

Sport en bewegen als gezondheidsinterventie vanuit de huisarts

Van substitutie van zorg naar transitie van een bedrijfstak



Executive MBA Sportmanagement juni 2018

Drs. Bob de Dood

Voorwoord

Toen ik me in het voorjaar van 2016 na een gesprek met toenmalig opleidingsmanager en nu Tweede Kamerlid Antje Diertens, aanmeldde voor de Executive MBA-opleiding Sportmanagement aan de Graduate School van de Wagner Group in Groningen, kon ik niet vermoeden wat deze twee jaar voor impact zou hebben.

Na ruim 20 jaar werkervaring in de financiële dienstverlening en gezondheidszorg vond ik het tijd om de werkervaring weer eens aan te vullen met een “opfriscursus” op theoretisch vlak. De passie voor sport, zowel actief, passief als bestuurlijk, maakte voor mij de keuze voor MBA Sportmanagement tot een eenvoudige. Pure interesse naar deze wonderlijke wereld en wellicht in de toekomst ooit beroepsmatig nog eens een overstap waren de voor mij moverende redenen om het hele land door te reizen naar collegezalen op Papendal, bij de KNVB in Zeist, Groningen en het altijd mooie Hardenberg.

Nu de finish in zicht is, kan ik alleen maar aangeven dat de reis aangenaam was, niet in de laatste plaats door de bevlogen colleges van Philip Wagner. Persoonlijk was de studiereis naar China een kers op de taart. Terugkomen op plekken waar ik ruim 20 jaar geleden samen met mijn inmiddels overleden vader gestaan had, was voor mij letterlijk een emotionele reis in de tijd.

Speciale dank wil ik uitspreken naar Daco Woudenberg die in de laatste fase nog duidelijk feedback gaf over het structuren van de thesis en natuurlijk naar mijn vrouw Anja die me de ruimte heeft gegeven en alle ballen in de lucht heeft gehouden in ons drukke gezin.

Mijn elf studiegenoten zijn veel meer dan studiegenoten geworden. Wij hebben lief en leed gedeeld de afgelopen twee jaar. De vreugde van gezinsuitbreidingen, het gezamenlijk verdriet van ouders die ons ontvallen zijn en ook de laatste pittige maanden rondom het afronden van de masterthesis waren we elkaars steun.

Zoals Philip wel eens aangaf “jullie zijn een bijzondere groep” en juist deze bijzondere groep zal ik de komende maanden zeker gaan missen.

Bob de Dood

Juni 2018

Samenvatting

In deze thesis staat de onderzoeksvraag ‘Op welke manier kan sport/bewegen als interventie vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd worden?’ centraal. Door gebruik te maken van literatuur en het afnemen van interviews onder deskundigen uit de praktijk, probeert deze thesis antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag.

De stijgende zorgkosten en het nijpende tekort aan personeel in de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk om na te denken over nieuwe samenwerkingsverbanden buiten het zorgveld. De kracht van preventie om de zorgvraag te beperken en de rol van bewegen binnen preventie, vormen de basis van nieuwe samenwerkingsmodellen. In de toekomstvisie huisartsenzorg 2022 van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, 2012) wordt nadrukkelijk gesproken over wijkgerichte preventie en de Zorgmodule Leefstijl Bewegen van het Nederlands Huisartsen Genootschap bevestigt deze urgentie voor bewegen (NHG, 2016) voor chronische patiëntengroepen vanuit de huisartsenzorg.

De probleemstelling dat ‘de onbekendheid van specifiek sport- en beweegaanbod in de wijk ervoor zorgt dat de positieve effecten van bewegen onvoldoende benut worden door de huisarts’, wordt deels bevestigd in deze thesis. Huisartsen weten vaak niet wat voor aanbod er is in de wijk en vaak helemaal niet wat er specifiek voor zorgdoelgroepen georganiseerd wordt. Toch is dat maar een deel van het antwoord omdat ook blijkt dat het beweegaanbod voor zorgdoelgroepen vanuit sport- en beweegaanbieders nog beperkt is. Hier ligt nog een belangrijke kans voor aanbieders op het gebied van bewegen. De belangstelling vanuit huisartsen en de toegenomen urgentie vanuit de overheid met het preventieakkoord, het sportakkoord en de gecombineerde leefstijlinterventie, maakt duidelijk dat er mogelijkheden zijn.

Op basis van theorie en het empirisch onderzoek, is de conclusie gerechtvaardigd dat verbinding tussen beweegaanbieders en huisartsenzorg wenselijk is om het aanbod beter te laten aansluiten bij de doelgroepen. Dit kan gerealiseerd worden door de volgende 3 deelgebieden goed te exploreren.

1. Vormgeving samenwerking op basis van gemeenschappelijke visie

Een duidelijke zorg(beweeg)keten vanuit een zorggroep waar preventie en bewegen een logisch onderdeel vormen in de integrale ‘zorg’ voor chronische patiëntengroepen. Buurtsportcoaches dicht bij de huisartsenpraktijk vormen dan de verbinding in de wijk naar een diversiteit van beweegaanbod.

2. Waardevolle kans om nieuw aanbod te realiseren

Specifiek beweegaanbod voor doelgroepen creëren en dit laagdrempelig organiseren voor niet sporters.

