


mulier instituut



Uit de zorg, in beweging

Doorverwijzing van de eerste lijn naar
beweeginterventies

Maxine de Jonge

Amika Singh

Agnes Elling

Uit de zorg, in beweging

Doorverwijzing van de eerste lijn naar beweeginterventies

Met steun van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Maxine de Jonge
Amika Singh
Agnes Elling**

M.m.v. Dorine Collard & Mirjam Stuij

Mulier Instituut

sportonderzoek voor beleid en samenleving

Postbus 85445 | 3508 AK Utrecht

Herculesplein 269 | 3584 AA Utrecht

T +31 (0)30 721 02 20 | I www.mulierinstituut.nl

E info@mulierinstituut.nl | T @mulierinstituut

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
2.	Resultaten	11
2.1	De Nationale Diabetes Challenge	11
2.2	Bewegen op Recept	13
2.3	Het Looprecept	16
2.4	De Health Tour	19
3.	Conclusies	22
3.1	Doelstellingen interventies	22
3.2	Onderbroken interventie traject	22
3.3	Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot doorverwijzing	23
3.4	Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot het verloop van de beweeginterventie	24
4.	Aanbevelingen	26
	Referenties	29

1. Inleiding

Regelmatige lichamelijke activiteit¹ is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl. Een gezonde leefstijl draagt bij aan een langer gezond en vitaal leven. Volwassenen worden geadviseerd om wekelijks minimaal 150 minuten matig intensief te bewegen. Mensen die voldoende en regelmatig bewegen hebben minder vaak overgewicht of een hoge bloeddruk, belangrijke voorspellers voor chronische ziektes (Licher et al., 2019; Gezondheidsraad, 2017).

Kader 1.1 Beweegrichtlijn 2017 volgens de Gezondheidsraad

Bij volwassenen en ouderen verlaagt bewegen het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en depressieve symptomen. Verder hangt veel bewegen samen met een lager risico op borst- en darmkanker en vroegtijdig overlijden. Uit onderzoek blijkt dat de gunstige effecten toenemen naarmate de hoeveelheid beweging toeneemt. De meeste gezondheidswinst kan worden geboekt door lichamelijke inactieven te activeren (tot ten minste matig intensief bewegen, zoals bijvoorbeeld wandelen of fietsen), ook al voldoen zij dan nog niet aan de beweegrichtlijn.

Bij ouderen verlaagt bewegen daarnaast het risico op botbreuken en verbetert bewegen de spierkracht en de loopsnelheid. Ook hangt veel bewegen bij deze groep samen met een verlaagd risico op lichamelijke beperkingen, cognitieve achteruitgang en dementie.

Bron: Beweegrichtlijn 2017, Gezondheidsraad

Ondanks de positieve effecten van lichamelijke activiteit op korte en lange termijn beweegt minder dan de helft van de volwassen bevolking voldoende (Gezondheidsraad, 2017). Hierdoor ontstaat de vraag hoe mensen die (nog) niet regelmatig bewegen optimaal ondersteund kunnen worden om regelmatig lichamelijke actief te zijn.

Uit onderzoek blijkt dat beweeginterventies een effectieve manier van behandeling zijn voor beroertes, depressies en hart- en vaatziekten (Thornton et al., 2016). Daarnaast kan bewegen preventief worden ingezet: mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 (met overgewicht, verminderde glucosetolerantie) kunnen dit risico met ongeveer 60 procent verminderen door middel van een leefstijlinterventie (bewegen en voeding) (Tuomilehto, et al., 2001). Deze effecten zijn 10 jaar na deelname aan een leefstijlinterventie nog merkbaar (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009).

Beweegrecepten kunnen een effectieve methode zijn om mensen meer te laten bewegen en positieve gezondheidswinsten zoals lagere bloeddruk, betere geestelijke gezondheid en beter cognitief functioneren te bewerkstelligen (Thornton et al., 2016). Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen

¹ De Gezondheidsraad adviseert volwassenen om minimaal 150 minuten per week matig intensief te bewegen, verspreid over diverse dagen. Daarnaast wordt aanbevolen om tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten te doen. Ouderen worden ook geadviseerd om balansoefeningen met hun spier- en botversterkende activiteiten te combineren (Gezondheidsraad, 2017).

als het gaat om het stimuleren van lichamelijke activiteit. Wanneer bewegen op dezelfde manier als medicijn wordt voorgeschreven, via het voorschrijven van een recept, zien mensen de therapeutische mogelijkheden van bewegen en sporten (Thornton et al., 2016; Van den Dool, 2019).

In Nederland bestaan diverse beweeginterventies om een actieve leefstijl te stimuleren, waar een huisarts zijn patiënten naartoe kan verwijzen. De meeste beweeginterventies worden op lokaal niveau uitgevoerd. Door het toenemende aantal ouderen en mensen met een chronische aandoening in Nederland, in combinatie met maatschappelijke ontwikkelingen zoals veranderingen in de zorg (bijvoorbeeld meer eigen verantwoordelijkheid en organisatie van zorg dichtbij) wordt de rol van preventie door middel van een gezonde leefstijl steeds belangrijker (CBS, 2017; CBS, 2018). De effectiviteit van dit soort programma's is in Nederland nog niet op grote schaal onderzocht. Resultaten van buitenlandse studies geven aan dat doorverwijzing vanuit de zorg bij kan dragen aan de verbetering van het beweeggedrag van deelnemers (Thornton et al., 2016; Lunqvist et al., 2017; Murphy et al., 2012; Hanson et al., 2013). In Nederland wordt niet massaal gebruikgemaakt van de mogelijkheid van doorverwijzing vanuit de eerste lijn naar beweeg- of sportaanbieders.

Het RIVM heeft de richtlijnen/zorgstandaarden voor de preventie en behandeling van diverse chronische aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en beroertes, in kaart gebracht. Op basis van dit overzicht zijn vijf manieren van verwijzing naar bewegen naar voren gekomen: actieve verwijzing (naar fysio- of oefentherapeut), kwantitatief beweegadvies, kwalitatief beweegadvies, algemeen leefstijladvies of geen verwijzing/advies (Schurink-van 't Klooster, Loyen & Proper, 2019). Kwalitatief beweegadvies en algemeen leefstijladvies zijn vaker dan de andere soorten verwijzingen in de richtlijnen/zorgstandaarden opgenomen. Bij kwalitatief beweegadvies en algemeen leefstijladvies wordt het belang van bewegen en een gezonde leefstijl met de patiënt besproken. Van een interventie als mogelijke remedie is binnen de richtlijnen/zorgstandaarden slechts zelden expliciet sprake. Het gevolg hiervan is terug te vinden in de praktijk. Een enquête van het RIVM onder 100 zorgverleners laat zien dat zorgverleners bij volwassenen met (een verhoogd risico op) leefstijlgerelateerde aandoeningen of mentale problemen vaker naar bewegen verwijzen dan bij volwassenen die niet voldoende bewegen, maar nog geen (verhoogd risico op) leefstijlgerelateerde aandoeningen of mentale problemen hebben. Bij beide soorten patiënten wordt tijdens het consult aandacht aan het onderwerp 'bewegen' besteed. Dit gebeurt vooral in de vorm van een algemeen beweegadvies, een verwijzing naar regulier beweegaanbod zoals een fitnesscentrum of sportvereniging of een verwijzing naar een fysiotherapeut. Zorgverleners die bij dit onderzoek waren betrokken verwezen nauwelijks door naar een laagdrempelig beweegaanbod, bijvoorbeeld een beweeginterventie (Schurink-van 't Klooster et al., 2019). Daarentegen laat onderzoek onder 99 zorgverleners van Bouma et al. (2018) zien dat sommige zorgverleners bewust gebruikmaken van de mogelijkheid om naar interventies door te verwijzen.

Desondanks blijkt doorverwijzing naar bewegen als interventie geen voor de hand liggende route voor veel zorgverleners, ondanks de bewezen effecten van regelmatige lichamelijke activiteit. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) onderschrijft deze bevinding door een recent manifest waarin leefstijlgeneeskunde, met bewegen als essentieel onderdeel, een belangrijk aandachtspunt in de huidige gezondheidszorg wordt genoemd (KNMG, 2018). Het is daarom belangrijk om inzicht te krijgen in het proces van doorverwijzing naar bewegen als interventie tot overgang naar structureel zelfstandig bewegen, inclusief momenten waarop zorgverleners belemmeringen kunnen ervaren om het traject op te starten.

Het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren voor dit traject is op dit moment bijzonder relevant: vanaf 1 januari 2019 worden gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) in het basispakket van zorgverzekeraars vergoed. De hoofddoelstelling van een GLI is om mensen te begeleiden bij de langdurige gedragsveranderingen die bij een gezonde leefstijl horen. Deelnemers worden psychologisch ondersteund en begeleid om gezonder te eten en meer te bewegen (Latta & Van der Meer, 2018). Huisartsen kunnen patiënten met een matig gezondheidsrisico² naar een erkende GLI doorverwijzen (SLIMMER, Cool, en De BeweegKuur). In Nederland komen mogelijk 5 miljoen mensen in aanmerking voor een GLI (Nederlands Zorgautoriteit, 2018). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu schat dat in het eerste jaar 24.000 mensen aan een GLI deel kunnen nemen en dat dit aantal binnen 5 jaar naar 80.000 zal stijgen (van Giessen, De Wit, Wendel-Vos & Feenstra, 2018). Het is zeer waarschijnlijk dat de aandachts- en verbeterpunten van trajecten zoals in dit rapport zijn beschreven vergelijkbaar zijn met de knelpunten die bij de implementatie van een GLI zullen voorkomen.

