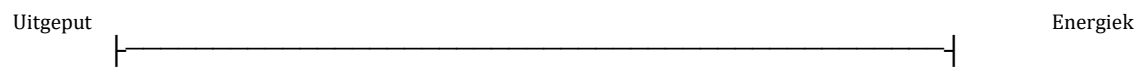
- Normaal: 0-10: normale spanningsklachten  
Matig verhoogd: 11-20: mogelijk somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreek met cliënt; eventueel verwijzen  
Sterk verhoogd: 21-32: grote kans op somatisatie; overweeg verwijzing naar psychosomatische fysiotherapeut of psycholoog

**VAS Vermoeidheid**

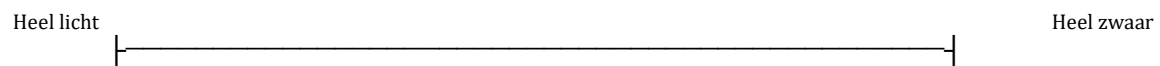
Vermoeidheid gevoelens voorafgaand aan training:



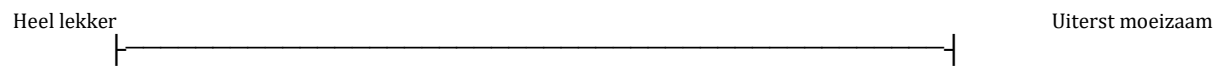
Vermoeidheid gevoelens na afloop training:



Ervaren mate van inspanning:



De training ging:



Beleefd plezier:

