

Verbinding zorg, sport en bewegen

Perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de
verbinding zorg, sport en bewegen



MSc scriptie

A.M.E. Florisson

Informatiepagina

Titel: Verbinding zorg, sport en bewegen: Perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen.

Naam: Annemiek Florisson

Student nummer: 920220242110

Opleiding: MSc Health and Society

Vak code: HSO-80333 (MSc scriptie)

Datum: 15 januari 2016

Begeleiders: Dr. Ir. M.A.E. Wagemakers en MSc K.E.F. Leenaars

Examinator: Prof. Dr. M. Koelen



Voorwoord

Verrassend, dat is hoe ik in één woord het schrijven van mijn MSc scriptie heb ervaren. Om eerlijk te zijn zag ik na een tegenvallende BSc scriptie als een berg op tegen het schrijven van nog een scriptie, en dit keer zelfs over een periode van een half jaar. Mijn motivatie werd ook niet echt gestimuleerd door de horror scriptieverhalen die ik regelmatig aanhoorde van mijn mede WUR studenten. Eeuwige uitloop door een chronisch gebrek aan motivatie, onbereikbare begeleiders of moeilijkheden in de dataverzameling leken eerder regel dan uitzondering. Ik had dus al voorzien dat ik vanaf augustus een eenzaam, sneu bestaan zou leiden in de troosteloze bieb van de Leeuwenborch. Dus toen de kalender eenmaal maandag 3 augustus aangaf stond ik niet echt te juichen. Met in mijn achterhoofd dat elk uur dat ik aan mijn scriptie bestede ook een stap dichterbij de eindstreep was, ben ik vanaf dag één toch wel flink aan het werk gegaan. Om eerlijk te zijn, de eerste maand was ook redelijk troosteloos. Het was niet echt fijn om uren in de bieb te spenderen terwijl als ik het uit het raam keek mijn vrienden zag feesten tijdens de AID. Maar verrassend, na een maand druk bezig te zijn geweest met mijn onderzoeksvoorstel was mijn zwaarmoedigheid verdwenen. De horrorverhalen sloegen verrassend genoeg niet op mij, helemaal niet zelfs. De afgelopen maanden zijn, hoe cliché, voorbij gevlogen en dat allemaal door een aantal hele fijne mensen om mij heen.

Ten eerste wil ik Karlijn Leenaars bedanken, PhD student van het promotieonderzoek “Verbinden Zorg en Sport” waar deze scriptie deel van uit maakt. Bedankt voor het feit dat je echt 24/7 bereidt was om mij van feedback te voorzien en vragen te beantwoorden. Naast het feit dat je mij veel kennis en wijsheid hebt bijgebracht hebt, vind ik jou ook een super fijn persoon om mee samen te werken. Bedankt!

Daarnaast wil ik ook mijn begeleider Annemarie Wagemakers bedanken voor haar tijd om mijn scriptie van feedback te voorzien. Door uw deskundige feedback heb ik veel geleerd over het schrijven van academische teksten in het Nederlands.

Ook wil ik Eline, Mirte, Bonnie, Suzanna en Justine bedanken voor hun gezelligheid in thesis “hok” 3063. Jullie hebben er zeker ook aan bijgedragen dat ik het schrijven van mijn thesis zo verrassend leuk heb ervaren. Bedankt voor alle kletspraatjes, overpeinzingen en niet te vergeten, de liters thee.

Ten slotte wil ik, mijn vriend Rob Maas bedanken voor zijn liefde maar bovenal zijn Word-skills. Zonder jou had ik allang mijn laptop uit het raam gegooit! Bedankt!

Samenvatting

Introductie

De zorg- en sportsector hebben een belangrijke taak in het bevorderen van gezondheid bijvoorbeeld door beweging te stimuleren onder volwassenen met een beweegachterstand. Een duurzame samenwerking tussen de zorg- en sportsector kan de sectoren zorg en sport met elkaar verbinden, zodat een goede doorstroom vanuit de zorg naar het sport- en beweegaanbod mogelijk wordt. Maar, een verbinding tussen zorg en sport komt vaak moeilijk tot stand. De buurtsportcoach is in 2012 in het leven geroepen om een goede verbinding tussen zorg en sport te realiseren. Uit onderzoek blijkt dat ook hij problemen ervaart gerelateerd aan de zorg-, sport- en welzijnssector die de verbinding lastig maken. De problemen die hij ervaart zijn: een gebrek aan tijd, kennis en geschikt sport- en beweegaanbod en eigen belangen van eerstelijnszorgprofessionals om patiënten binnen de eigen sector te houden. Het doel van het onderzoek is om in kaart te brengen wat de perspectieven zijn van uitvoerende professionals in het netwerk van de buurtsportcoach, te weten zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen en ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach in deze verbinding. Deze perspectieven kunnen nieuwe, aanvullende inzichten geven over de verbinding.

Onderzoeksvragen

- 1) Wat is er bekend over de perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het bevorderen van sport en bewegen?
- 2) Wat zijn de perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach in het verbinden van zorg, sport en bewegen?
- 3) Wat zijn de perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen en welke factoren ervaren zij die de verbinding kunnen belemmeren of bevorderen?

Methoden

De onderzoeksopzet voor deze scriptie is kwalitatief. Voor deelvraag één is een (systematisch) literatuuronderzoek uitgevoerd. Na operationalisatie van de zoektermen is in Scopus, PsycINFO en PubMed gezocht naar publicaties. In totaal zijn 23 publicaties geïnccludeerd.

Deelvraag twee en drie zijn beantwoord door middel van negen focusgroepen met zorg-, sport- en welzijnsprofessionals in zes gemeenten. Deelnemers zijn geselecteerd uit het netwerk van de buurtsportcoach, waar mogelijk is aangesloten bij een bestaand overleg. De focusgroepeelnemers zijn begonnen met een 'preference ranking' opdracht over de taken van de buurtsportcoach in de

verbinding zorg, sport en bewegen, vervolgd door een discussie over de verbinding. De uitgewerkte interviews zijn geanalyseerd aan de hand van Creswell 's six steps of qualitative data analysis.

Resultaten

In de literatuurstudie zijn factoren genoemd die belemmerend en/of faciliterend werken voor het bevorderen van bewegen in de eerstelijnszorg. Meest genoemde belemmerende factoren zijn: gebrek aan tijd, ongemotiveerde en ongeschikte patiënten en onvoldoende kennis en vaardigheden over hoe professionals bewegen moeten bevorderen. De meest terugkerende faciliterende factoren zijn dat artsen het belang van beweging inzien, het bevorderen van bewegen als deel van hun functie beschouwen en zelf ook regelmatig sporten en/of bewegen.

Uit de focusgroepen is naar voren gekomen dat zorg-, sport- en welzijnsprofessionals tevreden zijn over de functie van buurtsportcoach. De professionals beschouwen de werkzaamheden van een buurtsportcoach als een aanvulling op de eigen werkzaamheden. De buurtsportcoach heeft volgens hen drie taken: netwerken, doorverwijzen en organiseren.

Professionals zijn overwegend positief over de verbinding zorg, sport en bewegen. Professionals in een structurele samenwerking willen de verbinding uitbreiden. Professionals in een niet-structurele samenwerking willen de samenwerking intensiveren. Professionals ervaren dat de volgende factoren de verbinding belemmeren of faciliteren: de doelgroep, persoonlijke opvattingen over het belang van bewegen en samenwerking, effectiviteit van de verbinding, beleid, tijd, financiële vergoeding door de verzekeraar, kennis van professionals over het beweegaanbod, eigen belangen in de sector, personeel en faciliteiten en het sport- en beweegaanbod.

Conclusie en discussie

Zorg-, sport en welzijnsprofessionals zijn tevreden over de verbinding zorg, sport en bewegen en de rol die de buurtsportcoach hierin speelt. Professionals ervaren dat factoren gerelateerd aan de zorg-, sport- en welzijnssector verbinding belemmeren. De zorgsector wordt belemmerd voor deelname aan de verbinding door een gebrek aan tijd, kennis, financiële vergoeding en verhinderd door tegenstrijdige belangen. Sport kan niet optimaal functioneren binnen de verbinding door een gebrek aan personeel en faciliteiten en doordat zij het sport- en beweegaanbod onvoldoende bekend maken. Welzijnorganisaties door een combinatie van factoren die ook spelen in de zorg- en sportsector. Daarnaast ervaren zowel zorg-, sport- als welzijnssector dat de doelgroep en beleid ten aanzien van sportstimulering een belemmering vormen voor de verbinding.

Inhoudsopgave

Informatiepagina	i
Voorwoord	ii
Samenvatting	iii
1. Introductie	1
1.1. Het belang van bewegen	1
1.2. Bevorderen van bewegen onder volwassenen met een beweegachterstand	2
1.3. Samenwerken met zorg en sport	3
1.4. De buurtsportcoach als verbinder van zorg en sport	5
1.5. Probleemstelling	6
1.6. Onderzoeksvraag	7
2. Methoden	8
2.1. Literatuuronderzoek	8
2.2. Datacollectie en -analyse literatuuronderzoek	13
2.3. Focusgroepen	13
3. Resultaten	18
3.1. Resultaten literatuurstudie	18
3.2. Resultaten perspectieven ten aanzien van de buurtsportcoach	31
3.3. Perspectieven ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen	37
3.4. Faciliterende en belemmerende factoren voor het verbinden van zorg en sport	41
4. Discussie	48
4.1. Vergelijking resultaten met eerder onderzoek	49
4.2. Betekenis resultaten voor de verbinding zorg, sport en bewegen	50
4.3. Suggesties voor de buurtsportcoach en zorg-, sport- en welzijnsprofessionals in het verbinden van zorg, sport en bewegen	51
4.4. Sterke en zwakke punten van het literatuuronderzoek en de focusgroepen	52
4.5. Conclusie	54
Referenties	55
Appendices	59
Appendix 1: Leidraad focusgroepgesprek	59
Appendix 2: 'preference ranking' opdracht formulier	61
Appendix 3: Creswell's six steps of qualitative data analysis	63
Appendix 4: Codeboom	64
Appendix 5: Resultatentabel focusgroepen verbinding zorg, sport en bewegen	66

1. Introductie

Dit onderzoek maakt deel uit van het door ZonMw gefinancierde onderzoeksproject: Verbinding zorg, sport & bewegen: Onderzoek naar samenwerking van buurtsportcoaches, lokale zorg en sportaanbieders en participatie van buurtbewoners. In het onderzoek, uitgevoerd door de Wageningen Universiteit en het Radboudumc, worden tussen 2014 en 2016 vijftien buurtsportcoaches gevolgd, verspreid over negen Nederlandse gemeenten. Het gaat hier specifiek om de buurtsportcoaches die zich richten op de doelgroep volwassenen en als opdracht hebben meegekregen om de zorg- en sportsector met elkaar te verbinden. Het doel van het onderzoek is om inzichten te krijgen in de impact van de rol van buurtsportcoach en in kansen en lessen om de theorie en praktijk van de gezondheidsbevordering in Nederland te verbeteren (Smit, Leenaars, Wagemakers, Molleman, & van de Velden, 2015). Het onderzoek uitgevoerd door de Wageningen Universiteit, richt zich op de rol van de buurtsportcoach in het verbinden van zorg, sport en bewegen. Deze MSc scriptie is onderdeel van dit onderzoeksproject en brengt in kaart wat de perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals zijn ten opzichte van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen.

In dit hoofdstuk wordt het belang van bewegen, het bevorderen van bewegen onder volwassenen met een beweegachterstand, intersectorale samenwerking tussen zorg en sport en de rol van de buurtsportcoach in de verbinding zorg, sport en bewegen besproken. Na de introductie volgt de probleemstelling die leidt tot de onderzoeksvraag en de bijbehorende onderzoeksdeelvragen. In hoofdstuk 2 worden de methoden besproken. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten van het onderzoek. De scriptie eindigt met een conclusie en discussie van de resultaten in hoofdstuk 4.

1.1. Het belang van bewegen

Chronische ziekten zijn een groeiend wereldwijd gezondheidsprobleem. Van alle 56 miljoen doden in 2012 waren er 38 miljoen het gevolg van één of meer chronische ziekten (WHO, 2014). In Nederland had in 2011 een derde (5,3 miljoen) van de bevolking te maken met een chronische ziekte. Niet alleen heeft het hebben van een langdurige ziekte vervelende gevolgen voor de patiënt zelf, maar legt het ook grote druk op het gezondheidszorgsysteem. Het is daarom van belang dat chronische ziekten, indien mogelijk, worden genezen of worden voorkomen. Na roken, zijn overgewicht en onvoldoende bewegen de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van een chronische ziekte (RIVM, 2014). Voldoende beweging als onderdeel van een gezonde leefstijl is dus belangrijk om langer fit te blijven en op die manier een chronische ziekte in bepaalde gevallen te kunnen behandelen, uit te stellen of te voorkomen (Nelson et al., 2007) In het stimuleren van bewegen valt

nog veel gezondheidswinst te behalen, aangezien 1 op de 3 Nederlanders te weinig beweegt (Van den Brink & Savelkoul, 2013).

1.2. Bevorderen van bewegen onder volwassenen met een beweegachterstand

In het stimuleren van bewegen onder volwassenen met een beweegachterstand, is een belangrijke taak weggelegd voor zowel de zorg- als de sportsector. Toch blijkt uit onderzoek dat deze taak niet vanzelfsprekend is door belemmeringen in de sectoren.

1.2.1. Belemmerende en faciliterende factoren in de zorgsector ten aanzien van het bevorderen van bewegen

Zorgprofessionals komen als eerste in aanraking met de patiënt en zijn daardoor van belang in het in beweging brengen van de patiënt. Toch beschouwen niet alle zorgverleners dit als hun taak. Uit recent onderzoek onder Nederlandse huisartsen blijkt dat de helft van hen vindt dat zij een belangrijke taak hebben in het bevorderen van bewegen. De andere helft vindt deze taak aanwezig, maar beperkt. Als huisartsen beweging bevorderen in de praktijk, doen zij dit vooral in de vorm van het geven van beweegadviezen aan patiënten. Doorverwijzen doen zij minder vaak: nog geen twintig procent van de patiënten die baat kunnen hebben bij meer beweging worden daadwerkelijk doorverwezen door de huisartsen (Leemrijse, de Bakker, Ooms, & Veenhof, 2015).

Een systematisch review naar de percepties van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het geven van beweegadviezen beschrijft de belemmerende en faciliterende factoren voor artsen om bewegen te bevorderen onder patiënten. Ervaren belemmeringen zijn een gebrek aan tijd, gebrek aan kennis en training, onvoldoende effect van de adviezen op gedragsverandering van de patiënt, een gebrek aan financiële prikkels, een gebrek aan adviesprotocollen, het onvoldoende prioriteit geven aan beweegadvisering en organisatorische barrières. Faciliterende factoren worden ook door artsen erkend. Artsen geven eerder beweegadviezen aan patiënten met overgewicht of een hoge bloeddruk. Ook wordt vaker beweging voorgeschreven wanneer zorgprofessionals zelf sportief zijn (Hébert, Caughy, & Shuval, 2012).

1.2.2. Belemmerende en faciliterende factoren in de sportsector ten aanzien van het bevorderen van bewegen onder volwassenen met een beweegachterstand

De sportsector is de ontvanger van mensen met een beweegachterstand. Deze mensen kunnen zowel doorgestuurd zijn vanuit de zorg of geworven zijn door de sportsector. Vervolgens kunnen sportverenigingen sport- en beweegactiviteiten aanbieden gericht op deze specifieke doelgroep (J.M. Huijg, 2014; Ooms, Veenhof, Schipper-van Veldhoven, & de Bakker, 2015). Deze taak blijkt voor de

sportsector niet vanzelfsprekend. De helft, 53 procent, van de sportverenigingsbestuurders zijn van mening dat sportverenigingen mensen zouden moeten stimuleren om meer te gaan bewegen. Nog iets minder dan de helft, 42 procent, van de verenigingen werken mee aan een sportstimuleringsproject van een gemeente of een andere organisatie (Daamen, Veerman, van Kalmthout, & van der Werff, 2013). Uit recent onderzoek van Ooms et al. (2015) blijkt dat verschillende belemmeringen bij verenigingen aanwezig zijn voor deelname aan een programma dat bewegen bevordert onder volwassenen met een bewegachterstand. Ten eerste is het reguliere sportprogramma op zowel inhoudelijk- (de activiteit zelf, intensiteit) als organisatieniveau (dag en tijdstip van de training) vaak onvoldoende afgestemd op de doelgroep. Een andere belemmering is een gebrek aan materialen, mankracht, tijd en geld om de sport- en beweegactiviteiten aan te kunnen bieden voor de doelgroep. Verder is het een hindernis wanneer geen toegewijde programmacoördinator aanwezig is die voldoende tijd heeft voor een project. Ook onvoldoende steun van binnen en buiten de sportvereniging zorgt ervoor dat sportverenigingen minder snel beweegaanbod creëren voor mensen met een bewegachterstand. Ten slotte speelt mee dat verenigingen vaak onvoldoende gekwalificeerde trainers en/of vrijwilligers hebben om mee te kunnen doen aan een speciaal programma. Faciliterende factoren zijn in het onderzoek van Ooms et al. (2015) het tegenovergestelde van de genoemde waargenomen belemmeringen.

1.3. Samenwerken met zorg en sport

Verschillende belemmeringen in de zorg- en sportsector maken het lastig om volwassenen met een bewegachterstand structureel aan het bewegen te krijgen en te houden. Afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders zijn niet optimaal. Uit recent onderzoek blijkt dat 17 procent van de huisartsen aan een samenwerking deelneemt om bewegen te bevorderen onder patiënten. Een vergelijkbaar percentage is zichtbaar in onderzoek onder sportverenigingen naar samenwerkingen met de zorgsector (Daamen et al., 2013; Leemrijse et al., 2015).

1.3.1. Intersectorale samenwerking zorg en sport

Om inactieve patiënten structureel te laten bewegen, is het belangrijk dat een duurzame samenwerking vormgegeven wordt tussen de zorg- en sportsector die een goede doorstroom van de zorg naar het sport- en beweegaanbod mogelijk maakt. Intersectorale samenwerking is hier een voorbeeld van. Door intersectorale samenwerking, gedefinieerd door WHO (1998) als een samenwerking tussen verschillende sectoren, kunnen gezondheidsresultaten behaald worden die effectiever, efficiënter en duurzamer zijn dan wat één sector alleen kan bereiken. Dat komt omdat de organisaties informatie uitwisselen, activiteiten aanpassen, bronnen delen, ervoor zorgen dat ze

beiden profiteren van een samenwerking en ze een gezamenlijk doel voor ogen hebben (Himmelman, 2002). Een intersectorale samenwerking tussen de zorg- en de sportsector kan dus veelbelovend zijn in het realiseren van het gemeenschappelijke doel, het stimuleren van bewegen.

In een review naar bestaande intersectorale samenwerkingen tussen zorg en sport worden twee verschillende aanpakken onderscheiden (Leenaars, Smit, Wagemakers, Molleman, & Koelen, 2015). In de eerste aanpak staat het doorverwijzen van patiënten vanuit de eerstelijnszorg naar het sport- en beweegaanbod centraal. In die aanpak worden patiënten die baat kunnen hebben bij bewegen door de huisarts, de praktijkondersteuner of de fysiotherapeut doorverwezen naar het lokale sport- en beweegaanbod zoals een sportvereniging, een wandelclub of een fitnesscentrum. In de tweede aanpak worden onder toezicht oog van beide sectoren beweegactiviteiten georganiseerd in de lokale gemeenschap. In dat geval zijn de zorg- en/of de sport- en beweegsector betrokken bij het organiseren van lokale activiteiten voor mensen met weinig beweegervaring, zoals fittesten en beweeglessen aangepast aan de doelgroep.

1.3.2. Belemmerende en faciliterende factoren in intersectorale samenwerkingen tussen zorg en sport

Verschillende onderzoeken en interventies laten zien dat een verbinding tussen de sectoren zorg en sport vaak moeilijk tot stand komt. Een voorbeeld is de BeweegKuur leefstijlinterventie, gestart in 2007. In het BeweegKuur project was het de bedoeling dat in 120 gemeenten in Nederland lokale netwerken zouden ontstaan waar eerstelijnszorgverleners en GGD 'en samenwerken met lokale sportverenigingen en andere sportprofessionals om op die manier mensen met overgewicht passende beweegactiviteiten te bieden (Ministerie van Volksgezondheid, 2011a). De netwerkvorming en de doorstroom vanuit de zorg naar het sportaanbod verliep vaak stroef. De verschillen in cultuur tussen de zorg- en sportsector en het ontbreken van randvoorwaarden zoals financiering werden als belangrijke belemmeringen genoemd bij het gebrek aan netwerkvorming in de BeweegKuur. De doorstroom van patiënten naar het sport- en beweegaanbod werd bemoeilijkt doordat zorgverleners niet altijd doorverwezen naar het sportaanbod omdat zij het aanbod niet passend vonden voor de doelgroep. Daarnaast werd de doorstroom beperkt omdat de doelgroep weinig financiële middelen had en moeilijk te motiveren was om te gaan bewegen (Den Hartog, Wagemakers, Vaandrager, & Koelen, 2012). In hetzelfde onderzoek werden ook faciliterende factoren genoemd voor een duurzaam netwerk, zoals gedeelde visie, voldoende financiering, zichtbaarheid van resultaten, gedeeld enthousiasme, het hebben van een kartrekker en een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ook werden het inzien van de winst van een samenwerking, weinig energie te hoeven steken in de

samenwerking, beleidsmatige verankering en ondersteuning door andere partijen, gezien als faciliterende factoren voor een samenwerking.

Een review van Leenaars et al. (2015) laat zien dat er verschillen zijn tussen de zorg- en de sportsector die een duurzame samenwerking in de weg staan. In de aanpak gebaseerd op het doorverwijzingsprincipe worden problemen genoemd als gebrekkige medische kennis van sportprofessionals en gebrek aan feedback over de vorderingen van de patiënt. Ook onvoldoende communicatie en tijdgebrek van zorgprofessionals worden genoemd. In de aanpak die beweging bevordert in de lokale gemeenschap zijn onder andere problemen in de onduidelijkheid van rollen en verantwoordelijkheden en in de financiering. Ook spelen problemen tussen de sectoren door de verschillen in cultuur: sportprofessionals werken bijvoorbeeld 's avonds terwijl zorgprofessionals voornamelijk overdag hun werkuren maken. Ook delen zij niet dezelfde belangen en verwachtingen: sportprofessionals zijn geïnteresseerd in het aantrekken van extra leden voor de vereniging terwijl zorgprofessionals vooral interesse hebben in het programma zelf (Leenaars et al., 2015).

1.4. De buurtsportcoach als verbinder van zorg en sport

Om de zorg- en sportsector beter met elkaar te kunnen verbinden heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2012 de buurtsportcoach geïntroduceerd. De buurtsportcoach heeft als specifieke opdracht het organiseren van sport- en beweegaanbod in de buurt en het maken van een verbinding tussen sport- en beweegaanbieders en andere sectoren zoals zorg, welzijn, jeugdzorg, kinderopvang en onderwijs. De financiering van de buurtsportcoaches komt voor 40% voor rekening van het rijk, de overige 60% wordt betaald door de gemeente of een andere lokale organisatie (Ministerie van Volksgezondheid, 2011b). De buurtsportcoaches die specifiek de schakel vormen tussen zorg en sport zijn de focus van dit onderzoek. Het is de taak van deze buurtsportcoaches om meer mensen aan het bewegen te krijgen onder andere door in toenemende aantallen buurtbewoners te begeleiden vanuit de eerstelijnszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. De buurtsportcoach zou op deze manier, door het bekleden van een makelaarsfunctie, een veelbelovende rol kunnen spelen in het stimuleren van intersectorale samenwerking. Eerder onderzoek toont aan dat een makelaarsrol in een netwerk veelbelovend is en kan bijdragen aan het in stand houden van gevormde netwerken (Den Hartog et al., 2012; Harting, Kunst, Kwan, & Stronks, 2011; Van Dijk, 2012).

1.4.1. De buurtsportcoach over het verbinden van zorg, sport en bewegen

De buurtsportcoaches met als specifieke taak het verbinden van zorg, sport en bewegen is een nieuwe functie en behoeft daarom onderzoek. Een publicatie door Leenaars (in preparation) zijn interviews met de buurtsportcoach in negen gemeenten uitgevoerd om hun rol in het verbinden van

zorg en sport in kaart te brengen. Hieruit blijkt dat buurtsportcoaches, in overeenstemming met de review van Leenaars et al. (2015) twee samenwerkingsvormen toepassen: het begeleiden van patiënten vanuit de eerstelijnszorg naar passend sport- en beweegaanbod en het organiseren van activiteiten wel of niet in samenwerking met de zorg. Uit diezelfde interviews blijkt dat een belangrijke rol voor welzijnsorganisaties is weggelegd in de verbinding zorg, sport en bewegen. Zij signaleren patiënten die baat kunnen hebben bij beweging en/of zij bieden passende sport- en beweegactiviteiten aan. Hoewel de buurtsportcoach een netwerk van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals om zich heen heeft verzameld, ervaren buurtsportcoaches ook dat het lastig is om een duurzame verbinding tussen de zorg- en sportsector tot stand te laten komen. Volgens de buurtsportcoaches liggen hier een aantal redenen aan ten grondslag. Zorgprofessionals hebben het te druk om mee te werken aan de verbinding. Ook hebben zorgprofessionals onvoldoende tijd en onvoldoende weet van (geschikt) sport- en beweegaanbod om optimaal deel te kunnen nemen aan de verbinding, aldus de buurtsportcoaches. Verder spelen in de zorg eigen belangen een rol waardoor het niet in het belang van de zorgorganisatie ligt om mee te werken aan de verbinding zorg, sport en bewegen. Ten slotte geven buurtsportcoaches aan dat zorgprofessionals een beduchte houding hebben ten aanzien van sportverenigingen. Met het oog op de sportsector ervaren buurtsportcoaches dat sportverenigingen en andere beweegaanbieders de doelgroep geen passend aanbod kunnen bieden, een gebrek heeft aan tijd en aan mensen die een actieve rol willen spelen in de samenwerking. Ten slotte menen buurtsportcoaches dat sportvereniging geen geschikte medewerkers of vrijwilligers in huis hebben met de juiste kennis en ervaring om te werken met de doelgroep (Leenaars, in preparation).

1.5. Probleemstelling

Bewegen is belangrijk omdat het ziektes kan voorkomen en genezen. Omdat één op de drie Nederlanders onvoldoende beweegt is hier nog veel gezondheidswinst in te behalen. De zorg- en sportsector hebben een belangrijke taak in het bevorderen van gezondheid bijvoorbeeld door beweging te stimuleren onder volwassenen met een beweegachterstand. Maar, samenwerkingen tussen de zorg- en sportsector verlopen niet zonder problemen. Een intersectorale samenwerking tussen beide sectoren kan zorgen dat een goede doorstroom vanuit de zorgsector naar het sport- en beweegaanbod mogelijk wordt. In 2012 is de buurtsportcoach in het leven geroepen om een verbinding tussen de zorg- en sportsector te realiseren en volwassenen met een beweegachterstand te stimuleren om te gaan bewegen. De buurtsportcoach kan een veelbelovende rol spelen in de verbinding door het vervullen van een makelaarsfunctie. In het verbinden van de sectoren zorg en sport ervaart de buurtsportcoach hindernissen in de eerstelijnszorg en de sport- en beweegsector die de verbinding belemmeren. Deze zijn: een gebrek aan tijd, kennis en geschikt sport- en

beweegaanbod en eigen belangen van eerstelijnszorgprofessionals om patiënten binnen de eigen sector te houden. Om een volledig beeld te kunnen schetsen van de situatie in de verbinding zorg, sport en bewegen zijn naast perspectieven van buurtsportcoaches ook perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, uitvoerende professionals in de verbinding, van belang. Perspectieven van deze professionals leveren aanvullende en ontbrekende inzichten op ten aanzien van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen.

1.6. Onderzoeksvraag

Het doel van het onderzoek is om in kaart te brengen wat de perspectieven zijn van uitvoerende professionals in het netwerk van de buurtsportcoach ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen en ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach is in deze verbinding. De onderzoeksvraag die uit het doel voortvloeit is:

Wat zijn de perspectieven van zorg- sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen?

1.6.1. Operationalisatie van de concepten in de onderzoeksvraag

De begrippen in de onderzoeksvraag zijn als volgt geoperationaliseerd:

- Buurtsportcoach: persoon die door de gemeente aangesteld is als buurtsportcoach. Deze persoon focust zich op de verbinding zorg, sport en bewegen. Daarnaast richt de buurtsportcoach zich op de doelgroep volwassenen.
- Zorgprofessionals: uitvoerende professionals uit de eerstelijnszorg in het netwerk van de buurtsportcoach. Te denken valt aan de huisarts, diëtist, wijkverpleegkundige of fysiotherapeut.
- Sportprofessionals: professionals uit de sport- en beweegsector in het netwerk van de buurtsportcoach die sport- en beweeglessen aanbieden. Te denken valt aan trainers en bestuursleden van sportverenigingen en aan trainers die niet-vereniging gebonden sport- en beweeglessen aanbieden.
- Welzijnsprofessionals: uitvoerende professionals afkomstig uit de welzijnssector in het netwerk van de buurtsportcoach. De welzijnsprofessional kan zowel patiënten signaleren en doorverwijzen naar het sport- en beweegaanbod als zelf sport- en beweegactiviteiten aanbieden.

1.6.2. Onderzoeksdeelvragen

De volgende deelonderzoeksvragen zijn opgesteld:

- 1) Wat is bekend over perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het bevorderen van sport en bewegen?
- 2) Wat zijn perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach in het verbinden van zorg, sport en bewegen?
- 3) Wat zijn perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen en welke factoren ervaren zij die de verbinding (kunnen) belemmeren of faciliteren?

2. Methoden

Een kwalitatief onderzoeksdesign werd gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag waarin perspectieven centraal stonden. Deelvraag één, de perspectieven van eerstelijnsprofessionals ten aanzien van sport en bewegen, werd beantwoord door middel van een literatuuronderzoek. Deelvragen twee en drie, perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen, werden beantwoord door middel van focusgroepen. Het literatuuronderzoek bracht perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals in kaart ten aanzien van sport- en bewegen. De resultaten leverden inductieve codes op voor het analyseren van de focusgroepen. De focusgroepen zijn deel van het lopende onderzoek zoals eerder beschreven in het studieprotocol (Smit et al., 2015).

2.1. Literatuuronderzoek

2.1.1. Zoekstrategie literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek werden de zoekmachines PubMed, PsycINFO en Scopus gebruikt. PubMed, was voornamelijk belangrijk omdat het medische literatuur opleverde dus ook literatuur over de perspectieven van zorgprofessionals. PsycINFO heeft een psychologische oorsprong en was van belang voor het zoeken van literatuur over perspectieven. Scopus, een database met veel literatuur vanuit de sociale- en gezondheidswetenschappen, werd gebruikt voor het vinden van aanvullende literatuur over perspectieven van de zorgsector ten aanzien van het bevorderen van bewegen.

De zoektermen voor het literatuuronderzoek waren gebaseerd op de deelvragen waarin 'perspectieven', 'eerstelijnszorg' en 'sport en bewegen' de basistermen waren. De term 'gezondheidsbevordering' werd later toegevoegd omdat sport en bewegen in combinatie met de eerstelijnszorg vaak onder gezondheidsbevordering valt. Toevoeging van de term 'gezondheidsbevordering' kwam ten goede aan het vinden van relevante resultaten. De termen werden als volgt geoperationaliseerd:

Perspectieven: de term ‘perspectieven’ werd geoperationaliseerd door te zoeken naar synoniemen van perspectieven. Indien mogelijk werd specifiek gezocht naar perspectieven van gezondheidszorgprofessionals.

Eerstelijnszorg: door op synoniemen van eerstelijnszorg en beroepsfuncties binnen de eerstelijnszorg te zoeken werd deze term geoperationaliseerd.

Sport en bewegen: de term ‘sport en bewegen’ werd geoperationaliseerd door op synoniemen te zoeken van sport en bewegen.

Gezondheidsbevordering: door op synoniemen van gezondheidsbevordering te zoeken werd deze term geoperationaliseerd.

De termen ‘ouders’, ‘kinderen’, ‘atleten’ en ‘blessures’ kwamen in de resultaten regelmatig terug. Omdat het onderzoek zich focuste op perspectieven van eerstelijnsprofessionals ten aanzien van sport en bewegen, in combinatie met de doelgroep volwassenen, waren deze termen niet relevant voor het onderzoek en werden deze gebruikt als exclusietermen bij het zoeken in Scopus. Om tot een compleet overzicht van de literatuur te komen werd ook op synoniemen, afkortingen en alternatieve spelling gezocht net als op Nederlandse vertalingen van de zoektermen. Waar mogelijk werd in PubMed gezocht op MeSH termen en in PsycINFO met de Thesaurus functie (DE). Deze functies labelden artikelen aan de hand van het onderwerp en bundelden zo artikelen over hetzelfde onderwerp. De Booleaanse operatoren ‘OR’, ‘AND’ en ‘NOT’ werden gebruikt om de zoektermen te scheiden en te onderscheiden en om de concepten en zoektermgroepen aan elkaar te linken of uit te sluiten. Tabel 1 geeft een overzicht van de gebruikte zoektermen per database.

Gezocht werd naar relevante literatuur gepubliceerd tussen 2000 en 2015. Deze tijdsperiode leverde de meest recente en relevante literatuur vanwege het feit dat de zorg- en sportsector nog niet zo lang nadrukkelijk aan elkaar verbonden worden (de Jeu, 2011; Van den Berg, Post, Hamberg-van Reenen, Baan, & Schoemaker, 2013). Daarnaast was het huidige literatuuronderzoek op die manier een aanvulling op de eerder studie van Hébert et al. (2012) met een tijdsframe van 1948 tot 2011. Gezocht werd alleen op publicaties met empirische data. Ook werden publicaties van zorgprofessionals uit ontwikkelingslanden buiten beschouwing gelaten omdat die mogelijk verschillen in sociaal, cultureel en organisatorisch opzicht. Ten slotte werden interventiestudies uitgesloten, omdat hierin naar verwachting niet ingegaan werd op perspectieven van professionals ten aanzien van het bevorderen van bewegen.

Tabel 1: Zoekstrategie PubMed, PsycINFO en Scopus

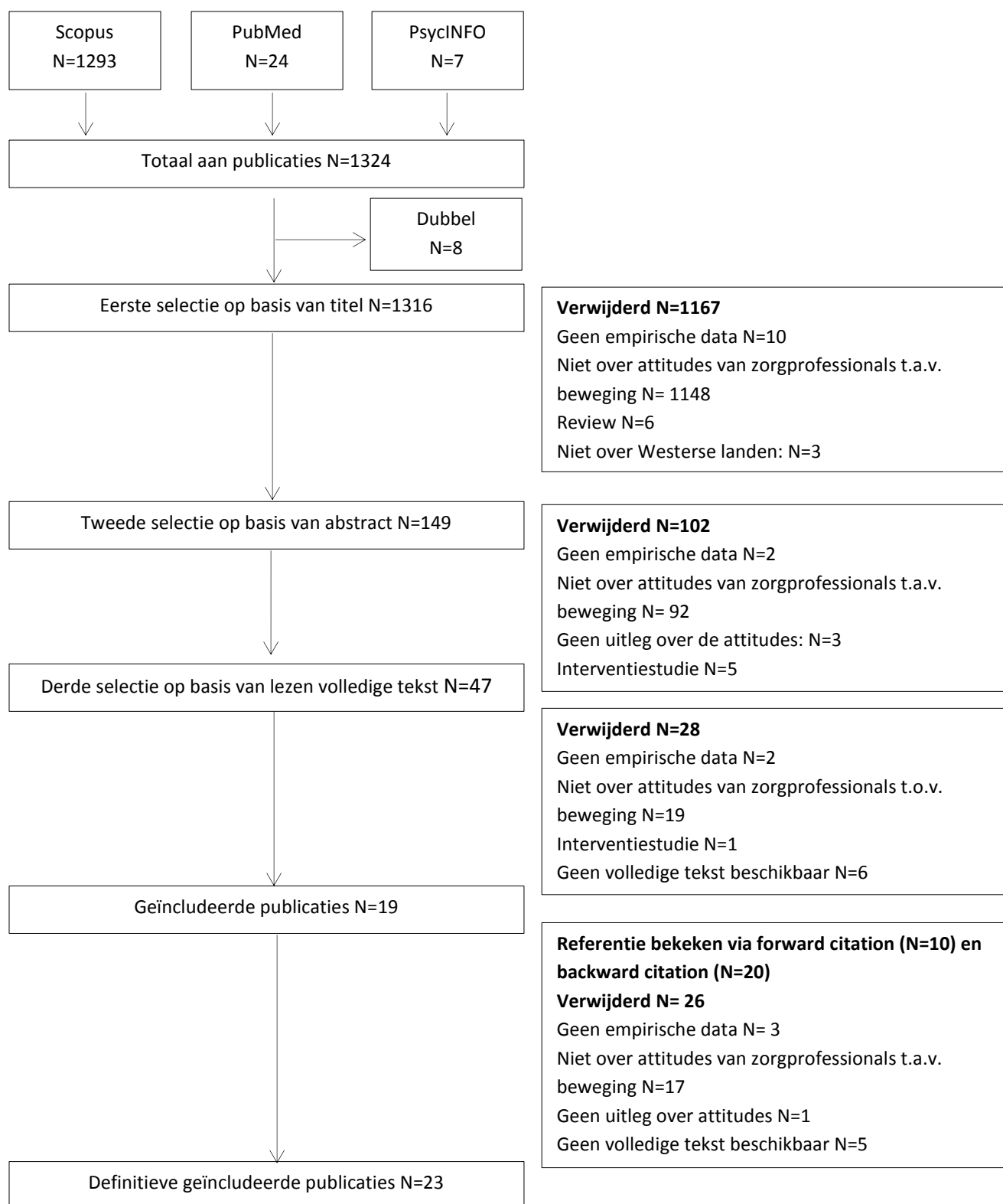
Termen	Zoektermen
Perspectieven	PubMed: MeSH Terms “attitude of health personnel” PsycINFO: DE “Health Personnel Attitudes” OR DE “Therapist Attitudes” OR DE “Sports (Attitudes Toward)” Scopus: “attitude*” OR “belief*” OR “perspective*” OR “view*”
Eerstelijnszorg	PubMed: MeSH Terms “primary health care” PsycINFO: - Scopus: “primary care” OR “public health” OR “health sector” OR “general pract*” OR “GP” OR “physician” OR “dietician” OR “physiotherapist” OR “family pract*” OR “nurse pract*” OR “health professional*” OR “health personnel”
Sport en bewegen	PubMed: MeSH Terms “exercise OR “sports” or “physical activity” PsycINFO: DE “physical activity” OR DE “exercise” Scopus: “physical activity” OR “sport*” OR “exercise “
Gezondheidsbevordering	PubMed: MeSH Terms “health promotion” PsycINFO: DE “health promotion” Scopus: “Health promot*”
Andere zoekcriteria	Periode: 2000-2015 Taal: Nederlands of Engels Afkoms: alleen Westerse landen Publicatie: empirische data: geen dissertatie, boek, conferentie paper, review, theoretische artikel, overzicht artikel, studieprotocol, redactioneel artikel of interventiestudie NOT: ouders, kinderen, atleet, blessure

2.1.2. Studie selectie

De drie databases samen leverde een totaal van 1324 publicaties op. De selectie verliep in drie stappen. Een eerste selectie werd gemaakt op basis van het lezen van de titel. Publicaties werden verwijderd omdat deze niet over attitudes gingen van zorgprofessionals over sport en bewegen. Veelal had dat te maken met het feit dat in de databases niet aangegeven kon worden dat de attitudes van zorgprofessionals afkomstig moesten zijn en niet van andere groepen zoals patiënten en beleidsmakers. Na de eerste selectie werden 1167 artikelen verwijderd en bleven 149 artikelen over.

In de tweede stap van de selectie werd de abstract gelezen. De meeste publicaties werden verwijderd (N=92) omdat deze geen informatie bevatten over perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van sport en bewegen. Artikelen werden verwijderd wanneer: 1) zorgprofessionals niet het onderwerp waren van de studie, 2) zorgprofessionals niet afkomstig waren uit de eerste lijn of 3) het artikel geen informatie bevatte over perspectieven van professionals, maar bijvoorbeeld gegevens over de rol van zorgprofessionals. Ook werden studies verwijderd als geen verdere uitleg werd gegeven over de perspectieven in termen van belemmerende en faciliterende factoren dus wanneer alleen een positieve of negatieve attitude de uitkomst was (N=3). Ook werden interventiestudies (N=5) en publicaties zonder empirische data verwijderd (N=2). In de tweede selectieronde werden 102 publicaties verwijderd, 47 artikelen bleven over.

Een derde selectie werd gemaakt aan de hand van het lezen van de volledige tekst van 47 artikelen. Studies werden verwijderd wanneer deze geen empirische data bevatten (N=2), niet over attitudes gingen van zorgprofessionals ten opzichte van beweging (N=19), een interventiestudie was (N=1) of wanneer de volledige tekst niet beschikbaar was (N=6). 19 artikelen bleven over en werden geïncludeerd. Via de sneeuwbalmethode (forward en backward citation) werden nog vier artikelen toegevoegd wat leidde tot een definitief aantal van 23 geïncludeerde artikelen in het literatuuronderzoek. De volledige flow chart is zichtbaar in Figuur 1.