3. Duurzame oplossing door duidelijke financiële onderbouwing

De financiering van de samenwerking is niet het grote issue. Belangrijkste drempel zit hem in de kosten voor gebruikers van het beweegaanbod. De overgang van ‘gratis’ beweegprogramma’s binnen de zorg naar zelfstandig financieren van sporten blijkt een grote drempel te zijn voor de continuïteit. Co-financiering vanuit gemeente waarbij er nadrukkelijk gekeken wordt naar Sociaal Return on Investment is noodzakelijk voor continuïteit.

Tenslotte is duidelijk dat verbinding van sport- en beweegaanbod met de huisartsenzorg past in de huidige tijdgeest van transitie van zorg en zelfredzaamheid van de burger. De huisartsen staan positief tegen samenwerking met beweegsector, mits ze daarmee ook ‘ontzorgt’ worden. Voor de (georganiseerde) sport biedt dit bij uitstek kansen om nieuwe doelgroepen te binden, waarbij sport en bewegen als middel gezien wordt en minder als doel.

HOOFDSTUK 1	6
1.1 Aanleiding en mijn verwondering	6
1.2 Probleem Oriëntatie	6
1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen.....	8
1.4 Conceptueel Model	9
1.5 Onderzoeksmethode.....	9
1.6 Leeswijzer	10
HOOFDSTUK 2 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Toenemende zorgvraag, kosten en noodzaak tot verandering	11
2.3 Kracht van de eerstelijnszorg vanuit de huisartsenpraktijk	13
2.4 Toename in de chronische zorg en het ontstaan van georganiseerde ketenzorg	14
2.5. Conclusie kracht van de eerstelijnszorg	15
HOOFDSTUK 3 VISIE OP PREVENTIE, BEWEGEN EN VOORKOMEN VAN ZORG	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Preventie wat is het?.....	16
3.2.1. Kosteneffectiviteit van preventie	17
3.2.2. Vormen van preventie en de afbakening	18
3.3 NHG-zorgmodule leefstijl bewegen.....	18
3.4 Samenvatting belang van preventie.....	19
HOOFDSTUK 4 MOTIVATIE EN TRANSITIEMODELLEN BINNEN DE ZORG	19
4.1 Motivatie van patiënten om te gaan bewegen	19
4.2 Positieve gezondheid als vliegwiel tot gedragsverandering	20
4.3 Van Zorg en Ziek naar Gezondheid en Gedrag.....	22
4.4 Conclusie en bevindingen	22
HOOFDSTUK 5 EFFECTIEVE PRAKTIJKVOORBEELDEN VAN SPORT EN BEWEGEN IN RELATIE TOT DE GEZONDHEIDSZORG	23
5.1 Inleiding bewegen en chronische zorg	23
5.2 Bewegen en diabetes (Keer Diabetes 2 om en De Nationale Diabetes Challenge).....	23
5.3 Bewegen op Recept.....	24
5.4 Health Tour Amsterdam.....	25
5.5 Gecombineerde leefstijlinterventie nieuwe stijl vanuit de huisarts.	26
5.6. Samenvatting vanuit deze bestaande praktijkvoorbeelden	27
HOOFDSTUK 6 THEORETISCHE METHODIEK VAN SAMENWERKEN ZORG ENSPORT	28
6.1 Inleiding samenwerking zorg en sport	28
6.2 Theorie van samenwerken tussen sectoren	28
6.3 Analyse van de theorie van samenwerken	31

6.4 Institutionele factoren vanuit Hall Raamwerk	31
6.4.1 a Beleid/visie zorg op samenwerking met bewegen.....	31
6.4.1b Praktische samenwerking vanuit de huisartsenzorg met beweegaanbod.....	32
6.4.1c Beleid/visie sport en bewegen op samenwerking met zorg	32
6.4.1d Praktische Samenwerking vanuit sportaanbieders met huisartsen	33
6.4.2 Financiële verschillen tussen sectoren	34
6.5 Persoonlijke factoren vanuit Hall Raamwerk.....	35
6.6 Organisatie van de samenwerking vanuit Hall Raamwerk.....	35
6.7 Conclusies samenwerking in de wijk	37
HOOFDSTUK 7 EXPERTINTERVIEWS RELEVANTE STAKEHOLDERS.....	39
7.1 Aanpak en onderbouwing keuze geïnterviewden.....	39
7.2 De belangrijkste resultaten uit de interviews.....	40
7.3 Analyse interviews over samenwerking.....	44
HOOFDSTUK 8 CONCLUSIES	46
HOOFDSTUK 9 AANBEVELINGEN SAMENWERKING ZORGBEWEEGKETEN	48
9.1 Inleiding	48
9.2 Aanbevelingen op Structuur organisatie Zorgbeweegketen	50
9.3 Aanbeveling op vernieuwend aanbod	52
9.4 Aanbevelingen financiering van de zorgbeweegketen	53
9.5 Conclusie Zorgbeweegketen	54
Bibliografie	55
Bijlagen	

HOOFDSTUK 1

1.1 AANLEIDING EN MIJN VERWONDERING

De gezondheidszorg in Nederland, waar ruim 90 miljard euro in omgaat is gebaat bij zorg leveren. Maar lopen we niet tegen de grenzen aan nu het tekort aan zorgpersoneel de 100.000 vacatures nadert, de kosten elk jaar toenemen en voorlopig het zorgplafond nog niet in zicht is? Moet de bedrijfsstak geen andere incentives krijgen om niet meer, maar juist minder te gaan behandelen? Moet de bedrijfsstak niet meer doen om de mensen in de wijk gezond te houden in plaats van te verwijzen naar het ziekenhuis?