Het delen van procesinformatie, zoals ervaren bevorderende en belemmerende factoren, draagt bij aan de effectiviteit van gezondheidsgerelateerde beleidsregelingen en helpt zorgverleners om hun behandelingen zo effectief mogelijk op te zetten en uit te voeren (Movisie, 2014). Zorgverleners en beweegaanbieders die in de toekomst betrokken willen zijn bij beweegtrajecten kunnen inzicht krijgen in de ervaringen van hun collega's die reeds betrokken zijn bij interventies. Ook kunnen ondersteunende organisaties, zoals zorgverzekeraars, gemeentes en de overheid zien hoe extra middelen nuttig besteed kunnen worden.

Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een kennisvraag gesteld naar het verloop van doorverwijzing van huisartsen en andere eerstelijns- en gezondheidszorgverleners naar sport en bewegen als interventie. In dit rapport beschrijven wij - op basis van gesprekken met zorgverleners betrokken bij het beweegaanbod in de eerste lijn - hoe het traject van doorverwijzing naar beweeginterventies verloopt. Daarnaast lichten we toe welke factoren een belemmerende of bevorderende rol spelen bij een succesvolle doorverwijzing van de eerste lijn naar beweeginterventies en structureel bewegen.

Methode

Wij beschrijven vier Nederlandse beweeginterventies (de Nationale Diabetes Challenge, Bewegen op Recept, het Looprecept en de Health Tour) om een beeld te schetsen van het doorverwijzingsproces vanuit de eerste lijn naar het lokale sport- en beweegaanbod. Deze interventies hebben allemaal een vergelijkbaar doel, namelijk het stimuleren van een actieve leefstijl van mensen met beweegarmoede (volgens de Beweegrichtlijnen 2017) en/of het (mogelijk) verbeteren gezondheidsklachten door middel van meer beweging. De interventies verschillen met betrekking tot aanpak, opzet, betrokken uitvoerders en doelgroep(en).

Data voor dit onderzoek zijn op verschillende manieren verzameld:

² Matig gezondheidsrisico wordt gedefinieerd als een BMI hoger dan 30 met of zonder een verhoogd risico op (sterfte aan) hart- en vaatziekte of diabetes, of als een BMI van 25-30 met comorbiditeit(en) of een verhoogd risico op (sterfte aan) hart- en vaatziekte of diabetes (Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010).

- Diverse onlinebronnen en publicaties zijn geraadpleegd voor het verzamelen van achtergrondinformatie over de Nationale Diabetes Challenge, Bewegen op Recept, het Looprecept en de Health Tour.
- Daarnaast zijn interviews gehouden (telefonisch en face-to-face) met drie zorgverleners die het Looprecept uitvoeren en met één coördinator die betrokken is bij de Health Tour. Daarnaast zijn er gesprekken gehouden met tien zorgverleners die betrokken zijn bij de National Diabetes Challenge tijdens het slotfestival van de Nationale Diabetes Challenge. Het doel van de interviews en gesprekken was om meer inzicht in de werkwijze en de belemmerende en bevorderende factoren rondom verwijsgedrag naar lokaal beweegaanbod vanuit de eerste lijn te krijgen. Daarom zijn de geïnterviewden tot zorgverleners (en niet beweegaanbieders) beperkt. Voor een vierde interventie, namelijk Bewegen op Recept, zijn de uitkomsten van een eerder onderzoek (Collard & Veninga, 2016) gebruikt. Daarbij zijn elf zorgverleners die betrokken zijn bij Bewegen op Recept geïnterviewd.

2. Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven wij de doorverwijzingsprocessen van de vier verschillende beweeginterventies: de Nationale Diabetes Challenge, Bewegen op Recept, het Looprecept en de Health Tour.

2.1 De Nationale Diabetes Challenge

Achtergrond

De Nationale Diabetes Challenge (NDC) is een beweeginterventie die in 2015 is opgezet door de Bas van de Goor Foundation. Het doel van de NDC is om mensen met type 2 diabetes meer te laten bewegen met ondersteuning van lokale zorgverleners. De interventie duurt 16-20 weken en eindigt ieder jaar met een wandelvierdaagse, waarbij alle deelnemers voor de laatste wandeling naar één locatie in het land komen. In 2018 deden aan dit slotfestival ongeveer 4000 deelnemers mee, afkomstig van 204 locaties verspreid over heel Nederland.

Doorverwijzingsproces

De interventie wordt door de zorgverleners zelf georganiseerd en begeleid waardoor geen sprake is van een doorverwijzingsproces. Zorgverleners zijn in het geval van de NDC voornamelijk zorgverleners uit de eerste lijn, zoals praktijkondersteuners en fysiotherapeuten. Zij organiseren gedurende de interventie wekelijks een gezamenlijke wandeling. Deelnemers worden aangemoedigd om op andere dagen zelf te gaan wandelen. Verder adviseert de Bas van de Goor Foundation zorgverleners om maandelijks themabijeenkomsten te organiseren om deelnemers over sport en bewegen, diabetes, leefstijl, voeding en blessurepreventie te informeren. De doelstelling van de NDC is om het beweeggedrag van mensen met type 2 diabetes structureel te veranderen, zodat ze ook na afloop blijven bewegen.

Het proces in de praktijk

Deelnemers worden door een zorgverlener (huisarts, praktijkondersteuner) gevraagd om mee te doen en/of door folders en berichten in lokale media op de hoogte gebracht van de NDC. De doelgroep van de interventie zijn mensen met type 2 diabetes, maar ook mensen met andere chronische aandoeningen kunnen meedoen. De wekelijkse wandelingen worden vaak door praktijkondersteuners georganiseerd, hetgeen een grote tijdsinvestering vergt. Werkzaamheden gerelateerd aan de uitvoering zijn het werven van deelnemers, het uitzetten van routes en het regelen van begeleiders (zoals collega-zorgverleners) voor de wandelingen. Soms begeleiden huisartsen de wandelingen. Volgens één van de geïnterviewde zorgverleners zou de interventie beter werken als huisartsen vaker meewandelen omdat dit voor deelnemers motiverend werkt.

Mogelijke oplossingen voor de verdeling van werkzaamheden is om de interventie (mede) door andere organisaties uit te laten voeren of organiseren (fysiotherapeut, gemeente, buurtsportcoach). De Bas van de Goor Foundation biedt online modules en een projectplan aan om zorgverleners bij de opzet en uitvoering van de interventie te ondersteunen. Doordat er geen sprake is van een officiële verwijzing naar het reguliere beweegaanbod blijft de interventie in het zorgdomein.

Wie is betrokken?

Een essentieel onderdeel van de NDC is de begeleiding door zorgverleners. De Bas van de Goor Foundation suggereert een aantal mogelijkheden voor samenwerking, onder andere met andere praktijken in de gemeente/regio, de regionale sportservice en wandeltrainers. Het initiatief voor het

aangaan van een samenwerking ligt bij de zorgverlener. Het initiëren van deze samenwerkingen kan tijdsintensief zijn, maar kan uiteindelijk resulteren in gedeelde organisatie en daardoor tijdsbesparing.

Belemmerende en bevorderende factoren

Een veelgenoemde belemmerende factor voor deelname aan sport-/beweegactiviteiten zijn (te) hoge kosten voor de aanbiedende organisatie(s). Aan de deelname aan de NDC zijn voor de deelnemers weinig kosten verbonden. Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat deze lage kosten voor de deelnemers een bevorderende factor zijn om aan NDC deel te nemen. Deelnemende praktijken betalen € 200 aan de Bas van de Goor Foundation voor T-shirts, verzendkosten van communicatiemateriaal en de ondersteuning vanuit de Bas van de Goor Foundation. Aanvullend betalen de praktijken € 5 per deelnemer ten behoeve van de organisatie van en toegang tot de finaledag van de NDC. Praktijken kunnen zelf beslissen of deelnemers deze € 5 zelf betalen of niet, waardoor de interventie mogelijk gratis is voor deelnemers.

Uit gesprekken met zorgverleners komt naar voren dat zij positieve resultaten waarnemen bij deelnemers: deelnemers geven aan dat zij zich fitter voelen, minder medicatie gebruiken en/of meer energie hebben. Deze verbeteringen in ervaren gezondheid komen overeen met de uitkomsten van onderzoek uitgevoerd door de Bas van de Goor Foundation. Daaruit blijkt dat deelnemers 16-20 weken na de start van de interventie een significante daling in gewicht, heupomvang, buikomvang en bloedglucose hadden. Bovendien was er een significante stijging in het psychisch welbevinden van deelnemers (Regeer, Bilo & Huisman, 2017). Uit het onderzoek blijkt ook dat deelnemers betere zelfmanagementvaardigheden voor omgang met hun diabetes ontwikkelen, hetgeen ook een bevorderende factor kan zijn voor het volhouden van een gezonde levensstijl (Regeer et al., 2017). Bij het onderzoek was geen sprake van een controlegroep. Alle gerapporteerde uitkomsten zijn gebaseerd op vergelijkingen tussen metingen voorafgaand en na afloop van de NDC.

