



KENNISVRAAG

Zorg en sport

bewegen in de buurt



KENNISVRAAG

Zorg en sport bewegen in de buurt

NIVEL 2013

C.J. Leemrijse

C. Veenhof

D.H. de Bakker

KENNISVRAAG – ZORG EN SPORT BEWEGEN IN DE BUURT

ISBN 978 94 61 22193 3

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidsamenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 <i>Kabinetsbeleid</i>	11
1.2 <i>Bevorderen van gezond gedrag vraagt om samenwerking</i>	12
1.3 <i>Doelstelling</i>	14
1.4 <i>Leeswijzer</i>	15
2 Wat is er tot nu toe gedaan om gezond bewegen te bevorderen?	17
2.1 <i>Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) (2008-2014)</i>	17
2.2 <i>Centrum Gezond Leven (2007 - heden)</i>	18
2.3 <i>Meedoen Alle Jeugd door Sport (2006-2010)</i>	18
2.4 <i>Proeftuinen Nieuwe Sportmogelijkheden (2007-2011)</i>	19
2.5 <i>Gezonde Wijk (2008-2013)</i>	19
2.6 <i>Impuls brede scholen, sport en cultuur (2007-2012)</i>	20
2.7 <i>De BeweegKuur (2007-heden)</i>	21
2.8 <i>Sport en Bewegen in de Buurt (2012-2016)</i>	24
2.9 <i>Bewegen in Nederland</i>	24
3 Wat kan men leren van bestaande netwerken?	26
3.1 <i>Inleiding</i>	26
3.2 <i>Methoden</i>	26
3.3 <i>Bevorderende en belemmerende factoren bij het opzetten en bestendigen van samenwerking</i>	27
3.4 <i>Specifieke bevorderende en belemmerende factoren bij de verbinding tussen zorg en sport</i>	35
3.5 <i>Rol gemeenten, GGD en ROS bij het opzetten en bestendigen van lokale netwerken</i>	38
3.6 <i>Samenvatting</i>	40

4	Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van meer bewegen	43
4.1	<i>Inleiding</i>	43
4.2	<i>Rol ten aanzien van het stimuleren van meer bewegen</i>	44
4.3	<i>Verwijzing naar sport- en beweegaanbod in de buurt</i>	46
4.4	<i>Redenen om al dan niet naar sport- en beweegaanbod in de buurt te verwijzen</i>	49
4.5	<i>Informatiebronnen voor lokaal sport- en beweegaanbod</i>	51
4.6	<i>Verantwoordelijkheid voor meer bewegen</i>	52
4.7	<i>Samenwerking in het kader van het stimuleren van meer bewegen</i>	53
4.8	<i>Bevorderende factoren voor het verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt</i>	55
4.9	<i>Samenvatting</i>	56
5	De rol van sport- en beweegaanbieders	60
5.1	<i>Inleiding</i>	60
5.2	<i>Beschrijving beweegactiviteiten</i>	61
5.3	<i>Werving van deelnemers</i>	63
5.4	<i>Financiering</i>	64
5.5	<i>Hoe zien sport- en beweegaanbieders hun rol in het stimuleren en ondersteunen van minder actieve groepen?</i>	65
5.6	<i>In welke vorm participeren sport- en beweegaanbieders in netwerken met zorgverleners?</i>	66
5.7	<i>Overige wensen om meer mensen in beweging te krijgen</i>	68
5.8	<i>Samenvatting</i>	69
6	Samenvatting en aanbevelingen	71
6.1	<i>Wat kan men leren van bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken?</i>	72
6.2	<i>Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van gezond bewegen?</i>	73
6.3	<i>Wat is de rol van sport- en beweegaanbieders in het stimuleren van gezond bewegen?</i>	75
6.4	<i>Aanbevelingen</i>	77
6.5	<i>Onderzoeksagenda</i>	82
	Literatuur	85
	Bijlage 1	89
	<i>Gebruikte evaluaties van de BeweegKuur</i>	

Voorwoord

In dit rapport staat de kennisvraag centraal hoe de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden. Om deze vraag te beantwoorden is gekeken welke leerpunten uit de literatuur naar voren komen over structurele samenwerkingsverbanden tussen zorg en sport. Daarnaast is een schriftelijke enquête gehouden onder huisartsen en fysiotherapeuten en werd een aantal beweegaanbieders geïnterviewd. De gevonden resultaten zijn besproken in een invitational conference met vertegenwoordigers van het Nederlands Olympisch Comité* Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns (LVG), Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVPPO), GGD, gezondheidscentra, Fit!vak, Vereniging voor Sportgeneeskunde, Sportbureau's, patiëntenverenigingen en het ministerie van VWS. Op basis van de ervaringen van bestaande samenwerkingsverbanden, de gesignaleerde wensen van zorgverleners en sport- en beweegaanbieders en de invitational conference, worden in dit rapport aanbevelingen gedaan voor de verdere verbinding van zorg en sport.

Wij willen alle huisartsen, fysiotherapeuten, beweegaanbieders en deelnemers aan de invitational conference hartelijk bedanken voor hun inbreng.

Speciale dank gaat uit naar Marloes Aalbers, Liesbeth Preller en Patrick Rijnbeek van NISB voor hun bijdrage aan dit rapport. Het meedenken over de vragenlijst voor zorgverleners en hun kritische opmerkingen en aanvullingen bij hoofdstuk 3 en 4 zijn zeer waardevol geweest.

De auteurs

Utrecht, mei 2013

Beleidssamenvatting

In dit rapport staat de kennisvraag centraal hoe de verbinding tussen eerstelijns zorgverleners en sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden. Meer bewegen is belangrijk, zowel voor de algemene gezondheid als voor de preventie en behandeling van verschillende lichamelijke en psychische aandoeningen. Ouderen, mensen met overgewicht en mensen met chronische aandoeningen bewegen uit zichzelf vaak te weinig. Eerstelijns zorgverleners zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij het in beweging brengen van deze groepen. Huisartsen zien hun patiënten regelmatig en kunnen mensen signaleren en motiveren die voor hun gezondheid meer moeten bewegen. Fysiotherapeuten kunnen patiënten na behandeling gericht verwijzen naar een beweegaanbod in de buurt. Om mensen blijvend actief te maken, vindt dit bewegen bij voorkeur buiten de zorg plaats. Wanneer bewegen als een leuke sociale activiteit wordt ervaren en niet als een (tijdelijke) medische behandeling, zal het eerder een vanzelfsprekend onderdeel worden van het gewone dagelijkse leven. Om te bevorderen dat meer mensen met (een verhoogd risico op) gezondheidsproblemen blijvend gezond gaan bewegen, is samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders in de buurt gewenst.

De laatste tijd zijn op verschillende plaatsen samenwerkingsverbanden tussen zorg en sport ontstaan, waarbij de netwerken van de BeweegKuur tot de bekendste behoren. In deze kennisvraag is gekeken welke leerpunten uit de literatuur rondom de BeweegKuur naar voren komen over structurele samenwerkingsverbanden tussen zorg en sport. Daarnaast is aan een grote groep huisartsen en fysiotherapeuten gevraagd hoe zij hun rol zien in het stimuleren van meer bewegen en in hoeverre zij daarbij (willen) samenwerken met lokale sportaanbieders. Ook aan een aantal sport- en beweegaanbieders is gevraagd hoe zij hun rol zien in het stimuleren van bewegen bij te weinig actieve burgers en of zij hierin (willen) samenwerken met zorgverleners. De bevindingen geven geen pasklaar antwoord op hoe de samenwerking tussen zorg en sport er precies uit zou moeten zien, maar geven oplossingsrichtingen voor een aantal problemen die werden gesignaleerd.

1 Samenwerking kost tijd en vraagt een cultuuromslag

Het opbouwen van structurele samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders kost tijd en doelen moeten daarom met een reëel tijdspad worden gesteld. Bij samenwerking tussen zorg en sport werken verschil in cultuur, tijdsbesteding en prioriteiten soms belemmerend. Bij de 160 ontstane lokale netwerken van de BeweegKuur wordt de onderlinge kennismaking gewaardeerd, maar is de structurele samenwerking tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod nog niet

overall goed tot stand gekomen. Veel lokale netwerken geven aan dat de ontbrekende financiering een knelpunt is voor hun voortbestaan.

2 Houd samenwerking eenvoudig en informeel

Huisartsen en fysiotherapeuten geven aan dat zij wel willen samenwerken met sport en beweegaanbieders, maar dat zij geen behoefte hebben aan regelmatige bijeenkomsten. Ook niet alle sport- en beweegaanbieders zitten te wachten op intensieve samenwerkingen, terwijl diegenen die wel graag contact willen met de zorgverleners hier niet altijd makkelijk binnen komen. Een belangrijke aanbeveling is dat samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders eenvoudig en informeel wordt opgezet, uitgaande van de specifieke behoeften en mogelijkheden van de buurt. Dit kan bijvoorbeeld door per eerstelijnspraktijk in eerste instantie contact te leggen met een klein aantal sportverenigingen of beweegaanbieders in de buurt. Hoewel kennismaking belangrijk is, moet het aantal structurele overlegmomenten worden beperkt. Het contact kan via de praktijkondersteuner van de huisarts en een enkele contactpersoon van het beweegaanbod verlopen. Daarnaast is een sociale kaart waarop het beweegaanbod in de buurt is weergegeven een belangrijk hulpmiddel om patiënten naar een geschikt beweegaanbod te leiden.

3 Coördinatie van samenwerking is belangrijk

De verantwoordelijkheid voor het initiëren van samenwerking tussen zorg en sport is nergens belegd en kan door iedereen worden opgepakt. Met name in de beginfase van de samenwerking is het van belang dat er een trekker of coördinator is met kennis van de lokale situatie die de contacten tussen zorg en sport legt en onderhoudt. Deze rol kan worden vervuld door de buurtsportcoach waarvoor vanaf 2012 door gemeenten subsidie kan worden aangevraagd. Buurtsportcoaches worden voor 40% gefinancierd door de Rijksoverheid en voor 60% door de gemeenten. Het verdient aanbeveling dat er vanuit het ministerie van vws op wordt toe gezien dat bij iedere gemeente een buurtsportcoach wordt ingezet binnen de sectoren zorg en sport.

4 Bewegen verdient serieuze aandacht

Leefstijlverandering en meer bewegen vraagt een gedragsverandering, niet alleen van patiënten maar ook van zorgverleners. Bij de BeweegKuur kwamen meer mensen in beweging als zorgprofessionals zelf gemotiveerd waren en actief doorverwezen. Huisartsen moeten bewegen als een waardevol onderdeel van de behandeling (gaan) zien en dit regelmatig bespreken met hun patiënten. Het signaleren en motiveren van mensen die eigenlijk niet willen of durven bewegen is daarbij een belangrijk onderdeel, waar in de opleiding meer aandacht aan moet worden besteed.

5 *Profilering van beweegaanbieders is relevant*

Voor mensen met weinig beweegervaring is soms een specifiek beweegaanbod gewenst, eventueel als tijdelijke opstart. Zorgverleners geven soms aan dat zij het beweegaanbod niet geschikt vinden voor hun patiënten. Beweegaanbieders hebben het idee dat zij niet als serieuze, gelijkwaardige partners worden gezien. Een certificeringssysteem voor beweegaanbieders die specifieke groepen begeleiden zou er mogelijk voor kunnen zorgen dat zorgverleners meer vertrouwen hebben in het beweegaanbod en dat beweegaanbieders zich beter kunnen profileren.

6 *Het stimuleren van bewegen moet financieel aantrekkelijk zijn*

Wil het stimuleren van meer bewegen en het doorverwijzen van mensen naar een beweegaanbod in de buurt structureel worden ingepast in de zorg, dan moet daar voor zorgverleners een financiële prikkel voor bestaan. In populatiebesteding wordt financiering toegekend aan zorgaanbieders voor de totale zorg voor een regio of populatie. Zorgverleners worden afgerekend op het behalen van gestelde gezondheidsdoelen, af te meten aan ontwikkelde indicatoren. Door indicatoren op het gebied van gezond bewegen in te brengen, zou samenwerking tussen zorg en sport- en beweegaanbieders kunnen worden gestimuleerd. Bewegen bij een regulier sportaanbod in de buurt komt immers niet ten laste van het gestelde zorgbudget. Mogelijk kan hiermee worden geëxperimenteerd binnen de proeftuinen die worden opgezet voor populatiebesteding.

7 *Breng wensen en behoeften van deelnemers in kaart*

Het blijft een probleem dat veel mensen moeilijk in beweging komen. Een aanbeveling voor verder onderzoek is om bij mensen met weinig beweegervaring en/of gezondheidsproblemen te inventariseren welke factoren hen al dan niet zouden stimuleren om meer te gaan bewegen. Belangrijke vragen daarbij zijn welke informatie en begeleiding mensen graag willen hebben om te gaan bewegen en wat zij hierbij van huisartsen, fysiotherapeuten en/of beweegaanbieders verwachten of wensen. Met deze kennis kunnen gerichte methoden worden ontwikkeld om de samenwerking tussen zorg en sport te verbeteren en zodoende meer mensen in beweging te krijgen.

Conclusie

Eerstelijnszorgverleners kunnen en willen een belangrijke rol spelen in het stimuleren van gezond bewegen van inactieve patiënten, maar doen dit nu nog onvoldoende. Kennismaking en samenwerking met sport- en beweegaanbieders in de buurt is een goede mogelijkheid om gezond bewegen meer prioriteit te geven. Samenwerking tussen zorgverleners

en sportaanbieders moet uitgaan van lokale behoeften en zodanig worden vormgegeven dat dit zo min mogelijk extra werkzaamheden met zich mee brengt. De buurtsportcoach kan een belangrijke rol spelen bij het opzetten en coördineren van deze samenwerking. Financiële prikkels zijn belangrijk om het doorverwijzen van patiënten naar een beweegaanbod in de buurt te stimuleren.

1 Inleiding

1.1 Kabinetsbeleid

In de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid van vws wordt aangegeven dat zorg en preventie weer dichterbij de mensen moeten komen en in de onmiddellijke omgeving moeten worden georganiseerd ⁽¹⁾. Eén van de belangrijke uitgangspunten daarbij is dat de zorg zich op een positieve manier richt op het bevorderen van gezondheid, door mensen bewust te maken van wat zij zelf aan hun gezondheid kunnen bijdragen ⁽¹⁾. Het kabinet heeft er voor gekozen het gezondheidsbeleid en preventie te combineren met het sport- en beweegbeleid. Deze beleidsterreinen liggen in elkaars verlengde aangezien bewegen gerelateerd is aan gezondheid. Inactiviteit is wereldwijd de vierde doodsoorzaak en een afname van 10% in inactiviteit zou 533.000 sterfgevallen per jaar kunnen schelen ⁽²⁻³⁾. Regelmatige lichamelijke activiteit bevordert de kwaliteit van leven en heeft een positief effect op de gezondheid. Mensen die voldoende sporten en bewegen hebben minder kans op hart- en vaatziekten, diabetes, depressie, sommige vormen van kanker en dementie ⁽⁴⁻⁷⁾. Het kabinet hecht dus veel waarde aan sport en bewegen als basis voor een gezonde en actieve leefstijl. Eén van de drie pijlers binnen het sportbeleid is *Sport en bewegen in de buurt* ⁽⁸⁻¹⁰⁾. De ambitie hierbij is dat voor iedere Nederlander die dat wil een passend sport- en beweegaanbod in de buurt aanwezig is, dat bovendien veilig en toegankelijk is. De toevoeging ‘die dat wil’ is daarbij belangrijk, aangezien het kabinet van mening is dat gezond leven niet van bovenaf opgelegd moet worden, maar vooral de verantwoordelijkheid is van mensen zelf. Het beleid focust dan ook niet op ‘gezond moeten leven’ maar op het ‘makkelijk toegankelijk maken van gezonde keuzes’, ook voor wat betreft sport en bewegen.

Bewegen is ‘in’ en Nederland kent 28.000 sportverenigingen, 1650 fitnesscentra en vele beweeggroepen ^(11,12). Desondanks beweegt nog niet iedere Nederlander voldoende. Mensen met chronische aandoeningen, mensen met overgewicht en mensen die weinig beweegervaring hebben kiezen nu nog te weinig voor sport en bewegen, terwijl dit juist bij hen een positieve bijdrage kan leveren aan hun gezondheidstoestand en participatie. De vraag is dus of iedere Nederlander wel in staat is om zelf te kiezen voor gezond bewegen.

1.2 *Bevorderen van gezond gedrag vraagt om samenwerking*

Veranderen van leefstijl is moeilijk en verschillende groepen mensen zullen hierbij hulp nodig hebben. De inspectie van de gezondheidszorg stelde in 2012 dat het de taak is van zorgverleners om vooral kwetsbare groepen te ondersteunen bij een gezonde leefstijl ⁽¹³⁾. Huisartsen kunnen vanuit hun centrale rol in de eerstelijnszorg bij uitstek een rol spelen bij het bevorderen van gezond gedrag. Zij zien de meeste patiënten minstens éénmaal per jaar en risico inschatting en preventie behoren tot hun kerncompetenties ⁽¹⁴⁾. Huisartsen kunnen dus een belangrijke rol spelen bij het signaleren van mensen die voor hun gezondheid meer zouden moeten bewegen. Door de band die huisartsen hebben met hun patiënten en als expert op het gebied van gezondheid kunnen huisartsen hun patiënten motiveren om gezond te bewegen. Ook fysiotherapeuten kunnen een rol spelen in het stimuleren van meer bewegen van mensen met (een risico op) gezondheidsproblemen, door hun patiënten na behandeling gericht te verwijzen naar een beweegaanbod in de buurt.

Omdat het belangrijk is dat mensen blijvend actiever worden verdient het de voorkeur dat bewegen zoveel mogelijk buiten de zorg plaats vindt. Wanneer bewegen als een leuke (sociale) activiteit wordt ervaren en niet als een (tijdelijke) medische behandeling, zal het eerder een vanzelfsprekend onderdeel worden van het gewone dagelijkse leven. Ook om financiële redenen is het relevant dat mensen niet onnodig binnen het zorgcircuit blijven bewegen.

Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners zoals verpleegkundigen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en diëtisten geven soms al wel beweegadviezen aan patiënten om (toenemende) gezondheidsklachten te voorkomen, maar dit kan veel verder worden uitgebreid ⁽¹⁵⁾. Bekend is dat de deelname aan preventieve programma's, waaronder beweegprogramma's, hoger is wanneer zorgverleners mensen persoonlijk daarvoor uitnodigen en in gaan op hun twijfels over deelname ⁽¹⁵⁾. Het begeleiden bij gedragsverandering en gericht doorverwijzen naar specifieke beweegactiviteiten in de buurt kan de sportparticipatie onder nu nog inactieve groepen dus mogelijk verhogen. Daarbij is contact met sportaanbieders en kennis van het beweegaanbod in de buurt van belang, maar afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders zijn momenteel nog niet optimaal ^(16;17). Voor het effectief stimuleren van meer bewegen is echter samenwerking nodig tussen zorgverleners en partners van buiten de zorg zoals beweegaanbieders en gemeente. Gemeenten zijn samen met het Rijk verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. Gemeenten dienen een GGD in stand te houden voor de uitvoering van verplichte taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg, zoals vaccinaties en scree-

ning, maar kunnen via de GGD ook leefstijl- en beweegprogramma's aanbieden. Ook op het gebied van sport en bewegen kan de gemeente een belangrijke rol spelen, onder andere door accommodaties voor sportactiviteiten beschikbaar te stellen, en door specifieke sportverenigingen en beweegactiviteiten te subsidiëren. Doordat de gemeente een rol speelt bij zowel gezondheidsbevordering als sportbeleid zou deze een belangrijke regiefunctie kunnen hebben bij de verbinding tussen zorg en sport. Gemeenten nemen die rol in een aantal gevallen al wel, maar dit zou verder kunnen worden uitgebreid ^(16;18).

Het lokale beweegaanbod biedt mogelijkheden aan mensen om te gaan sporten en bewegen en kan specifieke activiteiten organiseren voor bepaalde doelgroepen zoals bijvoorbeeld ouderen, mensen met chronische aandoeningen of mensen met overgewicht. Ook welzijnsorganisaties bieden vaak specifieke beweegactiviteiten aan zoals Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO). Welzijnsorganisaties hebben zicht op de bewoners van de buurt en hun specifieke behoeften en kunnen hun aanbod hierop aanpassen. De uitdaging voor de beweegaanbieders is de juiste doelgroep te bereiken, maar zorgverleners kunnen hieraan bijdragen. Gezondheidsbevordering en bevorderen van gezond gedrag, waaronder bewegen, vraagt dus eigenlijk inzet en samenwerking van mensen vanuit verschillende sectoren zoals de zorg, onderwijs, buurt- en welzijnswerk, gemeenten en lokale sportaanbieders. Deze sectoren apart hebben niet de volledige kennis, toegang tot de doelgroepen of faciliteiten om alle facetten van gezondheidsbevordering volledig aan te pakken, maar kunnen elkaar wel aanvullen ⁽¹⁹⁾. Er is dan ook een toenemende behoefte om de krachten van de gezondheidszorg te bundelen met die van de gemeente en het sport- en beweegaanbod om het probleem van inactiviteit, en daarmee samenhangende problemen als overgewicht en andere chronische aandoeningen aan te pakken. In deze studie wordt in gegaan op de vraag hoe de verbinding tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden.

De centrale kennisvraag voor deze studie is:

Hoe kan de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod verbeterd worden?

1.3 *Doelstelling*

Het doel van de huidige studie is om meer inzicht te krijgen in hoe de samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders geoptimaliseerd kan worden, hoe de doorstroming van minder actieve patiënten van zorg naar sport kan worden bevorderd en welke factoren hierbij een rol spelen.

- ***Kennisvraag nader uitgewerkt naar onderzoeksvragen***

Samenwerken in de zorg is niet nieuw. Ook op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie zijn verschillende voorbeelden van samenwerkingsverbanden te vinden (19-21). Een in het kader van deze kennisvraag belangrijk landelijk voorbeeld van samenwerkingsverbanden zijn de lokale netwerken die zijn ontstaan in het kader van de BewegingKuur (22) (zie 2.7). In de BewegingKuur wordt specifiek ingezet op het verbinden van onder andere gemeenten, gezondheidszorg en sport- en beweegaanbieders. Het doel van de BewegingKuur is om mensen met obesitas en mensen met overgewicht in combinatie met een (andere) risicofactor, bijvoorbeeld diabetes type 2, vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Uiteindelijke doel daarbij is dat mensen meer blijven bewegen, hetzij zelfstandig, hetzij via doorstroming naar een regulier sport- en beweegaanbod in de buurt. Binnen de BewegingKuur neemt het vormen van lokale netwerken waarbinnen samenwerking tussen zorg en sport- en beweegaanbieders plaats kan vinden daarom een cruciale plaats in. De vraagstelling wordt nader uitgesplitst in:

1 Wat kan men leren van bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken?

Aan de hand van de literatuur en evaluaties van onder andere de BewegingKuur wordt geïnventariseerd wat de ervaringen zijn met samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders en wat bevorderende en belemmerende factoren bij deze samenwerking zijn. Daarnaast wordt gekeken welke rol andere partijen als gemeenten, GGD en ROS hierbij kunnen spelen.

2 Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van gezond bewegen?

Van de zorgverleners die betrokken zijn bij de BewegingKuur kan worden aangenomen dat zij een bovengemiddelde belangstelling hebben voor het bevorderen van gezonde leefstijl en gezond bewegen. Het is vanuit het perspectief van een gezonde leefstijl en preventie van chronische aandoeningen echter gewenst dat alle huisartsen en fysiotherapeuten in Nederland proberen hun patiënten te stimuleren om meer te gaan bewegen. Daarom is aan een landelijk representatieve steekproef van

huisartsen en fysiotherapeuten een schriftelijke enquête gestuurd. Hierin werd gevraagd hoe huisartsen en fysiotherapeuten hun rol zien in het stimuleren van fysieke activiteit en of zij hun patiënten ook echt (willen) doorverwijzen naar een beweegaanbod in de buurt. Tevens werd gevraagd in hoeverre zij participeren in samenwerkingsverbanden met lokale sport- en beweegaanbieders en op welke manier deze samenwerking verbeterd zou kunnen worden.

3 *Wat is de rol van sport- en beweegaanbieders in het stimuleren van gezond bewegen?*

Samenwerking vraagt uiteraard de inzet van alle betrokken partijen. Om samenwerking tussen zorg en sport te bevorderen is het daarom niet alleen relevant om te weten wat zorgverleners vinden van hun rol in het bevorderen van meer bewegen. Middels interviews met een aantal sport- en beweegaanbieders wordt getracht inzicht te krijgen in hoe zij hun rol zien in het stimuleren en ondersteunen van te weinig actieve burgers. Tevens werd gevraagd of zij bij het aanbieden van beweegactiviteiten samenwerken met huisartsen, fysiotherapeuten of andere zorgverleners en wat hun ervaringen daarmee zijn.

De resultaten uit de literatuur, enquête en de interviews worden besproken in een invitational conference, waarvoor organisaties van eerstelijns zorgverleners en organisaties die sport- en beweegaanbieders vertegenwoordigen werden uitgenodigd.

1.4 *Leeswijzer*

Na de inleiding in hoofdstuk 1 wordt in hoofdstuk 2 een korte schets gegeven van initiatieven die zijn ondernomen om meer bewegen onder de Nederlandse bevolking te stimuleren. Daarbij werd geen volledigheid nagestreefd, maar zijn enkele belangrijke initiatieven van de laatste 10 jaar gepresenteerd. In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van de literatuur antwoord gegeven op de eerste vraagstelling: *‘wat kan men leren van bestaande samenwerkingsverbanden?’*. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de enquête onder huisartsen en fysiotherapeuten weer gegeven, aan de hand waarvan de tweede vraagstelling *‘wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van gezond bewegen?’* wordt beantwoord. In hoofdstuk 5 wordt vraagstelling 3: *‘wat is de rol van sport- en beweegaanbieders in het stimuleren van gezond bewegen?’* beantwoord aan de hand van de resultaten van de interviews met beweegaanbieders. In hoofdstuk 6 worden de antwoorden op de drie vraagstellingen kort samengevat en aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen kwamen voornamelijk tot stand op grond van de bevindingen van dit onderzoek en werden aangevuld met aanbevelingen van

uit de invitational conference met vertegenwoordigers van onder andere NOC*NSF, NHG, NISB, LVG, NVVPO, FIT!VAK, GGD en gezondheidscentra.

2 Wat is er tot nu toe gedaan om gezond bewegen te bevorderen?

De laatste jaren is veel geïnvesteerd in het bevorderen van sport en bewegen in het algemeen en het specifiek in beweging krijgen van minder actieve burgers. Hieronder worden een aantal belangrijke nationale initiatieven kort genoemd.

2.1 *Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) (2008-2014)*

In 2008 is de Impuls NASB als tijdelijke stimuleringsregeling van het ministerie van VWS in werking getreden ⁽²³⁾. Het doel van het NASB is een bijdrage te leveren aan het terugdringen van bewegingsarmoede, de vermindering van overgewicht, het terugdringen van andere gezondheidsproblemen als diabetes, hart- en vaatziekten en depressie. Gemeenten met grote gezondheidsachterstanden worden gedeeltelijk gesubsidieerd om beweegprogramma's in te zetten die door uiteenlopende aanbieders kunnen worden georganiseerd (GGD's, sportbonden/sportclubs, welzijnsorganisaties, sportbureaus of private organisaties ⁽²⁴⁻²⁷⁾). NISB organiseert en coördineert de ondersteuning van gemeenten die sport- en beweegbeleid en activiteiten ontwikkelen, gericht op te-weinig-actieven.