Eigenlijk gaat deze thesis over een bedrijfsstak in transitie. In plaats van zorg verlenen, een bijdrage leveren om de mensen juist gezond te houden. Of zoals Jan Rotmans¹ aangaf ‘Een energiebedrijf is van oudsher gericht op zoveel mogelijk energie leveren, maar in de toekomst is de vraag juist gericht op het leveren van zo weinig mogelijk energie. De klant wil dat het energiebedrijf hem daarbij helpt. Dat vraagt om een ander verdienmodel’ (Rotmans,2017)

Hetzelfde geldt voor de gezondheidszorg. De gezondheidszorg bestaat bij de gratie van het behandelen van zieke mensen. Aandoeningsgericht denken en problemen oplossen of beperken is het credo. De stelling van Rotmans toepassen op de gezondheidszorg vraagt een ander verdienmodel. Een model waar de financiering niet hangt aan het behandelen maar juist aan het gezond houden van de burger en het voorkomen van dure zorg. Een gezonde populatie behouden en daar de juiste financiële prikkels voor aanbieden. De huisarts heeft als poortwachter in de Nederlandse gezondheidszorg een verantwoordelijke taak om de juiste keuzes te maken. Het feit dat alle Nederlanders ingeschreven staan bij een huisarts en juist de meeste kwetsbare en ongezonde burgers het meest bij de huisarts komen, geeft hem ook een belangrijke positie om de patiënt naar de juiste vervolgstap te verwijzen. Is dat verder de zorgketen in naar een polikliniek of is dit juist de zorgketen uit, naar meer leefstijl interventies? Deze verantwoordelijke positie aan de voorkant van de Nederlandse gezondheidszorg in combinatie met de toegenomen belangstelling en financiering vanuit de Nederlandse overheid voor preventie en leefstijl, maakt dat er mogelijk nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan rondom de huisartsenzorg. Deze mogelijk nieuwe samenwerkingsverbanden op het raakvlak van huisartsenzorg, preventie en sport zijn het onderzoeksgebied van deze thesis.

1.2 PROBLEEM ORIËNTATIE

De mensen met de meeste gezondheidsklachten komen het frequentst bij de huisarts. De ‘patiënt journey’ door de zorg heen begint dan ook bijna altijd bij de huisarts. De huisarts moet binnen de gesprekstijd van een regulier consult een inschatting maken over de ernst van de klacht en al dan niet verwijzen naar een specialist voor aanvullend onderzoek. De arts is opgeleid om snel keuzes te maken

¹ Jan Rotmans is hoogleraar aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en gespecialiseerd in duurzame veranderingen

en in de basis niet om een lang gesprek te voeren buiten het medisch domein. Elke verwijzing of advies van de huisarts heeft ook een stevige impact op het macro budgetkader in de zorg.

Het begin van deze reis door het zorglandschap voor de patiënt is wellicht noodzakelijk, maar misschien ook gebaseerd op reguliere protocollen en het ontbreken of niet in beeld hebben van mogelijk ander aanbod op het gebied van leefstijlinterventies met betrekking tot de mogelijkheden die er in de buurt van de huisartsenpraktijk zijn om te bewegen. Als de huisarts goed in beeld heeft wat de mogelijkheden zijn aan beweegaanbod in zijn directe omgeving en dit laagdrempelig georganiseerd wordt, maakt dit verwijzen wellicht eenvoudiger. Met het verwijzen naar laagdrempelig sport en beweegaanbod in plaats van het voorschrijven van medicatie of verwijzing naar de polikliniek, kan er een substantiële bijdrage geleverd worden aan het goedkoper maken van de gezondheidszorg. Grote vraag is *hoe* de eerstelijnsgezondheidszorg rondom de huisartsenzorg duurzaam verbonden kan worden met het sport en beweegaanbod in de wijk en het sport en beweegaanbod in de wijk als het ware “in de pen te krijgen van de huisarts²”

Zo kom ik tot de volgende probleemstelling:

De onbekendheid met specifiek sport- en beweegaanbod in de wijk, zorgt ervoor dat de positieve effecten van bewegen onvoldoende benut worden door de huisarts.

Onder onbekendheid wordt in dit verband verstaan het niet in beeld hebben wat er allemaal is voor aanbod van sport- en beweegaanbieders, voor specifieke doelgroepen die frequent bij de huisarts komen.

Als deze keten van huisartsenzorg, preventie en bewegen beter op elkaar aansluit kan dit ook impact hebben op de zorgkosten. Toekomstige businessmodellen in de zorg zullen zich steeds meer richten op meervoudige waardecreatie, waarin economische, sociale en klinische waarden met elkaar in evenwicht zijn. Dus niet alleen de nadruk op kostenbesparing, maar een evenwicht waarin het draait om het realiseren van de beste zorg en gezondheid voor de patiënt tegen de laagst mogelijke kosten. Hiervoor is ook een keten van samenwerking tussen verschillende organisaties van zorg, preventie en bewegen nodig. Het ‘zorgpad’ van de patiënt moet als uitgangspunt genomen worden, zodat de toegevoegde waarde van de verschillende disciplines kan worden bepaald. Dit komt ook terug in Value Based Health Care (VBHC) (Porter, 2006).

