

## **Van zorg naar sport en bewegen**

**Interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de  
doorstroom van BeweegKuur-deelnemers vanuit de eerstelijns  
gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod**

### **Deel A. Onderzoek onder zorgverleners**

Marieke van Dijk

December 2012

### **Deel B. Onderzoek onder Beweegaanbieders**

Stefan Wigger

December 2012

## **Dankwoord**

Dit rapport beschrijft de ervaringen van zorgverleners en sport- en beweegaanbieders met de BeweegKuur en de doorstroom van deelnemers vanuit de zorg naar het sport- en beweegaanbod. In de eerste plaats willen we alle geïnterviewden bedanken voor hun medewerking. Daarnaast bedanken wij al degenen die mee hebben geholpen bij het vinden van de juiste personen en locaties om deel te nemen aan deze onderzoeken.

## Inhoudsopgave

Dankwoord	1
Samenvatting	4
<b>Deel A. Onderzoek onder zorgverleners</b>	<b>6</b>
Samenvatting	7
1. Inleiding	8
2. Methoden	10
3. Resultaten	11
3.1 Interventie BeweegKuur	11
3.2 Doorstroom naar sportaanbod	13
3.3 Netwerkvorming	16
4. Mogelijke oplossingen	18
4.1 Mogelijke oplossingen bij belemmeringen interventie	18
4.2 Mogelijke oplossingen bij belemmeringen doorstroom zorg-sport	18
4.3 Mogelijke oplossingen belemmeringen netwerkvorming zorg/sport	19
5. Discussie en conclusies	20
6. Aanbevelingen	22
<b>Deel B. Beweegaanbieders en de BeweegKuur</b>	<b>24</b>
Samenvatting	25
1. Inleiding	27
2. Methode	29
3. Resultaten: knelpunten	31
3.1 Contact	32
3.2 Financiën	36
3.3 Kwaliteit beweegaanbod	38
3.4 Tijd; kosten versus baten	39
4. Resultaten: oplossingen	40
4.1 Financiering	40
4.2 Verbinding	45
4.3 Communicatie	49
4.4 Sociale kaart	51

4.5 Stimuleren gezonde leefstijl _____	52
4.6 Deskundigheidsbevordering _____	54
5. Discussie _____	56
6. Conclusie en aanbevelingen _____	58
BIJLAGE A1 - Vragenlijst diepte-interview zorgverleners _____	61
BIJLAGE B1 – Knelpunten volgens beweegaanbieders _____	62
BIJLAGE B2 – Behoeftte / suggesties van beweegaanbieders _____	64

## Samenvatting

Gecombineerde Leefstijl Interventies (GLI) met een beweegcomponent worden ingezet bij de primaire en secundaire preventie van veel voorkomende chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen, en obesitas. De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Om blijvende gezondheidswinst en duurzame gedragsverandering te bereiken wordt binnen de BeweegKuur sterk ingezet op de doorstroom van deelnemers vanuit de eerstelijns zorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. In 2011 werd de BeweegKuur op 160 locaties uitgevoerd.

Uit verschillende onderzoeken en monitors rond de BeweegKuur (zie: [NISB BeweegKuur - Onderzoek](#)) blijkt dat de doorstroom vanuit de zorg naar het sport- en beweegaanbod varieert tussen locaties. Overall is de doorstroom echter nog niet optimaal. Om meer zicht te krijgen op succes- en faalfactoren van de doorstroom is diepergaand kwalitatief onderzoek gedaan. Zorgverleners en sport- en beweegaanbieders die al ervaring hebben met leefstijlbegeleiding zijn hiervoor benaderd.

Semigestructureerde diepte-interviews zijn gehouden met 18 zorgverleners van zeven BeweegKuurlocaties (deel A van het rapport) en met 25 aanbieders van verschillende sporten die direct of indirect betrokken waren bij de BeweegKuur en andere leefstijlinterventies (deel B). De interviews zijn gehouden aan de hand van een topic lijst. De oplossingen die sportaanbieders zelf kunnen toepassen is vervolgens weer aan deze groep voorgelegd. De oplossingen zijn beoordeeld op kansrijkheid en de bereidheid tot het zelf toepassen van deze oplossingen.

De deelrapporten geven inzicht in een groot aantal knelpunten en oplossingsrichtingen. Knelpunten genoemd vanuit sportaanbieders zijn te groeperen op de thema's *contact en communicatie*, *financiën*, *kwaliteit* en *tijd*. Oplossingen worden aangegeven op zes hoofdthema's: *financiering*, *verbinding/ contact/netwerk*, *communicatie*, *sociale kaart*, *stimuleren gezonde leefstijl* en *deskundigheid van de sportaanbieder*. Vanuit de zorgverleners worden knelpunten en oplossingen onderscheiden op het gebied van *leefstijlinterventie*, *doorstroom zorg-sport*, en *netwerkvorming*.

Beide sectoren erkennen de waarde van leefstijlbegeleiding, mét sport en bewegen als component. Uit de interviews komt naar voren dat randvoorwaarden als verantwoordelijkheden en financiering onvoldoende goed zijn belegd om goede doorstroom te kunnen (blijven) garanderen. Maar daarnaast is er geen algemeen beeld te schetsen van problemen en oplossingen dat geldt voor alle locaties; elke lokale situatie heeft zijn eigen kenmerken die vragen om maataanpak. Oplossingsrichtingen zijn lastig te definiëren en waar oplossingen worden genoemd, liggen die vaak buiten de eigen sector of eigen invloedssfeer.

De informatie in de twee deelrapporten kan op verschillende niveaus en door verschillende organisaties of samenwerkingsverbanden worden gebruikt om de rol van het lokale sport- en beweegaanbod bij primaire en secundaire preventie te versterken.



## Deel A. Onderzoek onder zorgverleners

Marieke van Dijk  
NISB, december 2012

## **Samenvatting**

Een belangrijk uitgangspunt van de BeweegKuur is dat deelnemers doorstromen naar het lokale sport- en beweegaanbod om de kans op blijvende gedragsverandering te vergroten. Onderzoek geeft deels al wel antwoord op achterliggende factoren, maar belangrijke input waarom de BeweegKuur of andere Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) op de ene locatie wel succesvol is en op de andere niet, is niet te geven. Doel was om vanuit het gezichtspunt van betrokken zorgverleners knelpunten en succesfactoren te inventariseren. Achttien zorgverleners van zeven verschillende (oud) BeweegKuurlocaties in het land werden ondervraagd via individuele semi-gestructureerde diepte-interviews: zeven fysiotherapeuten, vier diëtisten en zeven leefstijladviseurs. De resultaten zijn in te delen op drie thema's: Interventie BeweegKuur, Doorstroom zorg-sport en Netwerkvorming. Hieronder volgen de belangrijkste knelpunten en succesfactoren vanuit het perspectief van de zorgverleners.

### **Leefstijlinterventie**

Vrijwel alle zorgverleners zien de meerwaarde van leefstijlpreventie. De grootste moeilijkheid om de interventie te doen slagen was voor de zorgverleners de motivatie van de deelnemers. Hiermee hangen samen de duur van de interventie, de beperkte financiële middelen van de zorgverleners en (psychologische) belemmeringen bij deelnemers. Ook kunnen de poortwachtersrol van de huisarts en instroom via te smalle voorwaarden tot een beperktere instroom leiden. Ten slotte wordt gebrek aan financiering veel genoemd als oorzaak voor het stoppen van de interventie. Groepsaanbod is voor alle ondervraagden een succesfactor om deelnemers gemotiveerd te houden.

### **Doorstroom zorg/sport**

Veel zorgverleners zeggen dat er voldoende geschikt sport-/en beweegaanbod is in de wijk. Toch hebben zij niet het idee dat zij het volledige aanbod kennen en missen zij gedetailleerde informatie over het aanbod om deelnemers goed te kunnen verwijzen. Ook sluit het aanbod niet altijd aan bij de behoeften van de deelnemers. De (te) hoge kosten voor sportaanbod, verandering van begeleider en/of beweeglocatie wordt voor veel deelnemers als drempel gezien. Goede doorstroom kan onder andere ontstaan wanneer er een structureel vervolgaanbod is georganiseerd door sport in samenwerking met de zorg en wanneer deelnemers al tijdens de begeleiding kennismaken met het sportaanbod. Andere succesfactoren zijn groepsvorming, 'warme overdracht' en een grote motivatie en tijdsinvestering door de zorgverlener.

### **Netwerkvorming**

Een zorgnetwerk heeft kortere lijnen en snellere doorverwijzing wanneer zorgverleners fysiek bij elkaar in de buurt werken. Persoonlijke contacten en bekendheid in de wijk zorgden voor een betere netwerkvorming met externe partijen. De zorgverleners waren vaak niet voldoende op de hoogte van mogelijkheden in de wijk, zoals samenwerkingsverbanden of mogelijkheden voor financiering vanuit de gemeente.

### **Mogelijke oplossingen/aanbevelingen**

Vanuit dit onderzoek kunnen door NISB vervolgacties gezocht worden rond onder andere de volgende aspecten: blijven inzetten op contact tussen zorg en sport, stimuleren en profileren van geschikt aanbod, manier van doorverwijzen en kennismaking sportaanbod,



overkoepelende lokale coördinatie, meer kennis over psychologische ondersteuning en motivatie bij deelnemers en zoeken naar financieringsvormen.

## 1. Inleiding

In de visie van NISB is doorstroom naar het lokale sport- en beweegaanbod een belangrijke voorwaarde voor (blijvende) gedragsverandering bij deelnemers van de BeweegKuur. Ook in het algemeen, buiten NISB en de BeweegKuur, wordt (meer) bewegen van mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening gezien als een belangrijke wijze waarop gezondheidsproblemen beperkt dan wel voorkomen kunnen worden. Omdat het een grote doelgroep betreft, is het onmogelijk en onwenselijk (als medische begeleiding niet noodzakelijk is) om beweegbegeleiding financieel en functioneel te verzorgen vanuit de zorg. Doorstroom naar het lokale sport- en beweegaanbod is hiervoor mogelijk een oplossing. De BeweegKuur is (waarschijnlijk) de meest uitgebreide en het meest uitgewerkte voorbeeld van het verbinden van zorg en sport- en beweegaanbod in Nederland, met zowel een praktische als wetenschappelijke invalshoek. Middels lokale netwerken is de zorg met het sport- en beweegaanbod verbonden. Dit onderzoek richt zich op succes- en faalfactoren die spelen rond deze verbinding en de doorstroom van deelnemers uit de zorg naar het sport- en beweegaanbod.

Onderzoek in voorgaande jaren laat zien dat de doorstroom van deelnemers van zorg naar sport- en beweegaanbod onvoldoende gerealiseerd wordt. Er zijn verschillende elementen naar voren gekomen die daar een rol bij kunnen spelen. Deze kunnen onderverdeeld worden in twee hoofdelementen: de samenwerking tussen zorg en sport- en beweegaanbod is onvoldoende goed (georganiseerd), en het aanbod vanuit de sport- en beweegaanbieders sluit onvoldoende aan bij de mogelijkheden van de deelnemers. Het gaat hierbij zowel om de kwantiteit als de kwaliteit van het aanbod. Onderzoek geeft deels al wel antwoord op vragen, maar belangrijke input waarom de BeweegKuur op de ene locatie wel succesvol is en op de andere niet, is niet te geven. Er is behoefte aan een diepere kwalitatieve analyse van factoren die hiermee samenhangen.

Uit de monitor zorgverleners (Raaijmakers et al., 2012) die in het najaar van 2011 is afgenomen bij 256 zorgverleners in de BeweegKuur blijkt bijvoorbeeld dat 30-40% van hen tevreden is met de resultaten rond de verbinding met sport en de gemeente. De verbinding tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod wordt relatief minder vaak als resultaat van de netwerkvorming ervaren. De gemeente, sportverenigingen en ander lokaal beweegaanbod werden slechts door ongeveer een derde van de zorgverleners als deelnemers van het netwerk gerapporteerd. Van de leefstijladviseurs en fysiotherapeuten vindt 42% dat er (zeer) veel mogelijkheden zijn voor de doorstroom van BeweegKuur deelnemers naar het lokale sport- en beweegaanbod en 41% is (zeer) tevreden over de kwaliteit van het huidige lokale sport- en beweegaanbod.

Ook in het rapport rond de evaluatie van de netwerken (Den Hartog et al., 2012) worden elementen genoemd die invloed hebben op de verbinding tussen zorg en sport en de doorstroom van deelnemers. Sportverenigingen en commerciële sport- en beweegaanbieders zijn nog nauwelijks betrokken. Ook blijkt dat de cultuur in de zorg en het ontbreken van randvoorwaarden zoals financiering een belemmering vormt om samen te werken met de sport. Ook is een 'warme overdracht' door een enthousiaste persoon een

voorwaarde voor doorstroom van deelnemers naar sport- en beweegaanbod. In dit onderzoek wordt getracht achterliggende redenen en bevorderende factoren te vinden rond deze gestelde feiten.

Het doel van dit verdiepende onderzoek is om inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren bij de verbinding tussen zorg en sport- en beweegaanbod en doorstroom van deelnemers vanuit de zorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. De nadruk ligt hierbij op het verdiepende karakter van dit inzicht, achterliggende redenen worden uitgediept.

## **2. Methoden**

In de periode van augustus-november 2012 zijn 18 zorgverleners van zeven verschillende (oud-) BeweegKuurlocaties geïnterviewd: zeven fysiotherapeuten, vier diëtisten en zeven leefstijladviseurs. De opzet was om van zes locaties verdeeld over het land drie zorgverleners te interviewen. Dit om vanuit verschillende perspectieven een beeld te krijgen van de ervaringen op deze locaties. De zorgverleners zijn gevonden door middel van een oproep in de BeweegKuur-nieuwsbrief en via de respondenten van de monitor zorgverleners 2011 van de Universiteit Maastricht. Op basis van deze resultaten zijn op het thema doorstroom en netwerkvorming zowel goedlopende als minder goed lopende locaties benaderd.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst (zie bijlage). Ze duurden gemiddeld 75 minuten en zijn opgenomen via mp3. De interviews zijn vervolgens uitgetypt. Aan de hand van verschillende thema's zijn de interviews geanalyseerd.

### 3. Resultaten

De resultaten zijn in te delen op drie thema's: interventie BeweegKuur, doorstroom zorgsport en netwerkvorming.

#### 3.1 Interventie BeweegKuur

Op alle zeven locaties waar zorgverleners zijn geïnterviewd wordt de BeweegKuur als specifieke interventie niet meer gedraaid. De meest genoemde reden is het stoppen van de financiering/geen opname in het basispakket. Bij de meeste locaties worden wel aspecten van GLI's als de BeweegKuur voorgezet, zoals meer aandacht voor preventie en bewegen in de buurt of het toepassen van Motivational Interviewing (zie ook alinea *toekomst*).

Wat betreft de tevredenheid over de resultaten die op deelnemerniveau zijn behaald zijn de zorgverleners verdeeld. Onderstaande aspecten hebben hier de meeste invloed op gehad.

##### 3.1.1 Instroom deelnemers

Verschillende zorgverleners noemen problemen bij de instroom, voornamelijk in de eerste pilotfase van de BeweegKuur. Afhankelijkheid van de huisarts die niet voldoende doorverwijst is een voorbeeld. Ook het feit dat alleen patiënten van een bepaalde huisarts of zorgverzekeraar mochten deelnemen maakte het vervelend als een verder zeer geschikt, gemotiveerd persoon niet mocht instromen. Ten slotte vielen de drie verschillende beweegprogramma's niet overal even goed, en was soms onduidelijk welke patiënt waar mocht instromen. Het maximale aantal deelnemers in een pakket werkte soms beperkend, vooral in pakket 3 (intensief) omdat andere pakketten volgens veel zorgverleners niet voldoende intensief waren voor de meeste deelnemers.

##### 3.1.2 Protocol in pilot

Hoewel het voor de onderzoekslocaties die vanuit Universiteit Maastricht gevolgd werden noodzakelijk was, werkte het strikte protocol bij verschillende zorgverleners belemmerend. Bijvoorbeeld het lange wachten tot een deelnemer kon instromen, of het instromen in een ander programma dan gewenst. In sommige interviews was een zekere irritatie hierover duidelijk te merken.

*“Want daar liepen we tijdens de BeweegKuur ook al wel tegenaan. Dat sommige mensen dingen nodig hebben die volgens het protocol niet mogen. Dat is natuurlijk heel jammer. Dat je daar dan aan moet houden terwijl het voor de patiënt niet beter is. Ik begrijp dat je in een pilot voor onderzoek bepaalde gegevens wilt binnenhalen maar als het geen pilot meer is moet je je eigen invulling eraan kunnen geven.”* (diëtist)

##### 3.1.3 Doorlooptijd interventie

De meeste zorgverleners vinden een jaar begeleiding voor het grootste deel van de deelnemers voldoende om gedragsverandering te bereiken. De verdeling van de contacten wordt wel door sommigen ter discussie gesteld. Sommige deelnemers hebben meer contacten nodig dan anderen, als stok achter de deur bij het blijven bewegen. Zij zouden later in het jaar nog wat meer contacten kunnen gebruiken, waar niet altijd mogelijkheid voor was.

Enkele zorgverleners zijn teleurgesteld in het aantal contactmomenten met de fysiotherapeut die in het protocol van de BeweegKuur staan. Op deze locaties kon alleen het zelfstandig of het opstartprogramma worden gedraaid, maar volgens hen was dit te weinig om deelnemers te kunnen begeleiden bij het bewegen of voor te bereiden op de doorstroom naar lokaal

sportaanbod. Ook al waren de inclusiecriteria gehanteerd. Dit voorbereiden houdt voor hen in dat deelnemers fysiek/conditioneel een bepaald niveau bereiken om regulier aanbod aan te kunnen en het plezier in bewegen hebben ervaren. Op één locatie zijn daarom door de fysiotherapie extra beweegmomenten bekostigd.

*“We hebben ze uiteindelijk 3 maanden getraind, want de oorspronkelijke BeweegKuur stond voor 4 weken maar in 4 weken train je niets. Bereik je weinig tot niets. Als ik ze 4 weken had getraind was ik er absoluut zeker van geweest dat ze daar zelf geen vervolg aan hadden gegeven. De lol in bewegen hebben ze dan nog niet ervaren. Ik weet ook dat andere collega’s uit het land ook het programma langer hebben laten draaien.” (fysio)*

### **3.1.4 Motivatie/zelfmanagement deelnemers**

Door alle geïnterviewde zorgverleners wordt het motiveren en activeren van deelnemers gezien als lastige en tijdrovende taak en het lijkt of zij dit als grootste uitdaging zien bij het slagen van de interventie. De meeste deelnemers beginnen enthousiast, maar kunnen na verloop van tijd gedemotiveerd raken. Ze zijn teleurgesteld in de vooruitgang die zij boeken of hebben geen lange adem om het bewegen vol te houden. Dit speelt voornamelijk na het beweegprogramma bij de fysiotherapeut. De meeste deelnemers zijn na het traject in de zorg nog onvoldoende toegerust om de stap te maken naar het lokale sport-/beweegaanbod en hier te blijven bewegen. Dit gold minder voor de doelgroep van (pre-)diabeten; deze groep was doordat ze al gezondheidsklachten hadden meer gemotiveerd dan de groepen overgewicht en obesitas. Ook deelnemers die ooit eerder gesport hebben, zouden wat eerder weer de draad kunnen oppakken.

*“Het zijn mensen die over het algemeen weten dat ze niks doen en dat dat anders zou moeten, maar op de een of andere manier de kracht niet bezitten om dat patroon om te gooien. Of zich schamen voor hun lijf en conditie om te gaan sporten. Ze zitten in die situatie en halen zich zelf daar niet uit. Zeggen van zich zelf dat ze te passief zijn. Dat weten ze.” (fysiotherapeut)*

Verschillende zorgverleners hebben het over angsten bij deelnemers die meespelen, bijvoorbeeld om oude patronen te doorbreken, om in nieuwe situaties te komen, om ‘tussen de slanke sporters in de sportschool te staan’, maar ook voor het bewegen zelf; om te gaan zweten of een verhoogde hartslag te krijgen. Het is voor de zorgverleners een intensieve klus om deze mensen te begeleiden en ‘bij de hand te nemen’, vaak is er te weinig tijd binnen het programma. Het feit dat veel deelnemers nog niet toe zijn aan zelfregie en lastig te motiveren zijn tot leefstijlverandering wordt gedeeld in het rapport ‘Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn’ (RIVM, 2012).

Meerdere zorgverleners noemen de bijzondere groepsbinding die ontstaat, bijvoorbeeld tijdens de diëtistenvoorlichting. Er ontstaat energie tussen deelnemers en er worden veel ervaringen gedeeld. Het zou volgens deze zorgverleners goed zijn geweest als deze energie rond de groepsvorming ook doorgetrokken kon worden naar het bewegen, maar zorgverleners vonden dit door verschillende redenen vaak lastig om dit praktisch te regelen (vaak was er nog geen concreet vervolgaanbod in zicht) en de motivatie bij deelnemers vast te kunnen houden .

*“Je ziet hier iets ontstaan, maar je kunt dat niet vasthouden. Niet na de zeven bijeenkomsten, maar ook niet tussendoor. Dan komen er weer eens twee niet. Ja, je kunt ze niet hierheen slepen. En dat vind ik lastig.” (Leefstijladviseur)*

### **3.1.5 Doorstroom: verandering van begeleiding/locatie**

Door enkele zorgverleners wordt de wisseling van begeleiding of plaats als belemmering

gezien om de doorstroom goed te laten plaatsvinden. Oftewel: de doorstroom zelf is een belemmering om te blijven bewegen. Deelnemers raken vertrouwd met een zorgverlener en de locatie waar zij bewegen. Zij maken hier langzaam een stap in gedragsverandering. Wanneer de begeleiding ophoudt, moeten zij dit loslaten en ergens anders opnieuw beginnen. Dit is voor veel deelnemers een te grote stap en dan haken er veel af.

