

STAP VOOR STAP VOOR MEER BEWEGING IN DE PSYCHIATRISCHE ZORG

EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DREMPELS, HEFBOMEN EN BELEIDSPRIORITEITEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN EN PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN

RAPPORT 2026

VAN WIE GAAT DIT RAPPORT UIT?

Dit rapport kadert binnen het project 'Stap voor stap: voor meer beweging in de psychiatrische zorg'. Dit project is een samenwerking tussen de Arteveldehogeschool en het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Het wordt gerealiseerd met de steun van het fonds Mulders-Moonens, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Meer informatie over dit project is terug te vinden via deze link.

VOOR WIE IS DIT RAPPORT BEDOELD?

Dit rapport is bedoeld voor alle medewerkers van PZ en PVT die willen inzetten op een bewegingsbeleid voor zorgvragers in hun voorziening, en bij uitbreiding voor beleidsmakers en andere geïnteresseerden.



INHOUD

INHOUD 3

INLEIDING 5

Algemene inleiding 6

Theoretische achtergrond 7

METHODOLOGIE 8

Aanpak van het onderzoek 9

Rekrutering 9

Dataverzameling 10

Data analyse 10

RESULTATEN 11

Beschrijving van de deelnemers en zorgvoorzieningen 12

Thema 1: Visie op beweging 13

1.1. Beweging als breed concept 13

1.2. Beweging als deel van gezonde levensstijl 13

1.3. Beweging als middel tot maatschappelijke participatie 14

1.4. Bewegingsaanbod op maat van individu 15

1.5. Geïntegreerd bewegingsbeleid voor zorgvragers en medewerkers 16

1.6. Beleidsmatige verankering 16

Thema 2: Hefbomen en drempels bij de implementatie van een bewegingsbeleid 18

2.1. Zorgvrager en context 18

2.2. Medewerkers 22

2.3. Organisatie 26

2.4. Middelen 29

2.5. Netwerken 32

2.6. Maatschappelijke en beleidsmatige context 34

Titel 3: Toekomstgerichte beleidsprioriteiten 37

3.1. Maatschappelijke participatie en inclusie 37

3.2. Beweging binnen een structureel en preventief gezondheidsbeleid 37

3.3. Integratie van beweging binnen geestelijke gezondheidszorg 38

3.4. Platformen voor uitwisseling van kennis, good practices en gezamenlijke initiatieven 39

3.5. Wegwerken financieringsongelijkheden tussen voorzieningen 39

3.6. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van een bewegingsbeleid 40

DISCUSSIE 41

Bevindingen 42

Implementatie van bewegingsbeleid 43

Implicaties voor beleid en praktijk 44

Sterktes en beperkingen 44

Toekomstig onderzoek 45

Besluit 46

REFERENTIES 47

COLOFON 50



INLEIDING

In dit hoofdstuk bespreken we het kader en de doelstellingen van dit project, en daarnaast ook de theoretische achtergrond.

ALGEMENE INLEIDING

Dit rapport kadert binnen het project 'Stap voor stap: voor meer beweging in de psychiatrische zorg'. Dit tweejarig project (2025-2026) werd uitgevoerd door onderzoekers van Arteveldehogeschool en Vlaams Instituut Gezond Leven en gefinancierd door het fonds Van Mulders-Moonens, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Het project wil bijdragen aan het versterken van gezondheidsbevordering en ziektepreventie binnen psychiatrische zorginstellingen, met een specifieke focus op beweging. Het project heeft vier doelstellingen:

1) in kaart brengen van de huidige initiatieven en praktijken met betrekking tot beweging binnen Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), aan de hand van een online vragenlijst;
2) identificeren van drempels en hefbomen die een rol spelen bij de implementatie van een preventief bewegingsbeleid via kwalitatief onderzoek, met behulp van diepte-interviews bij verschillende PZ- en PVT-voorzieningen;
3) formuleren van beleidsaanbevelingen ter ondersteuning van een duurzame en structurele verankering van een preventief bewegingsbeleid binnen de psychiatrische zorg;
4) ondersteunen van een zelfaudittool en inspiratiegids ter ondersteuning van psychiatrische voorzieningen.

De focus van dit rapport ligt op de resultaten van de interviews die werden uitgevoerd in psychiatrische voorzieningen. Deze interviews hadden als doel om drempels en hefbomen bij de implementatie van een bewegingsbeleid in kaart te brengen (doelstelling 2) en beleidsaanbevelingen te formuleren (doelstelling 3). Daarnaast werden inspirerende praktijken en voorbeelden uit de interviews opgenomen in de inspiratiegids (doelstelling 4).

Na een theoretische achtergrond wordt de gehanteerde methode toegelicht en worden de resultaten beschreven. Vervolgens worden de bevindingen verdiept en geïnterpreteerd in de discussie. De beleidsaanbevelingen die uit deze studie voortvloeien zullen in een volgend deel van het project verder worden uitgewerkt en gevalideerd in overleg met relevante stakeholders. Tot slot wordt een algemeen besluit geformuleerd.

De verschillende projectresultaten worden in het najaar van 2026 voorgesteld aan een breed publiek en gepubliceerd via de website van het Vlaams Instituut Gezond Leven.

THEORETISCHE ACHTERGROND

Zorgvragers in psychiatrische voorzieningen kampen vaak niet alleen met **mentale**, maar ook met **lichamelijke gezondheidsproblemen**. Eén op de drie personen met een psychische stoornis heeft bijkomende somatische aandoeningen, zoals cardiovasculaire en metabole aandoeningen, kanker, ademhalingsproblemen en infecties (Jespers et al., 2021). Dit draagt bij aan een aanzienlijk verkorte levensverwachting, met een geschatte reductie van 10 tot 20 jaar. Een belangrijke verklaring hiervoor is het lage niveau van fysieke activiteit bij deze doelgroep. Personen met een psychische kwetsbaarheid bewegen doorgaans te weinig en behalen vaak de aanbevolen beweegrichtlijnen niet (Stubbs et al., 2018). Nochtans adviseren algemene gezondheidsaanbevelingen dat volwassenen wekelijks minstens 150 minuten bewegen aan matige intensiteit of 75 min aan hoge intensiteit, aangevuld met spierversterkende oefeningen op minstens twee dagen per week (World Health Organization, 2020).

Beweging speelt een belangrijke rol in zowel de **behandeling** als de **preventie** van **psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen**. Onderzoek toont aan dat beweging niet alleen een positieve invloed heeft op de behandeling van symptomen van depressie, angststoornissen en psychotische stoornissen (Stubbs et al., 2018; Vancampfort et al., 2020), maar ook een preventief effect heeft op het ontstaan van deze aandoeningen (Firth et al., 2020; Stubbs et al., 2026; Vancampfort et al., 2020). Daarnaast biedt voldoende beweging tal van lichamelijke gezondheidsvoordelen. Het verlaagt het risico op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, bepaalde vormen van kanker en dementie. Bovendien draagt bewegen bij aan een betere bloeddruk, een gezonder gewicht en een betere nachtrust (Firth et al., 2020). Ook op het vlak van cognitief en (neuro)psychologisch functioneren worden positieve effecten vastgesteld, onder meer op concentratie en geheugen. Ten slotte ondersteunt voldoende beweging een langer, zelfstandiger en kwaliteitsvoller leven (Vancampfort et al., 2020). Beweging draagt dus op verschillende manieren bij aan ziektepreventie en gezondheidsbevordering bij personen met een psychische kwetsbaarheid.

Ondanks deze bewezen gezondheidsvoordelen blijken ziektepreventie en gezondheidsbevordering vandaag nog **onvoldoende ingebed in psychiatrische voorzieningen**. In het besluit van het rapport 'Somatische zorg in een psychiatrische setting' stelt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dat "preventieve aspecten in alle zorgsettings vaak worden verwaarloosd, waardoor psychiatrische en somatische gezondheidsproblemen vaak pas in een laat stadium worden vastgesteld" (Jespers et al., 2021). Bovendien neemt fysieke gezondheid en preventie binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak nog een minder prominente plaats in dan psychische behandeling (Jespers et al., 2021; Stubbs et al., 2018; Stubbs et al., 2026). Nochtans bieden psychiatrische zorginstellingen een relevante en potentieel krachtige context om beweging te stimuleren. Volgens het Ottawa charter ontstaat gezondheid "in het dagelijks leven, waar mensen leren, werken, spelen en liefhebben" (Whitelaw et al., 2001). Psychiatrische zorginstellingen vormen voor korte of langere tijd een fysieke en sociale leefomgeving voor zorgvragers.

Psychiatrische voorzieningen kunnen dus een omgeving creëren waarin **gezonde keuzes** gemakkelijker en vanzelfsprekender worden voor zorgvragers. Inzetten op preventieve gezondheid kan echter niet van de ene dag op de andere georganiseerd worden. Het vereist een structurele aanpak waarbij organisatienormen, beleidskeuzes, cultuur en de fysieke omgeving van de voorziening mee evolueren. Vanuit deze nood werd het project **'Stap voor stap: voor meer beweging binnen de psychiatrische zorg'** ontwikkeld.



METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk bespreken we de aanpak van het onderzoek, de rekrutering, de dataverzameling en de data-analyse.

METHODOLOGIE

AANPAK VAN HET ONDERZOEK

Om inzicht te krijgen in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van een bewegingsbeleid binnen psychiatrische voorzieningen bevorderen of bemoeilijken, werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksaanpak. Via semigestructureerde diepte-interviews werden ervaringen en perspectieven verzameld van professionals uit psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) in Vlaanderen. Voor de uitvoering van deze studie werd ethische goedkeuring verkregen van de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent (ONZ-2025-0362).

REKRUTERING

De rekrutering bouwde voort op een eerdere studie binnen het project, waarin voorzieningen hun bewegingsbeleid in kaart brachten aan de hand van een zelfaudittool. Deze zelfaudittool werd als online vragenlijst verspreid. Aan het einde van deze online vragenlijst konden deelnemers aangeven of zij bereid waren deel te nemen aan vervolgonderzoek. Meer informatie over dit onderzoek (bepaling doelgroep, ontwikkeling en opbouw zelfaudittool en vragenlijst) is te vinden in **dit rapport**.

Eerst werd gestreefd naar een doelgerichte selectie van geïnteresseerde voorzieningen, met aandacht voor variatie in organisatietype, organisatiegrootte, geografische spreiding en de mate waarin het bewegingsbeleid ontwikkeld was. Omdat deze aanpak onvoldoende deelnemers opleverde, werden vervolgens alle geïnteresseerde psychiatrische voorzieningen uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Op die manier werd alsnog gestreefd naar een zo breed mogelijke variatie in type voorziening, zodat diverse perspectieven en ervaringen konden worden meegenomen.

Er werden uiteindelijk 29 zorgvoorzieningen via e-mail gecontacteerd waarbij zij informatie ontvingen over de doelstellingen en werkwijze van het onderzoek. Daarbij werd gevraagd om de medewerker(s) met een actieve rol of verantwoordelijkheid binnen het bewegingsbeleid van de organisatie uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Deelname was volledig vrijwillig en potentiële deelnemers konden deelname zonder gevolgen weigeren

De deelnemers moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

1) een actieve rol en verantwoordelijkheid binnen het bewegingsbeleid van de organisatie;
2) minstens één jaar werkervaring binnen de betrokken organisatie;
3) vrijwillige deelname op basis van geïnformeerde toestemming.

DATAVERZAMELING

De gegevens over de drempels en hefbomen binnen de implementatie van een bewegingsbeleid werden verzameld via semigestructureerde diepte-interviews. De interviews vonden plaats binnen de betrokken voorzieningen zodat maximaal rekening kon worden gehouden met hun specifieke context. Een vooraf opgestelde interviewgids diende als leidraad tijdens de interviews. De interviews duurden 60 tot 90 minuten en werden, na toestemming van de deelnemers, digitaal opgenomen. Het eerste interview werd afgenomen door twee onderzoekers; de daaropvolgende interviews werden individueel uitgevoerd.

Tijdens de gesprekken werd gepeild naar de visie op bewegingsbeleid binnen de eigen psychiatrische voorziening en naar de concrete invulling ervan. Daarnaast kwamen factoren aan bod die het bewegingsbeleid stimuleren (hefbomen) of bemoeilijken (drempels). Ook werd aandacht besteed aan inspirerende initiatieven en aanbevelingen voor de verdere uitbouw van een bewegingsbeleid. De deelnemers werden aangemoedigd om op een open en realistische manier te spreken.

DATA ANALYSE

Alle interviews werden woordelijk getranscribeerd en gepseudonimiseerd, zodat de anonimiteit van zowel de deelnemers als de voorzieningen gewaarborgd bleef. De transcripties werden vervolgens verwerkt in MAXQDA, een softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse. Via een gedeeld en beveiligd teamaccount van Arteveldehogeschool konden de onderzoekers gezamenlijk toegang krijgen tot de data en de interviews onafhankelijk van elkaar coderen.Dat versterkte de betrouwbaarheid van de analyse.

De interviews werden geanalyseerd aan de hand van reflexieve thematische analyse volgens Braun en Clarke (2006, 2021). Deze methode omvat zes opeenvolgende fasen en maakt het mogelijk om terugkerende patronen en thema's in de interviews op een systematische en interpretatieve wijze te identificeren en analyseren.

In een eerste stap maakten de onderzoekers zich vertrouwd met de data door de interviews herhaaldelijk te beluisteren en de transcripties grondig door te nemen. Vervolgens werden initiële codes toegekend aan betekenisvolle fragmenten. In de derde stap werden deze codes samengebracht in voorlopige thema's. Daarna werden de thema's kritisch geëvalueerd en verfijnd in relatie tot de gecodeerde fragmenten, de volledige dataset en de onderzoeksvragen. In een vijfde fase werden de thema's verder afgebakend, benoemd en inhoudelijk uitgewerkt. Tot slot werden de resultaten samengebracht in een coherent analytisch verhaal, geïllustreerd met representatieve citaten van deelnemers (zie volgend hoofdstuk).

Tijdens het volledige analyseproces werd voortdurend aandacht besteed aan het identificeren van terugkerende patronen, overeenkomsten en verschillen in ervaringen en perspectieven met betrekking tot het bewegingsbeleid binnen de psychiatrische zorg.

Om de betrouwbaarheid van de analyse te versterken werden de interviews door meerdere onderzoekers besproken en geïnterpreteerd. Daarnaast kregen de deelnemers de mogelijkheid om de resultaten na te lezen en feedback te geven. Deze terugkoppeling droeg bij aan de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksbevindingen. Tot slot werd het rapport nagelezen door enkele leden van de Adviescommissie en Klankbordgroep, evenals door een communicatiemedewerker van Arteveldehogeschool.



RESULTATEN

Na een beschrijving van deelnemers en voorzieningen worden de resultaten aan de hand van drie thema's toegelicht: (1) visie op beweging, (2) hefbomen en drempels van een bewegingsbeleid en (3) beleidsaanbevelingen.

BESCHRIJVING VAN DE DEELNEMERS EN ZORGVOORZIENINGEN

Aan het onderzoek namen **12 psychiatrische voorzieningen (V)** in Vlaanderen deel: **7 psychiatrische ziekenhuizen (PZ), 2 psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)** en **3 gecombineerde voorzieningen (PZ-PVT).**

In totaal namen 16 respondenten (R) deel. De meeste voorzieningen werden vertegenwoordigd door één respondent, in **vier voorzieningen** namen twee respondenten deel aan het interview (O1, 3, 4 en 11). Respondenten hadden een verschillende opleidingsachtergrond, waaronder lichamelijke opvoeding, psychomotorische therapie, kinesitherapie, dieetkunde en gezondheidsgerelateerde opleidingen. Zij vervulden uiteenlopende bewegings- en therapiegerelateerde functies, zoals psychomotorische therapie, bewegingstherapie en kinesitherapie. Daarnaast namen ook preventieadviseurs, stafmedewerkers, coördinatoren en medewerkers met beleidsmatige verantwoordelijkheden deel aan het onderzoek. Hierdoor werden zowel praktijkervaringen als organisatorische en beleidsmatige inzichten verzameld.

Verschillende respondenten combineerden hun functie met een rol binnen werkgroepen rond gezondheid, beweging, preventie, duurzaamheid of somatische zorg. Zij waren dus niet uitsluitend betrokken bij de uitvoering van bewegingsactiviteiten. Een aanzienlijk deel van hen was eveneens actief betrokken bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van bewegingsinitiatieven binnen de organisatie.

THEMA 1: VISIE OP BEWEGING

Bij de start van het interview werd aan respondenten gevraagd om te beschrijven wat een bewegingsbeleid in de psychiatrische zorg voor hen betekende. De analyse van de antwoorden resulteerde in zes subthema's. In wat volgt, bespreken we elk subthema.

1.1. BEWEGING ALS BREED CONCEPT

In alle interviews werd beweging beschreven als een breed en veelzijdig concept dat verder reikt dan sport of gestructureerde lichaamsbeweging. Beweging kan verschillende vormen aannemen, gaande van dagelijkse activiteiten en activering tot therapie, ontspanning, gezondheidspromotie en sociaal functioneren. Eén respondent verwoordde letterlijk dat "bewegen heel breed kan zijn. Het hoeft niet te zijn dat je 3 keer per week naar de fitness moet gaan" (R13, V10), terwijl een andere respondent zei dat beweging al kan starten met "te voet naar de Colruyt gaan" (R16, V12). Ook activiteiten van het dagelijks leven, zoals huishoudelijke taken, boodschappen doen of deelnemen aan activiteiten in de leefgroep, werden beschouwd als waardevolle vormen van beweging.

Een belangrijk bedenking was het maken van een onderscheid tussen bewegen en sporten. De term 'sport' heeft voor sommige zorgvragers een negatieve of prestatiegerichte connotatie ("Het woord beweging schrikt ook minder af dan sporten" (R6, V4)), terwijl 'bewegen' als 'brede term' toegankelijker en inclusiever wordt ervaren.

Ondanks deze verschillende accenten bestaat er een brede consensus dat beweging toegankelijk moet zijn en zoveel mogelijk moet aansluiten bij de interesses en mogelijkheden van de zorgvrager. Respondenten benadrukken het belang van plezier, succeservaringen en motivatie. Zo stelt een respondent dat men ervoor moet zorgen dat zorgvragers "met een goed gevoel sporten" (R7, V4) en dat activiteiten idealiter zo worden vormgegeven dat "iedereen met een warm en goed gevoel afrondt" (R7, V4).