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)

NISB is een onafhankelijk kennisinstituut dat kennis inzichtelijk en praktisch bruikbaar maakt voor de lokale praktijk. Vanuit het motto: werk met dat wat effectief is, kies voor kwetsbare doelgroepen en bevorder een integrale aanpak. NISB werkt voor (lokale) professionals en vrijwilligers die deskundigheid zoeken over sport- en het stimuleren van bewegen. Ook vragen vanuit lokale overheden, het vrijwilligerswerk, sociale partners, landelijke of regionale kennisorganisaties, organisaties met een publieke functie of het bedrijfsleven kunnen aanleiding zijn voor NISB om ondersteuning te bieden of samenwerking te zoeken. NISB heeft zelf kennis en deskundigheid in huis, kent databanken en andere bronnen en kan vragenstellers daarmee direct aan informatie helpen. NISB onderhoudt een groot netwerk van organisaties en professionals uit praktijk, beleid en wetenschap en verbindt partijen met verschillende expertise aan elkaar. Door samen te werken met partners uit uiteenlopende sectoren, wordt kennis van buiten de sport- en bewegingswereld binnen gebracht en andersom.

Binnen NASB zijn door het NOC*NSF en sportbonden nieuwe laagdrempelige sportactiviteiten ontwikkeld om te-weinig-actieve mensen meer te laten bewegen (28). In totaal zijn 14 sportprojecten landelijk geïmplementeerd. De ambitie was om in 2012 100.000 mensen door de initiatieven van de georganiseerde sport aan het bewegen te krijgen, maar uit de evaluatie van de genoemde 14 sportprojecten bleek dat juist de inactieve burgers moeilijk werden bereikt (28-30).

2.2 *Centrum Gezond Leven (2007 - heden)*

¹ GGD'en, thuiszorgorganisaties, instellingen voor GGZ en verslavingszorg, gezondheidsfondsen, onderwijsraden, sportserviceorganisaties, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Nederlands Jeugd-instituut (NJI), academische werkplaatsen, NISB, ZonMw en TNO.

Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM heeft tot doel samen met verschillende partners binnen en buiten de zorg¹ samenhang in de gezondheidsbevordering te bevorderen, en te zorgen voor aansluiting tussen vraag en aanbod (31). Het CGL stimuleert het gebruik van best passende leefstijlinterventies, onder andere door beschikbare beweeginterventies te beoordelen op kwaliteit en effectiviteit. Deze interventies worden in de interventiedatabase van het CGL voor professionals inzichtelijk gepresenteerd (Loketgezondleven.nl en Gezondeschool.nl). Daarnaast biedt het CGL professionele gezondheidsbevorderaars ondersteuning en advies op maat bij de uitoefening van hun vak. Het CGL werkt met settingspecifieke programma's:

- *Gezonde Gemeente / Gezonde Wijk*: geeft handvatten aan gemeenten en professionals om gemeentelijk gezondheidsbeleid op te stellen en uit te voeren.
- *Gezonde School*: ondersteunt gezondheidsbevordering in het onderwijs.
- *Gezond Werk*: biedt overzicht voor gezondheidsbevordering in de werkomgeving.

2.3 *Meedoen Alle Jeugd door Sport (2006-2010)*

In 2006 hebben de ministeries van vws en het toenmalige ministerie van Wonen, Wijken en Integratie (wwi) het programma Meedoen (Alle Jeugd door Sport) opgesteld (32). Doel van Meedoen was zoveel mogelijk inactieve jongeren naar de sportverenigingen te trekken. Daarbij werd door de verenigingen nauw samengewerkt met sportbonden, gemeente en NISB. De sportbonden hebben ieder een eigen methode opgezet om de jeugd naar de vereniging toe te leiden. Daarbij is aandacht besteed aan het verbeteren van het sociaal pedagogisch klimaat, het betrekken van ouders van jeugdleden bij de clubs en het aanbieden van een strippenkaart voor verschillende kennismakingslessen. Ook is het sportaanbod meer op maat gemaakt voor specifieke doelgroepen, zoals loopgroepjes voor allochtone meisjes/vrouwen. Gemeenten hebben de georganiseerde sport in contact gebracht met het onderwijs en

hebben met sportbonden samen gewerkt om sportactiviteiten te organiseren in de openbare ruimte in de wijken. Negen sportbonden en 11 gemeenten hebben binnen Meedoen ruim 500 verenigingen ondersteund. De groei van het aantal jeugdleden bij de deelnemende sportverenigingen is 23% (bij de overige sportverenigingen bedroeg dit 5%). Mede door 'Meedoen' hadden de betrokken bonden ruim 27.000 nieuwe (allochtone) jeugdleden.

2.4 Proeftuinen Nieuwe Sportmogelijkheden (2007-2011)

Het programma Proeftuinen Nieuwe Sportmogelijkheden werd met subsidie van vws uitgevoerd door NOC*NSF in samenwerking met sportverenigingen, sportbonden, Olympische Netwerken, gemeenten en sportraden. Een proeftuin bestaat uit een of meerdere sportverenigingen die zich richten op sportvernieuwing om Nederlanders in beweging te brengen ^(33/34). Zo kan een bestaande sport worden aangeboden aan een nieuwe doelgroep of wordt er geëxperimenteerd met nieuwe varianten van bestaande sporten of nieuwe activiteiten. Ook het verbeteren van de toegankelijkheid van de sport krijgt veel aandacht, bijvoorbeeld door de inzet van flexibele lidmaatschappen of het aanbieden van sport op andere locaties (bedrijven, BSO, scholen etc.). In totaal zijn 22 proeftuinen ontwikkeld, op in totaal dertig plaatsen met meer dan honderd betrokken sportverenigingen. Veel verenigingen zullen die activiteiten voortzetten en de samenwerkingsverbanden die zijn opgebouwd, blijven veelal in stand. Andere andere verenigingen, bonden en sportorganisaties nemen voorbeelden uit de Proeftuinen over voor eigen gebruik, en de ervaringen uit de proeftuinen zullen worden gebruikt in het programma Sport en Bewegen in de Buurt ⁽³⁵⁾.

2.5 Gezonde Wijk (2008-2013)

Het experiment Gezonde Wijk richt zich op achterstandswijken en heeft als speerpunten gezonde bewoners, gezonde leefomgeving en goede zorg ⁽³⁶⁾. In een gezonde wijk krijgen bewoners op een laagdrempelige manier hulp aangeboden om zo gezond mogelijk te leven. Preventie en zorg werken samen en bieden gezamenlijk preventieve programma's aan die aansluiten bij de problemen in de wijk zoals programma's om te stoppen met roken, meer te bewegen en depressie te voorkomen. Huisartsen, fysiotherapeuten, welzijnsorganisaties en beweegaanbieders werken samen om het gezamenlijke aanbod laagdrempelig en goed bereikbaar te maken. Een voorbeeld van zo'n geïntegreerde wijkaanpak is Gezonde Wijk Overvecht (GWO) ⁽³⁷⁾. Hier werken Welzijn, eerstelijns GGZ, Stichting Overvecht Gezond! (geïntegreerde

eerste lijn), zorgorganisatie, gemeente Utrecht en Achmea samen. De aanpak is onderdeel van het convenant Utrecht gezond!, dat is afgesloten door de gemeente Utrecht en zorgverzekeraar Achmea (38). In dit convenant staan samenwerkingsafspraken van vijf jaar op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en inkoop van zorg en diensten. GWO heeft geleid tot een daling van de zorgkosten, volwassen inwoners van Overvecht bewegen meer en door een aanpak op scholen en in het welzijnswerk is het overgewicht onder kinderen gedaald. Er zijn in totaal 13 gemeenten die meedoen met het experiment Gezonde Wijk, dat plaats vindt met ondersteuning van het ministerie van vws en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (39).

2.6 *Impuls brede scholen, sport en cultuur (2007-2012)*

Doel van de Impuls 'Impuls brede scholen, sport en cultuur' is het leggen van verbindingen tussen (brede) scholen, sportverenigingen en culturele instellingen om zo laagdrempelige voorzieningen aan te bieden aan kinderen (40;41). De Impuls betreft een afspraak tussen vertegenwoordigers van het ministerie van vws en ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ocw), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (vng), Vereniging Bijzondere Scholen (vbs), NOC*NSF en de Cultuurformatie².

² De Cultuurformatie is een strategisch samenwerkingsverband van enkele tientallen landelijke kunstenaarsorganisaties en culturele instellingen

De doelstellingen van de Impuls zijn voor wat betreft de sport kort gezegd het stimuleren van het dagelijks sport- en beweegaanbod op en rond scholen voor alle leerlingen. Dit wordt nagestreefd door het uitbreiden van het aantal scholen met sportaanbod en het versterken van sportverenigingen met het oog op hun maatschappelijke functie en hun inzet voor het onderwijs, naschoolse opvang en de wijk.

In 2009 werden door gemeenten combinatiefuncties ingevoerd. Bij een combinatiefunctie is een werknemer in dienst bij één werkgever, maar werkt tegelijk (deels) ten behoeve van ten minste één ander werkveld of sector. Combinatiefunctionarissen spelen een belangrijke rol bij de totstandkoming van samenwerkingsverbanden tussen onderwijs, sport en cultuur. Daarnaast houden zij zich vaak bezig met uitvoerende taken zoals het verzorgen van sportclinics of kennismakingslessen. In totaal zijn sinds 2008 ruim 300 gemeenten van start gegaan met de impuls. Het sportaanbod op scholen is vergroot en sportverenigingen rapporteren een toename van jeugdleden (40;41).

Begin 2012 heeft vws in het kader van Sport en Bewegen in de Buurt besloten het aantal combinatiefunctionarissen uit te breiden en daarbij een accent te leggen op sport en bewegen in de buurt. Deze functies worden 'buurtsportcoaches' genoemd. De bestaande doelstellingen van de Impuls blijven bestaan, maar daarnaast moeten de buurtsportcoa-

ches zich onder andere gaan toeleggen op het beter verbinden van sport en zorg en welzijn. De eerste buurtsportcoaches zijn in de tweede helft van 2012 aangesteld.

2.7 De BeweegKuur (2007-heden)

De BeweegKuur is in 2007 door NISB met partners (o.a. sportraden, ROS, GGD, zorgkoepels) ontwikkeld met subsidie van vws en zet specifiek in op de verbinding tussen zorg en sport. De BeweegKuur richt zich op mensen met overgewicht (obesitas) in combinatie met een (andere) risicofactor, bijvoorbeeld diabetes type 2 ⁽²²⁾. Het doel van de BeweegKuur is om deze mensen vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg te begeleiden naar een gezonde leefstijl, waarvan bewegen een belangrijk onderdeel vormt. Voor de uitvoering van de BeweegKuur is samenwerking noodzakelijk binnen een multidisciplinair team van eerstelijnszorgverleners, maar ook tussen zorgverleners, sport- en beweegaanbieders en de gemeente. Voor de doelgroep van de BeweegKuur is de samenwerking met beweegaanbieders van laagdrempelige beweegactiviteiten het meest van belang³. Binnen de BeweegKuur neemt het vormen van lokale en regionale netwerken waarbinnen samenwerking plaats kan vinden daarom een cruciale plaats in.

Lokale netwerken bestaan bij voorkeur uit huisarts, leefstijladviseur, praktijkondersteuner, fysio- en/of oefentherapeut, diëtist en lokale beweegaanbieders die een samenwerkingsverband aangaan. De lokale netwerken moeten zorgen voor de doorstroming van deelnemers naar het sport- en beweegaanbod in de buurt. Daarbij is de rol van de huisarts om potentiële deelnemers te signaleren en te verwijzen naar een leefstijladviseur die de deelnemers een jaar lang begeleidt. Hierbij zijn drie varianten mogelijk, afhankelijk van de ernst van het risico van de deelnemer ⁽⁴²⁾. In de lichtste variant gaan mensen met hulp van een leefstijladviseur zoveel mogelijk zelf aan de slag bij een beweegactiviteit in de buurt, terwijl in het meest intensieve traject van de BeweegKuur mensen onder begeleiding van de fysiotherapeut beginnen met bewegen in de fysiotherapiepraktijk. Alle varianten zijn erop gericht dat deelnemers uiteindelijk zelfstandig gaan bewegen in de wijk en omvatten tevens een voedingsprogramma onder begeleiding van een diëtist. Voor veel deelnemers is de stap van begeleiding in de zorg naar zelfstandig bewegen groot. Zorgverleners en sport- en beweegleiders kunnen die overstap makkelijker maken door de deelnemer hierbij te begeleiden.

In de beginfase van de BeweegKuur speelde de ROS in opdracht van NISB (en gefinancierd door vws) een belangrijke rol in het coördineren van de netwerken, met als doel dit op termijn aan de lokale partijen over te dragen ⁽¹⁶⁾.

³ Sportbonden, sportverenigingen en brancheorganisaties in de sport richten zich van oudsher vooral op actieve mensen. Binnen de BeweegKuur worden bonden, brancheorganisaties, gemeenten en verenigingen daarom door NISB en partners ondersteund om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de deelnemers aan de BeweegKuur en andere mensen die vanuit de zorg doorverwezen worden

Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS)

ROS'en stimuleren integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg om tot samenhangende zorg in de buurt te komen. Zij bieden informatie, advies en ondersteuning in de eerste lijn. Alle 20 ROS'en zijn aangesloten bij de brancheorganisatie Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns (LVG) en gezamenlijk vormen ze een landelijk dekkend netwerk. ROS'en worden betaald uit collectieve middelen en er is een vaste bijdrage per inwoner beschikbaar. De primaire doelgroep zijn de eerstelijnsprofessionals in de eigen regio, waarbij de ROS een rol heeft als informatieverstrekker, adviseur en aanjager. Elke ROS richt zich op het realiseren van geïntegreerde, populatiegerichte eerstelijnszorg en brengt relevante partijen bij elkaar om initiatieven tot ontwikkeling te brengen. De ROS is geen belangenbehartiger en neemt daardoor een onafhankelijke positie in ten opzichte van zorgverzekeraars, zorgverleners en andere partijen. Op het gebied van preventie ondersteunt een ROS onder andere preventieve activiteiten in het kader van zorgprogramma's en leefstijlinterventies vanuit de eerste lijn, waarvan één de BewegingKuur is.

De ROS-adviseurs maken binnen de lokale netwerken samenwerkingsafspraken binnen en buiten de zorg. Ze ondersteunen bij het opstellen en naleven van financiële afspraken en adviseren en ondersteunen zorgverleners bij het bouwen van lokale netwerken. De gemeente subsidieert het lokale sport- en beweegaanbod, stelt het lokale gezondheidsbeleid en sportbeleid op en heeft baat bij een goede doorstroom van zorg naar de wijk. Tevens hebben gemeenten mogelijkheden lokale sport- en beweegaanbieders te faciliteren en te stimuleren bij het toegankelijk maken van hun beweegaanbod voor de doelgroep. Er zijn binnen de BewegingKuur circa 160 netwerkklocaties tot stand gekomen, verspreid over 120 gemeenten ⁽⁴³⁾.

De regionale netwerken bestaan over het algemeen uit de ROS, GGD en de Sportraad en vormen een landelijk dekkende infrastructuur die de lokale netwerken ondersteunen. Er bestaan momenteel ruim dertig regionale netwerken, die mede door de BewegingKuur zijn gevormd ^(22;43). In de regionale netwerken werkt de ROS als projectleider samen met bijvoorbeeld de GGD, provinciale sportraad, lokale sportserviceorganisatie, de gemeente, een welzijnsorganisatie en een zorgverzekeraar. De GGD heeft kennis over de gezondheidssituatie in een gemeente, kan de gemeente adviseren of ondersteunen bij het opstellen van gezondheidsbeleid en biedt soms zelf een beweegaanbod. De sportraad of sportservicebureau hebben een adviserende en ondersteunende rol richting sportverenigingen en de gemeente. Een welzijnsorganisatie biedt vaak een breed pakket aan activiteiten voor 55 plussers, waaronder

bewegmogelijkheden (bijv. gymnastiek). De regionale netwerken hadden binnen de BeweegKuur de taak de vorming van lokale netwerken te stimuleren en ondersteunen, onder andere met het doel om zorg, sport en bewegen te verbinden. Maar de regionale netwerken houden zich meestal ook bezig met bredere preventiethema's en andere doelgroepen. Door deze regionale samenwerking is een landelijk dekkende ondersteuningsstructuur gevormd die gericht is op het verbinden van de eerstelijns met de openbare gezondheidszorg.

Uitgebreid onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de BeweegKuur wordt momenteel uitgevoerd en de resultaten worden in 2014 verwacht (44). Onderzoek onder 130 deelnemers aan een eerste versie van de BeweegKuur⁴ liet zien dat respondenten tijdens en na de BeweegKuur meer gaan bewegen en gezonder zijn gaan eten. Bijna 60% van de respondenten heeft dankzij deelname een beweegactiviteit gevonden die bij hen past en voor ruim 60% van de respondenten is (meer) bewegen een gewoonte geworden. Ongeveer de helft van de respondenten voelt zich een jaar na afloop van de BeweegKuur beter, fitter en/of gezonder (45:46)

⁴ De eerste versie van de BeweegKuur is naar aanleiding van evaluaties en ervaringen verder doorontwikkeld

Aanvankelijk was de bedoeling de BeweegKuur op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Het ministerie van vws heeft echter besloten om preventieve interventies zoals de gecombineerde leefstijlinterventies uit te sluiten van de basisverzekering. De BeweegKuur wordt vanaf 2012 dus niet meer gefinancierd. Een van de motieven hiervoor was dat mensen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn om gezond met hun lichaam om te gaan.

Hierdoor ligt voor wat betreft leefstijlinterventies en het stimuleren van meer bewegen de bal vooral bij het veld van zorgverleners, sportaanbieders en bij de burgers zelf. Doordat er in 120 gemeenten lokale netwerken zijn ontstaan, hebben de verschillende partijen elkaar leren kennen en de voordelen van samenwerking ervaren, zodat de hoop bestaat dat de meeste netwerken blijven bestaan. De regionale netwerken zijn meestal eerder tot stand gekomen en minder afhankelijk van de BeweegKuur financiering, omdat ze ook bredere thema's oppakken die binnen reguliere of andere projecttaken vallen. Regionale netwerken zijn daardoor minder kwetsbaar dan de lokale netwerken. De netwerken en samenwerking kunnen tevens breder worden gebruikt dan voor het bevorderen van bewegen voor mensen met overgewicht en een verhoogd gezondheidsrisico, en kunnen ook voor andere initiatieven op het terrein van gezond gedrag worden ingezet.

Uit de evaluatie van den Hartog et. al. (2012) bleek dat niet bij alle lokale netwerken de verbinding tussen zorg en sport goed tot stand is gekomen (zie hoofdstuk 3). Het programma Sport en Bewegen in de Buurt dat vanaf 2012 door het ministerie van vws wordt ingezet zou daar verandering in kunnen brengen.

2.8 *Sport en Bewegen in de Buurt (2012-2016)*

Het programma *Sport en Bewegen in de Buurt* van vws, dat in 2012 van start is gegaan heeft als doel om lokaal meer verbindingen te laten ontstaan tussen sport en beweegaanbieders en andere partijen zoals gemeente, zorg, welzijn, onderwijs en bedrijfsleven. Het programma richt zich op vraaggericht sport- en beweegaanbod, afgestemd op de behoeften van de buurtbewoners om sport en bewegen dichtbij de mensen te brengen. Hiervoor is lokale samenwerking nodig tussen diverse partijen en de lokale omstandigheden bepalen welke organisatievorm het meest geschikt is ⁽⁴⁷⁾. Uiteraard is het belangrijk gebruik te maken van bestaande structuren en binnen het programma Sport en Bewegen in de Buurt zullen de ontstane lokale netwerken uit de BeweegKuur een belangrijke rol blijven spelen.

Een belangrijk onderdeel van het programma Sport en Bewegen in de Buurt is het financieren en inzetten van buurtsportcoaches die de lokale samenwerking moeten bevorderen. De gemeente moet 60% zelf financieren en de rijksoverheid zorgt voor de overige 40%. Buurtsportcoaches zijn werkzaam bij een sport- en beweegaanbieder en bij minstens één andere sector, zoals zorg, welzijn, of kinderopvang, onderwijs of bedrijfsleven waardoor zij gemakkelijk een verbinding tussen verschillende sectoren kunnen leggen ⁽⁴⁸⁾. Een ander onderdeel binnen het programma is de Sportimpuls. Via de Sportimpuls subsidieert vws lokale sport- en beweegaanbieders bij het opstarten en aanbieden van sportactiviteiten voor mensen die niet of nauwelijks sporten en bewegen. Via de Sportimpuls krijgen lokale beweegaanbieders de kans om elders succesvol gebleken sport- en beweegaanbod in hun eigen buurt toe te passen. Onder regie van de gemeente wordt met sport- en beweegaanbieders gezocht naar mogelijkheden om aanbod te verzorgen op incurante uren en/of op verschillende locaties in de buurt, zoals bijvoorbeeld een verzorgingshuis. De belangstelling voor Sportimpuls is enorm. In de eerste ronde zijn 904 aanvragen binnengekomen en zijn 170 projecten gehonoreerd, die vanaf september 2012 zijn gestart.

2.9 *Bewegen in Nederland*

Er zijn en worden dus veel initiatieven ondernomen om meer bewegen te bevorderen en er zijn verschillende nieuwe sport- en beweegmogelijkheden gecreëerd, zowel voor gezonde mensen als voor mensen met een (risico op) gezondheidsproblemen. Het exacte bereik en de effectiviteit van deze initiatieven zijn moeilijk in kaart te brengen, maar een feit is dat de fysieke activiteit onder de Nederlandse bevolking de afgelopen jaren is toegenomen. In 2011 bewoog circa twee derde van de volwassenen voldoende terwijl dit in 2002 nog 52% was. Vijftig procent van

de jongeren beweegt voldoende (7; 49) en het aantal jongeren dat aan de Fitnorm (minstens drie keer per week minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit) voldoet fluctueert, maar is in 2011 iets hoger (34%) dan in 2006 (27%). De beleidsdoelstelling dat in 2012 minimaal 70% van de Nederlandse volwassenen en minimaal 50% van de jongeren voldoet aan de combinorm lijkt dus in zicht (49;50). Het stimuleren van bewegen blijft echter aandacht vragen aangezien de toename van de laatste jaren niet doorzet en bepaalde groepen mensen achterblijven. Groepen volwassenen die een beweegachterstand hebben zijn ouderen, mensen met een lage opleiding, niet-werkenden, werkenden met een zittend beroep, mensen met een niet-Nederlandse achtergrond, mensen die niet aan sport doen, en mensen met langdurige aandoeningen (49;51-54). Groepen jongeren die een beweegachterstand hebben, zijn: meisjes, jongeren die niet georganiseerd sporten en jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond (49;50;54;55). Gericht stimuleren blijft dus belangrijk. Met name bij inactieve mensen met (een verhoogd risico op) gezondheidsproblemen zouden eerstelijns zorgverleners een belangrijke rol kunnen spelen.

3 Wat kan men leren van bestaande netwerken?

3.1 Inleiding

Zoals uit het overzicht in het voorgaande hoofdstuk blijkt, zijn dus veel initiatieven ondernomen om meer bewegen te bevorderen, zowel voor gezonde mensen als voor mensen met een (risico op) gezondheidsproblemen. Het bevorderen van meer sport en bewegen in de buurt staat of valt met goede lokale samenwerking van verschillende partijen en met het delen van elkaars kennis en mogelijkheden. Met name de verbinding tussen gezondheidszorg, sport en bewegen is belangrijk voor het stimuleren van mensen die om gezondheidsredenen meer zouden moeten bewegen, maar zelf niet snel de stap naar een sportvereniging of ander beweegaanbod zullen zetten. De vraag is hoe deze verbinding verder kan worden bevorderd. De laatste jaren zijn binnen de BewegingKuur (§2.7) al veel samenwerkingsverbanden en doorstroomactiviteiten gecreëerd. Deze ontstane netwerken en samenwerkingsverbanden blijven ook binnen het programma Sport en Bewegen in de Buurt (§2.8) essentieel. Om de samenwerking tussen zorg, sport en bewegen te stimuleren is het goed te analyseren wat er van bestaande netwerken en samenwerkingsverbanden kan worden geleerd. Dit leidt tot de volgende vraagstellingen:

- **Vraagstellingen**

Wat kan men leren van bestaande netwerken?

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het opzetten en het bestendigen van samenwerking of (lokale) netwerken tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders?
- Wat zijn specifieke bevorderende en belemmerende factoren bij de verbinding tussen zorg en sport?
- Wat voor rol spelen gemeenten, GGD, ROS en regionale en landelijke netwerken bij het opzetten en bestendigen van lokale netwerken?

Bij het opzetten van lokale netwerken spelen ook provinciale sportraden een belangrijke rol, maar de vraagstelling voor deze kennisvraag is in overleg met vws voornamelijk vanuit de zorg geformuleerd, waardoor de rol van de Sportraad in dit rapport onderbelicht blijft.

3.2 *Methoden*

Voor het beantwoorden van vraag 1a wordt gebruik gemaakt van bestaande overzichtsstudies naar belemmerende en bevorderende factoren bij samenwerking binnen gezondheidsbevordering ^(16;19;21;56-59), en van evaluaties rondom de BeweegKuur ^(16-18;43;60-63). Vanaf de start van de BeweegKuur zijn verschillende evaluaties uitgevoerd waarin onder andere ervaringen van betrokkenen en belemmerende en bevorderende factoren van samenwerking werden geïnventariseerd. Tevens is gebruik gemaakt van een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren van Hartslag Limburg (HSL) en Gezonde Wijk Overvecht ⁽⁵⁶⁾. HSL en GWO zijn twee lokale 'best practices' van het bevorderen van preventie via een integrale wijkaanpak waarbij samenwerking tussen verschillende sectoren een belangrijke rol speelt.

De gevonden bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking worden beschreven aan de hand van het HALL framework (Healthy ALLiances framework) van Koelen et al. (2012)⁽²⁰⁾. In dit framework worden drie clusters van factoren onderscheiden die hun invloed hebben op het opzetten en in stand houden van succesvolle samenwerkingsverbanden:

- 1 Institutionele factoren (factoren uit de omgeving van het netwerk)
- 2 Persoonlijke factoren van de deelnemers aan het netwerk
- 3 Factoren die te maken hebben met de organisatie van het netwerk

Omdat veel factoren in meerdere (BeweegKuur)evaluaties en in de (inter)nationale literatuur naar voren kwamen, worden in verband met de leesbaarheid niet iedere keer per factor alle referenties weergegeven.

3.3 *Bevorderende en belemmerende factoren bij het opzetten en bestendigen van samenwerking*

3.3.1 *Institutionele factoren*

- Inpassen van samenwerking rondom leefstijlbegeleiding in het gemeentelijk zorg- en sportbeleid werkt bevorderend
- Verschil in cultuur, tijdsbesteding en prioriteiten van betrokken sectoren werkt belemmerend; de ROS zou kunnen ondersteunen in het bewerkstelligen van een cultuuromslag in de eerstelijnszorg
- Structurele financiering van de samenwerking, de betrokken partijen en het beweegaanbod zijn zeer belangrijk voor het voortbestaan van de netwerken

- **Goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan deze financiering ondersteunen**

Institutionele factoren zijn factoren die met de omgeving van de netwerken te maken hebben, zoals beleid, prioriteiten, toekomstvisie en financiering. Hieronder volgt een toelichting op deze factoren.