*“Ik vond dat ook best lastig aan de BeweegKuur. Je moet het oppakken, de mensen handvatten meegeven zodat mensen het verder alleen gaan doen, maar je wilt ze in het begin niet teveel vasthouden omdat je ze ook weer los moet laten en dat is heel lastig want zeker van die tweede groep (obesitas) moet bijna iedereen bij de hand genomen worden.” (LSA)*

### **3.1.6 Randvoorwaardelijk: Administratie en financiering**

Wat veel zorgverleners een grote investering vonden was de administratie die er in de pilotfase gevraagd werd. Verder noemen alle locaties noemen de aflopende financiering als reden voor het stoppen met de uitvoering van de BeweegKuur. Op sommige locaties kon via zorgverzekeraars of andere stromen nog budget komen om bepaalde groepen te laten bewegen. Hoewel het lijkt of de geïnterviewden niet goed weten welke mogelijkheden er zijn om financiering op andere manieren voor elkaar te kunnen krijgen, zijn enkele locaties wel bezig om dit te verkennen.

### **3.1.7 Toekomst**

Enkele zorgverleners zeggen gelijk weer te beginnen met de BeweegKuur wanneer er weer financiering komt. De basis ligt er en de eerste ervaringen zijn opgedaan. Op vrijwel alle locaties staat leefstijl en preventie hoog op de agenda en wordt de meerwaarde hiervan gezien.

*“Toch het stukje doorstroom naar sporten in de wijk begeleiden. Vroeger was het zo van; nu kunt u zelf gaan sporten en doe. Nu ben ik toch eerder geneigd om door te vragen voor als het bij ons eindigt. Meedenken. En het concept leefstijladviseur, dat heet nu bij ons beweegconsulent, maar dat zit nu ook in verschillende zorgprogramma's. Dat is wel gebleven. Op alle locaties, ook waar de BeweegKuur niet heeft gedraaid. En het stukje motivational interviewing.” (LSA)*

## **3.2 Doorstroom naar sportaanbod**

### **3.2.1 Doorstroom deelnemers**

De ruime meerderheid van de zorgverleners erkent dat de doorstroom van deelnemers of patiënten onvoldoende is. De onder 'Interventie BeweegKuur' schuingedrukte aspecten worden daar onder andere als oorzaak aangewezen. Goede doorstroom bestaat voornamelijk op locaties waar voor deelnemers al min of meer een vervolgaanbod klaar ligt en waar een warme overdracht is, dus een (intensieve) begeleiding van de deelnemer naar het sport-/beweegaanbod. Hieronder volgen andere onderwerpen die besproken zijn wat betreft de doorstroom.

### **3.2.2 Geschied sportaanbod in de wijk**

Bij geschikt aanbod denken de meeste zorgverleners aan (fysiek) laagdrempelig (o.a. wandelen, fietsen, fitness), betaalbaar en in groepsvorm. Dit laatste betekent dan ook op afgesproken tijden. Over hoe de begeleiding er volgens hen precies uit zou moeten zien zijn zij minder uitgesproken. Wel is het voor de zorgverleners die dit kunnen benoemen het belangrijkste dat er plezier wordt gemaakt, geen competitie heerst en er voor deelnemers persoonlijke aandacht is.

Op enkele geïnterviewde zorgverleners na zeggen ze dat er voldoende (geschikt) aanbod is in de wijk. Hier ligt voor hen dus over het algemeen geen probleem wat betreft de doorstroom van patiënten. Zij noemen hier wederom de motivatie van de deelnemer die ervoor zorgt dat de doorstroom niet optimaal is. Ruim de helft denkt ook voldoende zicht te hebben op het aanbod om mensen te verwijzen. Dit geldt zeker voor de zorgverleners die zelf in de wijk of gemeente wonen. Dit heeft duidelijk een meerwaarde voor de kennis van de omgeving.

*“Eigenlijk gewoon omdat ik hier woon. Lees krantjes, via vrienden en bekenden en patiënten. Als ik iemand zie met een beperking kan ik altijd wel inschatten welke kant ze op kunnen.” (fysiotherapeut)*

Enkele zorgverleners hebben wel aanmerkingen op geschiktheid van het sportaanbod voor deze doelgroep. Zo noemen sommigen dat de openingstijden van een bepaalde sportschool niet aansluit bij de wensen van deelnemers (sportschool is overdag dicht terwijl chronisch zieken/ouderen overdag willen sporten), en één fysiotherapeut noemt dat de gemiddelde sportinstructeurs niet over voldoende kennis bezit om mensen met een aandoening te begeleiden, bijvoorbeeld over chronische aandoeningen en de belastbaarheid van deze mensen.

Enkele zorgverleners hebben ervaring met het maken van afspraken met sportaanbieders om aangepast (groeps)aanbod samen te stellen. Zo heeft een leefstijladviseur met vier sportaanbieders afspraken gemaakt dat patiënten bij elke aanbieder een gratis proefles mogen volgen en hierna tegen gereduceerd tarief kunnen blijven sporten. Deze deelnemers stromen steeds als groep door waardoor het aanbod op hen kan worden afgestemd. Deze groepsvorming lijkt een meerwaarde. De leefstijladviseur van een van deze locaties zegt dat het komen tot deze afspraken veel tijd heeft gekost en een lange adem nodig was om zover te komen.

Een andere leefstijladviseur heeft ook afspraken gemaakt om aangepast sportaanbod te creëren. Hierbij was er echter een te kleine groep deelnemers die hier gebruik van maakte waardoor het niet meer financieel haalbaar werd voor de sportaanbieder.

*“We hebben hier steeds bijeenkomsten gehad.. En daar waren dus een heleboel sportverenigingen die weinig geld vroegen: de tafeltennis, badminton, de gymclub, die waren er allemaal bij. Dus Sportief Wandelen voor 1 euro. De fitness was er. En die wilden allemaal ook wel meedoen. Maar, het was er steeds eentje (deelnemer) die je de drempel over moest helpen. Dan staan ze eigenlijk alleen. Eigenlijk hadden we moeten zeggen: we gaan met z'n allen tafeltennissen. En volgende week gaan we samen badmintonnen.” (Leefstijladviseur)*

### **3.2.3 Kosten**

De kosten voor sport-/beweegaanbod geldt volgens de meeste zorgverleners als een belangrijke belemmering voor deelnemers om door te stromen. Het is daarbij ook lang niet altijd een gewoonte voor deelnemers om te investeren in goede begeleiding, terwijl ze dit vaak wel nodig hebben. Sportscholen met goede begeleiding hanteren vaak hogere prijzen dan de goedkopere waar mensen, zoals een fysiotherapeut verwoordt: ‘meer aan hun lot worden overgelaten.’

Op één locatie loopt bij een zorgverzekeraar een aanvraag om een beweegprogramma te kunnen aanbieden. Dit geldt voor patiënten met bepaalde chronische aandoeningen en een aanvullende verzekering.

### **3.2.4 Blijven sporten bij de fysiotherapeut**

Op veel locaties zouden deelnemers bij de fysiotherapeut willen blijven sporten. Zoals gezegd voelen ze zich hier veilig, in een kleine groep, en is er vertrouwde begeleiding. De stap naar nieuw, onbekend sportaanbod op een andere locatie wordt door veel deelnemers als moeilijk gezien. Ook worden vaak de hoge(re) kosten voor sportaanbod als reden genoemd om niet door te stromen. In sommige gevallen wordt bewegen bij de fysiotherapeut (deels) vergoed door de zorgverzekering en blijven mensen hier gebruik van maken.

*“Is eigenlijk vreemd. Dan hebben ze vaak wel het geld ervoor over. Dan zitten ze al in een groep en weten ze dit voelt veilig en goed en sowieso wetende dat er een professional naast staat die je begeleidt, kleine groepjes, niet teveel mensen, daar hebben ze het geld wel voor over.” (LSA)*

*“Wij vragen EUR 99,- per 3 maanden voor één keer in de week een uur sporten. Dus dat is veel want dan betaal je EUR 33,- per maand voor één keer in de week sporten. Voor fysiotherapie is dat niet duur, maar voor gewoon sporten is dat wel duur. Anders krijgen wij onze kosten er gewoon niet uit.” (LSA)*

Het is niet duidelijk of zorgverleners zich bewust zijn van een oneerlijke concurrentie met sportaanbieders, om het feit dat deelnemers vertrouwd zijn geraakt met bewegen in de zorg. Toch zien de meeste zorgverleners wel de noodzaak om mensen buiten de zorg te laten bewegen vanwege hoge zorgkosten of onnodige medicalisering. Eén fysiotherapeut spreekt de angst uit die hij vooraf had voor concurrentie ten opzichte van het sportaanbod. Het was niet zijn gewoonte om zijn patiënten door te sturen naar een sportschool. Deze angst bleek volgens hem echter ongegrond, omdat beide partijen er van profiteren nu zij contact hebben gelegd en over en weer doorverwijzen.

### **3.2.5 Doorverwijzing : warme overdracht**

Bijna alle zorgverleners onderkennen dat patiënten vaak aan de hand moeten worden meegenomen naar sportaanbod in de wijk en dat dit veel energie en tijd kost. De manier waarop en hoe ver zorgverleners de doorverwijzing uitvoeren verschilt en hangt af van hun eigen motivatie en enthousiasme. Enkelen laten het bij adviseren over aanbod dat bij de mensen past en laten het verder aan de deelnemer over. Andere zorgverleners gaan zelf de eerste keer mee met een groepje patiënten. Soms wordt hier zelfs eigen tijd in gestoken omdat het niet past binnen de beschikbare werkuren. Zij hopen hiermee als een vertrouwd gezicht de patiënten te kunnen ondersteunen en de eerste drempels weg te halen.

*“Als je een groep mensen hebt die allemaal willen gaan zwemmen of naar de sportschool willen: ga daar een keer met de groep naartoe. Dan kan je heel simpele drempels wegnemen. Kleine dingen vormen een drempel: ‘Waar moet ik naar binnen, waar moet ik inschrijven, waar is de kleedkamer?’ Heel flauw misschien maar het zijn echt de kleine dingen waar mensen vaak moeite mee hebben. Praktische dingen.” (fysiotherapeut)*

### **3.2.6 Taken zorgverleners: waar houdt het op?**

Het lijkt of de bij dit onderzoek betrokken zorgverleners niet goed weten hoe ze om kunnen gaan met de tegenvallende doorstroom en/of de terugval bij gedragsverandering. Zoals gezegd wordt de motivatie van deelnemers als een van de grootste problemen gezien. De taken binnen het protocol over de contacten met deelnemers zijn over het algemeen duidelijk, de verschillende disciplines kennen hun inbreng. Maar blijkbaar is er meer nodig om doorstroom goed te stimuleren. Over deze ‘extra’ taken en inspanningen is geen eenduidigheid. Ook hier hangt het vaak af van de motivatie en het enthousiasme van de zorgverlener in hoeverre ze hier energie in stoppen, want vaak betekent het dat er eigen tijd



in gaat zitten en over de grenzen van het takenpakket heen moet worden gekeken. Hierin gaat de een verder dan de ander en hangt bijvoorbeeld ook af van de vrijheid die zorgverleners van hun directe leidinggevende krijgen.

*“Ik weet niet of ik wil weten hoe ik bij de gemeente bepaalde zaken op gang moet brengen want dat is mijn taak denk ik niet, maar ik zou wel heel graag willen weten of makkelijker de stap van zorg naar sport gezet kan worden. Ik doe heel vaak dingen voor mensen die buiten mijn taken liggen, maar tot waar kan ik gaan? Waar houdt dat op? Ik vind dat eigenlijk ook weer een taak van een andere discipline. Niet van ons hier. Dat is een maatschappelijk iets. Daar moet iemand anders achteraan zitten. Maar wie. Dat zou ik niet weten.”*  
(diëtist)

Hierop sluit RIVM (2012) aan met het feit dat ‘Public Health in de eerste lijn van niemand is. Het is niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is’.

### **3.2.7 Sociale kaart**

Alle locaties hebben toegang tot een sociale kaart van sport-/beweegaanbod in de wijk. Deze is soms door de gemeente opgesteld, door een interne medewerker van het gezondheidscentrum of door de zorgverlener zelf. Wel denken sommigen dat deze niet geheel compleet is, en vooral de kleine aanbieders misschien gemist worden. Of er mist meer gedetailleerdere informatie over bijvoorbeeld de kosten en begeleiding. Dit wekt de indruk dat zorgverleners deze informatie niet kennen van het lokale aanbod. Enkelen noemen ook dat het bijhouden van de sociale kaart teveel tijd kost.

*“Wil je dat een beetje levendig houden dan moet je echt iedere maand iedereen gaan bellen en daar heb je echt geen tijd voor. In de praktijk kwam het er dan vaak op neer dat je een aantal dingen had waar je iemand naartoe stuurde en als iemand een specifieke wens had ging je verder zoeken. Dus echt dat hele grote netwerk was heel snel klaar dat kun je gewoon niet bijhouden.”* (LSA)

### **3.2.8 BeweegKuur Instructeur**

Maar een klein deel van de zorgverleners weet van het bestaan van de BeweegKuur Instructeur. Een enkeling weet daarnaast ook van een BKI in de eigen omgeving.

### **3.2.9 Terugkoppeling**

Bijna geen van de zorgverleners krijgt na de doorstroom een terugkoppeling vanuit het sportaanbod. Zij weten daardoor ook vaak niet hoe het een deelnemer vergaat wanneer deze is doorgestroomd, mits zij de patiënt per toeval tegenkomen of wanneer zij de patiënt voor andere redenen nog of weer onder controle hebben. Uit de interviews komt niet naar voren dat zij sterkte behoefte hebben aan terugkoppeling en of zij dit via de sportaanbieder willen. Enkele zorgverleners vinden dit te betuttelend en vinden dat deelnemers/patiënten dit prima zelf kunnen regelen wanneer zij hier behoefte aan hebben. Het lijkt of zorgverleners geen sterke behoefte hebben om contact te hebben met de sportaanbieder over de deelnemer.

## **3.3 Netwerkvorming**

### **3.3.1 Zorgnetwerk**

Vrijwel alle zorgverleners zeggen dat de contacten tussen de zorgverleners onderling door de BeweegKuur zijn versterkt. Zij noemen hierbij voornamelijk het netwerk tussen de leefstijladviseur, fysiotherapeut en de diëtist. Zij zien deze versterkte contacten duidelijk als meerwaarde waar ondanks het stoppen van de BeweegKuur nu nog de vruchten van worden

geplukt. Men stuurt sneller patiënten naar elkaar door, de lijnen zijn korter en/of samenwerking is prettiger geworden.

De onderlinge contacten waren sterker als zorgverleners in hetzelfde gezondheidscentrum (onder één dak) zitten. Tijdens de BeweegKuur hoefde daarvoor meestal ook geen overleggen te worden gepland; men sprak elkaar op de wandelgangen aan. In enkele gevallen was de diëtist minder betrokken bij het gehele zorgnetwerk, wat wil zeggen weinig tot geen contact met de fysiotherapeut. Dit was meestal het geval als de diëtist vanuit een andere locatie werkte.

### **3.3.2 Huisarts**

De huisarts is maar op enkele locaties actief betrokken bij het netwerk. Op deze locaties waren de andere zorgverleners goed te spreken over de huisarts(en), ook al houdt deze betrokkenheid vaak alleen het doorverwijzen van patiënten in. De huisarts is wat dat betreft op de meeste plaatsen dé poortwachter van de instroom. Als de huisarts niet actief doorverwijst, kan dit een grote belemmering zijn voor de uitvoer van het programma.

### **3.3.3 Netwerk in de wijk**

Maar ongeveer de helft van de zorgverleners is sinds de BeweegKuur beter op de hoogte van wat er lokaal speelt en hebben meer contacten buiten het zorgnetwerk gekregen of versterkt. De andere helft is hier dus sowieso niet bij betrokken, dit geldt soms zelfs voor lokale (structurele) samenwerkingsverbanden rond het thema. Als zorgverleners betrokken zijn of deel uitmaken van een netwerk lijkt dit vrij ad hoc tot stand te komen. Voornamelijk de leefstijladviseurs hadden externe contacten; zij waren meer de spin in het web en meer naar buiten gericht. De diëtisten hadden gemiddeld de minste contacten naar buiten. Opvallend was dat sommige zorgverleners die weinig contacten hadden met bijvoorbeeld sportaanbod, dit bewust overlieten aan een van de collega's, bijvoorbeeld omdat deze collega toch al meer bekend was in de wijk. Zelf hielden ze zich voornamelijk met de deelnemers bezig. Het is niet duidelijk of dit negatieve gevolgen had voor de doorstroom van deelnemers.

### **3.3.4 ROS**

Van de regionale partijen was de ROS het meest in beeld. Op bijna alle locaties ondersteunde de ROS bij de opzet van de BeweegKuur en dan had dit ook meerwaarde. Niet alle betrokken zorgverleners van een locatie hadden contact met de ROS-adviseur. Uit de interviews is niet op te merken dat zorgverleners meer verwachten of hadden verwacht van de ROS.

### **3.3.5 Gemeente**

Over het algemeen hebben de locaties geen intensieve contacten met de gemeente. Op één locatie was de gemeente samen met de sportraad de kartrekker. De manier waarop de gemeente betrokken is bij de netwerken verschilt. Maar enkele zorgverleners weten of vinden dat de gemeente stimulerend werkt rond het thema, bijvoorbeeld door een sportstimuleringsproject en als er al contact is, is dit kwetsbaar. Sommige locaties maken gebruik van de gemeentelijke sociale kaart of van (sport)subsidies.

*“De ROS heeft ook de contacten met de gemeente gelegd. Toen is er vanuit de gemeente ook wel een overzicht gekomen met wat er dan aan sportgelegenheid en welke mensen kun je daarvoor benaderen. En zij zouden ook de contacten onderhouden met de sportaanbieders maar dat is ook nooit gebeurd.” (LSA)*

Het lijkt of de zorgverleners wel meerwaarde zien in een grotere rol voor de gemeente, voornamelijk in het inzichtelijk maken welke (financierings)mogelijkheden er zijn op het gebied van leefstijl, de coördinatie van samenhang hierin en het belang van leefstijl promoten.

## **4. Mogelijke oplossingen**

### **4.1 Mogelijke oplossingen bij belemmeringen interventie**

#### **4.1.1 Groepsaanbod**

Alle zorgverleners noemen het belang van groepsaanbod bij deelnemers. Begeleiding en bewegen in een groep motiveert en stimuleert de meeste mensen beter dan individueel. Ook kan het goed werken wat betreft de doorstroom naar sportaanbod in de wijk, omdat deelnemers niet alleen de stap hoeven zetten en de sportaanbieder vaak beter aanbod kan geven dan aan enkele individuele 'doorstromers'.

#### **4.1.2 Psychologische ondersteuning**

Bijna de helft van de zorgverleners zegt dat een psycholoog of coach een meerwaarde zou zijn in een interventie zoals de BeweegKuur. Zoals gezegd zijn er veel deelnemers met psychologische belemmeringen en een lage mate van zelfmanagement. De huidige zorgverleners zijn niet in staat om hier voldoende op in te spelen. In ernstige gevallen wordt een deelnemer wel doorgestuurd naar een psycholoog, maar een professional die zich binnen het programma bezig houdt met gedragsverandering wordt soms gemist.

*“Niet alleen hoe om te gaan met tegenslagen en stress, maar ook hoe leer je je gedrag te veranderen. Er zit meestal wat achter. En al zit er niets achter, mensen vinden het sowieso moeilijk om hun gedrag te veranderen.”* (diëtist)

Ook andere vormen van ondersteuning kunnen het zelfmanagement vergroten, zoals het inzetten van peers (beweegmaatjes die als ervaringsdeskundigen nieuwe deelnemers ondersteunen).

#### **4.1.3 Beter zicht op mogelijkheden financiering**

Zoals gezegd zijn de meeste locaties gestopt met het uitvoeren van de BeweegKuur of andere leefstijlinterventies doordat de primaire financiering van de interventie stopte. Er zou voor lokale partijen beter zicht moeten komen op mogelijkheden rond financiering van leefstijlbegeleiding of – interventies. De gemeente zou een duidelijk overzicht kunnen verschaffen van wat er vanuit de gemeente mogelijk is.

Daarnaast is het belangrijk om een gezamenlijke lobby vorm te geven naar de politiek en zorgverzekeraars.

### **4.2 Mogelijke oplossingen bij belemmeringen doorstroom zorg-sport**

#### **4.2.1 Groepsaanbod**

Zie hierboven voor toelichting.

#### **4.2.2 Buurtsportcoach /leefstijlmakelaar**

Voor veel deelnemers is een warme overdracht noodzakelijk om door te stromen naar lokaal sport/-beweegaanbod. Zorgverleners hebben hier vaak te weinig tijd of middelen voor. Een

buurtsportcoach of leefstijlmakelaar die bekend is in zowel de eerstelijnszorg als het sportaanbod kan mogelijk uitkomst bieden.