Uitwerking van Value Based Health Care in relatie tot de nieuwe samenwerkingsstructuur van huisartsenzorg, preventie en sport is een onderzoek op zich, maar ligt buiten de kaders van deze thesis. Nader onderzoek op dit thema is nuttig gezien de belangstelling op nationaal niveau middels een preventieakkoord en het financieel mogelijk maken van gecombineerde leefstijlinterventies zoals daar naar verwezen wordt vanuit de huisarts. Voor dit onderzoek gaat het om het potentieel van sport en bewegen beter te benutten vanuit het perspectief van de huisartsen.

² “in de pen krijgen van de huisarts” is een uitdrukking vanuit de farmaceutische industrie om bepaalde geneesmiddelen als voorkeursmiddel te laten voorschrijven door de artsen. Vaak ging dit gepaard met een stevig marketingbudget aan artsenbezoekers, gratis nascholingen etc.

1.3 ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN

Centrale onderzoeksvraag:

Op welke manier kan sport/bewegen als interventie vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd worden?

Bovenstaande centrale onderzoeksvraag wordt aangevuld met onderstaande deelvragen, die nodig zijn om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze vier empirische deelvragen zullen primair door literatuurstudie onderzocht worden en de uitkomsten zullen getoetst worden bij de deskundigen die werkzaam zijn in de huisartsenzorg, sport- en bewegector.

1. Wat is de kracht en de rol van de huisarts binnen de gezondheidszorg?

Deze deelvraag tracht antwoord te geven op het belang van de huisarts als poortwachter binnen de zorg en de invloed op het vervolgproces.

2. Wat is de impact van preventie, bewegen en sport en welke voorbeelden zijn er al in de praktijk?

Deze deelvraag tracht antwoord te geven op het belang van preventie en bewegen voor zorgdoelgroepen en tevens voorbeelden te tonen van reeds bestaande succesvolle samenwerkingsverbanden in zorg en sport.

3. Welke succesfactoren worden er op basis van literatuuronderzoek genoemd voor samenwerking in algemene zin en hoe kan dit vertaald worden naar samenwerking tussen de zorgsector en de sportaanbieders?

Deze deelvraag tracht op basis van bestaande literatuur inzichtelijk te maken wat de variabelen c.q. randvoorwaarden zijn voor samenwerking tussen zorgaanbieders en sport- en beweegaanbieders.

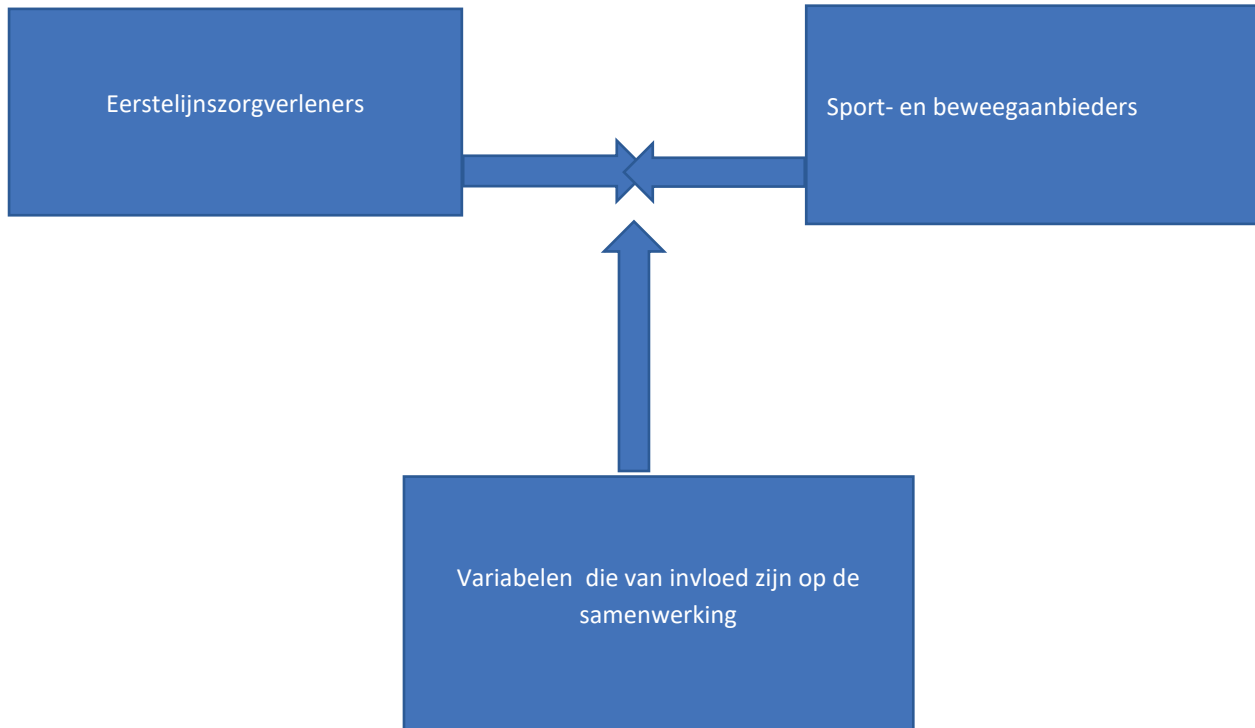
4. Waar zitten lacunes op het gebied van samenwerken tussen gezondheidszorg en sport en welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden om deze lacunes op te lossen?