- **Doelstellingen en beleid**

Doelstellingen en beleid van verschillende partners of organisaties in een netwerk kunnen verschillen en daardoor belemmerend werken. Een succesfactor is wanneer de netwerkvorming waarin zorgverleners en sport- en beweegaanbieders samenwerken wordt ingebed in gemeentelijk sport- en gezondheidsbeleid ⁽¹⁷⁾. Dit zou de duurzaamheid bevorderen. Politieke besluitvorming is echter vaak gericht op de korte termijn, terwijl leefstijlbegeleiding en preventie zich richten op lange termijn effecten ⁽⁵⁶⁾. Bij HSL was het ontbreken van politiek draagvlak bij gemeenten één van de redenen dat de aanpak strandde. Bij GWO daarentegen waren de gedeelde visie en belangen van gemeente, GGD en zorgverzekeraar Agis juist een bevorderende factor. In hoeverre samenwerking en de netwerken die nu binnen de BeweegKuur bestaan zijn ingebed in gemeentelijk sport- en gezondheidsbeleid is onbekend ⁽¹⁷⁾. In een van de laatste evaluatiestudies wordt wel gemeld dat de BeweegKuur, een andere GLI of de verbinding tussen zorg, sport en gemeenten in 60% van de gemeenten is 'geborgd', maar wat hiermee wordt bedoeld is niet precies gespecificeerd ⁽⁴³⁾.

- **Cultuur of historie**

Een belemmerende factor bij het samenwerken met verschillende sectoren in het algemeen kan ook het ontbreken van een gemeenschappelijk cultuur of historie zijn. Zo zijn bij de samenwerking tussen zorg, sport en gemeente de cultuurverschillen tussen de sectoren groot ⁽¹⁶⁾. Gemeenten en GGD zijn gericht op gezondheidsbeleid en op lange termijn resultaten voor de gehele populatie. Zorgverleners hebben te maken met individuele mensen met een gezondheidsprobleem en zijn vaak meer gericht op behandeling dan op preventie. Vertegenwoordigers vanuit de sport zijn vooral gewend aan actieve mensen die graag bewegen en zijn niet gewend aan patiënten of aan mensen die bewegen niet leuk vinden. Daarnaast hebben zorgverleners weinig kennis van (het aanbod van) sportclubs en beweegaanbieders. Uit de evaluaties rond de BeweegKuur komt naar voren dat huisartsen niet als beleid hebben om mensen naar beweegactiviteiten in de buurt door te verwijzen. Niet alle sportaanbieders zien het als hun rol om relatief kwetsbare groepen zonder bewegingservaring aan het bewegen te krijgen en ook niet alle sportaanbieders beschikken over de kennis en vaardigheden om deze, voor hen nieuwe doelgroep te begeleiden ⁽¹⁶⁾. Den Hartog (2012) en

Raaijmakers (2012) concluderen beiden in hun evaluatie dat de afwach-
tende cultuur van de zorg de structurele samenwerking belemmert. Den
Hartog et.al. (2012) adviseren dat de ROS ondersteuning biedt in de
benodigde cultuuromslag bij zorgverleners. Bij GWO heeft de ROS hier
ook een belangrijke rol in.

- **Prioriteiten en tijdsbesteding**

Ook de tijdsbesteding en prioriteiten van de verschillende sectoren zijn
verschillend ⁽⁶³⁾. Voor de een zijn taken rondom het bevorderen van
bewegen normaal en behorend tot het taakpakket, voor de ander niet.
Daarbij werken zorgprofessionals overdag en zijn sport- en beweegaan-
bieders veelal in de avonden actief, wat als aanvullend knelpunt wordt
genoemd bij de bestaande netwerken rondom zorg en sport ⁽¹⁶⁾. Ook
het samenwerken zelf en het onderhouden van het netwerk kost tijd.
De partners moeten vanuit hun eigen organisatie voldoende tijd en
middelen ter beschikking hebben om deel te nemen aan de samenwer-
king en hun taken uit te voeren en hier ook zelf de meerwaarde van in
zien. Vrijwilligers (vanuit de sport) zijn niet altijd gemotiveerd om in
hun eigen tijd extra taken op te pakken. In de evaluaties van de
BeweegKuur netwerken wordt de toegenomen samenwerking tussen de
zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en sportaanbieders
door de geïnterviewde zorgverleners als een grote meerwaarde gezien
^(16;17;63). Toch geeft ook 25% van betrokken zorgverleners aan dat zij de
tijdsinvestering niet vinden opwegen tegen de resultaten ⁽¹⁷⁾.

- **Financiering**

Een andere belangrijke factor is de financiering. Veel van de lokale net-
werken die werden gevormd in het kader van de BeweegKuur of rondom
een andere gecombineerde leefstijlinterventie geven aan dat de ontbre-
kende of wegvallende financiering vanuit de BeweegKuur het grootste
knelpunt is voor het voortbestaan van het netwerk ^(16;17;62;63).

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de BeweegKuur in het basispak-
ket werd opgenomen, maar dit is niet gebeurd. Een derde van de nu
bestaande netwerken die in het kader van de BeweegKuur zijn opgezet,
gaf aan bij het ontbreken van financiering te zullen stoppen met het
netwerk. Ook de rol van de ROS adviseurs is door het wegvallen van de
financiering onzeker en het is niet bekend in hoeverre zij de ondersteu-
nende functies voor de netwerken in de toekomst nog kunnen bieden.
Gebrek aan structurele financiering heeft ook belemmerend gewerkt bij
HSL. Bij GWO is daarentegen een 5 jarig convenant afgesloten tussen
GG&GD en Agis en worden de inkoop van selectieve en geïndiceerde pre-
ventie met elkaar afgestemd. Deze samenwerking tussen gemeenten en
zorgverzekeraars komt echter nog niet veel voor.

Financiering is volgens de ondervraagde zorgverleners enerzijds van
belang om de samenwerkings-structuur te onderhouden, maar het is

ook belangrijk dat meer bewegen buiten de zorg voor de betreffende doelgroep niet te duur is (43). Er is behoefte aan een financieel laagdrempelig aanbod aangezien de doelgroep vaak minder te besteden heeft. Gemeentelijke bezuinigingen maken ook dat de rol van de GGD op veel locaties onder druk staat (16). Bij sport- en beweegaanbieders, met name sportverenigingen, werken veelal vrijwilligers en bestaat eveneens vaak een tekort aan mankracht en budget.

3.3.2 *Persoonlijke factoren van de deelnemers aan het netwerk*

- De toegenomen samenwerking, betrouwbaarheid van de partners en een goede onderlinge sfeer zijn succesfactoren van bestaande netwerken; personele wisselingen werken belemmerend
- Bij de lokale BeweegKuur netwerken zijn vooral goede multidisciplinaire zorggerichte teams ontstaan. De samenwerking tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod is nog niet overal tot stand gekomen en de doorstroom van zorg naar sport verloopt vaak moeizaam
- Huisartsen zijn door tijdgebrek niet altijd actief betrokken bij samenwerking, terwijl deze door de overige betrokkenen als belangrijke partners worden gezien. Ditzelfde geldt voor de GGD
- Een succesfactor voor een goede netwerkvorming is als zorgverleners, gemeenten, ROS'en, vertegenwoordigers van sport- en beweegaanbod in de buurt, zorggroepen van huisartsen, welzijnsorganisaties en patiënten betrokken zijn
- Belangrijk is dat vrijwilligers (bijv. van sportorganisaties) als gelijkwaardige partners naast de professionals deelnemen in de samenwerking; dit is echter lang niet altijd het geval
- ***Persoonlijke relaties***
Deelnemers moeten elkaar vertrouwen en accepteren dat er verschillende visies kunnen bestaan. Het is uiteraard bevorderend als mensen elkaar graag mogen en energie putten uit de samenwerking en het idee ergens samen voor te gaan. Het enthousiasme van de deelnemers, hun betrouwbaarheid en mentaliteit en een goede onderlinge sfeer worden in verschillende evaluaties rond de BeweegKuur, HSL en GWO naar voren gebracht als succesfactoren (16-18;56;63). Personele wisselingen daarentegen werken vaak belemmerend op de samenwerking en het kost tijd om weer dezelfde band op te bouwen. Vermeer (2012) stelt daarnaast dat het belangrijk is dat vrijwilligers (bijv. van sportorganisaties) als gelijkwaardige partners naast de professionals deelnemen in de samenwerking, maar dat dit lang niet altijd het geval is.

- ***Juiste personen/sectoren***

Een relevante factor is dat de juiste partijen en personen vertegenwoordigd zijn in de samenwerking, niet alleen in termen van expertise, achtergrond en organisatie, maar ook in termen van macht binnen de eigen organisatie (21;63). Wagemakers et al., concluderen dat huisartsen een belangrijke spil in het netwerk worden gevonden omdat zij de patiënten van de praktijk kennen en op het spreekuur krijgen en zodoende kunnen zorgen voor doorstroom naar beweegactiviteiten. Tegelijkertijd bleken huisartsen door onder andere tijdgebrek op de meeste locaties niet actief betrokken te zijn bij de samenwerking, en dit over te laten aan hun POHers (16;62). Eenzelfde geval werd gevonden op regionaal niveau: de GGD werd door de ROS en de sportservice als relevante partner gezien, maar de GGD zelf zag zichzelf niet als kernpartner. Voor netwerken rondom het stimuleren van gezond bewegen is het van belang dat niet alleen zorgverleners maar ook gemeenten en vertegenwoordigers van sport en beweegaanbod in de buurt vertegenwoordigd zijn. De lokale netwerken die rond de BewegingKuur zijn ontstaan bestaan vooral uit eerstelijns zorgverleners zoals fysiotherapeuten, leefstijladviseurs, praktijkondersteuners, diëtisten en POHers en/of huisartsen. In circa de helft van de lokale netwerken zijn ook beweegaanbieders betrokken (43). Er was bij de ontstane netwerken dus vooral sprake van multidisciplinaire zorggerichte teams, waarbij de zorgverleners van mening waren dat de verbinding tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod nog niet goed genoeg tot stand was gekomen. Wanneer deze verbinding wel was gelegd waren zorgverleners ook meer tevreden over het functioneren van het netwerk. Deze samenwerking werd zeer relevant geacht voor het voortbestaan van het netwerk (17) en lijkt ook een voorwaarde te zijn om de doelstelling dat meer mensen gaan bewegen in de buurt te halen. De Groot (2011) constateert dat de mogelijkheden voor het opbouwen van een goed netwerk met de juiste personen/organisaties nogal verschillen per locatie: in een plattelandsgemeente is het bijvoorbeeld veel moeilijker om een goed lokaal sportaanbod te bieden.

Koelen et al., benadrukken tevens het belang van structurele deelname van patiënten aan samenwerkingsverbanden. Er zou veel winst zijn te behalen door patiënten zelf te betrekken in de samenwerking, aangezien de op te zetten activiteiten immers moeten aansluiten bij de behoeften van mensen zelf. Ook Wagemakers et al. (2011) concluderen in hun evaluatie onder coördinatoren van regionale netwerken dat deelname van patiëntenraden gewenst is voor het welslagen van het netwerk, maar dat dat nu nog weinig plaatsvindt. Wagemakers noemt daarnaast ook zorggroepen van huisartsen en welzijnsorganisaties als gewenste regionale partners.

3.3.3 *Factoren die te maken hebben met de organisatie van het netwerk*

- Het opbouwen van samenwerking kost tijd en doelen moeten met een reëel tijdspad worden gesteld
- Een heldere taakverdeling, gedeelde verantwoordelijkheid en duidelijke missie en doelstellingen zijn bevorderend voor het voortbestaan van de samenwerking
- Het ontbreken van een trekker of een coördinator wordt als belemmerend voor het functioneren van het netwerk ervaren; dit speelt vooral bij lokale netwerken
- Vooral in de regionale maar ook in de lokale netwerken neemt de ROS deze coördinerende functie soms op zich, wat zeer positief wordt ervaren
- Resultaten van samenwerking zichtbaar maken werkt bevorderend; genoemd worden kennismaking met andere disciplines, korte communicatielijnen, opgezette beweegactiviteiten en de sociale kaart van de buurt

- ***Flexibel tijdschema***

Het is bekend dat het opbouwen van samenwerkingsnetwerken tijd kost. Bij de evaluatie van de BeweegKuur bleek dat de verwachtingen van zorgprofessionals, ROS'en en gemeenten ten aanzien van aantallen patiënten/deelnemers hoog gespannen waren, maar dat deze dienden te worden bijgesteld ⁽¹⁶⁾. Om teleurstellingen te voorkomen moeten doelen met een reël tijdspad gesteld worden, dus zowel korte termijn doelen (verbeterde samenwerking) als lange termijn doelen (gedragsverandering en verbeterde gezondheid van burgers). Ook bij GWO bleek het 'klein beginnen' en de tijd nemen om elkaar te leren kennen een succesfactor te zijn.

- ***Gedeelde missie en doelstellingen***

Voor het opzetten en bestendigen van langer durende samenwerking is het van belang dat een gezamenlijk doel wordt geformuleerd en dat eventueel bestaande verschillen in doelstellingen expliciet worden gemaakt. Een actieplan waarin het tijdspad en de activiteiten zijn beschreven die worden ondernomen om deze doelen te bereiken kan behulpzaam zijn bij het stroomlijnen van de samenwerking.

In de evaluatie van de BeweegKuur gaf 97% van de ondervraagde zorgverleners aan dat het bekend zijn van duidelijke doelstellingen van het netwerk zeer relevant was voor het voortbestaan hiervan ^(17;63).

Onduidelijkheid over missie en doelen was een belangrijk knelpunt.

Ook in een onderzoek van den Hartog (2012) naar netwerken rond gecombineerde leefstijlinterventies kwam dit naar voren. Zo verschilden de meningen over het belang van een passend gesubsidieerd beweegaanbod en over de mate van medische begeleiding die nodig is voor deelnemers (16). Doorstroom van deelnemers aan de BeweegKuur naar reguliere sport werd niet door iedereen als een doel gezien, terwijl gemeenten dit wel als duidelijk doel hebben.

Een ander punt dat naar voren kwam bij de netwerken rond de BeweegKuur is dat gemeenschappelijk belangen relevant zijn, maar niet altijd bestaan. Voor fysiotherapeuten is het bijvoorbeeld niet altijd gunstig om patiënten naar een lokaal beweegaanbod door te laten stromen wanneer deze mensen ook een bewegprogramma bij de fysiotherapeut zelf kunnen volgen. Bij HSL had de gemeente weinig belangen bij het project, wat belemmerend werkte.

- ***Duidelijke rollen, verantwoordelijkheden en management***

Een samenwerkingsverband of netwerk bestaat uit verschillende personen/sectoren met ieder hun eigen expertise. Niet alleen een duidelijke missie en doelen zijn een voorwaarde voor het goed functioneren van netwerken, maar ook duidelijke rollen en verantwoordelijkheden die recht doen aan de expertise van de deelnemers. In het onderzoek van Raaijmakers (2012) en Wagemakers (2011) naar de BeweegKuur werd het ontbreken van duidelijkheid over de rol van met name de gemeente als een knelpunt naar voren gebracht. De rollen zijn op lokaal niveau veel duidelijker waar de partners (met name zorgprofessionals) een vakinhoudelijke rol hebben en het aantal partners kleiner is (16). De heldere taakverdeling, gedeelde verantwoordelijkheid en duidelijke doelstellingen worden door vrijwel alle zorgverleners zeer belangrijk gevonden voor het voortbestaan van het samenwerkingsnetwerk (17;21;56).

De aanwezigheid van een trekker of coördinator is van groot belang voor het goed functioneren van samenwerking in een netwerk en voor de duurzaamheid van het netwerk (17;21;56). Met name bij meer lokale netwerken is er soms onduidelijkheid over wie de coördinerende rol van het netwerk zou moeten hebben (63). Het ontbreken van een trekker of een coördinator wordt als belemmerend voor het functioneren van het netwerk ervaren. Tegelijkertijd is het ook belemmerend als de coördinator te veel taken op zich neemt en een gezamenlijke verantwoordelijkheid ontbreekt (16). Het delen van de verantwoordelijkheid voor het netwerk versterkt de duurzaamheid. In regionale netwerken neemt de ROS de rol van coördinator vaak op zich, wat als zeer positief wordt ervaren. Ook in veel lokale BeweegKuur netwerken was de ROS in eerste instantie de trekker, waarbij het doel was deze verantwoordelijkheid naar lokale partijen over te dragen en daarmee het netwerk te borgen. Niet overal is het overdragen van deze verantwoordelijkheid naar lokaal niveau echter gelukt, en deze netwerken zijn daarmee kwetsbaar (16).

- **Communicatie(structuur)**

Een voorwaarde voor netwerken is een goede en open communicatiestructuur met korte communicatielijnen ⁽⁶³⁾. Het is belangrijk dat mensen elkaar goed kennen en dat er tussen de verschillende partners een goede en tijdige uitwisseling van informatie bestaat ⁽¹⁶⁾. Daar waar mogelijk moet daarom gebruik worden gemaakt van bestaande structuren. Ook het gebruiken van elkaars communicatiekanalen zoals websites is een bevorderende factor. Wagemakers stelt vast dat binnen lokale netwerken het uitwisselen van informatie over patiënten verbeterd zou kunnen worden, maar dit is in verband met de privacy soms lastig ⁽¹⁶⁾. Het leren kennen van elkaars werkveld en het delen van elkaars expertise wordt als belangrijke bevorderende factor voor een duurzame samenwerking gezien ⁽¹⁶⁾. Op regionaal niveau worden de goede contacten met GGD en Sportraden als succesfactoren genoemd en de verbeterde verhoudingen tussen de verschillende provinciale ondersteuningsorganisaties onderling ⁽⁶³⁾.

- **Zichtbaarheid**

Voor de in stand houding van het netwerk of samenwerking is de zichtbaarheid van de behaalde resultaten zeer belangrijk. Bij een netwerk dat zich richt op meer bewegen en het bevorderen van een gezonde leefstijl is het uiteindelijke doel een verbeterde gezondheidstoestand van de deelnemers. De vorderingen van patiënten die zijn gaan sporten zijn voor de zorgverleners een belangrijke bevorderende factor om te investeren in de samenwerking. Naast de successen op langere termijn is het echter ook relevant om naar de resultaten die op korte termijn tot stand zijn gekomen te kijken. In veel evaluaties rond de BeweegKuur worden de kennismaking met andere disciplines, de tot stand gekomen samenwerking, de ondertekende overeenkomst of het projectplan, de korte communicatielijnen tussen de verschillende disciplines, de opgezette beweegactiviteiten, de verbeterde toegankelijkheid en kwaliteit van het beweegaanbod voor mensen met chronische aandoeningen en de sociale kaart waarop de beweegactiviteiten in de buurt zichtbaar zijn als succesfactoren naar voren gebracht ⁽¹⁷⁾. Het goed zichtbaar maken van deze resultaten werkt bevorderend voor het in stand houden van het netwerk. Daar waar de verbinding tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbod tot stand is gekomen, wordt dit ook als een succesfactor beschouwd.

3.4 *Specifieke bevorderende en belemmerende factoren bij de verbinding tussen zorg en sport*

- Kennismaking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders alleen is niet genoeg om tot structurele samenwerking te komen
- De zorg- en sportsector zelf leggen of onderhouden nog weinig contacten; een faciliterende rol van bijvoorbeeld gemeente of ROS is hierbij nodig
- Privacy van patiëntgegevens belemmert de samenwerking tussen zorg en sport
- Een sociale kaart met daarop het lokale beweegaanbod maakt gericht doorverwijzen makkelijker, maar het is niet bij iedereen duidelijk wie verantwoordelijk is voor het opstellen en onderhouden van deze kaart
- Weinig patiënten zijn gemotiveerd om meer te gaan bewegen en doorstroming naar regulier beweegaanbod komt vaak niet tot stand
- Doorstroming werkt beter naarmate de zorgverlener zelf gemotiveerd is en actief doorverwijst, of deelnemers zelfs begeleidt
- Doorstroming naar reguliere sport wordt niet altijd als een doel en verantwoordelijkheid gezien door de zorgverleners; zorgverleners vinden het aanbod niet altijd geschikt en fysiotherapeuten hebben zelf een aanbod
- Sportverenigingen hebben nog nauwelijks een rol in de doorstroming van patiënten naar de reguliere sport
- Binnen de BewegingKuur netwerken zijn de meningen verdeeld of er wel een passend gesubsidieerd beweegaanbod moet worden gecreëerd

In de hier voorgaande paragrafen zijn vooral bevorderende en belemmerende factoren voor het opbouwen en functioneren van samenwerkingsverbanden en lokale netwerken geschetst. Voor het op grote schaal in beweging krijgen van mensen met (risico op) gezondheidsproblemen zijn echter ook nog factoren van belang die specifiek betrekking hebben op de verbinding tussen zorg en sport. Deze factoren, die hieronder worden geschetst, kwamen naar voren in de evaluaties rondom de BewegingKuur.

- **Contact tussen zorgverleners en sportaanbieders**

De verbinding tussen zorg en sport kan plaatsvinden op verschillende manieren. Een van de gehanteerde manieren zijn informatiebijeenkomsten waarbij het lokale sport- en beweegaanbod zich presenteert aan de zorgverleners. Deze bijeenkomsten worden binnen de BewegingKuur veelal georganiseerd op initiatief van de ROS, een regionaal netwerk of gemeente. Terwijl de bijeenkomsten op zichzelf goed worden bezocht en gewaardeerd, leidt zo'n bijeenkomst alleen niet vaak tot een blijvende verbinding ⁽¹⁶⁾. Het blijkt niet haalbaar om de verbinding tussen zorg en sport over te laten aan de partners uit de zorg of de sport en een faciliterende rol van gemeente of ROS is veelal een voorwaarde voor het leggen en onderhouden van die verbinding ⁽¹⁶⁾. Het meeste contact was er tussen zorgverleners en fysiotherapeuten met sportmogelijkheden, sportschool/fitnesscentrum, particuliere initiatieven, zwembaden en welzijnsorganisaties. Voor wat betreft sportverenigingen was er het meest contact met wandelverenigingen, gymnastiekverenigingen en zwemverenigingen. Een belemmering die bij de verbinding tussen zorg en sport naar voren werd gebracht is de privacy van patiëntgegevens. Hierdoor willen zorgverleners niet dat vertegenwoordigers vanuit de sport aanwezig zijn bij vergaderingen.

Een andere methode om de verbinding tussen zorg en sport te leggen is het maken van een sociale kaart waar beweeg- en sportactiviteiten in de buurt staan weergegeven zodat gericht doorverwijzen makkelijker wordt. Bij vrijwel alle netwerken was een sociale kaart aanwezig. Wanneer een goede sociale kaart aanwezig was, maakten zorgverleners daar veel gebruik van en oordeelden zij positiever over het functioneren van het netwerk ⁽¹⁷⁾. Het was echter niet altijd duidelijk wie er verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van deze sociale kaart ⁽¹⁷⁾. De betrokken zorgverleners noemden de gemeente en de ROS, terwijl voor het bijhouden van deze kaart de zorgverleners, gemeente, ROS, lokaal beweegaanbod en provinciale sportraad werden genoemd.

- **Weinig mensen zijn gemotiveerd om te bewegen**

De betreffende doelgroep is moeilijk in beweging te krijgen en er is een beperkt aantal deelnemers dat belangstelling heeft voor de doorstroming naar een regulier beweegaanbod. Er wordt soms veel tijd besteed door sport- en beweegaanbieders aan het organiseren van activiteiten of informatiebijeenkomsten waar bijna geen deelnemers op af komen. Het bieden van meer concrete informatie over tijdstip en kosten van de beweegactiviteit aan deelnemers zou de instroom misschien kunnen vergroten. De redenen dat mensen niet doorstromen zijn tevens een beperkte motivatie van de doelgroep om te gaan bewegen. De doelgroep is niet gewend te bewegen en vindt het niet leuk. In het algemeen worden de beperkte motivatie en discipline van patiënten als een probleem ervaren door de betrokken zorgverleners ⁽¹⁷⁾, alsmede het soms

beperkte sport- en beweegaanbod. Bij een enkele BeweegKuur locatie verloopt de doorstroming daarentegen wèl goed en gaan mensen ook zelfstandig meer bewegen. Doorstroming verloopt beter als zorgprofessionals gemotiveerd zijn en actief doorverwijzen, vaak zelfs met een ‘warme’ overdracht, waarbij de deelnemer door de zorgaanbieder of leefstijlmakelaar persoonlijk wordt begeleid naar het sportaanbod. Dit lijkt bepalender te zijn dan het aanbod. Veel andere zorgverleners vinden dit echter de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf, hebben hier geen tijd voor en willen hier geen rol in.

- ***Niet alle partners vinden doorstroming naar regulier aanbod een doel en/of hun verantwoordelijkheid***

Doorstromen van deelnemers naar de reguliere sport wordt niet door iedere partner in de samenwerkingsnetwerken van de BeweegKuur als een doel en verantwoordelijkheid gezien. Gemeenten hebben deze doorstroming wel als duidelijk doel, maar vooral zorgverleners vinden dat de doelgroep niet toe is aan doorstroming naar regulier sportaanbod. Een deel van de zorgverleners is van mening dat het reguliere sportaanbod niet altijd geschikt is voor deze groep en vindt de kwaliteit van het beweegaanbod soms ook onvoldoende⁽¹⁷⁾. Hierdoor ervaren zij weinig mogelijkheden om mensen door te verwijzen naar een beweegaanbod. Fysiotherapeuten geven aan dat deelnemers in hun praktijk kunnen blijven sporten en een deel van de deelnemers doet dat ook. De reden hiervoor is, naast het gevoel van veiligheid en beperkte beweegmogelijkheden in de buurt, ook de gedeeltelijk vergoede kosten van beweegprogramma's bij de fysiotherapeut⁽⁶⁴⁾. De ambitie om mensen rechtstreeks te laten doorstromen zou te hoog zijn en het belang onderschatten van passend beweegaanbod en prijsreductie. De doelgroep heeft weinig te besteden (vaak lage SES). Ook het laagdrempelig aanbod trekt echter weinig mensen aan. Er is soms een gesubsidieerd aanbod dat via welzijnsorganisaties door gemeenten wordt betaald of er wordt er een speciale activiteit ontworpen, waar mensen naar toe gaan. Mensen blijven echter snel afhaken, ook bij een gereduceerde prijs. Sportverenigingen hebben tot op heden een zeer beperkte rol in deze doorstroming van patiënten en het is niet bekend in hoeverre zij dat wel zouden willen hebben⁽¹⁶⁾. Zorgverleners die betrokken waren bij de BeweegKuur gaven aan dat meer initiatief vanuit de sportverenigingen om contact te leggen met de zorgsector en potentiële deelnemers vanuit die zorg bevorderend zou kunnen werken. Ook werd het organiseren van kennismakingslessen, het ontwikkelen van een gepast aanbod en gepaste begeleiding genoemd als relevante factor. Tegelijkertijd zijn de meningen van de netwerkpartners verdeeld of er wel een passend gesubsidieerd aanbod moet worden gecreëerd omdat bewegen niet met een zorgsausje overgoten zou moeten worden⁽¹⁶⁾.

3.5 Rol gemeenten, GGD en ROS bij het opzetten en bestendigen van lokale netwerken⁵

⁵ Bij het opzetten van lokale netwerken spelen ook provinciale sportraden een belangrijke rol.

De vraagstelling voor deze kennisvraag is voornamelijk vanuit de zorg geformuleerd, waardoor de rol van de Sportraad in dit rapport enigszins onderbelicht blijft.