Daarnaast stimuleert de kracht van het gezamenlijk bewegen mensen met diabetes om de NDC af te maken (Van de Goor et al., 2016; Regeer et al., 2017). Ongeveer de helft (49%) van de deelnemers geeft aan meer sociale contacten door deelname aan de NDC te krijgen (Van de Goor et al., 2016). Verder ontdekken deelnemers, volgens de zorgverleners, op deze manier iets wat ze leuk en plezierig vinden, waardoor ze enthousiaster worden over bewegen. Deze ervaring kan volgens de zorgverleners stimulerend werken om door te gaan met bewegen. Zorgverleners geven aan zelf ook plezier van het wandelen te hebben en het verfrissend te vinden om deelnemers minder ziek te zien.

Zorgverleners geven aan het uitvoeren van de NDC maatschappelijk relevant te vinden en het organiseren daarvan geeft hen een goed gevoel. Bovendien werkt de opzet van de interventie als een kans voor zorgverleners om bewustwording van een gezonde leefstijl van deelnemers te vergroten en om de cirkel van inactiviteit en ziekte te doorbreken; één van de genoemde redenen uit gesprekken met zorgverleners om met de NDC te starten.

Deelname en succes van de interventie is echter niet eenvoudig. Zorgverleners lopen tegen een aantal knelpunten aan tijdens de opzet en uitvoering van de interventie. Gesprekken met deelnemende zorgverleners laten zien dat de NDC veel tijd en inzet vergt. Ze geven aan dat deelnemers niet altijd uit zichzelf gaan en blijven lopen, en dat het motiveren en opvolgen van deelnemers lastig blijft. Om de kans op het succesvol afronden van de NDC te verhogen, moeten de deelnemers open staan voor deelname en een verandering in levensstijl. Een ander probleem is dat deelnemers verschillen met betrekking tot hun fitheid, zowel voorafgaand als tijdens de NDC. Deze verschillen kunnen in de uitvoering leiden tot twee wandelgroepen: een snelle en langzame. Indien slechts één zorgverlener

aanwezig is, is het opsplitsen van de groep lastig en kan één van de twee groepen zich beperkt voelen, hetgeen voor verminderende motivatie kan zorgen. De Bas van de Goor Foundation raadt aan om de behoefte voor het opsplitsen van de groep met deelnemers zelf te bespreken. Soms is de samenhang belangrijker dan het tempo. Indien nodig kan de groep in tweeën worden gesplitst; een advies hiervoor is terug te vinden op de website van de NDC.

Om de bovengenoemde belemmeringen op te lossen, vragen zorgverleners om bredere steun en meer medestanders uit de zorg, gezondheid en het sportdomein. Daardoor zou minder individuele inzet vereist zijn en kunnen mogelijkheden worden geboden voor wandelgroepen met verschillende wandelsnelheden.

Overgang naar structureel bewegen

Onderzoek uit 2016 laat zien dat 92 procent van de deelnemers door wil blijven gaan met wandelen na afloop van de NDC (Van de Goor et al., 2016). Dit lukt niet bij iedereen: op de website van de Bas van de Goor Foundation wordt beschreven dat 88 procent van de deelnemers na afloop door blijft wandelen. Volgens een grove schatting van zorgverleners die tijdens het slotfestival zijn geïnterviewd, blijft ongeveer de helft van de deelnemers doorgaan met lopen. Een deel van de wandelgroep gaat zelfstandig door met lopen en sommige deelnemers doen weer mee aan de volgende cyclus van de NDC met hun zorgverlener. Van de Goor et al. (2016) rapporteren dat 55 procent van de deelnemers met dezelfde groep wil blijven wandelen. Dit kan eventueel door de kracht van de samenhang en sociale banden van de groep worden verklaard. Volgens één zorgverlener is het voor de snelle wandelaars makkelijker om na afloop van de interventie in beweging te blijven dan de langzame groep.

2.2 Bewegen op Recept

Wat is het?

Bij Bewegen op Recept verwijzen zorgverleners (vooral praktijkondersteuners of fysiotherapeuten) via de buurtsportcoach door naar een passend sportaanbod voor de deelnemer. De doelgroep van Bewegen op Recept bestaat uit mensen met een vermoeden op of een bewezen beweegarmoede. Het doel van Bewegen op Recept is om de doelgroep duurzaam meer te laten bewegen en daardoor hun gezondheid te bevorderen. Meerdere gemeenten, o.a. Nieuwegein, Schiedam, IJsselmuiden, Den Haag, De Bilt, Deventer en Zeist voeren Bewegen op Recept uit. De gemeente Nieuwegein is één van de gemeenten die Bewegen op Recept uitvoert, en doet dat sinds 2012. In 2016 is naar de ervaringen met Bewegen op Recept in deze gemeente een procesevaluatie uitgevoerd (Collard & Veninga, 2016).

Doorverwijzingsproces

Zorgverleners, o.a. huisartsen, praktijkondersteuners, en fysiotherapeuten, motiveren mensen om (meer) te gaan bewegen en bekrachtigen hun advies met een doorverwijzing naar een beweegaanbieder gelieerd aan 'Bewegen op Recept'. De mensen die worden doorverwezen zijn onvoldoende lichamelijk actief en hebben gezondheidsklachten die door meer te bewegen positief beïnvloed kunnen worden (bv. overgewicht, diabetes, verhoogde kans op hoge bloeddruk of hart- en vaatziekten). De voorwaarde voor deelname aan Bewegen op Recept is dat deelnemers in staat zijn om beweegactiviteiten uit te voeren en dat ze geen psychiatrische aandoeningen hebben. Op basis van de interesses en mogelijkheden (fysieke, financiële, vervoer, tijd, et cetera) van de deelnemer en het beschikbare aanbod in de regio, wordt tijdens een intakegesprek overlegd en een beweegactiviteit gekozen. De persoon die het intakegesprek voert kan een buurtsportcoach, praktijkondersteuner of fysiotherapeut zijn, afhankelijk van de lokale opzet van Bewegen Op Recept. Na de doorverwijzing gaat de deelnemer vervolgens twaalf

weken sporten bij de door hem/haar gekozen beweegaanbieder. Hiervoor wordt een gereduceerd tarief van 35 euro voor twaalf weken gehanteerd. Indien mensen in bezit zijn van een stadspas/N-pas, een pas voor mensen met een minimum inkomen, bedraagt de eigen bijdrage 17,50 euro voor twaalf weken.

De persoon die het intakegesprek voert spreekt een startdatum af met elke deelnemer en brengt de beweegaanbieder daarvan op de hoogte zodat de deelnemer minder makkelijk afhaakt. Hierdoor kan de beweegaanbieder eventueel contact opnemen met de deelnemer. De persoon die het intakegesprek voert is ervoor verantwoordelijk dat de deelnemers een passende keuze voor het beweegaanbod maken. Dit kan regulier of aangepast beweegaanbod zijn. Een aangepaste beweegoptie is niet altijd beschikbaar. Voor sommige deelnemers is dit een reden om met Bewegen op Recept te stoppen.

Het proces in de praktijk

Het onderzoek uit 2016 laat zien dat praktijkondersteuners voor de meeste doorverwijzingen naar Bewegen op Recept verantwoordelijk waren. Andere zorgverleners (huisartsen, fysiotherapeuten) verwezen duidelijk minder vaak door naar Bewegen op Recept. Er was geen standard criterium aan de doorverwijzing gekoppeld, maar de deelnemers waren vooral vrouwen boven de 50 jaar met een lage sociaaleconomische status. Deelnemers hadden verschillende gezondheids- en sociale kenmerken, bijvoorbeeld beweegarmoede, overgewicht, diabetes, gezondheidsklachten, verhoogde kans op hoge bloeddruk of hart- en vaatziekten en een lage sociaaleconomische status. De meerderheid van de deelnemers had overgewicht. Zij hadden een extra aanmoediging nodig (bereikt met doorverwijzing) om met bewegen te beginnen.

Het doorverwijzingsproces begint met een afspraak tussen zorgverleners en deelnemers waarin de huidige stand van zaken m.b.t. gezondheid en bewegen van de deelnemer wordt besproken. Hierna wordt de deelnemer naar een buurtsportcoach, praktijkondersteuner, of fysiotherapeut voor een intakegesprek verwezen. Tijdens het intakegesprek met de deelnemer worden onder andere fysieke mogelijkheden tot deelname aan bewegen, redenen waarom zij nu niet sporten, en voorkeuren voor bepaalde beweegactiviteiten besproken. Mensen met een positieve houding ten opzichte van sport en bewegen worden vaker doorverwezen. Na de doorverwijzing is er vaak weinig terugkoppeling over de voortgang van deelnemers richting de zorgverlener. Een andere belangrijke bevinding uit de procesevaluatie was dat Bewegen op Recept blijvend onder de aandacht van zorgverleners gebracht moet worden om het blijven doorverwijzen te stimuleren.

Wie is betrokken?

Zorgverleners uit de eerste lijn (huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, verpleeg(st)ers, en diëtisten) en beweegaanbieders zijn betrokken bij de doorverwijzing en uitvoering van Bewegen op Recept. Zorgverleners zorgen voor de verwijzing en beweegaanbieders in de regio voeren het recept uit. Buurtsportcoaches kunnen ook een rol bij de uitvoering van Bewegen op Recept spelen. Zij werken als intermediair tussen de zorgverlener en de beweegaanbieder door de intakegesprekken met deelnemers na de doorverwijzing van de zorgverlener te voeren. Bovendien is de gemeente ook bij de interventie betrokken. Gemeentes kunnen samenwerkingen tussen de diverse domeinen ondersteunen en faciliteren door beleidsondersteunende maatregelen te nemen, onder andere door de kosten van de interventie laag te houden.