1.2. BEWEGING ALS DEEL VAN GEZONDE LEVENSSTIJL

In alle voorzieningen werd beweging expliciet beschouwd als onderdeel van een bredere gezonde levensstijl. Beweging werd consequent naast andere gezondheidsthema's zoals voeding, slaap, rookgedrag, ontspanning en algemeen welzijn geplaatst. Beweging werd niet gezien als een afzonderlijke therapeutische activiteit, maar als één van de pijlers van een geïntegreerde visie op gezondheid. Zo gaf een respondent aan dat binnen het organisatiebeleid jaarlijks doelstellingen rond gezondheid worden geformuleerd en dat "beweging daar altijd een stukje van" is (R1, V1). Ook een andere respondent vertelde dat beweging expliciet ingebed is in een ruimer leefstijlbeleid: "In de visie van 2025 hebben wij een programma uitgewerkt rond gezonde leefstijl, waaronder beweging eigenlijk een deelaspect is" (R8, V5).

In verschillende voorzieningen werd een holistische benadering van gezondheid gehanteerd, waarin lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren nauw met elkaar verbonden zijn. Eén respondent beschreef beweging als essentieel voor "een gezond evenwicht tussen psychisch, sociaal en somatisch functioneren" (R12, V7), en een andere respondent verwees naar een perspectief waarin beweging, voeding en relaxatie samen bijdragen aan "gezond leven en welzijn" (R11, V8).

In meerdere interviews kwam aan bod dat een opnameperiode wordt gezien als een opportuniteit om gezondheidsbewustzijn te vergroten en nieuwe gewoonten aan te leren. Daarbij wordt vaak gekozen voor een laagdrempelige en positieve benadering, waarbij beweging gekoppeld wordt aan welzijn, herstel en zelfzorg. Zoals een respondent stelde: “Wat zou kunnen helpen om je goed te voelen (…) en beweging maakt daar een heel belangrijk deel van uit. Gezonde geest in een gezond lichaam” (R13, V10).

Binnen deze visie neemt psycho-educatie een belangrijke plaats in. Respondenten geven aan dat zorgvragers hierdoor meer inzicht krijgen in de relatie tussen beweging, fysieke gezondheid en psychisch welzijn. In verschillende voorzieningen wordt informatie aangeboden over lichamelijke gezondheid, medicatiegebruik en metabole risico's. Een voorbeeld: "Wij hebben een gezondheidsmodule uitgewerkt rond het metabool syndroom om psycho-educatie te geven." (R12, V9). Daarnaast wordt psycho-educatie vaak gekoppeld aan reflectie over herstel, coping en zelfzorg, waardoor kennis wordt verbonden met het dagelijks leven van zorgvragers. Zoals een respondent aangeeft: “We hebben een actief beleid rond het metabool syndroom of zo, maar daar zetten we dan toch ook op in dat mensen toch bewegen of toch tot beweging komen” (R11, V8).

Tegelijk wijzen enkele respondenten erop dat fysieke gezondheid binnen de psychiatrische zorg historisch minder aandacht kreeg dan psychisch welzijn. Hoewel hierin volgens hen een duidelijke evolutie zichtbaar is, blijft de integratie van fysieke gezondheid een aandachtspunt binnen de sector.

1.3. BEWEGING ALS MIDDEL TOT MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE

Binnen enkele voorzieningen wordt beweging expliciet gekoppeld aan de bredere doelstelling van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg: “Wij werken met de visie vermaatschappelijking” (R8, V5). In deze voorzieningen wordt beweging niet louter beschouwd als een therapeutische activiteit, maar ook als een middel om maatschappelijke participatie te bevorderen en zorgvragers voor te bereiden op hun functioneren buiten de zorgcontext. Vanuit deze visie wordt beweging geïntegreerd in alledaagse en maatschappelijk relevante activiteiten, zoals boodschappen doen, wandelen naar winkels en deelnemen aan activiteiten in de publieke ruimte. Beweging krijgt hierdoor een functionele betekenis en wordt ingezet in situaties die aansluiten bij het dagelijkse leven van zorgvragers.

Respondenten geven aan dat deze aanpak aansluit bij een visie waarin beweging wordt ingezet als middel om maatschappelijke participatie en inclusie te ondersteunen. Daarbij wordt belang gehecht aan confrontatie met de realiteit van het dagelijks leven. Volgens een respondent is het immers essentieel om zorgvragers “continu te prikkelen met wat echt is” (R8, V5), bijvoorbeeld door hen te laten omgaan met budgetten, prijzen en het maken van dagelijkse keuzes. Beweging wordt in deze benadering niet georganiseerd als een afzonderlijke activiteit, maar geïntegreerd in betekenisvolle bezigheden die aansluiten bij het gewone leven. Activiteiten vinden bovendien niet uitsluitend plaats binnen de instelling, maar ook op locaties waar zorgvragers in contact komen met andere burgers en verenigingen. Zoals een respondent beschrijft: “Wij zitten daar ook” (R8, V5), verwijzend naar gedeelde ruimtes waar zorgvragers, sportclubs en buurtbewoners elkaar ontmoeten.

Sommige voorzieningen streven daarbij expliciet naar een nauwere verbinding tussen de zorgvoorziening en de samenleving. Initiatieven zoals opendeurdagen onder de noemer ‘Huis van herstel’ (R8, V5) illustreren deze visie. Respondenten plaatsten deze visie tegenover meer traditionele zorgmodellen waarin zorgvragers eerder afgezonderd werden van de samenleving. Dit wordt mooi weergegeven in de volgende uitspraak: “Het systeem op zich, ik denk in Vlaanderen dat wij meer en meer één mogen worden met de maatschappij, eerder dan ons weg te stoppen in de bossen” (R8, V5).

Tegelijkertijd benadrukken respondenten dat maatschappelijke participatie steeds moet worden afgestemd op de mogelijkheden en kwetsbaarheden van de zorgvrager. Vermaatschappelijking wordt niet gezien als een doel op zich, maar als een proces waarin een evenwicht gezocht wordt tussen participatie en veiligheid: “Je hebt eerst een veilige ruimte nodig om dan de transfer te kunnen maken” (R13, V10). Daarbij is het belangrijk om zorgvragers te ondersteunen zonder hun traject volledig te sturen: “We willen niet te sturend gaan zijn, maar wel hen een positie laten bepalen in de maatschappij waar dat ze – hier - buiten leven” (R11, V8).

1.4. BEWEGINGSAANBOD OP MAAT VAN INDIVIDU

Een terugkerend thema in de interviews was het belang van een persoonsgerichte benadering van beweging. Over de voorzieningen heen werd maatwerk beschouwd als een fundamenteel uitgangspunt van een kwaliteitsvol bewegingsaanbod. Respondenten benadrukken dat beweging best wordt afgestemd op de mogelijkheden, behoeften, interesses en doelstellingen van de zorgvrager, eerder dan op vooraf vastgelegde normen of prestatiegerichte verwachtingen.

Binnen deze visie bestaat geen uniforme invulling van beweging. Respondenten beschrijven beweging als een breed concept dat voor verschillende zorgvragers een andere betekenis kan hebben. Voor de ene persoon staat beweging in het teken van activering en het doorbreken van sedentair gedrag, terwijl beweging voor anderen eerder verbonden is met ontspanning, herstel, gezondheid of maatschappelijke participatie. Hierdoor wordt het belangrijk geacht om voldoende ruimte te laten voor individuele verschillen.

Daarnaast benadrukken respondenten het belang van autonomie, keuzevrijheid en participatie. Het betrekken van zorgvragers bij keuzes rond beweging ("We willen er eigenlijk naartoe dat die mensen ook wel betrokken worden" (R9, V6) wordt beschouwd als een manier om de aansluiting bij hun behoeften te vergroten en hun engagement te versterken. Volgens respondenten zijn zorgvragers meer betrokken wanneer zij zelf keuzes kunnen maken binnen het bewegingsaanbod: "Het feit dat het niet verplicht is, bereik je veel meer mensen" (R6, V4). Beweging wordt daarbij benaderd als een gradueel proces waarin zorgvragers hun eigen grenzen kunnen aangeven en succes niet uitsluitend wordt afgemeten aan vooraf bepaalde doelstellingen. Het respecteren van individuele grenzen wordt gezien als een belangrijk onderdeel van deze benadering. Wanneer zorgvragers zelf kunnen aangeven wat haalbaar is en elke stap vooruit wordt erkend, versterkt dit het gevoel van competentie en succes. Zoals een respondent beschrijft: "… dan kunnen ze zelf aangeven ‘het is te veel’, dus dan stopt het. Dan is het tot daar wel een succes geweest, want ze zijn in beweging geraakt" (R5, V3). Ook een andere respondent benadrukt dat beweging moet vertrekken vanuit wat iemand kan helpen om zich beter te voelen: "Wat zou kunnen helpen om je goed te voelen en dat kan ook op een heel laagdrempelige manier zijn" (R13, V10).

Om deze persoonsgerichte visie in de praktijk te brengen, zetten voorzieningen in op een laagdrempelige en flexibele aanpak. Activiteiten worden stapsgewijs opgebouwd en afgestemd op het niveau en de mogelijkheden van de zorgvrager. Respondenten benadrukken het belang van kleine, haalbare stappen en een veilige omgeving waarin mensen kunnen experimenteren met beweging zonder angst om te falen. Zoals een respondent aangeeft, wordt voortdurend bekeken "wat is oké, wat is niet oké" (R3, V2), terwijl een andere respondent het belang van "heel laagdrempelig beginnen" (R5, V3) benadrukt. Op die manier proberen voorzieningen aan te sluiten bij het individuele tempo en de mogelijkheden van zorgvragers.

Respondenten benadrukken het belang van een breed en gevarieerd bewegingsaanbod, zodat zorgvragers activiteiten kunnen kiezen die aansluiten bij hun interesses, voorkeuren en leefwereld. Volgens hen vereist een succesvolle bewegingsbegeleiding voldoende flexibiliteit om tegemoet te komen aan de uiteenlopende behoeften en verwachtingen van zorgvragers. Zoals een respondent aangeeft: "We gaan uit het brede aanbod kijken van waar heeft

de patiënt het meest nood aan, of wat zijn de wensen van de zorgvrager, zodanig dat die de dingen die hij of zij aangereikt krijgt (...) in de thuissituatie kan verderzetten" (R13, V10). Een dergelijk aanbod verhoogt niet alleen de toegankelijkheid en betrokkenheid van zorgvragers, maar ondersteunt ook de duurzame verderzetting van beweging buiten de zorgcontext.

Binnen deze persoonsgerichte en laagdrempelige benadering wordt ook individuele begeleiding beschouwd als een waardevolle praktijk. Hoewel groepsactiviteiten een belangrijke plaats innemen binnen het bewegingsaanbod, geven respondenten aan dat sommige zorgvragers nood hebben aan extra ondersteuning om beweging op te starten of vol te houden, vooral in de beginfase van een beweegtraject. Individuele begeleiding biedt de mogelijkheid om specifieke drempels, verwachtingen en doelen in kaart te brengen en het beweegtraject hierop af te stemmen. Zoals een respondent aangeeft: "Ik zou mensen zeker in het begin puur op bewegingsvlak ook wel liever soms wat meer individueel willen begeleiden" (R12, V9).

Tegelijk ervaren respondenten een spanning tussen de wens om dergelijk maatwerk te bieden en de organisatorische mogelijkheden om dit te realiseren. Beperkingen in beschikbare tijd en personeelscapaciteit maken het niet altijd mogelijk om de mate van individuele ondersteuning te voorzien die medewerkers wenselijk achten. Desondanks wordt maatwerk, in combinatie met een breed en flexibel aanbod, beschouwd als een belangrijke voorwaarde om zorgvragers duurzaam te motiveren en te ondersteunen in een actieve levensstijl.

1.5. GEÏNTEGREERD BEWEGINGSBELEID VOOR ZORGVRAGERS EN MEDEWERKERS

Verschillende voorzieningen benaderen beweging expliciet als een gemeenschappelijk gezondheidsdoel voor zorgvragers en medewerkers: “ons algemeen gezondheidsbeleid [...] is zowel op zorgvragers als op medewerkers gericht” (R11, V8). Beweging wordt daarbij niet uitsluitend beschouwd als een therapeutische interventie, maar als onderdeel van een breder gezondheids- en welzijnsbeleid. Beweging wordt hierbij gekoppeld aan gezondheidspromotie, preventie en psychosociaal welzijn.

De wijze waarop dit beleid wordt vormgegeven varieert tussen voorzieningen. In verschillende voorzieningen worden gezamenlijke initiatieven beschreven waarbij zorgvragers en medewerkers samen deelnemen aan bewegingsactiviteiten, zoals sportdagen, tornooien en groepssessies. Deze activiteiten worden gezien als een middel om ontmoeting, verbondenheid en een meer gelijkwaardige relatie tussen zorgvragers en medewerkers te stimuleren. Zo verwijst een respondent naar een sportdag met “zorgvragers en personeel door elkaar” (R11, V8), terwijl een andere respondent beschrijft hoe bij een laagdrempelig ochtendbewegingsmoment “de verpleging voorbijkomt en meedoet” (R8, V5).

1.6. BELEIDSMATIGE VERANKERING

De interviews tonen een duidelijke variatie in de mate waarin beweging formeel beleidsmatig verankerd is binnen voorzieningen. Hoewel beweging in vrijwel alle voorzieningen aanwezig is in de dagelijkse werking, verschillen voorzieningen sterk in de manier waarop deze visie wordt vertaald naar beleidsdocumenten, structuren en organisatorische processen.

Binnen enkele voorzieningen, voornamelijk de psychiatrische verzorgingstehuizen, wordt beweging vooral geïntegreerd in de dagelijkse werking zonder dat hiervoor een expliciet bewegingsbeleid werd uitgewerkt. Beweging wordt er opgenomen binnen individuele zorgplannen, bewonersbesprekingen en therapeutische activiteiten, maar is minder zichtbaar in formele beleidsdocumenten zoals één respondent formuleerde: “Wij hebben daar niet echt een

beleid op papier rond staan" (R5, V3). Hoewel een formeel kader ontbreekt, betekent dit niet dat beweging geen plaats krijgt binnen de zorgverlening. De nadruk ligt eerder op een praktijkgerichte benadering waarbij beweging wordt afgestemd op de individuele behoeften van bewoners.

In verschillende psychiatrische ziekenhuizen daarentegen is beweging expliciet beleidsmatig verankerd. Respondenten verwijzen naar beleidsnota's, werkgroepen, vakgroepen, actieplannen en expertisecentra die instaan voor de ontwikkeling, coördinatie en opvolging van het bewegingsaanbod. Zoals een respondent aangeeft: "Vanuit de werkgroep hebben wij dat opgestart" (R1, V1). Deze structuren ondersteunen niet alleen de beleidsontwikkeling, maar dragen ook bij aan de verdere uitbouw, evaluatie en verduurzaming van bewegingsinitiatieven. In één organisatie werd beweging bovendien duidelijk afgebakend ten opzichte van psychomotorische therapie en vastgelegd in afzonderlijke beleidsdocumenten en functieprofielen: "We hebben ook één (plan) dat beschrijft wat bewegingstherapie is. Wat helder maakt dat dat eigenlijk twee verschillende zaken zijn" (R9, V6). In deze voorzieningen wordt beweging niet enkel beschouwd als een therapeutisch middel, maar ook als een structureel onderdeel van de zorgvisie.

De formele verankering komt eveneens tot uiting in de registratie en opvolging van bewegingsactiviteiten. Verschillende respondenten gaven aan dat bevindingen vanuit bewegingstherapie systematisch worden opgenomen in zorgvragersdossiers en multidisciplinaire overlegmomenten. In één psychiatrisch ziekenhuis wordt bewegen zelfs omschreven als een fundamenteel onderdeel van de algemene zorgvisie of als "een basiselement in de zorg" (R11, V8).

Hoewel sommige voorzieningen beschikken over sterk uitgewerkte beleidsstructuren, wijzen de interviews erop dat de aanwezigheid van beleidsdocumenten op zich geen garantie vormt voor een effectieve implementatie. Een respondent uit een PZ geeft aan dat beleidsplannen voornamelijk worden opgesteld vanuit formele verplichtingen en minder richtinggevend zijn voor de dagelijkse werking: "Dat is een verplichting, hè? Dus dat wordt wel gedaan, maar daar wordt eigenlijk weinig mee gedaan" (R3, V2). Dit suggereert dat de impact van beleidsmatige verankering mede afhankelijk is van de mate waarin beleidsdoelstellingen daadwerkelijk worden vertaald naar concrete acties en gedragen worden door medewerkers.

Opvallend is daarnaast dat respondenten formeel beleid niet uitsluitend definieerden als geschreven documenten. Ook gedeelde visies, multidisciplinaire overlegstructuren, werkgroepen en organisatorische ondersteuning worden beschouwd als belangrijke elementen van beleidsmatige verankering. Voorzieningen waar beweging zichtbaar aanwezig is in zowel het beleid als de dagelijkse werking lijken beweging sterker te integreren in de organisatiecultuur. Zo geeft een respondent aan dat beweging "echt in elke vezel van de organisatie zit" (R11, V8). Tegelijkertijd wordt ook in voorzieningen zonder uitgebreid beleidskader erkend dat meer formele ondersteuning wenselijk kan zijn. Een respondent uit een PVT merkt hierover op: "Ik denk dat dat wel interessant zou zijn om daar wat meer handvatten te krijgen" (R16, V12).

THEMA 2: HEFBOMEN EN DREMPELS BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN EEN BEWEGINGSBELEID

Het thema hefbomen en drempels bestaat uit zes subthema's die hieronder uitgewerkt worden: (1) zorgvragers en hun context, (2) medewerkers, (3) middelen, (4) netwerken en (5) organisatie en context en (6) maatschappelijke participatie en inclusie.

2.1. ZORGVRAGER EN CONTEXT

In wat volgt beschrijven we de belangrijkste hefbomen en drempels voor de zorgvragers en hun context die uit de interviews naar voren komen. We onderscheiden volgende onderdelen: (1) kenmerken van de zorgvragerspopulatie, (2) invloed van medicatie op bewegingsgedrag, (3) motivatie en betrokkenheid, (4) sociale context, (5) tijdsgebrek en concurrerende activiteiten en (6) juridische aspecten.

2.1.1. KENMERKEN VAN DE ZORGVRAGERSPOPULATIE

Bepaalde kenmerken van de patiëntpopulatie kunnen de deelname aan beweging stimuleren. Respondenten geven aan dat een deel van de zorgvragers reeds interesse heeft in sport of beweging, positieve ervaringen heeft opgebouwd in het verleden of beweging als betekenisvol ervaart binnen het eigen herstelproces. Deze voorkennis, interesse of positieve houding vormt vaak een goede basis om deelname aan bewegingsactiviteiten te stimuleren.