- De ROS is veelal de initiatiefnemer en trekker van het samenwerkingsnetwerk, zowel regionaal als lokaal; wanneer de ROS adviseur geen actieve rol inneemt is er ook weinig contact met het lokale sport- en beweegaanbod en met gemeenten
- De regionale netwerken van ROS, GGD, en sportraad stellen meestal de sociale kaart op met daarop de sport en beweegvoorzieningen in de buurt en mobiliseren het sport- en beweegaanbod door informatiebijeenkomsten rondom zorg en sport te organiseren.
- Wanneer de gemeente actief betrokken is, vindt beleidsmatige verankering plaats en ontstaan soms gereduceerd sportaanbod en een gesubsidieerde beweegmakelaar.
- Binnen de gemeente zou intensief overleg moeten bestaan tussen de afdelingen sport, welzijn en gezondheid
- Door het netwerk aantrekkelijk te maken voor de gemeente en aan te sluiten bij lopend beleid ten aanzien van bijvoorbeeld preventie, kan de betrokkenheid van de gemeente bevorderd worden
- In de bestaande netwerken participeren gemeenten echter niet vaak actief, door gebrek aan tijd en bezuinigingen
- De buurtsportcoach zou een belangrijke schakel kunnen vormen tussen de zorg en de sport

Een belangrijke maar lastige rol binnen een samenwerkingsverband is het verbinden van verschillende sectoren en partijen. De ROS (adviseur) speelt in regionale netwerken gericht op gecombineerde leefstijlinterventies een belangrijke rol, en werkt daarin samen met onder andere GGD en sportraad. De verbinding met de lokale netwerken, met de eerstelijnsprofessionals en met de gemeenten verloopt via de regionale netwerken. De ROS is veelal de initiatiefnemer en trekker van het netwerk, zowel regionaal als lokaal, bereidt vergaderingen voor en zorgt voor informatievoorziening, bijvoorbeeld vanuit andere lokale netwerken (^{16;18;63}). De ROS-adviseur is de vraagbaak voor lokale netwerken, heeft een rol in het beleid en in het aanvragen van subsidies voor het lokale netwerk. Ook voor de verbinding tussen zorg en sport is de ROS belangrijk. De regionale netwerken van GGD, sportraad en ROS stellen meestal de sociale kaart op met daarop de sport en beweegvoorzieningen in de buurt en mobiliseren het sport- en beweegaanbod door informatiebij-

eenkomsten rondom zorg en sport te organiseren. Wanneer de ROS adviseur geen actieve rol inneemt is er ook weinig contact met het lokale sport- en beweegaanbod en met gemeenten ⁽¹⁶⁾. De zorgverleners uit de netwerken geven aan dat zij ondersteuning vanuit de ROS belangrijk vinden voor de voortzetting van het netwerk. Het is echter de bedoeling dat de verantwoordelijkheid en coördinatie van het lokale netwerk uiteindelijk ook lokaal belegd wordt, om de kans op borging te vergroten. Door het wegvallen van de financiering van de BeweegKuur zal de ROS deze rol ook niet altijd meer kunnen vervullen.

De GGD is vooral actief in de regionale netwerken en soms ook in de lokale, en dan ook vooral in de opstartfase. De GGD heeft een goede ingang bij de gemeente en kan in overleg met ROS en Sportservice aansluiten bij lokaal beleid. Er is in de evaluaties van de BeweegKuur verder weinig terug te vinden over de (rol van de) GGD.

De rol van de gemeente is vooral van belang voor de financiering van beweegmogelijkheden en de regierol in een samenwerkingsnetwerk, hoewel gemeenten ten aanzien van dat laatste afwachtend zijn.

Wanneer de gemeente actief betrokken is, vindt beleidsmatige verankering plaats en ontstaan soms sportaanbod tegen een gereduceerd tarief en een gesubsidieerde beweegmakelaar. In de bestaande netwerken participeren gemeenten echter niet vaak, door gebrek aan tijd en bezuinigingen ^(16;63). Binnen de gemeente zou intensief overleg tussen de afdelingen sport, welzijn en gezondheid moeten bestaan, maar niet alle gemeenten hebben een geïntegreerd sport- en beweegbeleid ⁽¹⁸⁾. De deelnemers van de netwerken rondom leefstijlinterventies zouden graag ook een rol voor de gemeente zien in het in kaart brengen van de mogelijkheden in de wijk en het beschikbaar stellen van gemeentelijke websites en communicatiemiddelen en ruimten voor bijeenkomsten tussen zorg en sport ^(16;18). In enkele, met name grotere gemeenten gebeurt dat ook al. Lokale sportserviceorganisaties zijn vaak uitvoerende organisaties van de gemeenten en hebben een eigen sociale kaart. Door de samenwerking of het netwerk aantrekkelijk te maken voor de gemeente en aan te sluiten bij lopend beleid ten aanzien van bijvoorbeeld preventie, kan de betrokkenheid van de gemeente bevorderd worden ⁽⁶³⁾. De gemeente zou moeten zorgen voor een laagdrempelig sport en beweegaanbod op buurtniveau. Naast de lokale rol zou de gemeente een rol kunnen spelen bij het opzetten van een regionale of landelijke samenwerking ⁽¹⁸⁾.

De gemeente neemt zijn rol nog onvoldoende blijkt uit de evaluaties, maar zou dat wel moeten doen. Gemeenten hebben immers naast het vaststellen van het gezondheidsbeleid ook een belangrijke regiefunctie en moeten zorgen voor de coördinatie en afstemming tussen alle partijen die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg. Nu is veelal de ROS de aanjager van het netwerk, maar de ROS is meer gericht op ver-

binden van eerstelijns zorgverleners onderling en heeft minder zicht op sport- en beweegmogelijkheden in de buurt. De ROS werkt wel samen met regionale partijen die wel zicht hebben op sport- en beweegmogelijkheden. Echter, het is niet wenselijk dat regionale partijen trekker blijven van een lokaal netwerk. De verantwoordelijkheid zou zoveel mogelijk lokaal moeten liggen.

Met name ten aanzien van het betrekken en faciliteren van het sport- en beweegaanbod zou de gemeente een grotere rol kunnen spelen.

Gemeenten kunnen sinds half 2012 met subsidie vanuit het vws programma Sport en Bewegen in de Buurt een Buurtsportcoach (zie paragraaf 2.8) aanstellen die een belangrijke schakel zou kunnen vormen tussen de zorg en de sport. Voor zorgverleners kan het positief zijn om samen te werken met een persoon die het overzicht van sport- en beweegactiviteiten heeft. De buurtsportcoach kan deelnemers via een warme overdracht begeleiden naar het sportaanbod. Tevens kan de Buurtsportcoach een rol krijgen in opstellen of onderhouden van de sociale kaart en het lokale netwerk, het organiseren van informatie- en kennismakingsbijeenkomsten en het ontwikkelen van passend beweegaanbod (48;65).

3.6 *Samenvatting*

- ***Bevorderende en belemmerende factoren voor het opzetten en bestendigen van samenwerking***

Het opbouwen van structurele samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders kost tijd en doelen moeten daarom met een reel tijdspad worden gesteld. Bij samenwerking tussen zulke verschillende sectoren als zorg en sport werken verschil in cultuur, tijdsbesteding en prioriteiten soms belemmerend. Tijdgebrek is een veel genoemd knelpunt voor actieve betrokkenheid bij de samenwerking, met name door huisartsen. Een heldere taakverdeling, gedeelde verantwoordelijkheid en een duidelijke missie en doelstellingen worden als bevorderende factoren genoemd.

Voor een goede samenwerking moeten de juiste organisaties en personen actief betrokken zijn zoals zorgverleners, gemeenten, ROS'en en vertegenwoordigers van sport en beweegaanbod in de buurt. Daarbij is het belangrijk dat vrijwilligers van sportorganisaties als gelijkwaardige partners naast de professionals deelnemen in de samenwerking, maar dit is niet altijd het geval. Een goede coördinatie van de samenwerking is relevant en het ontbreken hiervan werkt belemmerend. Soms neemt de ROS de coördinatie nog op zich, maar eigenlijk zou deze rol lokaal moeten worden overgenomen.

Veel lokale netwerken geven aan dat de ontbrekende of wegvallende financiering het grootste knelpunt is voor hun voortbestaan.

Financiering is niet alleen van belang om de samenwerkings-structuur te onderhouden, maar het is ook belangrijk dat er een financieel laagdrempelig beweegaanbod is aangezien de doelgroep vaak minder te besteden heeft. Het goed zichtbaar maken van resultaten van de samenwerking werkt bevorderend. Als positieve resultaten van de BeweegKuur worden de kennismaking met andere disciplines, de korte communicatielijnen, de opgezette beweegactiviteiten en de sociale kaart van de buurt genoemd.

- ***Specifieke bevorderende en belemmerende factoren bij de verbinding tussen zorg en sport***

Bij de lokale netwerken van de BeweegKuur zijn vaak wel goede multidisciplinaire zorggerichte teams ontstaan, maar is de structurele samenwerking tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod nog niet overal goed tot stand gekomen. De kennismaking tussen zorgverleners en sportaanbieders die is ontstaan wordt belangrijk gevonden en gewaardeerd, maar leidt niet vanzelfsprekend tot een structurele samenwerking en doorstroming van deelnemers naar een lokaal beweegaanbod. De zorg- en sportsector zelf leggen of onderhouden nog weinig contacten en een faciliterende rol van bijvoorbeeld gemeente of ROS is nog vaak nodig. De privacy van patiëntgegevens vormt ook een belemmering voor samenwerking en zorgverleners willen om deze reden niet dat vertegenwoordigers vanuit de sport aanwezig zijn bij vergaderingen. Een andere belemmerende factor bij de doorstroming van patiënten naar een reguliere lokaal sportaanbod is dat zorgverleners het niet altijd als hun verantwoordelijkheid zien om patiënten te verwijzen. De zorgverleners vinden het aanbod soms niet geschikt voor hun patiënten en fysiotherapeuten hebben zelf een beweegaanbod. Daarbij zijn ook niet alle patiënten gemotiveerd om te gaan bewegen en doorstroming naar een lokaal beweegaanbod is voor hen vaak een grote drempel, ook wanneer er een gesubsidieerd of speciaal aanbod is. Doorstroming werkt beter naarmate de zorgverlener zelf gemotiveerd is en actief doorverwijst, of deelnemers zelfs begeleidt. Sportverenigingen hebben nog geen rol in de doorstroming van patiënten naar de reguliere sport. De buurtsportcoach die vanaf 2012 wordt ingezet, zou een belangrijke schakel kunnen vormen tussen zorg en sport.

- ***Rol gemeenten, GGD en ROS bij het opzetten en bestendigen van lokale netwerken***

De verbinding tussen regionale en lokale netwerken, eerstelijnsprofessionals, gemeenten en sport en beweegaanbieders verloopt nu nog veelal via de ROS. De ROS is nu nog vaak initiatiefnemer en trekker van het netwerk, zowel regionaal als lokaal. De regionale netwerken van ROS, GGD, en sportraad stellen meestal de sociale kaart op met daarop de sport en beweegvoorzieningen in de buurt en organiseren informatie-

bijeenkomsten rondom zorg en sport. Betrokken zorgverleners vinden de ondersteuning vanuit de ROS belangrijk voor de voortzetting van het netwerk. Samenwerking en netwerkvorming tussen zorg en sport zou moeten worden ingepast in het lopend gemeentelijk zorg- en sportbeleid. In de bestaande netwerken participeren gemeenten echter niet altijd actief, door gebrek aan tijd en bezuinigingen. Wanneer de gemeente wel actief betrokken is bij de samenwerking, vindt beleidsmatige verankering plaats en ontstaan soms gereduceerd sportaanbod en een gesubsidieerde beweegmakelaar. Binnen de gemeente zou intensief overleg moeten bestaan tussen de afdelingen sport, welzijn en gezondheid, maar dat is nog niet overal het geval.

4 Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van meer bewegen?

4.1 Inleiding

Uit de evaluatie van de BeweegKuur bleek dat de doorstroming van patiënten die meer zouden moeten bewegen naar lokaal beweegaanbod nog moeizaam verloopt. De deelnemers sporten soms wel onder begeleiding van de fysiotherapeut, maar de volgende stap naar een reguliere sportclub of beweegactiviteit in de buurt wordt nog relatief weinig gemaakt. Bovendien vraagt de overstap naar het reguliere beweegaanbod vaak persoonlijke aandacht en actieve begeleiding van de zorgverlener. Sportaanbieders zijn nog onvoldoende betrokken bij de netwerken. Binnen de BeweegKuur is specifiek ingezet op het opbouwen van netwerken en het bevorderen van de samenwerking tussen zorg en sport. BeweegKuur locaties werden ondersteund vanuit NISB en voor de opzet van de netwerken was financiering beschikbaar. Het is daarnaast reëel te veronderstellen dat de deelnemende zorgverleners van de BeweegKuur meer dan gemiddeld geïnteresseerd zijn in het bevorderen van gezond gedrag en meer bewegen. Wanneer de samenwerking tussen zorg en sport op deze specifieke locaties al niet optimaal van de grond komt is het de vraag in hoeverre samenwerking met sport- en beweegaanbod in de buurt bij de 'gemiddelde' Nederlandse huisarts en fysiotherapeut aan de orde is. Zien huisartsen het wel als hun rol om hun inactieve patiënten te stimuleren om meer te gaan bewegen? In hoeverre zijn zij bereid om daartoe samen te werken met sport- en beweegaanbieders uit de buurt? Sturen fysiotherapeuten hun patiënten ook wel door naar een reguliere beweegactiviteit of begeleiden zij deze mensen liever zelf? Deze vragen werden vertaald in de volgende vraagstellingen:

• **Vraagstellingen**

Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van de doorstroom van patiënten van begeleid bewegen binnen de zorg naar een regulier sportaanbod?

- Hoe zien huisartsen/fysiotherapeuten hun rol in het stimuleren van fysieke activiteit?
- In hoeverre participeren huisartsen/fysiotherapeuten in samenwerkingsverbanden of netwerken met lokale beweeg- en sportaanbieders? Wat zijn motivaties om wel of niet samen te werken?

- Op welke manier kan samenwerking en doorverwijzing naar lokaal sport- en beweegaanbod volgens zorgverleners verbeterd worden? Welke andere partijen zouden in een dergelijk samenwerkingsverband moeten zitten?

Aan een representatieve steekproef van 800 huisartsen en 800 fysiotherapeuten is een enquête gestuurd waarin onder andere werd gevraagd of en wanneer zij patiënten adviezen gaven ten aanzien van meer bewegen. Tevens werd gevraagd of zij als eerstelijns zorgverlener betrokken waren bij een samenwerkingsverband of netwerk met betrekking tot het stimuleren van meer bewegen en wat hun ervaringen daarmee waren. De steekproef van huisartsen en fysiotherapeuten was afkomstig uit het databestand van het NIVEL met daarin alle in Nederland in de eerste lijn werkzame huisartsen en fysiotherapeuten.

- **Uit de relatief hoge respons valt af te leiden dat ‘meer bewegen’ belangstelling heeft van huisartsen en fysiotherapeuten**

Driehonderdveertig huisartsen (43%) en 513 fysiotherapeuten (64%) stuurden de enquête ingevuld terug. Honderdnegenenvijftig huisartsen (47%) en 160 fysiotherapeuten (31%) werkten in een solopraktijk, terwijl 181 huisartsen en 353 fysiotherapeuten met meerdere collega's een praktijk voerden. In het merendeel van de huisartspraktijken was een POHER (87%) of praktijkassistent (71%) aanwezig. In ruim een derde van de huisartspraktijken was een fysiotherapeut en/of een diëtist aanwezig.

4.2 Rol ten aanzien van het stimuleren van meer bewegen

- Huisartsen en vooral fysiotherapeuten vinden dat zij een rol hebben in het stimuleren van meer bewegen
- Huisartsen zeggen vooral beweegadviezen te geven wanneer dit relevant is voor de klacht van moment
- Fysiotherapeuten zeggen ook beweegadviezen te geven wanneer dit relevant is voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt
- Een beperkte motivatie van de patiënt of zijn/haar gezondheidstoestand zijn de meest genoemde redenen om geen beweegadviezen te geven

Aan de huisartsen en fysiotherapeuten werd gevraagd of zij van mening waren dat zij een rol hebben in het stimuleren van meer bewegen bij hun patiënten. De helft van de huisartsen en 85% van de fysiotherapeu-

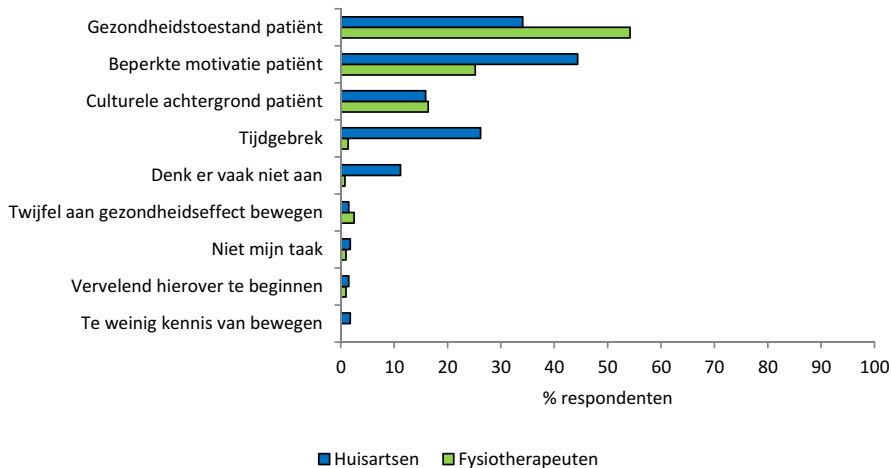
ten vond dat zij een belangrijke rol hebben in het stimuleren van meer bewegen. De helft van de huisartsen en circa 15% van de fysiotherapeuten vonden hun rol hierin beperkt.

Alle huisartsen en fysiotherapeuten gaven aan dat zij hun patiënten wel eens adviseren om meer te gaan bewegen. De meest genoemde reden voor huisartsen om deze beweegadviezen te geven was wanneer dit direct relevant was in het kader van de klacht van de patiënt op dat moment (79%). Fysiotherapeuten gaven om diezelfde reden beweegadviezen (71%), maar gaven ook adviezen wanneer het in het kader van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt belangrijk is (75%), ongeacht de klacht van het moment. Huisartsen gaven vaker dan fysiotherapeuten aan dat zij beweegadviezen geven aan specifieke patiëntengroepen, zoals bijvoorbeeld mensen met (risico op) chronische aandoeningen (48% versus 26%).

De meest genoemde redenen om patiënten geen adviezen te geven ten aanzien van meer bewegen waren een beperkte motivatie van de patiënt, of een gezondheidstoestand van de patiënt die meer bewegen niet toelaat (figuur 1).

Figuur 1

Redenen om patiënten geen beweegadviezen te geven, als percentage van het aantal respondenten.



Ruim een kwart van de huisartsen gaf aan dat een gebrek aan tijd een rol speelt bij het achterwege laten van beweegadviezen (26%), terwijl dit argument door de fysiotherapeuten vrijwel niet naar voren werd gebracht (1%). Eén op de zes huisartsen en fysiotherapeuten noemden ook de culturele achtergrond of leefomstandigheden van patiënten een reden om geen adviezen ten aanzien van meer bewegen te geven.

Vrijwel geen van de respondenten gaf aan dat het geven van beweegadviezen niet tot zijn of haar takenpakket hoort of dat zij aan het gezondheidseffect van meer bewegen twijfelen.

4.3 Verwijzing naar sport- en beweegaanbod in de buurt

- Huisartsen ‘verwijzen’ hun patiënten om meer te bewegen voornamelijk naar fysiotherapeuten, fitnesscentra of andere beweegactiviteiten in de buurt
- Fysiotherapeuten verwijzen hun patiënten soms naar een georganiseerde beweegactiviteit in de buurt, maar hebben ook vaak zelf een beweegaanbod
- Een derde van de huisartsen en minder dan de helft van de fysiotherapeuten is bekend met de BewegingKuur en circa 10% van hen doet hier aan mee
- Lang niet alle patiënten die om gezondheidsredenen meer zouden moeten bewegen worden doorgestuurd naar een beweegaanbod

Aan de zorgverleners werd gevraagd of zij hun patiënten ook wel eens gericht verwijzen om meer te gaan bewegen, hetzij binnen, hetzij buiten de praktijk. Met ‘verwijzen’ werd in dit kader bedoeld dat de huisarts niet alleen een algemeen vrijblijvend advies geeft om ‘meer te bewegen’ maar dat hij of zij patiënten echt gericht ergens heen stuurt.

- **Huisartsen**

De huisartsen verwezen hun patiënten voornamelijk naar fysiotherapeuten (69% buiten en 34% binnen de praktijk), naar een fitnesscentrum (54%) of naar een andere beweegactiviteit in de buurt (37%) (figuur 2). Ook gaf ruim een kwart van de huisartsen aan patiënten voor begeleiding op het gebied van meer bewegen naar de praktijkondersteuner (POHer)/of nurse practitioner (NP) te verwijzen. Wanneer de patiënten eerst binnen de praktijk werden verwezen, werden zij vervolgens door die persoon ook wel eens naar een fitnesscentrum (24%) of georganiseerde beweegactiviteit in de buurt (19%) gestuurd. Er werd eveneens vaak aangegeven dat patiënten bij de fysiotherapeut van de praktijk blijven sporten/bewegen die een eigen beweegprogramma heeft (20%).

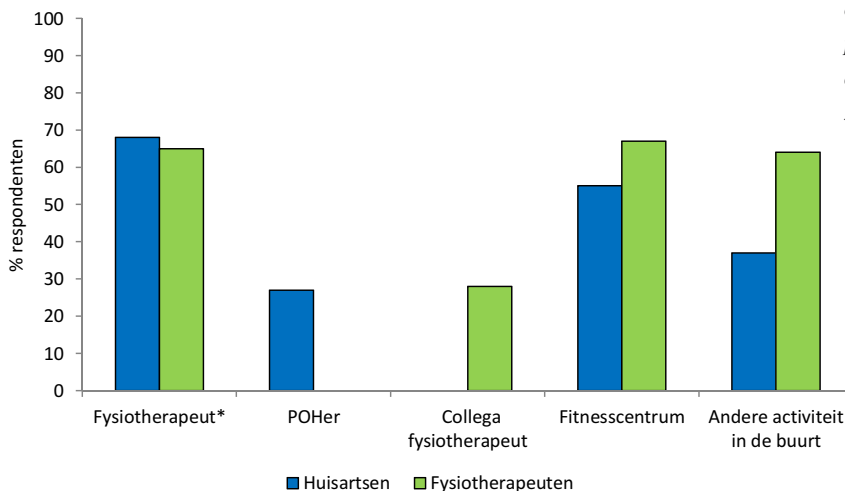
De huisartsen die wel eens verwezen naar een sport- en beweegaanbod in de buurt konden aangeven naar welke beweegactiviteiten dit was. De genoemde activiteiten waren hardlopen, Bewegen Op Recept, atletiekvereniging, fietsen, wandelen, wandelen voor vrouwen vanuit moskee,

gemeentelijke initiatieven zoals meer bewegen voor ouderen of ‘wijk in beweging’, sporten via het buurtcentrum, specifieke oefengroepen binnen een gezondheidscentrum of zwemmen. Hardlopen, fietsen, wandelen en zwemmen werd hetzij in clubverband, hetzij individueel gedaan. Wanneer gevraagd werd naar de bekendheid van landelijke initiatieven om meer bewegen vanuit de zorg te stimuleren (29), was opvallend dat slechts 34% van de huisartsen en 44% van de fysiotherapeuten op de hoogte is van de BeweegKuur en circa 10% van de respondenten hieraan meedoet. Big Move is bij 22% van de huisartsen en 15% van de fysiotherapeuten bekend, en bewegen op recept bij 26%, resp. 10%. Er werden vele lokale initiatieven genoemd voor specifieke doelgroepen zoals dikke kinderen en COPD patiënten.

Binnen de huisartspraktijk kan de begeleiding van patiënten naar een gezonde leefstijl, waarvan meer bewegen onderdeel uit maakt, ook worden verzorgd door een andere zorgverlener dan de huisarts zelf. Daarom werd geïnventariseerd wie er binnen de huisartsen praktijk het meest frequent naar een specifieke georganiseerde beweegactiviteit in de buurt verwijst. De huisarts zelf was degene die het meest naar een beweegactiviteit verwijst (69%), gevolgd door de praktijkondersteuner (POHer) of nurse practitioner (62%). Ook de praktijkassistent en de fysiotherapeut (indien aanwezig in de praktijk) verwezen nog wel eens naar een lokaal beweegaanbod (beiden 12%).

Figuur 2

Percentage huisartsen en fysiotherapeuten dat wel eens verwijst naar beweegaanbod⁶



*6 Het bij * weergegeven percentage voor de fysiotherapeut betekent dat 65% van de fysiotherapeuten naar zijn eigen beweegaanbod 'verwijst'*

- **Fysiotherapeuten**

Aan de fysiotherapeuten werd ook de vraag gesteld of zij wel eens verwijzen naar beweegactiviteiten in de buurt. De fysiotherapeuten gaven net als de huisartsen vaak aan hun patiënten naar het fitnesscentrum (67%) of naar een andere georganiseerde beweegactiviteit in de buurt (63%) te verwijzen om meer te gaan bewegen. Veel fysiotherapeuten hebben ook zelf een beweegaanbod in de praktijk, hetzij individueel (65%), hetzij in groepsverband (44%) of verwijzen naar een collega-fysiotherapeut met een beweegaanbod (28%). Fysiotherapeuten noemen vergelijkbare beweegactiviteiten als de huisartsen, namelijk wandelen, hardlopen, fietsen, zwemmen, aangevuld met Nordic Walking, dansen en het tv-programma Nederland in Beweging. Fysiotherapeuten geven vaker dan huisartsen aan naar een specifieke sportclub te verwijzen en overleggen daarbij met hun patiënt om samen een geschikte sport(vereniging) uit te zoeken.

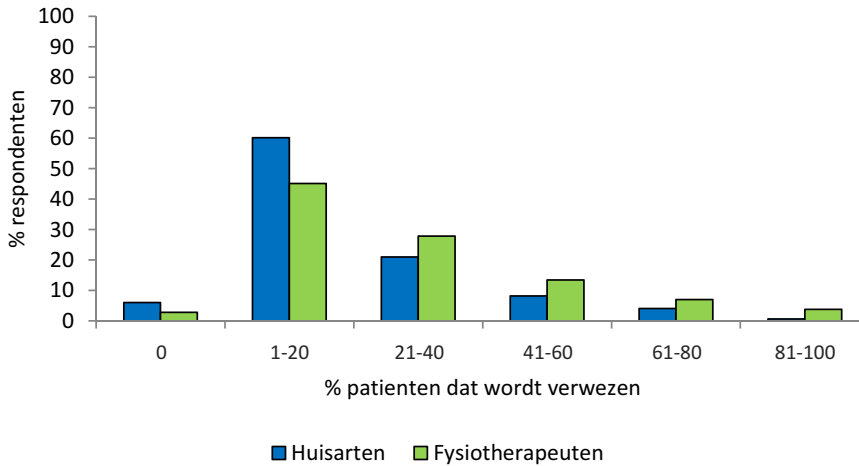
Omdat bekend is dat bepaalde patiëntengroepen moeilijk in beweging zijn te krijgen, werd gevraagd of fysiotherapeuten hun patiënten wel eens persoonlijk naar een beweegaanbod in de buurt begeleiden. De meerderheid van de fysiotherapeuten gaf aan dit nooit (55%) te doen. Bijna 42% deed dit soms en een heel klein deel van de fysiotherapeuten begeleidt zijn patiënten altijd (4%).