#### **4.2.3 Structureel (vervolg)aanbod buiten de zorg**

Op de locaties waar de doorstroom beter loopt dan elders, is een duidelijk aanbod voor uitstromende deelnemers/patiënten. Bijvoorbeeld in de vorm van vier keuzesporten waar zij eenmalig een gratis proefles kunnen nemen. Deelnemers weten aan het begin van het programma al wat er concreet plaatsvindt na het zorggedeelte, maken al in een vroeg stadium kennis met dit aanbod en kunnen zich voorbereiden op de volgende stap. Hierbij is de keuze niet te breed en stromen deelnemers/patiënten in groepsverband door. Ook een kennismaking al tijdens de begeleiding in de eerstelijnszorg met zowel de locatie als de beweegbegeleider buiten de zorg kan de eerste drempels wegnemen.

#### **4.2.4 Profilering geschikt sportaanbod**

Hoewel zorgverleners niet van mening zijn dat het lokale sportaanbod ongeschikt is voor de doelgroep, kan een zekere profilering van geschikt sportaanbod wel bijdragen aan de vindbaarheid vanuit de zorg. Sportaanbieders die aantonen aan te kunnen sluiten bij de 'wensen' en verwachtingen van zorgverleners en deelnemers zullen eerder in het oog springen. Dit kan de doorstroom verbeteren.

#### **4.2.5 Sociale kaart: actueel en gedetailleerd**

Op de meeste locaties is een sociale kaart aanwezig, maar zorgverleners twifelen aan de volledigheid en gedetailleerdheid hiervan. Een goede sociale kaart bevat ook de kleinere sportaanbieders en geeft informatie over tijden, mate van begeleiding, specialisaties van de begeleider(s) en de kosten. Ook zou er lokaal een persoon moeten zijn die de sociale kaart actueel kan houden. Bij een gezondheidscentrum waar de interviewer is geweest zit het actueel houden van de sociale kaart bijvoorbeeld in het takenpakket van een beleidsmedewerker van het gezondheidscentrum.

### **4.3 Mogelijke oplossingen belemmeringen netwerkvorming zorg/sport**

#### **4.3.1 Duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden**

Het is belangrijk om duidelijkheid te scheppen wat betreft de taken en verantwoordelijkheid van de zorgverleners, maar ook over wat er lokaal gebeurt op het gebied van leefstijl. Dit geldt voornamelijk voor de taken die buiten de reguliere contacturen liggen (bijvoorbeeld vanuit het protocol) en gaan bijvoorbeeld over de contacten met externe partijen en het zoeken van geschikt sportaanbod.

#### **4.3.2 Overkoepelende coördinatie op wijkniveau**

In lijn met een van de aanbevelingen het rapport 'Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn' is het wenselijk om lokaal één coördinator voor leefstijlbeïnvloeding aan te stellen binnen de gehele eerstelijnszorg. Deze overkoepelende coördinator kent en verbindt initiatieven en samenwerkingsverbanden op lokaal niveau. Dit zorgt voor een betere aansluiting en verbinding tussen initiatieven en stimuleert een integrale aanpak. Een voorbeeld is het organiseren van integrale ontmoetingen rond het thema sport en bewegen. De gemeente, GGD of de ROS zou deze taak op zich kunnen nemen.

## 5. Discussie en conclusies

Concluderend kan gezegd worden dat de zorgverleners in dit onderzoek het belang zien van gezondheidsbevordering en specifiek beweegstimulering. Geen van de zorgverleners gaf de indruk zich niet te willen inzetten voor een structuur om inactieve of chronisch zieke patiënten te begeleiden naar een gezondere leefstijl. Van het BeweegKuur-traject hebben de meeste zorgverleners geleerd, op verschillende gebieden. Enkele voorbeelden: ze hebben meer aandacht voor leefstijl, ze weten beter om te gaan met deze doelgroep, ze hebben positieve ervaringen opgedaan met groepsaanbod, Motivational Interviewing leren toepassen en hun weg beter gevonden in de wijk.

Wat dit enthousiasme heeft getemperd is aan de ene kant de tegenvallende resultaten bij deelnemers, zowel ten aanzien van gezondheidsaspecten als van de doorstroom van deelnemers. Daar bovenop kwam het feit dat de BeweegKuur niet in de basisverzekering werd opgenomen op het moment dat de investeringsfase min of meer ten einde was. Er was geen gelegenheid meer om de verwachte vruchten van de investering te plukken. Vervolgens moeten zorgverleners met de genoemde knelpunten en mogelijke oplossingen (opnieuw) een structuur vinden om dit thema goed voort te zetten. Wat hierbij opvalt is dat zij voornamelijk oplossingen zien bij zaken die momenteel buiten hun eigen bereik liggen (o.a. meer tijd nodig, meer financiering voor sportaanbod, hogere motivatie van deelnemers).

Het aantal zorgverleners dat is meegenomen in dit onderzoek is slechts een klein deel van het totale aantal en is daarom niet representatief. Wel zijn op het gebied van doorstroom en netwerkvorming zowel goedlopende als minder goed lopende locaties meegenomen, wat de uitspraken hierover versterkt.

Als de resultaten vergeleken worden met knelpunten uit het onderzoek onder sport- en beweegaanbieders (deel B van dit rapport) kunnen meerdere gelijkenissen getrokken worden tussen sportaanbieders en zorgverleners. Wat opvalt is dat het lijkt of beide partijen voornamelijk problemen noemen die buiten zichzelf liggen. Het grootste knelpunt bij de ervaren doorstroom van zorg naar sport dat door sportaanbieders wordt genoemd is het feit dat de eerstelijns het aanbod onvoldoende kent. Dit wordt door meerdere zorgverleners onderkend, maar wat uit het onderzoek naar zorgverleners opvalt, is dat zij *an sich* wel meer contact met en vooral kennis over sportaanbieders willen, maar dit niet als directe oplossing zien voor een slechte doorstroom. Ook het knelpunt van de matige doorstroom wordt gedeeld tussen sportaanbieders en zorgverleners. Vervolgens noemen sportaanbieders dat de eerstelijns onvoldoende waarde toekent aan het belang van lichaamsbeweging. Dit wordt op basis van dit onderzoek onder zorgverleners niet bevestigd. Wel kan gezegd worden dat het per zorgverlener verschilt in hoeverre zij zich verantwoordelijk voelen voor het gedrag van deelnemers, en zo ook waar de grens van hun inspanningen ligt. De kosten voor sport en bewegen is een groot gedeeld knelpunt, ook zorgverleners lopen er tegenaan dat hun eigen aanbod vaak niet (meer) wordt gefinancierd. Het beeld dat zorgverleners (fysiotherapeuten) graag hun eigen portemonnee willen vullen en deelnemers bij zich houden is niet naar voren gekomen. Toch is het volgens de zorgverleners wel vaak een wens van de deelnemer om in de vertrouwde praktijk van de fysiotherapeut te blijven bewegen.

De genoemde oplossingen in het onderzoek naar sport- en beweegaanbieders komen vrijwel allemaal terug in die van het voorliggende onderzoek. Ze betreffen financiering voor

beweging door specifieke doelgroepen, de verbinding tussen zorg en sport stimuleren door middel van een makelaar (buurtsportcoach) en een structureel netwerk waar men elkaar vindt, meer aandacht voor leefstijl bij huisartsen, een goede sociale kaart en verbetering van het sportaanbod.

Uit de onderzoeken onder zorgverleners en sport- en beweegaanbieders blijkt dat de bereidheid om te werken aan beweegstimulering er bij beide sectoren duidelijk is en in beide sectoren dezelfde soort knelpunten ervaren worden. Het valt op dat de behoefte aan contact met de andere sector bij de sportaanbieders hoger ligt dan bij de zorgverleners. Op basis van de interviews met zorgverleners is het idee ontstaan dat de meesten redeneren vanuit de gedachte 'als de doorstroom (of motivatie van deelnemers) tegenvalt, dan heb ik ook geen redenen om de contacten met sportaanbod warm te houden'. Oftewel, ze zien de versterkte contacten met sportaanbod niet direct als oplossing voor slechte doorstroom. De vraag is waar de oplossing ligt, omdat het ontbreken van contact ook een oorzaak kan zijn van de slechte doorstroom.

Het elkaar weten te vinden, elkaar kennen en vertrouwen is een belangrijke stimulans om de verbinding te krijgen. Binnen het zorgnetwerk is dit op de meeste plaatsen ontstaan. Hieruit zou geleerd kunnen worden voor wat betreft het lokale netwerk, waar ook vertegenwoordigers van buiten de zorg een rol in kunnen hebben.

## 6. Aanbevelingen

Vanuit de genoemde mogelijke oplossingen volgen hieronder de belangrijkste aanbevelingen voor NISB met oog op de ambities 'Sport en Gezondheid' en/of 'Maatschappelijke waarde van Sportaanbieders'.

- Blijven inzetten op de contacten tussen zorg en sport door NISB, regionale partijen en vooral door lokale overkoepelende partijen zoals gemeente of GGD. Dit kan deels door het stimuleren van lokale samenwerkingsverbanden, maar daarbij is ook belangrijk dat het niet bij kennismaking blijft. Een voorbeeld is de locatie waar gezamenlijk een aanbod is gecreëerd bij drie sportaanbieders. Er werd ingezoomd op een deel van het totale sportaanbod, waarmee concrete afspraken en actiepunten worden gemaakt. Zo zijn warme contacten ontstaan en verwijst men eerder door.
- Wat bij bovenstaande aanbeveling aansluit is het inzetten op profilering van sportaanbieders die geschikt aanbod hebben. Dit kan worden opgepakt door NISB in samenwerking met sportbonden en koepels. Het sluit aan bij de aanbeveling op basis van het onderzoek onder sportaanbieders (deel B van rapport) die pleit voor meer aandacht voor deskundigheidsbevordering van sportaanbieders en de kwaliteit vastleggen in een registratiesysteem. Zorgverleners kunnen zo hun tijd en energie inzetten op sportaanbod dat aantoonbaar kennis heeft over en aanbod heeft voor de doelgroep. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen met de BeweegKuur Instructeur. Wel moet geleerd worden uit het feit dat in dit onderzoek de BeweegKuur Instructeur bij de meeste zorgverleners niet bekend was.
- Ook is het waardevol om (potentiële) deelnemers te betrekken bij de vraag wat geschikt sportaanbod is en welke randvoorwaarden door hen gewenst zijn, zoals manier van begeleiden.
- De manier waarop de kennismaking met sportaanbod gebeurt, behoeft aandacht. NISB kan hierover kennis verzamelen en verspreiden. Voor deelnemers is eerdere kennismaking met het sportaanbod, de begeleider en de sportlocatie een stimulans voor doorstroom. Het lijkt of deelnemers die al in een vroeg stadium kennismaken met vervolgaanbod, weten wat hen te wachten staat en niet in een gat vallen na de begeleiding in de zorg. Daarnaast zouden andere vormen van warme overdracht door NISB kunnen worden onderzocht. Een voorbeeld is het aanstellen van een beweegbuddy, een persoon die (positieve) ervaring heeft met gedragsverandering en de deelnemer begeleidt bij het proces (peer-support). Lokale partijen zoals de gemeente of GGD kunnen hieraan bijdragen door randvoorwaarden te scheppen, zodat zorgverleners en sportaanbieders elkaar vinden en eerder komen tot concrete afspraken.
- NISB kan meer inzetten op onderzoek naar de manier waarop wordt doorverwezen. Uit dit onderzoek blijkt dat dit op verschillende manieren wordt opgepakt. Op welke manier gebeurt goede doorverwijzing? In hoeverre pakken zorgverleners door als de motivatie van deelnemers laag blijkt? Is warme overdracht of een duidelijk vervolgaanbod de enige manier om doorstroom voor elkaar te krijgen?
- De eigen rolonduidelijkheid bij zorgverleners rond verbinding zorg/sport zou NISB kunnen verkleinen door taken, verantwoordelijkheden en ureninschatting die hier bij horen voor zorgverleners gedetailleerder in kaart te brengen. Bijvoorbeeld door een stappenplan. Dit zal voor zorgverleners duidelijker maken welke taken er gedaan moeten worden om tot een goede doorstroom te komen, welke investering dit kost,

maar ook wat dit kan opleveren. Zo kunnen zij hier binnen hun netwerk concretere afspraken over maken.

- NISB zou meer kennis kunnen verspreiden over de meest geschikte vorm van sportaanbod voor deze doelgroepen. In dit onderzoek komt sterk naar voren dat groepsvorming motiveert. Plezier en persoonlijke aandacht staan voorop bij bewegen. Het lijkt of doorstromen in een groep naar 'kant-en-klaar' aangepast aanbod beter werkt dan individueel uitzoeken welk sportaanbod bij de deelnemer past.
- Diepgaander (laten) onderzoeken op welke manier de deelnemers kunnen worden gemotiveerd tot gedragsverandering en hoe psychologische blokkades kunnen worden weggenomen. Met name de kant van de deelnemers wordt nog onvoldoende helder in deze en voorgaande onderzoeken. Wat motiveert inactieve mensen? Is dit überhaupt mogelijk bij bepaalde doelgroepen? Op welke manier kan de zorg hen beter begeleiden? Klopt de visie van zorgverleners dat meer psychologische hulp rond gedragsverandering een oplossing kan zijn?
- NISB, maar vooral lokale partijen zouden kunnen inzetten op overkoepelende lokale coördinatie rond leefstijl en/of sport en bewegen. Een voorbeeld is de gemeente of GGD (nog) bewust(er) maken van de behoefte hieraan en hun rol daarbij.
- NISB dient de focus te moeten blijven houden op mogelijkheden rond financiering van leefstijlinterventies, begeleiden van deelnemers en sportaanbod en kennis hierover verspreiden. Financiering blijft een belangrijke randvoorwaarde om het bovenstaande voor elkaar te krijgen.



## **Deel B. Beweegaanbieders en de BeweegKuur**

Een analyse van knelpunten en behoeften ten aanzien van de doorstroom van cliënten uit de BeweegKuur van de zorg- naar de sport- en beweegsector

Stefan Wigger  
December 2012

## Samenvatting

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor mensen met een gedefinieerd gewichtgerelaeerd gezondheidsrisico. Een van de pijlers van de BeweegKuur is dat blijvende gedragsverandering beter gerelaliseerd kan worden als deelnemers vanuit de zorg doorstromen naar het lokale beweegaanbod. Om deze doorstroom goed tot stand te laten komen, is het de bedoeling dat netwerken op lokaal niveau worden gevormd, waar zorgprofessionals en beweegaanbieders onderdeel van zijn. Dit komt de samenwerking tussen beide sectoren ten goede. Verschillende onderzoeken hebben echter laten zien dat de doorstroom van GLI-deelnemers vanuit de zorg naar het lokale beweeg- en sportaanbod niet optimaal verloopt.

Het probleem van een suboptimale doorstroom kan worden onderzocht op drie niveaus: zorgverlener, deelnemer en beweegaanbieder. In dit deel van het rapport worden de knelpunten en mogelijke oplossingen inzake deze doorstroom beschreven vanuit het perspectief van de beweegaanbieder. Daartoe zijn 25 gesprekken gevoerd met beweegaanbieders uit verschillende branches die beweegactiviteiten aanbieden waar de doelgroep senioren en/of chronisch zieken relatief veel gebruik van (kan) maken: zwembaden, sportscholen/fitnesscentra, judo, wandelen en welzijnswerk. Een aantal beweegaanbieders had de opleiding tot Beweegkuurinstructeur gevolgd.

De (over het algemeen zeer enthousiaste en betrokken) beweegaanbieders ervaren verschillende knelpunten bij de doorstroom van mensen die participeren in de gecombineerde leefstijlinterventie. In totaal zijn 29 verschillende knelpunten benoemd. Veel knelpunten houden verband met elkaar en/of vertonen onderlinge gelijkenis. Als deze knelpunten worden geclusterd, dan kunnen de knelpunten terug gebracht worden tot vier hoofdthema's: 'contact & communicatie', 'financiën', 'kwaliteit' en 'tijd'.

Op de vraag aan de beweegaanbieders welke behoefte zij hebben om deze knelpunten op te lossen werden 27 oplossingen genoemd, met zes hoofdthema's: 'financiering', 'verbinding/contact/netwerk', 'communicatie', 'sociale kaart', 'stimuleren gezonde leefstijl' en 'deskundigheid sportaanbieder'. De oplossingen worden in relatief veel gevallen buiten het eigen perspectief gezien. De hoofdthema's zijn nader uitgewerkt en geconcretiseerd. Oplossingen zijn verder onderverdeeld naar het niveau waarop ze ter hand kunnen worden genomen: landelijk, regionaal/lokaal en individueel. De oplossingen die op het individuele niveau liggen van de beweegaanbieders zelf zijn in een tweede fase door de beweegaanbieders beoordeeld op kansrijkheid en het zelf willen gaan toepassen. Als mogelijke oplossingen worden het vaakst genoemd het tijdens (bijscholings-) bijeenkomsten van huisartsen laten zien wat sportaanbieders deelnemers te bieden hebben, en het optimaliseren van de deskundigheid van beweegaanbieders in het algemeen. Voor zichzelf denken beweegaanbieders het vaakst de cliënt als uithangbord te gebruiken richting de huisarts, en te zorgen dat hun eigen aanbod goed bijgehouden wordt op de sociale kaart.

Suboptimale doorstroom van cliënten van zorg naar sport/bewegen kent vele facetten. Om de doorstroom te verbeteren dient een multifactoriële aanpak gehanteerd te worden, zowel op landelijk, lokaal als individueel niveau. Omdat het voor een aantal oplossingen lastig is een probleemeigenaar te definiëren, zal het in veel gevallen afhangen van de betrokkenheid, compassie en rolopvattingen van individuele spelers en partijen of bepaalde oplossingen

daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden. Dit sluit aan bij de netwerkbenadering die door NISB bij de BeweegKuur is toegepast. Landelijke implementatie van de BeweegKuur of een andere GLI, zal echter uiteindelijk pas succesvol kunnen zijn als op lokaal niveau maatwerk wordt toegepast door goed te kijken welke mensen en/of organisaties welke rol op zich kunnen nemen. Het is hiervoor noodzakelijk gezamenlijk over de grenzen van de eigen organisatie en discipline heen te kijken en te bepalen met welke aanpak de cliënt het beste gediend is.

## 1. Inleiding

Diabetes is in Nederland een groot volksgezondheidprobleem. Anno 2012 telt Nederland ruim één miljoen mensen met diabetes. Elke dag komen daar tweehonderd mensen bij. Door de vergrijzing en het toenemend aantal mensen met overgewicht, kan het aantal mensen met diabetes in 2025 verdubbeld zijn ten opzichte van nu. Momenteel hebben minimaal vijf miljoen Nederlanders overgewicht en/of zijn lichamelijk inactief, waardoor zij een verhoogd risico op diabetes hebben. Daarnaast heeft bijna een miljoen mensen van zestig jaar en ouder een voorstadium van diabetes en weten tussen 100.000 en 300.000 mensen niet dat ze diabetes hebben. Ongeveer 50% van de mensen met diabetes type 2 voldoet aan de beweegnorm (gedurende minimaal vijf dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen) en heeft 13,5% een inactieve leefstijl. Voldoende bewegen is goed voor iedereen. Voor mensen met diabetes en mensen met een hoog risico om diabetes binnen afzienbare tijd te ontwikkelen, is voldoende lichaamsbeweging van extra preventieve waarde.

De diabetesepidemie werd door het Ministerie van VWS enige jaren geleden al onderkent. Het was voormalig minister Klink (VWS) die in 2006 het sein gaf om 'De BeweegKuur' te ontwikkelen. Met subsidie van VWS is sinds 2007 gewerkt aan de ontwikkeling van een minimale interventie strategie voor bewegingsstimulering, wat uiteindelijk de naam BeweegKuur kreeg. Bij de start van deze pilot was het de bedoeling om (bij succes) de interventie op te nemen in de basiszorgverzekering. Dat idee is echter in 2011 door Minister Schippers helaas verlaten, waardoor het (voorsnog) geen verzekerde zorg is.

Het doel van de BeweegKuur was om mensen met (een hoog risico op) diabetes vanuit de eerste lijn te begeleiden naar een actieve(re) leefstijl. De huisarts selecteerde de cliënten die in aanmerking kwamen voor deelname; deze kregen een leefstijladvies van de leefstijladviseur (vaak de praktijkondersteuner / POH'er bij een huisarts), kregen voedingsadvies van een diëtiste, ondergingen een fitheidstest en volgden gedurende een aantal maanden een bewegingsprogramma op maat bij de fysiotherapeut. De gedachte was dat mensen na afloop van dit bewegingsprogramma bij de fysiotherapeut door zouden stromen naar het reguliere sport- en beweegaanbod. Deze doorstroom lijkt echter niet optimaal te verlopen. In augustus 2012 is NISB gestart met een kwalitatief onderzoek onder sport- en beweegprofessionals om de grootste knelpunten van deze matige doorstroom bloot te leggen en vast te stellen welke behoefte zij hebben aan kennis dan wel ondersteuning om die doorstroming beter te laten verlopen.

In dit rapport wordt eerst beschreven wat er over de doorstroom van zorg naar sport bekend is uit andere studies. Daarna wordt in hoofdstuk 3 de onderzoeksmethode beschreven. In hoofdstuk 4 en 5 worden respectievelijk de resultaten (de knelpunten van de matige doorstroom) en de oplossingen daartoe beschreven. In hoofdstuk 6 is aandacht voor discussie over een aantal dilemma's en aansluitend in hoofdstuk 7 worden conclusies en aanbevelingen beschreven.