Deze deelvraag geeft op basis van theorie en interviews inzicht in de stand van zaken en de lacunes in de samenwerking. Middels een ontwerpmodel zullen aanbevelingen gedaan worden.

Deze deelvragen vormen de basis van deze thesis in zullen in de verschillende hoofdstukken beantwoord worden.

1.4 CONCEPTUEEL MODEL

Doel van het conceptueel model is om duidelijk te maken wat de variabelen zijn die de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de sport- en beweegaanbieders beïnvloeden. Welke variabelen van invloed zijn, zal uit een literatuurstudie naar voren komen. De verwachting op voorhand is dat het om verschillende culturen gaat, die nog maar beperkt samenwerken. De veronderstelling is dat als zorgverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en sport- en beweegaanbieders meer met elkaar gaan samenwerken rondom kwetsbare patiëntengroepen, dit een effect heeft op de zorgconsumptie van deze groepen. De variabelen die van invloed zijn op de samenwerking zijn de kern van dit onderzoek.



1.5 ONDERZOEKSMETHODE

In deze thesis wordt gebruik gemaakt van een vorm van exploreren onderzoek, waarbij er al ideeën zijn over de kracht van bewegen in het algemeen en sport in het bijzonder, voor bepaalde doelgroepen die frequent bij de huisarts komen. De variabelen die van invloed zijn om aanbieders van zorg en bewegen meer te laten samenwerken om een gemeenschappelijk belang te ervaren zijn onderdeel van de literatuurstudie in deze thesis. De belangrijkste bevindingen uit de literatuurstudie zullen middels een topic lijst en specifieke vragen in semi-gestructureerde interviews geverifieerd worden bij een aantal deskundigen uit het werkveld van de gezondheidszorg en de sportwereld. In het desbetreffende hoofdstuk 8 zal een toelichting gegeven worden over de selectie van de geïnterviewde deskundigen.

De uitkomsten van de literatuurstudie in combinatie met de uitkomsten van de semi-gestructureerde interviews tonen aan waar wellicht nog lacunes zijn in de samenwerking zoals in het aanbod vanuit de sportaanbieders.

Deze lacunes vormen de bouwstenen voor vernieuwingen in de samenwerking van zorg en sport in hoofdstuk 9.

1.6 LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 wordt een korte schets gegeven van de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de oplopende zorgkosten. De urgentie tot een actie wordt daarmee ook inzichtelijk gemaakt. Centraal in dit hoofdstuk staat de kracht van de huisarts en de organisatie van de eerstelijnszorg en het belang voor de vervolgstappen voor de patiënt. In hoofdstuk 3 wordt aangegeven wat preventie en bewegen voor invloed kan hebben op de gezondheid. Als er in het belang van patiënten meer overdracht moet plaats vinden vanuit de gezondheidszorg naar beweegaanbod, dan moet wel duidelijk zijn of dit effect heeft. In hoofdstuk 4 wordt kort iets gezegd over motivatie van patiënten en zorgverleners om bewegen actief te omarmen. Zonder intrinsieke motivatie van zowel huisarts als patiënt, is de kans op succes waarschijnlijk gering. Daarnaast worden in dit hoofdstuk twee methoden kort toegelicht die het gesprek tussen arts en patiënt ondersteunen om niet primair op de actuele klacht alleen te focussen, maar de patiënt meer als geheel te zien en in gesprek te gaan over wat hij of zij belangrijk vindt. Dit hoofdstuk is van belang om de brug te slaan naar veranderingen. In hoofdstuk 5 zal een praktisch overzicht gegeven worden van succesvolle beweginginterventies vanuit de zorg, waarin duidelijk gemaakt wordt dat er reeds bewezen samenwerkingsverbanden zijn. Hoofdstuk 3,4 en 5 zijn ondersteunend aan de opbouw van de scriptie om de bredere context van bewegen op de gezondheid te duiden en ook de manier hoe de patiënt dit uiteindelijk gaat omarmen. Samenwerking tussen organisaties is de kern van deze thesis maar als organisaties niet weten hoe ze patiënten moeten motiveren hebben de aanbevelingen naar een nieuw ontwerp van samenwerking maar beperkte slagingskans. In hoofdstuk 6 wordt nadrukkelijk ingegaan op literatuuronderzoek rondom samenwerken en een vertaling naar sport en gezondheidszorg. Hoofdstuk 6 is een beschrijving van de theorie met een analyse naar het werkveld van zorg en bewegen. In hoofdstuk 7 wordt dit middels semi-gestructureerde interviews getoetst bij deskundigen uit het werkveld van sport en bewegen. De lancunes die in hoofdstuk 6 en 7 naar voren komen zullen als basis dienen voor een innovatief ontwerp van de sportbeweegketen met aanbevelingen voor vervolgonderzoek. In hoofdstuk 8 en 9 zullen conclusies en aanbevelingen deze gehele thesis afronden.