- **Gericht verwijzen gebeurt nog weinig**

Hoewel zowel huisartsen als fysiotherapeuten aangaven dat zij patiënten wel gericht naar een specifiek beweegaanbod verwijzen, gebeurt dit lang niet bij alle patiënten. Aan de huisartsen en fysiotherapeuten werd gevraagd om in te schatten hoeveel procent van de patiënten die om gezondheidsredenen meer zouden moeten bewegen, door hun (praktijk) ook daadwerkelijk worden verwezen naar een georganiseerde beweegactiviteit of sport- of fitnessclub in de buurt. Meer dan de helft van de huisartsen en bijna de helft van de fysiotherapeuten gaven aan dat dit slechts 1-20% van de patiënten betreft (figuur 3).

Figuur 3

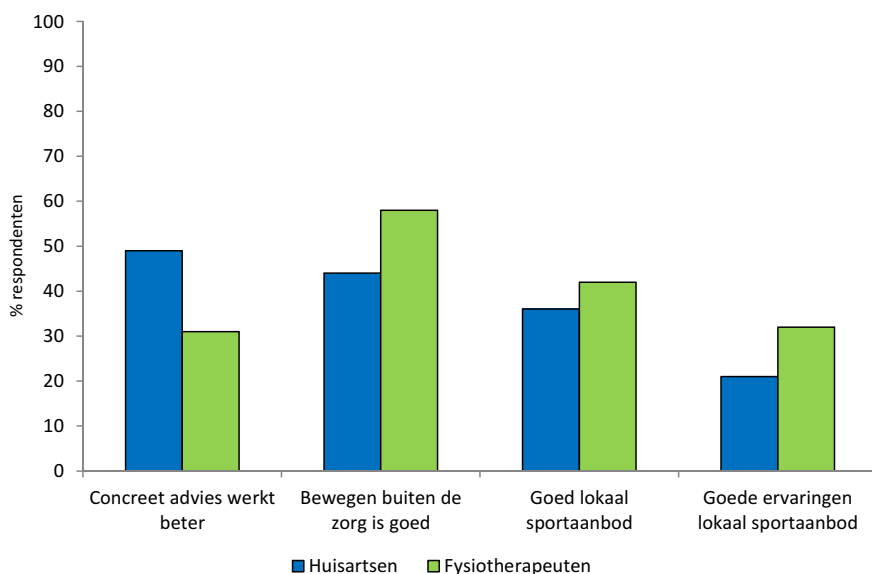
Percentage patiënten dat wordt verwezen naar georganiseerde beweging-activiteit of sport- of fitnessclub in de buurt.



4.4 Redenen om al dan niet naar een sport- en beweegaanbod in de buurt te verwijzen.

- Huisartsen en fysiotherapeuten zijn van mening dat het goed is om mensen buiten de zorg te laten sporten en vinden het beweegaanbod goed
- De beperkte financiële mogelijkheden van de patiënt zijn een veelgenoemde reden om een patiënt niet door te sturen naar beweegaanbod in de buurt
- Vooral fysiotherapeuten zijn van mening dat patiënten liever sporten onder fysiotherapeutische begeleiding

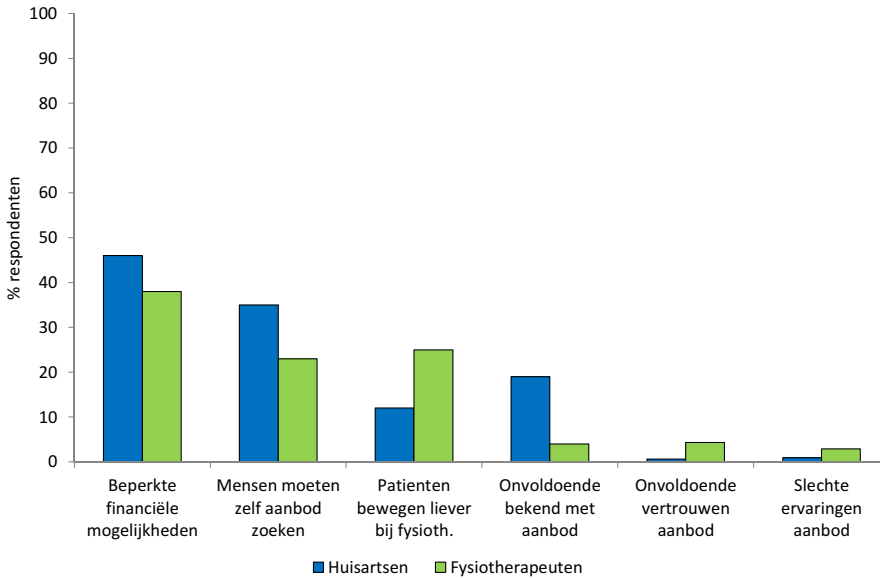
Huisartsen en fysiotherapeuten konden verschillende redenen noemen waarom zij patiënten al dan niet naar een beweegaanbod in de buurt verwezen. Zowel huisartsen (49%) als fysiotherapeuten (31%) waren van mening dat patiënten met een concreet advies eerder tot meer bewegen over zouden gaan. Daarnaast vonden zij het goed om meer bewegen buiten de zorg te realiseren (44% van de huisartsen en 58% van de fysiotherapeuten) en waren zij van mening dat er een goed en toegankelijk lokaal sportaanbod was (36% en 42%). Ook goede ervaringen met het lokale sport en beweegaanbod werden als reden genoemd om mensen naar een beweegactiviteit in de buurt te sturen (21% en 32%; *figuur 4*).

Figuur 4**Genoemde redenen om patiënten te verwijzen naar georganiseerde beweegactiviteit of sport- of fitnessclub in de buurt**

Als belangrijkste reden om mensen niet naar een beweegactiviteit in de buurt te sturen, werden door zowel de huisartsen als de fysiotherapeuten de beperkte financiële mogelijkheden van de patiënt genoemd (46% en 38%; *figuur 5*). Daarnaast was ruim een derde van de huisartsen en bijna een kwart van de fysiotherapeuten van mening dat patiënten zelf moeten kunnen uitzoeken welke beweegactiviteiten zij willen gaan volgen en dat daarvoor geen specifieke verwijzing nodig is. Een andere reden om mensen niet naar een sport- of beweegactiviteit in de buurt te sturen was dat vooral fysiotherapeuten (25%) en in mindere mate huisartsen (12%) dachten dat patiënten liever onder begeleiding van een fysiotherapeut zouden willen bewegen. Fysiotherapeuten boden ook vaak zelf een beweegprogramma aan (23%). Huisartsen gaven ook wel aan dat zij onvoldoende op de hoogte waren van het sport- en beweegaanbod in de buurt om goed te kunnen verwijzen (19%).

Figuur 5

Genoemde redenen om patiënten *niet* te verwijzen naar georganiseerde beweegactiviteit of sport- of fitnessclub in de buurt



4.5 Informatiebronnen voor lokaal sport- en beweegaanbod

- Huisartsen en fysiotherapeuten zijn vooral via eigen contacten en collega's op de hoogte van het sport- en beweegaanbod in de buurt
- Driekwart van de huisartsen en fysiotherapeuten is niet bekend met een sociale kaart van hun buurt, maar zou daar indien aanwezig wel graag gebruik van maken

Wanneer gevraagd werd hoe huisartsen en fysiotherapeuten op de hoogte waren van het lokale sport- en beweegaanbod, bleken de eigen contacten (61% bij de huisartsen en 87% bij de fysiotherapeuten), en de collega's binnen (28% en 25%) en buiten de praktijk (beiden 31%) hiervoor bij beiden belangrijk te zijn. Een sociale kaart werd door circa een derde van de huisartsen en fysiotherapeuten genoemd. Fysiotherapeuten raadplegen ook de gemeentegids (33%).

Een sociale kaart of beweegkaart is een overzicht waarop het beweeg- en sportaanbod uit de buurt overzichtelijk is gepresenteerd. Zowel 14% van de huisartsen als van de fysiotherapeuten gaf aan dat er een goede sociale kaart van de buurt aanwezig was. Ruim 12 % van de huisartsen en bijna 10% van de fysiotherapeuten gaf aan dat er wel een sociale kaart was, maar dat deze niet volledig of up to date was. Overige driekwart van de huisartsen en fysiotherapeuten antwoordden dat er geen sociale kaart

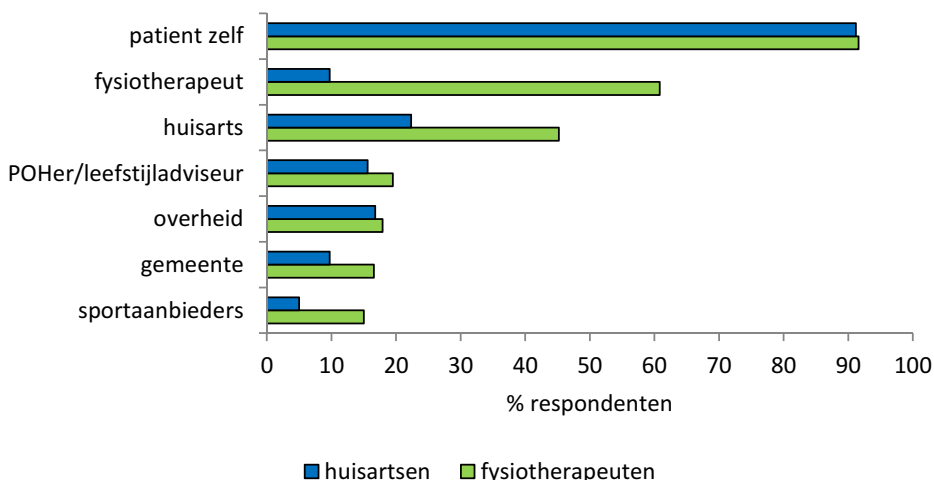
bestond of waren daarvan niet op de hoogte. Het merendeel van zowel huisartsen (78%) als fysiotherapeuten (80%) dacht gebruik te zullen maken van een sociale kaart indien deze aanwezig zou zijn.

4.6 Verantwoordelijkheid voor meer bewegen

- Zowel huisartsen als fysiotherapeuten vinden dat vooral de patiënt zelf de meeste verantwoordelijkheid draagt voor wat betreft gezond bewegen
- Huisartsen en fysiotherapeuten zijn het niet eens over elkaars verantwoordelijkheid in het stimuleren van meer bewegen

Zowel huisartsen als fysiotherapeuten waren van mening dat de patiënt zelf de meeste verantwoordelijkheid draagt voor wat betreft gezond bewegen, ruim 90% van de respondenten geeft dit aan. Opvallend is dat huisartsen en fysiotherapeuten het niet eens zijn over elkaars verantwoordelijkheid hierin. Ruim 20% van de huisartsen voelt zichzelf verantwoordelijk voor het stimuleren van meer bewegen van zijn/haar patiënten, terwijl 45% van de fysiotherapeuten van mening was dat de huisarts verantwoordelijk is. Terwijl nog geen 10% van de huisartsen vond dat de fysiotherapeut verantwoordelijk is voor het (stimuleren van) meer bewegen van patiënten, gaf 61% van de fysiotherapeuten aan zichzelf verantwoordelijk te achten. Over de verantwoordelijkheid van de overheid waren beide beroepsgroepen het wel redelijk eens, circa 17% vond dat de overheid (mede) verantwoordelijk is voor het stimuleren van meer bewegen (figuur 6).

Figuur 6
Verantwoordelijkheid voor (het stimuleren van) meer bewegen, volgens huisartsen en fysiotherapeuten



4.7 *Samenwerking in het kader van het stimuleren van meer bewegen*

- Vooral huisartsen zijn nog weinig betrokken bij een formeel samenwerkingsverband in het kader van het stimuleren van meer bewegen
- De samenwerkingsverbanden van huisartsen die bestaan, behelzen met name samenwerking met andere (para)medische disciplines en soms fitnesscentra, samenwerking met GGD ontbreekt
- Fysiotherapeuten werken meer samen met fitnesscentra en andere lokale beweegaanbieders
- Redenen om niet te participeren in een samenwerkingsverband zijn het ontbreken van een dergelijk netwerk en het feit dat men er nooit over heeft nagedacht
- De meeste huisartsen en fysiotherapeuten hebben belangstelling voor deelname aan een goed functionerend samenwerkingsverband

- **Formele samenwerking**

Omdat samenwerking tussen (o.a.) zorgverleners, gemeente en lokaal sport- en beweegaanbod relevant wordt geacht in het kader van het stimuleren van meer bewegen, werd gevraagd naar de mate van samenwerking tussen zorgverleners en onder andere sport- en beweegaanbieders. Zeventien procent van de huisartsen en 38% van de fysiotherapeuten was betrokken bij een formeel samenwerkingsverband of netwerk met lokale sport- en beweegaanbieders. Daarbij was 54% van de huisartsen tevreden over functioneren van dit samenwerkingsverband en 63% van de fysiotherapeuten. De redenen dat huisartsen en fysiotherapeuten minder tevreden waren over het samenwerkingsverband waren met name het gebrek aan financiering ($\approx 20\%$) en het gebrek aan onderlinge communicatie ($\approx 11\%$). Ook het ontbreken van een coördinator werd genoemd (door 11% van de huisartsen en 8% van de fysiotherapeuten). De partijen waarmee werd samengewerkt waren voornamelijk (collega) huisartsen en (collega)fysiotherapeuten en praktijkondersteuners. Ook de fitnesscentra in de buurt waren vaak bij de formele samenwerking betrokken (28% bij huisartsen en 45% bij fysiotherapeuten). Fysiotherapeuten waren vaker betrokken bij een samenwerkingsverband met lokale sport- en beweegaanbieders dan huisartsen (29% vs. 14%), terwijl huisartsen vaker de thuiszorg noemden als samenwerkingspartner (18% vs. 13%). De gemeente werd door ruim 12% van zowel de huisartsen als fysiotherapeuten als partner benoemd, en de GGD door geen van de huisartsen en door 6% van de fysiotherapeuten.

De huisartsen die participeren in een samenwerkingsverband in het kader van het stimuleren van meer bewegen, verwijzen significant vaker naar een POHer of een fysiotherapeut binnen de eigen praktijk dan huisartsen die niet aan een dergelijk samenwerkingsverband deelnemen. Vervolgens worden deze patiënten vaker naar een fitnesscentrum of beweegactiviteit in de buurt verwezen dan bij huisartspraktijken die niet in een samenwerkingsverband deelnemen. Ook geven de huisartsen uit het samenwerkingsverband vaker aan en dat er een goed toegankelijk beweegaanbod in de buurt is, dat zij hiermee een goede samenwerking en goede ervaringen hebben.

Huisartsen die niet in een samenwerkingsverband deelnemen geven significant vaker aan dat mensen zelf moeten (kunnen) uitzoeken waar ze gaan sporten. Verder zijn zij vaker onvoldoende op de hoogte van het sport- en beweegaanbod in de buurt om te kunnen verwijzen en zijn zij minder op de hoogte van het bestaan van een sociale kaart van de buurt.

Aan de huisartsen (270) en fysiotherapeuten (308) die geen deel uit maakten van een formeel samenwerkingsverband of netwerk met lokale sport- en beweegaanbieders, werd gevraagd waarom zij daarin niet betrokken waren. De meest genoemde reden hiervoor was zowel door huisartsen (65%) als door fysiotherapeuten (46%) het ontbreken van een dergelijk netwerk. Ook gaf circa een derde deel van de respondenten aan dat deelname nooit in hen was opgekomen.

Bijna driekwart van de huisartsen en fysiotherapeuten gaven aan wel belangstelling te hebben voor deelname aan een samenwerkingsverband indien er een goed netwerk in de buurt zou zijn (figuur 4).

Zeventien procent van de respondenten zou dit alleen willen als deelname hieraan gefinancierd zou worden en met name de huisartsen gaven aan dat tijdgebrek een reden was om niet te willen participeren in een samenwerkingsverband (16%).

- **Incidentele samenwerking**

Huisartsen en fysiotherapeuten werken natuurlijk ook wel eens incidenteel samen in het kader van meer bewegen, dus buiten een structureel samenwerkingsverband. De fysiotherapeuten (85%), praktijkondersteuners (53%) en fitnesscentra (29%) werden door de huisartsen het meest genoemd als incidentele samenwerkingspartner. Ook de thuiszorg (16%), Stichting Welzijn Ouderen en lokale sportaanbieders worden genoemd (beiden 13%). De belangrijkste partijen die door de fysiotherapeuten werden genoemd waren fitnesscentra (38%), de praktijkondersteuners (31%), en lokale sport- en beweegaanbieders (26%). Ook met de thuiszorg wordt door een kwart van de fysiotherapeuten wel eens samengewerkt en met de Stichting Welzijn Ouderen (16%).

Fysiotherapeuten hebben meer contact met sportaanbieders en verenigingen dan huisartsen.

4.8 **Bevorderende factoren voor het verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt**

- Huisartsen en fysiotherapeuten vinden positieve ervaringen van hun patiënten en betaalbaar sport- en beweegaanbod bevorderende factoren voor het verwijzen naar sport- en beweegaanbod
- Een website met informatie over sport en bewegen in de buurt en foldermateriaal kan positief bijdragen aan het verwijzen naar het beweegaanbod
- Zorgverleners zitten niet te wachten op regelmatige bijeenkomsten met sportaanbieders en/of informatie-uitwisseling over de vorderingen van de patiënten

Positieve ervaringen van hun patiënten zouden voor zowel huisartsen (66%) als fysiotherapeuten (63%) de meeste stimulans bieden om meer te verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt, gevolgd door betaalbaar sport- en beweegaanbod (59% resp. 50%). Mogelijkheden voor proeflessen tegen een gereduceerd tarief werd door een derde van de respondenten aangegeven als bevorderende factor. Ook een website met daarop informatie over sport en bewegen in de buurt (46% en 34%) en foldermateriaal (35% en 39%) zou volgens huisartsen en fysiotherapeuten positief kunnen bijdragen aan het verwijzen naar het beweegaanbod in de buurt. Regelmatige bijeenkomsten van zorgverleners en sportaanbieders en informatie-uitwisseling vanuit de sportbegeleiders over de vorderingen van de patiënten worden daarentegen het minst als bevorderende factor genoemd (*tabel 1*).

Tabel 1

Factoren die bevorderend zouden werken voor huisartsen en fysiotherapeuten om meer patiënten te verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt

	Huis- artsen (%)	Fysio- thera- peuten (%)
Positieve ervaringen van mijn patiënten	66.5	62.8
Betaalbaar sport- en beweegaanbod	58.8	49.9
Zichtbaar positieve effecten van deelname bij mijn patiënten	45.3	41.7
Website/sociale kaart met sport en beweegmogelijkheden in de buurt	45.9	33.7
Goede samenwerking met begeleiders van sport- en beweegmogelijkheden in de buurt	32.4	41.1
Foldermateriaal voor de patiënt met daarin de verschillende sport en beweegmogelijkheden	35.3	38.6
Mogelijkheid kennismakingslessen te volgen (tegen gereduceerd tarief)	30.0	32.8
Begeleiders die een 'inactieve' doelgroep goed kunnen begeleiden ook medisch/psychologisch	33.8	18.1
Opname van sport en bewegen in de basisverzekering	22.4	22.6
Groepsaanbod specifiek voor deze doelgroep	29.4	18.5
Voorlichting(savond) over mogelijkheden voor verwijzen naar sport/bewegen in de buurt	18.5	13.8
Structurele financiering van samenwerking tussen de praktijk en het sport- en beweegaanbod	18.5	21.1
Informatieuitwisseling vanuit sportbegeleiders over de vorderingen van de patiënt	6.8	13.7
Regelmatige bijeenkomsten van zorgverleners en sportaanbieders	2.7	9.2
Geen	2.4	3.5
Anders	2.7	2.5

4.9 Samenvatting

- **Hoe zien huisartsen en fysiotherapeuten hun rol in het stimuleren van meer bewegen**

Uit de hoge respons op de vragenlijst van zowel huisartsen als fysiotherapeuten blijkt dat het onderwerp 'meer bewegen' leeft onder de zorgverleners. Huisartsen en fysiotherapeuten zijn allen van mening dat zij een rol hebben in het stimuleren van meer bewegen van hun patiënten. Vrijwel niemand betwijfelt het gezondheidseffect van meer bewegen of geeft aan dat het stimuleren van meer bewegen niet tot zijn of haar takenpakket behoort. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit een onderzoek van Noordman et al (2011) waaruit bleek dat huisartsen leefstijl steeds vaker met de patiënt bespreekt ⁽⁶⁶⁾. Ook in een onderzoek onder 1500 leden van het Consumentenpanel van het NIVEL gaf 30% van de respondenten aan dat de huisarts de afgelopen 5 jaar tijdens een consult op eigen initiatief was begonnen over bewegen ⁽¹⁵⁾.

Huisartsen en fysiotherapeuten geven adviezen over meer bewegen wanneer dit relevant is voor de klacht waar de patiënt op dat moment mee komt maar ook wanneer het in het belang is van de algehele gezondheidstoestand van de patiënt. De meest genoemde redenen om patiënten geen beweegadviezen te geven is wanneer de patiënt onvoldoende gemotiveerd is, of wanneer zijn/haar gezondheidstoestand meer bewegen niet toelaat. Huisartsen geven ook wel aan dat tijdgebrek een rol speelt. Het blijft niet bij beweegadviezen alleen. Patiënten worden door huisartsen soms doorgestuurd naar de POH of fysiotherapeut, of worden gericht verwezen naar beweegactiviteiten in de buurt zoals het fitnesscentrum of een beweeg- of sportclub. Ook fysiotherapeuten sturen hun patiënten, nog vaker dan huisartsen, naar een fitnesscentrum of beweegactiviteit in de buurt. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten zijn van mening dat het goed is dat meer bewegen buiten de zorg plaatsvindt. Tegelijkertijd geeft echter een kwart van de fysiotherapeuten aan dat patiënten liever onder begeleiding van de fysiotherapeut bewegen en vinden zij dit een reden om patiënten niet naar een beweegactiviteit in de buurt te verwijzen. Huisartsen zijn er minder van overtuigd dat patiënten liever bij een fysiotherapeut bewegen. Mogelijk dat fysiotherapeuten ook een financieel belang hebben om patiënten binnen de eigen praktijk te houden. Op zichzelf kan het sporten of fitness bij de fysiotherapeut in de buurt natuurlijk ook een goede optie zijn, mits deelnemers dit zelf betalen als de medische noodzaak voor begeleiding van de fysiotherapeut ontbreekt.

De meest genoemde reden om mensen niet gericht naar een sport- of beweegaanbod in de buurt te verwijzen zijn echter, zowel bij huisartsen als bij fysiotherapeuten onvoldoende financiële mogelijkheden van de patiënt. In een inventarisatie van het RIVM van het gebruik van leefstijl-interventies door diabetici kwam dit zelfde aspect naar voren (67). Ook zijn veel respondenten van mening dat mensen zelf moeten kunnen uitzoeken waar zij willen sporten.

Opvallend is dat de meningen van beide groepen zorgverleners verschillen waar het gaat om de verantwoordelijkheid voor het (stimuleren van) meer bewegen. Een vijfde van de huisartsen vindt zichzelf (mede) verantwoordelijk voor het stimuleren van meer bewegen, terwijl bijna de helft van de fysiotherapeuten vindt dat huisartsen hier een verantwoordelijkheid in hebben. De verschillen zijn nog groter waar het de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut betreft. Slechts een tiende van de huisartsen vindt dat fysiotherapeuten verantwoordelijk zijn voor het stimuleren van gezond bewegen terwijl het merendeel van de fysiotherapeuten zichzelf verantwoordelijk vindt. Huisartsen en fysiotherapeuten zijn het er wel over eens dat de meeste verantwoordelijkheid voor gezond bewegen bij de patiënt zelf ligt.

Overigens is het belangrijk om op te merken dat het door een huisarts of fysiotherapeut verwijzen naar een beweegaanbod in de buurt geen

garantie biedt dat mensen hier ook daadwerkelijk naar toe gaan. Hoeveel mensen door een gerichte verwijzing naar een beweegaanbod ook echt meer gaan bewegen is helaas niet bekend, maar het is reël te veronderstellen dat een deel van de mensen niets met deze verwijzing doet. Daarnaast is het ook nog lang niet zo dat alle patiënten die om gezondheidsredenen meer zouden moeten bewegen ook daadwerkelijk worden doorverwezen. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten geven aan dat zij minder dan 40% van de mensen die om gezondheidsredenen meer zouden moeten bewegen ook werkelijk doorverwijzen. Terwijl de attitude ten aanzien van het stimuleren van meer bewegen positief is, valt er wat betreft de daadwerkelijke praktijk dus nog veel winst te behalen.

- ***Samenwerkingsverbanden tussen zorg en sport***

Met name huisartsen zijn nog weinig betrokken in samenwerkingsverbanden in het kader van het stimuleren van meer bewegen. Fysiotherapeuten participeren iets vaker in een dergelijk netwerk, maar dit betreft ook nog niet de helft van hen. De samenwerkingsverbanden bestaan voornamelijk uit andere (para)medische disciplines zoals huisartsen, POHers en fysiotherapeuten, en in mindere mate uit fitnesscentra, thuiszorg en lokale sportaanbieders. Met name fysiotherapeuten werken met lokale sportaanbieders samen. De meeste respondenten zijn tevreden over het functioneren van het netwerk, hoewel de financiering nog wel een knelpunt blijkt te zijn. De voornaamste reden om niet deel te nemen aan een samenwerkingsnetwerk was dat er in de buurt geen netwerk beschikbaar was of dat men nooit aan deelname in een dergelijk netwerk had gedacht. Driekwart van de respondenten zou daar echter wel belangstelling voor hebben.

Landelijk zijn verschillende initiatieven bekend van leefstijlprogramma's waarbij samenwerking tussen de zorg en het sport- en beweegaanbod bestaat. Opvallend is dat zowel huisartsen als fysiotherapeuten hiervan relatief weinig op de hoogte zijn en een nog kleiner deel van hen participeert in deze programma's. Zelfs de Beweegkuur, waar landelijk veel aandacht aan is gegeven, is slechts bij een derde van de huisartsen bekend.

- ***Bevorderende factoren bij samenwerking en doorverwijzen naar lokaal beweegaanbod***

Om te kunnen samenwerken met en door te verwijzen naar beweeg- en sportaanbod in de buurt is het noodzakelijk van elkaars aanwezigheid op de hoogte te zijn. De huisartsen en fysiotherapeuten geven aan dat zij met name vanuit hun eigen contacten en collega's op de hoogte zijn van het beweegaanbod in de buurt. Driekwart van de huisartsen en fysiotherapeuten geeft aan dat er geen sociale kaart aanwezig is of is daarvan niet op de hoogte. Met name huisartsen geven dan ook aan onvol-

doende op de hoogte te zijn van de beweegmogelijkheden in de buurt om gericht te kunnen verwijzen. Dit gebrek aan overzicht van beschikbare interventies komt tevens naar voren in het onderzoek van Hamberg et. al., 2011 naar het gebruik van leefstijlinterventies in de diabeteszorg⁽⁶⁷⁾. Huisartsen en fysiotherapeuten die niet in een formeel samenwerkingsverband of netwerk betrokken zijn, werken wel incidenteel samen met andere partijen waar het gaat om het stimuleren van meer bewegen. (Collega)huisartsen en fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, fitnesscentra, thuiszorg, Stichting Welzijn Ouderen en lokale sportaanbieders worden daarbij genoemd. Wanneer er een formeel samenwerkingsverband tot stand zou komen, zouden dit dus relevante partijen zijn om daar in te betrekken.