Respondenten benadrukken daarnaast dat zorgvragers geen homogene groep vormen en **uiteenlopende interesses, voorkeuren en verwachtingen** hebben ten aanzien van beweging. Sommige activiteiten sluiten hierdoor beter aan bij bepaalde doelgroepen dan bij andere. Volgens respondenten kan het inspelen op dergelijke voorkeuren de betrokkenheid en deelname vergroten. Een gevarieerd bewegingsaanbod houdt rekening met de diversiteit binnen de zorgvragerspopulatie en sluit aan bij uiteenlopende behoeften.Waar sommige zorgvragers vooral nood hebben aan activering en het doorbreken van sedentair gedrag, vinden anderen eerder aansluiting bij ontspannende, therapeutische of ervaringsgerichte bewegingsvormen. Door deze flexibiliteit neemt de kans toe dat zorgvragers een activiteit vinden die aansluit bij hun leefwereld en die als betekenisvol en haalbaar wordt ervaren.

Tot slot merken respondenten op dat sommige zorgvragers **bewust** inzetten op beweging als strategie om hun fysieke gezondheid te verbeteren, stress te verminderen of hun herstel te ondersteunen. Wanneer zorgvragers het nut van beweging erkennen en persoonlijke meerwaarde ervaren, verloopt de toeleiding naar bewegingsactiviteiten doorgaans gemakkelijker.

Daartegenover staat dat bepaalde kenmerken van de patiëntpopulatie een belangrijke belemmering kunnen vormen voor bewegingsparticipatie. **Psychische klachten** zoals depressieve symptomen, angst, psychosegevoeligheid of ernstige psychiatrische ontregeling kunnen het moeilijk maken om beweging op te starten of vol te houden. Enkele voorbeelden: *"Er zijn hier ook heel wat mensen met heel veel angsten waardoor dat echt iets superklein voor ons iets heel groot is*

voor hen. Uit hun kamer komen, of zelfs uit bed komen is voor sommigen echt heel moeilijk" (R4, V3); "Depressieve zorgvragers een week laten wandelen, dat vraagt al heel wat" (R11, V8).

Daarnaast kunnen ook **lichamelijke gezondheidsproblemen** de deelname aan bewegingsactiviteiten beperken. Een respondent merkt hierover op: *"Veel van onze mensen hebben ook fysieke klachten, en daar is het soms wel een afweging" (R14, V11).*

Ten slotte wijzen respondenten erop dat **langdurige psychiatrische problematiek** vaak gepaard gaat met **jarenlange inactiviteit**, waardoor het moeilijk wordt om een actieve levensstijl opnieuw op te bouwen. Zoals een respondent aangeeft: *"Ik zie daar dat passiviteit bij die doelgroep een veel voorkomend fenomeen is" (R10, V7).*

Verschillende respondenten benadrukken dat deze moeilijkheden niet geïnterpreteerd mogen worden als een gebrek aan motivatie, maar vaak samenhangen met de impact van de psychische kwetsbaarheid zelf.

2.1.2. INVLOED VAN MEDICATIE OP BEWEGINGSGEDRAG

Medicatiegebruik wordt door respondenten regelmatig genoemd als een factor die bewegingsparticipatie bemoeilijkt. Vooral **neveneffecten** zoals vermoeidheid, passiviteit en een verminderde fysieke belastbaarheid vormen een uitdaging. Zoals een respondent aangeeft: *"Heel vaak zijn dat ook mensen die nogal wat medicatie nemen die ervoor zorgt dat er een zekere passiviteit of bewegingsarmoede ontstaat" (R10, V7).*

Daarnaast worden **gewichtstoename en metabole problemen** regelmatig aangehaald als gevolg van medicatie. Volgens respondenten kan dit een negatieve invloed hebben op zowel het fysieke functioneren als het zelfbeeld van zorgvragers. Een respondent verwoordt dit als volgt: *"Het zorgt ook vaak voor een slecht gevoel bij de mensen. Dat gewicht komt dan bij" (R6, V4).*

Medicatie maakt het volgens respondenten soms ook **moeilijk om in te schatten welke vormen van beweging haalbaar en veilig zijn**. Daarom wordt vaak **afgestemd** met artsen en verpleegkundigen.

Naast deze afstemming wordt ook ingezet op **educatie** en **bewustwording** rond de invloed van medicatie op gewicht en lichamelijke gezondheid: *"Daar wordt ook educatie gegeven over bijwerkingen van medicatie. ….. "Er is bewustwording over de wisselwerking van medicatie op het gewicht" (R13, V10).*

2.1.3. MOTIVATIE EN BETROKKENHEID

Respondenten beschouwen **motivatie** als een cruciale hefboom voor bewegingsparticipatie. Hoewel een persoonsgerichte, laagdrempelige en veilige benadering belangrijke randvoorwaarden vormen voor deelname aan beweging, benadrukken respondenten dat motivatie uiteindelijk vooral wordt beïnvloed door de mate waarin activiteiten als plezierig, betekenisvol en persoonlijk relevant worden ervaren. Dit wordt weerspiegeld in uitspraken zoals: *"Wat doen de mensen graag? Wat kan een succesbeleving zijn?"* (R8, V5); *"Het aspect van het plezier vinden in bewegen, dat is het allerbelangrijkste. Daar staat of valt alles mee"* (R13, V10)". Door aan te sluiten bij interesses en positieve ervaringen te creëren kan de motivatie om te bewegen worden versterkt.

Ook het **expliciet erkennen van kleine successen** blijkt een belangrijke motivatiestrategie. Door te focussen op haalbare doelen en positieve ervaringen proberen medewerkers het zelfvertrouwen en de intrinsieke motivatie van zorgvragers geleidelijk te versterken. Zoals een respondent verwoordt: *"Eigenlijk moet je er altijd van uitgaan, ook al is het … iets positief uithalen. Ook al is het iets klein, dat is al een succes"* (R7, V4). Het benadrukken van vooruitgang, hoe beperkt

ook, wordt beschouwd als een belangrijke manier om zorgvragers gemotiveerd te houden en vertrouwen op te bouwen in hun eigen mogelijkheden.

Daarnaast zetten voorzieningen verschillende strategieën in om beweging op een laagdrempelige manier te stimuleren. Respondenten verwijzen onder meer naar het gebruik van **nudges, zoals het** promoten van trapgebruik, het integreren van beweging in dagelijkse routines of het organiseren van korte beweegmomenten tijdens andere activiteiten. Volgens hen kunnen dergelijke initiatieven mensen bewust maken van hun beweeggedrag en hen stimuleren om stap voor stap actievere gewoonten te ontwikkelen. Zoals een respondent aangeeft: *"Op een of andere zeer laagdrempelige manier aan te zetten tot poging om iets meer te mobiliseren. Is dat door trappen te nemen, is dat door een vergadering even stop te zetten, is dat door samen dingen te organiseren"* (R8, V5).

Respondenten wijzen er ook op dat verschillende vormen van beweging een beroep doen op uiteenlopende motivaties. Voor sommige doelgroepen kunnen **competitieve elementen**, zoals sporttoernooien, beweegchallenges of onderlinge wedstrijden, extra betrokkenheid creëren en bijdragen aan een gevoel van prestatie en sociale verbondenheid. Tegelijk erkennen zij dat competitie niet voor iedereen motiverend werkt en voor sommige zorgvragers zelfs een drempel kan vormen. In dergelijke gevallen sluiten individuele of minder prestatiegerichte activiteiten beter aan bij de behoeften van de deelnemer.

Ook activiteiten die plaatsvinden **buiten de klassieke zorgcontext** worden als bijzonder motiverend ervaren. Wandel- en fietsuitstappen, reizen, zorgboerderijen en activiteiten met dieren combineren beweging met nieuwe ervaringen en bieden kansen om zelfstandigheid, zelfvertrouwen en herstel te versterken. Zoals een respondent beschrijft: *"Op reis zie je dat ook. Ineens schieten die in actie. Dan beginnen die mee wandelingen te doen, dan beginnen die te koken"* (R4, V3). Ook activiteiten met dieren en zorgboerderijen worden positief beoordeeld omdat sommige bewoners hierdoor *"echt openbloeien"* (R4, V3).

Tegelijk erkennen respondenten dat **een gebrek aan motivatie** één van de belangrijkste drempels voor bewegingsparticipatie blijft. Zelfs wanneer een passend aanbod beschikbaar is, blijkt het voor sommige zorgvragers moeilijk om de stap naar beweging te zetten. Het activeren van mensen vraagt volgens respondenten vaak veel tijd, herhaling en een volgehouden aanwezigheid van begeleiders. Zoals een respondent aangeeft: *"Soms lukt het niet en soms ga je 100 keer langs bij wijze van spreken" (R6, V4).* Ook het betreden van een nieuwe omgeving of deelnemen aan een onbekende activiteit kan onzekerheid oproepen: *"Dat vraagt wel wat van iemand om ergens nieuw toe te komen" (R16, V12).*

Daarnaast krijgt beweging **niet altijd prioriteit** binnen het herstelproces. Zorgvragers worden vaak geconfronteerd met andere noden die op dat moment dringender aanvoelen, zoals huisvesting, werk of financiële zekerheid. Zoals een respondent stelt: *"Sport is vaak ook één van de laatste dingen voor mensen. Ze zijn als ze hier komen de weg kwijt. Het is eerst huisvesting, werk, inkomen"* (R6, V4).

Ook negatieve ervaringen uit het verleden kunnen een invloed hebben op de motivatie om deel te nemen aan beweging. Verschillende respondenten verwijzen naar zorgvragers die sport associëren met falen, uitsluiting of pijnlijke ervaringen tijdens hun schooltijd. Zoals een respondent aangeeft: *"Heel veel mensen hebben een trauma aan sport" (R7, V4).*

2.1.4. SOCIALE CONTEXT

Respondenten benadrukken het belang van **sociale ondersteuning en groepsverbondenheid** voor het stimuleren van beweging. Volgens hen spelen medezorgvragers een belangrijke rol in het motiveren en stimuleren van elkaar om deel te nemen aan beweegmomenten. Zoals een respondent aangeeft: *"De jongemannen zorgen er ook voor dat de andere ineens toch eens mee een wandeling gaan doen. Ze gaan rapper meegaan, ze stimuleren mekander daar ook in op alle vlakken". (R4, V3).*

Respondenten geven aan dat aanmoedigingen van medezorgvragers soms meer impact hebben dan stimulering door hulpverleners: *"Soms motiveert het ook mensen onder elkaar. Probeer toch een keer deel te nemen" (R6, V4)*. Daarnaast ontstaan vaak informele buddyrelaties waarbij zorgvragers elkaar ondersteunen, aanmoedigen en helpen om hun motivatie vast te houden. Een respondent omschrijft dit als volgt: *"Dan zijn ze zowat elkanders buddy" (R15, V11)*.

Om deze sociale dynamiek te versterken organiseren verschillende voorzieningen **gezamenlijke beweeginitiatieven**, zoals beweegmomenten in groep, sportdagen, tornooien, beweegweken en fietstochten. Dergelijke activiteiten combineren beweging met ontmoeting, samenwerking en positieve ervaringen, en vergroten de motivatie om te bewegen. In verschillende voorzieningen nemen zorgvragers en medewerkers zelfs samen deel aan de activiteiten, waardoor hiërarchische verschillen tijdelijk naar de achtergrond verdwijnen en een gevoel van gelijkwaardigheid ontstaat.

Ook kunnen **familieleden en andere persoonlijke contacten** een belangrijke rol spelen in het stimuleren van beweging, het bieden van sociale ondersteuning en het creëren van verbondenheid. Eén van de respondenten illustreert hoe familie en vrienden, ook van medewerkers, mee worden ingeschakeld bij een wandelactiviteit: *"Dan heb ik wel bijvoorbeeld mijn familie en mijn vrienden uitgenodigd voor een wandeling die ik organiseer voor de Warmste Week. Bewoners weten dat en dan kunnen zij ook mee die wandeling gaan doen" (R4, V3)*. Voorzieningen proberen actief **bruggen te slaan naar de buitenwereld** door familieleden, vrienden en andere betekenisvolle contacten te betrekken bij het herstel- en participatieproces van zorgvragers. Zoals een respondent aangeeft: *"En ook altijd te kijken van, hoe kunnen we de context? Hoe kunnen we buiten hier binnenkrijgen? Dat gaat over verenigingen, maar dat gaat ook over familieleden" (R11, V8)*.

Toch geven respondenten aan dat **sociale factoren** ook een **belemmerende rol** kunnen spelen bij bewegingsparticipatie. Sommige zorgvragers beschikken over een beperkt sociaal netwerk of ervaren onvoldoende ondersteuning vanuit hun omgeving om actief te bewegen. Dit wordt geïllustreerd door de uitspraken: *"Dat is toch een aanzienlijke groep met beperkte entourage" (R10, V7)*; *"Waardoor dat ze eigenlijk voor hun opname ook weinig ondersteuning gaan hebben vanuit een netwerk daarrond" (R9, V6)*. Volgens respondenten is deze beperkte sociale ondersteuning vaak al aanwezig vóór de opname, waardoor ook na ontslag niet altijd kan worden teruggevallen op een netwerk dat een actieve levensstijl ondersteunt.

Daarnaast kunnen **gevoelens van schaamte, onzekerheid of angs**t om beoordeeld te worden deelname aan groepsactiviteiten bemoeilijken. Voor sommige zorgvragers kan de aanwezigheid van anderen eerder een drempel dan een stimulans zijn voor de zorgvragers. Ook **negatieve groepsdynamieken** kunnen het engagement voor beweging verminderen. Wanneer zorgvragers zich onvoldoende veilig voelen binnen een groep of zich niet herkennen in het aanbod, neemt de kans op deelname af volgens de respondenten.

2.1.5. TIJDSGEBREK EN CONCURRERENDE ACTIVITEITEN

Verschillende respondenten geven aan dat zorgvragers vaak een druk dagprogramma hebben, waardoor er niet altijd voldoende tijd, energie of mentale ruimte overblijft voor bijkomende beweging. Therapieën, gesprekken en andere opdrachten krijgen regelmatig voorrang, waardoor bewegingsactiviteiten moeilijker kunnen worden ingepland. Zoals een respondent aangeeft: *"Mensen hebben hier een heel druk programma, bijvoorbeeld. Ja en dan zijn ze soms blij dat ze om 5 uur wat kunnen stilvallen en dan aan andere opdrachten werken, dus dat komt er niet altijd van" (R2, V1)*.

2.1.6. JURIDISCHE ASPECTEN

Juridische statuten en veiligheidsmaatregelen kunnen de bewegingsmogelijkheden van zorgvragers beperken. Vooral voor zorgvragers binnen gesloten afdelingen of zorgvragers die gedwongen zijn opgenomen, zijn

verplaatsingen en activiteiten buiten de afdeling niet altijd mogelijk. Zoals een respondent aangeeft: *"Dat is een gesloten afdeling. Die mensen worden soms gecolloqueerd, dus kunnen niet naar buiten" (R7, V4).* Daarnaast moet deelname aan bepaalde activiteiten individueel worden afgewogen op basis van **risico-inschattingen en veiligheidsvoorwaarden**. Zoals een respondent stelt: *"Als er fugegevaar is gaan we ze niet meenemen." (R7, V4).*

Ook de **voorgeschiedenis** van zorgvragers kan een invloed hebben op hun bewegingsmogelijkheden. Respondenten verwijzen bijvoorbeeld naar mensen die langdurig in een **beperkende context** verbleven en daardoor een aanzienlijke fysieke achterstand hebben opgebouwd. Zoals een respondent aangeeft: *"Mensen die twee jaar in de gevangenis gezeten hebben, niks gedaan hebben. (...) Ja, begint er soms maar eens aan hé." (R12, V9).*

2.2. MEDEWERKERS

Dit subthema omvat vier onderdelen: (1) motivatie en betrokkenheid van medewerkers, (2) multidisciplinair samenwerken en gedeeld draagvlak, (3) gespecialiseerde therapeutische expertise en (4) ervaringsdeskundigen en vrijwilligers als aanvullende ondersteuners.

2.2.1. MOTIVATIE EN BETROKKENHEID VAN MEDEWERKERS

Medewerkers fungeren als **belangrijke rolmodellen en motivatoren** in het stimuleren van beweging. Door hun enthousiasme en betrokkenheid dragen zij bij aan een cultuur waarin bewegen een vanzelfsprekend onderdeel vormt van herstel en gezondheid. Respondenten benadrukken dat het succes van bewegingsinitiatieven niet alleen afhangt van infrastructuur of het beschikbare aanbod, maar vooral van de mate waarin medewerkers de zorgvragers weten te enthousiasmeren en ondersteunen: *"Ik denk dat enthousiasme begint met ons hé, als we zelf enthousiast zijn krijgen we zorgvragers mee." (R11, V8); "Wij moeten het voorbeeld hier geven. ….. Het enthousiasme dat we uitstralen ook en dat we dat meegeven." (R7, V4).*

Daarnaast benadrukken respondenten het belang van een **relationele, empathische en niet-oordelende houding**. Vertrouwen, verbinding (*"Ge moet verbinden" (R8, V5)*), en een positieve benadering worden gezien als essentiële voorwaarden om gedragsverandering te ondersteunen.

Ondanks deze belangrijke stimulerende rol wijzen respondenten ook op verschillende uitdagingen. Het motiveren van zorgvragers blijkt vaak een **uitdagend proces**. Wanneer deelname uitblijft of herhaalde inspanningen weinig resultaat opleveren, kan dit de motivatie van medewerkers onder druk zetten zoals volgende voorbeelden aantonen: *"Soms lukt het niet en soms ga je 100 keer langs bij wijze van spreken. Dan zakt uw eigen motivatie soms ook een beetje." (R6, V4); "Soms organiseer je ook dat ik ga zwemmen en je bent heel gemotiveerd en van de 3 open afdelingen gaat er dan 2 man mee." (R7, V4).*

Respondenten wijzen eveneens op **verschillen in affiniteit met beweging** tussen medewerkers. Niet iedere medewerker beschouwt beweging als een vanzelfsprekend onderdeel van de begeleiding. *Sommige collega's zijn volgens respondenten meer 'sportminded'* (R7, V4) dan anderen, waardoor beweging niet door iedereen in dezelfde mate wordt gestimuleerd. Bovendien wordt aangegeven dat medewerkers **niet altijd het gewenste voorbeeldgedrag** stellen. Eén respondent geeft aan dat het moeilijk kan zijn om beweging en een gezonde levensstijl geloofwaardig te promoten wanneer deze waarden door medewerkers zelf beperkt worden uitgedragen: *"Wij zijn gewoon om zorgvragers op te leggen, je moet bewegen en dat ze moeten fit zijn en actief zijn. En zelf zitten we" (R10, V7).*

Verder blijken bewegingsinitiatieven vaak afhankelijk van een **beperkt aantal geëngageerde medewerkers** die het thema actief trekken. Hoewel dit persoonlijk engagement een belangrijke kracht vormt, maakt het initiatieven ook

kwetsbaar: *"Het verhaal rond bewegen [is] veel te veel afhankelijk van iemand die daar zelf initiatief in neemt, een individu die dat ook wil trekken. Dat is aan de ene kant soms een sterkte en langs de andere kant is dat onmiddellijk de zwakte" (R10, V7)*. Ook andere respondenten wijzen erop dat bewegingsinitiatieven hierdoor onvoldoende breed gedragen worden binnen het team.