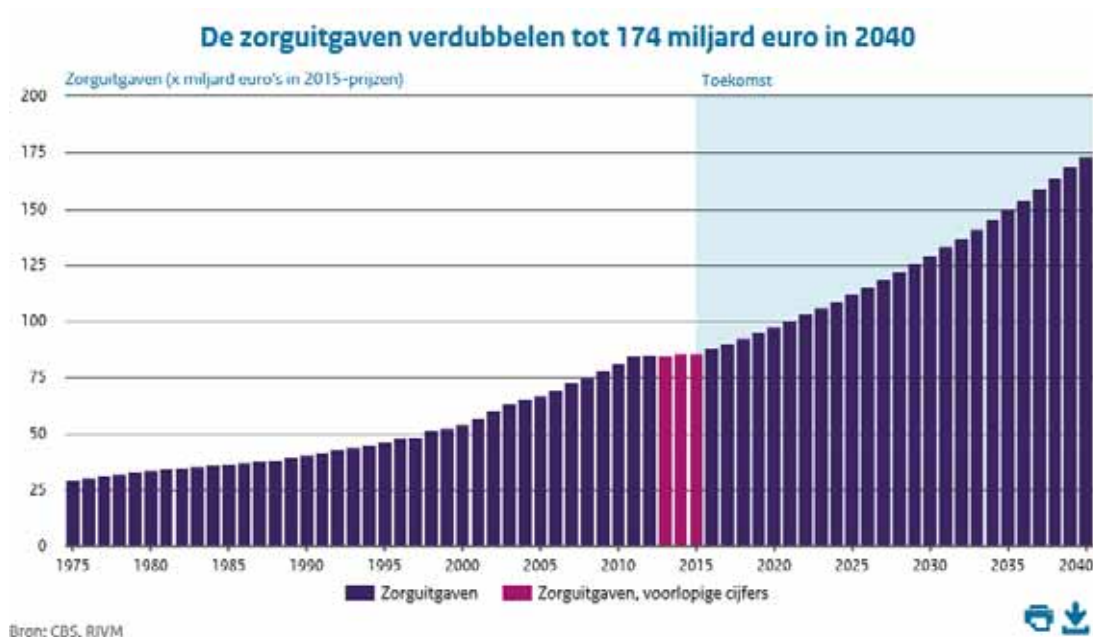
HOOFDSTUK 2 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

2.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat over de actuele ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in Nederland. De toenemende kosten van de gezondheidszorg en de belangrijkste veranderingen binnen de zorg zullen kort worden besproken. De substitutie van ziekenhuiszorg naar georganiseerde zorg in de wijk, waarbij de huisarts een centrale rol als poortwachter vervult staan in dit hoofdstuk centraal. De kracht en de dominante positie van de huisarts binnen de eerstelijns is daarbij het vertrekpunt om te bepalen of deze rol ook benut kan worden om patiënten een ander aanbod te doen buiten de zorg. Er wordt specifiek ingegaan op de organisatiegraad voor chronisch zieken door middel van ketenzorgprogramma's zoals die door zorggroepen binnen de eerstelijnszorg gegeven worden. Deze zorggroepen maken het mogelijk dat er ook verplaatsing plaatsvindt van dure ziekenhuiszorg naar de zorg in de wijk vanuit de huisartsenpraktijk. De organisatiegraad van zorggroepen voor ketenzorgprogramma's in een stad of wijk, kunnen als voorbeeld dienen hoe het aanbod van laagdrempelige zorg geregeld is. De volgende stap zou kunnen zijn om deze organisatiegraad te benutten voor verbinding met beweegaanbod in de wijk teneinde de verwijzing van zorg naar bewegen eenvoudiger te maken en wellicht de kosten als geheel op een lager niveau te krijgen.

2.2 TOENEMENDE ZORGVRAAG, KOSTEN EN NOODZAAK TOT VERANDERING

De Nederlandse gezondheidszorg is van kwalitatief hoog niveau. In de Europese ranglijsten staat Nederland structureel bovenaan als het gaat over kwaliteit en toegankelijkheid (Björnberg, 2017). Deze hoge kwaliteit van de gezondheidszorg heeft wel zijn prijs. Zonder uitvoerig in te gaan op de oorzaken van de kostenontwikkelingen binnen de gezondheidszorg is wel duidelijk dat de toename in kosten tot stilstand gebracht moet worden om te voorkomen dat we straks een te groot deel van ons inkomen aan de gezondheidszorg uitgeven. Dat vraagt een andere benadering van de gezondheidszorg. De kosten van de gezondheidszorg zijn de afgelopen 20 jaar gestegen van € 50 miljard in 1998 naar bijna € 90 miljard in 2018. De toename van de bevolking, de vergrijzing en de toegenomen behandel mogelijkheden door technologie en innovatieve medicatie doen de kosten voor de gezondheidszorg de komende jaren explosief stijgen, tot wellicht € 174 miljard in 2040.