De vraag is echter of huisartsen en fysiotherapeuten wel echt behoefte hebben aan een formeel samenwerkingsverband. Weliswaar geeft driekwart van hen aan belangstelling te hebben voor deelname in een samenwerkingsverband, maar als gevraagd wordt naar bevorderende factoren om meer mensen te verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt, komen toch voornamelijk andere zaken naar voren. Positieve ervaringen van patiënten zouden zowel voor huisartsen als fysiotherapeuten de grootste stimulans zijn om meer patiënten te verwijzen. Ook een betaalbaar sportaanbod en kennismakingslessen worden zeer belangrijk gevonden. Een goede samenwerking met sportaanbieders wordt wel gezien als bevorderend, maar regelmatige bijeenkomsten en overleg over de vorderingen van patiënten staan zowel bij huisartsen als bij fysiotherapeuten veruit onderaan de prioriteitenlijst. De respondenten zien meer in een informatiebijeenkomst over het sport- en beweegaanbod in de buurt en in foldermateriaal en/of website waarop het aanbod in de buurt is weergegeven. Samenwerking wordt dus gewenst, maar waarschijnlijk willen huisartsen en fysiotherapeuten hier niet enorm veel extra tijd en energie aan besteden.

5 De rol van sport- en beweegaanbieders

5.1 Inleiding

Samenwerking tussen zorg en sport vraagt medewerking van beide sectoren. Tot nu toe zijn nog relatief weinig beweegaanbieders gevraagd naar hun ervaringen en wensen ten aanzien van samenwerking met de zorg en hun rol in het stimuleren van meer bewegen bij minder actieve groepen mensen. Om enig zicht te krijgen op de ervaringen en ideeën van beweegaanbieders zijn een klein aantal begeleiders en/of vertegenwoordigers (n=11) van uiteenlopende beweegactiviteiten telefonisch geïnterviewd. Omdat onder andere vanuit de BewegingKuur bekend is dat de instroom van deelnemers en de kosten voor deelname vaak een probleem zijn bij beweegactiviteiten voor minder actieve doelgroepen, zijn deze onderwerpen ook aan de orde gekomen in de interviews.

Het gemeenschappelijk kenmerk van de bevroegde beweegactiviteiten is dat het allemaal laagdrempelige activiteiten zijn, waarvoor weinig beweegervaring nodig is en waar ook mensen met gezondheidsproblemen in principe aan deel kunnen nemen. De beweegactiviteiten zijn opgezocht via internet en er zijn namen van beweegaanbieders gevraagd via contactpersonen die bekend waren vanuit eerder NIVEL onderzoek (*Inventarisatie van kansrijke beweegprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te stimuleren (24-27)*). Daarbij is expliciet niet gezocht naar beweegaanbieders die betrokken zijn bij de BewegingKuur, maar naar 'reguliere' beweegaanbieders die in principe in elke buurt of wijk (kunnen) voorkomen.

Aan de hand van de resultaten uit de interviews worden de volgende vraagstellingen beantwoord:

- **Vraagstellingen**
 - Wat is de rol van beweeg- en sportaanbieders in het stimuleren van gezond bewegen?*
 - Hoe verloopt de werving van deelnemers aan de beweegactiviteiten?
 - Hoe worden de beweegactiviteiten gefinancierd?
 - Hoe zien beweeg- en sportaanbieders hun rol in het stimuleren en ondersteunen van minder actieve/inactieve groepen?
 - In welke vorm participeren beweeg- en sportaanbieders in netwerken met zorgverleners?
 - Op welke manier kan deze samenwerking of lokale netwerkvorming volgens beweeg- en sportaanbieders verbeterd worden? Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierbij een rol?

Voordat de vragen worden beantwoord, worden de beweegactiviteiten eerst kort beschreven.

5.2 *Beschrijving beweegactiviteiten*

- Er is een divers aanbod van laagdrempelige beweegactiviteiten, vooral voor oudere volwassenen
- Er wordt veel aandacht besteed aan het sociale aspect van de beweegactiviteit; dit is minstens zo belangrijk voor de deelnemers als het bewegen zelf
- Begeleiding van beweegactiviteiten is over het algemeen in handen van goed opgeleide begeleiders of trainers
- Deelnemers hechten erg aan een vaste begeleider en aan een vaste structuur

De bevraagde beweegactiviteiten werden vanuit verschillende organisaties aangeboden, zoals een sportmanagement bureau, welzijnsorganisatie(s), sportvereniging(en), een aqua- en fitnesscentrum en particuliere trainers en begeleiders.

Het sportmanagementbureau biedt uiteenlopende beweegmogelijkheden aan in het kader van buurtsportwerk, zowel voor kinderen als voor volwassenen. Eén van de activiteiten richt zich specifiek op kinderen met overgewicht. Dit programma betreft twee keer per week beweegactiviteiten na school. Vanuit het sportmanagementbureau kunnen volwassenen met overgewicht en/of weinig bewegingservaring in principe bij verschillende reguliere activiteiten terecht zoals badminton, tafeltennis, of sport- en spelactiviteiten. Er is ook een specifieke activiteit opgezet voor deze doelgroep, namelijk het aangepast zwemmen.

In het fitnesscentrum worden verschillende beweegactiviteiten aangeboden voor mensen die om gezondheidsredenen meer moeten bewegen. Er is een nieuw programma voor mensen met 10-30 kg overgewicht. Dit programma is geheel op maat en biedt naast bewegen ook medische begeleiding, voedingsbegeleiding en persoonlijke coaching. Daarnaast is er een '50-Fit' en een 'aquafit 50+' groep, en kan er individueel worden gesport.

Vanuit buurthuizen, welzijnsorganisaties, gymnastiekverenigingen of door particulieren worden verschillende sport- en spelactiviteiten voor ouderen aangeboden in een gymzaal. Enkele van deze activiteiten zijn specifiek voor ouderen met gezondheidsproblemen. Een aantal van de begeleiders van dit meer bewegen voor ouderen (MBVO) biedt ook Nordic Walking lessen aan.

Vanuit een hockeyvereniging wordt Fithockey aangeboden, wat geschikt is voor ouderen die nog geen enkele ervaring hebben met hockey. Het programma is opgezet vanuit de hockeybond, niet alleen om een beweegaanbod voor ouderen te creëren, maar ook met als subdoel om deze doelgroep bij het verenigingsleven te betrekken.

De fietsgroep 55+ die werd benaderd voor een interview fietst van april t/m september wekelijks afstanden van 25 tot 60 km en in de herfst zijn er soms wat kortere wintertochten. Er wordt gefietst op gewone fietsen, bij voorkeur op eigen kracht. De koersbalvereniging biedt één keer per week koersbal bijeenkomsten van 2 uur per keer en er wordt deelgenomen aan verschillende wedstrijden. Bij de volksdansgroep worden wekelijkse dansavonden georganiseerd onder leiding van een ervaren danslerares. De wandelvereniging organiseert een zestal tochten per jaar, met de afstanden 5, 10,15,25 en 40 km.

Alle genoemde activiteiten zijn wat betreft beweegintensiteit laagdrempelig en (kunnen) worden aangepast aan deelnemers met weinig beweegervaring en/of gezondheidsproblemen. Hoewel niet alle groepen zich specifiek richten op mensen met gezondheidsproblemen, komen deze deelnemers bij alle beweegactiviteiten veel voor. Genoemde gezondheidsproblemen zijn overgewicht, diabetes, hartklachten, artrose, COPD, rugklachten, etc. Ook wordt door verschillende beweegaanbieders genoemd dat mensen vaak eenzaam zijn en een laag inkomen hebben.

Opvallend is dat alle geïnterviewde begeleiders aangeven dat er bij de activiteiten structureel ruimte wordt ingebouwd voor koffiepauzes, en in meerdere gevallen worden er ook sociale activiteiten ondernomen buiten de beweegactiviteit om. Benadrukt wordt dat het sociale aspect van de beweegactiviteit heel erg belangrijk is voor de deelnemers. Veel deelnemers zijn van nature niet geneigd om veel te bewegen, maar het gezelligheidsaspect zorgt er mede voor dat ze toch blijven komen. Bij enkele beweegactiviteiten worden ook nog wel eens activiteiten georganiseerd waarin andere aspecten van gezond leven worden aangekaart, zoals een voorlichting door een arts, diëtist of fysiotherapeut. Andere beweegaanbieders daarentegen willen juist alleen bewegen en niet te veel focussen op gezondheid(problemen).

- **Begeleiders**

De begeleiding van vrijwel alle benaderde beweegactiviteiten is in handen van goed opgeleide begeleiders en/of trainers die veel ervaring hebben met de doelgroep. Veel van de begeleiders hebben CIOS gedaan of een trainersopleiding, aangevuld met specifieke scholing voor sport en bewegen voor ouderen, of sport- en bewegen voor mensen met chronische aandoeningen en/of (fysieke of verstandelijke) beperkingen.

Alleen de wandelvereniging, het fietsen⁷ en het koersbal worden begeleid door vrijwilligers zonder specifieke opleiding. Door meerdere geïnterviewden wordt naar voren gebracht dat deelnemers erg aan de vaste begeleider hechten en niet graag een vervanger voor de groep zien. Omdat veel deelnemers weinig beweegervaring hebben duurt het vaak even voordat zij voldoende vertrouwen hebben om goed mee te doen en er plezier in te krijgen. Daarbij is het vertrouwen in de begeleider en een vaste structuur van belang. Ouderen willen ook liever een ouder iemand als begeleider.

⁷ De fietsgroep wordt door een team van 6-7 ervaren fietsers begeleid. Er is ook altijd iemand van de wegenwacht aanwezig en er zijn mensen met een EHBO/BHV diploma.

5.3 **Werving deelnemers**

- Meerdere beweegaanbieders geven aan dat de doelgroep moeilijk tot bewegen is te verleiden, maar eenmaal begonnen is men vaak wel enthousiast
- Vermoed wordt dat juist de groep die meer bewegen het hardste nodig heeft nu nog onvoldoende wordt bereikt
- Enkele beweegaanbieders geven aan dat de eerstelijns zorgverleners een rol zouden kunnen spelen door inactieve mensen te verwijzen naar een gerichte activiteit

De instroom van nieuwe deelnemers bij de reguliere fitnessprogramma's, de fietsgroep, de wandelvereniging en enkele locaties voor MBVO loopt goed. Er zijn grote groepen deelnemers. Er wordt reclame gemaakt via lokale krantjes, via websites, en voor het fietsen is er samenwerking met een welzijnsorganisatie die bekendheid geeft aan de groep. Meerdere beweegaanbieders hebben ook informatiefolders bij huisartsen en fysiotherapeuten neergelegd.

Het werven van (nieuwe) deelnemers verloopt bij meerdere andere beweegactiviteiten echter moeizaam. Het volksdansen, koersbal, Nordic walking, de specifieke fitnessactiviteiten voor 55+, enkele locaties voor MBVO en het Fithockey hebben te maken met kleine groepen deelnemers. Voor al deze activiteiten is veel reclame gemaakt, zijn mensen soms zelfs huis aan huis benaderd, maar de aanmeldingen blijven laag. Ook instroom bij de specifieke activiteiten voor mensen met overgewicht is matig. De kinderen voor het specifieke programma voor kinderen met overgewicht komen voornamelijk via de GGD, en via scholen en huisartsen. Vrijwel iedere geïnterviewde beweegaanbieder geeft aan dat de meeste nieuwe deelnemers via mond op mond reclame komen.

Meerdere beweegaanbieders ervaren dat de doelgroep moeilijk tot bewegen is te verleiden, of het nu kinderen of (oudere)volwassenen zijn.

Ouderen zijn vaak angstig en onzeker om met bewegen te beginnen en moeten over een drempel heen worden geholpen. Vaak is het wel zo dat wanneer mensen eenmaal een paar keer zijn geweest, ze enthousiast worden en graag blijven komen. Bij mensen met overgewicht is het moeilijk de juiste aanspreekvorm te vinden. Mensen willen niet op hun overgewicht of dat van hun kind worden aangesproken, of zien het niet als een probleem. Door een aantal beweegaanbieders wordt aangegeven dat zij vermoeden dat de groep die meer bewegen het hardste nodig heeft nu nog onvoldoende wordt bereikt. Zij geven aan dat de eerstelijns zorgverlening daarin misschien een rol zou kunnen spelen door deze mensen te adviseren meer te gaan bewegen en/of te verwijzen naar een gerichte activiteit.

Hoewel enkele beweegaanbieders aangeven graag meer deelnemers te willen hebben, wordt door anderen ook aangegeven dat er geen ruimte is voor grote groepen extra deelnemers. De beweegactiviteiten zijn vaak kleinschalig georganiseerd met één begeleider en grote groepen nieuwe deelnemers zou een andere organisatievorm en begeleiding vragen. Daar is niet iedere beweegaanbieder op uit. De meer 'professionele' beweegaanbieders die bewegingsstimulering echt als primaire taak hebben, zoals de fitnesscentrum en sportmanagementbureau, zijn wel actief op zoek naar meer deelnemers.

5.4 *Financiering*

- *Financiering van de beweegactiviteiten verschilt sterk, meerdere beweegactiviteiten worden gesubsidieerd of in natura ondersteund*
- *Over het algemeen is de gevraagde bijdrage van deelnemers klein, met uitzondering van het specifieke fitnessprogramma*

De activiteiten die vanuit het sportmanagementbureau worden georganiseerd worden op projectbasis vanuit de stadsdelen of gemeente gesubsidieerd. Deze subsidie staat niet vast, maar wordt ieder jaar opnieuw bekeken. Het programma voor kinderen met overgewicht is gratis, volwassenen met overgewicht betalen voor het zwemmen een kleine eigen bijdrage. Het Fithockey valt inmiddels onder ouderensport vanuit de gemeente. De gemeente betaalt de trainer en de club draagt iets bij wat betreft de huur van het veld en het kantinegebruik. De deelnemers betalen een klein bedrag per keer en zijn geen lid van de hockeyvereniging. Het meer bewegen voor ouderen wordt in een aantal gevallen gesubsidieerd door de gemeente, of door Stichting Welzijn Ouderen, maar er zijn ook groepen die de kosten helemaal zelf moeten opbrengen omdat de gemeente geen middelen en/of belangstelling heeft. De kosten zijn bij voldoende deelnemers relatief laag.

Ook zijn er groepen waarbij de deelnemers lidmaatschap van een gymnastiekvereniging moeten betalen. Begeleiders worden soms ook deels betaald vanuit een sportbureau, maar hun vergoeding is over het algemeen gering. Sommige zorgverzekeraars vergoeden na afloop, geheel of gedeeltelijk de kosten van deelname maar deelnemers moeten deze vergoeding wel zelf regelen. De wandel- en fietsclub, Nordic Walking, volksdansen en fitness zijn geheel niet gesubsidieerd. Het specifieke fitnessprogramma voor mensen met overgewicht kost door de intensieve begeleiding voor 6 maanden circa € 1650,-. De financiën zullen voor deze groep dus zeker een beperking kunnen zijn. Er is geprobeerd zorgverzekeraars te interesseren voor het programma, maar dat is tot op heden niet gelukt. Vanuit het fitnesscentrum wordt wel gekeken naar subsidiemogelijkheden, maar is men mede door tijdgebrek nog niet over gegaan om subsidie voor het leefstijlprogramma aan te vragen. Bij de gemeente bestaat momenteel een tegemoetkoming in sportkosten voor bijstandsgerechtigden van € 150,- per jaar, maar aanvragen hiervan is voor sommige deelnemers moeilijk. Daarbij zijn het tijdelijke impulsen, structureel doet de gemeente weinig, aldus een van de begeleiders.

5.5 Hoe zien beweeg- en sportaanbieders hun rol in het stimuleren en ondersteunen van minder actieve groepen?

- Bij alle bevraagde beweegaanbieders zijn minder actieve deelnemers welkom: enkele beweegaanbieders richten zich specifiek op inactieve deelnemers en/of op mensen met gezondheidsproblemen, bij anderen staat vooral het samen bewegen centraal

Alle begeleiders die zijn bevraagd zijn enthousiast om hun deelnemers in beweging te krijgen en doen hun werk met veel plezier. Met name het sportmanagementbureau, het fitnesscentrum en een aantal groepen met gymnastiek of sport en spel voor ouderen richten zich daarbij specifiek op mensen met weinig bewegingservaring en mensen met (een risico op) gezondheidsproblemen. Betreffende doelgroepen worden specifiek geworven en begeleiders zien het als hun taak om minder actieve deelnemers tot bewegen te verleiden. Er zijn ook een aantal Nordic Walking groepen die zich specifiek op mensen met gezondheidsklachten richten en hiervoor een apart programma hebben. De begeleiders van het Fithockey, fietsen, volksdansen en koersbal staan zeker niet negatief tegenover deelnemers met weinig bewegingservaring of mensen met gezondheidsproblemen, maar hebben dit niet als primaire doelgroep. Zij willen graag mensen in beweging houden, mede omdat ze zelf veel plezier in hun sport hebben. De beweegactiviteiten richten zich niet per se op de minder gemotiveerde groep. Enkele begeleiders geven ook aan dat de groep minder actieve mensen of men-

sen met gezondheidsproblemen in aantal niet zou moeten overheersen, omdat deze groep wel aparte begeleiding vraagt. De wandelvereniging heeft weinig gelegenheid om specifiek groepen met gezondheidsproblemen te betrekken, ook omdat alles draait met (nog) werkende vrijwilligers. Routes zouden dan mogelijk moeten worden aangepast.

5.6 *In welke vorm participeren beweeg- en sportaanbieders in netwerken met zorgverleners?*

- Samenwerking met huisartsen en fysiotherapeuten beperkt zich over het algemeen tot het neerleggen van folders over de beweegactiviteit
- Huisartsen en fysiotherapeuten verwijzen mogelijk ook niet naar beweegaanbieders in de buurt omdat fysiotherapeuten zelf een beweegprogramma kunnen bieden
- Meer samenwerking met zorgverleners voor wat betreft het bereiken van de juiste doelgroep voor de beweegactiviteit is gewenst
- Lang niet iedere beweegaanbieder heeft behoefte aan inhoudelijke samenwerking met zorgverleners; diegenen die wel willen samenwerken komen niet gemakkelijk met zorgverleners in contact

Het sportmanagementbureau heeft flyers uitgedeeld bij huisartsen en fysiotherapeuten en er worden ook wel eens mensen doorgestuurd. Er is vanuit het bureau wel behoefte aan meer contact met zorgverleners om af en toe te overleggen over de instroom van deelnemers en te praten over manieren om de juiste groepen te bereiken. Er is nu een overleg opgestart met eerstelijnsinstellingen, stadsdeelraden en het sportmanagementbureau. Er is geen verder inhoudelijk contact over de deelnemers en hun problematiek en daar is ook eigenlijk geen behoefte aan. De geïnterviewde begeleider vindt het beter dat mensen zelf hun activiteiten en gezondheidsproblemen bespreken met hun huisarts. Ook het fitnesscentrum wil zelf graag contact met huisartsen en fysiotherapeuten om via hen deelnemers voor de programma's te krijgen. Er zijn verschillende pogingen ondernomen om met de zorgverleners in gesprek te komen, maar dit komt vooralsnog niet van de grond. Er wordt door huisartsen misschien wel aan mensen het advies gegeven meer te bewegen, maar daarbij wordt dan niet op de concrete mogelijkheden in de buurt gewezen. Fitness lijkt ook nog wel een verkeerd imago te hebben bij huisartsen. Het fitnesscentrum zou niet alleen contact willen hebben met de huisartsen om deelnemers te krijgen, maar wil ook graag structureel inhoudelijk samenwerken om de kwaliteit van het geboden programma te optimaliseren. Wanneer er over en weer

feedback wordt gegeven en informatie over deelnemers wordt uitgewisseld kunnen programma's indien nodig beter worden bijgestuurd.

De hockeyclub heeft wel geprobeerd om via huisartsen deelnemers te werven. Huisartsen willen nog wel een folder neerleggen, maar zijn verder terughoudend in het gericht doorsturen van mensen naar een sportactiviteit. De huisartsen willen daarin neutraal blijven en willen vermoedelijk ook niet alle sportverenigingen uit de buurt 'over de vloer' krijgen. Er is niet geprobeerd om inhoudelijk met de huisartsen samen te werken in het kader van meer bewegen voor minder actieve groepen. Daar is eigenlijk ook nooit zo over nagedacht. Dat komt ook omdat het zoals het nu gaat wel goed is. Er is een actieve groep deelnemers die goed te begeleiden valt met de nu daarvoor beschikbare tijd en middelen.

Ook bij de groepen die zich specifiek richten op meer bewegen voor ouderen bestaat weinig of geen contact met zorgverleners. Wat betreft de instroom van deelnemers heeft één van de begeleidsters zelf folders gemaakt en verspreid onder huisartsenpraktijken. Dat werkt goed, de huisarts geeft patiënten het advies om meer te gaan bewegen en geeft dan de folder mee. Er is daarover verder geen direct contact met de huisarts en mensen moeten zelf het initiatief nemen om te komen. Er is wel eens een groep deelnemers met diabetes samen met de fysiotherapeut gekomen voor een Nordic Walking cursus, maar dat heeft geen structureel vervolg gekregen. De overige begeleidsters hebben geen contact met huisartsen of fysiotherapeuten en hebben hiertoe ook nog geen initiatief genomen. Een van hen betwijfelt ook of huisartsen daar wel belangstelling voor zouden hebben. Enerzijds wordt door enkele begeleidsters aangegeven dat er eigenlijk wel belangstelling is voor samenwerking om de juiste doelgroep bij het beweegaanbod te betrekken, aan de andere kant zitten zij eigenlijk ook niet te wachten op grote groepen deelnemers die vanuit zorgverleners worden gestuurd. Deze groepen vragen namelijk veel begeleiding en wanneer het aantal groepen groter zou de organisatie ook moeten veranderen. Ook inhoudelijk is er weinig of geen samenwerking met huisartsen of fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten nemen nog wel eens contact op over hun patiënt, huisartsen doen dit nooit. Enkele begeleiders geven aan dat inhoudelijk contact goed zou zijn om activiteiten af te stemmen, terwijl anderen juist vinden dat de gezondheidsproblemen niet centraal moeten staan bij de beweegactiviteiten.

Bij het koersbal, de fietsgroep, wandelvereniging en het volksdansen is nooit geprobeerd om mensen via huisartsen te werven. Daar is ook niet bij iedereen behoefte aan. Enkele begeleiders denken dat huisartsen niet veel deelnemers zouden kunnen toevoegen en de potentiële deelnemers zouden het ook als ongewenste bemoeienis kunnen zien.

Een punt dat door meerdere begeleiders wordt genoemd is dat huisartsen vaak liever naar de fysiotherapeut lijken door te verwijzen. De huis-

artsen zijn hetzij werkzaam in een gezondheidscentrum waarin ook fysiotherapeuten werken, of zij hebben goede contacten met een fysiotherapeut in de buurt. Patiënten die voor hun gezondheid meer moeten bewegen zullen dit daarom wellicht eerder onder begeleiding van de fysiotherapeut doen. Ook wordt vermoed dat de fysiotherapeut daarom niet zo frequent verwijst, en dat zij het laagdrempelige beweegaanbod soms als concurrent zien.

- ***Op welke manier kan deze samenwerking of lokale netwerkvorming volgens beweeg- en sportaanbieders verbeterd worden?***

Doordat geen van de geïnterviewde beweegaanbieders een structurele samenwerking had met zorgverleners is deze vraag in geen van de interviews aan de orde gekomen.

5.7 Overige wensen om meer mensen in beweging te krijgen

- Verschillende beweegaanbieders geven aan dat gerichte bij- en nascholing wenselijk is net als specifiek trainingsmateriaal per doelgroep
- Door certificering van beweegaanbieders kunnen deze zich wellicht beter profileren naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars
- Een sociale kaart met daarop al het beweegaanbod in de buurt en regelmatig overleg met beweegaanbieders onderling is wenselijk
- Structurele financiering van beweegaanbod voor bepaalde doelgroepen is relevant, mogelijk is hier een rol voor de zorgverzekeraar weggelegd
- Niet iedere sportinstructeur is geschikt om deze inactieve doelgroep te begeleiden en vergoeding is vaak (te) laag

Op de vraag naar aanvullende wensen en ideeën om meer mensen in beweging te krijgen, werden aspecten als nascholing, samenwerking, opzetten van een sociale kaart, financiën en geschikte begeleiders genoemd. Verschillende beweegaanbieders geven aan dat gerichte bij- en nascholing altijd wenselijk blijft, net als specifieke en af en toe nieuwe trainingsmaterialen voor de doelgroep. Door één van de beweegaanbieders wordt aangegeven dat er meer samenwerking van beweegaanbieders onderling zou moeten zijn. De beweegaanbieders zouden eigenlijk regelmatig bij elkaar moeten zitten om ervaringen uit te wisselen en elkaar op de hoogte te houden van elkaars activiteiten. Nu weet men soms van elkaar niet wat er allemaal aangeboden wordt, en is bij niemand een goed overzicht van het beweegaanbod in de buurt bekend. Een goede sociale kaart zou daarom zeer welkom zijn.

Enkele begeleiders geven aan dat het goed zou zijn als beweegprogramma's (beter) gefinancierd of gesubsidieerd zouden worden. Een gebrek aan financiën wordt als probleem ervaren, hoewel dit wel verschilt per beweegaanbieder en programma. Voor sommige doelgroepen is een bijdrage van een paar euro per week al te veel, terwijl er ook beweegaanbieders zijn die aangeven dat ze het aanbod veel te goedkoop te vinden. Eén van de aanbieders van meer bewegen voor ouderen is van mening dat de zorgverzekeraar dit soort beweegactiviteiten zou moeten ondersteunen. Ook wordt geopperd dat er misschien meer gecertificeerde begeleiders moeten komen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via de Hartstichting of Stichting Certificering van Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS), onderdeel van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) en Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Hiermee kunnen beweegaanbieders zich naar de zorgverzekeraar goed profileren en zijn deze wellicht eerder bereid financiële steun te bieden voor de beweegprogramma's. Ook vanuit het fitnesscentrum komt de wens om deelname aan beweegprogramma's (deels) te vergoeden, met name van het dure programma voor mensen met overgewicht.

Een laatste probleem dat naar voren wordt gebracht is de begeleiding van specifieke groepen ouderen of mensen met gezondheidsproblemen en de beloning die daar tegenover staat. Eén van de begeleidsters gaf aan geen opvolging te kunnen vinden. Jonge, net afgestuurde gymdocenten gaan liever in een sportschool werken dan bewegen met ouderen. De groep is voor hen minder aantrekkelijk. De mensen die aan deze groep les willen geven zijn zelf vaak ook iets ouder. Daarbij is de vergoeding erg laag en voor een kostwinnaar niet voldoende. Een verhoging van het salaris zou al een goed begin zijn.

5.8 *Samenvatting*

Uiteraard is een beperkt aantal beweegaanbieders geïnterviewd en zijn de resultaten niet te generaliseren naar heel Nederland, maar er lijkt een redelijk gevarieerd aanbod te zijn voor mensen met weinig beweegervaring en mensen met (risico op) gezondheidsproblemen. De begeleiding is over het algemeen in handen van goed opgeleide trainers of begeleiders. Verschillende van de beweegactiviteiten zijn gesubsidieerd en vragen slechts een kleine bijdrage van deelnemers. Daarentegen zijn de specifieke fitnessprogramma's niet voor iedere doelgroep betaalbaar. Algemeen wordt geconstateerd dat de inactieve doelgroep soms moeilijk in beweging is te krijgen en het is soms de vraag of de juiste deelnemers bereikt worden. Eenmaal gestart zijn deelnemers vaak wel enthousiast. Het sociale aspect van het bewegen is zeer belangrijk, net als vertrouwen in de begeleider en een vaste structuur.