Figuur 1: Flowchart literatuuronderzoek

2.2. Datacollectie en -analyse literatuuronderzoek

Van elk geïncludeerd artikel werd het volgende genoteerd:

- 1) Studie karakteristieken (auteur, jaar van publicatie)
- 2) Methode(n)
- 3) Doel(en) van het onderzoek
- 4) Sample karakteristieken (doelgroep en studie populatie)
- 5) Land van herkomst

Vervolgens werd de inhoud van de studies gesynthetiseerd aan de hand van de drie stappen van Harden et al. (2004), gericht op het analyseren van kwalitatieve studies die als onderwerp het in kaart brengen van perspectieven hebben. In de eerste stap werden de studies geclassificeerd. Uit de publicaties bleek dat perspectieven van professionals ten aanzien van sport en bewegen te onderscheiden waren in faciliterende en belemmerende factoren die invloed hebben op het bevorderen van bewegen. De genoemde factoren werden in stap twee per studie uitgeschreven en vervolgens verwerkt in een tabel voor het overzicht. In stap drie heeft de onderzoeker de genoemde factoren op basis van onderwerpen die veelvuldig naar voren kwamen onderverdeeld in thema's, zoals persoonlijke factoren en patiënt factoren.

2.3. Focusgroepen

2.3.1. Datacollectie focusgroepen

Om inzicht te krijgen in de perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen, werd kwalitatief onderzoek gedaan in de vorm van focusgroepen. Focusgroepen waren een passende manier om de onderzoeksvragen te beantwoorden omdat deze methode, waarbij interactie centraal staat, de gedachtekaders van de deelnemers kon ontdekken. Bovendien was het een goed middel om overeenkomsten en verschillen binnen een groep te ontdekken (Carter & Henderson, 2005).

2.3.2. Studie populatie

Negen gemeenten werden in het project geselecteerd op basis van bestaande contacten van de projectpartners (convenience sampling). De twee inclusiecriteria voor de keuze van een buurtsportcoach waren: 1) De buurtsportcoach is aangesteld met als doel zorg, sport en bewegen te verbinden en 2) De buurtsportcoach richt zich op de doelgroep volwassenen. In die gemeenten werden twaalf focusgroepen georganiseerd met de buurtsportcoach en uitvoerende professionals in het netwerk van de buurtsportcoach, te weten, zorg- sport- en welzijnsprofessionals.

2.3.1. Selectie en procedure

De deelnemers aan de focusgroepen werden geselecteerd uit het netwerk van de buurtsportcoach. Waar mogelijk werd aangesloten bij een bestaand overleg waardoor in sommige overleggen ook andere professionals buiten de zorg-, sport- en welzijnssector aanwezig waren zoals een afgevaardigde van de gemeente of de GGD. De perspectieven van deze professionals werden buiten beschouwing gelaten in de data-analyse en resultaten omdat zij geen onderdeel van de studiepopulatie waren. Indien geen sprake was van een structurele samenwerking tussen de professionals werden in overleg met de buurtsportcoach diegenen uit het netwerk van de buurtsportcoach uitgenodigd die afkomstig waren uit de zorg-, sport- en welzijnssector.

De focusgroepen bestonden bij voorkeur uit minimaal vijf personen. In de maanden juni, september en oktober van 2015 vonden de focusgroepen plaats, bij voorkeur nabij de werkplek van de buurtsportcoach. Voorafgaand aan de focusgroepen ondertekenden alle deelnemers een toestemmingsformulier en stemden zij toe met een geluidsopname van de sessie. Het gesprek werd gefaciliteerd door twee of drie onderzoekers. Eén onderzoeker (KL) leidde het gesprek aan de hand van een vooraf opgestelde leidraad, gebaseerd op de onderzoeksvragen (Appendix 1), zodat alle focusgroepen op eenzelfde manier verliepen. Een tweede onderzoeker viel bij en stuurde KL bij waar nodig (AF of ES) tijdens de gesprekken. De discussies die in de focusgroepen plaatsvonden waren semigestructureerd. Deelnemers werden gestimuleerd om hun meningen ten aanzien van de buurtsportcoach en de verbinding tussen zorg, sport en bewegen te uiten. De focusgroepen namen ongeveer anderhalf uur in beslag en bestonden uit twee onderdelen.

In het eerste onderdeel stond de rol van de buurtsportcoach centraal. De deelnemers moesten tien taken die door een buurtsportcoach uitgevoerd kunnen worden, ordenen naar mate van belangrijkheid. Deze tien taken waren afkomstig uit het competentieprofiel van de buurtsportcoach, opgesteld door het NISB (NISB, 2015). De belangrijkste taak scoorde één punt en de minst belangrijke taak 10 punten (Appendix 2). Dit type van ordenen wordt 'preference ranking' genoemd (Mikkelsen, 1995). De top drie (score 1, 2 en 3) van belangrijkste taken werd per sector weergegeven op een groot papier met daarop alle tien de taken vermeld zodat zichtbaar werd aan welke taken de voorkeur werd gegeven en wat de overeenkomsten en verschillen waren tussen de sectoren. Deelnemers kregen na de opdracht één voor één de tijd om hun top drie toe te lichten zonder inmenging van andere deelnemers. Daarna werd een discussie gestart die in ging op de uitkomsten van de 'preference ranking' om zo verder te ontdekken wat de perspectieven van zorg-, welzijn- en sportprofessionals waren ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach in het verbinden van zorg,

sport en bewegen. De buurtsportcoach was niet aanwezig bij het eerste gedeelte van de focusgroep, zodat deelnemers vrij konden praten over hem of haar.

In het tweede onderdeel van de focusgroepen was de buurtsportcoach wel aanwezig. De deelnemers werden in deze tweede opdracht gevraagd naar hun meningen ten aanzien van de verbinding tussen zorg, sport en bewegen en op welke wijze zij een rol spelen en zouden kunnen spelen in die verbinding. Om een zo goed mogelijk overzicht te krijgen van alle perspectieven werden de deelnemers gevraagd om op te schrijven welke rol zij op het moment vervulden in de verbinding zorg, sport en bewegen, welke rol zij zouden kunnen vervullen in die verbinding en wat zij van de andere partijen verwachten in de verbinding zorg, sport en bewegen. Daarna werd een discussie gestart die in ging op de rollen van de partijen in de verbinding. Op die manier kwam uit de gesprekken naar voren welke belemmeringen en facilitators zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ervoeren in de verbinding zorg, sport en bewegen.

2.3.2. Karakteristieken focusgroepen

Tabel 2 geeft een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen. Negen focusgroepen werden gehouden in zes gemeenten. Drie van de aanvankelijk twaalf georganiseerde focusgroepen gingen niet door in verband met te weinig animo. Focusgroepen 2, 3 en 7 waren afkomstig uit dezelfde gemeente, net als de focusgroepen 4 en 9. In totaal namen 63 personen deel aan de gesprekken. Vanuit de zorgsector waren dertien fysiotherapeuten, twee vertegenwoordigers van een gezondheidscentrum, drie vertegenwoordigers van een thuiszorgorganisatie, twee huisartsen, een wijkverpleegkundige en een oefentherapeut Mensendieck aanwezig. Vanuit de sportsector waren acht afgevaardigden van sportverenigingen, zes lesgevers van laagdrempelig beweegaanbod en twee personen werkzaam in de fitnessbranche. Vanuit de welzijnssector werkten acht personen bij een welzijnsorganisatie, waarvan vier organisaties zelf beweegaanbod hadden. Ten slotte bestonden de deelnemers geclassificeerd in de categorie overig uit een sportconsulent bij een gemeente (aanwezig bij de focusgroepen 2, 3, 7), vijf andere medewerkers bij de gemeente en twee gezondheidsmakelaars. De buurtsportcoaches in de gemeentes richtten zich op de doelgroepen ouderen (2, 3, 4, 7, 9) of volwassen allochtonen (1, 5, 6, 8).

De gesprekken duurde gemiddeld anderhalf uur. In twee netwerken duurde de focusgroepen korter (6, 9). In één focusgroep (6) was geen buurtsportcoach aangesteld. Het eerste gedeelte van het focusgroepgesprek werd daardoor overgeslagen. In de andere focusgroep (9) was de buurtsportcoach niet aanwezig vanwege een andere afspraak. In twee focusgroepen (4, 9) waren onverwacht minder dan vijf deelnemers. Vanuit praktisch oogpunt werd besloten om de focusgroepen door te laten gaan.

De rollen van de partners in het netwerk van de buurtsportcoach verschilden per netwerk. In vijf netwerken was sprake van een structurele samenwerking tussen de zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en de buurtsportcoach (2, 3, 7, 9) in één gemeente was geen buurtsportcoach aangesteld, maar was wel een samenwerking tussen de betrokken partijen (6). De netwerken met een structurele samenwerking kwamen regelmatig bijeen voor overleg over de verbinding zorg, sport en bewegen. In vier van deze netwerken werden de samenwerkingen geïnitieerd door de gemeente (2, 3, 6, 7), in één netwerk door een sportaanbieder (9). In drie van de netwerken met een structurele samenwerking organiseerden professionals activiteiten met elkaar (6, 7, 9). In een ander netwerk werd de buurtsportcoach ondersteund in zijn bezigheden (2) en in weer een andere samenwerking faciliteerden professionals met elkaar de doorverwijzing van patiënten vanuit de zorg naar passend sport- en beweegaanbod met tussenkomst van de buurtsportcoach (3).

In vier netwerken was geen sprake van een structurele samenwerking maar werkten de professionals op projectbasis met de buurtsportcoach samen (1, 4, 5, 8). In deze netwerken sprake van een losse doorverwijsstructuur van zorg naar sport.

Tabel 2: Deelnemers focusgroepen.

Focusgroep	Gemeente	Zorg	Sport	Welzijn	Buurt-sportcoach	Overig	Totaal aanwezig	Samenwerking?
1.	A	2	2	1	1	0	6	Nee
2.	B	2	1	1	1	2	7	Ja
3.	B	2	3	1	1	3	10	Ja
4.	C	3	0	0	1	1	5	Nee
5.	D	4	3	0	1	0	8	Nee
6.	E	1	3	1	0	1	6	Ja
7.	B	1	2	2	2*	3	10	Ja
8.	F	4**	0	2	2	0	8	Nee
9.	C	2	1	0	0	0	3	Ja
Totaal		21	15	8	9	10	63	

* In netwerk 7 was een leefstijladviseur aanwezig die ook betaald werd uit de buurtsportcoachregeling.

** In netwerk 8 was een zorgaanbieder aanwezig die ook sportinstructeur was.

2.3.3. Data analyse focusgroepen

De geluidsopnames van de focusgroepen in verschillende gemeenten en wijken werden schriftelijk uitgewerkt in 'Intelligent Verbatim Style'. Anonimiteit van de focusgroepproducten werd gewaarborgd doordat de professionals alleen per sector (zorg, sport of welzijn) werden aangehaald. De uitwerkingen van de interviews werden geanalyseerd aan de hand van Creswell 's six steps of qualitative data analysis (Creswell, 2013) (Appendix 3) en met behulp van software geschikt voor kwalitatieve analyse, Atlas. Ti versie 7.1.8. Na uitwerking van de interviews, werden transcripten van de focusgroepen gelezen, waarna stukjes tekst werden gecodeerd (stap 1, 2 en 3). In stap 3 werden als eerst de codes zorg, sport en welzijn gecodeerd om zo inzichtelijk te maken wat door wie gezegd werd. Als andere sectoren naast zorg, sport en welzijn aanwezig waren zijn deze quotes behandeld als het ware zij een extra vragensteller waren en zijn niet mee gecodeerd. Tijdens het coderen van de stukken die gingen over de beoordeling en verwachting van verbinding zorg, sport en bewegen werd een onderscheid gemaakt tussen de netwerken met een structurele samenwerking en de netwerken zonder structurele samenwerking. In de netwerken met een structurele samenwerking (2, 3, 6, 7, 9), kwamen professionals regelmatig bijeen voor overleg waarin gesproken werd en plannen werden gemaakt voor vervolgstappen in de verbinding zorg, sport en bewegen. In netwerken met een niet-structurele samenwerking kwamen professionals niet op regelmatige basis bijeen. Door een onderscheid te maken tussen de structurele en niet-structurele samenwerkingen, konden de meningen over de verbinding zorg, sport en bewegen met elkaar vergeleken worden omdat de situaties binnen de netwerken vergelijkbaar waren.

Met het coderen werd gewerkt met een deels vooraf gecreëerde codeboom (Appendix 4) gebaseerd op het vooraf gedane literatuuronderzoek en de leidraad van de focusgroepproducten. De codeboom werd opgesteld door twee onderzoekers (KL en AF). De codes uit het literatuuronderzoek waren de gevonden factoren die invloed hebben op het bevorderen van bewegen onder eerstelijnszorgprofessionals. Deze codes waren toereikend voor het identificeren van belemmerende en faciliterende factoren in de verbinding zorg, sport en bewegen. De codes uit de leidraad van de focusgroepproducten leenden zich voor het coderen van de hoofdlijnen van de transcripten. De codes uit de interviewhandleiding werden door inductief te coderen verder uitgesplitst om tot meer specifieke codes te komen. Op deze manier ontstond een overzicht van de data wat hielp bij de interpretatie ervan. Uiteindelijk konden vijf thema's onderscheiden worden, omdat al deze thema's regelmatig terugkeerden in de focusgroepen (stap 4). Deze thema's waren 1) taken van de buurtsportcoach, opgesplitst in netwerker, doorverwijzer en organisator, 2) beoordeling van de buurtsportcoach aan de hand van de thema's meerwaarde en karakteristieken 3) attitude ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen, 4) verwachtingen ten aanzien van de verbinding

zorg, sport en bewegen en 5) belemmerende en faciliterende factoren voor het verbinden van zorg, sport en bewegen zoals tijd, beleid en personeel. De eerste vier thema's zijn het directe resultaat van vragen uit de interviewhandleiding, de vijfde afkomstig uit het literatuuronderzoek, aangevuld door eigen bevindingen. De twee onderzoekers codeerden afzonderlijk de transcripten waarna zij na gezamenlijk overleg en discussie tot overeenstemming kwamen over de gecodeerde transcripten. Door afzonderlijk te coderen en te vergelijken werd de kans op interpretatiefouten verminderd. Na het coderen werden de transcripten geanalyseerd. De thema's werden beschreven aan de hand van de perspectieven van professionals over de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen, geïllustreerd door quotes (stap 5). Ten slotte, zijn de data geïnterpreteerd door de onderzoekers om te ontdekken wat de verbinding zorg, sport en bewegen en de rol van de buurtsportcoach in deze verbinding betekent voor zorg, sport en welzijnsprofessionals (stap 6). De analyse werd door beide onderzoekers afzonderlijk uitgevoerd, waarna de resultaten van beide onderzoekers werden vergeleken en consensus werd bereikt om zo de betrouwbaarheid van de bevindingen te verhogen.

3. Resultaten

In de resultaten worden achtereenvolgens de resultaten van het literatuuronderzoek en de resultaten van de focusgroepen besproken. Het literatuuronderzoek geeft antwoord op de vraag wat perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals zijn ten aanzien van het bevorderen van sport en bewegen. De resultaten van de focusgroepen bestaan uit de perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de buurtsportcoach en ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen.

3.1. Resultaten literatuurstudie

3.1.1. Karakteristieken van geïnccludeerde studies

In Tabel 3 zijn de studiekarakteristieken zichtbaar van de 23 geïnccludeerde studies. Verschillende methoden werden gebruikt in de studies voor het in kaart brengen van de perspectieven van eerstelijnsprofessionals. Negen studies waren kwantitatief van aard door het gebruik van vragenlijsten (6, 6, 7, 10, 16, 17, 19, 22, 23), acht studies waren kwalitatief door gebruik van semigestructureerde interviews en/of focusgroepen (3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 20) en zes studies waren zowel kwalitatief als kwantitatief (focusgroepen en/of interviews in combinatie met vragenlijsten) (1, 2, 9, 11, 18, 21). De meeste studies waren afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk (8, 9, 10, 11, 18, 20), en Australië (4, 12, 22, 23). De andere studies waren uitgevoerd in Canada (1,7,16) de Verenigde Staten (5, 13, 14), Nederland (15, 17), België (2), Zwitserland (3), Ierland (19), Duitsland (6) en Spanje (21). De studiepopulatie bestond uit eerstelijnszorgprofessionals, in de meeste gevallen professionals

werkzaam in de huisartsenpraktijk zoals huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten en verpleegsters (primary care nurses/practice nurses). Vier studies richtten zich op fysiotherapeuten (12, 13, 19, 22) en een enkele studie op pedologen (4), diabetesvoorlichters (7) en consultatiebureau medewerkers (9). De studies focuste zich voornamelijk op de algemene patiënt die baat kan hebben bij meer bewegen. Vijf keer was de doelgroep patiënten met een chronische aandoening zoals hartpatiënten en diabetespatiënten (1, 7, 14, 18, 20). In vier gevallen was de doelgroep ouderen (2, 10, 12, 13).

Het doel van het literatuuronderzoek was om de perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het bevorderen van sport en bewegen in kaart te brengen. 22 van de 23 geïncludeerde studies gingen over perspectieven ten opzichte van het voorschrijven van beweging in de eerstelijnszorgpraktijk. Eén studie bevatte perspectieven over het organiseren van beweegactiviteiten door de eerstelijnszorg (2). Geen enkele studie werd gevonden die als doel had om perspectieven van zorgprofessionals in kaart te brengen ten opzicht van sport en bewegen zelf, maar dus altijd in combinatie met voorschrijven of organiseren van bewegen.

Tabel 3: Studiekarakteristieken

Studie	Methode(s)	Doel	Doelgroep	Studie populatie	Land
1. Allen et al. (2000)	427 vragenlijsten en 4 focusgroepen	Het vaststellen van kennis en barrières voor het voorschrijven van beweging.	Hartpatiënten	Vragenlijst: 192 huisartsen, internisten, cardiologen. Focusgroepen: 25 huisartsen, 1 internist, 3 cardiologen.	Canada
2. Baert et al. (2015)	705 online vragenlijsten en 49 semigestructureerde interviews	Uitzoeken welke factoren van invloed zijn op het organiseren van beweging door fysiotherapeuten in verzorgingstehuizen.	Inwoners van verzorgings- tehuizen	Huisartsen. 24 interviews en 254 online vragenlijsten.	België
3. Bize et al. (2007)	16 semigestructureerde interviews	Meningen in kaart brengen van artsen t.a.v. bewegingsbevordering.	Patiënten	16 huisartsen	Zwitserland
4. Crisford et al. (2013)	20 semigestructureerde interviews	Verkennen van attitudes van pedologen t.a.v. bewegingsbevordering.	Patiënten	20 pedologen	Australië
5. Dauenhauer et al. (2006)	454 vragenlijsten	In kaart brengen hoe zorgprofessionals bewegen voorschrijven en wat hun attitudes, barrières, en opleidingswensen zijn t.a.v. het voorschrijven van beweging.	Patiënten	177 huisartsen, doktersassistenten en verpleegsters.	Verenigde Staten
6. Diehl et al. (2015)	13294 vragenlijsten	Het in kaart brengen van attitudes en kennis, gerelateerd aan beweegadvisering.	Patiënten	4074 huisartsen	Duitsland
7. Dillman et al. (2010)	119 vragenlijsten	Onderzoeken wat percepties zijn van diabetesvoorlichters ten aanzien van beweegadvisering.	Patiënten met diabetes	119 diabetesvoorlichters	Canada

Studie	Methode(s)	Doel	Doelgroep	Studie populatie	Land
8. Din et al. (2014)	9 semigestructureerde interviews	Onderzoeken van percepties van gezondheidsprofessionals over hun rol in het bevorderen van bewegen.	Patiënten	46 zorgprofessionals, 31 huisartsen, 6 praktijkondersteuners en 6 praktijkmanagers	Verenigd Koninkrijk
9. Douglas et al. (2006)	630 vragenlijsten en 20 diepte-interviews	Het in kaart brengen van attitudes, beliefs en praktijken van consultatiebureau medewerkers en praktijkondersteuners in het adviseren van beweging.	Patiënten	169 medewerkers van consultatiebureaus en 212 praktijkondersteuners	Verenigd Koninkrijk
10. Goodman et al. (2011)	521 semigestructureerde vragenlijsten	Het ontdekken van kennis en attitudes van eerstelijnszorgverpleegsters over de gezondheidswinst van beweegbevordering onder ouderen.	Ouderen	391 verpleegsters	Verenigd Koninkrijk
11. Graham et al. (2005)	144 vragenlijsten en 11 semigestructureerde interviews	o.a. ontdekken wat barrières zijn onder zorgprofessionals om door te verwijzen naar het beweegaanbod.	Patiënten	Vragenlijst: 71 huisartsen Interviews: 9 huisartsen, 2 praktijk verpleegsters/praktijk ondersteuners	Verenigd Koninkrijk
12. Haas et al. (2012)	24 semigestructureerde interviews over de telefoon	Beschrijven van factoren die invloed hebben op het voorschrijven van beweegoefeningen voor valpreventie.	Oudere patiënten	24 fysiotherapeuten	Australië
13. Healey et al. (2012)	14 focusgroepen	Beschrijven hoe fysiotherapeuten te werk gaan in het bevorderen van gezondheid.	Oudere patiënten (65+)	13 fysiotherapeuten	Verenigde Staten
14. Hong et al. (2012)	5 focusgroepen	Nagaan wat de perceptie van huisartsen is t.a.v. persoonlijke en omgevingsfactoren in het voorschrijven van beweging.	Patiënten met overgewicht	35 huisartsen	Verenigde Staten