Tot slot ervaren sommige medewerkers frustratie wanneer collega's **weinig interesse** tonen in bewegingsinitiatieven. Ondanks pogingen om collega's actief te betrekken, blijft het niet altijd eenvoudig om een breed draagvlak te creëren. Zoals een respondent stelt: *"Soms is het frustrerend om dan te botsen op mensen die daar ongeïnteresseerd naar zijn" (R13, V10)*.

2.2.2. MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN EN GEDEELD DRAAGVLAK

Multidisciplinaire samenwerking wordt door respondenten beschouwd als een **cruciale hefboom** voor het stimuleren en duurzaam verankeren van beweging. Beweging wordt daarbij niet gezien als de verantwoordelijkheid van één discipline, maar als een gedeelde opdracht van het volledig zorgteam. Door expertise, observaties en perspectieven van verschillende zorgprofessionals samen te brengen, ontstaat een meer geïntegreerde en persoonsgerichte benadering van bewegingsgerichte zorg.

Deze samenwerking krijgt op **verschillende manieren** vorm. Zorgvragers worden **vanuit meerdere disciplines aangemoedigd** om deel te nemen aan bewegingsactiviteiten. Zoals een respondent aangeeft: *"We vragen dan ook aan het multidisciplinaire team om zorgvragers te sensibiliseren voor alle therapiesessies waar er beweging in zit" (R13, V10)*. Wanneer zorgvragers drempels ervaren om deel te nemen, zoeken teamleden **gezamenlijk naar haalbare alternatieven en aangepaste vormen van beweging**: *"Als zorgvragers een reden aanhalen om niet naar de bewegingstherapie te komen, dan zal er gezocht worden, hoe is het dan toch mogelijk [om te bewegen] met de klacht die je hebt" (R13, V10)*. Ook vaste begeleiders, individuele begeleiders en buddy's spelen een belangrijke rol in het **motiveren en ondersteunen** van zorgvragers. Omdat zij vaak een vertrouwensrelatie met de zorgvrager hebben opgebouwd, kunnen zij beweging toegankelijker maken en afstemmen op individuele noden en mogelijkheden.

Daarnaast wordt de **voortdurende afstemming tussen disciplines rond individuele zorgvragers** als een belangrijke meerwaarde beschouwd. Via multidisciplinaire overlegmomenten, overdrachten en informele afstemming delen zorgverleners observaties, ervaringen en aanbevelingen over het functioneren en de behoeften van zorgvragers. Hierdoor kan beweging beter geïntegreerd worden in het behandel- en hersteltraject: *"Dat wordt gebrieft. Het is niet alleen wat ik hier nu vertel maar dat briefen wij ook naar elkaar [...] Zij geven mij ook tips" (R8, V5)*. Deze samenwerking bevordert een meer holistisch inzicht in de behoeften, mogelijkheden en hersteldoelen van zorgvragers, waardoor ondersteuning beter op maat kan worden vormgegeven: *"We gaan proberen detecteren van: 'Wat heeft die persoon nodig?', en dan in dialoog gaan" (R13, V10)*.

Respondenten benadrukken daarnaast dat een succesvol bewegingsbeleid een **breed organisatorisch draagvlak** vereist. Zoals eerder aangegeven (zie 2.2.1) blijken bewegingsinitiatieven in de praktijk vaak afhankelijk van individuele geëngageerde medewerkers, waardoor de continuïteit kwetsbaar kan zijn. Een **gedeelde verantwoordelijkheid binnen teams en voorzieningen** wordt daarom gezien als een belangrijke voorwaarde om bewegingsgerichte zorg duurzaam te verankeren. Wanneer beweging breed gedragen wordt door verschillende disciplines en afdelingen, vermindert de afhankelijkheid van individuele initiatiefnemers en neemt de kans toe dat initiatieven op langere termijn behouden blijven. Toch wijzen respondenten erop dat bewegingsbeleid in sommige voorzieningen nog sterk afhankelijk is van het engagement van enkele **individuele trekkers**. Zoals een respondent opmerkt: *"Dat dat soms heel individueel is en dat dat weinig duurzaam wordt en dat het vaak afhangt van de motivatie"* (R7, V4). Wanneer sleutelfiguren wegvallen of van functie veranderen, bestaat het risico dat initiatieven stilvallen.

Tegelijkertijd blijkt multidisciplinair samenwerken niet altijd vanzelfsprekend. Een eerste aandachtspunt betreft de **communicatie tussen medewerkers en disciplines**. Volgens een respondent kan de uitrol van beleid bemoeilijkt worden wanneer medewerkers onvoldoende worden meegenomen in het proces: *"Het enige dat ik anders zou doen heb ik ook wel een beetje geleerd eruit. Dat rond de communicatie dat daar misschien wel een aantal dingen zorgvuldiger konden gebeuren" (R9, V6).*

Daarnaast beschouwt **niet iedere medewerker** bewegingsstimulering als **onderdeel van de eigen professionele rol**. Zoals een respondent aangeeft: *"Sommigen dromen het omgekeerde: die zijn psycholoog en die gaan echt niet buiten die lijntjes kleuren. Of een verpleegkundige die zegt: 'Ik ben wel verpleegkundige, ik ga toch niet mee naar de sporthal" (R8, V5).* Volgens respondenten leidt dit tot verschillen in betrokkenheid tussen teams en afdelingen en tot een ongelijk draagvlak voor bewegingsgerichte zorg. Terwijl sommige medewerkers steun ervaren vanuit hun team, voelen anderen zich relatief alleen staan in het uitbouwen van bewegingsinitiatieven: *"Ik heb evengoed collega's bij mij in de vakgroep die op hun afdeling echt niet die grond voelen en die echt wel alleen instaan voor dat beleid" (R12, V9).*

2.2.3. GESPECIALISEERDE THERAPEUTISCHE EXPERTISE

Respondenten beschouwen gespecialiseerde therapeutische expertise als een belangrijke hefboom voor kwaliteitsvolle bewegingsgerichte zorg. Vooral psychomotorisch therapeuten (PMT'ers) worden daarbij omschreven als sleutelfiguren binnen een kwaliteitsvol bewegingsbeleid. Hun expertise maakt het mogelijk om beweging niet alleen als fysieke activiteit, maar ook als een **doelgerichte therapeutische interventie** in te zetten die aansluit bij de psychiatrische kwetsbaarheid, mogelijkheden en hersteldoelen van zorgvragers. De meerwaarde van PMT'ers ligt volgens respondenten vooral in hun vermogen om bewegingsactiviteiten doelgericht af te stemmen op de specifieke noden, mogelijkheden en kwetsbaarheden van verschillende zorgvragersgroepen.

Volgens respondenten omvat **psychomotorische therapie (PMT)** meer dan het aanbieden van sport- of bewegingsactiviteiten. Beweging wordt bewust ingezet om herstel, psychosociaal functioneren, lichaamsbeleving en persoonlijke ontwikkeling te ondersteunen. Daarbij ligt de nadruk niet op prestatie, maar op het creëren van positieve ervaringen, het versterken van zelfvertrouwen en het bevorderen van intrinsieke motivatie.

Naast hun therapeutische rol dragen gespecialiseerde bewegingstherapeuten volgens respondenten ook bij aan de verspreiding van kennis en expertise rond bewegingsgerichte zorg binnen multidisciplinaire teams. Zij ondersteunen collega's bij het integreren van beweging in de dagelijkse zorgpraktijk en fungeren vaak als ambassadeurs van beweging binnen de organisatie. In het gedeelde engagement nemen zij vaak een trekkersrol op door het belang van beweging actief uit te dragen en initiatieven te ondersteunen. Zoals een respondent aangeeft: *"De bewegingstherapeuten staan er uiteraard, zij zijn de vaandeldragers van het belang uitdragen van beweging" (R13, V10).* Op die manier ondersteunen zij niet alleen individuele zorgtrajecten, maar ook de bredere implementatie van bewegingsgerichte zorg.

Tegelijkertijd ervaren respondenten ook enkele **belemmeringen**. De belangrijkste drempel betreft de **beperkte mogelijkheden voor kennis- en expertise-uitwisseling**, vooral binnen voorzieningen waar slechts een beperkt aantal PMT'ers werkzaam is. Hierdoor bestaat het risico dat expertise sterk geconcentreerd blijft bij individuele medewerkers. Een respondent verwijst hierbij naar het wegvallen van een eerder professioneel netwerk: *"Vroeger had je wel een Vlaamse vereniging PMT, maar die was puur vrijwillig en die is niet meer verdergezet door gebrek aan vrijwilligers" (R14, V11).*

Hoewel respondenten vooral het belang van PMT benadrukken, wijzen zij daarnaast ook op de meerwaarde van **andere gespecialiseerde lichaamsgerichte therapieën,** zoals danstherapie en andere non-verbale therapeutische

werkvormen. Via deze methodieken wordt gewerkt rond lichaamsbeleving, emotionele verwerking en expressie, waardoor beweging een betekenisvolle plaats krijgt binnen het herstelproces en het therapeutisch aanbod.

2.2.4. ERVARINGSDESKUNDIGEN EN VRIJWILLIGERS ALS AANVULLENDE ONDERSTEUNERS

Ervaringsdeskundigen en vrijwilligers vervullen een **belangrijke aanvullende rol** binnen bewegingsgerichte en herstelgerichte zorg. Zij bieden een vorm van ondersteuning die verschilt van die van professionele hulpverleners en dragen bij aan beweging, participatie en herstel.

Vrijwilligers worden door verschillende respondenten omschreven als een belangrijke voorwaarde om bepaalde activiteiten gericht op beweging en participatie **praktisch** haalbaar te maken. Vooral bij activiteiten buitenshuis of bij zorgvragers met een grotere ondersteuningsnood bieden zij extra ondersteuning. Zoals een respondent aangeeft: *"Voor de andere moet ik dan (beroep doen op) vrijwilligers en zo, zodanig dat wij ook wel die actie kunnen doen"* (*R8, V5*). Naast praktische ondersteuning creëren zij ook een **sociale meerwaarde**. Door hun aanwezigheid ontstaan contacten die verschillen van de klassieke hulpverleningsrelatie.

Ook **ervaringsdeskundigen** worden beschouwd als waardevolle partners binnen bewegingsgerichte zorg. Vanuit hun eigen ervaringen hebben zij een goed inzicht in de leefwereld en uitdagingen van zorgvragers, kunnen zij op een **laagdrempelige** manier **contact** leggen met zorgvragers en fungeren zij als **herkenbare rolmodellen**. Respondenten ervaren deze betrokkenheid als bijzonder waardevol omdat deze personen vertrouwd zijn met de organisatie en vanuit hun eigen traject een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan het herstelproces. Zoals een respondent aangeeft: *"Dus bij deze mensen weet ik zeker, die zijn geëngageerd, die komen terug, die zijn daar en die kunnen iets betekenen voor onze zorgvragers" (R15, V11).*

Daarnaast worden verschillende vormen van **informele sociale ondersteuning**, zoals **buddywerkingen en studentenprojecten** beschreven als manieren om zorgvragers te ondersteunen bij participatie aan activiteiten en contacten buiten de zorgcontext. Zo beschrijft een respondent: *"We stappen in het Lotus project bijvoorbeeld van Artevelde. Dat is een systeem waarbij 10 weken er studenten komen die met een bewoner op pad gaan" (R16, V12).*

Ondanks de meerwaarde wijzen respondenten ook op de **kwetsbaarheid** van dergelijke initiatieven wanneer ze afhankelijk zijn van een **beperkt aantal personen** en van **vrijwillig engagement**. Een respondent beschrijft hoe het wegvallen van een ervaringsdeskundige onmiddellijk een impact kan hebben op de continuïteit van de ondersteuning: *"Helaas is vorige week een ervaringsdeskundige gestopt. Want daar hadden wij wel een soort continuüm mee. Als ik verlof had, nam die dat over" (R8, V5).* Ook een andere respondent vertelt dat wanneer een buddywerking of tijdelijke ondersteuning wegvalt, het voor sommige zorgvragers moeilijk blijkt om de activiteiten zelfstandig verder te zetten: *"Vanaf het moment dat daar het soort van buddywerking niet meer is, haken ze af" (R15, V11).* Wanneer de continuïteit van ondersteuning voornamelijk berust op de beschikbaarheid en inzet van een beperkt aantal vrijwilligers of ervaringsdeskundigen, kan dit de duurzaamheid van bewegingsinitiatieven onder druk zetten.

Respondenten geven aan dat de inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen een **voortdurende organisatorische opvolging** vereist. Het gaat onder meer om het afstemmen van rollen en verwachtingen, het onderhouden van contacten, het evalueren van de werking en het integreren van ervaringsdeskundigheid binnen bredere zorg- en hersteltrajecten. Zoals een respondent toelicht: *"Waar willen wij naartoe met onze ervaringswerkers? Hoe gaan wij die zetten? Dat is een traject dat daar loopt"* (*R15, V11).* Ook pogingen om dergelijke ondersteuning structureel te organiseren blijken niet altijd haalbaar. Een respondent verwijst naar eerdere pogingen om een buddywerking uit te bouwen, maar stelt *"dat is nooit niet echt gelukt, van dat te verlangen van medewerkers in hun vrije tijd, van dat toch te doen." (R5, V3).*

Daarnaast wijzen respondenten op een mogelijke **mismatch tussen tijdelijke ondersteuningsinitiatieven en de noden van zorgvragers**. Projecten met studenten of externe begeleiders kunnen waardevol zijn, maar sluiten niet altijd voldoende aan bij het functioneren en de ondersteuningsbehoeften van de doelgroep. Zoals een respondent aangeeft betreffende de mentale capaciteiten van zorgvragers: *"Dat die inschatting van vooral van niveau van onze bewoners dat het daar eigenlijk al verkeerd loopt" (R16, V12).*

2.3. ORGANISATIE

De volgende onderdelen beschrijven de belangrijkste hefbomen en drempels die het subthema 'organisatie' omvatten: (1) aard van opname en zorgcontext, (2) structurele inbedding en organisatie van het bewegingsaanbod en (3) organisatiecultuur, leiderschap en draagvlak.

2.3.1. AARD VAN OPNAME EN ZORGCONTEXT

Respondenten geven aan dat de **aard van de opname en de bredere zorgcontext** een belangrijke invloed hebben op de mogelijkheden om beweging te stimuleren. Verblijfsduur, zorgdoelstellingen en de organisatie van de zorg bepalen mee welke plaats beweging kan innemen binnen het herstel- of begeleidingstraject.

Verschillende respondenten beschrijven vooral **langdurige en meer stabiele zorgcontexten** als gunstig voor bewegingsstimulering. In dergelijke settings ontstaat meer ruimte om zorgvragers stapsgewijs te activeren, beweeggedrag op te bouwen en duurzame bewegingsgewoonten te ontwikkelen. Zo geeft een respondent aan: *"Dat kan omdat de mensen bij ons best lang zijn. Als je natuurlijk op een afdeling werkt waaraan mensen een behandelcyclus van 3 maanden volgen en dan in ontslag gaan, dan gaan die zo een dingen niet doen." (R3, V2)*. Een andere respondent wijst erop dat op afdelingen met langere verblijfsduren meer ruimte ontstaat om een traject rond beweging uit te bouwen: *"Het voordeel op een open afdeling is dat je ze soms wat langer hebt. (...) op de afdeling merk ik dat ik heel veel meer ruimte heb voor echt wel een parcours af te leggen." (R7, V4).*

Ook de **organisatie van de zorgcontext** blijkt van belang. Respondenten verwijzen naar de meerwaarde van kleinschalige afdelingen, langdurige opnames en een stabiel team om beweging duurzaam te integreren in de dagelijkse begeleiding: *"Uw afdeling moet kleinschalig zijn, moet langdurige opnames zijn. En een redelijk vast team." (R8, V5).*

Daarnaast geven respondenten aan dat de **zorgdoelstellingen van een afdeling of voorziening** meebepalen welke plaats beweging krijgt binnen het behandel- of begeleidingstraject. In settings waar herstel, participatie en kwaliteit van leven centraal staan, krijgt beweging volgens respondenten vaker een prominente plaats binnen de dagelijkse werking. Zoals een respondent stelt: *"Daar is kwaliteit van leven eigenlijk de hoofddoelstelling van de afdeling. En daarin gaat beweging wel een doel zijn." (R12, V9).*

Maar de aard van de opname en de specifieke zorgcontext vormen ook belangrijke uitdagingen. Een eerste uitdaging situeert zich binnen **acute en crisisgerichte zorgcontexten**. Zorgvragers bevinden er zich vaak in een instabiele fase waardoor deelname aan bewegingsactiviteiten niet altijd haalbaar is. Zoals een respondent aangeeft: *"Op de crisisafdeling komt er van alles terecht en mensen zijn vaak ook te ziek om te kunnen sporten" (R7, V4).* Hierdoor is het aantal zorgvragers dat op bepaalde momenten kan deelnemen soms beperkt: *"Vooral moeilijk op de crisisafdeling is dat er bijna geen enkele of zeer weinig zorgvragers zijn die kunnen sporten." (R6, V4).*

Daarnaast maken **kortdurende opnames** het moeilijk om op langere termijn te werken aan beweeggedrag en leefstijlverandering. Het ontwikkelen van nieuwe gewoonten en het duurzaam integreren van beweging vragen

volgens hen tijd, terwijl de focus tijdens kortere opnames vaak op acute zorg en stabilisatie ligt. Zoals een respondent aangeeft: *"Met andere woorden, als je dan iets beoogt op de langere termijn wordt dat eigenlijk altijd maar moeilijker en moeilijker." (R10, V7).* Een andere respondent benadrukt dat duurzame veranderingen gemakkelijker gerealiseerd kunnen worden wanneer zorgvragers langer opgenomen blijven: *"Dat kan alleen als je een iets langere opname hebt." (R8, V5).*

Tegelijk geven respondenten aan dat deze uitdagingen niet betekenen dat bewegingsstimulering binnen acute settings onmogelijk is. De haalbaarheid van bewegingsactiviteiten lijkt vooral afhankelijk van de mate waarin het aanbod wordt afgestemd op de mogelijkheden, behoeften en klinische toestand van de zorgvrager op dat moment.