## Resultaten uit andere studies

Er is al veel onderzoek verricht in het kader van de BeweegKuur, waarbij in sommige studies ook is gekeken naar de doorstroom vanuit de zorg naar de sport- en bewegesector. Zo heeft onderzoek door den Hartog (1) van Wageningen Universiteit uitgewezen dat de doorstroom van deelnemers naar de sport- en bewegesector gering is, zelfs als er passend aanbod is. Dat betekent dat het aanbod niet vanzelf haar weg naar gebruikers vindt. Wat opvalt bij een goede doorstroom, is dat er vaak sprake van warme en persoonlijke overdracht, en er een goede relatie bestaat tussen een gesubsidieerd beweegaanbod en ondersteuning vanuit de gemeente of het welzijnswerk.

Lieke Raaijmakers (2) van Universiteit Maastricht voerde in het najaar van 2011 een onderzoek uit onder zorgverleners. Hoewel NISB netwerkvorming als belangrijkste middel heeft gekozen om zorg en sport meer met elkaar te verbinden, bleek uit het onderzoek dat slechts in een derde van de lokale netwerken waarin de zorgprofessional participeerden, de beweegaanbieders ook deel uitmaakten van zo'n netwerk. Iets meer dan een derde van de ondervraagde zorgprofessionals was tevreden met de kwaliteit van het beweegaanbod. Ook vond men de kwantiteit van het aanbod niet altijd voldoende. De conclusie van de onderzoekers was dat de doorstroom tussen en zorg en sport niet optimaal verliep en dat er een betere en intensievere samenwerking tussen beide sectoren zou moeten komen om deze goed te laten verlopen.

## 2. Methode

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen welke knelpunten beweegaanbieders ervaren bij de doorstroom van deelnemers die participeren in de BeweegKuur dan wel andere GLI, en welke oplossingen zij zien om deze doorstroom te optimaliseren; welke behoefte leeft er bij de beweegaanbieders op dit punt. Om antwoord hierop te krijgen is een kwalitatief onderzoek gestart.

In september 2012 is een aantal beweegaanbieders benaderd met het verzoek om mee te werken aan een interview. Vier sportbonden/koepels (Judo Bond Nederland (JBN), Nationaal Platform Zwembaden (NPZ), Fit!vak en The Walking Company) hebben daartoe een aantal van hun leden benaderd die in het verleden betrokken zijn geweest bij de BeweegKuur. De mensen die mee wilden doen (n=18) zijn door NISB vervolgens via e-mail benaderd. Een vijfde partij, de sportbond KNGU, was ook gevraagd om leden te werven voor deelname aan het onderzoek. Geen enkel lid daarvan wilde echter deelnemen. De reden daartoe is enigszins onduidelijk, maar lijkt te liggen in teleurstelling in de rol die deze beweegaanbieders hebben gekregen/ervaren in de BeweegKuur.

Naast de achttien leden van de koepels/sportbonden zijn elf beweegaanbieders rechtstreeks benaderd door NISB met de vraag of ze wilden meewerken aan een onderzoek op het gebied van de doorstroom bij der BeweegKuur. Vier mensen wilden niet meewerken met als reden dat ze eigenlijk niets met de BeweegKuur hadden gedaan. De overige zeven beweegaanbieders werkten bij een welzijnsorganisatie (n=2), hadden een rol bij een intermediaire organisatie (n=2) of hadden de opleiding voor BeweegKuurinstructeur (n=3) gevolgd. De drie mensen die de opleiding voor Beweegkuurinstructeur hadden gevolgd waren nu onder andere wandelinstructeur. Niet alle geïnterviewden woonden/werkten in een gemeente met een BeweegKuurlocatie. Dat was geen voorwaarde; het gesprek werd breder ingestoken en was ook bedoeld om bijv. informatie te verkrijgen over wervingsmethoden van de beweegaanbieders voor reguliere cliënten.

In totaal is met 25 beweegaanbieders een afspraak gemaakt voor een interview. Het interview vond plaats bij de beweegaanbieder thuis of op diens werkplek en vond semigestructureerd plaats; Er werd gebruik gemaakt van een lijst met bespreekpunten, maar deze werd meestal pas aan het einde van het gesprek bekeken om te achterhalen of er nog punten waren die tijdens het gesprek onbesproken zijn gebleven.

Er zijn drie judo-instructeurs geïnterviewd. Deze groep verschilt van de andere beweegaanbieders, omdat zij het project 'Fit Veilig Valbreken', een interventie die eigenlijk op zichzelf staat. In dit (op zich uiterst zinvol) project leren 55+ers hoe zij veilig kunnen vallen om op die manier botbreuken te voorkomen. Dit is echter een serie van 6 weken en het gaat hier niet om duurzaam bewegen. Een groot deel van de organisatie van het project door de Judobond Nederland uitgevoerd, terwijl andere beweegaanbieders zelf de contacten probeerden aan te gaan met zorgverleners.

Aan het eind van elk gesprek werd de geïnterviewde gevraagd een top 5 te benoemen van wat volgens hen de belangrijkste knelpunten zijn ten aanzien van de matige doorstroom BeweegKuurdeelnemers van de zorg- naar de sport- en beweegsector. Ook werd hen gevraagd oplossingen te benoemen voor de genoemde knelpunten. Op die manier werd getracht te achterhalen wat de behoefte is aan ondersteuning dan wel kennis van de sport-

en beweegaanbieders. De gesprekken werden opgenomen op band. De opnames werden gebruikt om korte gespreksverslagen te maken. Deze werden de geïnterviewden toegestuurd met de vraag het verslag te lezen en deze van feedback te voorzien, door het aan te vullen, te corrigeren en te specificeren daar waar dat mogelijk was. Ook werd de geïnterviewde gevraagd nogmaals goed na te denken welke behoefte er is aan ondersteuning en kennis. Tot slot werd een aantal vragen gesteld betreffende de ontwikkeling van een handboek / leidraad op verzoek van een NISB-collega.

Zowel de knelpunten als de oplossingen zijn in een tabel gezet (zie bijlagen) en later geclusterd tot een aantal hoofdthema's. Voor de oplossingen is een concretiseringslag gemaakt. Dat betekent dat de onderzoeker getracht heeft (op basis van de input van de beweegaanbieders) oplossingen aan te dragen die concreet, realistisch en uitvoerbaar zijn. De oplossingen zijn daarnaast beschreven op drie niveaus: landelijk, lokaal en individueel.

De oplossingen die op het niveau van de beweegaanbieders liggen zijn vervolgens nog een keer voorgelegd aan de beweegaanbieders via het online enquête-systeem SurveyMonkey, met drie vragen: of de beweegaanbieders

- Konden aangeven in welke mate zij denken dat de beschreven oplossing de matige doorstroom kan bevorderen.
- In welke mate zij de oplossing zelf zouden gaan toepassen.
- Wat de randvoorwaarden daartoe zouden zijn (tijd, geld, kennis, ondersteuning etc.).

### 3. Resultaten: knelpunten

In totaal zijn 25 gesprekken gevoerd. Twee gesprekken vonden plaats met twee personen. De geïnterviewden noemden 29 knelpunten en 27 oplossingen/behoefte. De genoemde knelpunten en oplossingen/behoefte zijn in een tabel gezet. Deze tabellen zijn terug te vinden in bijlage A en B.

De top vijf (in volgorde van belangrijkheid) van meest genoemde knelpunten zijn:

- De eerstelijns kent het beweegaanbod en/of hun aanbieders (en dus ook de kwaliteiten) onvoldoende (er is geen beweegmakelaar).
- De doorverwijzing vanuit de eerstelijns naar lokale sport- en beweegaanbieders is matig. Of ze verwijzen helemaal niet, of de aard van de verwijzing is niet sturend genoeg. Niet doorsturen (vanuit de fysiotherapeut) is ook vaak een financiële kwestie.
- De eerstelijns kent onvoldoende waarde toe aan het belang van lichaamsbeweging / Er is een mindset nodig, van ZZ-denken naar GG-denken.
- De kwaliteit van het beweeg/sportaanbod is onvoldoende.
- Het beweegaanbod door beweegaanbieders wordt niet gefinancierd door zorgverzekeraars; het aanbod door zorgprofessionals wel. Het is oneerlijke concurrentie.

De nummer één uit de top vijf (De eerstelijns kent het beweegaanbod en/of hun aanbieders (en dus ook de kwaliteiten onvoldoende) is door achttien mensen genoemd, waarvan tien mensen dit het belangrijkste knelpunt vinden. Het tweede knelpunt (Doorverwijzing vanuit eerstelijns naar lokale sport- en beweegaanbieders is matig), is door dertien mensen genoemd, waarvan vier mensen dit het grootste knelpunt beschouwen. De nummer drie van belangrijkste knelpunten (De eerstelijns kent onvoldoende waarde toe aan het belang van lichaamsbeweging) is in totaal maar door drie mensen genoemd, en twee geïnterviewden vonden dit het grootste knelpunt: Het verminderen van de (gemeentelijke) subsidie voor lokale beweegactiviteiten of een dreiging daartoe. De overige knelpunten werden telkens maar door één persoon genoemd. Een groot aantal knelpunten lijkt op elkaar, of houdt op zijn minst verband met elkaar.

Als een aantal knelpunten wordt gegroepeerd, dan is het mogelijk een groot deel van de knelpunten terug te voeren op vier hoofdthema's:

- Contact & Communicatie
- Financiën
- Kwaliteit
- Tijd

Hieronder worden deze vier hoofdthema's verder toegelicht. Daar zal uit blijken dat veel hoofdthema's (niet geheel onlogisch) onderlinge verbanden hebben. De matige doorstroom van de zorg- naar de sport- en beweegsector is niet terug te voeren op één knelpunt of probleem. Er zijn meerdere knelpunten die onderlinge samenhang vertonen en dus kan gesteld worden dat het een multifactorieel probleem is. Dat betekent ook dat er niet één oplossing bestaat, maar dat deze eerder multifactorieel van aard is; er zal op verschillende niveaus, door verschillende mensen/organisaties aan verschillende touwtjes getrokken moeten worden om duurzaam tot verbetering te komen.



De online enquête is door 19 van de 25 respondenten (deels) ingevuld. Bij één beweegaanbieder blokkeerde het systeem na een paar vragen en was hij niet in staat de resterende vragen te beantwoorden. Om de respons zo hoog mogelijk te krijgen zijn er twee herinneringsmailtjes gestuurd. Van één beweegaanbieder was het e-mailadres fout ingevoerd. Er zijn toch 25 respondenten, omdat bij twee gesprekken er twee personen aanwezig waren, waarvan één persoon mee heeft gedaan aan de enquête. In principe wordt in het rapport uitgegaan van 18 respondenten, tenzij anders genoemd

### **3.1 Contact**

Onbekend maakt onbemind. Volgens een groot deel van de beweegaanbieders kennen de twee beroepsgroepen elkaar niet (goed) en weten ze niet of onvoldoende wat ze aan elkaar zouden kunnen hebben. Mogelijk hebben zorgverleners ook een bepaald beeld van de beweegaanbieders. Een groot deel van de beweegaanbieders heeft geprobeerd om contact te krijgen met de zorgprofessionals uit de eerste lijn; er zijn brieven of e-mails gestuurd naar huisartsen, de doktersassistent, de POH-er en de fysiotherapeut om (nader) kennis te maken, te vertellen wat ze te bieden hebben en om te vragen om samen te werken. Indien bellen ook niet altijd leidde tot een fysiek contact (te druk, niet aanwezig etc.), zijn sommige beweegaanbieders gewoon met een setje folders onder de arm de praktijk in gelopen om contact te krijgen.

De meeste beweegaanbieders zeggen dat het 'hard trekken' is om contact te krijgen met de eerstelijns. Over het algemeen lukt het met fysiotherapeuten het beste om contact te krijgen en met huisartsen het minst goed. Een groot aantal beweegaanbieders probeert er zijn/haar beste beentje voor te zetten om contact te krijgen omdat ze veronderstellen dat bij deze zorgprofessionals veel mensen komen die baat zouden hebben bij het beweegprogramma dat zij aanbieden. Velen hebben de zorgprofessionals aangeboden om een keer te komen kijken of mee te doen met de beweegactiviteit. De beweegaanbieders hebben in veel gevallen meerdere pogingen ondernomen om een goed contact te krijgen, maar omdat het meestal niet leidde tot de gewenste samenwerking, is in veel gevallen de moedeloosheid toegeslagen. Beweegaanbieders realiseren zich dat zorgprofessionals het druk hebben; het is dan moeilijk om overdag een beweegactiviteit bij te wonen, 's avonds zou dit dan in eigen tijd moeten gebeuren. En dat maakt het allemaal gewoon wat lastiger.

Sommige beweegaanbieders meldden dat het na verloop van tijd wel was gelukt om een relatie op te bouwen met zorgprofessionals, maar dat dit wel een kwestie is van een lange adem hebben. Eerst moet er flink geïnvesteerd worden, in tijd, maar ook in kwaliteit (zie ook 4.4). Voor beweegaanbieders zoals sportcentra of zwembaden is zoiets nog te doen, omdat ze daar menskracht voor zouden kunnen vrijmaken; voor wandelbegeleiders of judo-instructeurs ligt dat anders. Zij moeten alles in hun eentje doen en hebben (relatief) minder tijd tot hun beschikking om alle extra activiteiten uit te voeren naast het feitelijke beweegprogramma.

Een aantal beweegaanbieders zegt dat positieve feedback van hun cliënten naar de zorgprofessional erg kan helpen. Na een aantal positieve geluiden van patiënten over een beweegaanbieder kan de zorgverlener na verloop van tijd een beter beeld/gevoel krijgen bij

de desbetreffende beweegaanbieder, waardoor er eerder een relatie kan worden opgebouwd.

Kortom, er is veelal geen sprake van onwil of het ontbreken van ondernemerschap bij de beweegaanbieders. Wel zou het zo kunnen zijn dat de insteek van de beweegaanbieders bij het eerste contact met zorgprofessionals niet aansluit bij de behoefte van deze. Of dat inderdaad zo is zal nader moeten worden onderzocht.

### **3.1.1 Huisarts / POH**

Van de huisarts wordt bijna nooit een respons gekregen op een brief of email van de beweegaanbieder, terwijl de beweegaanbieders verwachtten dat juist deze beroepsgroep veel potentiële beweegcliënten ziet en geïnteresseerd zou kunnen zijn in samenwerking. De ervaring heeft geleerd dat een POH-er vaker reageert op een verzoek tot kennismaking en eerder bereid is om een gesprek met de beweegaanbieder aan te gaan, zeker als de POH-er ook nog eens de functie heeft van leefstijladviseur. Indien de beweegaanbieder een folder meeneemt, dan mag deze meestal wel in het folderrek in de wachtkamer worden geplaatst. De POH-er zegt vaak van plan te zijn om potentiële beweegcliënten door te sturen, maar in de praktijk blijkt dit dan vervolgens tegen te vallen. Het is echter goed mogelijk dat er wel degelijk wordt doorverwezen, maar dat de cliënt niets doet met dit advies. Daarnaast lijkt het er niet op dat beweegaanbieders in het gesprek met de POH-er concrete afspraken maakt:

- Wordt het gesprek nabesproken met de huisarts, zodat deze ook geïnformeerd is?
- Stelt de POH-er het op prijs om na een bepaalde periode terugkoppeling te krijgen van de beweegaanbieder nadat een cliënt is doorverwezen?
- Neemt de POH-er (of de doktersassistent) contact op met de beweegaanbieder, indien de folders op zijn?
- Kan de POH-er een schakel zijn naar andere POH-ers, door bijv. een mail te sturen waarin wordt verteld wat de beweegaanbieder voor hen kan betekenen en binnenkort contact opneemt?

Een aantal beweegaanbieders merkte op dat indien de POH-er ook een leefstijladviseur is, deze niet altijd tijd mocht besteden aan cliënten van andere praktijken (die niet meededen met de BeweegKuur). Ook kan het voorkomen dat de POH-er zelf erg enthousiast is om samen te werken, maar dat de huisarts paal en perk stelt aan die samenwerking, bijvoorbeeld door een beperkt aantal uren hiervoor ter beschikking te stellen, waardoor de samenwerking onvoldoende van de grond komt.

### **3.1.2 Fysiotherapeut**

Het contact met de fysiotherapeut verloopt doorgaans wat soepeler. Ook is de fysiotherapeut eerder bereid om kennis te maken met de beweegaanbieder. Mogelijk komt dat omdat hij een soortgelijk (beweeg)aanbod heeft en hij benieuwd is of het aanbod van de beweegaanbieder gelijk is of aanvullend kan zijn. Indien de fysiotherapeut de leefstijladviseur is, dan is de ervaring dat de doorverwijzing redelijk soepel verloopt. Indien dat niet het geval is, vindt doorverwijzing veel minder plaats. Fysiotherapeuten lijken ook meer dan de POH-er bereid te zijn om een les van de beweegaanbieder bij te wonen. Hier zal de nieuwsgierigheid naar het beweegaanbod een rol spelen. Eén beweegaanbieder merkte op dat een

fysiotherapeut die deelnam aan de beweegactiviteit dit als een soort van bijscholing zag, omdat deze allerlei oefeningen leerde die hij later in de eigen praktijk kon toepassen.

Veel beweegaanbieders merkten op dat het niet doorverwijzen van cliënten van fysiotherapeut naar het lokale beweegaanbod, terug te voeren is op financiële overwegingen; de mensen die participeren in een GLI en een beweegaanbod volgen bij een fysiotherapeut, zouden na afloop van de eerste (gefinancierde) fase van de beweegactiviteit, een aanbod van de fysiotherapeut krijgen, om onder begeleiding van de fysiotherapeut en met hetzelfde groepje te blijven bewegen. Omdat de mensen dan blijven bewegen in een vertrouwde en veilige omgeving, met dezelfde mensen, kan dat voor een groot deel van de cliënten een aantrekkelijk aanbod zijn. Dat het dan mogelijk (veel) duurder is dan andere beweegactiviteiten in de buurt, lijkt dan geen of een minder belangrijke rol te spelen.

### **3.1.3 Tweede lijn**

In een klein aantal gevallen probeerden beweegaanbieders contacten te krijgen en onderhouden met de tweede lijn. Vaak was dit met een zorgloket, of met een obesitaspoli. De meeste beweegaanbieders die samenwerkten met de tweede lijn meldden dat het contact leggen op zich redelijk goed verliep, maar dat dit nog niet meteen leidde tot meer doorverwijzingen. De meeste patiënten (bijv. die een maagbandoperatie hadden ondergaan, of behandeld waren voor hartklachten) die een beweegaanbod kregen, kregen een beweegprogramma aangereikt bij de fysiotherapeut van het ziekenhuis (terwijl dat misschien wel op 15 kilometer rijden is van de woonplaats).

### **3.1.4 Netwerk**

Een aantal beweegaanbieders zei dat zij bekend waren met het bestaan van een netwerk rondom de BewegingKuur of de Gecombineerde Leefstijl Interventie. Sommigen waren ook uitgenodigd om aanwezig te zijn bij de eerste bijeenkomst van een GLI-netwerk, of werden na verloop van tijd uitgenodigd om te participeren. Hoewel men deelname aan dat netwerk zinvol vond, bleek niet dat daardoor de doorverwijzing automatisch goed verliep. Blijkbaar zijn er voor zorgprofessionals andere redenen om cliënten niet of beperkt door te sturen naar beweegaanbieders en is het kennen van elkaar niet een garantie voor doorverwijzing.

Volgens veel beweegaanbieders kan deelname aan een dergelijk netwerk wel de deur een beetje verder open zetten naar een (beter) contact met de zorgprofessionals. Bijna alle deelnemers zeggen echter (ondanks het feit dat een netwerk erg zinvol wordt gevonden) zelf niet het initiatief te willen of kunnen nemen om dit op te zetten. Gebrek aan tijd is dan een veel gehoord argument. Volgens een aantal beweegaanbieders zou dit bij uitstek een taak van de gemeente dan wel de GGD kunnen zijn. Zij kennen immers al veel spelers in het veld. Aan de andere kant wist een aantal beweegaanbieders überhaupt niet dat deze organisaties een ondersteunende rol zouden kunnen spelen. Ook de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) werd soms genoemd als organisatie om dit netwerk op te zetten of om beweegaanbieders uit te nodigen om aan te sluiten bij bestaande netwerken. Een klein aantal beweegaanbieders had echter nog nooit gehoord van een ROS.

Ten aanzien van netwerkvorming, maar ook op andere gebieden, had een deel van de beweegaanbieders behoefte aan hulp en ondersteuning. In eerste instantie verwachten de beweegaanbieders dit van de eigen bond of koepel (bij gebrek aan kennis van andere

mogelijkheden) maar deze boden niet altijd de hulp en steun die de mensen nodig hadden. Voor een aantal beweegaanbieders geldt dat ze niet weten waar en bij wie precies ze welke hulp en ondersteuning zouden kunnen krijgen.

### **3.1.5 Communicatie**

Het thema 'communicatie' hangt natuurlijk nauw samen met 'contact'. Zonder communicatie is er geen contact. Omdat beide beroepsgroepen elkaar niet goed kennen is de communicatie lastig. Ze spreken niet altijd elkaars taal en/of hebben bepaalde (mogelijk onterechte?) beelden en/of verwachtingen van elkaar. Beweegprofessionals proberen contact te krijgen met zorgprofessionals en proberen verschillende communicatiemiddelen om contact te krijgen: ze sturen e-mails, brieven, bellen op en stappen zo nu en dan zelfs gewoon de praktijk in. Maar omdat de respons vaak tegenvalt, vraagt een aantal beweegaanbieders zich af of ze wel de juiste middelen én/of de juiste argumenten gebruiken. Bij de beweegaanbieders is niet nagevraagd hoe ze precies het gesprek met een zorgverlener ingaan. Het is echter goed mogelijk dat ze hun aanbod proberen te slijten, en dat ze daarbij onvoldoende ingaan op wat de behoefte is van de zorgprofessional. Het zou dus kunnen dat de mogelijkheden en de insteek van een win-winsituatie te weinig worden benut.