Met name fitnesscentra, het sportmanagementbureau en enkele

groepen met MBVO richten zich specifiek op inactieve deelnemers en/of op mensen met gezondheidsproblemen. Een aantal van deze beweegaanbieders zou graag meer deelnemers hebben, andere begeleiders staan niet te springen om het aantal deelnemers sterk uit te breiden omdat dan ook de huidige kleinschalige organisatievorm zal moeten veranderen.

Contact tussen beweegaanbieders en zorgverleners is er weinig of niet. Soms verloopt de instroom van deelnemers nog wel via de huisarts of fysiotherapeut, maar inhoudelijk is er geen of weinig overleg. De meeste beweegaanbieders vinden dit ook wel goed en hebben ook geen initiatief genomen om het contact met zorgverleners te intensiveren. De begeleiders zitten niet allemaal te wachten op een enorme extra instroom van deelnemers en willen ook niet per se focussen op groepen met gezondheidsproblemen. Dit geldt met name voor de begeleiders die de beweegactiviteiten als vrijwilliger of tegen een lage vergoeding aanbieden. Tijdgebrek speelt daarbij ook een rol. Daarnaast wordt ook gedacht dat huisartsen en fysiotherapeuten niet echt op contact met beweegaanbieders zitten te wachten. De meer 'professionele' beweegaanbieders die bewegingsstimulering echt als primaire taak hebben, zoals het fitnesscentrum en sportmanagementbureau, willen wel graag meer contact met zorgverleners. Daarbij is samenwerking voor wat betreft de instroom van nieuwe deelnemers gewenst alsmede inhoudelijk overleg om hun programma's te kunnen optimaliseren.

Algemeen kan worden gesteld dat de rol van sport- en beweegaanbieders in het vormen en onderhouden van samenwerkingsverbanden op dit moment nog beperkt is. Enkele sport- en beweegaanbieders zouden deze rol graag willen uitbreiden, maar dat geldt niet voor alle geïnterviewde aanbieders. Als mogelijkheden om meer mensen aan het bewegen te krijgen en samenwerking te versterken worden onder andere een structurele financiering van beweegaanbod voor bepaalde doelgroepen en gerichte bij- en nascholing genoemd. Met een gecertificeerde opleiding zouden beweegaanbieders die zich bezig houden met specifieke doelgroepen wellicht een serieuzere samenwerkingspartner kunnen zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

6 Samenvatting en aanbevelingen

De kennisvraag die centraal stond in dit rapport was hoe de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden.

Om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar te houden is het van belang om niet alleen aandacht te hebben voor het genezen van zieke mensen, maar juist ook in te zetten op het gezond houden van gezonde mensen. Het stimuleren van een gezonde leefstijl is daarbij cruciaal, aangezien een ongezonde leefstijl de kans op chronische aandoeningen verhoogt en de belangrijkste oorzaak is van vermijdbare sterfte. Het kabinet hecht veel waarde aan sport en bewegen als basis voor een gezonde leefstijl en stimuleert sport en bewegen in de buurt. Daarbij wordt sterk de nadruk gelegd op keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. De vraag is echter of iedere Nederlander in staat is om zelf verantwoorde keuzes te maken of dat een deel van hen daarbij hulp nodig heeft. Vooral kwetsbare groepen zoals mensen met chronische aandoeningen, mensen met overgewicht of mensen uit achterstandswijken zouden ondersteund moeten worden bij het gezond gaan bewegen⁽¹³⁾. Eerstelijns zorgverleners kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Huisartsen kunnen doordat zij regelmatig contact hebben met een groot deel van hun patiënten te weinig actieve mensen signaleren en hen motiveren meer te bewegen. Ook fysiotherapeuten zouden hun patiënten met (een risico op) gezondheidsproblemen na behandeling gericht kunnen verwijzen naar een beweegaanbod in de buurt. Fysiotherapiepraktijken bieden soms ook zelf sportmogelijkheden aan, wat tegen eigen kosten een goede optie kan zijn. Om bewegen een vanzelfsprekend en blijvend onderdeel te laten zijn van het gewone dagelijkse leven lijkt het echter beter dit te presenteren als een leuke (sociale) activiteit dan als een (tijdelijke) medische behandeling. Ook om financiële redenen verdient het de voorkeur dat bewegen zoveel mogelijk buiten het zorgcircuit plaats vindt wanneer dit medisch verantwoord is. Om dit te stimuleren moeten zorgverleners kennis hebben van het beweegaanbod in de buurt en is contact met sportaanbieders van belang. Afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders zijn momenteel echter nog niet optimaal^(16;17). Voor het effectief stimuleren van meer bewegen is samenwerking gewenst tussen zorgverleners, beweegaanbieders en gemeente. Deze sectoren apart hebben niet de volledige kennis, toegang tot de doelgroepen of faciliteiten om het stimuleren van meer bewegen aan te pakken, maar kunnen elkaar wel aanvullen⁽¹⁹⁾.

De vraag hoe de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden werd opgedeeld in drie deelvragen die in deze samenvatting achtereenvolgens kort worden beantwoord (6.1 t/m 6.3). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen om de verbinding tussen zorg en sport te verbeteren en zodoende het meer bewegen onder de bevolking te stimuleren. De aanbevelingen werden geformuleerd naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek, en besproken en aangevuld in een invitational conference met vertegenwoordigers van onder andere het Nederlands Olympisch Comité* Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB), Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns (LVG), Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVVPO), GGD en gezondheidscentra.

6.1 Wat kan men leren van bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken?

Een goed voorbeeld van samenwerking in het kader van het stimuleren van meer bewegen is de BeweegKuur. In de BeweegKuur wordt specifiek ingezet op het verbinden van onder andere gemeenten, GGD, eerstelijnsgezondheidszorg en sport- en beweegaanbieders door het vormen van netwerken waarbinnen samenwerking plaats vindt. Bij de BeweegKuur worden mensen met overgewicht, al dan niet in combinatie met een ander gezondheidsprobleem, vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg begeleid naar een gezonde leefstijl. Uiteindelijke doel daarbij is zelfstandig blijven bewegen en/of doorstroming naar een regulier sport- of beweegaanbod in de buurt.

In de vier jaar dat de BeweegKuur is uitgevoerd zijn landelijk ongeveer 160 BeweegKuur locaties ontstaan waarvan een aantal goed functioneert. Uit evaluaties kwam naar voren dat betrokkenen bij de BeweegKuur de kennismaking met andere disciplines, de verbeterde onderlinge communicatie, de opgezette beweegactiviteiten, de positieve effecten bij deelnemers en de ontwikkelde sociale kaart waarop het sport- en beweegaanbod uit de buurt stond vermeld erg waarderen. Er bleken echter ook duidelijke verschillen in cultuur, tijdsbesteding en prioriteiten van de verschillende partijen te bestaan, die belemmerend kunnen werken bij de samenwerking. Samenwerken vraagt een cultuuromslag van deelnemende sectoren. Daarnaast kost het opbouwen van samenwerking tijd en is het van groot belang dat er een goede coördinator is die het initiatief neemt en de juiste partijen bij elkaar brengt. Om tot goede samenwerking en doorstroming naar regulier sportaanbod te komen is het van belang dat zowel zorgverleners als gemeenten, RO's en, vertegenwoordigers van sport en beweegaanbod in de buurt, welzijnsorganisaties en patiënten actief betrokken zijn. Niet in alle ont-

stane BeweegKuur locaties zijn al deze partijen voldoende betrokken geweest. Binnen de BeweegKuur zijn vooral multidisciplinaire zorggerichte teams ontstaan, waarbij de relevante verbinding tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod nog niet overal tot stand is gekomen. Er werden wel informatiebijeenkomsten georganiseerd waarbij het lokale beweegaanbod zich heeft gepresenteerd aan de zorgverleners. Hoewel deze kennismaking werd gewaardeerd resulteerde dit nog niet vaak in een structurele samenwerking of verwijzing van deelnemers naar het beweegaanbod. Naast onbekendheid met elkaar, gebrek aan tijd en cultuurverschillen spelen verschillen in onderliggende doelstellingen en belangen hierbij ook een rol. Niet iedere zorgverlener vindt de doorstroom van deelnemers naar een regulier beweegaanbod een expliciet doel. Het verwijzen van patiënten naar een beweegaanbod in de buurt vraagt ook een gedragsverandering van de zorgverleners.

Fysiotherapeuten hebben soms een eigen beweegaanbod waarin mensen begeleid kunnen bewegen in hun praktijk en hebben dus niet altijd baat bij het doorsturen van mensen naar een aanbod buiten de zorg.

Sportaanbieders hebben over het algemeen nog weinig ervaring met de doelgroep. Deze factoren, samen met het feit dat het opzetten van een goede samenwerking veel tijd vraagt, hebben ertoe geleid dat de doorstroming van deelnemers van de BeweegKuur naar een regulier sportaanbod in de buurt nog onvoldoende van de grond is gekomen.

Uit de evaluaties van de BeweegKuur kwam verder naar voren dat financiering een belangrijk punt is voor het opbouwen en onderhouden van de structurele samenwerking. Nu de BeweegKuur vanaf 2012 niet meer vergoed wordt, denkt een derde van de ontstane lokale netwerken te zullen stoppen. Niet alleen de financiering van de netwerkvorming maar ook de financiering van het beweegaanbod is relevant voor het in beweging krijgen van nu nog te weinig actieve burgers.

6.2 *Wat is de rol van huisartsen en fysiotherapeuten in het stimuleren van gezond bewegen?*

Vanuit de ervaringen met de BeweegKuur blijkt dat samenwerking tussen verschillende sectoren door de deelnemers positief wordt gewaardeerd, maar dat het veel tijd en inspanning vraagt. Gezien de gevaren van sedentair gedrag en de positieve gezondheidseffecten van fysieke activiteit, zou het stimuleren van meer bewegen een meer vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere eerstelijnszorg moeten zijn, ook bij huisartsen en fysiotherapeuten die niet actief bij de BeweegKuur betrokken zijn. Middels een schriftelijke enquête is daarom geïnventariseerd hoe de 'gemiddelde' Nederlandse huisarts en fysiotherapeut aankijken tegen het stimuleren van meer bewegen en samenwerking met de sport- en beweegsector.

Huisartsen en fysiotherapeuten zijn allen van mening dat zij een rol hebben in het stimuleren van meer bewegen van hun patiënten. Vrijwel niemand betwijfelt het gezondheidseffect van meer bewegen of geeft aan dat het stimuleren van meer bewegen niet tot zijn of haar takenpakket behoort. De meest genoemde redenen om patiënten geen beweegadviezen te geven is wanneer de patiënt onvoldoende gemotiveerd is, of wanneer de gezondheidstoestand meer bewegen niet toelaat. Patiënten worden door huisartsen en/of fysiotherapeuten soms doorgestuurd naar de POHer of fysiotherapeut, of worden gericht verwezen naar beweegactiviteiten in de buurt zoals het fitnesscentrum of een beweeg- of sportclub. Dit gebeurt echter nog lang niet zo vaak als nodig zou zijn. Het niet doorverwijzen heeft volgens huisartsen en fysiotherapeuten vooral te maken met onvoldoende financiële mogelijkheden van de patiënt. Met name huisartsen geven ook aan dat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de beweegmogelijkheden in de buurt om gericht te kunnen verwijzen en dat tijdgebrek een rol speelt. Slechts een klein deel van de huisartsen en fysiotherapeuten is bekend met een sociale kaart van de buurt waarop het beweegaanbod is gepresenteerd. Net als bij de BewegingKuur, lijken ook bij de geënuquêteerde fysiotherapeuten bedrijfsbelangen mee te spelen in het doorsturen van patiënten naar een regulier beweegaanbod. Een kwart van hen denkt dat patiënten liever onder begeleiding van de fysiotherapeut bewegen, terwijl huisartsen daar minder van overtuigd zijn.

- **Weinig samenwerking tussen zorg en sport**

Huisartsen en fysiotherapeuten zijn over het algemeen nog weinig betrokken bij structurele samenwerkingsverbanden in het kader van het stimuleren van meer bewegen. Als er samenwerking is, bestaat die net als in de BewegingKuur vooral tussen verschillende (para)medische disciplines. Met name fysiotherapeuten werken soms ook samen met fitnesscentra en andere beweegaanbieders. De voornaamste reden om niet deel te nemen aan een samenwerkingsnetwerk was dat er in de buurt geen netwerk beschikbaar was of dat men er nooit aan had gedacht. Driekwart van de huisartsen en fysiotherapeuten zegt wel belangstelling te hebben voor samenwerking. Wanneer echter gevraagd wordt naar bevorderende factoren om meer mensen te verwijzen naar sport- en beweegaanbod in de buurt staan regelmatige bijeenkomsten en overleg over de vorderingen van patiënten zowel bij huisartsen als bij fysiotherapeuten veruit onderaan de prioriteitenlijst. De respondenten zien meer in een informatiebijeenkomst over het sport- en beweegaanbod in de buurt en in foldermateriaal en/of website waarop het aanbod in de buurt is weergegeven. Ook positieve ervaringen van patiënten worden belangrijk gevonden, net al een betaalbaar sportaanbod en kennismakingslessen.

Samenwerking met sport- en beweegaanbieders wordt dus gewenst,

maar waarschijnlijk willen huisartsen en fysiotherapeuten hier niet enorm veel extra tijd en energie aan besteden. Dit is in overeenstemming met de bevindingen vanuit de BewegingKuur, waaruit bleek dat met name huisartsen door gebrek aan tijd weinig actief betrokken waren.

6.3 *Wat is de rol van beweeg- en sportaanbieders in het stimuleren van gezond bewegen?*

Het stimuleren van meer bewegen vraagt niet alleen inspanning van zorgverleners, maar ook van het lokale sport- en beweegaanbod. Uit interviews met een aantal willekeurig gekozen beweegaanbieders met een laagdrempelig beweegaanbod (zoals zwemmen, wandelen, fietsen, fitness, Meer Bewegen voor Ouderen) komt naar voren dat er een redelijk gevarieerd aanbod lijkt te zijn voor mensen met weinig beweegervaring en mensen met (risico op) gezondheidsproblemen. Er is een aantal beweegactiviteiten dat zich specifiek richt op inactieve deelnemers en/of op mensen met gezondheidsproblemen. Bij andere laagdrempelige beweegactiviteiten ligt deze focus niet zo specifiek, maar zijn deze deelnemers zeker welkom. De begeleiding van de beweegactiviteiten is over het algemeen in handen van goed opgeleide trainers of begeleiders. Verschillende beweegactiviteiten zijn gesubsidieerd en vragen slechts een kleine bijdrage van deelnemers. Algemeen wordt door de beweegaanbieders geconstateerd dat de inactieve doelgroep moeilijk in beweging is te krijgen. De groepen zijn vaak klein en het is de vraag of de meest inactieve mensen wel bereikt worden. Het sociale aspect van het bewegen is in ieder geval zeer belangrijk, maar ook vertrouwen in de begeleider en een vaste structuur.

- ***Weinig contact tussen beweegaanbieders en zorgverleners***

Contact tussen beweegaanbieders en zorgverleners is er weinig of niet. Soms verloopt de instroom van deelnemers nog wel via de huisarts of fysiotherapeut, maar inhoudelijk is er geen of weinig overleg. Enkele beweegaanbieders vinden dit jammer maar anderen vinden dit wel goed en hebben ook geen initiatief genomen om het contact met zorgverleners te intensiveren. Zij verwachten dat huisartsen en fysiotherapeuten niet op contact met sportaanbieders zitten te wachten en ook willen niet alle begeleiders per se focussen op groepen deelnemers met gezondheidsproblemen. Er is ook niet altijd ruimte om het aantal deelnemers uit te breiden. Dit geldt met name voor de begeleiders die de beweegactiviteiten tegen een geringe vergoeding aanbieden. De meer 'professionele' beweegaanbieders die bewegingsstimulering echt als primaire taak hebben (zoals het fitnesscentrum en sportmanagementbureau) willen wel graag meer samenwerking met zorgverleners maar komen niet gemakkelijk met hen in contact. Zij missen de erkenning

dat zij als sportaanbieders ook een belangrijke rol kunnen spelen in gezondheidsbevordering en voelen zich niet altijd serieus genomen. Deze beweegaanbieders willen graag samenwerking voor de instroom van nieuwe deelnemers, alsmede inhoudelijk overleg om hun programma's te kunnen optimaliseren.

Algemeen kan worden gesteld dat de rol van sport- en beweegaanbieders in het vormen en onderhouden van samenwerking met zorgverleners op dit moment nog zeer beperkt is. Een aantal beweegaanbieders is van mening dat om meer mensen aan het bewegen te krijgen en samenwerking te versterken, onder andere een structurele financiering van beweegaanbod voor bepaalde doelgroepen en gerichte bij- en nascholing bevorderend zou kunnen werken. Met een gecertificeerde opleiding zouden beweegaanbieders die zich richten op specifieke groepen zoals ouderen of mensen met chronische aandoeningen, wellicht een serieuzere samenwerkingspartner kunnen zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Conclusie

De centrale vraagstelling van deze kennisvraag was hoe de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod verbeterd kan worden. Vanuit de evaluaties van de BeweegKuur komt naar voren dat bij goed lopende netwerken de onderlinge kennismaking en samenwerking wordt gewaardeerd, maar dat het onderhouden van een netwerk (te) veel tijd en energie kost. Van de betrokken partners bij de BeweegKuur wordt verondersteld dat zij een bovengemiddelde belangstelling hebben voor het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezond bewegen. Daarnaast is de opzet van de netwerken intensief begeleid door NISB en partners en was hiervoor aparte financiering beschikbaar. Wanneer onder deze gunstige randvoorwaarden de samenwerking nog niet overal optimaal tot stand is gekomen, is het niet reëel te verwachten dat het aantal netwerken zich veel verder zal uitbreiden nu de BeweegKuur financieel niet meer wordt ondersteund. Huisartsen en fysiotherapeuten in de enquête geven aan dat zij wel willen samenwerken met sport en beweegaanbieders, maar zitten daarbij niet te wachten op regelmatige bijeenkomsten. Ook niet alle sportaanbieders zitten te wachten op intensieve samenwerking. Tegelijkertijd zijn er sportaanbieders die wel heel graag contact willen met de zorgverleners, maar hier niet 'binnen komen'.

6.4 Aanbevelingen

Samenwerking tussen zorg en sport kan informeel

- De samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders moet simpel en informeel zijn, zodat dit de betrokken partners zo min mogelijk extra tijd kost
- Het uitgangspunt van de samenwerking moet liggen in de specifieke behoeften en mogelijkheden van de wijk
- Partners vanuit de zorg en de sport moeten bereid zijn met elkaar kennis te maken, een goed begin is contact te leggen met een klein aantal beweegaanbieders in de buurt
- Het contact verloopt via de POKer en één of enkele personen binnen het beweegaanbod; mogelijk begeleidt de POKer of buurtsportcoach mensen actief naar het beweegaanbod
- Het opstellen van een sociale kaart van het beweegaanbod in de buurt is een belangrijk hulpmiddel bij het verwijzen van patiënten
- In de beginfase van samenwerking is een coördinator met kennis van de lokale situatie van belang; dit kan een buurtsportcoach zijn

Op grond van de resultaten van dit onderzoek wordt gepleit voor een vorm van samenwerking die de betrokken partners zo min mogelijk tijd kost en eenvoudig en informeel wordt opgezet. Iedere lokale situatie is verschillend zodat er geen blauwdruk kan worden gegeven voor deze samenwerking, maar er kan wel gebruik worden gemaakt van de kennis die is opgedaan met samenwerkingsverbanden ⁽⁶⁸⁾. Het uitgangspunt van de samenwerking moet liggen in de specifieke behoeften en mogelijkheden van de wijk, die tevoren met behulp van een analyse van de wijk in kaart worden gebracht. In deze analyse wordt gekeken welke problemen er onder bewoners bestaan, welke sport- en beweegmogelijkheden er zijn en welke potentiële samenwerkingspartners. Deze analyse kan worden uitgevoerd door een GGD, welzijnsorganisatie, sportvereniging, gezondheidscentrum of een buurtsportcoach.

Huisartsen, fysiotherapeuten en sport- en beweegaanbieders moeten bereid zijn met elkaar kennis te maken zodat er wederzijds vertrouwen ontstaat, maar het aantal structurele overlegmomenten moet worden beperkt. Het overleg dat wordt gevoerd moet inhoudelijk zijn, probleemgestuurd en gericht op praktische oplossingen.

Aanbevolen wordt om per huisartsen- en/of fysiotherapiepraktijk contact te leggen met een klein aantal sportverenigingen of beweegaanbieders in de buurt met een aanbod dat (ook) geschikt is voor mensen met

weinig bewegingservaring en/of gezondheidsproblemen. Het directe contact met deze beweegaanbieders kan verlopen via de POHER en één of enkele vertrouwde contactpersonen binnen de sportvereniging of het beweegaanbod. De POHER of buurtsportcoach kan indien gewenst deelnemers ook actief begeleiden naar het beweegaanbod. Door klein te beginnen is de tijdsinvestering beperkt, terwijl de concrete verwijsmogelijkheden om patiënten meer te laten bewegen door dit persoonlijke contact toch toenemen. Doordat de verwijsmogelijkheden beperkt zijn kan de beweegaanbieder op voldoende instroom van deelnemers rekenen en eventueel met speciale groepen starten voor mensen met weinig beweegervaring en/of gezondheidsproblemen.

Daarnaast is een sociale kaart waarop het beweegaanbod in de buurt is weergegeven een belangrijk hulpmiddel. Veel gemeenten hebben een sociale kaart die informatie over wonen, zorg en welzijn omvat. Het is soms overzichtelijker hiervan een eigen sociale kaart af te leiden met specifieke, inhoudelijke informatie over het bekende (en laagdrempelige) beweegaanbod in de wijk of buurt.

Patiënten die gezond zijn en/of al meer beweegervaring hebben kunnen deze kaart zelfstandig raadplegen, terwijl mensen met minder ervaring en/of gezondheidsproblemen dit samen kunnen doen met een POHER die het beweegaanbod kent. Wanneer de sociale kaart met meerdere huisarts- of fysiotherapiepraktijken wordt opgesteld, kan het onderhoud ervan worden verdeeld onder verschillende POHERs, waardoor dit minder tijd kost. Het ontwikkelen van een vast format van een (digitale) sociale kaart zou het opzetten en bijhouden hiervan wellicht kunnen vergemakkelijken.

Met name in de beginfase van de geschetste samenwerking is het van belang dat er een trekker of coördinator is met kennis van de lokale situatie die de contacten tussen zorg en sport legt en onderhoudt. Mogelijk kan ook de buurtsportcoach die vanaf 2012 vanuit de gemeente kan worden ingezet deze rol op zich nemen. Wanneer zorgverleners en sportaanbieders elkaar eenmaal kennen, wordt de coördinator minder belangrijk en kan de verantwoordelijkheid worden gedeeld door de betrokken samenwerkingspartners.

- **Zorgverleners**
- **Zorgverleners moeten meer aandacht besteden aan het stimuleren van meer bewegen als (onderdeel van de) behandeling; hiervoor is aandacht nodig in de opleiding**

Hoewel de huisarts leefstijl steeds vaker met de patiënt bespreekt ⁽⁵⁶⁾ heeft het stimuleren van meer bewegen nog geen structurele plaats in de zorg.

Een deel van de geïnterviewde huisartsen en fysiotherapeuten gaf aan dat mensen zelf moeten kunnen uitzoeken waar zij willen sporten en verwijzen daarom niet gericht naar een bepaald beweegaanbod in de buurt. Niet alle inactieve mensen zullen echter na één vrijblijvend advies zelf op een beweegactiviteit afstappen. Ook bij de BeweegKuur bleek 33% van de verwezen patiënten uiteindelijk niet aan het beweegprogramma te beginnen, terwijl dit gericht werd aangeboden (69). Leefstijlverandering, waaronder verandering van beweeggedrag, kost moeite en veel mensen zullen hierbij ondersteuning nodig hebben. Leefstijlverandering vraagt echter niet alleen een gedragsverandering van patiënten, maar ook van zorgverleners. Zorgverleners moeten bewegen als een waardevol onderdeel van de behandeling gaan zien en dit (regelmatig) bespreken met hun patiënten. De meest genoemde reden om patiënten geen beweegadviezen te geven was indien patiënten onvoldoende gemotiveerd waren. Deze mensen vormen nu echter precies de groep waar het om gaat. Juist de groep mensen die minder gemotiveerd is om te gaan bewegen heeft advies en stimulans van de zorgverlener nodig. Het is aan te bevelen om in de opleiding van zorgverleners meer aandacht te besteden aan de waarde van bewegen als medicijn en aan vaardigheden die nodig zijn voor het motiveren van patiënten om meer te gaan bewegen en hun leefstijl aan te passen.

- ***Beweegaanbod***
- ***Onderscheid verwijzing van mensen met weinig bewegingservaring en/of gezondheidsproblemen naar een passend beweegaanbod van de doorstroom van mensen naar een reguliere sportvereniging***
- ***Een certificeringssysteem voor beweegaanbieders kan zorgen voor meer vertrouwen bij zorgverleners en geeft beweegaanbieders meer mogelijkheden zich te profileren***

Zowel huisartsen als fysiotherapeuten waren van mening dat het goed is dat meer bewegen buiten de zorg plaatsvindt. Wel bleken ook veel fysiotherapeuten, net als in de BeweegKuur een eigen beweegaanbod te hebben, waardoor veel patiënten onder begeleiding van de fysiotherapeut (blijven) sporten. Het is niet bekend bij hoeveel van deze patiënten daar een medische noodzaak voor is en hoeveel van hen ook binnen de reguliere sport terecht zouden kunnen om meer te bewegen. Ook is onbekend of dit sporten bij de fysiotherapeut op eigen kosten gaat of (deels) door de zorgverzekeraar wordt vergoed. De vraag blijft of er voor de bedoelde doelgroep, inactieve mensen met weinig beweegervaring en/of gezondheidsproblemen, een specifiek aanbod moet komen. Bekend is dat bedoelde doelgroep moeilijk in beweging komt, bewegen vaak niet leuk vindt en erg hecht aan een veilige omgeving met een

vaste, vertrouwde begeleider. De vraag is of ieder regulier beweegaanbod dat wil en kan bieden of dat een specifiek beweegaanbod voor gelijkgestemde deelnemers beter zou werken. Voor een deel van de mensen is het wellicht goed om (eventueel als tijdelijke opstart) een specifiek beweegaanbod op te zetten. Dit zou in principe ook bij de fysiotherapeut kunnen zijn, mits deelnemers dit zelf betalen als de medische noodzaak voor paramedische begeleiding ontbreekt. Mensen die in het verleden wel hebben gesport kunnen waarschijnlijk ook bij reguliere sportmogelijkheden terecht. Maar ook een specifiek beweegaanbod hoeft niet altijd onder begeleiding van zorgprofessionals plaats te vinden en kan goed door (specifiek) getrainde en ervaren beweegaanbieders worden verzorgd⁸. Op enkele plaatsen in dit onderzoek kwam echter naar voren dat beweegaanbieders niet als gelijkwaardige partners worden gezien waar het gaat om het begeleiden van mensen met gezondheidsproblemen. Ook denken zorgverleners dat het beweegaanbod soms minder geschikt is voor hun patiënten. Wanneer er een certificeringssysteem zou komen voor beweegaanbieders zou dit zorgverleners wellicht meer vertrouwen kunnen geven en hebben beweegaanbieders meer mogelijkheden zich te profileren.