2.3.2. STRUCTURELE INBEDDING EN ORGANISATIE VAN HET BEWEGINGSAANBOD

Uit de interviews blijkt dat bewegingsactiviteiten toegankelijker worden wanneer ze **structureel zijn ingebed in de dagelijkse werking** van de organisatie. Door beweging op te nemen in therapieprogramma's, weekplanningen en vaste groepsmomenten, wordt deelname minder afhankelijk van individuele initiatieven of toevallige omstandigheden. Respondenten geven aan dat deze structurele verankering de kans vergroot dat zorgvragers effectief worden bereikt en deelnemen aan bewegingsactiviteiten.

Binnen deze ingebedde aanpak zetten voorzieningen in op een **divers aanbod** dat varieert van laagdrempelige beweegmomenten tot meer gestructureerde sportactiviteiten. Terwijl sportactiviteiten vaak gericht zijn op fysieke inspanning en het ontwikkelen van sportieve vaardigheden, nemen ook informele en toegankelijke beweegvormen een belangrijke plaats in. Zoals een respondent aangeeft: *"Er zijn vaste therapiemomenten en sport is daar een onderdeel van" (R7, V4).* Ook terugkerende activiteiten, zoals gezamenlijke wandelingen, dragen bij aan een voorspelbaar en laagdrempelig aanbod: *"Er is hier een vast moment dat we gaan wandelen" (R7, V4).*

Daarnaast werken verschillende voorzieningen met **gestructureerde beweegtrajecten** die gericht zijn op het geleidelijk opbouwen en verduurzamen van beweeggedrag. Voorbeelden hiervan zijn *Start to Move*, *Start to Walk*, *Start to Run* en fitnesstrajecten. Een respondent vertelt hierover: *"Ik ben trots op het programma 'Start to Move'. Daar zitten drie dingen in: zwemmen, een 'Start to Walk en Start to Run'-programma en een 'Start to Fitness'-programma" (R2, V1).* Kenmerkend voor deze trajecten is de combinatie van begeleiding, opvolging en een stapsgewijze opbouw, waardoor drempels tijdig kunnen worden opgevangen en het traject kan worden afgestemd op de mogelijkheden van de zorgvragers.

Tegelijk blijkt dat een dergelijke structurele integratie niet in alle voorzieningen aanwezig is. In sommige voorzieningen blijft deelname **sterk afhankelijk van doorverwijzingen of het initiatief van individuele medewerkers.** Zoals een respondent stelt: *"Dat centraal beweegaanbod zit daar niet in" (R9, V6).* Bovendien wordt beweging in sommige voorzieningen nog steeds eerder beschouwd als een **facultatieve aanvulling** dan als een volwaardig onderdeel van behandeling en herstel. Hierdoor blijft de aanwezigheid en toegankelijkheid van bewegingsactiviteiten kwetsbaar en wordt een duurzame verankering binnen de zorgpraktijk bemoeilijkt.

Ondanks de meerwaarde van een structureel georganiseerd aanbod blijkt een dergelijke inbedding niet in alle voorzieningen vanzelfsprekend. Wanneer bewegingsactiviteiten niet opgenomen zijn in vaste programma's of routinematige werkprocessen, blijft deelname sterker afhankelijk van individuele doorverwijzingen en lokale initiatieven. Hierdoor ontstaat het risico dat zorgvragers niet systematisch bereikt worden en dat bewegingsparticipatie minder consistent wordt ondersteund.

2.3.3. ORGANISATIECULTUUR, LEIDERSCHAP EN DRAAGVLAK

Een breed gedragen organisatiecultuur vormt volgens respondenten een belangrijke hefboom voor de implementatie van bewegingsbeleid. Wanneer beweging aansluit bij de prioriteiten, waarden en doelstellingen van de organisatie, krijgt zij gemakkelijker een plaats binnen de dagelijkse werking.

Respondenten benadrukken daarnaast het belang van **steun vanuit leidinggevenden**. Wanneer directieleden beweging expliciet ondersteunen, ervaren medewerkers meer mogelijkheden om initiatieven uit te werken. Zoals een respondent aangeeft: *"De directeur zorg staat daarachter, die steunt dat 200%." (R8, V5).*

Ook **organisatiecultuur en prioriteitstelling** spelen volgens respondenten een belangrijke rol. Bewegingsbeleid blijkt gemakkelijker te slagen wanneer medewerkers het belang van beweging delen en actief uitdragen binnen hun dagelijkse praktijk. Een respondent verwoordt dit als volgt: *"Dat iedereen allemaal bewust is hoe belangrijk het is" (R7, V4).* Een onderdeel van deze organisatiecultuur is dat medewerkers **ruimte krijgen voor initiatief en eigenaarschap,** wat innovatie stimuleert. Medewerkers die kansen krijgen om projecten vorm te geven, voelen zich sterker betrokken bij bewegingsinitiatieven. Zoals een respondent stelt: *"We krijgen een beetje carte blanche om zaken in te vullen" (R6, V4).*

Beweging krijgt volgens respondenten **niet altijd dezelfde prioriteit als andere zorgthema's**. Hierdoor blijft de aandacht voor beweging soms afhankelijk van individuele medewerkers of lokale initiatieven. Zoals een respondent aangeeft: *"Ik geloof ook wel dat het niet iedereen zijn prioriteit is" (R9, V6).* Deze beperkte prioriteitstelling hangt volgens respondenten samen met de traditionele focus op **psychische gezondheid**, waardoor aandacht voor fysieke gezondheid en beweging soms naar de achtergrond verdwijnt. Hierdoor krijgt bewegingsstimulering niet altijd een volwaardige plaats binnen de dagelijkse zorgpraktijk. Een respondent beschrijft dit als volgt: *"Verpleegkundigen zijn heel erg bezig rond een psychiatrisch beeld en zorgen voor mentaal welzijn, maar fysieke welzijn wordt soms een beetje ... op de achtergrond" (R9, V6).*

Daarnaast wijzen respondenten erop dat voorzieningen vaak te maken hebben met een **groot aantal gelijktijdige projecten en verandertrajecten**, waardoor aandacht en middelen versnipperd raken. In deze context wordt het moeilijker om beweging structureel op de agenda te houden en duurzaam te verankeren binnen de organisatie.

Respondenten geven bovendien aan dat **communicatie over bewegingsinitiatieven** niet altijd alle medewerkers bereikt. Hierdoor blijft kennis over en betrokkenheid bij deze initiatieven vaak beperkt tot een kleine groep medewerkers, wat de ontwikkeling van een breed gedragen organisatiecultuur rond beweging belemmert. Zoals een respondent verwoordt: *"Dat blijft hangen bij een paar enkelingen." (R11, V8).*

Tot slot wijzen respondenten op verschillen in **professionele rolopvattingen**. Zoals eerder aangegeven beschouwen niet alle medewerkers bewegingsstimulering als onderdeel van hun eigen opdracht, waardoor de verantwoordelijkheid voor beweging vaak bij een beperkte groep professionals terechtkomt. Dit bemoeilijkt de ontwikkeling van een gedeeld engagement rond beweging binnen de organisatie. Zoals een respondent beschrijft: *"Sommige dromen het omgekeerde: die zijn psycholoog en die gaan echt niet buiten die lijntjes kleuren." (R8, V5).*

2.4. MIDDELEN

In dit subthema kunnen we drie soorten middelen onderscheiden: (1) financiële middelen, (2) infrastructuur, en (3) personeelsmiddelen.

2.4.1. FINANCIËLE MIDDELEN

Voldoende **financiële middelen** vormen een belangrijke hefboom voor de ontwikkeling, implementatie en verduurzaming van een bewegingsbeleid. Respondenten geven aan dat financiële factoren een rol spelen op het niveau van de organisatie, de zorgvrager en de bredere financieringscontext.

Op **organisatieniveau** maken voldoende middelen het mogelijk om bewegingsactiviteiten te organiseren, materiaal aan te kopen en infrastructuur te onderhouden of verder uit te bouwen. Respondenten wijzen erop dat verschillen in beschikbare middelen tussen voorzieningen (PZ en PVT) de mogelijkheden beïnvloeden om een kwalitatief en gevarieerd bewegingsaanbod uit te bouwen. Daarnaast geven respondenten aan dat binnen voorzieningen voortdurend keuzes moeten worden gemaakt over de besteding van middelen, waarbij de mate waarin beweging als prioriteit wordt beschouwd een belangrijke rol speelt. Investeringen in beweging moeten daarbij vaak **concurreren met andere organisatorische prioriteiten** waardoor investeringen in bewegingsinfrastructuur en bewegingsinitiatieven onder druk kunnen komen te staan. Zoals een respondent opmerkt: *"Men heeft een beperkt budget en men gaat dan kijken van wat heeft hier meer prioriteit. Ik denk dat flexibele bureauruimtes meer prioritair worden gevonden dan één grote bewegingsruimte" (R13, V10).*

Op het **niveau van de zorgvrager** benadrukken respondenten het belang van **betaalbaarheid**. Voorzieningen proberen deelnamekosten bewust laag te houden om participatie aan bewegingsactiviteiten te stimuleren. Zoals een respondent aangeeft: *"Onze bewoners mogen gewoon deelnemen aan het zwemmen, maar we moeten altijd strijden om het betaalbaar te houden voor de mensen. Velen zitten ook onder bewindvoering" (R4, V3).* Een betaalbaar aanbod wordt gezien als een belangrijke voorwaarde om beweging toegankelijk te maken voor kwetsbare groepen. Daarnaast wijzen respondenten op het belang van **ondersteunende financiële maatregelen**, zoals sociale tarieven, kortingssystemen en andere tegemoetkomingen. Tegelijk kunnen **financiële drempels**, zoals kosten voor lidmaatschappen, sportmateriaal en sportkledij, deelname aan bewegingsactiviteiten bemoeilijken. Zoals een respondent aangeeft: *"We moeten altijd strijden om het betaalbaar te houden voor hun mensen" (R4, V3).* Voorzieningen proberen daarom niet alleen de kostprijs te beperken, maar besteden ook aandacht aan andere praktische voorwaarden voor deelname, zoals bereikbaarheid, beschikbaar materiaal en de toegankelijkheid van activiteiten.

Naast interne middelen wordt ook **externe financiering** beschouwd als een belangrijke hefboom voor bewegingsgerichte zorg. Subsidies, projectmiddelen en andere financieringsvormen creëren mogelijkheden om nieuwe initiatieven op te starten, bewegingsmateriaal aan te kopen en het bestaande aanbod verder uit te bouwen. Tegelijk wijzen respondenten erop dat voorzieningen bij beperkte interne middelen soms sterk afhankelijk worden van dergelijke externe financieringsbronnen of genoodzaakt zijn alternatieve manieren te zoeken om bijkomende middelen te verwerven. Zoals een respondent aangeeft: *"Ja, wij gaan echt wel op jaarmarkten staan om dingen die we zelf maken te verkopen" (R4, V3).*

2.4.2. INFRASTRUCTUUR

Aangepaste infrastructuur en een uitnodigende fysieke omgeving beïnvloeden rechtstreeks de mogelijkheden om bewegingsactiviteiten te organiseren en eraan deel te nemen. Verschillende respondenten wijzen op de meerwaarde van goed uitgeruste bewegingsfaciliteiten, zoals sportzalen (*"We hadden ook een hele nieuwe sportzaal gezet" (R11, V8)*, fitnessruimtes, muziektherapiezalen en andere bewegingsruimtes. Dergelijke infrastructuur creëert kansen om een gevarieerd bewegingsaanbod uit te bouwen en therapeutische activiteiten te ondersteunen.

Tegelijk wijzen respondenten erop dat niet alleen de aanwezigheid maar ook de **geschiktheid van de infrastructuur** van belang is. De aanwezige infrastructuur sluit niet altijd aan bij de hedendaagse noden van bewegingsgerichte en therapeutische zorg. Sommige ruimtes zijn voornamelijk ontworpen voor klassieke sportactiviteiten, terwijl er eveneens nood is aan ruimtes voor relaxatie, lichaamsgerichte therapieën en andere therapeutische interventies. Zoals een respondent aangeeft: *"We hebben vanuit onze vakgroep een dossier ingediend bij de warmste week en we zijn nu een van de 220 projecten die gekozen zijn om naast de sporthallen ook een hele snoezel ruimte te kunnen maken waar alle zintuigen geprikkeld worden " (R12, V9)*.

Daarnaast wordt een **groene en beweegvriendelijke omgeving** gezien als een belangrijke meerwaarde. Sommige voorzieningen zijn gelegen in een natuurlijke omgeving en hebben hiermee rekening gehouden in hun architectuur en terreininrichting. Ook de **bredere fysieke omgeving** kan bewegingsgedrag stimuleren, bijvoorbeeld via wandelroutes, toegankelijke buitenruimtes en beweegtoestellen. Zoals een respondent stelt: *"In mijn ogen kan omgeving heel veel doen om mensen te prikkelen." (R12, V9)*.

Een ander belangrijk element is de **toegankelijkheid en beschikbaarheid van de infrastructuur**. Sommige voorzieningen hanteren een **open beleid** waarbij zorgvragers ook buiten de formele therapiemomenten gebruik kunnen maken van bewegingsfaciliteiten (*"We zien dat zorgvragers zich organiseren, vragen bijvoorbeeld om 's avonds te badmintonnen met enkelen" (R11, V8))*, terwijl andere voorzieningen de toegang **buiten de formele activiteiten beperken** vanuit overwegingen rond patiëntveiligheid en het beheer van de infrastructuur.

Niet alle voorzieningen beschikken bovendien over **eigen bewegingsfaciliteiten**. Hierdoor zijn zij **afhankelijk** van lokale sportvoorzieningen en externe samenwerkingspartners, wat bijkomende organisatorische en logistieke inspanningen met zich meebrengt. Zoals een respondent aangeeft: *"Wij hebben geen sporthal, we moeten het doen met de lokale infrastructuur en inderdaad de samenwerkingsverbanden die we hebben" (R16, V12)*. Een andere respondent licht toe: *"Wij moeten logistiek denken. Hoe laat vertrekken? Moeten we busjes hebben? Hoeveel kosten die busjes?" (R8, V5)*. De beschikbaarheid van aangepaste infrastructuur wordt daardoor niet alleen bepaald door de fysieke ruimte zelf, maar ook door de praktische haalbaarheid van het gebruik ervan.

2.4.3. PERSONEELSMIDDELEN

Voldoende **personeelsmiddelen en expertise** vormen een belangrijke hefboom voor de ontwikkeling, implementatie en verduurzaming van een bewegingsbeleid. Respondenten geven aan dat zowel de **beschikbare tijd en personeelscapaciteit** als de aanwezigheid van de nodige deskundigheid bepalend zijn voor de mate waarin beweging structureel kan worden geïntegreerd in de zorgpraktijk.

Wat betreft **organisatorische ruimte en werktijd** benadrukken respondenten dat de visie van de directie een belangrijke invloed heeft op de ondersteuning van bewegingsinitiatieven. Wanneer beweging wordt beschouwd als een beleidsprioriteit, krijgen medewerkers meer ruimte om activiteiten uit te werken en te begeleiden. Een respondent verwoordt dit als volgt: *"Vanuit de directie is het een grote stimulans eigenlijk om zo een projecten mogelijk te maken hé. Dat medewerkers daar ook de ruimte voor krijgen, en voldoende middelen krijgen om zoiets uit te dragen" (R11, V8)*. Naast de ruimte

om activiteiten voor zorgvragers te organiseren en te begeleiden, bijvoorbeeld tijdens een wandelweek, krijgen medewerkers in sommige voorzieningen ook werktijd om actief deel te nemen aan sportactiviteiten, sportdagen en sporttoernooien samen met zorgvragers. Zoals een respondent aangeeft: *"Die sportdag en zo, dat is in de werkuren, dus de mensen kunnen daar ook overuren voor doen omdat we dat echt wel willen promoten" (R10, V8).*

Respondenten benadrukken bovendien dat een duurzaam bewegingsbeleid **voldoende personeelscapaciteit** vereist. Wanneer voldoende medewerkers beschikbaar zijn, ontstaan meer mogelijkheden om bewegingsactiviteiten te organiseren, zorgvragers toe te leiden naar activiteiten en samenwerkingen met externe partners uit te bouwen. Ook de aanwezigheid van meerdere begeleiders tijdens activiteiten wordt als een belangrijke meerwaarde beschouwd. Hierdoor kunnen activiteiten veiliger georganiseerd worden en kan beter worden ingespeeld op individuele noden. Een respondent licht dit toe: *"Het is goed op de crisisafdeling dat we met twee zijn; dat maakt het interessant dat we iets meer controle hebben" (R7, V4).*

Naast voldoende personeelscapaciteit wordt ook de aanwezigheid van **specifieke expertise** beschouwd als een belangrijke hefboom. Respondenten geven aan dat medewerkers met kennis van bewegingsgerichte zorg bijdragen aan de ontwikkeling, opvolging en kwaliteitsvolle uitvoering van bewegingsinitiatieven. Daarnaast blijkt ook de **spreiding van expertise binnen de organisatie** van belang. Voorzieningen waarin kennis rond beweging breder gedeeld wordt, zijn volgens respondenten minder afhankelijk van afzonderlijke medewerkers. Hierdoor wordt de continuïteit van bewegingsinitiatieven beter gewaarborgd en ontstaat een sterker organisatiebreed draagvlak.