Studie	Methode(s)	Doel	Doelgroep	Studie populatie	Land
15. Huijg et al. (2015)	28 semigestructureerde interviews	Ontdekken wat stakeholderpercepties zijn t.a.v. fases in beweeginventies.	Patiënten	Interventie managers, praktijkondersteuners, huisartsen en aanbieders van interventies.	Nederland
16. Kennedy et al. (2003)	800 vragenlijsten	Het beoordelen van vertrouwen, praktijken en barrières van huisartsen t.a.v. het adviseren van beweging.	Patiënten	330 huisartsen	Canada
17. Leemrijse et al. (2015)	800 vragenlijsten	Inzichten krijgen in wat percepties zijn van huisartsen in het doorverwijzen van patiënten naar sportaanbod.	Patiënten	340 huisartsen	Nederland
18. Matthews et al. (2014)	28 online vragenlijsten, 7 semigestructureerde interviews.	Het ontdekken van inzichten van gezondheidsprofessionals t.a.v. bewegingsbevordering in diabetes zorg.	Diabetes patiënten	16 vragenlijsten: 2 managers, 6 praktijkondersteuners, 2 consultantartsen, 4 huisartsen en 1 anonieme deelnemer.	Verenigd Koninkrijk
19. Mohan et al. (2012)	100 vragenlijsten	De hoeveel kennis bepalen die senior fysiotherapeuten hebben over het voorschrijven van beweging en hun attitudes t.a.v. rol van de fysiotherapeut.	Patiënten	71 senior fysiotherapeuten	Ierland
20. Presseau et al. (2009)	12 op theorie gebaseerde semigestructureerde interviews	Onderzoeken welke gedrag huisartsen vertonen bij het voorschrijven van beweging.	Patiënten met een hoge bloeddruk en diabetes	12 huisartsen	Verenigd Koninkrijk
21. Ribera et al. (2005)	420 vragenlijsten, 5 focusgroepen en 7 semigestructureerde interviews	Kennis opdoen over bewegingsbevordering en het ontdekken van ervaringen van doktoren en verpleegsters in het bevorderen van bewegen.	Patiënten	145 huisartsen en 92 verpleegsters	Spanje

Studie	Methode(s)	Doel	Doelgroep	Studie populatie	Land
22. Shirley et al. (2010)	958 vragenlijsten	Bepalen wat de kennis, vertrouwen, rolperceptie, barrières, haalbaarheid en adviseringsvaardigheden zijn van (student) fysiotherapeuten in het bevorderen van bewegen.	Patiënten	321 fysiotherapeuten en 279 student fysiotherapeuten	Australië
23. Van der Ploeg et al. (2007)	560 online vragenlijsten in 1997 en in 2000	Verschillen in percepties van huisartsen in het bevorderen van bewegen in de praktijk tussen 1997 en 2000.	Patiënten	1997: 325 huisartsen 2000: 397 huisartsen	Australië

3.1.2. Thema's

De factoren die uit de publicaties naar voren kwamen die mogelijk belemmerend en/of faciliterend werkten voor het bevorderen van bewegen in de eerstelijnszorg zijn onderverdeeld in vier thema's: 1) persoonlijke opvattingen en ervaringen, 2) kennis en vaardigheden, 3) patiëntfactoren en 4) de organisatorische context.

3.1.2.1. Persoonlijke opvattingen en ervaringen

In 22 studies werden persoonlijke opvattingen en ervaringen genoemd als belemmerende en/of bevorderende factor. Onder persoonlijke opvattingen werden perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals geschaard ten aanzien van het belang van bewegen en de effectiviteit van beweegadvies, maar ook in hoeverre zorgprofessionals vonden dat zij een taak hebben in het bevorderen van bewegen en of zij prioriteit aan bewegingsbevordering geven of niet. Persoonlijke ervaringen, zoals beweegervaring en ervaren steun waren andere factoren die belemmerend en/of faciliterend werkten op het bevorderen van bewegen.

Belang van bewegen

In elf studies gaven zorgprofessionals aan bewegen belangrijk te vinden en het belang van bewegen in te zien (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 17). Opvattingen over het belang van bewegen waren gerelateerd aan perspectieven van professionals over de mogelijke gezondheidswinst die te behalen valt bij regelmatig bewegen. Volgens zorgprofessionals heeft bewegen zowel voordelen voor de fysieke (1, 2, 9) als de mentale gezondheid (2, 3, 9) en voldoende bewegen kan de gezondheidsstatus van een patiënt verbeteren (4, 5, 9, 13, 14, 15). Daarnaast is bewegen belangrijk voor de preventie van chronische ziekten (4, 5, 6, 9). In drie studies werd het belang van bewegen niet erkend, omdat sommige professionals niet geloven dat inactiviteit een gezondheidsprobleem is (21) of bewegen daadwerkelijk gezondheidswinst op kan leveren (3, 11).

Effectiviteit van beweegadvies

In twaalf studies werden professionals gevraagd naar de effectiviteit van het bevorderen van bewegen of van de beweegadviezen (2, 3, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22). Professionals zouden graag zien, als voorwaarden om bewegen te bevorderen in de praktijk, dat hun beweegadviezen voor patiënten effectief zijn en resultaten boeken, dus dat patiënten vorderingen maken in hun condities (2, 4, 11, 15, 18). In de studie van Leemrijse et al. (17) waren positieve ervaringen de belangrijkste factor voor professionals om patiënten door te verwijzen naar het sport- en beweegaanbod. In de studie van Shirley et al. (22) gaven fysiotherapeuten aan dat hun beweegadviezen effectief zijn, slechts 9% was het eens met de stelling dat het adviseren van bewegen het gedrag van patiënten

niet verandert. Toch werd in een zestal studies genoemd dat professionals sceptisch zijn ten opzichte van de effectiviteit van het geven van beweegadviezen omdat meer gaan bewegen vraagt om een leefstijlverandering van de patiënt. Zorgprofessionals denken dat hun patiënten daar niet toe in staat zijn (4, 5, 11, 14, 16, 21).

Taakopvatting

Verschillen waren merkbaar in de taakopvatting van zorgprofessionals wat betreft het wel of niet bevorderen van bewegen. De meeste zorgprofessionals vonden het bevorderen van bewegen in de praktijk deel van hun taak, dat kwam terug in 13 van de 23 studies (2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 22). Het bevorderen van bewegen beschouwen als deel van het takenpakket van een zorgprofessional is een voorwaarde om bewegen te bevorderen (15). Fysiotherapeuten vonden het bevorderen van bewegen zonder uitzondering deel van hun taak (13, 19, 22). In zes studies echter, vonden zorgprofessionals dat het bevorderen van bewegen geen taak van de zorgprofessional was (3, 4, 8, 9, 11, 21) of slechts in beperkte mate (16, 17). In beide studies van Kennedy et al. (16) en Leemrijse et al. (17) bevond zich een kloof tussen gewenste bewegingsbevordering en daadwerkelijke bewegingsbevordering. Zorgprofessionals wilden wel bewegen bevorderen, maar deden het niet. Volgens de studie van Crisford et al. (4) draagt het vervagen van grenzen en rollen van zorgprofessionals bij aan het feit dat professionals niet meer weten welke taken zij wel en niet hoeven uit te voeren. Bize (3) et al. en Graham et al. (11) zochten de verklaring in de traditionele werkwijze van de zorg, ziekten genezen in plaats van voorkomen waardoor professionals het bevorderen van bewegen niet als deel van hun functie zien. Ten slotte noemden Ribera et al. (21) het politieke klimaat als reden voor zorgprofessionals om het bevorderen van bewegen niet als taak te zien.

Prioriteiten

In vijf artikelen werd gesproken over het geven van prioriteit aan beweegadviezen ten opzichte van andere werkzaamheden in de zorgpraktijk. Volgens de professionals is het moeilijk om prioriteit te geven aan het bevorderen van bewegen omdat, andere taken tijdens de consultatie vaak belangrijker worden gevonden waardoor het bevorderen van bewegen niet meer aan bod komt (8, 9, 11, 20, 21).

Eigen sport- en beweegervaringen

In elf studies kwam het onderwerp persoonlijke sport- en beweeggedrag van de zorgprofessional ter sprake. In vier artikelen werd geprobeerd om een verband te vinden tussen het sportgedrag van de professional en hoe vaak zij beweegadviezen geven aan patiënten (2, 3, 5, 8, 10, 14, 15, 18, 20, 21). Een eenduidig verband werd niet gevonden. De artikelen van Baert et al. (2) en Ribera et al. (21) vonden een positief verband, terwijl de studies van Dauenhauer et al. (5) en Goodman et al. (10)

geen verband vonden en de studie van Bize et al. (3) een negatief verband vond. Weer een andere studie liet zien dat zorgprofessionals zich bewust zijn van het feit dat hun uiterlijk en attitude van invloed is op de patiënt (18). In vier studies werd gevonden dat zorgprofessionals vinden dat ze zelf actief moeten zijn om als een rolmodel te fungeren en geloofwaardig te zijn voor de patiënt (8, 14, 18, 23).

Ervaren steun

In vier artikelen kwam steun aan de orde (2, 3, 15, 21). Twee keer als faciliterende factor en twee keer als belemmerende factor. In het artikel van Huijg et al. (15) kwam naar voren dat steun vanuit de organisaties en vanuit andere professionals een voorwaarde is voor het bevorderen van bewegen. Dat kwam overeen met het artikel van Ribera et al. (21) waarin de artsen die regelmatig beweging bevorderden steun ervoeren terwijl de artsen die geen beweging bevorderden zich juist niet gesteund voelden. Het artikel van Baert et al. (2) vermeldde dat 78% van de ondervraagden zich gesteund voelde door het management, maar dat een gebrek aan steun fysiotherapeuten niet beletten om minder activiteiten te gaan organiseren. In het artikel van Bize et al. (3) was steun wel een belemmerende factor. Hierin ervoeren de huisartsen een gebrek aan steun om gedragsverandering bij patiënten te bewerkstelligen.

3.1.2.2. Kennis en vaardigheden

Belemmerende en faciliterende factoren gerelateerd aan kennis en vaardigheden werden in achttien artikelen behandeld. Enerzijds hadden de kennis en vaardigheden betrekking op het bevorderen van bewegen, anderzijds op het sport- en beweegaanbod.

Kennis en vaardigheden over het bevorderen van bewegen

Elf artikelen beschreven gebrek aan kennis en vaardigheden van zorgprofessionals (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 18, 19). Vooral kennis en vaardigheden over het te weeg brengen van gedragsverandering bij de patiënt en kennis over het voorschrijven van beweging werden gemist door de professionals (4, 18, 19). Daarnaast ontbrak de nodige kennis over het bevorderen van bewegen onder bepaalde doelgroepen, zoals onder ouderen, diabetespatiënten, patiënten met hartkwalen en mensen met overgewicht (5, 6, 19). In Allen et al. (1), Dauenhauer et al. (5) en Kennedy et al. (16) werd de oorzaak van een gebrek aan kennis en vaardigheden gevonden in de (voor)opleiding van de zorgprofessionals. Hoewel in elf artikelen een gebrek aan kennis en vaardigheden werd genoemd als belemmerende factor, werd in een vijftal artikelen geen gebrek aan kennis en vaardigheden waargenomen onder de eerstelijnszorgprofessionals. Ongeveer 90% van de professionals gaven aan goede vaardigheden te hebben voor het voorschrijven van beweging onder (bepaalde groepen)

patiënten (6, 19, 22). De artikelen van Ribera en Van der Ploeg (21, 23) lieten een positief verband zien tussen de hoeveelheid kennis van professionals en het adviseren van beweging in de praktijk.

Kennis over sport- en beweegaanbod

Naast kennis en vaardigheden over gedragsverandering en beweegadvisering werd een gebrek aan kennis van het sport- en beweegaanbod in de omgeving van de patiënt in zeven publicaties genoemd als belemmering voor bewegingsbevordering (4, 7, 8, 10, 14, 17, 21). Zorgprofessionals vonden het lastig om patiënten naar geschikt aanbod te verwijzen als zij zelf niet weten wat de mogelijkheden zijn. In Din et al. (8) werd genoemd dat artsen het niet prettig vinden als zij niet weten waar ze naar toe doorverwijzen. Andersom is het voor zorgprofessionals ook een motivator om patiënten door te verwijzen naar het sportaanbod als zij wel weten wat er aan sportaanbod is, dit kwam terug in vijf publicaties (3, 5, 13, 17, 18).

3.1.2.3. Patiëntfactoren

In achttien studies kwam terug dat de patiënt zelf een belemmerende factor was voor het bevorderen van bewegen. Een meerderheid van de studies gaf aan dat zorgprofessionals vonden dat patiënten onvoldoende gemotiveerd en/of geschikt waren om te gaan bewegen. Ook werd aangegeven dat deelname aan het beweegaanbod financieel onaantrekkelijk was voor de patiënt.

Motivatie

Een grote belemmering voor gezondheidsbevordering in de zorgpraktijk is het gebrek aan motivatie van patiënten. In dertien studies werd genoemd dat patiënten ongemotiveerd zijn, ongeïnteresseerd zijn, onontvankelijk zijn of een negatieve attitude hebben ten opzichte van bewegen of beweegaanbod waardoor de patiënt geen progressie boekt (1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21). Zorgprofessionals uit een viertal studies gaven aan vooral beweging te stimuleren onder patiënten die gemotiveerd zijn om te veranderen en verantwoording willen dragen voor het verbeteren van de gezondheid (4, 8, 12, 20). In de studie van Baert et al. (2) gaf 85% van de artsen gemotiveerd te worden als patiënten hun waardering uitspraken voor de activiteiten die zij organiseerden. Maar in diezelfde studie werd tegelijkertijd een negatief verband gevonden tussen gebrek aan waardering en het organiseren van beweegactiviteiten.

Geschiktheid

Een andere belemmering om beweging te bevorderen voor zorgprofessionals was dat patiënten soms niet geschikt zijn om meer te gaan bewegen en professionals het daarom lastig vonden om patiënten op een veilige manier te laten bewegen. In tien artikelen waren dit patiënten die fysiek niet meer in staat waren om actief bezig te zijn, vanwege ouderdom en gezondheidsproblemen (2, 4,

5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18). Het artikel van Crisford (4), bood als enige nog een andere verklaring, beweging werd niet altijd bevorderd door professionals, omdat de patiënt al actief was en het dus geen extra gezondheidswinst op kon leveren.

Betaalbaarheid van sport- en beweegaanbod

In vijf studies werd de betaalbaarheid van sport- en beweegaanbod genoemd als belemmering voor het doorverwijzen van patiënten naar het aanbod. Redenen waren dat verzekeringen maar beperkt sport- en beweegaanbod vergoeden (1, 5, 13) en dat patiënten soms zelf niet de financiële mogelijkheden hebben om sport- en beweeglessen te betalen (12, 17).

3.1.2.4. Organisatorische context

Ten slotte werden in negentien publicaties belemmerende en faciliterende factoren genoemd die betrekking hadden op de organisatorische context, in dit geval van de zorgpraktijk en van het beweegaanbod. De factoren die een rol speelden in de zorgpraktijk waren tijd, financiële middelen, protocollen/educatiemateriaal, werkomstandigheden en samenwerkingen. De factoren aanbod en vervoer hadden betrekking op het beweegaanbod.

Tijd

Een gebrek aan (consultatie) tijd was met zeventien keer de meest genoemde belemmering in de studies (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21). Zorgprofessionals hadden het gevoel dat zij te weinig tijd hadden om naast het behandelen van de ziekte van de patiënt ook nog beweegadviezen te geven. In achttien artikelen werd tijd aangehaald, in zeventien studies was tijd een belemmering. Alleen in de artikelen van Shirley et al. (22) en Baert et al. (2) gaven fysiotherapeuten aan dat zij voldoende tijd hadden om patiënten te voorzien van beweegadviezen, tijd speelde geen rol in het bevorderen van bewegen. In vier studies gaven professionals aan dat meer tijd faciliterend zou werken voor het bevorderen van bewegen onder patiënten (13, 15, 20, 21).

Financiële middelen voor het bevorderen van bewegen

De perspectieven ten aanzien van het wel of niet hebben van voldoende financiële middelen voor het bevorderen van bewegen in de praktijk waren verdeeld. Vier studies gaven aan dat professionals onvoldoende vergoedingen kregen waardoor het niet mogelijk was om beweging te bespreken in te praktijk (1, 3, 11, 12). Volgens de studie van Bize et al. (3) zouden vergoedingen voor professionals meer gelinkt moeten worden aan gezondheidsbevordering en niet zoals nu gelinkt aan de consultatie tijd die een arts heeft voor een patiënt. Een drietal studies vond dat voldoende financiële middelen beschikbaar waren (22) of dat deze niet bepalend waren voor het wel of niet bevorderen van

bewegen (2, 17). De studie van Huijg et al. (15) vond dat beweegadvisering in de praktijk op zijn minst financieel haalbaar moest zijn en het niet verliesgevend voor de praktijk mocht zijn.

Protocollen/educatiemateriaal

De studies van Bize et al. (3), Huijg et al. (15) en Ribera et al. (21) rapporteerden een gebrek aan richtlijnen als belemmering om bewegen voor te schrijven aan patiënten. Twee studies van Allen et al. (1) en Douglas et al. (9) meldden specifiek een gebrek aan educatiematerialen voor patiënten. Materialen zoals een informatiepakket met daarin informatie over de voordelen van regelmatig bewegen, de tekenen van overtraindheid en informatie over specifieke beweegprogramma's zouden bij kunnen dragen aan het feit dat zorgprofessionals beter in staat zijn om beweging te bevorderen.

Werkomstandigheden

De studies van Goodman et al. (11) en Ribera et al. (21) lieten zien dat werkomstandigheden van eerstelijnszorgprofessionals belemmerend kunnen werken voor het bevorderen van bewegen door bijvoorbeeld personeelstekorten of een slecht functionerend medisch team of organisatie.

Samenwerkingen

De twee Nederlandse studies (15, 17) rapporteerden dat het deel uit maken van een netwerk of samenwerking faciliterend werkt of zou moeten werken voor het bevorderen van bewegen. Volgens Leemrijse et al. (17) zeiden artsen significant vaker door te verwijzen naar fysiotherapeuten of naar het sport- en beweegaanbod wanneer zij deel uit maken van een formele alliantie.

Aanbod en vervoer

Gebrek aan passend sport- en beweegaanbod in de buurt werd in een viertal studies als belemmering genoemd. Het aanbod was niet passend, omdat het zich niet in de buurt van de patiënt bevond (7, 8), niet voor de doelgroep bestemd was (5) of omdat er niet voldoende ruimte voorhanden was voor het aanbieden van sport- en beweegactiviteiten (7, 12). Passend aanbod bevindt zich niet altijd in de buurt van de patiënt en daarom is vervoer naar die locaties essentieel. Onvoldoende of niet passend vervoer naar passend aanbod werd in een vijftal studies genoemd als belemmering om beweging te bevorderen. Het ging vooral om de doelgroep ouderen, die niet meer in staat zijn om zelf wandelend of met de fiets of auto het beweegaanbod te bereiken (5, 10, 12, 13, 14). Faciliterende factoren voor het doorverwijzen naar het lokale sport- en beweegaanbod waren dat sportclubjes zich in de buurt bevonden van de patiënt en dat ze geschikt waren voor de doelgroep (13, 17). Passend aanbod in de buurt is voor veel professionals een voorwaarde om patiënten door te verwijzen naar het sport- en beweegaanbod (15).

|

3.2. Resultaten perspectieven ten aanzien van de buurtsportcoach

Zorg-, sport- en welzijnsprofessionals zijn in de focusgroepen gevraagd naar hun mening over de buurtsportcoach. Gevraagd is welke taken zij voor de buurtsportcoach zien weggelegd, hoe zij de functie van buurtsportcoach beoordelen en welke karakteristieken zij vinden horen bij de buurtsportcoach.

3.2.1. Taken van de buurtsportcoach

Uit de 'preference ranking' opdracht (Tabel 4) en de gesprekken tijdens de focusgroepen bleek dat zorg-, sport- en welzijnsprofessionals vinden dat een drietal taken voor de buurtsportcoach zijn weggelegd, namelijk als netwerker, doorverwijzer en organisator.

Tabel 4: Uitslagen 'preference ranking' opdracht. De grijze vakjes staan voor de drie taken die het belangrijkste werden gevonden door de professionals.