⁸ Mooie voorbeelden hiervan zijn de interventies die door sportbonden zijn ontwikkeld in het kader van NASB-sport⁽²⁸⁾.

- **Financiering**
- **Structureel inpassen van het stimuleren van meer bewegen moet gefinancierd worden**
- **Mogelijk kan met indicatoren op het gebied van gezond bewegen worden geëxperimenteerd binnen de proeftuinen die worden opgezet voor populatiebesteding**

Een knelpunt voor betere samenwerking tussen zorg en sport is dat de besteding geen prikkel tot samenwerking bevat. Het stimuleren van meer bewegen en het structureel inpassen van het doorverwijzen van mensen naar een beweegaanbod in de buurt zou als onderdeel van de zorg gefinancierd moeten worden. Een idee daarvoor kan zijn dat de huisarts net als voor het uitschrijven van een medicatievoorschrift betaald wordt voor het uitschrijven van een 'beweegrecept' en daarbij gericht doorverwijst naar een lokaal beweegaanbod.

Een andere oplossing is mogelijk 'populatiebesteding'. De betaling per verrichting zoals die nu bestaat, kan met name de fysiotherapeuten eerder prikkelen tot het 'vasthouden' van patiënten dan tot het doorsturen naar het reguliere sportaanbod als dat nodig is. In populatiebesteding wordt financiering toegekend aan een zorgaanbieder of een groep zorgaanbieders die de totale zorg voor een regio of een specifieke populatie voor zijn rekening neemt. Die zorgaanbieder heeft vrijheid hoe dat budget wordt besteed maar wordt afgerekend op het behalen van gestelde

gezondheidsdoelen, af te meten aan daartoe ontwikkelde indicatoren. Als daarin ook indicatoren op het gebied van gezond bewegen worden ingebracht ontstaat een prikkel om samen te werken met sportaanbieders. Dat is immers een stimulans voor gezond bewegen die niet ten laste van het gestelde budget komt. Mogelijk kan hiermee worden geëxperimenteerd binnen het kader van de proeftuinen die worden opgezet voor populatiebesteding.

- **Het financieren van het starten met meer bewegen zou de deelname kunnen verhogen, maar een eigen bijdrage blijft belangrijk**

Op verschillende plaatsen kwam naar voren dat ook de financiering van het beweegaanbod zelf belangrijk is. Huisartsen en fysiotherapeuten gaven aan dat beperkte financiële mogelijkheden een reden waren om mensen niet naar een beweegaanbod in de buurt te verwijzen en ook de beweegaanbieders meldden dat financiën soms een belemmering zijn voor deelnemers. Het dilemma voor huisartsen kan dan zijn dat mensen het bewegen bij de fysiotherapeut soms wel vergoed krijgen. Mogelijk zou een tegemoetkoming in de kosten van meer bewegen buiten de zorg vanuit de zorgverzekeraars een oplossing zijn, zeker bij het starten met meer bewegen of voor specifieke groepen. Subsidie voor beweegaanbieders zou het aanbieden van kennismakingslessen tegen een gereduceerd tarief kunnen bevorderen. Een eigen bijdrage van de deelnemers wordt echter ook relevant gevonden, aangezien het investeren in een gezonde leefstijl en gezondheid ook een eigen verantwoordelijkheid is.

- ***Gemeentebeleid***
- **Samenwerking moet worden ingebed in het gemeentebeleid**
- **Iedere gemeente zou een Buurtsportcoach moeten hebben die zich bezig houdt met de sectoren zorg en sport**

De gemeente heeft een taak in het lokaal afstemmen van vraag en aanbod, het verzorgen van voldoende laagdrempelig beweegaanbod en de inrichting van de wijk die meer bewegen stimuleert. Door een samenwerking tussen zorg en sport aantrekkelijk te maken voor de gemeente en aan te sluiten bij lopend beleid ten aanzien van bijvoorbeeld preventie, kan de betrokkenheid van de gemeente bevorderd worden. In de bestaande samenwerkingsnetwerken participeren gemeenten echter vaak niet actief, door gebrek aan tijd en door bezuinigingen. Wanneer de gemeente wel actief betrokken was, vond vaak beleidsmatige verankering van de samenwerking tussen zorg en sport plaats. Hierdoor ontstond soms gereduceerd sportaanbod en een gesubsidieerde beweegmakelaar.

Daarom wordt aanbevolen dat binnen de gemeente intensief overleg bestaat tussen de afdelingen sport, welzijn en gezondheid. Wanneer de verschillende afdelingen sectoren beter samenwerken en hun doelen afstemmen kunnen middelen en accommodaties beter worden ingezet. De gemeente moet tevens betrokken zijn bij het opstellen van een goede geactualiseerde sociale kaart.

Daarnaast is het goed in iedere gemeente een buurtsportcoach aan te stellen die zich specifiek richt op de sectoren zorg en sport. Momenteel kunnen gemeenten subsidie aanvragen voor een buurtsportcoach, en deze werkzaam laten zijn in de sectoren sport, cultuur, welzijn, onderwijs en zorg. Het verdient aanbeveling er op toe te zien dat deze buurtsportcoaches niet alleen een voortzetting zijn van de combinatiefunctionarissen die reeds zijn ingezet vanuit de impuls brede scholen sport en cultuur, maar daadwerkelijk worden ingezet binnen de sector zorg (§2.6).

6.5 *Onderzoeksagenda*

- **Onderzoek naar motieven, bevorderende en belemmerende factoren voor patiënten om te gaan bewegen kan leiden tot betere methoden om mensen in beweging te krijgen**
- **Belangrijke vragen daarbij zijn de informatiebehoefte van mensen en hun behoefte aan begeleiding**

Inactieve mensen zijn moeilijk in beweging te krijgen. Binnen de BewegingKuur werden soms activiteiten of informatiebijeenkomsten georganiseerd door beweegaanbieders waar bijna geen deelnemers op af kwamen. Beperkte financiën zijn een vaak gehoord argument om niet deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten, maar de opkomst bij specifieke beweegactiviteiten met een gereduceerd tarief was soms ook laag. Gebrek aan financiën zal zeker bij een deel van de mensen een rol spelen, maar onderzoek wijst ook uit dat verlaging van de kosten van deelname niet altijd leidt tot verbetering van het beweeggedrag ⁽⁷⁰⁾. Zorgverleners (en beweegaanbieders) ervaren ook vaak een beperkte motivatie van deelnemers. Om mensen te motiveren om meer te gaan bewegen is inzicht nodig in wat de doelgroep nu zelf precies belangrijk vindt. Uit een onderzoek van het NIVEL waarin 345 mensen met COPD uit het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) werden bevraagd bleek dat 36% van hen behoefte had aan hulp of ondersteuning bij het meer bewegen ⁽⁷¹⁾. De meerderheid van de mensen had van een arts of verpleegkundige het advies gekregen om meer aan lichaamsbeweging te doen, maar dit advies gaf vaak te weinig houvast om daadwerkelijk tot gedragsverandering te leiden. Van de mensen

die eigenlijk wel meer wilde gaan bewegen, gaf 41% aan dat zij niet durfden te bewegen zonder medische begeleiding en circa een derde van de mensen wist niet waar men zou kunnen gaan bewegen.

Een aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook om bij mensen met weinig beweegervaring en/of gezondheidsproblemen te inventariseren welke factoren hen al dan niet zouden stimuleren om meer te gaan bewegen. Belangrijke vragen daarbij zijn welke informatie en begeleiding mensen graag willen hebben om meer te gaan bewegen en wat zij hierbij van huisartsen, fysiotherapeuten en/of sportaanbieders verwachten. Daarbij zou onderscheid moeten worden gemaakt in het zelfstandig meer bewegen en/of het inpassen van meer bewegen in het dagelijks leven en het georganiseerd deelnemen aan een beweegaanbod in de buurt.

Literatuur

- 1 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Landelijke gezondheidsnota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij*. Den Haag: 2011.
- 2 Kohl HW, Craig CL - Lambert EV - Inoue S, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*. 2012; 294-305.
- 3 Lee IM - Shiroma EJ - Lobelo FF, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012; 219-229.
- 4 Brown BM, Peiffer JJ, Martins RN. Multiple effects of physical activity on molecular and cognitive signs of brain aging: can exercise slow neurodegeneration and delay Alzheimer's disease? *Molecular Psychiatry*. 2012; Epub ahead of print.
- 5 Larson EB, Wang L, McCormick WC, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*. 2006;144:73-84.
- 6 Wendel-Vos GCW. Wat zijn de mogelijke gevolgen van lichamelijke activiteit? *Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM; 2010.
- 7 Wendel-Vos GCW, Frenken F. Bewegen in Nederland: De CBS cijfers 2001-2009. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH, eds. *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2010.
- 8 *Beleidsbrief Sport*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2011.
- 9 *Sport en Bewegen in de Buurt*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2011.
- 10 *Van systemen naar mensen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2013.
- 11 Hover P, Hakkers S, Elling A. Fitness in cijfers. Mullier Instituut; 2012.
- 12 www.nisb.nl/projecten/volwassenen-senioren/menukaart-sport-en-bewegen/sport-en-beweegaanbieders/sportverenigingen. 2013.
- 13 *Staat van de Gezondheidszorg 2012*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2012.
- 14 *NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht, continu*. Utrecht: NHG; 2011.
- 15 Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, et al. *Preventie kan effectiever!* Utrecht: NIVEL; 2012.
- 16 den Hartog F, Wagemakers A, Vaandrager L, et al. *Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de beweegkuur en gecombineerde leefstijl interventies*. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Universiteit Wageningen; 2012.
- 17 Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers FJM, et al. *Implementatie en continuering van de Beweegkuur: Monitorstudies onder zorgverleners*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2012.
- 18 de Groot M, Lagendijk E. *NASB en Beweegkuur: met elkaar verbonden? Een ana-*

- lye van de relatie tussen netwerken van NASB en BewegingKuur. Amsterdam: DSP - groep; 2011.
- 19 Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. What is needed for coordinated action for health? *Family Practice*. 2008;25 Suppl 1:i25-31. Epub; 2008 Oct; 20:i25-i31.
- 20 Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. The Healthy ALLiances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family Practice*. 2012;29 Suppl 1:i132-i138.
- 21 Vermeer AJM, van Assema P, Jansen M, et al. Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2012;90:97-104.
- 22 www.debeweegkuur.nl. 2012.
- 23 Nationaal Actieplan Sport en Beweging [www.nasb.nl]. 2012.
- 24 Leemrijse CJ, Ooms L, Veenhof C. *Evaluatie van kansrijke bewegingsprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te stimuleren. Fase 2*. Utrecht: NIVEL; 2009.
- 25 Leemrijse CJ, Ooms L, Veenhof C. *Evaluatie van kansrijke bewegingsprogramma's om lichaamsbeweging in de Nederlandse bevolking te bevorderen*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2011;89:372-379.
- 26 Leemrijse CJ, Veenhof C. *Evaluatie van kansrijke bewegingsprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te stimuleren. Fase 3*. Utrecht: NIVEL; 2011.
- 27 Ooms L, Veenhof C. *Evaluatie van kansrijke interventies om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen*. Utrecht: NIVEL; 2008.
- 28 Ooms L, Veenhof C. *Evaluatie van de implementatiefase van het Nationaal Actieplan Sport en Beweging, setting sport*. Utrecht: NIVEL; 2011.
- 29 *Nationaal Actieplan Sport en Beweging, Setting sport Plan van aanpak*. NOC*NSF; 2007.
- 30 *Nationaal Actieplan Sport en Beweging, Setting sport Implementatieplan 2008-2010*. NOC*NSF; 2008.
- 31 *RIVM Centrum Gezond Leven Werkplan 2012*. Bilthoven: RIVM; 2012.
- 32 Hoekman R, Elling A, van der Roest JW, et al. *Opbrengsten van Meedoen. Eindevaluatie programma Meedoen Alle Jeugd door Sport*. 's Hertogenbosch: Mullier Instituut; 2011.
- 33 www.nocnsf.nl/proeftuinen. 2012.
- 34 *Proeftuinen nieuwe sportmogelijkheden. Ervaringen van 15 proeftuinen met vernieuwend, klantgericht sportaanbod*. NOC*NSF; 2010.
- 35 *Vernieuwen.Binden. Inspireren. De resultaten van Proeftuinen Nieuwe Sportmogelijkheden*. Deventer: NOC*NSF; 2011.
- 36 www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aandachtswijken/experimenten-in-aandachtswijken/gezonde-wijk. 2012.
- 37 www.utrechtgezond.nl/gezonde-wijk-overvecht, 2012.
- 38 www.utrechtgezond.nl/actieplanutrechtgezond.pdf. 2012.
- 39 *Gezonde wijk in praktijk, Zorg en Sport in de Buurt*. Den Haag: Ministerie van BZK, Ministerie van VWS; 2012.
- 40 von Heijden A, Leijenhorst M, Kalmthou J, et al. *Impuls lokaal bekeken: Meer en beter*. Utrecht / Nijmegen: Mullier instituut / Kennispraktijk - voor sport, onderwijs & gezondheid; 2011.

- 41 von Heijden A, Boers E, Hakkers S, et al. *Impuls lokaal bekeken: verbinders in de tweede tranche*. Utrecht / Nijmegen: Mullier instituut / Kennispraktijk - voor sport, onderwijs & gezondheid; 2012.
- 42 van Ballegooie E, Butselaar L, Schaars D, et al. *Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl*. Ede: NISB; 2012.
- 43 Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers FJM, et al. *Inhoudelijke monitor lokale netwerken*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2012.
- 44 Berendsen BAJ, Hendriks MRC, Verhagen EALM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of 'BeweegKuur', a combined lifestyle intervention in the Netherlands: Rationale, design and method of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:815.
- 45 Helmink JHM, van Boekel LC, van der Sluis M, et al. *Lange termijn evaluatieonderzoek van deelnemers aan de BeweegKuur. Rapportage van de resultaten van een follow up meting bij deelnemers*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2011.
- 46 Helmink JHM, van Boekel LC, Kremers SPJ. *Pilot BeweegKuur overgewicht & obesitas. Resultaten van een follow-up meting onder deelnemers*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2011.
- 47 Beerenschot L, van der Geest L. *Integrale zorg in de buurt*. Utrecht: NYFER; 2012.
- 48 Werkgroep flankerend beleid buurtsportcoaches. *Aan de slag met de buurtsportcoach*. Den Haag: 2012.
- 49 Hildebrandt VH, Bernaards C, Chorus AMJ, et al. Bewegen in Nederland 2000-2011. In: Hildebrandt VH, Bernaards C, Stubbe JH, eds. *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011*. Leiden: TNO; 2013.
- 50 Bernaards C. *Bewegen in Nederland 2000-2010*. Leiden: TNO; 2012.
- 51 Chorus AMJ, Hildebrandt VH. *Bewegen in Nederland, de volwassen bevolking*. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH, eds. *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2010.
- 52 Chorus AMJ. *Bewegen in Nederland: chronisch zieken*. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH, eds. *Tendrapport bewegen en gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO; 2010.
- 53 Wijnhuizen GJ, Chorus AMJ. *Bewegen in Nederland: Ouderen*. Leiden: TNO; 2010.
- 54 Tiessen-Raaphorts A. *Bewegen in etnische groepen*. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH, eds. *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2010.
- 55 Chorus AMJ. *Resultaten Monitor Bewegen en Gezondheid. Bewegen in Nederland 2000-2008*. Leiden: TNO Kennis voor zaken; 2009.
- 56 Baldewings SS. *Bevorderende en belemmerende factoren van twee best practices Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2011.
- 57 Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C. Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology Community Health*. 2001;55:257-262.
- 58 Wagemakers A, Koelen M.A., van Nierop P, et al. Actiebegeleidend onderzoek ter bevordering van intersectorale samenwerking en bewonersparticipatie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2007;85:27-35.

- 59 Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M, et al. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promotion & Education*. 2008;15:17-23.
- 60 Helmink JHM, Meis J, Kremers SPJ. *Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende contextuele factoren*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2009.
- 61 Helmink JHM, van Boekel LC, Kremers SPJ. *Implementatie van de BeweegKuur in de regio. Evaluatie onder ROS-adviseurs*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2010.
- 62 Helmink JHM, van Boekel LC, Kremers SPJ. *Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners Najaar 2010*. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2011.
- 63 Wagemakers A, den Hartog F, Vaandrager L. *Van vonkjes naar vuurtjes Pilot evaluatie netwerkvorming rondom de BeweegKuur*. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij. Wageningen Universiteit; 2011.
- 64 Aalbers M, Preller L, den Hartog F, et al. De netwerkstructuur van de BeweegKuur. Kansen voor de verbinding tussen zorg, sport en bewegen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2013;91:91-94.
- 65 www.beweegkuur.nl/netwerk-zorg-sport-bewegen; 2013.
- 66 Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-consultations between 1975 and 2008. *BMC Family Practice* 11; 2010.
- 67 Hamberg-van Reenen HH, Mikolajczak J, Post NAM, et al. *Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod zorgprofessional in de diabeteszorg*. Bilthoven: RIVM; 2012.
- 68 www.beweegkuur.nl/netwerk-zorg-sport/netwerkwijzer-zorg-sport/netwerkaanpak-of-samenwerken/netwerkaanpak; 2013.
- 69 de Haan C, Jonkers R, van der Sluis M. *Onderzoek naar niet doorstromen*. Amsterdam: ResCon; 2012.
- 70 Késenne S. Hebben niet sporters te weinig geld of te weinig tijd? In: Elling A, Kemper F, eds. *Het kost veel tijd en je wordt er moe van*. Nieuwegein: Arko Sports Media; 2011.
- 71 Baan D, Heijmans M. *Mensen met COPD in beweging*. Utrecht: NIVEL; 2012.

Bijlage 1

Gebruikte evaluaties van de BeweegKuur (hoofdstuk 3)

Helminck et al., 2009

Een jaar beweegkuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren.

Zeven ROS-adviseurs zijn tijdens het tweede pilot jaar van de BeweegKuur geïnterviewd met als doel inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die zij als ROS-adviseurs hebben ervaren bij de implementatie van de BeweegKuur. Er werden onder andere vragen gesteld over de werving van de praktijken en invoering van de BeweegKuur bij de praktijken. Ook zijn enkele vragen gesteld over de samenwerkingsverbanden tussen de adviseur, de praktijken en het lokale beweegaanbod. Het opzetten en onderhouden van de sociale kaart kwam aan bod en er werd ook gevraagd naar benodigde tijdsinvestering. Tenslotte zijn er enkele vragen gesteld over de toekomst van de BeweegKuur in een evaluatiebijeenkomst met 20 ROS-adviseurs. Acht medewerkers van externe partijen als GGD'en, gemeenten en sportorganisaties (een Sportraad, Sportservice en Huis voor de Sport) zijn telefonisch geïnterviewd om zicht te krijgen op hun rol in de BeweegKuur. De geïnterviewden werden aangedragen door de ROS-adviseurs.

Helminck et al., 2010

Meer bewegen en gezonde voeding. Implementatie van de Beweegkuur in de regio.

Het onderzoek is vergelijkbaar met het eerder genoemde onderzoek van Helminck et al, 2009, maar werd uitgevoerd onder meer ROS-adviseurs en met behulp van schriftelijke vragenlijsten. 32 ROS-adviseurs van 20 verschillende ROS'en vulden een vragenlijst in over het implementatieproces van de BeweegKuur (respons 72.7%). De vragen hadden betrekking op dezelfde onderwerpen als de interviews uit het eerdere onderzoek van Helminck et al., namelijk het werven en opstarten van de netwerklocaties, de samenwerking met verschillende partijen zoals de BeweegKuur locaties, de GGD, de gemeente(n), welzijnsorganisaties, sportraden en zorgverzekeraars, de benodigde financiën en tijdsinvestering en het opzetten en onderhouden van de sociale kaart.

Helminck et al., 2011

Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, Najaar 2010.

Vierhonderdenvijf zorgverleners, leefstijladviseurs, fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en praktijkondersteuners die betrokken zijn bij de BeweegKuur vulden een digitale vragenlijst in (respons 57%). De zorg-

verleners werden gevraagd naar hun motivatie voor het uitvoeren van de BeweegKuur nu en in de toekomst. Tevens werd gevraagd naar de tijdsinvestering en naar het contact met andere zorgverleners. De tevredenheid met het contact en de ondersteuning van de ROS werd bevestigd, en hoe dit eventueel verbeterd kon worden. Aan de leefstijladviseur werd gevraagd naar het contact met gemeente, GGD, sportraad en het lokale beweegaanbod. Ook werd geïnventariseerd wie er verantwoordelijk was voor het opzetten en bijhouden van de sociale kaart. Aan de zorgverleners die contact hadden met het lokale beweegaanbod werd gevraagd op welke manier men hiermee in contact was gekomen en werd gevraagd naar de belangrijkste verbeterpunten voor het lokale beweegaanbod. Als laatste werden vragen gesteld over de belemmerende/ bevorderende factoren en verbeterpunten van de BeweegKuur⁹.

⁹ Veel vragen gingen specifiek in op de programmaonderdelen en materialen van de BeweegKuur en niet zo zeer op samenwerking en netwerkvorming. Deze vragen zijn voor onderhavig onderzoek niet relevant en werden niet meegenomen in het overzicht van de literatuur.

De Groot et al., 2011

NASB en BeweegKuur: met elkaar verbonden? Een analyse van de relatie tussen de netwerken van NASB en BeweegKuur.

Bij 12 NASB gemeenten (zie kader .. op pag..) met een BeweegKuurlocatie zijn open interviews afgenomen. De NASB-gemeenten zijn een mix van grote, middelgrote en kleine gemeenten. Per gemeente zijn 2-4 betrokkenen telefonisch geïnterviewd. Dat waren in bijna alle gevallen de betrokken beleidsmedewerker van de gemeente, de contactpersoon bij de ROS en de leefstijladviseur van de BeweegKuurlocatie. Er zijn vragen gesteld over samenstelling van het netwerk, de onderlinge samenwerking, de samenwerking met lokale beweegaanbieders en de succes- en faalfactoren van samenwerking. Ook werden vragen gesteld over de begeleiding en informatievoorziening van het netwerk door de ROS, behoeften aan ondersteuning en de rol van de gemeente in het netwerk.

Wagemakers et al., 2011

Van vonkjes naar vuurtjes, pilot evaluatie netwerkvorming rondom de beweegkuur.

Vragen uit het onderzoek waren hoe de huidige lokale en regionale netwerkvorming was vormgegeven, zijn de succes- en faalfactoren zijn bij de regionale en lokale netwerkvorming, en welke werkwijzen geschikt zijn voor het opbouwen en onderhouden van netwerken rondom de BeweegKuur. Daartoe werd documentanalyse uitgevoerd en zijn interviews en focusgroep gesprekken gehouden.

De documentanalyse omvatte artikelen, rapporten en notities over de BeweegKuur, de implementatieplannen van de geselecteerde lokale en regionale netwerken en de cursus 'Netwerken in Beweging'. In 4 lokale en 8 regionale netwerken werd een interview gehouden met de coördinator van het betreffende netwerk. Daarbij werd gebruikt gemaakt van informatie uit eerdere evaluatie onderzoeken. In het interview kwamen de rol en ervaringen met het netwerk van de coördinator aan de orde, de

missie, ambitie, doelen en resultaten en van het netwerk. Ook de kenmerken van het netwerk werden bevraagd, waarbij het ging om de actoren, hun rol in het netwerk en de samenwerkingstrategie van het netwerk. Tot slot wordt ingegaan op de ondersteuning die het netwerk heeft vanuit andere organisaties.

In twee regionale netwerken en twee lokale netwerken is vervolgens een focusgroep gesprek gehouden. Hierbij kwamen verschillende aspecten van het functioneren van het netwerk aan de orde en de factoren die van invloed zijn op dit functioneren.

Den Hartog et al., 2012

Een gedeelde passie voor gezonder leven.

Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuur en gecombineerde leefstijlinterventies.

De hoofdvraag van dit onderzoek was welke factoren van belang zijn voor het opbouwen en onderhouden van duurzame regionale en lokale netwerken (onder andere) rondom de BeweegKuur. Om deze vraag te beantwoorden zijn verschillende methoden gebruikt: literatuurstudie, interviews, focusgroepen en documenten. Er is literatuuronderzoek gericht naar indicatoren voor duurzaamheid van netwerken. In de interviews en focusgroepen zijn deze indicatoren als basis gebruikt voor de gesprekken. In totaal zijn 21 telefonische interviews gehouden: vijf met coördinatoren van regionale netwerken en zestien met coördinatoren van lokale netwerken. Het doel van de interviews was om inzicht te krijgen in wat er op het moment speelt en om input te krijgen voor de focusgroep gesprekken. De onderwerpen in de interviews betroffen het opbouwen en onderhouden van het netwerk, de geboekte resultaten van het netwerk en duurzaamheid van het netwerk. Met vijf regionale en 15 lokale netwerken is vervolgens een focusgroep gesprek gehouden, waarbij zoveel mogelijk deelnemers van het netwerk aanwezig waren. Er zijn tevens vragenlijsten ingevuld (onder andere) de resultaten van de netwerkvorming door de regionale netwerken (in totaal 17 vragenlijsten) en de lokale netwerken (in totaal 69). Verschillende netwerken bestonden al voor dat de BeweegKuur werd geïmplementeerd en hielden zich breder met leefstijlinterventies bezig dan alleen de BeweegKuur.

Raaijmakers et al., 2012

Implementatie en continuering van de BeweegKuur:

Monitorstudie onder zorgverleners, Najaar 2011.

Het doel van deze studie was het identificeren van elementen die kunnen bijdragen aan positieve effecten van de BeweegKuur, zicht krijgen op de inbedding van sport- en beweegaanbod in lokale netwerken en achterhalen welke belemmerende en bevorderende factoren en verbeterpunten er zijn bij de invoering van de BeweegKuur. In totaal hebben

256 zorgverleners (respons 39.9%) een vragenlijst ingevuld, huisartsen, fysiotherapeuten, Praktijkondersteuners, dietisten, Leefstijladviseurs en BeweegKuurinstructeurs. De gestelde vragen kwamen grotendeels overeen met de vragen uit de eerdere monitor onder zorgverleners. Er werd gevraagd naar samenwerking tussen de verschillende professionals onderling en naar de samenwerking tussen de eerstelijnszorgverleners en het Sport en Beweegaanbod in de regio. Er werd gevraagd naar bekendheid en gebruik van een sociale kaart. Tenslotte werd gevraagd hoe gemotiveerd zorgverleners zijn om in de toekomst met de BeweegKuur te blijven werken en welke factoren een rol spelen een rol bij het besluit binnen de locatie om al dan niet door te gaan.

Raaijmakers et al., 2012

Inhoudelijke monitor lokale netwerken.

In deze monitor is getracht inzicht te krijgen in de verbinding tussen zorg, sport en bewegen op lokaal niveau. Aan alle ROS regio's werd gevraagd een digitale vragenlijst in te vullen voor alle gemeenten die tot de ROS regio behoorden. In de meeste regio's vulden zowel ROS adviseurs als ook andere regionale netwerkpartners als GGD en provinciale sportraad gegevens in. In de vragenlijst werd gevraagd welke GGD en partijen in de sport en beweegsector betrokken waren bij de lokale verbinding tussen zorg en sport. Tevens werd gevraagd of er een BeweegKuur locatie en BeweegKuur team (team van geschoolde gemotiveerde zorgverleners) aanwezig waren in de gemeente, of er een sociale kaart aanwezig was en welke partijen een lokaal netwerk vormden. Tenslotte werd gevraagd of de gemeenteambtenaar sport en volksgezondheid geïnformeerd was en of de BeweegKuur, GLI of verbinding tussen zorg en sport in de wijk waren opgenomen in het gemeentebestuur.