Tegelijkertijd ervaren respondenten verschillende **drempels** op het vlak van personeelsmiddelen. Een eerste uitdaging betreft de **beschikbare tijd**. Bewegingsstimulering komt vaak boven op de bestaande zorgtaken, waardoor medewerkers niet altijd voldoende tijd hebben om bewegingsactiviteiten te organiseren, te begeleiden of verder uit te bouwen. Respondenten benadrukken dat dit doorgaans niet het gevolg is van een gebrek aan motivatie, maar van een beperkte beschikbare tijd binnen een reeds druk zorgproces. Zoals een respondent aangeeft: *"Die mensen werken superveel. Dat gaat niet over niet willen in verhaal. Die hebben zoveel werk en zoveel taken af te vinken" (R9, V6).*

Ook de **toeleiding van zorgvragers naar activiteiten buiten de organisatie** vraagt een aanzienlijke tijdsinvestering. Het leggen van contacten met externe partners, het begeleiden van zorgvragers naar sportclubs en het ondersteunen van de overgang naar regulier aanbod vergen bijkomende tijd en middelen. Een respondent beschrijft dit als volgt: *"Wanneer een patiënt terugkeert naar zijn thuissituatie, bijvoorbeeld in Ieper, en je samen op zoek wilt gaan naar een geschikte sportclub daar, vraagt dat veel tijd en inzet van medewerkers" (R9, V6).*

Daarnaast ervaren respondenten een spanning tussen de wens om beweging af te stemmen op individuele noden en de beschikbare personeelscapaciteit om dit te realiseren. Sommige zorgvragers hebben, zeker bij de opstart van een bewegingstraject, nood aan **intensieve individuele begeleiding**. Respondenten benadrukken dat dergelijke ondersteuning essentieel kan zijn om zorgvragers in beweging te krijgen, maar niet altijd haalbaar is binnen de beschikbare personeelsmiddelen. Zoals een respondent aangeeft: *"Ik zou mensen zeker in het begin puur op bewegingsvlak ook wel liever soms wat meer individueel willen begeleiden" (R12, V9).* Dezelfde respondent benadrukt dat *"zorgvragers meer in beweging krijgen heeft veel individuele begeleiding nodig"* en merkt tegelijk op dat *"echt werken op maat (...) dat kunnen we niet altijd bieden" (R12, V9).* Hoewel individuele ondersteuning en maatwerk belangrijk worden geacht, laten tijdsdruk en personeelsbezetting niet altijd toe om deze ondersteuning in de gewenste mate aan te bieden.

Ook **ziekteverzuim** heeft volgens respondenten een negatieve impact op de beschikbare personeelscapaciteit. Zoals een respondent stelt: *"Heel veel ziekteverzuim ook wel, dus dan moeten collega's overnemen (R8, V5)."* Hierdoor komt niet alleen de continuïteit van activiteiten onder druk te staan, maar wordt het ook moeilijker om voldoende tijd vrij te maken voor individuele begeleiding en maatwerk.

Daarnaast wijzen respondenten op uitdagingen met betrekking tot de beschikbaarheid van **gespecialiseerde expertise**. Vacatures voor bewegings- of psychomotorische therapeuten blijken niet altijd gemakkelijk ingevuld te raken. Zoals een respondent aangeeft: *"Soms vinden we geen bewegingstherapeuten of PMT-therapeuten, dan duurt het 6 maanden, een jaar voordat we vervanging vinden" (R2, V1).*

Ook de **ongelijke spreiding van expertise binnen voorzieningen** vormt een aandachtspunt. Sommige respondenten geven aan dat afdelingen zonder bewegingsdeskundige moeilijker zorgvragers bereiken of activeren. Zoals een respondent opmerkt: *"Op dit moment hangt heel erg af van het feit dat bepaalde afdelingen geen bewegingstherapeut hebben" (R9, V6).* Hierdoor kan het aanbod en de ondersteuning tussen afdelingen verschillen.

2.5. NETWERKEN

De volgende onderdelen beschrijven de belangrijkste netwerk-gerelateerde hefbomen en drempels die uit de interviews naar voren komen: (1) professionele kennisnetwerken, (2) thematische en georganiseerde netwerken, en (3) lokale partnerschappen en buurtgerichte netwerken.

2.5.1. PROFESSIONELE KENNISNETWERKEN

Professionele kennisnetwerken worden door respondenten beschouwd als belangrijke bronnen van expertise, inspiratie en innovatie voor bewegingsgerichte zorg. Waar multidisciplinaire samenwerking binnen voorzieningen vooral gericht is op de afstemming van zorg rond individuele zorgvragers, bieden professionele kennisnetwerken mogelijkheden om **ervaringen, kennis en goede praktijken tussen voorzieningen en professionals uit te wisselen**. Via deze netwerken krijgen voorzieningen toegang tot nieuwe inzichten, innovatieve ideeën en voorbeelden van succesvolle bewegingsinitiatieven.

Een eerste meerwaarde situeert zich op het vlak van **kennisuitwisseling en gezamenlijke ontwikkeling van initiatieven**. Respondenten beschrijven hoe overleg met collega's, werkgroepen en andere voorzieningen bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van bewegingsbeleid en bewegingsinitiatieven. Zoals een respondent aangeeft: *"Door die nood in te zien, dat we daar iets moesten doen, zo is het er gekomen eigenlijk. Vanuit de werkgroep hebben wij dat opgestart." (R1, V1).*

Daarnaast benadrukken respondenten het belang van **informele professionele contacten, intervisie en samenwerking tussen voorzieningen**. Door ervaringen uit te wisselen met professionals en voorzieningen die met gelijkaardige uitdagingen geconfronteerd worden, ontstaan nieuwe ideeën en worden goede praktijken verspreid. Zoals een respondent verwoordt: *"Het belangrijkste denk ik: maak er iets gedeeld van hé? Ga op zoek naar organisaties die beetje met dezelfde vragen zitten en probeer gedachten wat te bundelen." (R16, V12).*

Tegelijk tonen de interviews aan dat expertise rond beweging wel aanwezig is binnen PZ en PVT, maar dat deze kennis vaak **versnipperd aanwezig blijft over voorzieningen en professionals heen**. Hierdoor gaan kansen op **kennisuitwisseling** en **professionele samenwerking** verloren.

Daarnaast ervaren respondenten dat de **verbinding met opleidings-, onderzoeks- en kennisnetwerken** beperkt is. Hierdoor blijven mogelijkheden om expertise te delen, nieuwe inzichten te ontwikkelen en praktijk, onderwijs en onderzoek met elkaar te verbinden soms onbenut. Ook geven respondenten aan dat samenwerkingen met onderzoeksinstellingen moeilijk tot stand komen, onvoldoende continuïteit krijgen of na verloop van tijd verdwijnen. Zo merkt een respondent op: *"De opleiding PMT is enkel in KULeuven te volgen. En we begeleiden daar wel studenten van, maar het is niet dat die hier hun masterproef komen doen. Of die vraag is nog niet tot hier gekomen" (R14, V11).* Een andere respondent

beschrijft dit als volgt: *"Ja, heel lang geleden hadden we een stafmedewerker wetenschappelijk onderzoek rond beweging. Maar dat is een stille dood gestorven" (R2, V1).* Daarnaast geven sommige respondenten aan dat onderzoek rond beweging onvoldoende aanwezig of zichtbaar is binnen de sector: *"Onderzoek leeft niet en dat gebeurt niet" (R13, V10).*

2.5.2. THEMATISCHE EN GEORGANISEERDE NETWERKEN

Thematische en georganiseerde netwerken dragen volgens respondenten bij aan de **structurele verankering van beweging binnen voorzieningen**. Het gaat daarbij om formele samenwerkingsverbanden, expertisenetwerken en voorzieningen die expliciet inzetten op gezondheid, preventie en beweging. Respondenten verwijzen onder meer naar **samenwerkingen met voorzieningen** zoals G-Sport Vlaanderen. Dergelijke netwerken bieden toegang tot expertise, ondersteuningsinstrumenten, vorming en gezamenlijke initiatieven die voorzieningen helpen om hun beweegbeleid verder uit te bouwen.

Daarnaast dragen deze netwerken bij aan de **afstemming tussen voorzieningen en externe partners**. Ze helpen voorzieningen bij het ontwikkelen, afstemmen en versterken van hun beweegbeleid en brengen expertise van buitenaf binnen in de organisatie. Zoals een respondent aangeeft: *"Dus dat is ook een belangrijke van het netwerk: van buiten naar binnen brengen" (R12, V8).* Volgens respondenten zorgen dergelijke samenwerkingsverbanden ervoor dat beweging minder afhankelijk wordt van individuele trekkers en sterker verankerd raakt in de organisatie.

Ondanks deze meerwaarde blijkt de **kennis van bestaande ondersteunings- en expertiseorganisaties** niet altijd aanwezig. Hierdoor worden beschikbare ondersteuningsmogelijkheden, vormingen en expertise onvoldoende benut bij de ontwikkeling en implementatie van bewegingsinitiatieven. Een respondent vat dit kernachtig samen: *"Ik ken het Vlaams Instituut Gezond Leven eigenlijk onvoldoende" (R10, V7).*

Tegelijk geven respondenten aan dat bestaande **thematische sport- en ondersteuningsnetwerken** niet altijd voldoende aansluiten bij de behoeften van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Vooral de aansluiting tussen reguliere sportinitiatieven, aangepaste sportstructuren en de geestelijke gezondheidszorg blijkt niet vanzelfsprekend. Zoals een respondent formuleert: *"Mensen met een psychotische kwetsbaarheid die kun je niet in G-sportclub steken" (R9, V6).*

Volgens sommige respondenten beschikken bestaande sportorganisaties bovendien niet altijd over voldoende **expertise en ondersteuning** om zorgvragers met een psychische kwetsbaarheid adequaat te begeleiden. Hierdoor blijft de aansluiting tussen de geestelijke gezondheidszorg en het reguliere sportlandschap beperkt. Zoals een respondent aangeeft: *"Die moeten nu allemaal inzetten op sport voor allen maar die hebben geen expertise daarin" (R6, V4).*

2.5.3. LOKALE PARTNERSCHAPPEN EN BUURTGERICHTE NETWERKEN

Lokale partnerschappen worden door respondenten beschouwd als een belangrijke hefboom om beweging te verbinden met maatschappelijke participatie en inclusie. Samenwerkingen met sportclubs, gemeentelijke diensten, welzijnsorganisaties en andere lokale actoren creëren extra mogelijkheden voor zorgvragers om actief deel te nemen aan het maatschappelijke leven.

Een eerste meerwaarde betreft de **toegang tot een breder bewegingsaanbod**. Via lokale partners krijgen zorgvragers kansen om deel te nemen aan activiteiten buiten de zorgcontext en kennis te maken met reguliere sport- en vrijetijdsinitiatieven. Zoals een respondent aangeeft: *"De sportraad is een participatieorgaan, dus als je spreekt over participatie, voor mij past dat perfect samen." (R10, V7).*

Daarnaast dragen **lokale samenwerkingen** bij aan de **overgang van zorg naar samenleving**. Sportclubs, wijkcentra en andere lokale organisaties bieden mogelijkheden om duurzame relaties en verbindingen op te bouwen buiten de instelling. Ook **buurtgerichte initiatieven** worden beschouwd als een manier om ontmoeting en sociale inclusie te bevorderen. Een respondent beschrijft hoe deze samenwerking aanleiding geeft tot gezamenlijke activiteiten met buurtbewoners: *"We hebben ook buurtfeesten die we organiseren, waardoor dat de buren nu met hun honden samen met ons mensen gaan wandelen" (R4, V3).*

Tot slot benadrukken respondenten dat samenwerking **nieuwe mogelijkheden creëert die een organisatie niet alleen kan realiseren**. Door expertise, infrastructuur en netwerken te delen, ontstaat een ruimer en toegankelijker aanbod voor zorgvragers: *"Het was eigenlijk een noodzaak om de contacten te leggen met andere partners ... door middel van samenwerking nieuwe mogelijkheden creëren" (R10, V7).*

Tegelijkertijd verloopt de samenwerking met lokale partners niet altijd zonder moeilijkheden. Respondenten geven aan dat de toegankelijkheid van sportclubs en verenigingen sterk **afhankelijk is van de lokale context en van de bereidheid en expertise van individuele voorzieningen**. Volgens verschillende respondenten beschikken sportorganisaties niet altijd over voldoende ervaring in het begeleiden van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Hierdoor verschilt de toegankelijkheid sterk tussen voorzieningen. Zoals een respondent stelt: *"Het is jammer om te zeggen maar dat hangt van de sport af. De ene club is toegankelijker dan de andere" (R7, V4).* Een andere respondent bevestigt dit door aan te geven dat *"niet iedere sportclub even enthousiast is" (R9, V6).*

Ook **beperkte sociale inclusie binnen reguliere sportcontexten** kan een belangrijke drempel vormen. Respondenten wijzen erop dat zorgvragers soms negatieve ervaringen opdoen wanneer zij deelnemen aan activiteiten buiten de zorgcontext, wat hun participatie en engagement kan bemoeilijken. Een respondent merkt hierover op: *"Vaak worden ze toch nog in de maatschappij, mensen die wat anders zijn snel opzijgeschoven" (R7, O4).*

Ook de **overgang van begeleide activiteiten** binnen de voorziening **naar zelfstandig deelnemen** aan activiteiten in de samenleving blijkt niet vanzelfsprekend. Respondenten wijzen op de nood aan bijkomende ondersteuning en samenwerking met externe partners om deze overgang te faciliteren: *"Meer bruggen naar externe sportclubs...., daar ligt toch nog wel een grote drempel voor onze mensen." (R15, V11).*

Daarnaast blijkt het niet altijd eenvoudig om **duurzame lokale samenwerkingen uit te bouwen**. Respondenten geven aan dat zorgvragers vaak afkomstig zijn uit verschillende regio's, waardoor langdurige samenwerking met één vaste sportclub of lokale partner niet steeds haalbaar is. Een respondent verwoordt dit als volgt: *"Mensen komen uit verschillende regio's. Dus we kunnen niet vast samenwerken met een sportclub" (R9, V6).*

2.6. MAATSCHAPPELIJKE EN BELEIDSMATIGE CONTEXT

In dit onderdeel worden de voornaamste hefbomen en drempels besproken die betrekking hebben op (1) maatschappelijke participatie en inclusie en (2) de beleidscontext en de rol van de overheid.

2.6.1. MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE EN INCLUSIE

Zoals beschreven in het hoofdstuk 'visie op bewegingsbeleid' (zie 1.4.) kan een goed uitgebouwd bewegingsbeleid een belangrijke **hefboom** vormen voor maatschappelijke participatie. Het is positief dat voorzieningen steeds explicieter kiezen voor **verbinding met de samenleving** en actief kansen creëren buiten de muren van de voorziening. Zoals een respondent aangeeft: *"Wij willen niet in ons cocon kruipen, wij komen naar buiten." (R8, V**5**).* Sportclubs, verenigingen en

andere lokale initiatieven worden daarbij beschouwd als belangrijke contexten waarin zorgvragers sociale rollen kunnen opnemen, nieuwe relaties kunnen aangaan en hun participatie kunnen uitbreiden.

Zoals in het voorgaande onderdeel werd aangegeven (zie 2.5.3.), vormt de samenwerking met externe partners een belangrijke hefboom. Respondenten beschouwen **lokale sportclubs, verenigingen en vrijetijdsinitiatieven** als waardevolle contexten waarin zorgvragers sociale contacten kunnen aangaan, nieuwe ervaringen kunnen opdoen en hun participatie aan het maatschappelijk leven kunnen uitbreiden. Zorgvoorzieningen nemen daarbij vaak een **brugfunctie** op door zorgvragers reeds tijdens hun opname kennis te laten maken met het beweegaanbod in hun leefomgeving en hen actief toe te leiden naar lokale initiatieven. Zoals een respondent stelt: *"Onze ultieme droom is natuurlijk dat bewoners gemakkelijk toegang vinden tot de plaatselijke sportclubs of plaatselijke verenigingsleven hier"* (R16, V12).

Ook **ondersteuning** en **doorverwijzing** spelen een belangrijke rol in het versterken van maatschappelijke participatie. Voorzieningen verwijzen zorgvragers onder meer door naar lokale sportclubs en initiatieven zoals *Bewegen op Verwijzing* om de overgang naar reguliere beweeg- en vrijetijdscontexten te faciliteren. Zoals een respondent aangeeft: *"Sommige mensen proberen we ook door te verwijzen naar sportclubs"* (R7, V4). Op die manier proberen voorzieningen beweging duurzaam te verankeren in het dagelijks leven van zorgvragers, ook na ontslag uit de voorziening.

Daarnaast benadrukken respondenten het belang van **wederkerigheid**. Maatschappelijke participatie veronderstelt immers niet alleen dat zorgvragers deelnemen aan de samenleving, maar ook dat de samenleving bereid is om mensen met een psychische kwetsbaarheid te verwelkomen en te ondersteunen. Om deze wederzijdse verbinding te versterken, zetten voorzieningen steeds vaker in op **samenwerking met maatschappelijke partners**.

Ondanks deze inspanningen ervaren respondenten verschillende **drempels** die maatschappelijke participatie kunnen bemoeilijken. Een eerste drempel betreft de **toegankelijkheid van reguliere sport- en vrijetijdscontexten**. Mensen met een psychische kwetsbaarheid voelen zich niet altijd welkom binnen sportclubs en verenigingen. Bovendien blijkt de toegankelijkheid sterk afhankelijk van de houding, ervaring en expertise van individuele trainers en voorzieningen. Zoals een respondent stelt: *"Het is jammer om te zeggen maar dat hangt van de sport af. De ene club is toegankelijker dan de andere." (R7, V4).*

Daarnaast vormt **stigma** een belangrijke belemmering voor participatie en inclusie. Volgens respondenten worden mensen met een psychische kwetsbaarheid nog regelmatig geconfronteerd met vooroordelen, een gebrek aan begrip of sociale uitsluiting. Een respondent verwoordt dit als volgt: *"Vaak worden ze toch nog in de maatschappij, mensen die wat anders zijn rap opzijgeschoven" (R7, V4).*

Tot slot kunnen ook **persoonlijke en praktische factoren** maatschappelijke participatie bemoeilijken. Psychische kwetsbaarheid, beperkte mobiliteit, financiële beperkingen en een gebrek aan vertrouwdheid met reguliere sport- en vrijetijdscontexten kunnen de stap naar deelname aan lokale verenigingen, buurtgerichte activiteiten, vrijwilligersinitiatieven en andere vormen van maatschappelijke betrokkenheid bemoeilijken.

2.6.2. BELEIDSCONTEXT EN ROL VAN OVERHEID

Respondenten beschouwen de **bredere beleids-en financieringscontext** als een belangrijke hefboom voor de implementatie en verduurzaming van bewegingsbeleid. Volgens hen spelen overheden en andere externe beleidsactoren een cruciale rol in het creëren van randvoorwaarden die voozieningen nodig hebben om beweging structureel te ondersteunen.