Een deel van de beweegaanbieders zegt dat de informatieverstrekking / bekendheid vanuit de eigen organisatie/bedrijf beter kan. Het is de taak van de beweegaanbieders om aan zorgprofessionals duidelijk te maken welk aanbod ze hebben, welke kwaliteit zij bieden voor welke doelgroepen, waar zij meerwaarde hebben, dat er een win-winsituatie gerealiseerd kan worden indien er wordt samengewerkt etc. Een aantal beweegaanbieders geeft aan dat (naast het ontbreken van voldoende tijd en soms ook geld) zij niet altijd goed weten hoe ze dit het beste kunnen doen.

Ook lijken er soms andere uitgangspunten te bestaan tussen beide sectoren; zo is voor de sport- en beweegsector het bewegen/sporten vaak beschouwd als een doel op zich. Zorgprofessionals lijken het bewegen/sporten meer als een middel te zien (om andere (gezondheids)doelen te realiseren zoals betere gezondheid en kwaliteit van leven, weerbaarheid, verminderen sociaal isolement). De beweegaanbieders lijken zich dit niet altijd te realiseren, waardoor zij de plank mis kunnen slaan in de communicatie met zorgprofessionals.

Een aantal beweegaanbieders maakte effectief gebruik van social media (vooral facebook). De meesten gebruikten echter een folder om hun aanbod kenbaar te maken aan cliënten. In enkele gevallen werden advertenties in lokale weekblaadjes geplaatst. Persberichtjes (met bijv. de aankondiging van een nieuwe wandelgroep) voor lokale krantjes werden niet veel gestuurd.

Als laatste zegt een aantal beweegaanbieders dat een deel van de mensen die uit een BeweegKuur of een GLI komt, een lage intrinsieke motivatie heeft. Plezier en gezelligheid worden sowieso door de beweegaanbieders genoemd als belangrijkste reden voor veel mensen om mee te doen aan de bewegingsactiviteiten. Voor die mensen die nog niet zo ver zijn, vindt een aantal beweegaanbieders het lastig om hen gemotiveerd te houden. Het is voor sommige beweegaanbieders een nieuw soort doelgroep, die zij nog beter moeten leren kennen.

Het is in elk geval belangrijk om een bewegingsaanbod in groepsverband te hebben, waarbij het extra positief is als na de inspanning er bijv. een kop koffie wordt gedronken. Voor veel deelnemers uit de GLI kan de motivatie om met een beweegactiviteit te beginnen groter worden indien ze dit samen kunnen doen met een bekende. Een beweegaanbieder noemde een voorbeeld dat een dame met overgewicht na lang praten toch niet van start ging met een beweegactiviteit, omdat de vriendin waarmee ze dit samen ging doen verzekerd was bij een andere zorgverzekeraar die niet deelnam aan de pilot. De vriendin moest het volle pond betalen en dat maakt de drempel voor die persoon weer te hoog, waardoor de obese dame uiteindelijk ook niet kwam.

## **3.2 Financiën**

Ten aanzien van het thema 'financiën' bestaan er verschillende knelpunten die hieronder worden toegelicht. Een aantal beweegaanbieders die de cursus tot Beweegkuurinstructeur had gevolgd meldde dat deelnemers aan de cursus werden geworven met argumenten dat de beweegaanbieders bij deelname aan de BeweegKuur 'vanzelf' nieuwe klanten zouden krijgen (vanuit de zorg doorgestuurd) en dat daar vanuit de BeweegKuur ook financiën beschikbaar waren. Het was allemaal rooskleurig voorgesteld; de praktijk wees echter helaas anders uit.

### **3.2.1 Fysiotherapeuten: eigen ondernemers**

Volgens de beweegaanbieders verwijzen fysiotherapeuten niet of mondjesmaat door naar het lokale sport- en beweegaanbod; de fysiotherapeut houdt de deelnemers aan een BeweegKuur/GLI bij zich en zou dat volgens de beweegaanbieders doen om de eigen portemonnee te vullen. Dat is op zich niet vreemd, immers fysiotherapeuten zijn eigen ondernemers die moeten zorgen voor brood op de plank. Sinds een aantal jaren is fysiotherapie lang niet altijd verzekerde zorg. Er bestaan bovendien geen garanties dat dit daar (weer) onder zal vallen. De fysiotherapeut kijkt dus naar nieuwe mogelijkheden om zijn praktijk goed te laten draaien. Omdat veel fysiotherapeuten oefenzaaltjes hebben, is het geen onlogisch gedachte om deze zaaltjes efficiënter te benutten.

Fysiotherapeuten zijn vaak de eerste beweegaanbieder voor mensen die participeren in een GLI (na verwijzing van een huisarts). Het lijkt er op dat de deelnemers na de eerste kennismaking met een beweegprogramma (die bij de BeweegKuur veelal gratis was of waar tegen een klein bedrag gebruik van kon worden gemaakt) vaak een aanbod krijgen van de fysiotherapeut om na afloop van het programma in de fysiotherapiepraktijk te blijven bewegen. Voor de cliënten kan dat om verschillende redenen aantrekkelijk zijn: vertrouwde omgeving, bekendheid met andere cliënten, etc.

Veel beweegaanbieders vinden echter dat de fysiotherapeuten:

1. Primair zouden moeten doen waarvoor ze zijn opgeleid (problemen aan het bewegingsapparaat verhelpen);
2. Meer oog zouden moeten hebben voor de portemonnee van de deelnemer;
3. Meer zouden moeten streven naar een samenwerking met de beweegaanbieders (elkaar versterken en aanvullen) waardoor er een win-winsituatie kan ontstaan.

De beweegaanbieders zien immers ook veel mensen en kunnen cliënten met problemen aan het bewegingsapparaat weer terugverwijzen naar de fysiotherapeut. Zo blijven fysiotherapeuten primair zorgverleners (waar ze volgens een aantal beweegaanbieders primair voor zijn opgeleid) en kunnen ze doen waar ze sterk in zijn: het 1-op-1 begeleiden van mensen met problemen aan het bewegingsapparaat. Beweegaanbieders zouden (volgens eigen zeggen) beter in staat zijn om bewegingsactiviteiten met groepen uit te voeren.

Indien er voor een cliënt geen indicatie meer bestaat om bij een fysiotherapeut te bewegen, zou deze volgens een aantal beweegaanbieders beter af zijn bij een regulier beweegaanbod: het is veelal goedkoper, de beweegactiviteit is buiten én vindt niet plaats in een medische setting. Volgens de beweegaanbieders zouden cliënten dan beter af zijn.

### **3.2.2 Verzekerde zorg**

Een belangrijk (pijn)punt voor veel beweegaanbieders is dat een aantal beweegactiviteiten die fysiotherapeuten uitvoeren, vallen onder verzekerde zorg, terwijl beweegactiviteiten in de sport- en beweegsector daar niet onder geschaard kunnen worden. Sommige beweegaanbieders spreken hier van 'oneerlijke concurrentie'. Een aantal beweegaanbieders is bovendien van mening dat het aanbod wat zij bieden kwalitatief net zo goed is als dat van de fysiotherapeut en dat zij dat kunnen aanbieden tegen een lagere prijs.

Veel beweegaanbieders zeggen (niet geheel verwonderlijk) dat ze geen idee hebben hoe ze dit probleem zouden moeten aanpakken. De beweegaanbieders die werken bij een sportschool of zwembad zouden daar echter eerder iets mee willen en kunnen doen dan de beweegaanbieders met een eenmanszaak. Soms worden bij zwembaden en sportscholen al samen met zorgverzekeraars pilots uitgevoerd voor speciale doelgroepen. Zo voerde een sportschool een beweegpilot uit voor obese kinderen, gefinancierd door Menzis. Een zwembad kon twee projecten, één voor obese ouderen en één voor obese kinderen met korting laten deelnemen aan een beweegprogramma dat werd gefinancierd door Salland Verzekeringen. Projectmanagement van dergelijke pilots kan best een complex proces zijn. Het lijkt er echter op dat met de beste bedoeling van de beweegaanbieders het wiel telkens wordt uitgevonden. Er zijn immers collega-beweegaanbieders die in een soortgelijke situatie zitten en waar van elkaar geleerd zou kunnen worden. De koepels en sportbonden zouden bij dit soort projectmanagement-issues bij uitstek hun leden ondersteuning kunnen bieden. De beweegaanbieders ervaren hier echter geen of weinig ondersteuning van hun koepel. Het zou mooi zijn als dit punt op landelijk niveau (beter) wordt opgepakt, al dan niet in onderlinge samenwerking met andere koepels en sportbonden, NISB en andere stakeholders, zoals gezondheidsfondsen.

### **3.2.3 Subsidies**

Een aantal beweegaanbieders wordt mogelijk of is al geconfronteerd met het beëindigen van subsidies. Bij zwembaden kan het bijvoorbeeld gaan om een (instelling)subsidie van de gemeente. Het kan ook gaan om tijdelijke subsidies van bijvoorbeeld zorgverzekeraars, waardoor cliënten van die zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgen om met korting deel te nemen aan een bepaald beweegprogramma (zoals in 4.2.2 is beschreven). Eén beweegaanbieder had bijvoorbeeld met de zorgverzekeraar niet afgesproken onder welke condities het desbetreffende beweegprogramma

gecontinueerd mocht worden, indien de pilot succesvol zou blijken. Dan kan het zomaar zijn dat een project wordt opgetuigd, zonder dat duidelijk is dat het kan worden geborgd.

Een aantal beweegaanbieders zegt echter dat het korten van subsidies wel zou kunnen leiden tot meer ondernemersgeest bij beweegaanbieders. Een sportfondsenbad wordt immers ook gerund zonder gemeentelijke subsidie. Als het daar kan, dan zou je kunnen denken dat het elders ook kan. Het dwingt mensen echter meer tot het maken van afgewogen beslissingen.

Projectmanagement, acquisitie etc. zijn echter specifieke competenties, waar de beweegaanbieders niet altijd voor zijn opgeleid. Mogelijk ontbreekt het bij een aantal beweegaanbieders aan een aantal specifieke vaardigheden en competenties om daar effectiever mee om te gaan. Net als bij het hierboven genoemde knelpunt met betrekking tot verzekerde zorg is een aantal beweegaanbieders van mening dat de koepel/bond hier meer ondersteuning bij zou kunnen bieden. Dat betekent echter ook dat deze ondersteuning kenbaar moet worden gemaakt, en dat beweegaanbieders kennis moeten delen met elkaar en zelf ook meer de samenwerking kunnen opzoeken

### **3.3 Kwaliteit beweegaanbod**

Opvallend resultaat is de opmerking van een aantal beweegaanbieders dat de kwaliteit van het beweegaanbod niet altijd voldoende is. De geïnterviewde beweegaanbieders zelf waren goed geschoold en hadden relevante cursussen (bijv. Beweegkuurinstructeur) gevolgd om met specifieke groepen senioren/chronisch zieken om te gaan. Men was vaak van mening dat in de regio er een redelijk tot goed aanbod bestond voor mensen uit de BeweegKuur/GLI. De kwaliteit van dat aanbod laat volgens een aantal beweegaanbieders echter soms te wensen over. Dat leidde bij een aantal beweegaanbieders ook tot zorgen; het draagt immers niet bij aan een goed imago van de sector.

Een ander punt volgens één geïnterviewde beweegaanbieder, is dat sommige (ook gekwalificeerde) beweegaanbieders soms nog wel eens té voortvarend van start willen gaan met een cliënt en dat er niet altijd goed wordt gekeken naar de (fysieke) mogelijkheden en beperkingen van de deelnemer. Sommige GLI-deelnemers zijn niet gewend om te bewegen en moeten eerst weer leren motorisch vaardig te worden. Soms zou er té veel nadruk worden gelegd op vooruitgang, op het behalen van resultaat (bijv. het uitlopen van een wandeling van acht kilometer over drie maanden of vier kilo afvallen in twee maanden), terwijl er eigenlijk gewerkt zou moeten worden aan een goede (bewegings)basis. Kortom, er zou wat meer op maat gewerkt kunnen worden, waardoor de kans op duurzaam bewegen groter wordt.

In het kader van kwaliteit kan ook opgemerkt worden dat veel verenigingen te maken hebben met vrijwilligers, die veel vaker wisselen dan vroeger. In het verleden waren vrijwilligers vaker langdurig verbonden aan een vereniging. Nu vervullen vrijwilligers vaker voor kortere periode een functie binnen een vereniging, en dat heeft tot gevolg dat het aantal wisselingen binnen de club groot kunnen zijn en dat minder duidelijk is wie het aanspreekpunt is voor bepaalde zaken. Door deze verminderde continuïteit is de zichtbaarheid minder groot en dat

zou het voor zorgprofessionals lastiger maken om überhaupt door te verwijzen.

Ten aanzien van de wandelsport kan gezegd worden dat een aantal wandelbegeleiders zich zorgen maakt over het imago van de wandelsport. Het wordt nog te veel gezien als “Een activiteit voor oude huisvrouwen” of “Wandelen... ja, dat doe je als je echt niets anders meer kan”. Hoewel werd gezegd dat de landelijke koepel werkt aan dit issue, werd ook gesignaleerd dat dit proces traag verliep.

### **3.4 Tijd; kosten versus baten**

Bijna alle beweegaanbieders waarmee gesproken is, zijn uitermate betrokken, bevlogen en enthousiast over hun werk, het bewegen *an sich*, het werken met chronisch zieken en/of senioren. Ze hebben het gevoel dat ze deze mensen kunnen helpen om hun leven weer op de rit te krijgen, gezonder te worden door af te vallen, uit het sociale isolement te halen of wat dan ook. De beweegaanbieders zeggen, naast het plezier dat ze beleven aan het begeleiden van deze groep mensen, ook veel waardering van hen te krijgen. Deze waardering en het beleefde plezier *'keeps them going'*. Naast het geven van lessen komt er echter meer bij kijken: bijscholing, contacten leggen, acquisitie plegen, een folder maken, de les voorbereiden, administratie etc.

Vooraf wandelbegeleiders zeggen veel tijd en energie te steken in hun wandelactiviteiten (en alles wat daarbij komt kijken), maar dat de baten niet opwegen tegen de kosten (veel tijd, soms ook geld). De contributie voor (sportief) wandelen ligt zo tussen de € 3,- en € 4,- per les. Indien er slechts drie mensen komen opdagen, dan is de balans tussen kosten en baten negatief.

Alle wandelbegeleiders hebben getracht om contact te krijgen met huisarts, POH en/of fysiotherapeut om op die manier nieuwe cliënten te krijgen. Echter, omdat zij de wandelactiviteiten veelal uitvoeren naast een reguliere (betaalde) baan, kan er niet onbeperkte tijd worden gestoken in dergelijke activiteiten. Ze zien de kansen van een goede samenwerking met de zorg, maar de ervaringen hebben geleerd dat de opbrengst in deze niet vaak opweegt tegen de investeringen. Voor andere aanbieders kan eigenlijk hetzelfde worden gezegd, hoewel de situatie voor hen iets minder dramatisch is. Dat kosten en baten niet in overeenstemming zijn geldt vaak ook voor investeringen die worden gedaan in advertenties in lokale krantjes en (in mindere mate) folders. Een zwembad of sportschool heeft financieel wat meer armslag, heeft een breder aanbod en een bredere doelgroep.



## 4. Resultaten: oplossingen

Bij elk gesprek is gevraagd welke top vijf van grootste knelpunten de beweegaanbieders ervoeren als het gaat om de matige doorstroom van zorg- naar beweegsector. Daarnaast is gevraagd welke oplossing ze daarvoor zien en/of welke behoefte de beweegaanbieders hebben om ervoor te zorgen dat de doorstroom van mensen die in de GLI van zorg naar sport zitten, beter zou kunnen verlopen. De gegeven oplossingen/behoefes zijn geanalyseerd en daar komt (in volgorde van belangrijkheid) onderstaande lijst uit voort:

1. Met de zorgverzekeraar(s) moeten afspraken worden gemaakt om beweegprojecten te vergoeden voor bepaalde subgroepen / Korting (op contributie/kosten) voor deelnemers (aan de GLI) om te kunnen bewegen moet gecontinueerd worden. Dat kan op lokaal, regionaal of landelijk niveau gebeuren.
2. Een makelaar (buurtsportcoach) die de verbinding legt tussen de zorg- en beweegsector;
3. Een (lokaal) netwerk waar de sport- en zorgsector (en gemeente) elkaar treft;
4. Zorgverzekeraars zouden huisartsen veel meer moeten prikkelen (straffen dan wel belonen) om meer aandacht te besteden aan het stimuleren van beweging / gezonde leefstijl.
5. Een goede sociale kaart voor het beweeg- & sportaanbod (daarbij ook vermelden welke kwaliteiten de beweegaanbieder heeft);
6. Deskundigheidsbevordering / kwaliteitsverbetering van beweegaanbieders.

Omdat ook hier de genoemde oplossingen vaak op elkaar lijken en onderling samenvallen, kan er een top zes worden genoemd van hoofdthema's:

1. Financiering/geld
2. Verbinding/contact/netwerk
3. Communicatie
4. Sociale kaart
5. Stimuleren gezonde leefstijl
6. Deskundigheid

Hieronder worden deze zes hoofdthema's verder uitgewerkt met een reeks van oplossingen. De onderzoeker heeft op basis van de input van de beweegaanbieders getracht om de oplossingen concreet en realistisch te beschrijven. De oplossingen worden beschreven op landelijk, lokaal en individueel niveau. Voor elke oplossing op het niveau van de beweegaanbieder wordt beschreven of de beweegaanbieders vinden dat die oplossing een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de doorstroom van zorg naar sport, of ze de oplossing zelf willen oppakken en wat daartoe de randvoorwaarden zijn.

### 4.1 Financiering

Het is wellicht voor de hand liggend, maar de belangrijkste oplossing is volgens de beweegaanbieders 'voldoende financiële middelen'. De beweegaanbieders bedoelen daar niet mee dat ze zelf meer geld zouden willen ontvangen. Het gaat eerder om het realiseren van een betaalbaar beweegaanbod voor de cliënten. Er zijn hier door de beweegaanbieders verschillende aspecten genoemd. Een aantal beweegaanbieders had te maken met

subsidies van gemeenten (of zorgverzekeraars) die die (dreigen) te verminderen (of verdwijnen) of die projectmatig zijn ingezet, waardoor het aanbod niet duurzaam kan worden aangeboden. De 'Toolbox Financiering Gecombineerde Leefstijlinterventie' die te vinden is op [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl) biedt goede informatie voor zowel beweegaanbieders, zorgverleners en beleidsmedewerkers bij gemeente, GGD of ROS om de problemen die er liggen op dit vlak aan te pakken.

#### **4.1.1 Geen beleidsthema**

Een aantal beweegaanbieders merkte op dat gemeenten geen of een matig beleid hadden voor de doelgroep ouderen / chronisch zieken, of als ze dat hadden, daar nu flink op werd bezuinigd. Indien er geen beleid is voor een bepaald thema / doelgroep, dan is het lastig daar ook geld voor te reserveren. De meeste beweegaanbieders konden niet concreet aangeven wat er zou moeten gebeuren om dit punt aan te pakken.

### LANDELIJK NIVEAU

#### Oplossing 1

Om ervoor te zorgen dat meer gemeenten aandacht besteden in hun nota 'Lokaal gezondheidsbeleid' voor de doelgroep inactieven/ouderen/chronisch zieken dan wel de Gecombineerde Leefstijlinterventie, zou een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat NISB een argumentenkaart/ factsheet maakt, die gestuurd zou kunnen worden naar beleidsmedewerkers lokaal gezondheidsbeleid bij GGD'en en (in het kader van facetbeleid) naar beleidsmedewerkers van verschillende afdelingen (o.a. sport, volksgezondheid) binnen een gemeente. In de argumentenkaart dient er ook aandacht te zijn voor een integrale aanpak, zodat verschillende beleidsafdelingen zien hoe bewegingsstimulering past binnen het eigen beleidsterrein. Dit punt kan samen worden opgepakt met bijv. NPCF, patiëntenorganisaties, ouderenbonden etc. Op politiek niveau kan ook worden gelobbyd. Het is het van belang om de partijen te zoeken die oog hebben voor de doelgroep zoals de SP, Groen Links en de seniorenpartij.

#### Oplossing 2

Daarnaast kan NISB op zoek gaan naar strategische partners om (samen en ieder afzonderlijk) het belang van een adequaat beleid voor bewegingsstimulering op zowel landelijk als lokaal niveau onder de aandacht te brengen. Indien meerdere partijen dezelfde boodschap vertellen, is het aannemelijker dat deze wordt opgepakt. Mogelijke partners zouden kunnen zijn: NOC/NSF, VNG, VSG, GGD Nederland, sportbonden/koepels en gezondheidsfondsen (zoals Diabetesfonds en de Hartstichting, of de koelorganisaties van fondsen, SGF).

### LOKAAL NIVEAU

#### Oplossing 3

De sportservicebureaus zouden op lokaal niveau beweegaanbieders bijeen kunnen brengen om gezamenlijk te kijken welke strategie gevoerd zou kunnen worden om bewegingsstimulering voor verschillende doelgroepen hoger op de lokale politieke agenda te krijgen. De GGD zou hier een adviserende rol kunnen krijgen.

### INDIVIDUEEL NIVEAU

#### Oplossing 4

Beweegaanbieders kunnen bij de gemeenteraad het belang van bewegingsstimulering

aankaarten. Dat kan op individueel niveau, maar beweegaanbieders kunnen ook steun zoeken bij elkaar en samen de vuisten ballen. Dus indien sportservicebureaus de handschoen niet oppakken, dan kunnen beweegaanbieders ook zelf het initiatief hiertoe nemen. Zij kunnen daarbij de argumentenkaart (ontwikkeld door NISB – zie oplossing 1) gebruiken.