Potentiële taken buurtsportcoach	Focusgroepen		
	<i>Sport (n= 10)</i>	<i>Zorg (n= 20)</i>	<i>Welzijn (n= 7)</i>
Fungeert als makelaar en matcher tussen vastgestelde vraag en gerealiseerd aanbod	5.5	5.1	5.7
Draagt zorg/laat zorg dragen voor de inventarisatie van de behoefte aan sport- en bewegingsactiviteiten binnen het werkveld/de werkvelden	3.5	4.8	6.3
Zet een netwerk op met voor de doelgroep relevante partijen uit de zorg, sport en welzijnssector of sluit aan bij bestaande netwerken en breidt deze eventueel uit	3.4	3.8	3.4
Brengt in kaart welk aanbod er is voor de doelgroep, daarbij naast het regulier sport- en beweegaanbod ook kijkend naar het beweeg aanbod van andere sectoren zoals welzijn	5.5	3.5	3.7
Helpt sport- en beweegaanbieders in het opzetten van passend aanbod	5	6.8	6.7
Organiseert en coördineert op uitvoeringsniveau een samenhangend aanbod op het terrein van sport- en bewegingsactiviteiten	6.2	6.4	4.7
Werft/scout actief deelnemers voor de diverse activiteiten bij relevante doelgroep specifieke zorg- en welzijnsorganisaties	6	5.8	7
Leidt deelnemers toe naar sport- of bewegingsactiviteiten, in afstemming en eventueel in samenwerking met een zorg- of welzijnsorganisatie	5.5	4.4	3.1
Geeft voorlichting en draagt zorg voor deskundigheidsbevordering aan trainers en bestuursleden van sportaanbieders	7.9	8.6	8.9
Organiseert, coördineert en voert andere gezondheid bevorderende activiteiten uit in de wijk in samenwerking met relevante partijen uit de wijk	6.5	5.9	5.4

3.2.1.1. Netwerker

Alle drie de sectoren, zorg, sport en welzijn, zagen een belangrijke taak voor de buurtsportcoach weggelegd in het opzetten en onderhouden van een netwerk. Deze taak kwam terug in zowel de resultaten van de 'preference ranking' opdracht als de gesprekken tijdens de focusgroepen. De zorgsector had een duidelijke visie over de invulling van de buurtsportcoach als netwerker. Zij vonden dat de buurtsportcoach partijen en professionals met elkaar moet verbinden, zodat de verschillende sectoren elkaar kunnen vinden en leren kennen om erachter te kunnen komen wat de professionals elkaar kunnen bieden. Het belang van korte lijnen werd door alle professionals herhaaldelijk onderstreept. Op die manier kunnen de professionals veel zaken met elkaar regelen zonder tussenkomst van een buurtsportcoach.

Zorgprofessional netwerk 8: Ik denk dat het voor mij nu belangrijk is dat de buurtsportcoach fungeert om de werelden, het liefst geen werelden meer te laten zijn tussen zorg, sport en welzijn. Dat die met elkaar in contact gaan komen en van elkaars kracht gebruik gaan maken.

Zorg- sport- en welzijnsprofessionals vonden dat de buurtsportcoach het initiatief moet houden in het in stand houden van het netwerk door middel van het organiseren van regelmatige bijeenkomsten.

Sportprofessional netwerk 5: Ik denk wel dat zij daar een superviserende rol in moet spelen of kan spelen.

Sommige zorg-, sport- en welzijnsprofessionals zagen voor de buurtsportcoach juist geen rol weggelegd in het opzetten van een netwerk.

Sportprofessional netwerk 2: Je moet oppassen dat hij niet te veel bezig is met zijn netwerk te realiseren, zoals wij nu doen, maar dat hij echt in de praktijk bezig is. Dat heeft mijn voorkeur.

3.2.1.2. Doorverwijzer

Ook een taak als doorverwijzer hadden de zorg-, sport- en welzijnsprofessionals voor ogen voor de buurtsportcoach. Hoewel deze taak bij sportprofessionals niet hoog eindigde in de 'preference ranking' opdracht, werd deze taak wel veelvuldig genoemd door hen in de discussie tijdens de focusgroepen. Bij een taak als doorverwijzer is het idee dat een buurtsportcoach vanuit de zorg volwassenen met een beweegachterstand krijgt doorverwezen die baat kunnen hebben bij beweging. Vervolgens begeleidt de buurtsportcoach deze volwassenen, na een behoefte

inventarisatie, naar passend beweegaanbod. Zorg- en sportprofessionals vonden beide een taak als doorverwijzer belangrijk, maar zij hadden wel een ander belang bij de invulling ervan. De zorgsector wordt ontlast en ondersteund in de werkzaamheden wanneer de buurtsportcoach een taak als doorverwijzer op zich neemt, omdat zij niet zelf op de hoogte hoeven te zijn van het sport- en beweegaanbod. Deze taak droeg volgens professionals actief bij aan het bevorderen van de gezondheid van de patiënt.

Zorgprofessional netwerk 9: Als hij kan helpen om die persoon echt naar een sportclub te leiden, zo nodig met een beweegmaatje zodat die persoon echt naar binnen durft, dan denk ik dat de zorg heel erg ondersteund wordt en de zorgverleners heel erg ontlast worden in die enorm zware taak om mensen aan het bewegen te krijgen.

Voor de sportsector was de taak van doorverwijzer voordelig, omdat de buurtsportcoach actief volwassenen naar het sport- en beweegaanbod van de sportprofessionals begeleidt, waardoor de sport meer deelnemers aangeleverd krijgt. Persoonlijk contact van de buurtsportcoach met de doelgroep werd belangrijk gevonden in een doorverwijsfunctie, omdat de buurtsportcoach daardoor mensen beter kon motiveren om te gaan bewegen.

Sportprofessional netwerk 3: Ja, dat denk ik ook. Hij is gewoon een makelaar, die de mensen bij de hand neemt en kijkt waar de mogelijkheden zijn en dat regelt.

Sommige zorg, sport- en welzijnsprofessionals vonden het geen rol van de buurtsportcoach om als doorverwijzer op te treden, maar zagen dit eerder als een taak van andere professionals.

Sportprofessional netwerk 9: In hoeverre is de beweegmakelaar voldoende onderlegd om een persoon op, fysiek niveau in te schatten? "Wat is nou goed voor jou, wat zijn de mogelijkheden?" Hoe gaat [naam buurtsportcoach] door met die persoon naar het sportaanbod? En verder dan? En wie controleert dan dat die persoon er naar toe gaat en ook blijft? Weet je, dat vind ik een punt. In hoeverre reikt zijn professie? Echt als een professional in hulpverlening naar de mensen? Ja, dat vind ik een moeilijke, ik weet niet of dat goed gaat.

3.2.1.3. Organisator

Zorg-, sport- en welzijnsprofessionals zagen ook een belangrijke taak voor de buurtsportcoach in het organiseren, faciliteren en coördineren van alles rondom het beweegaanbod. Per sector waren accentverschillen te zien in de manier waarop zij de taken ingevuld wilden hebben.

Veel welzijnsprofessionals zagen een taak voor de buurtsportcoach weggelegd in het organiseren en coördineren van passend beweegaanbod. De buurtsportcoach kan beweegaanbieders helpen bij het opzetten van laagdrempelig aanbod dat aansluit op de vraag vanuit de doelgroep.

Welzijnsprofessional netwerk 2: Maar wat mij betreft is het belangrijkste toch het organiseren en coördineren op uitvoeringsniveau van sport en bewegen, want ja, dat is volgens mij de core business van een buurtsportcoach.

Zorgprofessionals wilden dat de buurtsportcoach een faciliterende rol op zich nam. De buurtsportcoach kan een rol spelen in het in kaart brengen van sport- en beweegaanbod zodat zij weten waar zij patiënten naar toe kunnen verwijzen. Daarnaast kan de buurtsportcoach een rol spelen in het faciliteren van gezondheid bevorderende activiteiten.

Zorgprofessional netwerk 9: In ieder geval alle mogelijkheden goed in kaart brengen in de buurt, want dat heeft er tot voor kort aan ontbroken. Want, je hebt allemaal wel een naam van een sportvereniging maar die mensen willen misschien soms op maat sporten, want dat is al een goede inventarisatie van de mogelijkheden die er allemaal zijn.

Sportprofessionals wilden ook dat het sport- en beweegaanbod in kaart werd gebracht. Niet voor zichzelf, maar voor de doelgroep en de zorgprofessionals zodat zij, sportprofessionals, beter gevonden kunnen worden. Uit de 'preference ranking' opdracht kwam naar voren dat sportprofessionals wilden dat de buurtsportcoach sportprofessionals helpt in het opzetten van passend aanbod. Deze taak werd echter niet verduidelijkt in de discussie over de taken van de buurtsportcoach.

3.2.2. Karakteristieken van de buurtsportcoach

Professionals hadden verschillende ideeën ten aanzien van de functie van buurtsportcoach. De buurtsportcoach moet zich bekend maken met zijn of haar werkzaamheden bij de professionals, de doelgroep en andere partijen, zoals de gemeente. Door een wijkfunctie te bekleden en zich vaak in de wijk te begeven kan deze bekendheid vergaard worden.

Zorgprofessional wijk 2: Benut het, maar ga er echt roepen dat het belangrijk is dat je er bent en dat je die mensen zoekt, die dus eigenlijk nu niet zichtbaar zijn en nog niet op het sportveld zijn.

Ook vonden professionals dat de buurtsportcoach de initiatiefnemer en manager van de verbinding zorg, sport en bewegen is. Hij of zij heeft een duidelijk overzicht van de wijk en het netwerk en roept het bij elkaar wanneer nodig.

Sportprofessional netwerk 5: Dat je met elkaar die verbinding hebt en ik denk dat, nouja, in dit geval [naam buurtsportcoach] daar een prima persoon voor zou zijn omdat die contacten heeft met iedereen, maar die kan het ook. Die heeft ook de vaardigheid om zowel met de patiënt, deelnemer, wie dan ook, als met de zorg of fysiotherapeut of artsen of wie dan ook maar. En als je, als zij dat inderdaad kan, want onderling krijg je dat niet voor elkaar, denk ik.

Ten slotte gaven professionals uit alle sectoren aan dat de buurtsportcoach een bepaald proces van taken doorloopt waarbij hij begint met een aantal taken en aan een reeks nieuwe taken begint, wanneer de eerste volbracht zijn. De meningen verschilden over de volgorde van taken in het proces.

Sportprofessional netwerk 2: En eigenlijk vind je dat alles [over de tien taken in de 'preference ranking' opdracht], dat alles belangrijk is. Het moet alleen misschien in een verschillende volgorde staan.

Ondanks dat professionals bepaalde ideeën hadden over hoe de functie vormgegeven moet worden, zagen zij tegelijkertijd in dat de buurtsportcoach te maken had met beperkingen in zijn functie die verhinderen dat hij of zij bepaalde taken optimaal uit kan voeren. Sommige professionals meenden dat de buurtsportcoach onvoldoende middelen zoals geld, tijd en mankracht heeft om zijn taken naar behoren uit te voeren. Zij vreesden dat dit op den duur, bij succes, een nog groter probleem gaat worden.

Sportprofessional netwerk 2: Jij zegt dat financiën niet zo belangrijk zijn, ik vind dat wel. Hij moet het werk wel, hij kan niet zelf les geven, dat kan dus niet. Dus, als hij iets opzet en je wilt het structureel door laten gaan, dan moet je zorgen dat je daar mankracht bij hebt en daar heeft hij dus geld voor nodig. Dus als je iets op wilt zetten, Bewegen voor Ouderen of noem maar op, of het wandelen, dan moet je ook iemand hebben die met die mensen mee loopt, die het organiseert.

Ten slotte werd in verschillende focusgroepen de naam buurtsportcoach ook als een belemmering ervaren. Beweegcoach zou beter aansluiten bij de doelgroep waarvoor hij werkt.

Zorgprofessional netwerk 5: En ja, buurtsportcoach. Ik denk dan ook meer aan buurtbeweegcoach. Sport is weer zo sport en “Ik moet dan weer sportief zijn en ik moet dan een goede conditie hebben”.

3.2.3. Meerwaarde van de buurtsportcoach

De professionals waren zonder uitzondering enthousiast over de functie van buurtsportcoach en over de eigen buurtsportcoach. De buurtsportcoach was voor de meesten een welkome aanvulling op de bestaande werkzaamheden. Veel professionals waren in het bijzonder ook erg blij met de persoon of personen die de functie van buurtsportcoach bekleden in hun gemeente.

Welzijnsprofessional netwerk 1: Zij is héél prettig als persoon ook. Dat is ook wel iets dat ook wel een rol speelt.

Er zaten verschillen in de meerwaarde die de buurtsportcoach creëerde voor de zorg-, sport- en welzijnsprofessionals. Zorgprofessionals vonden het prettig dat de buurtsportcoach verbindingen legt tussen verschillende partijen en de doelgroep. Sportprofessionals waren blij met het feit dat de buurtsportcoach actief mensen toe leidt naar het sport- en beweegaanbod. Welzijnsprofessionals waren enthousiast vanwege het feit dat de buurtsportcoach actief in de wijk aanwezig is en zo mensen bij elkaar en aan het bewegen brengt.

Zorgprofessional netwerk 5: Ja, maar ze is ook in staat om ons met elkaar te verbinden, maar ook de doelgroep met elkaar te verbinden, maar ook om de doelgroep met ons te verbinden. Zij is in staat om mensen bij elkaar te brengen.

In drie gemeenten waren professionals minder enthousiast over de verbinding zorg, sport en bewegen en zagen zij ruimte voor verbetering. Zo waren er nog onvoldoende verbindingen tussen relevante partijen.

Welzijnsprofessional netwerk 2: En dan merk je dat hij nog steeds op zoek is naar die verbinding, dus in dat stadium zit hij eigenlijk nog hè. Dus ja, in die zin heeft hij wel in kaart wat er is, hij heeft een kaart van wie de partners zijn. Maar, het met elkaar verbinden en ervoor te zorgen, ja, dat er een congruent aanbod staat aan sport en bewegen, daar is hij nog zoekende in, denk ik.

Focusgroepleider: *En vindt u het tot nu toe een meerwaarde, de buurtsportcoach?*

Zorgprofessional 1 netwerk 5: *Ehm, nou tot nu toe nog niet zo heel erg.*

Zorgprofessional 2 netwerk 5: *Nee, vanuit de eerstelijns niet.*

Een aantal professionals vond dat de buurtsportcoach te weinig zichtbaar is in de wijk zowel bij de professionals als bij de doelgroep. Ook vonden sommige professionals dat het effect van de buurtsportcoach op het duurzaam in beweging brengen van de doelgroep te gering is.

Sportprofessional netwerk 3: *Ik denk als je meer mensen naar me toe kan brengen of naar andere aanbieders, dan blijven er uiteindelijk ook meer hangen. Ja, want in het begin zag ik die groep van vier, vijf, en dat werd ook steeds minder. Terwijl ik denk van: "Ja, die groep, in [naam van wijk] is best wel groot".*

3.3. Perspectieven ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen

In het tweede deel van de focusgroepen werd ingegaan op de attitude en verwachtingen van zorg-, welzijns- en sportprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen. Doordat verschillen aanwezig waren in de wijze waarop de verbinding werd vorm gegeven, is een onderscheid gemaakt tussen de vijf netwerken met een structurele samenwerking (2, 3, 6, 7, 9) en de vier netwerken met (nog) geen structurele samenwerking (1, 4, 5, 8). Een overzicht, waarin per netwerk de resultaten van perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen staan beschreven, is te vinden in Appendix 4.

3.3.1. Structurele samenwerkingen

3.3.1.1. Attitude ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen

De professionals in een structurele samenwerking waren tevreden met de verbinding. Professionals die in de samenwerking een gezamenlijke visie hadden ontwikkeld op de verbinding (3, 6), waren gemiddeld meer tevreden dan professionals in de netwerken waar een dergelijke visie ontbrak (2, 7, 9).

Partners in de verbinding met een gedeelde visie hadden duidelijk voor ogen hoe de verbinding tot stand moet komen en zij wisten ook welke taken zij als professionals in de verbinding moeten vervullen. Deze professionals waren enthousiast, omdat de verbinding maakt dat de lijnen tussen de professionals korter worden. Professionals kennen elkaar en weten wat ze aan elkaar hebben. Ze waren gemotiveerd om het gemeenschappelijk doel te realiseren: zoveel mogelijk mensen aan het bewegen krijgen. De afstand tussen zorg en sport werd korter door de verbinding.

Sportprofessional netwerk 6: *Dus het mooiste is dat de lijntjes gewoon kort zijn en dat je ook met elkaar meedenkt en met z'n alle op nieuwe ideeën komt en tot nieuwe inzichten en dat is gewoon heel prettig. Ik merk ook dat wij buiten deze vergaderingen om ook gewoon meer contact hebben.*

In de netwerken waar wel een structurele samenwerking was maar geen gedeelde visie (2, 7, 9), leken professionals minder tevreden met de verbinding zorg, sport en bewegen. In deze netwerken was geen concreet, gezamenlijk plan over de invulling van de buurtsportcoachregeling en/of de verbinding zorg, sport en bewegen, waardoor professionals verschilden van mening over de invulling ervan. De professionals waren ook minder tevreden met de tot dan toe behaalde resultaten van de samenwerking.

Sportprofessional netwerk 2: *Het zijn allemaal mooie verhalen, maar er is veel theorie en weinig praktijk. Er komt te weinig uit. We zeggen dat kunnen we doen, zus en zo kunnen we doen, maar in de praktijk komt er te weinig uit in mijn beleving. Daar kunnen we, denk ik, met z'n allen toch wel wat verbeteren.*

Zorgprofessional netwerk 7: *Maar ik hoor hier wel een aantal verschillende uitgangspunten. We hebben verschillende uitgangspunten. Want [noemt naam] zegt wel nadrukkelijk: "Er is een tekort aan aanbod" en anderen hoor ik zeggen: "Er is genoeg aanbod, er is heel veel aanbod". We redeneren gewoon vanuit verschillende aannames en dat maakt 't wel lastig.*

Dat de verbinding nog niet probleemloos tot stand was gekomen, had volgens de professionals ook te maken met het feit dat verbinden tijd nodig heeft.

Welzijnsprofessional netwerk 7: *Het heeft allemaal tijd nodig, weet je. De buurtsportcoach is pas bezig. Ja, er gaat gewoon tijd overheen, over dat soort verbindingen.*

3.3.1.2. Verwachtingen

Professionals hadden een aantal verwachtingen over de verbinding zorg, sport en bewegen. Zorg- en welzijnsprofessionals konden vaker dan sportprofessionals een beeld schetsen van de verbinding. Alle professionals vonden dat de verbinding uitgebreid moet worden door andere relevante partijen te betrekken in de samenwerking. Daarnaast vonden zij dat de doorverwijsstructuur tussen zorg en sport een vanzelfsprekendheid moet worden, dus dat professionals weten hoe de verbinding in

elkaar zit en daardoor gebruik maken van de verbinding. Ten slotte wilden de professionals dat de buurtsportcoachregeling, die de verbinding tussen zorg en sport faciliteert, verlengd wordt.

Sportprofessional netwerk 3: Eén man in een radertje heeft beperkt power, beperkte mogelijkheden. De kracht moet denk ik straks vooral liggen in dat we elkaar weten te vinden, dat het eigenlijk een automatisme wordt. Op basis van een oordeel vanuit de zorg, dat de patiënt, wij zetten hem neer als klant, het juiste aanbod aangereikt krijgt.

3.3.2. Niet-structurele samenwerking

3.3.2.1. Attitude ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen

In de netwerken van vier buurtsportcoaches waarin de professionals niet op een structurele manier met elkaar samenwerkten (1, 4, 5, 8), vonden professionals de verbinding tussen zorg en sport veelbelovend.

Zorgprofessional netwerk 8: Het begint nou te bloeien en nou komt het verder. Dit is gewoon de start, dit is de fundering, en dan komt het huis als het goed is.

Professionals waren vooral tevreden met het feit dat de verbinding zorgt dat patiënten vanuit de zorg soepeler begeleid worden naar het aanbod, de professionals elkaar leren kennen en elkaar ook beter kunnen vinden in de verbinding.

Sportprofessional netwerk 1: Dus die [zorgprofessionals] verwijst de persoon dan door naar mij en dat is dus voor het eerst dat het via jou [de buurtsportcoach] en de fittesten gaat. Die contacten liggen er nu en dat is gewoon, dat werkt gewoon steeds beter.

De professionals gaven wel aan dat het moeilijk is om goede verbindingen te leggen om patiënten vanuit de zorg toe te geleiden naar het beweegaanbod.

Zorgprofessional netwerk 4: Ik merk wel dat het heel lastig is dat zorg, sport en welzijn elkaar goed kunnen vinden, om die verbinding goed te leggen.

Net als in de netwerken met een structurele samenwerking, werd ook in deze netwerken zonder structurele samenwerking genoemd dat meer tijd nodig is om een verbinding tot stand te laten komen.

Zorgprofessional netwerk 8: *ik denk ook tijd in de zin van: niet het stukje tijd te kort, maar ook dat iets moet landen, iets moet bezinken, tijd krijgt om het te ontwikkelen. Projecten waarbij je aan kan sluiten.*

3.3.2.2. Verwachtingen

Veel van de genoemde verwachtingen van de professionals over de verbinding richten zich op een intensievere samenwerking tussen de professionals en de betrokken partijen in de verbinding zorg, sport en bewegen. De professionals waren het met elkaar eens dat meer samengewerkt moet worden om met elkaar in verbinding te blijven staan. De professionals wilden een intensievere samenwerking bereiken door regelmatig bij elkaar te komen en een proactieve houding aan te nemen door mee te helpen en te denken in de verbinding.