Belemmerende en bevorderende factoren

Volgens de zorgverleners werken diverse factoren van Bewegen op Recept als duurzame stimulans voor sporten en bewegen. Eén van deze factoren is dat het advies door een zorgprofessional wordt gegeven, waardoor het advies doorgaans serieus wordt opgevat. Dit kan helpen om het proces van een gedragsverandering op gang te brengen.

Door de voorkeuren van de deelnemer tijdens het intakegesprek goed in kaart te brengen is de kans groter dat de deelnemer bij een passende beweegactiviteit terechtkomt. Dit verhoogt de kans op een afgeronde interventie en het doorstromen naar een regulier beweegaanbod. Verder maken de lage kosten en de bereikbaarheid van het sport- en beweegaanbod deelname aan de interventie laagdrempelig.

Sterke communicatie tussen alle betrokken partijen faciliteert het succesvol afronden van de interventie en overgang naar structureel bewegen. Zorgverleners moeten goed communiceren met beweegaanbieders over wat een deelnemer fysiek wel en niet aan kan. Dit zorgt ervoor dat beweegaanbieders deelnemers op een goede manier kunnen begeleiden, en dat deelnemers zich veilig en op hun gemak voelen tijdens het bewegen. Bovendien werkt het delen van de successen en de voortgang van de deelnemers als een stimulerende factor voor alle betrokken partijen om met de interventie en de doorverwijzing naar de interventie door te blijven gaan.

Om de aandacht voor de interventie niet af te laten nemen en te voorkomen dat minder vaak wordt doorverwezen, is het belangrijk dat zorgverleners regelmatig aan de mogelijkheid om door te verwijzen herinnerd worden. Ook moeten verwijzingen zo snel en efficiënt mogelijk gebeuren, zodat het doorverwijzen zorgverleners weinig extra tijd kost. Bij de start van Bewegen op Recept in Nieuwegein werden recepten nog op papier in een medicijndoosje overhandigd. Dit vonden veel zorgverleners te ingewikkeld en tijdrovend. Op basis van deze inzichten werd het doorverwijzingsproces binnen de gemeente Nieuwegein in 2014 met een online doorverwijzingsformulier ingericht zodat het proces van de verwijzing als weinig belastend door de verwijzers wordt ervaren.

Sommige doorverwezen deelnemers komen nooit bij hun gekozen beweegaanbieder terecht. Om dit te voorkomen is het belangrijk dat de periode tussen de doorverwijzing en de start van de beweeginterventie zo kort mogelijk is. Een goede transitie van de zorgverlener naar Bewegen op Recept verhoogt de kans dat mensen met hun beweeginterventie starten, bijvoorbeeld het introduceren van deelnemers bij een beweegaanbieder en/of het inplannen van een afspraak op het moment dat het recept wordt uitgeschreven.

Zorgverleners zijn vaak niet goed genoeg bekend met de buurtsportcoaches en het lokale beweegaanbod, wat het doorverwijzingsproces kan belemmeren. Onvoldoende kennis over het lokale beweegaanbod kan ervoor zorgen dat zorgverleners eerder kiezen voor een doorverwijzing naar de fysiotherapeut, waardoor het bewegen in het zorgdomein blijft.

Om te voorkomen dat deelnemers vroegtijdig stoppen met Bewegen op Recept is het essentieel om de motivatie van de deelnemers zo hoog mogelijk te houden. Dit kan eventueel door regelmatig de voortgang met de deelnemer te bespreken, het nabellen bij afwezigheid bij een training, of door het gebruik van motiverende gesprekstechnieken, bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering (O'Halloran et al., 2014).

Na afloop van de interventie kan de overgang naar het reguliere aanbod en het daaraan verbonden hogere reguliere tarief voor deelname een belemmering vormen. Dit is vooral het geval bij mensen met beperkte financiële middelen. Eventueel kunnen de gemeentes of beweegaanbieders een subsidie aanvragen om de kosten van reguliere tarieven voor deze specifieke groep laag te houden. Een andere mogelijkheid is om bij de keuze voor het beweegaanbod rekening te houden met de financiële situatie en voor activiteiten zoals wandelen of fietsen te kiezen.

Overgang naar structureel bewegen

Uit interviews met deelnemers blijkt dat fysieke klachten tijdens het sporten en een niet passend aanbod de belangrijkste redenen zijn om vroegtijdig met Bewegen op Recept te stoppen. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen zijn (1) een goed intakegesprek, (2) goede begeleiding van de beweegaanbieder en (3) duidelijke communicatie tussen de zorgverlener en beweegaanbieder van belang.

Meer dan 60 procent van de mensen die in gemeente Nieuwegein is begonnen met Bewegen op Recept gaat na afloop van de interventie door met bewegen. Dit neemt na een jaar af, maar alsnog blijft meer dan de helft van de oorspronkelijk doorverwezen deelnemers twaalf maanden na afloop van Bewegen op Recept wekelijks sporten. Deelnemers blijven na afloop van de twaalf weken durende interventie om verschillende redenen bewegen: ze geven aan dat bewegen gezond is, ze voelen zich beter en fitter en ze hebben meer sociale contacten. Deze bevindingen suggereren dat bij de begeleiding van deelnemers het inspelen op hun persoonlijke motivatie een belangrijke rol kan spelen om hen blijvend te laten bewegen.

2.3 Het Looprecept

Wat is het?

De Rotterdamse beweeginterventie het Looprecept is in 2015 begonnen. Het Looprecept is door huisartsen opgericht met de gedachte dat er te weinig aandacht voor bewegen in de spreekkamer is. Het doel van het Looprecept is om als medicijn bewegen in plaats van pillen te gebruiken. De interventie bestaat uit wekelijks(e) wandeling(en) die door de betrokken zorgverlener(s) worden georganiseerd. Momenteel zijn 54 zorgpraktijken bij het Looprecept betrokken.

Doorverwijzingsproces

Bewegen wordt met iedere patiënt tijdens het consult besproken. Deelname aan het Looprecept wordt aanbevolen wanneer blijkt dat iemand onvoldoende beweegt of gezondheidsklachten heeft waaraan bewegen een positieve bijdrage zou kunnen leveren. Op de website van het Looprecept is een handleiding beschikbaar waarin uitleg wordt gegeven over de aanpak van het bespreken van bewegen tijdens het consult met verschillende groepen mensen. De handleiding is op het *Stages of Change-model* (Prochaska & Velicer, 1997) gebaseerd. Het Looprecept wordt door de zorgverleners zelf georganiseerd en begeleid; er is geen sprake van een doorverwijzingsproces. Zorgverleners (huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten) organiseren één of meerdere keren per week wandelingen van 30 minuten waar deelnemers gratis mee kunnen lopen.

Het proces in de praktijk

Diverse zorgverleners (huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten) bevelen deelname aan het Looprecept aan bij mensen met somatische klachten, zoals overgewicht, diabetes, en cardiovasculaire problemen. Ook mensen met geestelijke klachten, zoals depressie, worden naar het Looprecept doorverwezen. Deelnemers zijn veelal vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar. Zorgverleners

benadrukken het belang van de structurele inbedding van bewegen als onderdeel van een consult. Het is onmogelijk om elke patiënt tot deelname aan het Looprecept te overtuigen. Zorgverleners ervaren deelname aan het Looprecept als belangrijk en belonend.

Betrokken zorgverleners organiseren tenminste één keer per week wandelingen van 30-40 minuten. De wandelingen worden vaak door praktijkondersteuners en verpleegkundigen begeleid. Huisartsen lopen minder vaak mee. Volgens de zorgverleners ligt de grootte van de wandelengroepen tussen de 10 en 25 deelnemers. Bij sommige wandelgroepen mogen deelnemers van andere praktijken meelopen, maar bij andere praktijken is de groep beperkt tot deelnemers van de eigen praktijk.

Wie is betrokken?

Zorgverleners zijn de belangrijkste betrokken partij bij het Looprecept. Zij zijn verantwoordelijk voor het werven van deelnemers en het organiseren en begeleiden van wandelingen. In dit geval bedoelen we met zorgverleners huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners. Persoonlijke belangstelling van de zorgverleners voor het doel van de interventie is cruciaal voor het succes van de interventie. Het meelopen van de huisarts wordt als betrokken en belangstellend ervaren, evenals de inroostering van werkzaamheden voor het Looprecept binnen de reguliere werkdag. Het is zelfs mogelijk om deelnemers bij de uitvoering van het Looprecept te betrekken. Bij één van de praktijken worden de wandelroutes door één van de deelnemers gepland.

Looprecept wordt door diverse partijen gefinancierd: Integrale Zorggroep Eerstelijns Rijnmond (IZER), Fonds Achterstandswijken (FAW) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHW).

Belemmerende en bevorderende factoren

Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat de laagdrempelige toegankelijkheid één van de meest belangrijke bevorderende factoren voor deelname aan de interventie is. Deelname aan het Looprecept is gratis en de wandelingen vinden plaats in de wijk waarin de deelnemers wonen. Bovendien is het niet nodig dat deelnemers zich van tevoren aanmelden om mee te kunnen lopen. Een zorgverlener meldt dat ook de relatief lage intensiteit van wandelen (vergeleken met andere soort sport- en beweegactiviteiten) aan de laagdrempeligheid van het Looprecept bijdraagt. Verder wordt deelname aan het Looprecept ten opzichte van een doorverwijzing naar de fysiotherapeut niet als 'revalideren' gezien, hetgeen deelname voor deelnemers aantrekkelijker maakt.