In het onderzoek via Survey Monkey zeggen zes respondenten dat dit zeker tot een oplossing kan leiden, twaalf vinden dat 'een beetje' en één vindt dit geen geschikte oplossing. Van de negentien respondenten zeggen vijf deze oplossing zeker te gaan toepassen, negen waarschijnlijk en vijf zeker niet. Als randvoorwaarden worden hierbij genoemd: weten bij je moet zijn bij de gemeente, voldoende tijd hebben, ondersteuning bij indienen van subsidieaanvraag, medewerking van andere instanties. Ook wordt genoemd dat de gemeente er wel voor open moet staan en dat beweegaanbieders het idee moeten hebben dat de (extra) inzet wel ergens toe leidt.

#### **4.1.2 Projectfinanciering**

Een aantal beweegaanbieders meldde dat sommige beweegactiviteiten werden uitgevoerd met behulp van projectfinanciering van gemeenten of zorgverzekeraars, maar dat deze financiering niet altijd structureel was, zodat het programma niet duurzaam kan worden aangeboden.

#### LANDELIJK NIVEAU

##### Oplossing 5

Beweegaanbieders hebben met betrekking tot projectfinanciering / pilots behoefte aan ondersteuning, om dergelijk projecten beter uit te voeren, bijvoorbeeld om de borging te garanderen. Logischerwijs zou dat van hun koepel/sportbond kunnen komen. Het is immers niet onrealistisch dat andere zwembaden, fitnessscholen of judoverenigingen ook dergelijke pilotprojecten samen met een zorgverzekeraar aan het uitvoeren zijn. Koepels/bonden kunnen de vragen en problemen inventariseren, verbindingen leggen met anderen die in dezelfde positie zitten en concrete hulp en ondersteuning bieden. In plaats van telkens het wiel uitvinden door de lokale partijen, zou van elkaar geleerd kunnen worden. Landelijke koepels/sportbonden zouden ook meer bij elkaar kunnen kijken wat er speelt, op die manier van elkaar leren en zelfs samenwerken op dit punt. NISB zou samen met NOC/NSF bijvoorbeeld met deze koepels kunnen kijken op welke manier dit georganiseerd kan worden om deze ondersteuning tot stand te laten komen.

##### Oplossing 6

Zorgverzekeraar Menzis is van plan om hun cliënten met een gezonde leefstijl te belonen (bijv. met een lagere zorgpremie). Dit gegeven kan voor NISB een prima vertrekpunt zijn om hierover met Menzis (maar ook met andere zorgverzekeraars – zie 'Tip' hieronder) het gesprek aan te gaan. NISB zou dat samen kunnen doen met GGD Nederland, VNG, VSG, NOC/NSF en gezondheidsfondsen.

*Tip: ook andere zorgverzekeraars kijken naar mogelijkheden om de zorgkosten in de hand te houden en om preventie te financieren; zoals het nu is georganiseerd is het voor zorgverzekeraars niet interessant om dat te doen. Zo zijn er bijvoorbeeld proeftuinen gestart (Eindhoven: 'Slimmer met zorg', <http://www.pozob.nl> en dan bij 'publicaties', Alkmaar: 'Samen sterker in zorg' op het principe van populatie- of gebiedsgebonden financiering. Daardoor is er aandacht voor paradigma 'van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en*

*gedrag (GG)'. Deze nieuwe manier van kijken naar het zorglandschap helpt om een passend antwoord te hebben op de argumenten van de zorgverzekeraars om niet te investeren in preventie (preventie kost alleen maar geld en levert weinig op, preventieparadox etc.).*

## LOKAAL NIVEAU

### Oplossing 7

Idealiter zou op regionaal niveau de GGD, de ROS en de gemeente voortrekker moeten zijn om samen met de sportservicebureau en andere lokale/regionale stakeholders contact te zoeken met de (preferente) zorgverzekeraars, om te onderzoeken of op lokaal/regionaal niveau afspraken gemaakt kunnen worden om bewegingsstimulering voor ouderen/chronisch zieken/inactieven laagdrempeliger (o.a. goedkoper, dicht bij huis) te maken en duurzaam aan te bieden.

## INDIVIDUEEL NIVEAU

### Oplossing 8

Beweegaanbieders zouden in elk geval aan hun koepel/sportbond kenbaar moeten maken dat zij bepaalde pilots uitvoeren die extern (gemeente, zorgverzekeraar, etc.) zijn gefinancierd en dat zij tegen bepaalde knelpunten aanlopen. Op die manier weten de koepels wat er speelt en kunnen ze kijken of er een ondersteuningsaanbod richting de beweegaanbieders kan worden gedaan.

In het onderzoek van Survey Monkey zeggen zes beweegaanbieders dat deze oplossing zeker een bijdrage kan leveren aan een betere doorstroom, twaalf zeggen dat het een beetje kan bijdragen en één beweegaanbieder vindt dat het geen bijdrage levert. Verder zeggen zeven respondenten deze oplossing zeker te gaan gebruiken, negen gaan het waarschijnlijk doen en drie niet. Een aantal randvoorwaarden wordt genoemd, waaronder: De koepels/sportbonden moeten aangeven bij wie men terecht kan; er moet ook over terug worden gecommuniceerd wat er met de feedback wordt gedaan. De info/feedback zou met andere leden gedeeld kunnen worden en leden kunnen op regionaal niveau met elkaar in contact worden gebracht door de koepels. Sommige respondenten zeggen dat de koepels log zijn en onvoldoende weten wat er echt speelt onder de leden.

### Oplossing 9

Beweegaanbieders kunnen een aanvraag voor de sportimpuls doen (indienen voor de tweede tranche kan t/m 5 maart 2013) om subsidie aan te vragen voor lokale projecten om inactieve mensen te stimuleren (meer) te laten bewegen. Het verdient daarbij de aanbeveling om de aanvraag samen met andere beweegaanbieders te doen en daarbij zorgprofessionals en de gemeente te betrekken. Zie voor meer info:

<http://www.sportindebuurt.nl/sportimpuls/Sportimpuls.dot>.

Deze vraag is niet in Survey Monkey nader uitgediept, omdat deze oplossing in een later stadium is geformuleerd.

### **4.1.3 Gefinancierde zorg**

Een ander punt dat werd genoemd door beweegaanbieders was het feit dat bewegingsactiviteiten die door zorgprofessionals werden begeleid in een aantal gevallen (deels) gefinancierde zorg was (in het geval van de BeweegKuur was hier sprake van). Fysiotherapeuten kregen in feite vrij eenvoudig en regelmatig instroom van nieuwe cliënten.

Deze cliënten volgen een programma bij de fysiotherapeut, waarna deze na afloop van dat programma de deelnemers een beweegprogramma kunnen aanbieden waar dan wel voor moet worden betaald. Volgens een aantal geïnterviewden is er op die manier sprake van 'oneerlijke concurrentie'. De cliënt op een presenteerblaadje aangereikt, raakt zo bekend met het aanbod en krijgt een veilig en vertrouwd gevoel bij de aanbieder, leert de andere cliënten kennen, waardoor de gezelligheid toeneemt etc. Indien financiën dan geen rol spelen, zal de deelnemer minder snel overstappen naar een andere beweegactiviteit. Beweegaanbieders vinden dit uiteraard jammer, omdat dit gevolgen heeft voor de instroom van nieuwe cliënten. Een aantal beweegaanbieders zegt daarnaast ook dat het voor veel cliënten beter zou zijn om te bewegen in een niet-medische setting, in de buitenlucht etc. Bovendien is hun aanbod vaak goedkoper dan het beweegaanbod bij de fysiotherapeut.

## LANDELIJK NIVEAU

### Oplossing 10

In het nieuwe regeerakkoord staat dat de overheid met zorgverzekeraars convenanten wil gaan sluiten met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl. NISB kan hiertoe het momentum gebruiken en proactief, bij voorkeur samen met andere stakeholders (andere landelijke categorale instellingen, VNG, VSG, RVZ, sportbonden/koepels, NHG, NOC/NSF, gezondheidsfondsen etc.) de krachten bundelen en hier op inspringen.

### Oplossing 11

NISB zou stappen moeten zetten om de meerwaarde van het beweegaanbod van beweegaanbieders beter te vermarkten, bijvoorbeeld aan de hand van good/best practices. De preventiecentra van Fit!vak waar een aantal sportscholen/fitnesscentra/beweegcentra momenteel mee aan de weg aan het timmeren zijn, kunnen als voorbeeld dienen; cliënten die bij preventiecentra een sport/beweegaanbod volgen, krijgen voor een bepaald maandbedrag (zo rond de 35-55 euro) wekelijks professionele begeleiding van een gekwalificeerd beweeginstructeur. Dit tarief ligt vele malen lager dan wat er voor vier behandelingen/sessies bij een fysiotherapeut moet worden betaald). Het effect (bij kwalitatief goede begeleiding) van zo'n programma kan bij zo'n fitnesscentrum echter net zo hoog liggen als bij een fysiotherapeut en voor minder geld worden aangeboden. Dat kan voor zorgverzekeraars interessant zijn. Het is dan belangrijk dat dit wel goed wordt onderbouwd. Onderzoek is nodig om dit goed aan te tonen. Hier ligt een rol weggelegd voor Fit!vak om dat onderzoek op te pakken en om met zorgverzekeraars te bespreken wat de voorwaarden en mogelijkheden zijn. Andere koepels (zoals het NPZ) zouden hieruit lering kunnen trekken en hierop mee kunnen liften.

### Oplossing 12

Steeds meer zorgverzekeraars bieden in hun aanvullende verzekeringen een korting op beweegprogramma's aan. NISB zou samen met zorgverzekeraars en een aantal koepels/bonden zoals Fit!vak kunnen onderzoeken op welke manier en onder welke voorwaarden zorgverzekeraars beweegaanbod bij beweegaanbieders tot de verzekerde zorg kunnen laten horen. NISB zou hiertoe samen met één of meer genoemde partijen een subsidieaanvraag bij ZonMw in kunnen dienen om dit punt verder uit te werken.

#### **4.1.4 Kosten beweegaanbod**

Mensen die willen bewegen en die daar begeleiding bij nodig hebben moeten daar veelal voor betalen. De kosten variëren van een paar euro voor een wandelactiviteit van een uur tot

een (*all inclusive*) van enige tientallen euro's voor een abonnement bij een sportschool. Voor een deel van de doelgroep kunnen de kosten zo hoog zijn dat deze niet betaalbaar zijn, of willen het geld daar niet aan besteden.

## INDIVIDUEEL NIVEAU

### Oplossing 13

Eén beweegaanbieder waarmee is gesproken biedt cliënten een mooi, maar duur totaalpakket aan (ettelijke honderden euro's per jaar). De cliënten krijgen daar dan wel verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning voor in de plaats: persoonlijke begeleiding bij het sporten, voedingsadvies en psychologische hulp. Nieuw is dat zij ook hulp krijgen om de hoge kosten vergoed te krijgen van hun werkgever dan wel zorgverzekeraar. De beweegaanbieder biedt de cliënten concrete ondersteuning in de vorm van voorbeeldbrieven etc. die zij kunnen gebruiken om (een deel van de) gemaakte kosten vergoed te krijgen. Volgens de beweegaanbieder is deze hulp vrij succesvol.

NB1: Om de continuïteit/duurzaamheid van het bewegen te bevorderen is het wellicht aan te bevelen om concrete maar realistische doelen voor de cliënt vast te stellen en pas tot restitutie over te gaan indien (een deel van) de doelen worden gerealiseerd.

NB2: Een andere optie zou zijn dat de beweegaanbieder het pakket tegen lagere kosten aanbiedt en dat de beweegaanbieder bij de zorgverzekeraar/werkgever tracht het verschil terug te halen. Dat betekent dat de beweegaanbieder de boer op gaat om met zorgverzekeraars en (grote) bedrijven of het MKB in de buurt. Het risico ligt dan bij de ondernemer. Voordeel is ook dat de beweegaanbieder een soort van accountmanager wordt en goede relaties met de zorgverzekeraars kan opbouwen.

In Survey Monkey is gevraagd of beweegaanbieders bovenstaand idee als oplossing zien voor een betere doorstroom. 'Zeker' zeggen negen respondenten, 'Een beetje' zeggen zeven respondenten en twee zeggen 'Niet'. Eén respondent kon vanaf deze vraag de enquête niet meer invullen wegens een blokkering van het systeem. Als er wordt gevraagd of de beweegaanbieders deze oplossing zelf ter hand willen nemen, dan zeggen slechts drie respondenten dat ze dat willen gaan doen, vier zeggen 'waarschijnlijk' en elf 'niet'. Om dit uit te kunnen voeren willen de respondenten graag de halffabricaten hebben, zodat ze niet het wiel opnieuw uit te hoeven vinden. Ook zouden ze wat meer over de procedure willen weten en wat het slagingspercentage is van deze interventie en ook bij wat voor soort werkgevers en/of zorgverzekeraars (en welke contactpersoon of afdeling precies) ze moeten zijn. Veel beweegaanbieders vinden deze aanpak echter té tijdrovend en zouden dit pas zien zitten als

er met het beweegprogramma dat ze uitvoeren wat meer zou worden verdiend; deze oplossing lijkt voor sportscholen en zwembaden interessanter te zijn dan voor de beweegaanbieders die in hun eentje opereren.

## **4.2 Verbinding**

Als grootste knelpunt zagen de beweegaanbieders de onbekendheid tussen beide sectoren. Indien de twee beroepsgroepen elkaar niet kennen, elkaars werk niet kennen en niet zien dat er voor beide partijen een win-winsituatie kan ontstaan dan draagt zo'n situatie niet bij aan samenwerking. Op de vraag waar de beweegaanbieders de grootste behoefte aan hebben,

kwam echter niet een workshop 'Acquisitie plegen', 'Netwerken bouwen' of 'Samenwerken met zorgprofessionals' boven drijven. Wel was er behoefte aan iemand die de verbinding kan leggen tussen de zorg- en de beweegsector. Of zoals werd gezegd "Iemand die als smeero- of kruipolie beide partijen nader tot elkaar kan brengen". De ideale oplossing werd gezocht in een persoon, iemand die goede toegang heeft tot beide groepen. Uit de gesprekken met de mensen uit de beweegsector bleek dat zij over het algemeen vrij actief zijn geweest in het benaderen van professionals in de eerste lijn, maar dat dit veelal weinig leidde tot constructieve samenwerking. Zeker ook voor eenmanszaken kan worden gezegd het een tijdrovende bezigheid is omdat alles alleen gedaan moet worden, naast het lesgeven. Daarom is het ook wel te begrijpen dat ze denken dat een persoon die goede contacten heeft hun veel werk uit handen kan nemen.

#### **4.2.1 Buurtsportcoach**

Omdat het lastig is om met zorgprofessionals een duurzame samenwerkingsrelatie op te bouwen, onder meer omdat het een tijdrovende klus is, waarvoor een lange adem vereist is, zien veel beweegaanbieders een oplossing in een andere organisatie of persoon die vanuit diens positie en statuus gemakkelijk contact kan leggen met beide sectoren.

#### LANDELIJK NIVEAU

##### Oplossing 14

Op dit moment wordt nader ingevuld welke taken de buurtsportcoach krijgt. Het is belangrijk dat in de taakopdracht van de buurtsportcoach een aantal taken staat, die ertoe bijdragen dat de sport- en zorgsector elkaar leren kennen, van elkaar leren om uiteindelijk elkaar te versterken, zodat voor beide sectoren een win-win situatie kan worden gecreëerd. NISB is betrokken bij deze taakinfilling en kan hier samen met andere samenwerkingspartijen in de ondersteuningsstructuur aan werken.

##### Oplossing 15

NISB kan tijdens workshops Lerende Netwerken en bij kennisdagen aangeven dat de overgang van deelnemers in een GLI van zorg naar sport een struikelblok is en dat wanneer gemeenten kiezen om hier een buurtsportcoach op in te zetten dit een specifieke taak kan zijn van de buurtsportcoach om te zorgen dat de fysio gebruik gaat maken van de faciliteiten van de sportaanbieder.

#### LOKAAL NIVEAU

##### Oplossing 16

Gemeenten kunnen de buurtsportcoach op verschillende manieren inzetten. Indien gemeenten een stap willen zetten om senioren/chronisch zieken/inactieven te stimuleren om (meer) te bewegen kan de gemeente een buurtsportcoach in dienst nemen die ingezet wordt om de brug tussen zorg en sport te slaan. Ook GGD en de ROS kunnen hiervoor een lobby opstarten.

#### INDIVIDUEEL NIVEAU

##### Oplossing 17

Om nut en noodzaak van een goede verbinding tussen zorg- en sportsector te benadrukken, kunnen beweegaanbieders contact zoeken met de beleidsmedewerker sport en/of volksgezondheid bij de gemeente en/of de beleidsmedewerker lokaal gezondheidsbeleid van de GGD en daar pleiten voor het aanstellen van een buurtsportcoach die de verbinding legt tussen zorg en sport. Om een krachtiger signaal af te geven is het aan te bevelen dat

beweegaanbieders dit gezamenlijk doen, bijvoorbeeld in de vorm van een manifest.

Deze oplossing zien de beweegaanbieders wel zitten: twaalf respondenten vinden dat deze oplossing zeker een bijdrage zal leveren aan een betere doorstroom van zorg naar sport. Nog eens zes vinden dit 'een beetje'. Van de achttien respondenten zeggen negen dit zeker te gaan doen, zes waarschijnlijk en drie niet. Een aantal beweegaanbieders antwoordde dat een dergelijk initiatief al was gestart in de gemeente. Er worden verschillende randvoorwaarden genoemd: vooral 'voldoende tijd' werd genoemd. Ook werd genoemd dat de andere beweegaanbieders niet altijd bekend waren.

Verder werd e.e.a. verwacht van andere organisaties; een derde partij zou de beweegaanbieders bijeen moeten brengen. Dat is opmerkelijk omdat het een oplossing is op individueel niveau, een oplossing waar beweegaanbieders zelf mee aan de slag zouden kunnen. Blijkbaar vindt een aantal beweegaanbieders het nog moeilijk om te kijken wat men zelf kan doen, zonder daarbij naar een andere partij te wijzen.

#### **4.2.2 Lokaal netwerk**

Bij het vormgeven van de BeweegKuur heeft NISB gekozen om gebruik te maken van lokale netwerken waar de zorgverleners en beweegaanbieders samenkomen.

#### LANDELIJK NIVEAU

##### Oplossing 18

NISB heeft de netwerkstructuur neergelegd als een succesvolle manier om zorgprofessionals met elkaar kennis te laten maken om zo beter samen te werken. Uit diverse onderzoeken blijkt dat dit ook vaak is gelukt. Minder vaak zijn beweegprofessionals (en nog minder vertegenwoordigers uit welzijn en buurtwerk) onderdeel van dit netwerk. Beweegaanbieders zien hier in elk geval kansen liggen. NISB zou de netwerkstructuur kunnen blijven promoten te gebruiken bij professionals die aan een GLI (blijven) werken. NISB werkt aan een lijst met randvoorwaarden en goede tips, waar partijen gebruik van kunnen maken om met succes een netwerk op te richten.

#### LOKAAL NIVEAU

##### Oplossing 19

Hoewel het geen garantie geeft op een succesvolle samenwerking tussen zorgprofessionals en beweegaanbieders, zien veel beweegaanbieders voordelen in participatie in een lokaal GLI-netwerk waar zorgprofessionals en beweegaanbieders elkaar periodiek ontmoeten. Het initiatief om een netwerk op te richten en op gang te houden zou kunnen liggen bij de GGD, de gemeente of de ROS.

*Tip: het lijkt raadzaam om ook het buurt-/welzijnswerk alsook woningcorporaties deel uit te laten maken van dit netwerk. Welzijnswerkers, sociale raadsleden etc. komen veel bij de mensen uit de doelgroep thuis en zo kunnen ze zorgen voor een hogere in- en doorstroom.*

*Voorbeeld: er zijn verschillende GLI-netwerken die goed lijken te functioneren. Veelal worden die voorgezeten door een medewerker van gemeente, GGD of ROS. Het GLI-netwerk 'Stadsdeel Zuid' in Amsterdam komt periodiek bijeen onder voorzitterschap van een beleidsmedewerker van het stadsdeel. Naast zorgprofessionals participeren hierin de ROS en verschillende (gecertificeerde) beweegaanbieders. Het netwerk kan nog aan kracht*



*winnen indien ook vertegenwoordigers vanuit het welzijnswerk en woningcorporaties participeren.*

## INDIVIDUEEL NIVEAU

### Oplossing 20

Beweegaanbieders kunnen zelf een eigen netwerk oprichten, te beginnen met het bijeenroepen van de lokale beweegaanbieders (inclusief buurt-/welzijnswerk en woningcorporaties) die een aanbod hebben voor chronisch zieken/senioren/inactieven en samen de krachten te bundelen, bijvoorbeeld door een plan te schrijven en gezamenlijk activiteiten te organiseren. Als netwerk 'georganiseerde beweegaanbieders' kan (eventueel in een latere fase) aangeklopt worden bij gemeente, GGD dan wel ROS om dit netwerk uit te breiden met of aan te sluiten bij (een netwerk van) zorgprofessionals.