Figuur 1: ontwikkeling zorguitgaven, CBS,RIVM

De overheid doet er dan ook alles aan om deze kostenstijging te beteugelen, door een divers pakket aan interventies. Zonder nu een limitatief overzicht te geven van alle mogelijke interventies die de overheid gedaan heeft, is het onderwerp ‘substitutie’ bijzonder relevant voor deze thesis. Concreet gaat het over ‘substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis, naar zorg in de wijk’. Deze substitutie kan een substantiële verlaging van de kosten met zich mee brengen mits de randvoorwaarden goed ingevuld worden, aangezien het grootste deel van de zorgkosten in het ziekenhuis gemaakt worden. Het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 van april 2018 (vws, 2018) bevestigt de tendens van verplaatsing van ziekenhuiszorg naar zorg op de juiste plek in de wijk. De absolute cijfers ontbreken, maar vanuit de zorgverzekeraars wordt maximaal ingestoken om eerstelijnsstructuren te versterken om substitutie van tweede lijn naar eerste lijn goed te kunnen opvangen (ZilverenKruis, april 2018). Substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns³, betekent eigenlijk verplaatsing van zorg naar een goedkopere plaats, dichterbij huis, van eenzelfde kwaliteit.

De eerstelijnsaanbieders krijgen dus meer taken overgeheveld vanuit de ziekenhuizen en dat betekent ook in de praktijk dat ze meer patiënten zien. De logische conclusie is dat met het aantal vacatures binnen de gezondheidszorg, het noodzakelijk is om samenwerkingsverbanden te zoeken met partijen van buiten de gezondheidszorg. De eerstelijnsaanbieders zullen niet alleen moeten insteken op het leveren van dezelfde kwaliteit binnen eerstelijnsstructuren, maar juist ook energie moeten steken in het uit de zorg te houden van mensen of het weer zelfstandig leren omgaan met hun aandoening. Dit vormt de brug naar preventie, gezonde leefstijl en de rol van bewegen en sport binnen preventie. In onderstaande afbeelding wordt dit nog eens visueel neergezet. Van dure ziekenhuiszorg naar preventie en zelfmanagement waarbij de eerste lijn een duidelijke brug vormt tussen deze 2 deelgebieden.

³ Onder zorg in de Eerstelijns verstaat de rijksoverheid: “Eerstelijnszorg is zorg waar u in feite zelf zonder verwijzing naartoe kunt gaan. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige”.



Figuur 2: Verandering in zorgveld, Raedlijn 2017

2.3 KRACHT VAN DE EERSTELIJNSZORG VANUIT DE HUISARTSENPRAKTIJK

De gezondheidszorg is een onderwerp waar elke Nederlander vroeg of laat mee te maken krijgt. Dat kan met kleine klachten zijn zoals een sportblessure, maar ook een grote klacht of een chronische aandoening als diabetes. De overeenkomst bij deze klachten is dat de burger met dit persoonlijke leed bijna altijd als eerste naar de huisarts gaat. De huisarts wordt als vertrouwenspersoon en generalist gezien die de weg weet binnen de gezondheidszorg en is als het ware de ‘poortwachter van de Nederlandse gezondheidszorg’. De Nederlander gaat gemiddeld 4,4 keer per jaar naar de huisarts, waarbij het aantal huisartsenconsulten toeneemt met het ouder worden. (Nivel) (Nielen, 2017)

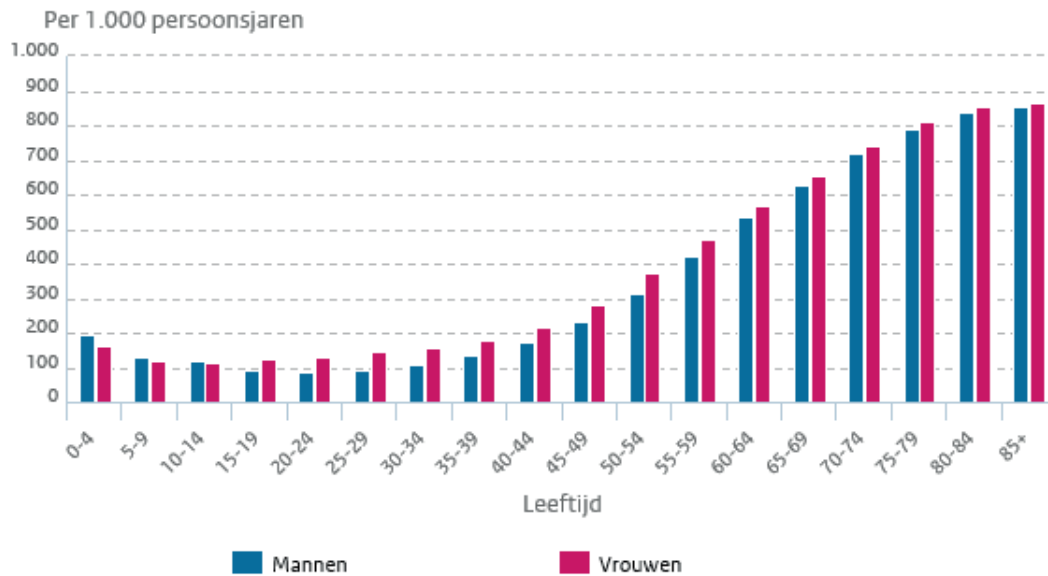
Conform de database van de Stichting Inschrijving Op Naam, staat bijna 100% van alle Nederlanders ingeschreven bij een huisarts. Dat geeft de huisarts een unieke positie binnen de gezondheidszorg, mede door het feit dat er een 1op1-relatie is tussen huisarts en patiënt. Alle Nederlanders hebben dus een directe relatie met de bijna 9000 huisartsen in Nederland en dat maakt hun rol ook belangrijk om mensen met een diversiteit aan klachten de juiste vervolgstappen te laten doen. In bijlage 1 worden meer cijfers over de positie van de huisartsenzorg in Nederland gegeven.