Een eerste aspect betreft maatregelen die de **toegankelijkheid van sport- en bewegingsactiviteiten voor kwetsbare doelgroepen vergroten**. Respondenten verwijzen hierbij naar systemen zoals de A-kaart en de UiTPAS, die financiële

drempels helpen verlagen en deelname aan bewegingsactiviteiten bevorderen. Zoals een respondent aangeeft: *"Ze kunnen heel goedkoop gaan zwemmen hier met de A-kaart van Antwerpen. Dat is nog geen euro voor een beurt." (R15, V11).* Een andere respondent verwijst naar lokale ondersteuningsmaatregelen: *"Wij hebben zo een pasje ... de UiTPAS." (R8, V5).*

Daarnaast kunnen **lokale besturen** via hun beleidskeuzes bijdragen aan een toegankelijk bewegingsaanbod. Respondenten verwijzen hierbij naar gemeentelijke sportdiensten, sportraden, infrastructuur en ondersteuningsmaatregelen die deelname voor kwetsbare groepen vergemakkelijken. Een respondent beschrijft hoe deze doelgroep expliciet werd opgenomen binnen een lokale sportstructuur: *"Met andere woorden, we hebben het opgenomen in ons concept dat die groep moet vertegenwoordigd zijn." (R10, V7).*

Respondenten wijzen erop dat **beleidsinstrumenten zoals projectsubsidies en subsidiemechanismen** voorzieningen mogelijkheden bieden om nieuwe bewegingsinitiatieven op te starten en bestaande werkingen uit te bouwen. Zoals een respondent aangeeft: *"We hebben zo de afgelopen jaren twee projecten gehad via de Koning Boudewijnstichting." (R16, V12).*

Tegelijkertijd wijzen respondenten erop dat de bredere beleidscontext ook beperkingen kan opleggen aan de ontwikkeling van een duurzaam bewegingsbeleid. Een eerste aandachtspunt betreft **verschillen in financieringsmechanismen tussen voorzieningen en beleidsniveaus**. Respondenten ervaren dat dergelijke verschillen gevolgen kunnen hebben voor de mogelijkheden om personeel, infrastructuur en bewegingsinitiatieven te financieren. Zoals een respondent aangeeft: *"Wij vallen onder de Vlaamse overheid en wij merken wel een groot verschil met de federale overheid qua budgetten." (R5, V3).*

Daarnaast geven respondenten aan dat beweging volgens hen nog **onvoldoende expliciet verankerd** is **binnen bestaande financieringsmechanismen van de gezondheidszorg**. Hoewel het belang van beweging steeds meer wordt erkend, ervaren sommige respondenten dat hiervoor niet altijd specifieke of structurele middelen worden voorzien. Een respondent formuleert dit als volgt: *"Ik kan mij niet inbeelden dat er in het financieringsmodel van gezondheidsinstellingen een bepaalde fractie is die expliciet daar naartoe moet gaan" (R10, V7).*

Ook de afhankelijkheid van **tijdelijke projectmiddelen** wordt als een belangrijke uitdaging ervaren voor een duurzaam bewegingsbeleid. Projectsubsidies bieden weliswaar kansen om nieuwe initiatieven op te starten, maar respondenten geven aan dat succesvolle projecten moeilijk duurzaam kunnen worden verdergezet wanneer deze financiering afloopt. Projectfinanciering wordt daardoor ervaren als een tweesnijdend zwaard: zij maakt innovatie mogelijk, maar creëert tegelijk onzekerheid over de continuïteit van initiatieven. Dit bemoeilijkt de structurele inbedding van beweging binnen de reguliere werking van voorzieningen.

Ten slotte wijzen respondenten erop dat de mate waarin externe ondersteuning beschikbaar is sterk kan **verschillen tussen regio's en lokale contexten**. Wanneer ondersteuning vanuit lokale besturen, sportdiensten of andere beleidsactoren beperkt aanwezig is, worden voorzieningen geconfronteerd met minder mogelijkheden om samenwerkingen uit te bouwen, infrastructuur te benutten of financiële drempels voor zorgvragers te verlagen.

TITEL 3: TOEKOMSTGERICHTE BELEIDSPRIORITEITEN

Tijdens de interviews kwamen heel wat beleidsaanbevelingen aan bod. Ook peilden we aan het einde van elk interview expliciet naar de beleidsprioriteiten. De analyse van de interviews resulteerde in zes beleidsaanbevelingen: 1) maatschappelijke participatie en inclusie, 2) beweging binnen een structureel en preventief gezondheidsbeleid, 3) integratie van beweging binnen geestelijke gezondheidszorg, 4) platformen voor uitwisseling van kennis, good practices en gezamenlijke initiatieven, 5) platformen voor uitwisseling van kennis, good practices en gezamenlijke initiatieven, en 6) wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van een bewegingsbeleid.

3.1. MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE EN INCLUSIE

Respondenten benadrukken dat het versterken van maatschappelijke participatie via beweging een duurzame en structurele aanpak vereist die de grenzen van de geestelijke gezondheidszorg overstijgt.

Structurele samenwerkingen tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren (zoals sportorganisaties, lokale besturen, onderwijsinstellingen, welzijnsactoren) kunnen de toegankelijkheid van beweegmogelijkheden voor mensen met een psychische kwetsbaarheid versterken. Hoewel er vandaag reeds talrijke contacten en initiatieven bestaan, zijn deze nog vaak afhankelijk van individuele engagementen. Daarom bevelen respondenten aan om structurele multisectorale samenwerkingen verder te versterken. Dergelijke samenwerkingen worden bovendien beschouwd als essentieel voor het realiseren van duurzame bewegingstrajecten, waarbij mensen met een psychische kwetsbaarheid ook na ontslag actief kunnen blijven deelnemen aan sport- en vrijetijdsactiviteiten.

Daarnaast kunnen laagdrempelige lokale initiatieven (bv. wandelgroepen, verenigingen, andere informele contexten waarin beweging centraal staat) de maatschappelijke participatie bevorderen. Respondenten bevelen daarom aan om dergelijke initiatieven verder te stimuleren en te ondersteunen.

Ten slotte is bijkomende aandacht nodig voor het creëren van inclusieve sport- en vrijetijdsomgevingen. Aangezien stigma, sociale uitsluiting en een beperkte toegankelijkheid van reguliere sportcontexten belangrijke drempels vormen, bevelen respondenten aan om verder te investeren in sensibilisering, vorming en competentieversterking van sportclubs, trainers en vrijwilligers. Het versterken van competenties rond het begeleiden van mensen met een psychische kwetsbaarheid kan bijdragen aan een inclusievere omgeving waarin zorgvragers zich welkom voelen en volwaardig kunnen participeren aan het maatschappelijke leven.

3.2. BEWEGING BINNEN EEN STRUCTUREEL EN PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID

Respondenten benadrukken de nood aan een éénvormig preventief gezondheidsbeleid dat op verschillende beleidsniveaus wordt ondersteund en verankerd. Beweging dient hierin niet als een afzonderlijke interventie te worden beschouwd maar wel als een essentieel onderdeel van een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid

Op federaal niveau, meer bepaald binnen het gezondheidszorg- en terugbetalingsbeleid, benadrukken respondenten het belang van structurele maatregelen die de integratie van beweging binnen de zorg ondersteunen. Respondenten

wijzen op het belang van samenhangende beleidsdoelstellingen, duurzame financiering en een langetermijnvisie waarin preventie een centrale plaats krijgt. Daarnaast kunnen federale richtlijnen voor beweegbevordering de psychiatrische voorzieningen ondersteunen bij het systematisch integreren van beweging in de zorgverlening. Dergelijke richtlijnen bieden een gemeenschappelijk referentiekader met minimale kwaliteitscriteria en duidelijke verwachtingen, zodat beweging niet uitsluitend afhankelijk blijft van lokale initiatieven of individuele medewerkers. Verder kan de terugbetaling van beweegvoorschriften via ziekteverzekeringssystemen de integratie van beweging binnen de gezondheidszorg versterken. Deze mechanismen vergroten niet alleen de toegankelijkheid van beweeginterventies, maar ondersteunen ook de systematische opvolging en evaluatie van hun kwaliteit, resultaten en impact.

Omdat de opbrengsten van investeringen in beweging en preventie vaak pas op langere termijn zichtbaar worden, zijn evaluatiekaders nodig die naast gezondheidswinst ook de maatschappelijke en economische meerwaarde aantonen. Om beweging duurzaam te verankeren, is het bovendien belangrijk dat zorgverleners over de nodige kennis, vaardigheden en vertrouwen beschikken om beweging bespreekbaar te maken, te stimuleren en waar nodig, door te verwijzen naar geschikte beweeginitiatieven.

Op gemeenschapsniveau, dat betrekking heeft op de bredere leefomgeving van zorgvragers en de samenwerking tussen organisaties en sectoren, benadrukken respondenten het belang van intersectorale samenwerking en preventie. Een duurzaam bewegingsbeleid vraagt volgens hen om afstemming tussen zorg, welzijn, onderwijs, sport en lokale besturen, zodat beweging niet beperkt blijft tot de zorgcontext, maar wordt ingebed in de bredere leefomgeving van zorgvragers. Daarnaast pleiten respondenten voor een structurele verankering van beweging binnen onderwijs- en zorginstellingen, met aandacht voor vroegtijdige preventie en gezondheidsbevordering.

Op organisatieniveau geven respondenten aan dat beweging een vanzelfsprekend onderdeel moet zijn van de dagelijkse werking en van individuele therapieprogramma's. Dit vraagt om een organisatiebrede aanpak waarbij beweging niet uitsluitend wordt gedragen door specifieke professionals, maar ingebed wordt in de verantwoordelijkheden van verschillende medewerkers. Volgens respondenten zijn bewegingsinitiatieven binnen voorzieningen vandaag nog te vaak afhankelijk van individuele trekkers, waardoor hun continuïteit kwetsbaar blijft. Een duurzame implementatie vereist daarom een structurele verankering van beweging in het beleid, de werking en de taakverdeling binnen voorzieningen, met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheid en opvolging.

3.3. INTEGRATIE VAN BEWEGING BINNEN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Hoewel respondenten het belang benadrukken van een structurele verankering van beweging binnen beleid en voorzieningen, geven zij aan dat dergelijke verankering moet vertrekken vanuit een duidelijke erkenning van de meerwaarde van beweging voor zorgvragers. Vanuit dat perspectief wordt beweging niet enkel gezien als een preventieve gezondheidsmaatregel, maar ook als een volwaardige component van het zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel gesprekken vaak centraal staan in behandeling en begeleiding, wijzen respondenten erop dat niet alle zorgvragers zich gemakkelijk verbaal kunnen uiten. Beweging kan daarom een alternatieve ingang bieden om mensen te bereiken, te activeren en te ondersteunen in hun herstelproces.

Respondenten plaatsen beweging binnen een breder spectrum van non-verbale en lichaamsgerichte benaderingen, maar benadrukken tegelijk de eigen meerwaarde ervan. Beweging wordt beschouwd als een breed inzetbare interventie die relevant is voor een grote groep zorgvragers. Beweegactiviteiten kunnen op diverse, laagdrempelige manieren geïntegreerd worden in het dagelijkse zorgaanbod en zijn, in tegenstelling tot meer gespecialiseerde lichaamsgerichte therapieën, niet noodzakelijk gebonden aan specifieke indicaties. Respondenten maken hierbij een duidelijk onderscheid tussen beweging als onderdeel van een breed gezondheids- en activeringsaanbod en meer

gespecialiseerde bewegings- of lichaamstherapeutische interventies. Hoewel bewegingstherapie hierin een belangrijke plaats inneemt, kunnen ook andere professionals met expertise in sport en beweging een waardevolle bijdrage leveren aan de organisatie en begeleiding van beweegactiviteiten. Dit suggereert dat een duurzaam bewegingsbeleid vraagt om een complementaire inzet van verschillende competenties en profielen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor bieden beweegactiviteiten mogelijkheden om participatie en herstel te bevorderen en zorgvragers op een andere manier te betrekken dan uitsluitend via verbale interventies.

3.4. PLATFORMEN VOOR UITWISSELING VAN KENNIS, GOOD PRACTICES EN GEZAMENLIJKE INITIATIEVEN

Er is behoefte aan meer centrale kennisdeling rond beweging. Sommige respondenten geven aan dat er al verschillende inspirerende praktijken, tools en methodieken bestaan, maar dat deze niet altijd bekend zijn. Een gezamenlijk platform waarop kennis, materialen, tools, inspirerende voorbeelden gedeeld kunnen worden, kan voorzieningen ondersteunen bij het ontwikkelen van laagdrempelige bewegingsinitiatieven en tegelijk uitwisseling tussen voorzieningen stimuleren. Daarbij wordt benadrukt dat zoveel mogelijk moet worden aangesloten bij bestaande netwerken om versnippering te vermijden en de bereikbaarheid en implementatie van beschikbare kennis te versterken.

Praktische instrumenten zoals de zelfaudittool (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2026) ontwikkeld binnen dit project, werden als waardevol ervaren omdat zij voorzieningen kunnen helpen om op een meer gestructureerde manier na te denken over bewegingsbeleid en gezondheid. Daarnaast kunnen ze inspiratie bieden voor bijkomende initiatieven, zoals het sterker betrekken van familie of mantelzorgers. Door dergelijke instrumenten te integreren in bestaande kennisdelings- en ondersteuningsstructuren kan hun bereik en impact verder worden vergroot.

3.5. WEGWERKEN FINANCIERINGSONGELIJKHEDEN TUSSEN VOORZIENINGEN

Respondenten wijzen erop dat verschillen in financieringsmechanismen tussen voorzieningen een impact kunnen hebben op de ontwikkeling en uitvoering van een bewegingsbeleid. Zo kunnen verschillen in beschikbare budgetten, personeelsomkadering en loonkosten ervoor zorgen dat sommige organisaties meer mogelijkheden hebben om bewegingsprofessionals aan te werven of bewegingsinitiatieven structureel te ondersteunen dan andere. Deze verschillen beïnvloeden niet alleen de mogelijkheden om personeel aan te werven en te behouden, maar ook de ruimte om een duurzaam en divers bewegingsaanbod uit te bouwen.

Daarnaast ervaren respondenten dat bepaalde voorzieningen minder financiële ruimte hebben om te investeren in bewegingsaanbod, infrastructuur en innovatieve initiatieven. Hierdoor ontstaan verschillen in de mogelijkheden om zorgvragers toegang te bieden tot kwaliteitsvolle beweegkansen. Een meer gelijkwaardige financiering tussen voorzieningen kan bijdragen aan een meer uniforme toegang tot bewegingsgerichte ondersteuning, ongeacht het type voorziening waarin zorgvragers verblijven.

Respondenten geven bovendien aan dat de duurzame implementatie van bewegingsinitiatieven niet uitsluitend kan steunen op bestaande werkingsmiddelen of tijdelijke projectfinanciering. Ongeacht de huidige financieringsverschillen tussen voorzieningen zijn bijkomende structurele middelen volgens hen noodzakelijk om lokale en kleinschalige initiatieven te bestendigen, verder uit te bouwen en duurzaam te verankeren binnen de dagelijkse werking van voorzieningen.

3.6. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN EEN BEWEGINGSBELEID

Enkele respondenten wijzen op een gebrek aan onderzoek naar de effecten van bewegingsinitiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg. Meer wetenschappelijke evidentie kan bijdragen aan een sterkere beleidsmatige onderbouwing van investeringen in beweging, gezondheidsbevordering en preventie. Er wordt daarom gepleit voor bijkomende onderzoeksinspanningen naar zowel gezondheidsuitkomsten als organisatorische en maatschappelijke effecten van een duurzaam bewegingsbeleid.



DISCUSSIE

In dit hoofdstuk bespreken we de bevindingen van dit onderzoek, de implementatie van het bewegingsbeleid, de implicaties voor beleid en praktijk, de sterktes en zwaktes van dit onderzoek, suggesties voor toekomstig onderzoek en het besluit.

DISCUSSIE

BEVINDINGEN

Deze studie had als doel om inzicht te krijgen in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van een bewegingsbeleid binnen Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) bevorderen of belemmeren. Aan de hand van semigestructureerde interviews met sleutelfiguren verantwoordelijk voor of betrokken bij het bewegingsbeleid werden visies, ervaringen, hefbomen, drempels en beleidsaanbevelingen in kaart gebracht. De resultaten tonen aan dat beweging binnen de psychiatrische zorg breed wordt erkend als een waardevolle component van zorg voor fysieke gezondheid, psychisch welzijn, herstel en maatschappelijke participatie. Tegelijkertijd blijkt dat de implementatie van een duurzaam bewegingsbeleid nog sterk afhankelijk is van organisatorische, maatschappelijke en beleidsmatige randvoorwaarden.

Een eerste belangrijke bevinding is dat beweging in vrijwel alle voorzieningen wordt beschouwd als onderdeel van een brede, holistische en herstelgerichte visie op gezondheid. Respondenten beschrijven beweging niet als een afzonderlijke therapeutische activiteit, maar als een essentieel onderdeel van een gezonde levensstijl, naast andere gezondheidsthema's (zoals gezonde voeding, slaap). Deze visie sluit nauw aan bij de internationale literatuur, waarin fysieke activiteit wordt beschouwd als een belangrijke component van lifestyle psychiatry en herstelgerichte zorg (Firth et al., 2020; Vancampfort et al., 2020). Bovendien bevestigen de resultaten dat beweging niet uitsluitend wordt gewaardeerd vanwege de positieve effecten op psychische symptomen, maar ook vanwege de bijdrage aan lichamelijke gezondheid, sociale inclusie en kwaliteit van leven. Dit is bijzonder relevant gezien de verhoogde prevalentie van somatische aandoeningen en de verkorte levensverwachting bij mensen met een psychische kwetsbaarheid (Jespers et al., 2021; Firth et al., 2020).

Tegelijkertijd bevestigen de bevindingen dat de vertaalslag van deze visie naar de praktijk niet vanzelfsprekend is. Hoewel het belang van beweging breed wordt onderschreven, blijkt de mate van beleidsmatige verankering sterk te verschillen tussen voorzieningen. Sommige voorzieningen beschikken over formele beleidsdocumenten, werkgroepen, actieplannen en expertisecentra, terwijl beweging in andere voorzieningen voornamelijk wordt geïntegreerd in de dagelijkse werking zonder expliciet beleidskader. Deze vaststelling sluit aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat fysieke gezondheid en preventie binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak nog een minder prominente plaats innemen dan psychische behandeling (Jespers et al., 2021; Stubbs et al., 2026). Deze resultaten ondersteunen bovendien de toenemende consensus in de literatuur dat fysieke activiteit niet louter als een aanvullende interventie, maar als een kernonderdeel van psychiatrische zorg dient te worden beschouwd. Een systematische integratie van bewegen en het verminderen van langdurig stilzitten, ondersteund door duidelijke klinische kaders en organisatorische structuren, kan bijdragen aan een vermindering van psychische symptomen, een verbetering van de fysieke en cognitieve gezondheid en het verkleinen van de levensverwachtingskloof bij personen met ernstige psychische aandoeningen. De vastgestelde verschillen in beleidsmatige verankering tussen voorzieningen wijzen dan ook op een belangrijk verbeterpotentieel om beweging meer structureel en routinematig te integreren binnen de geestelijke gezondheidszorg (Stubbs et al., 2026).