Op deze vraag zeggen elf respondenten dat dit 'zeker' een bijdrage kan leveren aan een betere doorstroom van zorg naar sport; 'een beetje' wordt door zeven beweegaanbieders genoemd. Daarentegen zeggen ook zeven beweegaanbieders dit zeker niet zelf te gaan doen, vijf zeggen 'waarschijnlijk' en zes willen 'zeker' een eigen netwerk gaan oprichten. Een aantal beweegaanbieders was al bezig met het opzetten van zo'n netwerk. Er zijn eigenlijk geen randvoorwaarden genoemd om dit goed te kunnen doen. Belangrijkste reden om het niet te doen is gebrek aan tijd.

### Oplossing 21

Zoals alle zorgprofessionals moeten huisartsen bijscholing volgen om als huisarts geregistreerd te blijven. De bijscholing kan individueel (online modules) plaatsvinden maar ook in groepsverband op lokaal of regionaal niveau door een meerdaagse bijscholing volgen. Het is voor beweegaanbieders een mogelijkheid om bij de lokale/regionale huisartsgroep of zorggroep te informeren wanneer er een bijscholing plaatsvindt. Als onderdeel van het programma kan een beweegactiviteit worden ingebouwd. Dit kan een welkome afwisseling zijn op de bijscholing, waarbij de beweegaanbieder zijn/haar vaardigheden kan laten zien en zo de artsen kennis laat maken met het beweegaanbod.

Deze oplossing kan op veel steun rekenen van de beweegaanbieders: dertien respondenten zeggen dat dit 'zeker' een bijdrage kan leveren aan een betere doorstroom van zorg naar sport. Daarnaast vinden vijf dit 'een beetje'. Desondanks gaan slechts zes beweegaanbieders dit idee zeker proberen, zeggen negen dit waarschijnlijk te doen en drie niet. De beweegaanbieders zien hier de kansen om elkaar beter te leren kennen, om het aanbod onder de aandacht te brengen bij zorgverleners. Maar om dit te doen, willen de beweegaanbieders graag uitgenodigd worden. De oplossing was dat beweegaanbieders zelf contact kunnen zoeken met zorg- of huisartsgroepen. Dat 'zelf initiatief nemen' lijkt ook hier nog niet goed tussen de oren te zitten bij de respondenten.

### **4.2.3 ICT**

Ook ICT kan een oplossing bieden om op een efficiënte en gebruikersvriendelijke manier zorgverleners en beweegaanbieders met elkaar in verbinding te brengen.

## LOKAAL NIVEAU

### Oplossing 22

De ROS, een zorggroep, de gemeente dan wel de GGD zou kunnen investeren in een cliënt-

volgsysteem dat beide sectoren verbindt en helpt om de onderlinge samenwerking tot stand te brengen.

*Voorbeeld: de Zorggroep Regio Oosterhout (ZORROO) heeft een cliënt-volgsysteem ontwikkeld dat de verbinding tussen zorg- en beweegsector kan bevorderen. ZORROO gebruikt een programma dat een bedrijf in opdracht van hen heeft ontwikkeld (anders dan een cliënten- informatiesysteem zoals 'Vital Health'), waarbij het mogelijk is dat zowel de zorgsector als beweegaanbieders in kunnen loggen om zo cliënten naar elkaar te verwijzen. Het systeem dat door ZORROO wordt gebruikt, wordt in Oosterhout op dit moment alleen nog door zorgprofessionals gebruikt binnen de DBC Diabetes. Het systeem kan echter gemakkelijk worden uitgebreid met andere groepen, zoals beweegaanbieders. Het softwareprogramma wordt momenteel verbeterd en de tweede versie wordt begin januari 2013 verwacht. Deze versie kan door andere zorggroepen worden gebruikt/aangeschaft op basis van een licentie.*

#### **4.2.4 Zorg en sport: onder één dak**

Een voor de hand liggende mogelijkheid om een goede verbinding te krijgen met zorgprofessionals, is om dicht bij elkaar, onder één dak te gaan zitten.

### INDIVIDUEEL NIVEAU

#### Oplossing 23

Voor een aantal beweegaanbieders (sportschool, zwembaden) is het goed mogelijk om nauw samen te werken met een praktijk voor fysiotherapie, bijvoorbeeld door ruimte ter beschikking te stellen; de fysiotherapeut voert dan de activiteiten uit op de sportschool / in het zwembad, waardoor de samenwerking goed gestalte krijgt. Op deze manier raken de deelnemers vertrouwd met de omgeving waar wordt bewogen/gesport, waardoor na afloop van het fysio-programma de overstap van bewegen bij een zorgprofessional naar bewegen bij een beweeginstructeur eenvoudiger gaat.

NB: Hier moet worden opgemerkt dat (vanuit concurrentie-oogpunt) getracht met worden om een dergelijke relatie met meerdere fysiotherapiepraktijken aan te gaan. Een dergelijk traject dient derhalve zorgvuldig uitgevoerd te worden.

Ook deze oplossing krijgt bijval van de beweegaanbieders: twaalf respondenten vinden deze oplossing een goede oplossing om de suboptimale doorstroom van zorg naar sport te verbeteren. Daarnaast vinden zes respondenten dat 'een beetje'. Van de achttien respondenten zeggen zeven (met name wandelbegeleiders) dat deze oplossing niet van toepassing is op hen. Van de overige respondenten zeggen zes deze oplossing zeker te gaan toepassen (en het ook al doen), vier waarschijnlijk en één niet te gaan toepassen. Er worden geen randvoorwaarden genoemd. Wel ziet een klein aantal beweegaanbieders beren op de weg die vooral bij de ander lijkt te liggen.

### **4.3 Communicatie**

Om als beweegaanbieder contact te krijgen met een zorgverlener met als doel een samenwerkingsrelatie op te bouwen, is het handig te weten of die beroepsgroep ook dezelfde taal spreekt, welk beeld er leeft en welke verwachtingen spelen. Daarnaast is het belangrijk te weten op welke manier je de andere partijen het beste kunt benaderen. De gesprekken met de beweegaanbieders lieten zien dat zij veelal aanbod gericht te werk leken

te gaan. Gechargeerd: "Ik heb een mooi beweegproduct en als jij nou patiënten doorstuurt, dan komt het allemaal wel goed".

## LANDELIJK NIVEAU

### Oplossing 24

Om te voorkomen dat telkens het wiel opnieuw wordt uitgevonden en om de communicatie effectiever te laten plaatsvinden, zouden NISB halffabricaten kunnen ontwikkelen en deze (online) beschikbaar kunnen stellen zodat beweegaanbieders daarvan gebruik kunnen maken. Het is daarbij dan wel belangrijk dat deze halffabricaten in samenspraak zijn gemaakt met mensen uit de zorgsector, zodat in de brieven de juiste (voor zorgprofessionals geldende) argumenten met de juiste woorden/taal worden gebruikt. Een vraaggerichte benadering is daarbij belangrijk.

### Oplossing 25

NISB zou kunnen zoeken naar een organisatie die ervaring heeft met de geschetste problematiek en die in staat is een workshop 'Effectieve PR', 'Acquisitie' of iets dergelijks in hapklare brokken in één dagdeel, maximaal twee dagdelen tegen een aantrekkelijk tarief kan aanbieden. Het gaat erom te leren hoe je er achter komt wat de ander wil en waar deze tegen aan loopt, en hoe je daar als beweegaanbieder met je aanbod op in kunt springen.

## INDIVIDUEEL NIVEAU

### Oplossing 26

Een aantal beweegaanbieders vertelde dat samenwerking met zorgprofessionals verbeterde toen de zorgprofessional van een aantal patiënten had gehoord dat het beweegaanbod hen goed had gedaan (betere mobiliteit, betere kwaliteit van leven, vermindering sociaal isolement, etc.). Beweegaanbieders doen er dus goed aan hun cliënten te stimuleren om hun huisarts en fysiotherapeut te laten vertellen over het beweegprogramma dat ze hebben gevolgd en wat dat hen voor voordelen heeft opgeleverd. Gebruik de cliënt als uithangbord!

Ook deze oplossing wordt door beweegaanbieders als een prima oplossing gezien: twaalf vinden dit een goede en zes een beetje goede oplossing. Het krijgt ook veel steun om de oplossing in de praktijk te brengen: vijftien beweegaanbieders willen dit zeker gaan toepassen, twee waarschijnlijk en één niet. Een aantal respondenten past de oplossing toe en merkt op dat dit inderdaad bijdraagt aan het contact krijgen met een zorgprofessional. Er worden geen echte randvoorwaarden genoemd.

*Tip: beweegaanbieders kunnen zo nu en dan eens een 'maatjes-dag' organiseren; de cliënten kunnen dan een maatje (partner, buurvrouw, vriendin, etc.) meenemen om zo kennis te maken met de beweegactiviteit. Sommige (inactieve) mensen moeten immers over een drempel heen om tot bewegen te komen: het is eng, het is onbekend, er is schaamte, er is lage eigen effectiviteit. Samen gaan met een bekende kan dit euvel verminderen en mogelijk zelfs verhelpen. Om de stap voor continuering te vergroten kan de beweegaanbieder er voor kiezen om deze mensen na deze kennismaking een korting voor een bepaalde periode aan te bieden.*

### Oplossing 27

Beweegaanbieders zouden hun communicatiecompetenties en -vaardigheden kunnen verbeteren door een workshop 'Effectieve PR', 'Acquisitie' of 'Verkooptechnieken' te volgen om zo te leren om vraaggericht het gesprek met de zorgprofessional aan te gaan.

Uit het Survey Monkey onderzoek blijkt dat vijf beweegaanbieders denken dat deze oplossing de doorstroom van zorg naar sport verbetert; elf vinden dat een beetje en twee niet. Er is bij de beweegaanbieders minder draagvlak om deze oplossing zelf toe te passen; slechts één respondent wil dit gaan doen, acht zeggen dit waarschijnlijk te doen en de helft (n=9) niet. Om een dergelijke workshop te volgen zeggen de beweegaanbieders dat ze daartoe voldoende tijd moeten hebben (bij voorkeur 's avonds) en dat de kosten niet te hoog mogen zijn. Geen enkele beweegaanbieder geeft echter concreet aan hoeveel tijd en/of geld het mag kosten.

#### **4.4 Sociale kaart**

Beweegaanbieders zeggen dat er vaak niet een goede sociale kaart aanwezig is in de regio, waar zorgprofessionals van gebruik kunnen maken. Er zijn wel vaak gemeentegidsjes beschikbaar, waar summiere informatie in staat: de beweegactiviteit en de naam van een contactpersoon. Deze gids is veelal een papieren versie en kan dus niet eenvoudig geüpdate worden. De beschikbaarheid van een goede (online) sociale kaart kan helpen bij het (gerichter) doorverwijzen van potentiële beweegcliënten vanuit de zorgsector naar de beweegaanbieder.

##### LANDELIJK NIVEAU

###### Oplossing 28

NISB dient bij de regionale partijen (ROS, sportservice, eventueel GGD en gemeente) het ontwikkelen en handhaven van (digitale) sociale kaarten te stimuleren.

###### Oplossing 29

NISB zou een format beschikbaar kunnen stellen voor een goede sociale kaart, zodat deze kan worden gebruikt en niet telkens het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Een mooi voorbeeld zou [www.beweegnet.nl](http://www.beweegnet.nl) kunnen zijn.

##### LOKAAL NIVEAU

###### Oplossing 30

De gemeente zou samen met de lokale/regionale sportservice het initiatief moeten nemen om een digitale sociale kaart van het beweegaanbod te maken en deze te onderhouden. De ROS zou hiervan pleitbezorger kunnen zijn. De beweegaanbieder dient de informatie wel periodiek te controleren en aan te passen (indien dat noodzakelijk is). Naast contactgegevens dient er ook gecommuniceerd te worden op welke doelgroepen de activiteit is gericht en waar en wanneer de activiteit plaatsvindt en door welke beweegaanbieder en welke kwalificaties de instructeur heeft.

##### INDIVIDUEEL NIVEAU

###### Oplossing 31

Beweegaanbieders dienen dan de verantwoordelijkheid te nemen om de informatie die in de sociale kaart staat adequaat in te vullen en zorg te dragen voor een periodieke update. (NISB krijgt signalen dat niet alle beweegaanbieders zich aan deze taak houden).

Opvallende uitkomst is dat niet alle beweegaanbieders deze oplossing zien zitten: tien respondenten vinden dat een goede sociale kaart (en dus dat deze door hen goed wordt bijgehouden) een oplossing van zorg naar sport; acht vinden dit een beetje. Van de achttien

respondenten zeggen er tien dat ze dit zeker zullen doen, zes waarschijnlijk en twee niet. Uit de randvoorwaarden blijkt dat beweegaanbieders soms moeten betalen om te kunnen participeren in deze sociale kaart. De kosten mogen volgens een aantal beweegaanbieders niet te hoog zijn (max €25 wordt genoemd). Ook moet het een eenvoudig systeem zijn. Daarnaast wordt opgemerkt dat persoonlijk contact beter is dan de aanwezigheid van een sociale kaart.

#### **4.5 Stimuleren gezonde leefstijl**

Een aantal beweegaanbieders is van mening dat zorgprofessionals het belang van bewegen voor de (geestelijke en fysieke) gezondheid (te) weinig onderkennen en/of er te weinig aan doen. Daarnaast merkt een aantal beweegaanbieders op dat een matige motivatie van sommige cliënten ervoor zorgt dat zij deze nieuwe leefstijl niet altijd goed kunnen volhouden, zeker als de situatie verandert (van zorg- naar beweegsetting). Een warme overdracht is dan belangrijk om de kans op terugval zoveel mogelijk te beperken, net zoals dat de cliënt een beweegprogramma kiest die hij/zij leuk vindt en dat qua fysieke inspanning ook echt bij hem/haar past. De leefstijladviseur of de fysiotherapeut heeft daarom een belangrijke rol om de cliënt goed te helpen bij het maken van een keuze.

NB: Het belang van gezelligheid dient zeker niet uitgevlakt worden. Sterker nog, veel beweegaanbieders waren van mening dat gezelligheid het allerbelangrijkste criterium was voor veel mensen om het bewegen te continueren.

#### LANDELIJK NIVEAU

##### Oplossing 32

Uit het onlangs verschenen rapport van het RIVM 'Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn' staat dat een meerderheid van de zorgverleners vindt dat leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket hoort, maar dat ze een groot aantal knelpunten ervaren bij het inzetten van leefstijlinterventies. NISB zou samen met landelijke koepels voor huisartsen (NHG) en fysiotherapeuten (KNGF) kunnen kijken welke stappen gezet dienen te worden om de knelpunten weg te nemen die werkers in de eerstelijns ervaren.

##### Oplossing 33

Nederland kent een aantal ROS-en. NISB zou (bijvoorbeeld samen met LVG, NHG en KNGF) kunnen kijken op welke manier de ROS-en meer in zouden kunnen zetten op het belang van leefstijlinterventies in de eerstelijns.

#### Oplossing 34

In oplossing 10 staat reeds genoemd dat de landelijke overheid convenanten wil gaan sluiten met zorgverzekeraars betreffende het bevorderen van gezonde leefstijl. NISB zou samen met andere (hierboven genoemde) partijen en stakeholders een proactieve rol kunnen nemen om zorgverzekeraars te stimuleren afspraken te maken met eerstelijnsverleners op het terrein van gezondheidsbevordering / leefstijlinterventies.

#### Oplossing 35

NISB zou kunnen onderzoeken of een trainingsbureau met voldoende kennis en expertise een workshop 'Motivational Interviewing' zou kunnen organiseren voor beweegaanbieders tegen een aantrekkelijke prijs.

### LOKAAL NIVEAU

#### Oplossing 36

De ROS kan het belang van gezondheidsbevordering door professionals in de eerstelijns verder onder de aandacht brengen en daarbij aansluiting zoeken bij NHG en KNGF. De website [www.bewegenismedicijn.nl](http://www.bewegenismedicijn.nl) kan daarbij een goed hulpmiddel zijn.

### INDIVIDUEEL NIVEAU

#### Oplossing 37

Een aantal beweegaanbieders noemt de motivatie van deelnemers als een lastig punt. Daarom zou een cursus 'motivational interviewing voor een aantal beweegaanbieders zinvol kunnen zijn om nieuwe vaardigheden aan te leren cliënten te stimuleren het bewegen vol te houden.

Een workshop of cursus 'motivational interviewing' krijgt meer steun van de beweegaanbieders dan een workshop/cursus 'acquisitie of PR'. Er zijn acht respondenten die dit een goede oplossing vinden en tien respondenten die dit een beetje goede oplossing vinden. Van hen zouden zeven beweegaanbieders een dergelijke cursus willen volgen, drie waarschijnlijk en acht zeker niet. Als randvoorwaarden worden ook hier 'tijd' en 'geld' genoemd. Eén beweegaanbieder was van mening dat het 'mooi zou zijn als zo'n cursus zou worden aangeboden door ons netwerk'. Een aantal andere beweegaanbieders meldde dat zij een dergelijke cursus hadden gevolgd en dat dit zeer aan te raden was omdat een beweegaanbieder in de actiefase zit, terwijl de cliënt nog in de onderzoeksfase verkeert.

*Tip: indien de overdracht niet warm is, of anderszins goed is georganiseerd, is het nóg belangrijker om een nieuwe cliënt goed op te vangen als hij/zij de eerste keer naar de beweegactiviteit gaat. Geef de cliënt een welkom gevoel, geef een rondleiding door het gebouw en leg uit wat de cliënt kan verwachten. Introduceer de cliënt in een groep en vraag of iemand een buddy wil zijn van de nieuwe cliënt.*

#### Oplossing 38

Beweegaanbieders zouden bij ZonMw een aanvraag voor de Sportimpuls kunnen indienen. In de aanvraag kunnen elementen worden ingebouwd ten aanzien van deskundigheidsbevordering. Daarbij is het verstandig als de aanvraag door meerdere beweegaanbieders is ingediend, dat deze ondersteund wordt door de gemeente. Door ook zorgprofessionals te betrekken in de aanvraag, kan een samenwerking tot stand komen

tussen zorg- en sportsector.

#### **4.6 Deskundigheidsbevordering**

Om een goede kwaliteit van het beweegaanbod te realiseren, zo zegt een aantal beweegaanbieders, zou de kwaliteit van het arsenaal beweegbegeleiders verbeterd moeten worden. Op alle drie de niveaus zou hier aandacht voor moeten zijn. Uit ander onderzoek is bekend dat zorgprofessionals soms twijfels hebben ten aanzien van de kwaliteit die een aantal beweegaanbieders soms biedt.

##### LANDELIJK NIVEAU

###### Oplossing 39

NISB zou samen met NOC/NSF en andere koepels en sportbonden moeten werken aan een landelijk registratie- en accreditatiesysteem voor beweegaanbieders. Het zou dan mooi zijn als er één systeem komt waar alle beweegaanbieders in staan, zodat duidelijk is welk deskundigheidsniveau een beweegaanbieder in welke regio heeft. Hier kan geleerd worden van het partnership stop met roken waar een registratie- en accreditatietraject is gehanteerd om stop-met-roken-trainers te certificeren. De Fitnessbranche heeft een systeem (van Fit!vak), NL-reps genaamd. Er kan worden gekeken of dit systeem ook geschikt is voor andere sectoren en (indien nodig) kan worden uitgebouwd.

###### Oplossing 40

NISB zou bij de desbetreffende sportbonden en koepels kunnen pleiten om deskundigheidsbevordering van beweegaanbieders hoger op de agenda te zetten. Het is belangrijk dat deskundigheidsbevordering wel betaalbaar is en blijft; zeker voor eenmanszaken als de wandelbegeleiders kunnen de kosten of tijdsinvestering (relatief) hoog zijn.

###### Oplossing 41

NISB zou samen met de desbetreffende sportkoepels (of met provinciale sportraden betreffende de cursus MBVO) kunnen onderzoeken of zorgverzekeraars (dan wel andere partijen) bereid zouden zijn om te investeren in deskundigheidsbevordering van beweegaanbieders, met als doel om zo een (goedkoper maar kwalitatief even goed) alternatief te kunnen realiseren voor bewegingsactiviteiten in de zorgsector voor de doelgroep ouderen/chronisch zieken/inactieven.

##### LOKAAL NIVEAU

###### Oplossing 42

Lokale / regionale sportservice bureaus zouden kunnen inventariseren welke deskundigheid de verschillende (lokale/regionale) beweegaanbieders bezitten (dat kan als onderdeel van het ontwikkelen van een sociale kaart).

###### Oplossing 43

Voor MBVO-trainers is het niet verplicht om periodiek een herhalingscursus te volgen. Sportservice bureaus zouden herhalings-workshops dienen te organiseren zodat MBVO-trainers voldoende deskundig zijn.

## INDIVIDUEEL NIVEAU:

### Oplossing 44

Beweegaanbieders dienen voldoende deskundigheid te hebben in relatie tot de doelgroep die zij begeleiden. Bij onvoldoende deskundigheid dienen (herhaling)cursussen gevolgd te worden.

Voor deze oplossing bestaat veel draagvlak: van de achttien respondenten zeggen er veertien dat dit bijdraagt aan een betere doorstroom van zorg naar sport. Nog eens vier beweegaanbieders vinden dit een beetje. Van de ondervraagden vinden er vijf dat ze voldoende deskundigheid hebben. Acht beweegaanbieders zeggen hun deskundigheid te willen verbeteren, drie zijn waarschijnlijk van plan dit te doen en twee niet. Of die twee vinden dat zij voldoende deskundigheid hebben is niet duidelijk. Ook hier wordt genoemd dat kosten en baten in overeenstemming moeten zijn. Eén beweegaanbieder geeft als tip om voor beweegaanbieders een goed registratie- en accreditatieproces in te richten. Wie dat zou moeten doen, is niet bekend. Dit zou wellicht een (gezamenlijke) actie van de sportbonden/koepels kunnen zijn.