Zorgprofessional netwerk 1: *En ik denk dat het ook iets is voor de lange termijn. Als we de samenwerking voort willen blijven zetten en het niet willen laten verwateren dan zou het helemaal niet verkeerd zijn als we eens in de zes maanden bijvoorbeeld met een hele groep in de avonduren, een uurtje of anderhalf uur in de avond, even samen komen, even kijken of alle neuzen nog dezelfde kant op staan. Waar zitten er nog hiaten, waar zitten de valkuilen, waar moeten we nog extra accenten op leggen? Om gewoon weer even iedereen refreshed te krijgen, dat iedereen ook weer eventjes met energie de deur uit loopt en denkt: "Oja, ik kan er wel weer tegenaan en ik heb nog zin om dit door te blijven zetten." Ga je namelijk contact verbreken dan zie je gewoon dat dat misgaat. Iedereen gaat weer zijn eigen weg.*

Net als bij de professionals in een structurele samenwerking vonden de professionals in een niet-structurele samenwerking dat alle relevante partijen betrokken moeten zijn in het netwerk, dat wil zeggen de sectoren zorg, sport, welzijn en de gemeente.

Zorgprofessional netwerk 8: *en inderdaad ook welzijn erbij en de gemeente erbij. Dat kan niet zonder elkaar.*

Ten slotte hadden professionals behoefte aan een duidelijke doorverwijsstructuur waarin alle relevante partijen betrokken zijn en hier actief aan mee werken. In deze structuur is de buurtsportcoach een onmisbare schakel in de verbinding. De zorg verwijst de patiënt door naar de buurtsportcoach en de buurtsportcoach leidt op zijn beurt de patiënt naar passend beweegaanbod.

Sportprofessional wijk 5: *[Tegen de buurtsportcoach]. En misschien moet je dan inderdaad de afspraak maken zoals wij dat eigenlijk doen. Direct neerleggen, zo van als iemand uitbehandeld is: "Mail mij even en ik neem contact op." En bij een sportleider zo van: "Nou je hebt deze groep uit de fittesten. Haakt er nou iemand af wegens wat dan ook maar, mail mij even dan zorg ik ervoor dat diegene bij de fysio of bij een ander terecht komt".*

3.4. Faciliterende en belemmerende factoren voor het verbinden van zorg en sport

Voor zorg-, sport- en welzijnsprofessionals waren belemmerende en faciliterende factoren aanwezig in de verbinding die bijdroegen aan het feit dat professionals wel of niet actief deelnemen aan de verbinding zorg, sport en bewegen. Sommige factoren waren sector overstijgend en dus van invloed op alle drie de sectoren. Andere factoren waren specifiek verbonden aan de sector zorg, sport of welzijn. De factoren hieronder beschreven zijn vaak omkeerbaar, een belemmerende factor kan ook een faciliterende factor zijn.

3.4.1. Sector overstijgende factoren

De verbinding zorg, sport en bewegen werd gefaciliteerd of belemmerd door de doelgroep, persoonlijke opvattingen en beleid. Deze factoren waren van invloed op de gehele keten zorg-sport en werden ook beaamd door de drie sectoren in de verbinding.

3.4.1.1. Doelgroep

Professionals vonden het lastig om met de doelgroep, volwassenen met een beweegachterstand, te werken. Zorg- en welzijnsprofessionals ervoeren dat het niet eenvoudig is om de doelgroep naar het beweegaanbod te leiden. Sportprofessionals vonden het moeilijk om de mensen aan het sporten te houden. De doelgroep was volgens professionals ongemotiveerd om te gaan bewegen maar ook ongeschikt voor het laagdrempelig beweegaanbod.

Zorgprofessional netwerk 5: *Vanuit de kwetsbare ouderen, want dat is iets waar jij met name mee zit en waar ik ook mee zit. Deze mensen willen vaak niet sporten omdat die intrinsieke motivator er niet in zit. "Ik heb nooit gesport dus waarom zou ik dat nu wel doen."*

De doelgroep had volgens professionals bovengemiddeld vaak te kampen met problemen in de persoonlijke sfeer waardoor ze niet structureel aan bewegen toe kwamen. Persoonlijk contact met de doelgroep werd als veelbelovend gezien voor het betrekken en behouden van mensen bij het sportaanbod.

Sportprofessional netwerk 3: Maar, ik heb in echte aantallen vier mensen gehad, waarvan er eentje is blijven hangen. Die ander kreeg in één keer werk dus die, ik zit in de ochtend en de middag, dus die viel toen weg. En de andere twee die hadden vooral last, eentje heeft een tijdje op straat geleefd, die had last van psychische problemen en nog eentje die had ook iets traumatisch ooit meegemaakt. Maar die mensen die hebben zoveel begeleiding nodig en die blijven eigenlijk niet hangen.

3.4.1.2. Persoonlijke opvattingen

Professionals zagen allemaal het belang in van bewegen, wat faciliterend werkt voor deelname aan de verbinding. Ze waren stuk voor stuk gemotiveerd om samen te werken. Professionals gaven aan dat zowel zorg- als sportprofessionals die niet deel nemen aan de verbinding minder geïnteresseerd zijn in bewegen en in de doelgroep.

Zorgprofessional netwerk 3: We zijn eerst met verwachtingen begonnen en we willen er tijd in stoppen. 'T is allemaal liefdewerk van de mensen die hier ook in de stuurgroep zitten.

3.4.1.3. Effectiviteit

Effectiviteit van de verbinding werd als een faciliterende of belemmerende factor genoemd in het verbinden van zorg en sport. Wanneer gemeenten en professionals zien dat de verbinding iets oplevert, zullen zij eerder geneigd zijn om actief deel te nemen aan de verbinding of om deze te stimuleren. De effectiviteit van de verbinding is effectief wanneer gezamenlijke doelen behaald worden (gezonde burgers), maar ook wanneer organisationele doelen (meer klanten voor sportvereniging of fysiotherapeut) bereikt worden.

Sportprofessional netwerk 3: We weten allemaal het belang, maar ik denk dat het accent hier [de gemeente] heel zwaar ligt op onderwijs en jeugd en dat is ook verdomd belangrijk, laten we dat niet onderschatten. Maar, het accent ligt nog veel te weinig aan de andere kant en dat heeft veel te maken met als wij succes hebben, ik denk dat dat wel omslaat, maar dat moeten we wel even zien te creëren.

3.4.1.4. Landelijk en lokaal beleid

Ten slotte speelde beleid een belangrijke rol in de verbinding zorg, sport en bewegen. Continuering in het beleid ten aanzien van de buurtsportcoachregeling was voor alle professionals van essentieel belang in het in stand houden van de verbinding zorg, sport en bewegen.

Zorgprofessional netwerk 3: Nou dan denk ik: “Oké, dat we dan naar iemand in de wijk kunnen toeleiden en dat dat goed wordt opgepakt. Of dat fenomeen nou buurtsportcoach heet of dat de gezamenlijke sportverenigingen nou een kei goede persoonlijke opvang aanpak hebben, dat maakt mij niet uit.” Maar, dat het een structurele voorziening is in de wijk.

De zorgsector werd belemmerend door de transities in de zorg, omdat er veel tijd ging zitten in het aanpassen van de organisaties. Ook ervoeren zij kortlopende sportstimuleringsprojecten van de gemeente als vervelend. Anderzijds, werkten de transities in de zorg faciliterend, omdat het meer ruimte schept om preventief te werken.

Zorgprofessional netwerk 8: Juist, want dat [preventief werken] was voorheen altijd zo’n valkuil dat dat inderdaad gewoon niet kon, financieel anders zat, en dat dat niet bevorderd werd. Nu kun je daar veel meer in doen, zijn er veel meer mogelijkheden.

Ook sportprofessionals ervoeren belemmeringen in het beleid. Zij verweten de gemeente dat zij de verbinding tegenwerkt. Aan de ene kant stimuleert de gemeente de verbinding tussen zorg en sport door middel van de buurtsportcoachregeling en andere sportsubsidietrajecten, maar tegelijkertijd maakt zij het voor beweegaanbieders moeilijk om aanbod neer te zetten door sportstimuleringsprojecten weg te bezuinigen.

Sportprofessional netwerk 3: Dus aan de voordeur worden ze [de doelgroep] binnengebracht door nieuwe buurtsportcoaches en door de achterdeur worden er gewoon weer vijf uur geschrapt om onduidelijke redenen.

3.4.2. Belemmerende en faciliterende factoren in de zorgsector

Zorgprofessionals gaven aan belemmerd te worden om deel te nemen aan de verbinding zorg, sport en bewegen, omdat zij onvoldoende tijd, financiële middelen en kennis over het beweegaanbod hebben. Daarnaast werd de verbinding belemmerd door eigen belangen.

3.4.2.1. Gebrek aan tijd en financiële vergoeding

Zorgprofessionals ervoeren een gebrek aan tijd om actief deel te nemen aan de verbinding. Ook welzijns- en sportprofessionals gaven aan dat de zorg onvoldoende tijd heeft. Naast tijd werd door zorgprofessionals een gebrek aan financiële vergoeding door de verzekeraar voor preventieve handelingen zoals het geven van beweegadviezen ervaren als een belemmering.

Zorgprofessional netwerk 4: Je werkproces dat moet je heel erg stroomlijnen. En als er dan een paar dingen op een dag misgaan dan loop je al tien minuten achter en dan denk je even: "laat maar even zitten, volgende keer maar weer."

Zorgprofessional netwerk 1: Als jij tegen een zorgverzekeraar zegt dat wij preventief willen gaan werken. Nou, dan krijg je, heel langzaam aan begint dat weer een beetje veranderen te veranderen, maar wij mogen alleen maar curatief werken.

Door een gebrek aan tijd en financiële middelen vonden zorgprofessionals in een aantal gevallen dat het niet hun taak is om patiënten te begeleiden naar het sport- en beweegaanbod. Door professionals uit zowel de zorg-, sport- als welzijnssector werd ervaren dat huisartsen het lastigste te betrekken zijn in de verbinding zorg, sport en bewegen. Volgens hen zouden andere zorgprofessionals, zoals praktijkondersteuners de doorverwijzende taak in het verbinden van zorg en sport ook uit kunnen voeren.

Zorgprofessional netwerk 9: Waarschijnlijk omdat wij toenaderbaarder zijn dan de gemiddelde huisarts. Want ja, die kun je bijna niet eens mailen natuurlijk dus dan zou je een assistent moeten bellen.

3.4.2.2. Kennis

Zorgprofessionals ervoeren dat zij onvoldoende kennis hebben over betrouwbaar sport- en beweegaanbod en daardoor patiënten maar mondjesmaat doorverwijzen. Daarnaast noemde een aantal zorgprofessionals dat zij onvoldoende bekend waren met de werkzaamheden van de buurtsportcoach en daardoor niet wisten hoe en waarvoor zij hem in konden zetten.

Zorgprofessional netwerk 5: Niet weten wat er is. Dat meer denk ik dan weten of het wel of niet geschikt is. Ik denk dat dat ook de reden is geweest. Daarom zie je ook dat wij, ik verwijs nu meer door sinds die fittestdag, omdat ik nu iets meer weet wat er is. Dan stuur ik mensen makkelijker door.

3.4.2.3. Belangen

Tegenstrijdige belangen werkten ook belemmerend voor het verbinden van zorg, sport en bewegen. In sommige netwerken hadden zorgprofessionals of zorgorganisaties ook sportaanbod waardoor het eigen belang concurreerde met het belang van de verbinding. Zorgprofessionals moesten patiënten doorverwijzen naar het reguliere sport- en beweegaanbod maar het was in het belang van de organisatie om de klant binnen het eigen beweegcircuit te houden.

Zorgprofessional netwerk 4: Wij hebben fitness, wij hebben ook fitnessmedewerkers en een fitnessabonnement, dus wij proberen ook mensen een fitnessabonnement te verkopen, dat is uit bedrijfsmatig oogpunt. "Vind je het leuk?" "Ja, ik vind het leuk." "Nou, ik heb dit voor je in de aanbieding." A, mensen zijn in beweging en B, het levert ook nog wat op. Ja, weet je, je bent gek als je het niet doet. Apparatuur heb je allemaal zelf aangeschaft als fysiotherapeut, die krijg je niet van de zorgverzekeraar.

3.4.3. Belemmerende en faciliterende factoren in de sportsector

De sportsector gaf aan voldoende aanbod te hebben. Tegelijkertijd werd zij belemmerd door een gebrek aan financiële middelen en vakbekwaam personeel waardoor de sportsector niet optimaal beweeglessen kan aanbieden. Daarnaast noemden sportprofessionals passende faciliteiten en het bekend maken van het aanbod ook als beslissende factoren om de verbinding te laten slagen.

3.4.3.1. Financiële middelen

Sportverenigingen gaven aan onvoldoende financiële middelen beschikbaar te hebben om laagdrempelig beweegaanbod te kunnen bieden. De sportprofessionals die wel over laagdrempelig beweegaanbod beschikten gaven aan dat ook zij afhankelijk zijn van financiering van derden, zoals de zorgverzekeraar of de gemeente. Kosten konden volgens hen niet volledig verhaald worden op de deelnemers.

Sportprofessional netwerk 3: Die mensen met die Ooievaarspas [subsidieregeling waardoor mensen goedkoop kunnen sporten] die betalen nu dus vier euro per maand en als ik dus zelf ga draaien, dan ga ik tien euro per maand vragen.

Zorgprofessional netwerk 3: En dan komt niemand meer.

3.4.3.2. Personeel en faciliteiten

De sportsector gaf ook aan onvoldoende vakbekwaam personeel te hebben om in te zetten op het laagdrempelig beweegaanbod. De inzet van ongeschoolde vrijwilligers werd als onverantwoord beschouwd, wat beaamd werd door zorg- en welzijnsprofessionals. Daarnaast vonden

sportprofessionals passende faciliteiten een voorwaarde voor het kunnen aanbieden van laagdrempelige beweegactiviteiten, zoals continu sportaanbod (52 weken per jaar) en voldoende zaalruimte om te bewegen.

Sportprofessional netwerk 2: Maar vrijwilligers zijn een tak van sport. Het is natuurlijk zo dat we niet iedereen zomaar voor een groep kunnen zetten. Je moet vakbekwaam zijn, dus het is niet de eerste de beste vrijwilliger die dat kan doen. Dus dat speelt natuurlijk ook mee.

3.4.3.3. Aanbod

Sportprofessionals vonden dat zij voldoende aanbod hadden, maar dat zij te passief waren in het bekend maken van hun aanbod aan zorg- en welzijnsprofessionals en de doelgroep. Sportprofessionals vonden dat zij een actieve houding aan moesten nemen om het aanbod bekend te maken, wat beaamd werd door zorgprofessionals.

Sportprofessional netwerk 5: Een stukje PR. Want hoe lang hebben wij al ons aanbod voor de ouderen? Ja, toch al 35 jaar. En toch merk je dan nog steeds dat het onvoldoende bekend is. Daar doe je dan in weze toch te weinig aan terwijl de categorie waar het nu over gaat, die weten dus al jaren dat die mogelijkheid er wel is, of kunnen het weten, maar toch weet men het niet dus kennelijk doen we toch iets verkeerd.

Zorgprofessional netwerk 4: Wat ik dus merk is dat als je sport of beweegaanbieders vraagt om: “van laat nou weten wanneer je start, wanneer de cursus begint, wat je aanbiedt” dan moet jij als zorgprofessional nog steeds zelf de flyers gaan halen.

Ook vonden zorg- en welzijnsprofessionals dat sportverenigingen te veel op de wedstrijdsport gericht zijn en minder op bewegen waardoor het aanbod niet aansluit. Ook was het aanbod niet passend bij de doelgroep qua laagdrempeligheid en geografische ligging.

Welzijnsprofessional netwerk 3: En ja, de gemiddelde sportaanbieder die voor zo’n club staat is inderdaad veel meer bezig met “we gaan met deze club lekker voetballen, of lekker atletiek doen of we gaan lekker hardlopen”. En die zijn lang niet zo bezig met deze mensen.

Zorgprofessional netwerk 8: *En dat merk je ook met die uitstapjes. Vind maar eens sportaanbod bij een sportvereniging dat aansluit bij die doelgroep. En waar dat gat niet te groot is.*

3.4.4. Belemmerende en faciliterende factoren in de welzijnssector

Welzijnsorganisaties met sportaanbod werden belemmerd of gefaciliteerd door een combinatie van factoren uit de zorg- en sportsector, afhankelijk van welke functie zij als welzijnsorganisatie in de verbinding zorg, sport en bewegen bekleedden. Sommige welzijnsorganisaties stonden bijvoorbeeld net als sportaanbieders, open voor het organiseren van laagdrempelig sport- en beweegaanbod, maar een gebrek aan tijd en financiële middelen verhinderde dat.

Welzijnsprofessional netwerk 8: *ik heb die vraag bij de gemeente opgeplakt eigenlijk. "Geef ons alsjeblieft de handen." Bij ons is het hetzelfde, we zouden het [sport- en beweeglessen aanbieden] heel graag doen. We zien het, maar we hebben niet de uren om het uit te voeren. Dat is allemaal te duur en te moeilijk.*

Sommige welzijnsorganisaties hadden net als zorgprofessionals een taak om volwassenen met een bewegachterstand te signaleren, maar werden hierin belemmerd omdat zij onvoldoende bekend zijn met het sport- en beweegaanbod in de buurt.

Welzijnsprofessional netwerk 8: *Misschien is vanuit jullie uit een stuk PR mogelijk om te vertellen dat jullie er zijn, nogmaals ik ben een leek ik zit niet in de zorg. [naam buurtsportcoach] weet ik, citytrainers heb ik nooit aan gedacht, maar dat zou ook bekend moeten zijn bij de niet-zorg en sportverenigingen organisaties.*

Welzijnsorganisaties met beweegaanbod hadden, net als zorgprofessionals, te maken met eigen belangen waardoor klanten minder snel naar sport- en beweegaanbod buiten de welzijnsorganisatie verwezen werden.

Welzijnsprofessional netwerk 1: *Ik ben heel erg gericht op de MBvO, daar ligt mijn focus. Ik moet het verantwoorden, we moeten meer deelnemers krijgen, meer dit, meer dat.*

4. Discussie

Het doel van het onderzoek was om in kaart te brengen wat de perspectieven zijn van uitvoerende professionals in het netwerk van de buurtsportcoach ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen.

Voor het beantwoorden van deelvraag één werden de perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het bevorderen van bewegen in kaart gebracht op basis van literatuuronderzoek. Belemmeringen die het meest genoemd werden, waren een gebrek aan tijd, ongemotiveerde en ongeschikte patiënten en onvoldoende kennis en vaardigheden over hoe professionals te werk moet gaan in het bevorderen van bewegen. De meest genoemde faciliterende factoren waren dat artsen het belang van bewegen inzien, het bevorderen van bewegen als deel van hun functie beschouwen en zelf regelmatig sporten en bewegen.

Voor het beantwoorden van deelvraag twee en drie werden perspectieven van zorg-, sport- en welzijnsprofessionals in kaart gebracht ten aanzien van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat zorg-, sport- en welzijnsprofessionals overwegend positief waren over de verbinding zorg, sport en bewegen en de rol die de buurtsportcoach hierin inneemt. De buurtsportcoach creëerde meerwaarde voor elke sector. De verbinding werd positief ervaren, omdat deze zorg en sport nader bij elkaar bracht.

Zorg-, welzijns- en sportprofessionals dachten vrijwel hetzelfde over de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen. Zorg- en welzijnsprofessionals hadden meer dan sportprofessionals een visie over hoe de verbinding tot stand moest komen en wat de stappen daarin zouden moeten zijn, doordat zorg- en welzijnsprofessionals vaker dan sportprofessionals een beeld of verwachting schepten over de verbinding. De visies over de verbinding zorg, sport en bewegen werden ook beïnvloed door de mate van samenwerking. Professionals in een niet-structurele samenwerking wilden elkaar beter leren kennen. Professionals in een structurele samenwerking wilden de verbinding uitbreiden.

Ten slotte ervoeren professionals verschillende belemmeringen en facilitators die invloed hadden op hun deelname aan de verbinding. Factoren in de zorgsector waren kennis, eigen belangen, tijd en financiële vergoeding. Voor de sportsector waren dit personeel en faciliteiten, financiële vergoeding en sport- en beweegaanbod. Welzijn had te maken met een combinatie van factoren uit de sport- en zorgsector zoals eigen belangen en een gebrek aan tijd, financiële middelen en kennis van het sport- en beweegaanbod. Gemeenschappelijke factoren voor zorg-, sport- en welzijnsprofessionals waren de doelgroep, persoonlijke opvattingen, effectiviteit van de verbinding en beleid.