IMPLEMENTATIE VAN BEWEGINGSBELEID

De resultaten tonen dat bewegingsinitiatieven vaak afhankelijk blijven van individuele trekkers, wat hun duurzaamheid kwetsbaar maakt. Dit bevestigt dat een duurzame verankering van bewegingsbevordering structurele ondersteuning, gedeeld eigenaarschap en organisatorische inbedding vereist. Bewegingsprofessionals kunnen hierin een belangrijke faciliterende rol opnemen door de expertise rond lichamelijke gezondheid en bewegingsstimulering binnen het bredere zorgteam te versterken, waardoor bewegingsbevordering minder afhankelijk wordt van één specifieke medewerker (Fibbins et al., 2019).

Daarnaast toont deze studie aan dat hefbomen en drempels zich opvallend vaak binnen dezelfde domeinen bevinden. Medewerkers kunnen bijvoorbeeld zowel een belangrijke succesfactor als een belemmering vormen, afhankelijk van hun motivatie, expertise en rolopvatting. Ook infrastructuur, netwerken, financiering en beleidscontext blijken een dubbel karakter te hebben. De aanwezigheid van een sportzaal, deskundige medewerkers of externe partners vormt een belangrijke hefboom, terwijl tekorten op dezelfde domeinen onmiddellijk beperkend werken. Deze bevinding suggereert dat de implementatie van een bewegingsbeleid niet afhankelijk is van één afzonderlijke factor, maar eerder van een samenhangend geheel van voorwaarden op verschillende niveaus. Dit sluit aan bij socio-ecologische modellen van gezondheidsbevordering, waarin gedrag wordt beïnvloed door interacties tussen individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren (Bauman et al., 2022).

In verschillende voorzieningen werd beweging reeds structureel geïntegreerd in de zorgvisie, dagelijkse werking en organisatiecultuur. Goede praktijken illustreren dat duurzame verankering haalbaar is wanneer beweging wordt beschouwd als een gedeelde verantwoordelijkheid van de volledige organisatie in plaats van een opdracht van individuele professionals. Dit sluit aan bij het Ottawa Charter (Whitelaw et al., 2001), waarin eveneens gesteld wordt dat gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen het individu en de maatschappij. Daarnaast benadrukt de literatuur dat het stimuleren van fysieke activiteit bij personen met ernstige psychische aandoeningen een complexe sociale interventie is, die meerdere strategieën, een multidisciplinaire aanpak en afstemming op de specifieke context vereist (Keel et al., 2025).

Een andere belangrijke bijdrage van deze studie betreft het belang van maatschappelijke participatie. Respondenten beschouwen beweging niet uitsluitend als een therapeutisch middel, maar ook als een instrument om maatschappelijke inclusie en herstel te bevorderen. Zorgvragers worden gestimuleerd om deel te nemen aan activiteiten buiten de muren van de voorziening en de stap te zetten naar lokale sport- en vrijetijdsinitiatieven. Tegelijk blijkt dat deze overgang niet vanzelfsprekend verloopt. Stigma, beperkte toegankelijkheid van sportclubs, financiële drempels en een gebrek aan sociale ondersteuning vormen belangrijke belemmeringen. Deze bevinding onderstreept dat duurzame beweegparticipatie niet uitsluitend gerealiseerd kan worden binnen de zorgcontext, maar afhankelijk is van bredere maatschappelijke structuren die inclusie ondersteunen. Dit sluit aan bij de literatuur, die benadrukt dat de integratie van fysieke activiteit in het herstelproces een whole systems approach vereist. Hierbij zijn samenwerking tussen verschillende sectoren en acties op zowel individueel als organisatorisch niveau nodig om beweeggedrag te bevorderen.

Bovendien weerspiegelen deze bevindingen de prioriteiten uit het recente Vlaamse beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering, waarin preventie, participatie, empowerment en intersectorale samenwerking centraal staan (Vlaamse Overheid, Departement Zorg, 2025).

IMPLICATIES VOOR BELEID EN PRAKTIJK

De bevindingen hebben verschillende implicaties voor beleid en praktijk. Ten eerste ondersteunen zij de noodzaak om beweging expliciet te erkennen als een kerncomponent van kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg en preventief gezondheidsbeleid. Hoewel de gezondheidswinst van beweging goed gedocumenteerd is, krijgt fysieke activiteit in de praktijk vaak nog een aanvullende plaats binnen behandelprogramma's. Een meer structurele verankering binnen richtlijnen, kwaliteitskaders en accrediteringssystemen kan bijdragen aan een meer systematische implementatie. Daarbij lijkt een geïntegreerde leefstijlbenadering aangewezen, waarbij beweging wordt gecombineerd met andere gezondheidsbevorderende strategieën, zoals gezonde voeding, en ondersteund wordt door gekwalificeerde professionals. Dergelijke multidisciplinaire interventies worden niet alleen beschouwd als essentieel voor duurzame leefstijlverandering bij mensen met een psychische aandoening, maar verdienen ook aandacht vanuit economisch perspectief. Economische evaluaties kunnen beleidsmakers ondersteunen bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit van dergelijke interventies en zo bijdragen aan een onderbouwde besluitvorming rond de structurele implementatie en financiering ervan (Deenik, et al., 2022).

Ten tweede tonen de resultaten aan dat duurzame implementatie investeringen vereist in personeelscapaciteit, gespecialiseerde expertise, infrastructuur en financiering. Tijdelijke projectmiddelen kunnen innovatie stimuleren, maar zijn ontoereikend om bewegingsinitiatieven duurzaam te verankeren. Een langetermijnvisie op financiering blijft daarom essentieel. Deze bevinding wordt ondersteund door onderzoek dat aantoont dat de betrokkenheid van bewegingsspecialisten binnen multidisciplinaire teams in de geestelijke gezondheidszorg kan bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten en een gunstige kosten-batenverhouding. Om dergelijke initiatieven op grotere schaal te implementeren, zijn echter bijkomende investeringen nodig in opleiding, structurele financierings- en terugbetalingsmechanismen en organisatorische ondersteuning (Stubbs et al., 2026).

Ten derde benadrukken de resultaten het belang van multisectorale samenwerking. Een duurzaam bewegingsbeleid vraagt samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg, sportsector, welzijnsorganisaties, onderwijsinstellingen en lokale besturen. Vooral de overgang van zorg naar samenleving verdient hierbij bijzondere aandacht. Het versterken van brugfuncties, lokale partnerschappen en inclusieve sportomgevingen kan bijdragen aan een duurzame verderzetting van beweging na ontslag uit de zorgvoorziening.

Ten slotte ondersteunen de bevindingen recente internationale aanbevelingen om fysieke activiteit systematisch te integreren in de gezondheidszorg. Initiatieven zoals de ISPAH (International Society for Physical Activity and Health) en het Europese onderzoeksproject IMPAQT (Improving Physical Activity Policies and their Impact on Health Equity) benadrukken het belang van routinematige screening, kort beweegadvies en actieve doorverwijzing naar beweegaanbod. Tegelijk toont onderzoek aan dat, ondanks de sterke wetenschappelijke evidentie, fysieke activiteit nog onvoldoende wordt geïntegreerd in de dagelijkse geestelijke gezondheidszorg. De huidige resultaten wijzen erop dat verschillende Vlaamse voorzieningen reeds stappen in deze richting zetten, maar dat een meer uniforme implementatie wenselijk blijft.

STERKTES EN BEPERKINGEN

Deze studie heeft verschillende sterktes. Door zowel psychiatrische ziekenhuizen als psychiatrische verzorgingstehuizen te includeren, werden meerdere zorgcontexten vertegenwoordigd. Daarnaast namen respondenten deel vanuit diverse professionele achtergronden, waardoor zowel praktijkgerichte als beleidsmatige perspectieven werden verzameld. Het gebruik van thematische analyse, onafhankelijke codering door meerdere onderzoekers en terugkoppeling van de resultaten naar deelnemers versterkten de betrouwbaarheid en

geloofwaardigheid van de bevindingen. Bovendien maakte de variatie in deelnemende voorzieningen het mogelijk om zowel belemmerende als bevorderende factoren voor bewegingsbevordering in kaart te brengen.

Tegelijk zijn enkele beperkingen relevant. De deelnemende voorzieningen namen vrijwillig deel aan het onderzoek en hadden vaak reeds interesse in beweging en gezondheidsbevordering. Hierdoor bestaat een risico op selectiebias en kunnen de resultaten een positiever beeld geven dan de situatie in de volledige sector. Daarnaast werden voornamelijk professionals geïnterviewd. Het perspectief van zorgvragers, familieleden en externe partners werd niet onderzocht. Ook zijn de bevindingen gebaseerd op de ervaringen en percepties van respondenten en niet op objectieve metingen van implementatie of organisatieprestaties. Toekomstig onderzoek kan deze verschillende perspectieven expliciet meenemen en daarnaast de effectiviteit van beleidsinterventies en implementatiestrategieën verder onderzoeken.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Hoewel de positieve effecten van beweging op fysieke gezondheid, psychisch welzijn en herstel steeds beter zijn gedocumenteerd, blijft er nood aan onderzoek naar de wijze waarop beweging duurzaam kan worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Recente publicaties benadrukken dat toekomstig onderzoek zich niet alleen moet richten op gezondheids- en hersteluitkomsten, maar ook op implementatieprocessen, implementatietrouw, contextfactoren en kosteneffectiviteit van beweeginitiatieven (Stubbs et al., 2026).

Daarbij wordt in de internationale literatuur benadrukt dat implementatiestrategieën steeds moeten worden afgestemd op de specifieke organisatorische, sociaaleconomische en gezondheidszorgcontext waarin zij worden toegepast. Wat werkzaam is in de ene context, blijkt immers niet noodzakelijk werkzaam in een andere context (Keel et al., 2026). Toekomstig onderzoek zou zich daarom kunnen richten op het identificeren en evalueren van contextspecifieke implementatiestrategieën die aansluiten bij de kenmerken en behoeften van verschillende voorzieningen en doelgroepen.

De resultaten van deze studie suggereren bovendien dat duurzame verandering meer vraagt dan het ontwikkelen van afzonderlijke beweeginitiatieven. Er is nood aan mechanismen die organisaties ondersteunen bij het monitoren, evalueren en versterken van hun bewegingsbeleid. Instrumenten zoals de zelfaudittool kunnen hierin een belangrijke rol spelen, maar verder onderzoek is nodig naar hun gebruiksvriendelijkheid, implementatie en impact op organisatieniveau.

Daarnaast lijkt het waardevol om te onderzoeken hoe kennisuitwisseling en samenwerking tussen overheid, opleidingsinstellingen, onderzoeksinstellingen en psychiatrische voorzieningen structureel kunnen worden versterkt. Verschillende respondenten wezen immers op het belang van blijvende ondersteuning, kennisdeling en opvolging. Toekomstig onderzoek kan verkennen of een duurzame liaison- of brugfunctie, die recente wetenschappelijke inzichten vertaalt naar de praktijk en signalen vanuit de werkvloer terugkoppelt naar beleid en onderzoek, kan bijdragen aan een meer effectieve en duurzame implementatie van bewegingsbeleid.

Tot slot is longitudinaal onderzoek nodig om na te gaan welke beleidsmatige, organisatorische en intersectorale strategieën op langere termijn bijdragen aan een succesvolle verankering van beweging binnen de geestelijke gezondheidszorg en welke impact deze strategieën hebben op gezondheid, herstel, maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven van zorgvragers.

BESLUIT

Deze studie had als doel inzicht te verkrijgen in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van een bewegingsbeleid binnen Vlaamse psychiatrische voorzieningen bevorderen of belemmeren. Hiervoor werd een kwalitatief onderzoeksdesign gehanteerd, waarbij semigestructureerde interviews werden afgenomen met professionals die betrokken zijn bij de ontwikkeling, implementatie of uitvoering van een bewegingsbeleid.

De bevindingen tonen aan dat beweging binnen de geestelijke gezondheidszorg breed wordt erkend als een waardevolle hefboom voor lichamelijke gezondheid, psychisch welzijn, herstel en maatschappelijke participatie. Tegelijk blijkt dat de duurzame implementatie van een bewegingsbeleid afhankelijk is van een samenspel van factoren op het niveau van de zorgvrager, medewerker, organisatie, netwerk en beleidscontext.

De resultaten wijzen daarbij op drie centrale voorwaarden voor succesvolle implementatie. Ten eerste vraagt een duurzaam bewegingsbeleid om een structurele verankering binnen voorzieningen, ondersteund door voldoende personele, financiële en organisatorische middelen. Ten tweede is multisectorale samenwerking noodzakelijk om verbindingen te creëren tussen de geestelijke gezondheidszorg, sport, welzijn, onderwijs en lokale besturen. Ten derde vraagt duurzame beweegparticipatie om een sterke verbinding tussen zorg en samenleving, zodat beweging ook buiten de zorgcontext een betekenisvolle plaats kan krijgen in het dagelijks leven van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

De uitdaging is dan ook niet langer om het belang van beweging aan te tonen, maar om beweging duurzaam, multisectoraal en structureel te verankeren binnen de geestelijke gezondheidszorg én de samenleving. Verder onderzoek is nodig om na te gaan welke implementatiestrategieën het meest effectief zijn binnen verschillende zorg- en organisatiecontexten en hoe deze kunnen bijdragen aan een duurzame verankering van beweging in de praktijk.



REFERENTIES

REFERENTIES

Arteveldehogeschool & Vlaams Instituut Gezond Leven. (2026a). *Stap voor stap: voor meer beweging in de psychiatrische zorg. Deel 1: meting van het bewegingsbeleid in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen met een nieuw ontwikkelde zelfaudittool*. https://www.gezondleven.be/projecten/stap-voor-stap

Bauman, A. E., Sallis, J. F., Dzewaltowski, D. A., & Owen, N. (2002). *Toward a better understanding of the influences on physical activity. American Journal of Preventive Medicine, 23*(2 Suppl.), 5-14. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00469-5

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? Qualitative Research in Psychology, 18(3), 328–352. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238

Departement Zorg. (2025). Vlaams beleidsplan geestelijke gezondheidsbevordering. https://www.departementzorg.be/nl/samen-bouwen-aan-geestelijke-gezondheid

Fibbins, H., Ward, P. B., Stanton, R., et al. (2019). Embedding an exercise professional within an inpatient mental health service: A qualitative study. Mental Health and Physical Activity, 17, 100300. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100300

Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., et al. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. World Psychiatry, 19(3), 360–380. https://doi.org/10.1002/wps.20773

International Society for Physical Activity and Health. (n.d.). *International Society for Physical Activity and Health*. https://ispah.org/

Jespers, V., Chirstiaens, W., Kohn, L., Savoye, I., & Mistiaen, P. (2021). Somatic health care in a psychiatric setting. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). *KCE Reports*, 338

Keel, T., Machaczek, K., Howe, J., King, J. A., Breen, K., & Kinnafick, F. (2025). Physical activity services for inpatients in secure mental health settings: What works, for whom, under what circumstances and why? A realist synthesis. Mental Health and Physical Activity, 29, 100716. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2025.100716

Keel, T., Anthony, J., Tyne, W. P., et al. (2026). An international consensus on strategies for implementing physical activity in inpatient mental health services: A nominal group technique. Mental Health and Physical Activity, 31, 100784. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2026.100784

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., & Ward, P. B. (2014). Meta-analysis physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin psychiatry*, 75(0), 1-11. https://doi.org/10.4088/jcp.13r08765

Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... & Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, *54*, 124-144. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004

Stubbs B, Ma R, Teychenne M, Kinnafick F, Mossaheb N, Korman N, et al. (2026). *Integrating Physical Activity Into Routine Psychiatric Care: A Review*. JAMA Psychiatry, 83(5), 535-542. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0026

Teasdale SB, Machaczek KK, Marx W, et al. (2025). *Implementing lifestyle interventions in mental health care: Third report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission*. The Lancet Psychiatry, 12(9), 700-722. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(25)00170-1

Tew GA, Peckham E, Ker S, et al. (2024). *Physical activity in adult users of inpatient mental health services: A scoping review*. PLOS ONE, 19(8), e0301857. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301857

University of Limerick. (n.d.). *IMPAQT : Implementing physical activity as a standard of care in health systems*. https://www.ul.ie/research/impaqt

Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Soundy, A., Mitchell, A. J., De Hert, M., & Stubbs, B. (2015). Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: A clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(2), 131-143. https://doi.org/10.1111/acps.12407

Vancampfort, D., Scheeuwe, T., Van Damme, T., & Deenik, J. (2020). Effect van bewegen op psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen; systematische review van recente meta-analyses. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 936-945.

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I., & Witney, A. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Helath Promotion International*, 339-353. https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

COLOFON

Deze publicatie is een realisatie van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw en Arteveldehogeschool voor het project ‘Stap voor stap: voor meer beweging in de psychiatrische zorg’ (fonds Mulders-Moonens, beheerd door de Koning Boudewijnstichting). Meer informatie via deze website.

TITEL VAN HET RAPPORT

Arteveldehogeschool & Vlaams Instituut Gezond Leven. (2026). Stap voor stap. *Deel 3: voor meer beweging in de psychiatrische zorg. Een kwalitatief onderzoek naar drempels, hefbomen en beleidsprioriteiten in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen.* https://www.gezondleven.be/projecten/stap-voor-stap

AUTEURS

Mieke Embo – projectcoördinator Arteveldehogeschool
Jan Verpoorten – onderzoeker Arteveldehogeschool
Dorine Vlassenroot – onderzoeker Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

MET DANK AAN

De auteurs danken de leden van de adviescommissie en de klankbordgroep voor hun actieve betrokkenheid, kritische reflecties en waardevolle bijdragen aan de totstandkoming van deze beleidsaanbevelingen. Hun expertise, praktijkervaring en constructieve feedback hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de inhoudelijke onderbouwing en verfijning van dit document. Daarnaast gaat onze bijzondere dank uit naar Patricia De Vriendt, onderzoeksbegeleider aan de Arteveldehogeschool, voor haar wetenschappelijke ondersteuning gedurende dit project.

DATUM EN VERSIE

19 november 2026 – Versie 1.0

TAALREDACTIE

Ellen Cornelis, communicatiemedewerker Gezondheid en Zorg, Arteveldehogeschool

VORMGEVING EN OPMAAK

Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

© 2026, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie. www.gezondleven.be

VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

artevelde hogeschool

King Baudouin Foundation

Working together for a better society