Zorgverleners noemen het sociale aspect als een belangrijke bevorderende factor voor duurzame deelname. De wekelijkse wandelingen brengen deelnemers in contact met andere mensen die vergelijkbare symptomen hebben en in vergelijkbare situaties verkeren. Eén van de betrokken zorgverleners geeft aan dat het sociale aspect van extra belang is voor alleenstaande deelnemers; voor hen kan deelname tegelijkertijd een remedie tegen eenzaamheid zijn. Een andere zorgverlener meldt dat het sociale contact ook motiverend werkt voor mensen die net zijn verhuisd. Het sociale aspect is zo belangrijk dat deelnemers klagen wanneer maar een klein aantal deelnemers bij de wandelingen aanwezig is. Ook de zorgverleners zelf waarderen het sociale contact met deelnemers en de positieve sfeer bij de wandelingen. Eén van de huisartspraktijken organiseert een gezamenlijk drankje na elke wandeling om de sociale banden verder te faciliteren.

Deelname van de huisarts zelf aan de wandelingen wordt door een zorgverlener als een bevorderende factor genoemd. Als de huisarts het goede voorbeeld geeft door regelmatig mee te wandelen, worden

de deelnemers gestimuleerd om meer te bewegen. Het is ook van belang dat zorgverleners het Looprecept (regelmatig) onder de aandacht van deelnemers brengen om hun deelname te stimuleren.

Ervaren positieve gezondheidseffecten (bijvoorbeeld afname in gewicht of bloeddruk) zijn een bevorderende factor voor deelnemers om aan de interventie deel te nemen en vol te houden. Bovendien is het van belang dat de zorgverleners (huisartsen, praktijkondersteuners, etc.) die zijn betrokken bij het Looprecept de deelnemers blijven motiveren. Het helpt als een bij het Looprecept betrokken zorgverlener (bijvoorbeeld de praktijkondersteuner) de afwezige deelnemers belt. Dit kan ervoor zorgen dat de betrokkenheid van de deelnemer voldoende groot is of toeneemt, hetgeen vroegtijdig stoppen kan voorkomen.

Onvoldoende samenwerking tussen betrokken zorgverleners vormt een belemmering voor de uitvoering van het Looprecept. Dit geldt vooral in situaties waarin deelnemers meelopen bij een wandeling die door een andere praktijk wordt georganiseerd.

De wijk waarin de zorgverlener werkt speelt ook een belangrijke rol. Eén zorgverlener vertelt dat de praktijk in een wijk is gevestigd waar veel kantoren zijn. Dit betekent dat er mogelijk minder mensen geïnccludeerd kunnen worden waardoor het Looprecept lastiger van de grond komt. Veel praktijken organiseren wandelingen rond lunchtijd, waardoor het tijdstip een belangrijke belemmering voor werkende mensen vormt.

Eén zorgverlener meldt dat sommige mensen angst hebben dat zij onvoldoende snel kunnen lopen en dat zij de groep remmen. Om deze mensen tot deelname te overtuigen is het belangrijk dat zij een eerste keer met begeleiding meelopen om te ervaren hoe verschillen in snelheden van deelnemers in de praktijk worden aangepakt. Bij een praktijk wordt de wandelgroep in drie groepen opgesplitst. Eén groep is voor mensen die met hulpmiddelen lopen en minder dan 100 meter kunnen lopen. De andere twee groepen worden op wandelafstand opgesplitst: één loopt een kortere afstand, de andere een langere afstand.

Verder wordt slecht weer ook als belemmerende factor voor deelname genoemd.

Overgang naar structureel bewegen

Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat na deelname aan de interventie, deelnemers meer zelfvertrouwen hebben in zelfstandig kunnen bewegen. Het Looprecept kan voor deelnemers als 'opstapje' fungeren. Zorgverleners geven aan dat deelnemers in hun vrije tijd vaker gaan wandelen of fietsen. Deelnemers gaan bijvoorbeeld van en naar sociale afspraken wandelen of ze gaan op andere dagen van de week zelfstandig wandelen. Zorgverleners rapporteren dat een groep deelnemers zelfstandig een tweede wandeling in de week organiseert.

Behalve voor deelnemers met diabetes³ bestaat er geen structurele doorstroming vanuit het Looprecept naar zelfstandig of regulier bewegen of sporten; deelnemers kunnen altijd blijven meelopen. Dit

³ Deelnemers met diabetes hebben via IZER de mogelijkheid om met een beweegconsulent in gesprek te gaan als lopen hen niet interesseert of als ze naar een andere soort beweegaanbod over willen stappen.

betekent dat het bewegen in het zorgdomein blijft. Het is makkelijk voor mensen om aan het Looprecept deel te blijven nemen omdat deelname gratis is.

2.4 De Health Tour

Wat is het?

De Health Tour is een beweeginterventie die door een fysiotherapiepraktijk in Amsterdam-West is opgericht. Het doel van de Health Tour is om de gezondheid van mensen die overgewicht hebben en onvoldoende actief zijn te verbeteren. Tijdens de twaalf weken durende interventie kunnen deelnemers met diverse sport- en beweegaanbieders in de buurt kennis maken en krijgen ze (groeps)coaching door een diëtist en psycholoog. De doelstelling is dat deelnemers één (of meerdere) plezierige manier(en) ontdekken om te bewegen of sporten. De insteek van de Health Tour is 'Gezondheid en Gedrag' in plaats van 'Ziekte en Zorg'. Door het hanteren van de aanpak 'Gezondheid en Gedrag' heeft de zorgverlener meer aandacht voor preventie en wordt meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de deelnemer gelegd (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). De behoeftes, oordelen en ideeën van de deelnemer zijn bepalend voor de gesprekken tussen deelnemer en zorgverlener.

Doorverwijzingsproces

Mensen met overgewicht of mensen die onvoldoende lichamelijk actief zijn worden door hun zorgverlener (meestal de huisarts) of buurtsportcoach naar de Health Tour doorverwezen. Het doorverwijzingsproces begint met een intakegesprek van 30 minuten met een coördinator van de Health Tour. Tijdens dit gesprek staat de deelnemer centraal. De coördinator inventariseert de ervaren gezondheid van de deelnemer en de ervaren belemmeringen om hun fysieke en mentale gezondheid te verbeteren. Het huidige niveau van functioneren en bewegen wordt geëvalueerd en op basis van persoonlijke doelen en interesses van de deelnemer worden haalbare manieren besproken om de gestelde doelen te behalen.

Na het intakegesprek start de interventie. Gedurende twaalf weken bewegen deelnemers twee keer per week in een groep van 8-12 deelnemers. Om met verschillende manieren van sporten en bewegen kennis te maken, sporten deelnemers één keer per week bij diverse beweegaanbieders in de wijk of gaan zij onder begeleiding buiten sporten. Tijdens het tweede sportmoment werken deelnemers onder begeleiding van een fysiotherapeut aan hun beweegvaardigheden en krijgen ze meer inzicht in bewegen met hun specifieke aandoening(en). Daarnaast nemen deelnemers gedurende de twaalf weken deel aan drie (groep)bijeenkomsten over diëtik en drie (groeps)coachingssessies. Na afloop van de interventie blijven de deelnemers idealiter sporten bij een lokale beweegaanbieder of gaan ze zelfstandig sporten. Zes en twaalf maanden na afloop van de interventie wordt contact opgenomen met deelnemers om hun voortgang in kaart te brengen.

Het proces in de praktijk

Meestal verwijzen huisartsen naar de Health Tour; er is nauwelijks sprake van doorverwijzing door buurtsportcoaches. Volgens een Health Tour-coördinator is dit een verbeterpunt. De Health Tour-coördinatoren koppelen aan de doorverwijzer terug of iemand wel of niet voor een intakegesprek is gekomen.

Tijdens het intakegesprek met de coördinatoren van de Health Tour worden de wensen en behoeftes van de deelnemer vanuit de aanpak Gezondheid en Gedrag besproken. De rol van de andere medewerkers

van de Health Tour (beweegcoach, psycholoog, diëtist) is om de zelfredzaamheid van de deelnemers te bevorderen, zodat deelnemers in actie komen om hun leefstijl te veranderen. Als na het intakegesprek blijkt dat een deelnemer onvoldoende gemotiveerd is of wegens andere omstandigheden niet de gehele interventie van de Health Tour kan volgen, worden deelnemers naar hun doorverwijzer terugverwezen. Het uitgangspunt is dat deze mensen over een aantal maanden wel bereid zijn om te starten, maar meestal vindt geen tweede poging plaats. Het is ook mogelijk dat mensen met ernstige geestelijke gezondheidsklachten naar een andere beweeginterventie worden doorverwezen. Volgens een coördinator van de Health Tour valt ongeveer 30 procent van de potentiële deelnemers na het intakegesprek uit.

Naast de bewegles onder begeleiding van de fysiotherapeut zijn deelnemers zelf verantwoordelijk voor hoe en wanneer zij voor de tweede keer in de week gaan sporten/bewegen. Zij moeten over hun interesses en behoeftes nadenken en beslissen wat voor soort sport- en beweegaanbod ze willen proberen. Indien nodig kan de beweegcoach in het begin de deelnemers ondersteunen bij het regelen van het tweede sportmoment, bijvoorbeeld door mee te gaan naar een beweegaanbieder.