### Oplossing 45

Lokale beweegaanbieders met goede deskundigheid kunnen hun sportkoepel stimuleren om het algehele niveau van de beweegaanbieders in hun sector te verhogen. Ook kunnen zij collega-instructeurs motiveren om voldoende kwalificaties te hebben.

Voor deze oplossing zijn tien respondenten van mening dat deze oplossing een bijdrage kan leveren aan een betere doorstroom van zorg naar sport. Nog eens zeven respondenten vinden dat waarschijnlijk en één vindt dat niet. Van de respondenten zeggen zes beweegaanbieders dit zeker te zullen gaan doen, zes waarschijnlijk en zes niet. Bij deze oplossing wordt gezegd dat het als sportschooleigenaar lastig is om tegen andere sportschoolhouders te zeggen dat zij betere kwaliteit moeten leveren. Iemand anders zegt dat het ook belangrijk is dat er tussen verschillende beweegaanbieders een onderscheidend vermogen bestaat ten aanzien van kwaliteit en cultuur. Iemand anders weer zegt dat dat dit geen taak is van de individuele beweegaanbieder, maar dat dit van hogerhand (koepel/sportbond) geregeld moet worden.



## 5. Discussie

De beweegaanbieders die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek zijn voor een deel aselect gekozen uit een lijst van mensen die de opleiding tot BeweegKuurinstructeur hebben gevolgd en zijn voor een deel geselecteerd door een contactpersoon van de koepel/sportbond. Een klein aantal mensen was aangereikt door collega's, bijvoorbeeld omdat zij zorgprofessionals hadden gesproken die in dezelfde regio werkten. Bovendien gaat het om een kleine groep mensen. Dat maakte dat deze groep beweegaanbieders niet representatief is voor de branche. Zo waren de mensen uit de fitnessbranche bijvoorbeeld stuk voor stuk mensen die voorop lopen in hun branche; ze zijn allemaal bezig met het keurmerk voor "Fit!vak Preventiecentra". Het is goed mogelijk dat deze mensen anders aankijken tegen de Gecombineerde Leefstijlinterventie dan mensen die werken bij een low budget fitnesscentrum. Hetzelfde zou kunnen gelden voor de mensen uit de zwembadbranche. De beweegaanbieders uit de Judosector zijn weer niet helemaal te vergelijken met de andere beweegaanbieders omdat zij niet een structureel aanbod hebben voor mensen uit de doelgroep.

De mensen die betrokken zijn geweest bij dit interview zijn niet altijd onderdeel geweest van een BeweegKuurlocatie, wat ook geen inclusiecriteria was. Het doel van het onderzoek was om knelpunten en oplossingen te identificeren van beweegaanbieders die te maken hebben of kunnen krijgen met cliënten die participeren in een Gecombineerde Leefstijlinterventie of die senioren/chronisch zieken en inactieven als doelgroep hebben. Aan dat criterium voldeden alle geïnterviewden.

Opvallend was de grote mate van enthousiasme, betrokkenheid en compassie die de beweegaanbieders met zowel hun werk als met de doelgroep hebben. Dit kwam ook terug bij de vraag naar feedback op het toegestuurd verslag; op één persoon na, een wandelbegeleider, heeft iedereen gereageerd op het toegestuurd verslag van het interview en dit van feedback voorzien. Op het verdiepingsonderzoek over de individuele oplossingen via SurveyMonkey hebben negentien beweegaanbieders (deels) gereageerd, waardoor de oplossingen op lokaal niveau konden worden aangescherpt en er meer inzicht is verkregen in de randvoorwaarden om deze oplossingen uit te voeren. Mogelijk kan worden gesteld dat de beweegaanbieders intrinsiek gemotiveerd zijn voor de BeweegKuur, terwijl de zorgprofessional eerder professioneel gemotiveerd is.

Bijna alle beweegaanbieders konden vrij goed aangeven wat zij als belangrijkste knelpunt ervoeren. Dat was anders voor de oplossingen of de behoeftes die zij hebben. Opmerkelijk is dat de top vier van oplossingen/behoeftes niet één op één matchen met de top vier van grootste knelpunten. Terwijl het krijgen van een goed contact met zorgverleners en een daaruit voortvloeiende samenwerking als belangrijkste knelpunt werd ervaren, kwam als belangrijkste oplossing 'meer tijd en geld' bovendrijven. Dit werd weliswaar op de voet gevolgd door oplossingen op het gebied van het verbeteren van het contact en de communicatie. Hier kan worden opgemerkt dat deze twee behoeftes eigenlijk niet primair de beweegaanbieders zelf betreffen; de grootste behoeftes liggen niet op het vlak van het verbeteren van eigen kennis, competenties of vaardigheden. De oplossing(en) wordt vooral buiten zichzelf en buiten de eigen sector gezocht.

De vraag kan dus worden gesteld in hoeverre de beweegaanbieders goed in staat zijn om zelf reflecterend te zijn. Het lijkt er op dat (in elk geval een deel van de) beweegaanbieders in

de eerste plaats kijken naar wat anderen zouden kunnen/moeten doen of laten en dat pas daarna wordt gekeken wat ze zelf zouden kunnen doen om het probleem op te lossen. Dat is jammer, immers, indien een persoon met een vinger naar iemand wijst, dan wijzen drie vingers naar de persoon zelf. Met andere woorden, indien beweegaanbieders goed naar zich zelf zouden kijken, van een afstandje, door te reflecteren, dan zouden ze kunnen zien welke rol zij zelf hebben, wat ze zelf aan een bepaald probleem zouden kunnen doen. Dat is echter moeilijk; het is immers gedrag dat bijna iedereen hanteert. Toch is deze zelfreflectie van groot belang, ook bij dit probleem.

Ook kan opgemerkt worden dat veel beweegaanbieders niet altijd goed in staat waren om de behoeftes, zover die er leefden, concreet en expliciet te maken. Het bleef vaak bij een algemene wens: "Als de huisartsen nou een keer meededen met mijn activiteit, dan zouden ze zien wat voor meerwaarde het heeft voor sommige patiënten". Het was voor veel beweegaanbieders lastig om precies aan te geven wie wat wanneer en waarom moet doen om een bepaald effect te sorteren. Het probleem van de matige doorstroom is complex van aard en de vraag is of beweegaanbieders, (kunnen) weten hoe de vork in de steel zit. In dit licht is het ook jammer dat de onderzoeker niet ook het onderzoek onder zorgprofessionals heeft gedaan. Indien dat wel het geval was geweest, dan had in de gesprekken met beide sectoren een aantal issues over en weer getoetst kunnen worden.

Wat een rol kan spelen bij het moeizaam tot stand brengen van contact dan wel (duurzame) samenwerking met de zorg is dat beweegaanbieders aanbodgericht te werk gaan: "Ik heb een mooi product dat geschikt is voor een deel van jouw cliënten; je hoeft alleen maar door te verwijzen naar mij". Een andere benadering, waarbij wordt geprobeerd de behoefte van de zorgverlener te peilen om vervolgens te kijken waar de beweegaanbieder zou kunnen helpen, waar vraag en aanbod samenkomen, zal waarschijnlijk meer effect sorteren.

NISB heeft de netwerkbenadering als middel gekozen voor implementatie van de BeweegKuur. Of dit de juiste benadering is geweest, is uit dit onderzoek niet op te maken. Wel zeggen de beweegaanbieders dat zij het prettig zouden vinden om in zo'n netwerk te participeren. De belangrijkste reden daartoe lijkt dan het persoonlijk contact te zijn, waardoor men verwacht (beter) samen te kunnen werken. Wellicht is het netwerk zelfs voorwaardenscheppend voor de rest van het onderliggende probleem. In dat licht is het jammer dat NISB bij de implementatie van de BeweegKuur zich in het begin heeft gefocust op de zorg. De beweegaanbieders zijn als belangrijke doelgroep relatief laat betrokken in de implementatiefase van de BeweegKuur. Toen duidelijk werd dat de GLI geen gefinancierde zorg werd, was het aannemelijk dat zorgverleners minder bereid waren te investeren in een netwerk waar beweegaanbieders deel van uitmaakten.

Ondanks dat beweegaanbieders het niet zo ervaren, zou het goed kunnen dat zorgverleners uit zowel de eerste als tweede lijn wel degelijk met hun cliënten (waaronder senioren/chronisch zieken etc.) bespreken dat lichamelijke inspanning tot gezondheidswinst/betere kwaliteit van leven kan leiden. Het is niet ondenkbaar dat deze mensen daadwerkelijk worden doorverwezen, maar dat zij niets doen met het advies. De effectiviteit van het advies zou mogelijk verbeterd kunnen worden, als de zorgverlener aan de cliënt vraagt of de contactgegevens door mogen worden gegeven aan de beweegaanbieder, zodat deze contact kan opnemen met de cliënt. Zo kan wellicht een drempel worden weggenomen.

## 6. Conclusie en aanbevelingen

Uit de gesprekken met de beweegaanbieders is duidelijk geworden dat zij nog veel problemen ervaren met de doorstroom van mensen die participeren in de BeweegKuur of de Gecombineerde Leefstijlinterventie, dan wel met een reguliere instroom van mensen uit de doelgroep senioren/ chronisch zieken en inactieven. Het gros van de beweegaanbieders is bijzonder gedreven, enthousiast en betrokken met de doelgroep. Dit maakt dat zij vaak een stapje extra willen doen. Een deel van de beweegaanbieders loopt echter tegen een aantal knelpunten aan. De gesprekken hebben duidelijk gemaakt dat het niet gaat om een beperkt aantal knelpunten. Er is eerder sprake van een multifactorieel probleem, dat bovendien op verschillende niveaus ligt. De oplossing is daarom ook multifactorieel. Om een soepele doorstroom (dan wel instroom) van senioren / chronisch zieken en/of inactieven vanuit de zorg (en welzijn) naar het lokale sport- en beweegaanbod te verbeteren dient op verschillende niveaus (landelijk, regionaal/lokaal, of individueel), een aantal zaken te worden aangepakt. De oplossingen die in dit deelrapport genoemd worden variëren ook qua complexiteit, omvang van investering en potentiële probleemeigenaar.

Op landelijk niveau zijn er enkele partijen die een bijdrage kunnen leveren om senioren, chronisch zieken en/of inactieven te stimuleren om (duurzaam) te bewegen. In eerste instantie is het belangrijk dat de landelijke overheid bewegingsstimulering als onderdeel van leefstijlbegeleiding als een speerpunt blijft zien. Voor een betere en duurzame implementatie dienen keuzes gemaakt te worden ten aanzien van de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen en groepen professionals en ten aanzien van de financiering van dit element van preventie.

Op landelijk niveau kan NISB als kennisinstituut proberen diverse stakeholders te stimuleren om actie te ondernemen om senioren, chronisch zieken en/of inactieven te stimuleren om (duurzaam) te bewegen. NISB kan daartoe de benodigde kennis aanleveren en ondersteuning bieden. De betrokkenheid van verschillende stakeholders is nodig om de paradigmashift van ZZ (zorg & ziekte) naar GG (gedrag & gezondheid) te kunnen realiseren. Gezien vanuit de financiering is de rol van zorgverzekeraars hier van belang. Andere stakeholders die hier een rol bij (kunnen) hebben zijn bijvoorbeeld NHG, KNGF, LVG (ROS'en), NOC NSF en geselecteerde bonden en Fit!vak. Tegelijkertijd lijkt het ook zinvol belangenbehartigers van patiënten met een chronische aandoening te betrekken in de discussie.

Voor een succesvolle lokale implementatie van de GLI bestaat er geen gouden standaard; per regio of locatie kan het anders werken. De aanwezigheid van een netwerk, een sociale kaart een goed kwalitatief beweegaanbod zijn een voorwaarde of kunnen behulpzaam zijn maar bepalen niet alleen de resultaten; de houding en inzet van betrokken zorgverleners, sport- en beweegaanbieders en andere betrokkenen lijken tevens erg belangrijk. Het buiten de kaders van de eigen discipline en gebruikelijke werkwijze kunnen denken is hier belangrijk. Per situatie zal bekeken moeten worden welke strategie het beste werkt en wie daarbij betrokken moet worden.

Eind 2012 houdt de subsidie op voor 'De BeweegKuur'. De materialen van de BeweegKuur blijven algemeen beschikbaar, maar NISB heeft geen rol meer in de ondersteuning van intermediairs en professionals bij de uitvoering van de BeweegKuur. Ondanks de positieve

effecten die het project heeft opgeleverd, is de BeweegKuur of de Gecombineerde Leefstijlinterventie geen onderdeel geworden van de basiszorgverzekering. Bij een aantal van de genoemde oplossingen ligt een taak voor NISB in het verschiet. NISB kan door kennis te delen, door relevante stakeholders te binden, boeien en bewegen een wezenlijke bijdrage leveren aan een succesvolle implementatie van de GLI.

## **Bronnen**

Hartog, F. den, Wagemakers, A., Vaandrager, L. en Koelen, M. (2012). Een gedeelde passie voor gezonder leven', evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuur en gecombineerde leefstijlinterventies. Wageningen University.

Raaijmakers, L., Helmink, J., Hamers, F. en Kremers, S. (2012). Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners najaar 2011. Maastricht University.

## BIJLAGE A1 - Vragenlijst diepte-interview zorgverleners

1. **Kunt u kort iets vertellen over uw achtergrond?** (discipline, functie, hoe lang werkzaam in functie)
2. **Op welke manier bent u betrokken bij de BeweegKuur?** (start, eigen rol in netwerk)
3. Einddoel(groep)  
**Kunt u vertellen hoe de doorstroom van deelnemers naar regulier sportaanbod vormgegeven wordt?**
  - Wat zijn succes- en leerpunten? Wat was voor u een 'mijlpaal'?
  - Hoe gebeurt de doorverwijzing/wat bepaalt keuze deelnemer?
  - Wat is geschikt aanbod? Kenmerken deelnemer -> hierop aansluiten
  - Bekendheid sportaanbod/sociale kaart
  - BeweegKuur Instructeur
  - Warme overdracht / terugkoppeling / nazorg <--> eigen verantwoordelijkheid
4. Lokale samenwerking/betrokkenheid netwerk  
**Kunt u de samenwerking omschrijven tussen eerstelijnszorg en sport?**
  - Hoe verloopt de verbinding tussen eerstelijnszorg en sport?
  - Welke partijen zijn betrokken?
  - Wat zijn hierbij succes- en leerpunten?
  - Cultuurverschillen
  - Hoe kan deze verbinding verbeterd worden? Wat is hiervoor nodig?
5. Opedane kennis/ervaringen  
**Hoe ziet u de toekomst van de verbinding zorg/sport in de toekomst?**
  - Wat zijn cruciale punten? Randvoorwaarden voor continuering?
  - Nieuwe partijen betrekken?

## BIJLAGE B1 – Knelpunten volgens beweegaanbieders

KNELPUNTEN	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25	TOTAAL *
Het beweegaanbod is voor een deel van de doelgroep (te) duur		X												X												2 (1)
Er is te weinig (kwalitatief goed) aanbod voor de doelgroep																				X						1 (0)
Subsidie voor beweegactiviteiten dreigt te stoppen of is niet continue		X						X	X																	3 (2)
Het aanbod uit de bewegingssector wordt niet gefinancierd door zorgverzekeraars; het aanbod uit de zorgsector wel. Oneerlijke concurrentie		X		X	X					X	X				X										X	7 (1)
Potentiele cliënten weten te weinig welke mogelijkheden er zijn om met vergoeding te bewegen											X															1 (1)
De eerstelijns kent het beweegaanbod en/of hun aanbieders (en dus ook de kwaliteiten) onvoldoende (er is geen beweegmakelaar)	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18 (10)
De communicatie met de eerstelijns sector verloopt moeizaam												X						X								2 (0)
Er is een taalbarrière tussen de zorg- en sport/bewegingssector																					X			X		2 (1)
De bewegingssector koppelt te weinig terug naar de sector; communicatie vanuit bewegingssector moet beter										X																1 (0)
Het imago van de bewegingssector is niet goed en moet worden bijgesteld										X												X	X	X		4 (0)
De eerstelijns kent onvoldoende waarde toe aan het belang van lichaamsbeweging / er is een mindset nodig, van ZZ naar GG					X	X	X			X					X	X			X	X	X					9 (2)
De eerstelijns maakt geen / onvoldoende tijd vrij om gezonde leefstijl / lichaamsbeweging te stimuleren												X				X				X	X				X	5(0)
De huisarts / POH-er heeft schroom om patiënten (meer) te wijzen op het belang van gezonde leefstijl																				X						1 (0)
Er is geen (digitale) sociale kaart welk beweegaanbod voor welke doelgroep waar en wanneer beschikbaar is			X					X																		2 (0)
Er is geen netwerk waar zorg en sport (en gemeente) elkaar treffen			X		X		X	X				X														5 (0)
Doorverwijzing vanuit eerstelijns naar lokale sport- en beweegaanbieders is matig. Of ze verwijzen helemaal niet, of de aard van de verwijzing is niet sturend genoeg. Het is vaak een kwestie van geld.		X	X		X	X	X			X		X	X	X		X	X							X	x	13 (4)





## BIJLAGE B2 – Behoeft / suggesties van beweegaanbieders

BEHOEFTE / SUGGESTIES	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25	TOTAAL
Met zorgverzekeraar moeten afspraken worden gemaakt om beweegprojecten te vergoeden voor bepaalde subgroepen. Dat kan op lokaal, regionaal of landelijk niveau gebeuren / Deelnemers zouden korting moeten krijgen van gemeente of zorgverzekeraar om te kunnen blijven sporten; de subsidie die daartoe gegeven is moet gecontinueerd worden			X	X	X			X			X			X	X	X	X	X			X		X	X		13
Informeel Beweegaanbieders waar ze terecht kunnen met vragen / ondersteuning kunnen krijgen				X				X																		2
Ondersteuning voor beweegsector vanuit de gemeente voor bewegingsstimulering, bijv. in de vorm van een convenant	X													X							X				X	4
Netwerk waar sport- en zorg (en gemeente) elkaar treft			X		X	X	X	X										X		X				X	X	9
Een makelaar (buurtsportcoach) die de verbinding legt tussen de zorg- en beweegsector		X		X		X	X							X	X	X	X	X			X	X	X		X	12
Beweegaanbieders moeten (beter) gecertificeerd zijn om een kwalitatief goed aanbod te realiseren														X								X				2
Meer tijd/menskracht om samenwerking te realiseren tussen zorg en sport	X																			X					X	3
Om de korting/subsidie voor deelnemers te realiseren zouden sportbonden / koepels (eventueel samen met andere partijen zoals NISB en gezondheidsfondsen) dit aanklaarten		X	X												X											3
Zorgverzekeraar zou er meer op moeten toezien dat fysiotherapeuten alleen mensen zouden moeten helpen met een medische indicatie; andere cliënten zouden moeten worden doorverwezen naar de beweegsector		X																		X						2
Een goede sociale kaart voor het beweeg- & sportaanbod (ook vermelden wat de kwaliteiten van de beweegaanbieder is); gemeente en/of sportservice zouden daarvoor trekker kunnen zijn			X				X				X									X					X	5
Betere samenwerking van beweegaanbieders onderling om sporten laagdrempeliger te maken. Dit zou door gemeente of sportservice kunnen worden opgepakt										X																1

Zorgverzekeraars zouden huisartsen veel meer moeten prikkelen (straffen danwel belonen) om meer aandacht te besteden voor stimuleren van beweging / gezonde leefstijl. Dit zou aangezwengeld kunnen worden door ROS-en, NISB, NHG etc.	X		X		X				X		X									5
Meer aandacht voor bewegingsstimulering / preventie in opleiding van huisartsen					X															1
Inzicht krijgen in waar de beweegaanbieder terecht kan voor hulp / ondersteuning		X																		1
Maak gymlessen weer verplicht; jong geleerd is oud gedaan		X																		1
Workshop acquisitie; hoe benader je de zorgsector effectief / Beter inzicht krijgen in hoe de communicatie effectiever kan; welke argumenten komen over?					X			X		X										3
Workshop 'Communicatie / PR / Marketing': Hoe vermarkt ik mijn aanbod richting zorgprofessionals en/of potentiële klanten					X			X		X			X	X	X	X				8
Stel voorbeeldbrieven beschikbaar die beweegaanbidders kunnen gebruiken om de eerstelijns te benaderen																			X	1
Workshop 'Motivational Interviewing'; hoe stimuleer is potentiële klanten om het bewegen vol te houden										X										1
Meer aandacht in de media is nodig om nut en noodzaak van gezonde leefstijl / lichaamsbeweging te benadrukken / Aandacht op landelijk NHG-congres					X					X									X	3
Deskundigheidsbevordering / kwaliteitsverbetering van beweegaanbidders					X	X			X	X		X		X	X					7
Geef huisartsen een beter inzicht in de beweegnorm en de preventieve waarde van lichaamsbeweging (bijv.) al in de opleiding						X														1
Betere samenwerking tussen NISB, NOC/NSF, Sportbonden, Sportraden etc. Idee: samen de Nationale Sportweek promoten of nationale 'Bewegen is Medicijn'-campagne																			X	1
Het nut van beweging moet beter onder de aandacht worden gebracht bij zorgverzekeraars; er zijn daartoe veel data (bij sportscholen) beschikbaar, maar die moeten geanalyseerd worden						X	X													2
Ontwikkeling van een classificatiesysteem voor sport- en beweegaanbidders										X										1
Terugkomdag voor mensen die de opleiding voor BK hebben gevolgd										X										1
Mantelzorgers zouden betrokken moeten worden bij het bewegen											X									1