4.1. Vergelijking resultaten met eerder onderzoek

4.1.1. Buurtsportcoach

Zorg-, sport en welzijnsprofessionals noemden dezelfde taken voor de buurtsportcoach als de taken die buurtsportcoaches voor zichzelf zagen (Leenaars, in preparation; Pulles, Leijenhorst, Reijgersberg, Hilhorst, & Lindert, 2014). Dit laat zien dat de taken van de buurtsportcoach aansluiten bij de wensen van professionals. Wellicht ervaren de professionals daardoor de functie van buurtsportcoach als een meerwaarde. De buurtsportcoach borduurt voort op de combinatiefunctionaris, de voorloper van de buurtsportcoach, die door onderwijs-, cultuur-, gemeente- en sportprofessionals ook werd ervaren als een meerwaarde (Von Heiden et al., 2011). De belemmeringen ervaren door de de professionals in het huidige onderzoek kwamen ook overeen met de knelpunten waar de combinatiefunctionaris mee te maken had; de buurtsportcoach had te weinig tijd voor het uitvoeren van zijn werkzaamheden, de functie was onduidelijk en het ontbrak hem of haar aan noodzakelijke randvoorwaarden.

4.1.2. Verbinding zorg, sport en bewegen

Het huidige onderzoek bevestigt de belemmerende en faciliterende factoren genoemd door eerstelijnszorgprofessionals wat betreft het bevorderen van bewegen en de deelname aan de verbinding zorg, sport en bewegen. De drie meest genoemde belemmerende factoren uit het huidige literatuuronderzoek, namelijk gebrek aan tijd, kennis en ongemotiveerde en/of ongeschikte patiënten, waren identiek aan eerder systematisch literatuuronderzoek van Hébert et al. (2012) en werden ook genoemd door de buurtsportcoaches in het artikel van Leenaars (in preparation) en in de focusgroepen. Verder kwamen de belemmerende factoren in de sportsector eveneens overeen met de literatuur. In Leenaars (in preparation) gaven buurtsportcoaches aan dat het niveau van de lessen te hoog was waardoor deze niet goed aansloten bij de doelgroep. Onderzoek van Ooms et al. (2015) gaf aan dat onvoldoende gekwalificeerde trainers beschikbaar waren die lessen voor de doelgroep konden verzorgen.

Het huidige onderzoek heeft eerdere opvattingen over de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen bevestigd maar heeft tegelijkertijd ook nieuwe, aanvullende inzichten opgeleverd. Niet eerder werden perspectieven van welzijnsprofessionals, een belangrijke speler in de verbinding zorg-, sport en bewegen, in kaart gebracht. Ook heeft het onderzoek ontbrekende inzichten opgeleverd in waarom bepaalde faciliterende en belemmerende factoren van invloed zijn op de professionals en hun deelname aan de verbinding. De buurtsportcoach noemde zelf eigen belangen in de zorg en een gebrek aan tijd, kennis en aan passend sport- en beweegaanbod als belemmerende

factoren in de verbinding zorg, sport en bewegen. Het huidige onderzoek heeft laten zien waarom deze knelpunten speelden en hoe deze een rol speelden. Sportprofessionals gaven bijvoorbeeld aan dat er niet zozeer een gebrek aan passend aanbod is, maar dat het aanbod niet bekend is onder zorg- welzijnsprofessionals en de buurtsportcoach.

4.2. Betekenis resultaten voor de verbinding zorg, sport en bewegen

De resultaten hebben betekenis voor de manier waarop de samenwerking in de verbinding zorg, sport en bewegen tot stand komt en de ervaren belemmeringen in de verbinding. De manier waarop professionals samenwerken in de verbinding, en wat overeenkomt met hun verwachtingen, lijkt op een multidisciplinaire samenwerking. In dit type samenwerking werken verschillende sectoren onafhankelijk van elkaar aan verschillende aspecten van een project (Choi & Pak, 2006). De sectoren zorg, sport en welzijn werken samen met alle relevante partijen binnen de verbinding (bijvoorbeeld buurtsportcoach en gemeente), maar hebben hierin hun eigen gescheiden taken om het gemeenschappelijke doel te bereiken (Wilson & Pirrie, 2000 in Choi & Pak, 2006). De ervaren belemmerende en faciliterende factoren door de professionals hebben daardoor minder, zoals in een interdisciplinaire samenwerking betrekking op de verschillen tussen de sectoren maar zijn juist afkomstig uit de eigen sector (Clark, 1993 in Choi & Pak, 2006). In het huidige onderzoek was, anders dan in het onderzoek van Leenaars et al. (2015) naar de facilitators en barrières in het verbinden van zorg en sport, niet zozeer sprake van twee werelden met elk hun eigen cultuur waardoor de samenwerking bemoeilijkt werd. De sectoren zorg, sport en welzijn deelden enthousiasme over de verbinding en waren gemotiveerd om daar aan mee te werken, maar werden tegelijkertijd belemmerend in hun deelname aan de verbinding. De zorgsector werd belemmerd voor deelname aan de verbinding door een gebrek aan tijd, kennis, financiële vergoeding van de verzekeraar en verhinderd door eigen belangen waardoor patiënten in de zorgsector blijven hangen. De sportsector werd belemmerd door een gebrek aan vakbekwaam personeel, door onvoldoende faciliteiten en doordat zij het aanbod onvoldoende bekend maken. De welzijnssector werd gehinderd door een combinatie van factoren die ook speelden binnen de zorg- en sportsector, zoals eigen belangen en een gebrek aan tijd, financiële middelen en kennis. De genoemde belemmeringen door de professionals lijken complex, meer faciliterende factoren binnen de verbinding zijn daarom nodig.

4.3. Suggesties voor de buurtsportcoach en zorg-, sport- en welzijnsprofessionals in het verbinden van zorg, sport en bewegen

Problemen in de verbinding zorg, sport en bewegen moeten eerst opgelost worden voordat de deze goed kan functioneren. Daarin zullen stappen gezet moeten worden door de buurtsportcoach, de zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en beleidsmakers.

4.3.1. Suggesties voor de buurtsportcoach in het verbinden van zorg, sport en bewegen.

Voordat de buurtsportcoach zich richt op de drie taken die professionals voor hem zien weggelegd, is het van belang dat de buurtsportcoach eerst voorwaarden schept voor de verbinding zorg, sport en bewegen zodat de buurtsportcoach in een later stadium ook de mogelijkheid heeft om zijn taken naar behoren uit te voeren. Het gaat bijvoorbeeld om het creëren van bekendheid met de buurtsportcoach onder professionals omdat vooral zorgprofessionals aangaven dat zij onvoldoende bekend waren met de buurtsportcoach. De buurtsportcoach zou zich daarom bekend moeten maken bij alle relevante professionals en partijen in de verbinding zodat zij weten wie de buurtsportcoach is en waar zij hem voor in kunnen zetten. Daarnaast zou de buurtsportcoach kunnen helpen met het opzetten van passend sport- en beweegaanbod. Hoewel professionals deze taak niet noemden als één van de belangrijkste taken van de buurtsportcoach, kan de buurtsportcoach hier toch mee helpen aangezien professionals aangaven dat het huidige sport- en beweegaanbod ongeschikt is voor de doelgroep. Met het scheppen van deze voorwaarden kunnen ervaren belemmeringen opgeheven worden wat helpt om de verbinding zorg, sport en bewegen beter tot stand te laten komen.

4.3.2. Suggesties voor zorg-, sport- en welzijnsprofessionals in het verbinden van zorg en sport

Ook zorg-, sport- en welzijnsprofessionals kunnen een rol spelen in het opheffen van de belemmeringen en het faciliteren van de verbinding zorg, sport en bewegen.

Zorgprofessionals worden belemmerd in het doorverwijzen van patiënten naar het sport- en beweegaanbod doordat zij onder andere te weinig kennis hebben over het bevorderen van bewegen en over het sport- en beweegaanbod. Een suggestie om het gebrek aan kennis te verhelpen is een evidence based flexibel interventieprotocol passend bij zowel de patiënt als de zorg- en/of welzijnsprofessional. In een dergelijk protocol staat beschreven hoe zorgprofessionals beweging moet bevorderen en waar zij de patiënt naar toe kunnen verwijzen. (J.M. Huijg, 2014).

Daarnaast hebben zorg- en welzijnsprofessionals moeite om de doelgroep te motiveren om te gaan bewegen. De methode “motivational interviewing” kan helpen, aangezien deze bevragingmethode

in speelt op het motivatieniveau van de patiënt waardoor de zorgprofessional de wijze voor het bevorderen van bewegen af kan stemmen op de patiënt (Armstrong et al., 2011).

De sportsector en de welzijnsorganisaties met beweegaanbod worden belemmerd door de doelgroep die onvoldoende gemotiveerd is om te gaan bewegen en door het sport- en beweegaanbod dat onvoldoende bekend is bij zorg- en welzijnsprofessionals en de doelgroep. Om de volwassenen met een beweegachterstand te stimuleren om te gaan bewegen, kunnen sport- en beweegaanbieders zich tijdens de beweeglessen focussen op het plezier in bewegen en het bevorderen van de sociale contacten, twee belangrijke motivators voor volwassenen om te gaan bewegen. (Allender, Cowburn, & Foster, 2006).

Om de bekendheid met het aanbod te vergroten onder de doelgroep en professionals kunnen sportprofessionals bewezen effectieve promotiemiddelen inzetten als advertenties, een website en een persoonlijk bezoek aan partners zoals zorg- en welzijnsinstellingen (Crane, 2013).

4.3.1. Suggesties beleidsmakers

Beleidsmakers en gemeenten hebben ook een belangrijk aandeel in het faciliteren van de verbinding zorg, sport en bewegen. Beleid moet beter afgestemd worden op zowel professionals, de buurtsportcoach als de doelgroep omdat het beleid op het moment onvoldoende aansluit bij de situatie waardoor de verbinding onvoldoende tot stand kan komen. Subsidiemaatregelen worden getroffen die de verbinding faciliteren, maar tegelijkertijd worden andere subsidieregelingen stopgezet. Het is daarom van belang dat zowel gemeenten als beleidsmakers betrokken worden in de verbinding zorg, sport en bewegen en ook deelnemen aan bijeenkomsten met de professionals, zodat zij ook een faciliterende bijdrage kunnen leveren aan de verbinding zorg, sport en bewegen.

4.4. Sterke en zwakke punten van het literatuuronderzoek en de focusgroepen

4.4.1. Literatuuronderzoek

De literatuurstudie heeft een breed overzicht opgeleverd van perspectieven van eerstelijnszorgprofessionals ten aanzien van het bevorderen van bewegen. Geïnccludeerde studies waren afkomstig uit verschillende landen waarin perspectieven van diverse eerstelijnszorgprofessionals aan bod kwamen. De brede insteek van de studie kan ook een valkuil zijn, omdat landen met verschillende (zorg)systemen net als verschillende professionals niet goed met elkaar vergeleken kunnen worden. Fysiotherapeuten kunnen niet één op één vergeleken worden met huisartsen, een fysiotherapeut uit Nederland niet met een fysiotherapeut uit de Verenigde Staten.

Het literatuuronderzoek is systematisch uitgevoerd. Volgens een vooraf opgesteld schema werden alleen publicaties geïnccludeerd die voldeden aan de eisen en daardoor qua onderwerp goed vergelijkbaar waren. Om in het vervolg een betrouwbaarder overzicht te krijgen van de resultaten, zouden twee onderzoekers gelijktijdig maar onafhankelijk van elkaar de stappen in het proces van het literatuuronderzoek kunnen volgen.

Het literatuuronderzoek werd ook beperkt doordat uit de artikelen vaak niet duidelijk werd wanneer een factor genoemd in de publicatie door een zorgprofessional gecorreleerd was aan het gedrag van de professional, dus of deze factor, zoals tijd of kennis, inderdaad bijdroeg aan het wel of niet bevorderen van bewegen aan de patiënt. Zorgprofessionals kunnen zeggen dat zij geen tijd hebben om beweging te bevorderen, maar het is niet met zekerheid te zeggen of zij dat wel doen wanneer zij daar wel tijd voor krijgen. In het literatuuronderzoek zijn alle genoemde faciliterende en belemmerende factoren meegenomen, ook als een verband niet met zekerheid aangetoond werd.

4.4.2. Focusgroepen

In de focusgroepen werd aangesloten bij een praktijksituatie, professionals uit het netwerk van de buurtsportcoach werden uitgenodigd voor de focusgroepgesprekken. Op die manier kregen professionals uit verschillende sectoren de kans om hun meningen en ideeën te delen over de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen. Dit kan nieuwe inzichten hebben opgeleverd voor de professionals inclusief de buurtsportcoach. Na de focusgroepen werden visitekaartjes uitgewisseld en plannen gemaakt voor verdere samenwerking. De focusgroepen hebben daardoor bijgedragen aan samenwerking tussen de professionals en daardoor de praktijk gefaciliteerd.

De netwerken in de focusgroepen verschilden van elkaar qua mate van samenwerking, structureel of niet-structureel. De manier waarop professionals spraken over de verbinding werd daardoor enerzijds beïnvloed waardoor vergelijken tussen de focusgroepen soms lastig was. Anderzijds heeft het diverse informatie opgeleverd en laten zien dat mate van samenwerking van invloed is op hoe professionals de verbinding zien.

Wat opviel tijdens de focusgroepen was dat de resultaten van de 'preference ranking' opdracht deels niet overeenkwamen met de gesprekken in de focusgroep waarin professionals de drie belangrijkste taken moesten toelichten. De tien taken werden door professionals niet op dezelfde manier geïnterpreteerd. Doordat het onderzoek professionals de gelegenheid gaf om de belangrijkste taken individueel toe te lichten, konden de onderzoekers toch ontdekken wat professionals voor taak

zagen weggelegd voor de buurtsportcoach. Een 'preference ranking' opdracht, was misschien niet de beste manier om perspectieven van professionals in kaart te brengen.

Ten slotte waren in vier gemeenten professionals aanwezig niet afkomstig uit de zorg-, sport- of welzijnssector. Zij waren werkzaam bij de gemeente. Ondanks dat zij geen uit maakte van het onderzoek, hebben ze de gesprekken beïnvloed en dus ook de resultaten. De onderzoekers hebben geprobeerd om deze invloed tot een minimum te beperken door professionals eerst één voor één hun eigen visie naar voren te laten brengen.

4.5. Conclusie

Het onderzoek heeft perspectieven van zorg, sport en welzijnsprofessionals ten aanzien van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen in kaart gebracht. Ondanks dat professionals enthousiast zijn over de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen, ervaren zij een aantal belemmeringen in de verbinding. De sectoren zorg, sport en welzijn worden gezamenlijk belemmerd door de doelgroep (volwassenen met een beweegachterstand) en door niet stimulerend gemeentelijk beleid. Ook per sector zijn factoren zichtbaar die de verbinding beïnvloeden. De zorgsector wordt belemmerd voor deelname aan de verbinding door een gebrek aan tijd, kennis, financiële vergoeding en gehinderd door eigen belangen. De sportsector wordt gehinderd door een gebrek aan personeel en faciliteiten en doordat zij het aanbod onvoldoende bekend maken. De welzijnssector wordt belemmerd door een combinatie van factoren die ook spelen in de zorg- en sportsector, te weten eigen belangen en een gebrek aan tijd, financiële middelen, kennis. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op hoe verschillende problemen binnen en buiten de zorg-, sport- en welzijnssector verholpen kunnen worden en wat de rol van de buurtsportcoach, zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en beleidsmakers hierin kan zijn.

Referenties

- Allen, M., Mann, K., Putnam, W., Richard, J., Carr, C., Pottle, K., & Sargeant, J. (2000). Prescribing exercise for cardiac patients: Knowledge, practices, and needs of family physicians and specialists. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 20(6), 333-339.
- Allender, S., Cowburn, G., & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research*, 21(6), 826-835.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709-723. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x
- Baert, V., Gorus, E., Guldemont, N., De Coster, S., & Bautmans, I. (2015). Physiotherapists' perceived motivators and barriers for organizing physical activity for older long-term care facility residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(5), 371-379. doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.010
- Bize, R., Cornuz, J., & Martin, B. (2007). Opinions and attitudes of a sample of Swiss physicians about physical activity promotion in a primary care setting. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 55(3), 97-100.
- Carter, S., & Henderson, L. (2005). Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis *Approaches to qualitative data collection in social science*. Berkshire: Open University Press.
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351.
- Clark, P. G. (1993). A typology of interdisciplinary education in gerontology and geriatrics: Are we really doing what we say we are? *Journal of Interprofessional Care*, 7(3), 217-228. doi: 10.3109/13561829309014986
- Crane, F. G. (2013). *Marketing for Entrepreneurs: Concepts and Applications for New Ventures*. Los Angeles: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications.
- Crisford, P., Winzenberg, T., Venn, A., & Cleland, V. (2013). Understanding the physical activity promotion behaviours of podiatrists: A qualitative study. *Journal of Foot and Ankle Research*, 6(1). doi: 10.1186/1757-1146-6-37
- Daamen, T., Veerman, H., van Kalmthout, J., & van der Werff, H. (2013). SportAanbiedersMonitor 2012. Arnhem: NOC*NSF & Mulier Instituut.
- Dauenhauer, J. A., Podgorski, C. A., & Karuza, J. (2006). Prescribing exercise for older adults: A needs assessment comparing primary care physicians, nurse practitioners, and physician assistants. *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(3), 81-99. doi: 10.1300/J021v26n03_06
- de Jeu, A. (2011). Sportief Participeren. Oosterbeek: Vereniging Sport en Gemeenten.
- Den Hartog, F., Wagemakers, A., Vaandrager, L., & Koelen, M. A. (2012). Een gedeelde passie voor gezonder leven: evaluatieonderzoek naar netwerken rondom Beweegkuur en gecombineerde leefstijlinterventie. Wageningen: Wageningen University.
- Diehl, K., Mayer, M., Mayer, F., Görig, T., Bock, C., Herr, R. M., & Schneider, S. (2015). Physical activity counseling by primary care physicians: attitudes, knowledge, implementation, and perceived success. *Journal of physical activity & health*, 12(2), 216-223.
- Dillman, C. J., Shields, C. A., Fowles, J. R., Perry, A., Murphy, R. J. L., & Dunbar, P. (2010). Including physical activity and exercise in diabetes management: Diabetes educators' perceptions of their own abilities and the abilities of their patients. *Canadian Journal of Diabetes*, 34(3), 218-226.

- Din, N. U., Moore, G. F., Murphy, S., Wilkinson, C., & Williams, N. H. (2014). Health professionals' perspectives on exercise referral and physical activity promotion in primary care: Findings from a process evaluation of the National Exercise Referral Scheme in Wales. *Health Education Journal*, 0017896914559785.
- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *J Adv Nurs*, 55(2), 159-168. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03903.x
- Goodman, C., Davies, S. L., Dinan, S., Tai, S. S., & Iliffe, S. (2011). Activity promotion for community dwelling older people: A survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 16(1), 12-17.
- Graham, R. C., Dugdill, L., & Cable, N. T. (2005). Health professionals' perspectives in exercise referral: implications for the referral process. *Ergonomics*, 48(11-14), 1411-1422. doi: 10.1080/00140130500101064
- Haas, R., Maloney, S., Pausenberger, E., Keating, J. L., Sims, J., Molloy, E., . . . Haines, T. (2012). Clinical decision making in exercise prescription for fall prevention. *Physical Therapy*, 92(5), 666-679. doi: 10.2522/ptj.20110130
- Harden, A., Garcia, J., Oliver, S., Rees, R., Shepherd, J., Brunton, G., & Oakley, A. (2004). Applying systematic review methods to studies of people's views: an example from public health research. *J Epidemiol Community Health*, 58(9), 794-800.
- Harting, J., Kunst, A. E., Kwan, A., & Stronks, K. (2011). A 'health broker' role as a catalyst of change to promote health: an experiment in deprived Dutch neighbourhoods. *Health promotion international*, 26(1), 65-81.
- Healey, W. E., Broers, K. B., Nelson, J., & Huber, G. (2012). Physical therapists' health promotion activities for older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 35(1), 35-48. doi: 10.1519/JPT.0b013e318220d1f0
- Hébert, E. T., Caughy, M. O., & Shuval, K. (2012). Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 46(9), 625-631.
- Himmelman, A. (2002). Collaboration for a change: Definitions, decision-making models, roles, and collaboration process guide. *Minneapolis, MN: Himmelman Consulting*.
- Hong, Y., Ory, M. G., Lee, C., Wang, S., Pulczinski, J., & Forjuoh, S. N. (2012). Walking and neighborhood environments for obese and overweight patients: Perspectives from family physicians. *Family Medicine*, 44(5), 336-341.
- Huijg, J. M. (2014). *Towards the effective introduction of physical activity interventions in primary health care*. Department of Health, Medical and Neuropsychology, Institute of Psychology, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University.
- Huijg, J. M., Dusseldorp, E., Gebhardt, W. A., Verheijden, M. W., van der Zouwe, N., Middelkoop, B. J., . . . Crone, M. R. (2015). Factors associated with physical therapists' implementation of physical activity interventions in the Netherlands. *Physical Therapy*, 95(4), 539-557.
- Kennedy, M. F., & Meeuwisse, W. (2003). Exercise counselling by family physicians in Canada. *Preventive Medicine*, 37(3), 226-232.
- Leemrijse, C., de Bakker, D., Ooms, L., & Veenhof, C. (2015). Collaboration of general practitioners and exercise providers in promotion of physical activity a written survey among general practitioners. *BMC family practice*, 16(1), 96.
- Leenaars, K. E. F. (in preparation). The role of the Care Sports Connectors in connecting primary care and the sport sector in the Netherlands: a qualitative study.
- Leenaars, K. E. F., Smit, E., Wagemakers, A., Molleman, G. R. M., & Koelen, M. A. (2015). Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: A systematic literature review. *Preventive Medicine*, 81, 460-478.
- Matthews, L., Kirk, A., & Mutrie, N. (2014). Insight from health professionals on physical activity promotion within routine diabetes care. *Practical Diabetes*, 31(3), 111-116. doi: 10.1002/pdi.1844
- Mikkelsen, B. (1995). Methods for development work and research. *London: Siegel*.

- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2011a). Landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid dichtbij. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2011b). Programma Sport en Bewegen in de Buurt. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mohan, N., Collins, E., Cusack, T., & O'Donoghue, G. (2012). Physical activity and exercise prescription: Senior physiotherapists' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy Practice and Research*, 33(2), 71-80. doi: 10.3233/ppr-2012-0001
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., . . . Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094.
- NISB. (2015). MEETSTANDAARD voor Erkenning Verworven Competenties van buurtsportcoaches (BSC). Ede: NISB.
- Ooms, L., Veenhof, C., Schipper-van Veldhoven, N., & de Bakker, D. H. (2015). Sporting programs for inactive population groups: factors influencing implementation in the organized sports setting. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 7, 12. doi: 10.1186/s13102-015-0007-8
- Presseau, J., Sniehotta, F. F., Francis, J. J., & Campbell, N. C. (2009). Multiple goals and time constraints: Perceived impact on physicians' performance of evidence-based behaviours. *Implementation Science*, 4(1). doi: 10.1186/1748-5908-4-77
- Pulles, I., Leijenhorst, M., Reijgersberg, N., Hilhorst, J., & Lindert, C. v. (2014). Verdiepingsonderzoek buurtsportcoaches 2014: verbreding en structurele samenwerking. Utrecht: Mulier Instituut/Kennispraktijk.
- Ribera, A. P., McKenna, J., & Riddoch, C. (2005). Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *The European Journal of Public Health*, 15(6), 569-575.
- RIVM. (2014). Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2014. Bilthoven: RIVM.
- Shirley, D., Van der Ploeg, H. P., & Bauman, A. E. (2010). Physical activity promotion in the physical therapy setting: perspectives from practitioners and students. *Physical Therapy*.
- Smit, E., Leenaars, K. E. F., Wagemakers, A., Molleman, G. R. M., & van de Velden, K. (2015). Evaluation of the role of Care Sport Connectors in connecting primary care, sport, and physical activity, and residents' participation in the Netherlands: Study protocol for a longitudinal multiple case study design.
- Van den Berg, M., Post, N. A. M., Hamberg-van Reenen, H. H., Baan, C. A., & Schoemaker, C. G. (2013). Preventie in de zorg: themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM.
- Van den Brink, C. L., & Savelkoul, M. (2013). Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Van der Ploeg, H. P., Smith, B. J., Stubbs, T., Vita, P., Holford, R., & Bauman, A. E. (2007). Physical activity promotion are GPs getting the message? *Australian Family Physician*, 36(10), 871-874.
- Van Dijk, M. (2012). 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.
- Von Heiden, A., Leijenhorst, M., Van Kalmthout, J., Hilhorst, J., Boers, E., Beth, J., & Lucassen, J. (2011). Impuls lokaal bekeken: Meer en beter. Utrecht: Mulier Instituut en Kennispraktijk.
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Genève: WHO.
- WHO. (2014). Global Status Report on Noncommunicable diseases 2014. Geneve: WHO.
- Wilson, V., & Pirrie, A. (2000). *Multidisciplinary teamworking: beyond the barriers?: a review of the issues*: Edinburgh: SCRE.

Appendices

Appendix 1: Leidraad focusgroepgesprekken

Appendix 2: 'Preference ranking' opdracht formulier

Appendix 3: Creswell's six steps of qualitative data analysis

Appendix 4: Codeboom

Appendix 5: Resultatentabel focusgroepgesprekken verbinding zorg, sport en bewegen

Appendix 1: Leidraad focusgroepgesprek

Opening (10 min)

- Welkom + korte toelichting op het onderzoek, en doel van het focusgroepgesprek: inzicht krijgen in de meningen van zorg, sport en welzijnsprofessionals ten aanzien van de rol van de buurtsportcoach en de verbinding zorg, sport en bewegen (mensen uit de eerstelijnszorg begeleiden naar regulier sport- en beweegaanbod).
- Voorstel ronde: naam, functie en op welke manier hij/zij contact heeft met de buurtsportcoach

1. Rol buurtsportcoach (buurtsportcoach niet aanwezig, 40 min)

- Wat vinden de zorg- en sportprofessionals belangrijk aan de rol van de buurtsportcoach? **(10 à 15 min)**
 - Alle deelnemers ontvangen een lijst met daarop 10 taken die een buurtsportcoach kan uitvoeren (gebaseerd op buurtsportcoachprofiel 5, NISB) en de opdracht om deze taken te ordenen na mate van belangrijkheid (geven een cijfer van 1 t/m 10 bij de taken, 1 is belangrijk, 10 is minder belangrijk). Deze lijst wordt ingeleverd.
 - Vervolgens plakken de deelnemers op een lijst met daarop de 10 taken van de buurtsportcoach stickers bij volgens hen de 3 belangrijkste taken. Zorgprofessionals en sportprofessionals krijgen beide een andere kleur waardoor eventueel verschillen zichtbaar worden. Als er nog andere professionals aanwezig zijn (welzijn en gemeente) krijgen zij ook een aparte kleur.
- Discussie: wat vinden zorg-, sport, welzijn- professionals belangrijk aan de rol van de buurtsportcoach? Vragen die gesteld worden:
 - Kunnen de respondenten een toelichting geven waarom de eerste drie taken de belangrijkste taken zijn voor een buurtsportcoach die als opdracht heeft om zorg en sport te verbinden?
 - Is er een verschil tussen de verschillende professionals? Hoe kan een buurtsportcoach hiermee omgaan?

- Op welke wijze geeft de buurtsportcoach invulling aan deze taken in de wijk/gemeente?
- In hoeverre is de buurtsportcoach een aanwinst voor u als professional? En voor de wijk/gemeente?

2. Verbinden zorg, sport en bewegen (40 min)

- Mening ten aanzien van de verbinding zorg, sport en bewegen (**10 à 15 min**)
 - Elke professionals krijgt post-it met een eigen kleur. Op deze post – it schrijven zij:
 - Wat op dit moment hun rol is in de verbinding tussen zorg en sport (X erachter)
 - Wat hun rol nog meer zou kunnen zijn in de verbinding tussen zorg en sport
- De post-its worden op flap geplakt van hun eigen sector (zorg, sport, buurtsportcoach evt. welzijn en gemeente)
- De professionals schrijven vervolgens op hun post-its wat zij van de andere professionals verwachten in de verbinding tussen zorg en sport en plakken deze op de desbetreffende flap.
 - Toelichting: komen de rollen en verwachtingen overeen, waar zijn verschillen en overeenkomsten? Zijn deze verschillen te overbruggen?
- Discussie:
 - Hoe beoordelen jullie de wijze waarop jullie momenteel de verbinding tussen zorg en sport hebben vormgegeven in de gemeente?
 - Als we 2 jaar verder zijn hoe zouden jullie dan willen dat de verbinding tussen zorg en sport in de gemeente eruit ziet?
 - Welke acties gaan jullie ondernemen om dit te realiseren?

Appendix 2: 'preference ranking' opdracht formulier

Hieronder zijn 10 mogelijke taken van een buurtsportcoach die de opdracht heeft om zorg met sport te verbinden, weergegeven.

Zou u hieronder willen aangeven welke taken u het belangrijkste vindt voor een buurtsportcoach die de opdracht heeft zorg met sport te verbinden. Dit kunt u doen door de onderstaande taken te ordenen naar mate van belangrijkheid. Schrijf voor de taak die u het belangrijkste vindt het cijfer 1, de taak die u vervolgens het belangrijkste vindt krijgt het cijfer 2, etc. De taak die u het minst belangrijk vindt voor een buurtsportcoach die de opdracht heeft zorg met sport te verbinden krijgt het cijfer 10.

-
- Fungeert als makelaar en matcher tussen vastgestelde vraag en gerealiseerd aanbod
 - Draagt zorg/laat zorg dragen voor de inventarisatie van de behoefte aan sport- en bewegingsactiviteiten binnen het werkveld/de werkvelden
 - Zet een netwerk op met voor de doelgroep relevante partijen uit de zorg, sport en welzijnssector of sluit aan bij bestaande netwerken en breidt deze eventueel uit
 - Brengt in kaart welk aanbod er is voor de doelgroep, daarbij naast het regulier sport- en beweegaanbod ook kijkend naar het beweeg aanbod van anderen sectoren zoals welzijn
 - Helpt sport- en beweegaanbieders in het opzetten van passend aanbod
 - Organiseert en coördineert op uitvoeringsniveau een samenhangend aanbod op het terrein van sport- en bewegingsactiviteiten
 - Werft/scout actief deelnemers voor de diverse activiteiten bij relevante doelgroep specifieke zorg- en welzijnsorganisaties
 - Leidt deelnemers toe naar sport- of bewegingsactiviteiten, in afstemming en eventueel in samenwerking met een zorg- of welzijnsorganisatie
 - Geeft voorlichting en draagt zorg voor deskundigheidsbevordering aan trainers en bestuursleden van sportaanbieders
 - Organiseert, coördineert en voert andere gezondheid bevorderende activiteiten uit in de wijk in samenwerking met relevante partijen uit de wijk.

Appendix 3: Creswell's six steps of qualitative data analysis

Step 1

Organise and prepare the data for analysis.

Step 2

Read through all the data.

Step 3

Begin detail analysis with a coding process.

3.1. Get a sense of the whole. Read all the transcriptions carefully. Perhaps jot down some ideas as they come to mind.

3.2. Go through one of the interviews asking yourself "what is this about? Do not think about the "substance" of the information but its underlying meaning. Write thoughts in the margin.

3.3. When you have completed this task for several informants, make a list of all topics. Cluster together similar topics. Form these topics into columns that might be arrayed as major topics, unique topics and leftovers.

3.4. Now take this list and go back to your data. Abbreviate the topic as codes and write the codes next to the appropriate segment of the text. Try this preliminary organising scheme to see if new categories and codes emerge.

3.5. Find the most descriptive wording for your topics and turn them into categories. Look for ways of reducing your total list of categories by grouping topics that relate to each other. Perhaps draw lines between your categories to show inter-relationships.

3.6. Make a final decision on the abbreviation for each category and alphabetise these codes.

3.7. Assemble the data material belonging to each category in one place and perform a preliminary analysis.

3.8. If necessary, recode your existing data.

Step 4

Use the coding process to generate a description of the setting or people as well as categories of themes for analysis.

Step 5

Advance how the description and themes will be represented in the qualitative narrative.

Step 6

A final step in data analysis involves making an interpretation or meaning of the data.

Appendix 4: Codeboom

Tabel A 1: Codeboom (top-down codes met kleine letters zijn afkomstig uit de literatuurstudie)

Code		Uitleg
Top-down	Bottom-up	
Zorg		Deelnemers werkzaam in de (eerstelijns)zorg
Welzijn		Deelnemers werkzaam in de welzijnssector
Sport		Deelnemers werkzaam in de sportsector
Overige		Deelnemers die niet werkzaam zijn in de zorg-, sport- of welzijnssector
Buurtsportcoach		
BSC_ATT	Doorverwijs Samenwerking Organisatie Proces Kartrekker/initiatiefnemer Competenties Overig	Uitspraken van de deelnemers t.a.v. de functie buurtsportcoach. Hoe kijken de deelnemers tegen de functie/taken aan?
BSC_BEOORDELING	Plus Min	Uitspraken van deelnemers over de invullingen van de buurtsportcoach in hun wijk t.a.v. de functie/taken
Verbinding zorg, sport en bewegen		
VZS_ATT		Uitspraken van de deelnemers over hun attitude t.a.v. de verbinding zorg, sport en bewegen. Hoe kijken de deelnemers aan tegen de verbinding zorg, sport en bewegen
VZS_ROL		Uitspraken van deelnemers over hun eigen rol/taken in de verbinding zorg, sport en bewegen in combinatie met de functie van de buurtsportcoach (wat ze doen, maar ook over wat ze meer zouden moeten doen)

VZS_MEERWAARDE		Opmerkingen over de meerwaarde van een samenwerking
VZS_VERWACHTINGEN		Hoe moet de verbinding zorg, sport en bewegen vormgegeven worden (in de toekomst)?
ATT_SPORT*		Opmerkingen ten aanzien van de sportsector door een andere sector dan sport
ATT_ZORG*		Opmerkingen ten aanzien van de zorgsector door een andere sector dan zorg
ATT_WELZIJN*		Opmerkingen ten aanzien van de welzijnssector door een andere sector dan welzijn
ATT_OVERIG*		Opmerkingen ten aanzien van andere sectoren dan welzijn, zorg en sport
Faciliterende en belemmerende factoren in de verbinding zorg, sport en bewegen		
Persoonlijke opvattingen		Opmerkingen van deelnemers ten aanzien van sport en bewegen, maar ook ten aanzien van zichzelf als professional
Kennis en vaardigheden		Kennis en vaardigheden van professionals m.b.t. beweegadvisering, gedragsverandering, doelgroep, sport- en beweegaanbod
Doelgroep		Opmerkingen ten aanzien van de doelgroep
TIJD		Opmerkingen t.a.v. tijd
Geld		Opmerkingen t.a.v. geld
VERZEKERING		Opmerkingen t.a.v. verzekeringsstelsel
BEWEEGAANBIEDERS		Opmerkingen t.a.v. beweegaanbieders (beweegdocenten, trainers, vrijwilligers, beweegmaatjes)
AANBOD		Opmerkingen t.a.v. het beweegaanbod
FACILITEITEN		Opmerkingen t.a.v. faciliteiten
EIGEN BELANG	Beleid Effectiviteit Functie	Opmerkingen t.a.v. het gemeentelijke beleid

Appendix 5: Resultatentabel focusgroepen verbinding zorg, sport en bewegen

Tabel A 2 Tabel met perspectieven van deelnemers uit verschillende netwerken over verbinding zorg, sport en bewegen. BSC= buurtsportcoach

Netwerk	Rol partners	Beoordeling verbinding zorg, sport en bewegen	Verwachting verbinding zorg, sport en bewegen
1.	- Samen met zorg (fysiotherapeuten) en sport professionals worden fittesten georganiseerd - Doorverwijzingen vanuit zorg naar BSC - Sportaanbieders geven lessen	- Veelbelovend: activiteit bracht mensen bij elkaar en heeft aanzet gegeven voor een eerste samenwerking. - Niet ons netwerk, maar netwerk van de buurtsportcoach - Doorverwijzen gaat steeds beter, maar blijft nog lastig.	Zorg en welzijn: - Regelmatige bijeenkomsten met alle partners binnen de verbinding om energie te behouden. - Proactieve houding van de deelnemers in de verbinding - Verschuiving van de verantwoording: BSC kartrekker, daarna professionals ook verantwoording nemen - Alle partijen om tafel krijgen Sport: - Actief doorverwijzen
2.	- Stuurgroep zorg, sport en welzijnsprofessionals georganiseerd door de gemeente - Ondersteunen de buurtsportcoach in werkzaamheden	- Goede aanzet - Verbinding kost veel tijd en aandacht - Stuurgroep heeft nog geen duidelijk plan voor ogen - Te weinig concrete acties - Sport krijgt niet wat hen toebehoort	- BSC gezamenlijk beter ondersteunen in werkzaamheden - Andere partijen betrekken bij stuurgroep - Continuïteit van de regeling/stuurgroep - Meer contact met elkaar en de buurtsportcoach
3.	- Stuurgroep zorg, sport en welzijnsprofessionals georganiseerd door de gemeente - Doorverwijzingen vanuit zorg naar BSC - Sportaanbieders geven lessen	- Zorg en sport zijn twee aparte werelden waardoor verbinden lastig is. - Eerste aanzet tot samenwerking waar buurtsportcoach onmisbaar in is, zorgt voor een kortere afstand tussen zorg en sport.	- Meer samenwerking, gat dichtten tussen zorg en sport. - Doorverwijzen moet vanzelfsprekendheid worden met of zonder tussenkomst BSC - Verantwoordelijkheid ligt in hele keten - Continuïteit van de regeling/stuurgroep - Doelgroep meer betrekken, wat willen zij?
4.	- Doorverwijsstructuur met zorgprofessionals - Twee zorgprofessionals hebben eigen beweegaanbod.	- Meerwaarde verbinding zorg, sport en bewegen - Duidelijk hoe de verbinding ligt, moeilijk om mensen daar naar toe te begeleiden - BeweegMaatjes is een goed project	- Samenwerken om iets te bereiken, doen door verbindingen te leggen, elkaar op te zoeken. - Alle partijen om tafel krijgen: contactmoment waarop je elkaar kunt ontmoeten - Wijk breed dezelfde boodschap - Doorverwijsschema nog breder inzetten

5.	▪ Zorg- en sportprofessionals worden op projectmatige basis ingezet door de buurtsportcoach ▪ Na organisatie fittesten wordt af en toe doorverwezen vanuit zorg naar sportaanbod zonder tussenkomst van de BSC ▪ Sportaanbieders geven lessen	▪ Verbinden is lastig door onbekendheid met elkaar. ▪ Te passief	▪ Duidelijkere doorverwijsstructuur waarin zorg doorverwijst naar BSC en BSC doorverwijst naar passend beweegaanbod en andersom ▪ Partners houden elkaar en BSC op de hoogte van ontwikkelingen in de eigen organisatie ▪ Behoeftte aan meer contact/overleg
6.	▪ Samenwerkingsverband tussen zorg, sport en welzijnsprofessionals georganiseerd door de gemeente ▪ Organisatie en uitvoering van activiteiten om mensen te stimuleren meer te bewegen	▪ Partners zijn enthousiast over de verbinding ▪ Korte lijnen, met elkaar meedenken, samen op nieuwe ideeën en inzichten komen. ▪ Intrinsieke motivatie om deel te nemen aan de samenwerking ▪ Gemeente coördineert en is neutraal ▪ Het hebben van een gemeenschappelijke visie is belangrijk. ▪ Het is een meerwaarde dat iedereen elkaar kent waardoor dingen makkelijker gaan.	▪ Andere partijen betrekken bij de samenwerking ▪ Zorgen voor meer bekendheid bij potentiële partners over wat het samenwerkingsverband doet
7.	▪ Stuurgroep zorg, sport en welzijnsprofessionals georganiseerd door de gemeente ▪ Sportsprekkuur bij het gezondheidscentrum ▪ Coördinatie sportaanbod buurthuis	▪ Gedeeltelijk positief. Er is veel bereikt maar er is ruimte voor verbetering. ▪ Kleinschalig en minimaal maar binnen de huidige middelen en bezettingen kan het niet anders ▪ Verbinden heeft tijd nodig: eerst zaaien, later oogsten ▪ Partners beredeneren vanuit verschillende uitgangspunten	▪ Meer verbindingen leggen in de wijk, herkenbaarheid vergaren, uitbreiden naar andere buurthuizen en gezondheidscentra ▪ Meer tijd nodig om de verbinding tot stand te laten komen ▪ Doelstellingen behalen weergegeven in de samenwerkingsovereenkomst
8.	▪ Zorgprofessionals: betrokken bij GALM project ▪ Oriënterende gesprekken met buurtsportcoach voor opzetten projecten	▪ Eerste start is veelbelovend, moet nu verder doorgezet worden ▪ Er is een stevige basis gelegd ▪ Onvoldoende verbindingen ▪ Verbinden heeft tijd nodig ▪ Laagdrempelig sportaanbod wordt onvoldoende betrokken	▪ Verbinding verder uitbreiden ▪ Andere partijen betrekken bij de samenwerking ▪ Verbinding moet een vanzelfsprekendheid worden, weten wat je aan elkaar hebt ▪ Regelmatig contact, elkaar weten te vinden ▪ Betrokkenheid van buurtsportcoach in wijkteam ▪ Opzetten van preventieve projecten
9.	▪ Lid van samenwerkingsverband tussen zorg en sportprofessionals ▪ Organisatie van activiteiten	▪ Samenwerking is ontstaan waarin partners elkaar hebben leren kennen, is waardevol. Buurtsportcoach heeft hier geen rol in gespeeld.	▪ Partners willen meehelpen en meedenken ▪ Buurtsportcoach is eindverantwoordelijk voor de verbinding/samenwerking