Aan het begin en na afloop van de Health Tour worden deelnemers gevraagd hun ervaren gezondheidsniveau te rapporteren. Deze score, in combinatie met een samenvatting van de (deelname aan) activiteiten van de deelnemer gedurende de interventie, wordt aan hun doorverwijzer teruggelinkt. De ervaren gezondheid na afloop van het programma is, vergeleken met de meting aan de start van de Health Tour, over het algemeen verbeterd. Soms is de ervaren gezondheid van deelnemers na afloop van de Health Tour onveranderd of slechter dan bij de start van het programma. Dit kan komen doordat de deelnemers zich na afloop beter bewust zijn van hun gezondheid, waardoor zij een realistischere inschatting van hun gezondheidsniveau geven dan aan het begin.

Wie is betrokken?

Zorgverleners, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en psychologen zijn bij de doorverwijzing en/of het uitvoeren van de interventie betrokken. De betrokkenen zorgverleners werken vanuit de Gezondheid en Gedrag-aanpak.

Verder zijn de ABC-alliantie West/Buurtcentra uit het welzijnsdomein en verschillende lokale sport- en beweegaanbieders bij de Health Tour betrokken. De Gemeente Amsterdam zorgt voor financiële ondersteuning.

Belemmerende en bevorderende factoren

Volgens een coördinator van de Health Tour vergroten persoonsgebonden factoren zoals zelfmotivatie en zelfreflectie, en sociaaldemografische factoren zoals jonge leeftijd en (relatief) hoge opleiding, de kans op een afgeronde interventie en een overgang naar structureel bewegen. Verder werkt een aantal van de kerncomponenten van de Health Tour als een bevorderende factor voor het afronden van de interventie. Deelname aan de interventie is goedkoop. De gemeente betaalt € 450 per deelnemer voor een interventie van twaalf weken. Bovendien vergoedt de gemeente de overige kosten van de interventie. Een klein deel van de financiële verantwoordelijkheid ligt bij de deelnemer zelf (€ 60 voor de interventie of € 30 in geval van minimuminkomen). Na afloop van de Health Tour moeten deelnemers de reguliere tarieven bij hun gekozen sportaanbieder betalen. Financiële middelen en mogelijkheden worden reeds tijdens het intakegesprek besproken om eventuele financiële knelpunten voor de voortzetting van deelname aan beweegactiviteiten na afloop te voorkomen.

De bereikbaarheid (geringe afstanden naar sport- en beweegaanbod) van de Health Tour wordt als een bevorderende factor genoemd. Daarnaast wordt het groepsverband als een bevorderende factor beoordeeld. Door gesprekken met andere groepsleden kunnen deelnemers zich onder andere (meer) bewust worden van hun persoonlijke behoeftes en welke soorten aanbod zij willen uitproberen. Ook kan een zekere vorm van groepsdruk positief van invloed zijn op het willen proberen van bepaalde activiteiten en bijvoorbeeld het op tijd komen.

Samenwerking tussen disciplines en vertrouwen tussen betrokken partijen spelen een cruciale rol in het succes of falen van de Health Tour. Door goede communicatie (bijvoorbeeld terugkoppeling) is de verwijzende huisarts goed op de hoogte van de Health Tour, zoals deelname, vervolg en de opbrengsten. Weerstand van de sportaanbieders tegen samenwerking wordt als een belemmerende factor voor het uitvoeren van de Health Tour genoemd. Niet alle sportaanbieders zijn met deze vorm van samenwerking met aanbieders uit het zorgdomein bekend. Terwijl de meeste sportaanbieders proeflessen aanbieden, is het bij sommige sportaanbieders nodig om hen te overtuigen om een proefles aan een groep van de Health Tour aan te bieden. Bovendien zijn de verwachtingen van sportaanbieders soms onrealistisch; zij gaan ervan uit dat de meerderheid van de proeflesdeelnemers ook daadwerkelijk een abonnement neemt of lid wordt.

De duur van de Health Tour is een belangrijke belemmerende factor. Idealiter zou de interventie zes maanden in plaats van twaalf weken moeten duren. Voor sommige deelnemers zijn drie maanden onvoldoende om een duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen. Met een langer lopende interventie zouden de mogelijkheden voor meer coachingsessies kunnen worden gerealiseerd en een duurzame gedragsverandering verder gefaciliteerd kunnen worden.

Overgang naar structureel bewegen

De verwachting is dat de deelnemers tijdens de twaalf weken durende interventie kennismaken met één of meerdere vormen van sport en bewegen waar ze met plezier aan meedoen. Sommige deelnemers nemen een abonnement of worden lid bij een lokale sportaanbieder. Andere deelnemers maken gebruik van hun recent verbeterde beweegvaardigheden om samen met andere groepsleden of zelfstandig te gaan sporten. De stand van zaken met betrekking tot sport en bewegen wordt zes en twaalf maanden na de interventie bij alle deelnemers gemeten. 50-60 procent van de mensen die de Health Tour afrondt, blijft meteen na afloop van de interventie doorgaan met bewegen. Indien iemand vroegtijdig stopt met de interventie of na afloop van de Health Tour stopt met bewegen is het (m.u.v. bijzondere omstandigheden) niet mogelijk om de interventie opnieuw te volgen.

3. Conclusies

In dit onderzoek hebben we het proces van doorverwijzing uit de zorg naar (lokale) beweeginterventies onderzocht. Het gaat om interventies waarvan de effectiviteit in Nederland nog niet op grote schaal is onderzocht. Resultaten van buitenlandse studies laten zien dat doorverwijzing vanuit de zorg bij kan dragen aan de verbetering van het beweeggedrag van deelnemers (Thornton et al., 2016; Lunqvist et al., 2017; Murphy et al., 2012; Hanson et al., 2013). In Nederland wordt niet massaal gebruikgemaakt van de mogelijkheid van doorverwijzing vanuit de eerste lijn naar beweeg- of sportaanbieders.

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste conclusies over het proces van doorverwijzing naar beweeginterventies en de overgang naar structureel bewegen.

3.1 Doelstellingen interventies

De doelstellingen van de vier beweeginterventies die voor dit rapport zijn onderzocht zijn vergelijkbaar: het stimuleren van een actieve leefstijl voor mensen met beweegarmoede (volgens de Beweegrichtlijnen 2017) en/of gezondheidsklachten die mogelijk verbeterd kunnen worden door middel van meer beweging. Het achterliggende idee is dat een gedragsverandering tot een actieve leefstijl en uiteindelijk tot verbeterde gezondheid van de deelnemers leidt. Doorverwijzers zijn huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en psychologen. In dit rapport wordt iemand een deelnemer genoemd wanneer hij/zij doorverwezen wordt naar een beweeginterventie. Deelnemers aan de vier onderzochte interventies zijn veelal ouder dan 50 jaar. De locatie en vorm van het beweegaanbod is afhankelijk van de interventie en de lokale context.

3.2 Onderbroken interventie traject

Aan de hand van figuur 3.1 laten we zien dat op verschillende momenten van de beweegtrajecten de kans bestaat dat het traject onderbroken wordt (uitval deelnemer), waardoor het doel, namelijk structureel bewegen, niet wordt bereikt.

(1) Wel of niet doorverwijzen?

Om het beweegtraject te kunnen starten, moet de zorgverlener allereerst overwegen of iemand in aanmerking komt voor doorverwijzing naar een beweeginterventie.

(2) Aanwezig bij intakegesprek

Indien de zorgverlener doorverwijst, is de volgende stap dat de deelnemer met iemand een intakegesprek voert. Indien het intakegesprek wordt uitgevoerd door de verwijzer zelf, vervalt deze 'uitvaloptie'.

(3) Aanwezig bij eerste sessie beweeginterventie

Bij een deel van de beweeginterventies vindt voorafgaand aan de start van het beweegtraject een intakegesprek plaats. Na het voeren van een intakegesprek en een uitnodiging voor deelname aan het beweegtraject besluiten sommige deelnemers om alsnog niet deel te nemen.

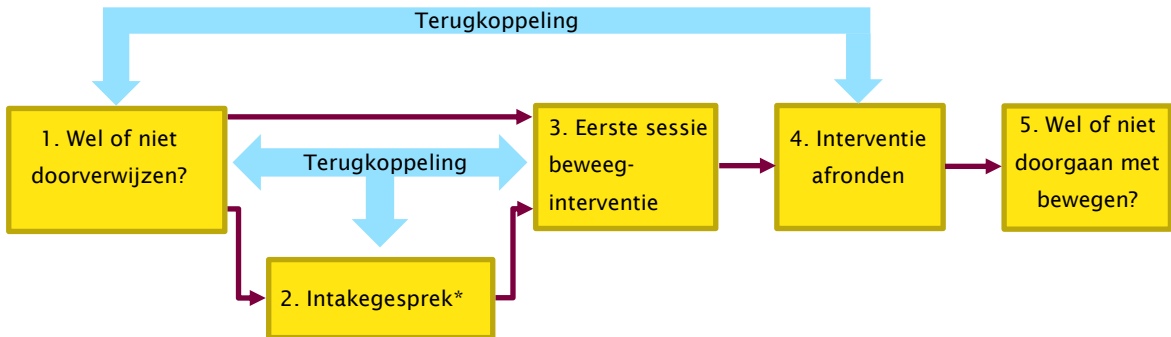
(4) Interventie afronden

Sommige deelnemers stoppen vroegtijdig en ronden de beweeginterventie niet af.

(5) Wel of niet doorgaan met bewegen?

Tot slot is het mogelijk dat deelnemers de beweeginterventie volledig doorlopen, maar uiteindelijk niet doorstromen naar een regulier beweegaanbod of zelf structureel blijven bewegen.

Figuur 3.1 Het doorverwijzingsproces van een beweging interventie en potentiële afbreekmomenten



* In het geval van Bewegen op Recept en de Health Tour.

3.3 Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot doorverwijzing

Zorgverleners benoemen diverse bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij de doorverwijzing naar een beweging interventie.

- *Tijd*: zorgverleners, vooral huisartsen, hebben vaak te weinig tijd voor het voeren van uitgebreide intakegesprekken. Dit kan voor hen een reden zijn om niet door te verwijzen (Schurink-van 't Klooster et al., 2019). Het is daarom belangrijk dat er praktijkondersteuners, beweegaanbieders, buurtsportcoaches, of andere interventie medewerkers aanwezig zijn om deze gesprekken te voeren.
- *Laagdrempeligheid*: volgens de zorgverleners maakt de laagdrempeligheid van de interventie (relatief weinig kosten, bereikbaarheid van aanbod, relatief lage inspanning van wandelen), deelname voor cliënten aantrekkelijker. Ook onderzoek van het RIVM laat zien dat zorgverleners een behoefte aan laagdrempelig beweegaanbod hebben (Schurink-van 't Klooster et al., 2019).
- *Communicatie*: goed luisteren tijdens het intakegesprek is van cruciaal belang. Daardoor kan de gesprekvoerder bepalen welke aspecten voor de deelnemer van betekenis zijn, waardoor zij/hij daarop in kan spelen in het verloop van de beweging interventie. Procesmatig is terugkoppeling over de voortgang tussen de verschillende betrokken partijen (zorgverleners, beweegaanbieders en deelnemers) een belangrijke factor voor deelnemers om een beweging interventie te starten en zorgverleners te stimuleren om regelmatig door te verwijzen.
- *Houding van de deelnemer*: een factor op persoonsniveau die volgens de geïnterviewde personen bij kan dragen aan een afgeronde beweging interventie is een open houding van de deelnemer.
- *Tussenstapje*: een 'tussenstapje' kan voor sommige deelnemers een bevorderende factor zijn. Bij het Looprecept en de NDC wordt de beweging interventie onder medische begeleiding uitgevoerd en is weinig druk op doorstroming naar het reguliere beweegaanbod gelegd. Dit leidt tot een gevoel van een verlengde medische behandeling bij de zorgverlener. Het is mogelijk dat de doelgroep van het Looprecept en van de NDC een tussenstap nodig heeft om zich veilig en comfortabel te voelen bij meer en intensiever bewegen. Deelnemers kennen en vertrouwen hun zorgverlener, wat het voor hen makkelijker maakt om de eerste stap te zetten om actiever te worden.

- *Samenwerking*: samenwerking kan de werkdruk beter verdelen. Vooral huisartsen hebben vaak te weinig tijd voor het voeren van uitgebreide intakegesprekken, hetgeen een reden kan zijn om niet door te verwijzen (Schurink-van 't Klooster et al., 2019). Daarom zijn de praktijkondersteuners en/of beweegaanbieders veelal de aangewezen personen om de intakegesprekken te voeren. Daarnaast kan een gezamenlijke opleiding voor de uitvoering van de interventie de banden en toewijding tussen de professionals van de diverse betrokken disciplines versterken. Bovendien vergroten de professionals hiermee hun begrip voor elkaars vakgebied.

3.4 Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot het verloop van de beweeginterventie

Aanvullend op de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij de doorverwijzing, benoemden zorgverleners een aantal factoren die het verloop van de beweeginterventie kunnen beïnvloeden.

- *Groepsverband*: het feit dat de activiteiten in een groep plaatsvinden zijn van belang. Veel deelnemers ervaren sociale steun, het gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid wordt verhoogd en voor een aantal mensen is deelname een tijdelijke oplossing voor hun eenzaamheid.
- *Tijd*: tijd kan op diversen manieren (inzet van eigen tijd, duur van een interventie, en/of het tijdstip van de interventie) een belemmerende of bevorderende rol spelen in het verloop van een interventie.
 - Bij twee van de vier interventies worden de beweeginterventies door zorgverleners zelf georganiseerd en begeleid. Dit vergt veel inzet van de betrokken zorgverleners.
 - De duur van de interventie is ook een belangrijke factor voor duurzame gedragsverandering. Volgens een betrokkene bij de Health Tour zijn twaalf weken voor sommige deelnemers onvoldoende om hun beweeggedrag (op een duurzame manier) te veranderen. Deze deelnemers zouden eventueel van een langere interventieduur kunnen profiteren.
 - Bij twee van de beweeginterventies vinden de beweegactiviteiten overdag plaats. Dit kan een belemmering vormen voor werkende mensen. Eventueel zou een avondwandelinggroep (na werktijd) een interventie voor werkende mensen toegankelijker kunnen maken.
- *Samenwerking*: het opzetten van samenwerkingen tussen het zorg- en sportdomein vergt volgens de geïnterviewden tijd en moeite. De gevraagde inspanning weegt op tegen de opbrengsten van een samenwerking: de werkdruk wordt verdeeld en het bewegen wordt van het zorgdomein naar het reguliere beweegaanbod verplaatst. Hieronder geven we een aantal voorbeelden van waardevolle samenwerkingen:
 - Mensen die al langer deelnemen inzetten als ervaringsdeskundigen en maatjes voor nieuwe deelnemers. Het is waarschijnlijk dat iemand die de interventie reeds eerder heeft doorlopen vergelijkbare problemen en uitdagingen is tegen gekomen in zijn/haar eigen traject. Daardoor kan deze persoon zich goed inleven en op een begripvolle manier andere deelnemers ondersteunen. Deze mensen kunnen rolmodel zijn en nieuwe deelnemers helpen met het oplossen van problemen.
 - Een deel van het organisatiewerk aan enthousiaste deelnemers laten, bijvoorbeeld het plannen van een looproute.

- Een wijknetwerk van reeds deelnemende zorgverleners opzetten. Met een netwerk kunnen zorgverleners van reeds bestaande wandelgroepen gebruikmaken. Sterke communicatie tussen de diverse betrokken partijen is cruciaal om een succesvol wijknetwerk tot stand te brengen.
- Het is van belang dat samenwerkingen met partners met een vergelijkbare benadering worden gezocht. Een partner van de Health Tour moet bijvoorbeeld van de benadering Gezondheid en Gedrag zijn, en niet van de insteek Zorg en Ziekte.

4. Aanbevelingen

In dit onderzoek is het proces van de doorverwijzing uit de zorg naar (lokale) beweeginterventies onderzocht. Het gaat om interventies waarvan de effectiviteit in Nederland nog niet op grote schaal is onderzocht. Er zijn wel aanwijzingen, gebaseerd op resultaten van buitenlandse studies, dat doorverwijzing naar het reguliere beweegaanbod vanuit de zorg bij kan dragen aan de verbetering van het beweeggedrag van deelnemers.

Dit onderzoek identificeert vijf tijdstippen waarop het beweegtraject van doorverwijzing naar structureel zelfstandig bewegen onderbroken kan worden: bij het consult, het intakegesprek, de eerste sessie van de beweeginterventie, tijdens de beweeginterventie en na afloop van de interventie. Het is belangrijk dat zorgverleners en beweegaanbieders zich bewust zijn van deze risicomomenten van uitval en proberen de uitval tegen te gaan.

Consult

Om het beweegtraject te kunnen starten, moet de zorgverlener allereerst overwegen óf iemand in aanmerking komt voor doorverwijzing naar een beweegtraject. Om deze overweging te faciliteren, is het belangrijk dat doorverwijzingen naar leefstijlinterventies, oftewel leefstijlgeneeskunde, meer aandacht krijgen in de opleiding van gezondheidsprofessionals (KNMG, 2018). In het curriculum dient de meest recente kennis over de preventieve en curatieve effecten van een gezonde leefstijl opgenomen te worden. Daarnaast dient bij de herziening van richtlijnen en behandelprotocollen kritisch te worden gekeken naar de positie van bewegen in het geheel van keuzes aan en prioritering van behandeladviezen. Volgens de geïnterviewde zorgverleners helpt het betrekken van de praktijkondersteuners bij het doorverwijzingsproces en/of beweeginterventies om doorverwijzing naar beweeginterventies te stimuleren.

Daarnaast is het belangrijk om zorgverleners voldoende te verbinden met de diverse professionals die bij het doorverwijzingsproces zijn betrokken (beweegaanbieders, buurtsportcoaches, ambtenaren). Dit kan ervoor zorgen dat zorgverleners beter bekend worden met het lokale sport- en beweegaanbod, oftewel 'de beweegkaart', waardoor ze beweegaanbod op geschiktheid voor hun individuele patiënten (beter) kunnen beoordelen en de kans op een afgerond beweegtraject vergroten. Deze verbinding kan ook voor betere terugkoppeling over de voortgang van de deelnemers tussen de betrokken professionals zorgen. Wanneer betrokkenen bij beweeginterventies regelmatig informatie over de voortgang van deelnemers aan de zorgverleners doorgeven, blijft de interventie en de mogelijkheid om andere patiënten door te verwijzen onder de aandacht van zorgverleners. Verder is het ook mogelijk om samenwerking tussen de verschillende initiatieven/aanbieders te versterken. Vooral afstemming tussen initiatieven die op elkaar lijken, zoals Looprecept of NDC, kan bijdragen aan verdere versterking van de (implementatie van de) individuele interventies.

Ook is het bijvoorbeeld mogelijk om de NDC in het beweegaanbod van Bewegen op Recept te integreren. Dit betekent dat de NDC door buurtsportcoaches wordt georganiseerd. Het voordeel van deze combinatie is de bundeling van organisatiekracht en tijdswinst voor de zorgverleners. Het nadeel is dat van de zorgprofessionals die minder vaak meelopen een minder stimulerend effect uitgaat en dat vooral voor de hele kwetsbare groep minder medische aandacht is.

Intakegesprek

Indien de zorgverlener doorverwijst (Bewegen op Recept, de Health Tour) is de volgende stap dat de deelnemer (het inplannen van) een intakegesprek regelt bij diegene die de intake verzorgt. Bij het Looprecept en de NDC wordt het intakegesprek door de zorgverlener zelf gevoerd. Voor deze interventies kan het nuttig zijn om praktijkondersteuners de intakegesprekken te laten voeren omdat huisartsen aangeven dat zij vaak te weinig tijd hebben voor het voeren van uitgebreide intakegesprekken.

Het intakegesprek wordt door alle geïnterviewden als cruciaal onderdeel van het proces gezien. Een aantal belangrijke ingrediënten zijn:

- Goed naar wensen en behoeftes van de patiënt luisteren voor een goede match tussen de behoeftes van de patiënt en het aanwezige beweegaanbod;
- Een goede overdracht van zorgverlener naar diegene die het intakegesprek voert. Bijvoorbeeld door (a) mensen meteen te introduceren bij diegene die het intakegesprek voert of (b) contact op te nemen met de deelnemer, dan is de kans groter dat de deelnemer een afspraak voor een intakegesprek maakt;
- Terugkoppeling naar verwijzer over het verloop van het intakegesprek. Hierdoor kan de verwijzer bijhouden of de verwijzing wel of niet succesvol is geweest en hierop inspelen tijdens het volgende consult met de patiënt.

Eerste sessie van de interventie

Na het voeren van een intakegesprek en een uitnodiging voor de start van het beweegtraject besluiten sommige deelnemers om alsnog niet aan de beweeginterventie deel te nemen. Een goede transitie van diegene die het intakegesprek voert (Bewegen op Recept, de Health Tour) of de zorgverlener (het Looprecept, de NDC) naar de beweegaanbieder kan helpen om dit te voorkomen. Het is belangrijk om aan diegene die het intakegesprek voert en aan de verwijzer te melden of de deelnemer wel of niet voor de eerste sessie is op komen dagen. Hiermee wordt de voortgang van de deelnemer bijgehouden en kan een bij de interventie betrokken verantwoordelijke eventueel contact met de deelnemer opnemen.

Interventie afronden

Deelnemers kunnen ook vroegtijdig met de interventie stoppen en daardoor het beweegtraject niet afronden. Het tussentijds bespreken van voortgang, motivaties en belemmeringen met de deelnemer kan helpen om dit te voorkomen. Een deel van de geïnterviewden gaf ook aan dat bij afwezigheid van de patiënt bij één of meerdere sessies contact gezocht moet worden om de patiënt eventueel te motiveren deel te blijven nemen. Ook hier kan terugkoppeling naar de doorverwijzer nuttig zijn, zodat de doorverwijzer bij een tussentijds consult mogelijk voortgang, motivatie en belemmeringen met de patiënt bespreekt.

Wel of niet doorgaan met bewegen

Tot slot is het mogelijk dat deelnemers het beweegtraject doorlopen, maar uiteindelijk niet instromen naar een regulier beweegaanbod of zelfstandig structureel blijven bewegen. Om dit te voorkomen helpt het om met deelnemers vóór het einde van de interventie opties om zelfstandig te blijven bewegen na afloop van het beweegtraject te bespreken. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het financiële aspect van het gekozen beweegaanbod. Daarnaast is het ook nuttig als verwijzers tijdens

vervolgconsulten het beweeggedrag bespreken met hun patiënten die een beweging interventie hebben afgerond. Hiermee houden zij zicht op de voortgang van hun patiënt en het succes van de verwijzing.

Algemeen

Zoals eerder genoemd, wijzen resultaten van buitenlandse studies op positieve effecten van doorverwijzingen vanuit de eerste lijn naar beweging interventies op beweeggedrag van interventiedeelnemers. De onderzoeksgegevens over de effecten van Nederlandse interventies ontbreken echter. Effectstudies voor het Nederlandse zorgstelsel kunnen stimulerend werken voor zorgverleners om naar interventies door te verwijzen, en verdienen daarom aandacht.

Referenties

Bas van de Goor Foundation (2018). *Projectplan Nationale Diabetes Challenge 2018*. Arnhem: Bas van de Goor Foundation.

Bouma, A.J. (2018). *The barrier-belief approach: A new perspective of changing behavior in primary care*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Prognose bevolking; kerncijfers, 2017-2060*. Geraadpleegd op 27-11-2018 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83783NED/table?ts=1543327126493>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 27-11-2018 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005ned/table?ts=1543327622559>.

Collard, D. & Veninga, M. (2016). *Procesevaluatie Bewegen op recept*. Utrecht: Mulier Instituut.

Bas van de Goor Foundation (2018). *De Nationale Diabetes Challenge brengt mensen in beweging*. Geraadpleegd op 19-11-2018 via <https://www.nationalediabeteschallenge.nl/over/>.

Diabetes Prevention Program Research Group, Knowler, W.C., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Christophi, C.A., Hoffman, H.J., . . . Nathan, D.M. (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet (London, England)*, 374(9702), 1677-86.

Dool, R. van den (2019). *Deelname aan sport en bewegen door ouderen*. Utrecht: Mulier Instituut.

Gezondheidsraad (2017). *Beweegerichtlijnen 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienr. 2017/08.

Giessen, A. van, Wit, G.A. de, Wendel-Vos, W., & Feenstra, T.L. (2018). *Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI): Raming van het benodigde budget bij opname van de GLI in de basisverzekering*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). DOI: 10.21945/RIVM-2018-0092.

Goor, B. van de, Film, J., Seegers, P., Huisman, S., Regeer, H., Fokkert, M. & Biló, H. (2016). *Analyse en resultaten onderzoek Nationale Diabetes Challenge 2016*. Arnhem: Bas van de Goor Foundation.

Hanson, C.L., Allin, L.J., Ellis, J.G., & Dodd-Reynolds, C.J. (2013). An evaluation of the efficacy of the exercise on referral scheme in Northumberland, UK: association with physical activity and predictors of engagement. A naturalistic observation study. *BMJ Open* 3(8): e002849. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002849.

KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering de Geneeskunde) (2018). *Manifest voor leefstijlgeneskunde*. Geraadpleegd op 29-01-2019 via <https://nilg.eu/wp-content/uploads/2018/06/Manifest-Leefstijlgeneskunde.pdf>.

Latta, J.M. & Meer, F.M. van der (2018). *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken. Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Licher, S., Heshmatollah, A., Willik, K.D. van der, Stricker, B.H.C., Ruiter, R., Roos, E.W. de, . . . Ikram, M.A. (2019). Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: A population-based cohort study. *PLOS Medicine* 16(2): e1002741. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002741.

Lunqvist, S., Börjesson, M., Larsson, M.E., Hagberg, L., & Cider Å. (2017). Physical activity on prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. *PLoS One*, 12(4): e0175190. DOI: 10.1371/journal.pone.0175190.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering*. Geraadpleegd op 19-11-2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/01/meer-ruimte-voor-preventie-in-basispakket-zorgverzekering>.

Movisie. (2014). *Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies*. Utrecht: Movisie.

Murphy, S.M., Edwards, R.T., Williams, N., Raisanen, L., Moore, G., Linck, P., Hounsoume, N., Din, N.U., & Moore, L. (2012). An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomized controlled trial of a public health policy initiative. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(8), 745-753. DOI: 10.1136/jech-2011-200689.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-19137*. Geraadpleegd 11-19-2018 via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236692_22/1/.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Update gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)*. Geraadpleegd 27-11-2018 via <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/04/12/update-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli>.

O'Halloran, P.D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., . . . Taylor, N.F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28(12), 1159-1171. DOI: 10.1177/0269215514536210.

Partnerschap Overgewicht Nederland (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland.

Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 845-849. DOI: 10.1177/0272989X08327068.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Regeer, H., Bilo, H.J. & Huisman, S.D. (2017). *Resultaten onderzoek Nationale Diabetes Challenge 2017*. Arnhem: Bas van de Goor Foundation.

Rijnbeek, P. (2017). *Samenwerking sport en zorg: Health Tour Amsterdam*. Geraadpleegd op 19-11-2018 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/samenwerking-sport-en-zorg-health-tour-amsterdam/>.

Schurink-van 't Klooster, T.M., Loyen, A. & Proper, K.I. (2019). *Doorverwijzingsproces door eerstelijnszorgverleners naar bewegen als interventie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Sorensen, J. B., Skovgaard, T., & Puggaard, L. (2015). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 24, No. 2, pp. 69-74.

Thornton, J.S., Frémont, P., Khan, K., Poirier, P., Fowles, J., Wells, G.D. & Frankovich, R.J. (2016). Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *British Journal of Sports Medicine*, 50(18), 1109-1114. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096291.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., . . . Finnish Diabetes Prevention Study Group. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350. DOI: 10.1056/nejm200105033441801

Fit in West (2019). *Verwijzers*. Geraadpleegd op 19-11-2018 via <https://fitinwest.nl/verwijzers/>.



Mulier Instituut | Sportonderzoek voor beleid en samenleving
Herculesplein 269 | 3584 AA Utrecht | Postbus 85445 | 3508 AK Utrecht
T +31 (0)30 721 02 31 | info@mulierinstituut.nl | www.mulierinstituut.nl