De huisarts is vanuit zijn deskundigheid en betrouwbaarheid en vanwege zijn medisch beroepsgeheim ook bij uitstek een autoriteit, die invloed kan hebben op de vervolgstappen die iemand neemt. Deze autoriteit is het grootst bij mensen met een lage sociaaleconomische status (lage SES) ‘Als de dokter het zegt, dan ...’ is veel gangbaarder, terwijl personen met een hogere sociaaleconomische status veel meer zelf de regie pakken en ook via internet informatie tot zich nemen. De autoriteit van de huisarts kan dus ook benut worden om met mensen in gesprek te gaan over ervaren gezondheid en de mogelijkheden van een gezondere leefstijl die wellicht impact kan hebben op de ervaren gezondheid (Steward, 2011). Als de huisarts bij klachten die wellicht niet opgelost kunnen worden in het medisch circuit, maar wellicht veel meer door andere interventies als leefstijladvies of meer sporten, de juiste weg weet in de wijk en ook iemand gericht kan verwijzen, zou dit wellicht een substantiële impact kunnen hebben. Dit wordt ook bevestigd in onderzoek van Ballegooie (Ballegooie, et al., 2010). In hoofdstuk 6 zal dit verder worden uitgewerkt op de mogelijkheden, de kosten en de knelpunten.

2.4 TOENAME IN DE CHRONISCHE ZORG EN HET ONTSTAAN VAN GEORGANISEERDE KETENZORG

De huisarts krijgt een grote diversiteit aan gezondheidsklachten in zijn of haar praktijk. De grootste ziektelast vormen de patiënten met psychische stoornissen en hart-en vaatziekten. Hart- en vaatziekten worden samen met Diabetes en COPD(longaandoening) vaak gezien als chronische ziekten, waarbij men vaak de rest van het leven als patiënt beschouwd wordt in de medische wereld. Ongeveer 5,3 miljoen Nederlanders hebben één of meer chronische ziekten en met het ouder worden neemt het percentage Nederlanders met één of meer chronische aandoeningen toe van 31,8% als gemiddelde naar 80% boven de 75 jaar. (www.volksgezondheidszorg.info) Deze chronische patiënten komen bij veel verschillende zorgverleners met hun klachten. Een ‘chronische ziekte’ is hier gedefinieerd als “een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel”. Deze schatting is gebaseerd op een selectie van 109 chronische ziekten. Er vindt frequent bezoek aan de huisarts plaats, de diabetesverpleegkundige en de fysiotherapeut, los van de vele ziekenhuisbezoeken aan internist en andere medisch specialisten. Tot 2000 was deze zorg aan chronisch zieken redelijk versnipperd en niemand had het goede overzicht van wat er nu allemaal aan behandelingen werd gedaan. Rond 2007 werden er voor chronische patiënten ketenzorgprogramma’s ingevoerd waarbij er een betere afstemming geregeld werd voor de patiënten. Ketenzorg is een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt met een chronische aandoening, waarbij deze zorg een samenhangend geheel van zorgverlening door verschillende zorgverleners is (huisarts, fysiotherapeut, diëtist etc.). Het gaat bij Ketenzorg om een continuüm van zorg van hulpvraag tot zorgverlening. Afstemming, regievoering en samenwerking zijn cruciaal in de uitvoering van de ketenzorgprogramma’s rondom Diabetestype 2 (DM2), Vasculair risicomangement (VRM) en COPD (longaandoening) (<http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijin/ketenzorg-introductie.html>, 2015). Voor de contractering met de zorgverzekeraar zijn zorggroepen opgericht die als hoofdcontractant afspraken maakt met alle zorgverleners binnen de ketenzorgprogramma’s.

Preventie en bewegen hebben nog maar een summiere rol binnen de ketenzorgprogramma’s, maar als bewegen een positief effect heeft op het ziekteproces van deze chronische patiëntengroepen, zou de huisarts binnen de gestructureerde ketenzorg ook het startpunt kunnen zijn om mensen in contact te brengen met gericht beweegaanbod dat aansluit bij de doelgroep. De vanzelfsprekende autoriteit van de huisarts en de geprotocolleerde regelmaat van de bezoeken, maakt het kansrijk om hier de nieuwe samenwerking te starten.



Figuur 3: Aantal mensen met een chronische ziekte in zorg bij de huisartsenpraktijk. (NIVEL,2016)

2.5. CONCLUSIE KRACHT VAN DE EERSTELIJNSZORG

De afgelopen jaren is de ketenzorg een voorbeeld geweest van hoe samenwerking tussen verschillende disciplines rondom de patiënt de versnipperde zorg kan verbeteren. Natuurlijk zijn er ook tegengeluiden te vinden waar gemeld wordt dat ketenzorg de beloften niet waar maakt, er extra organisatielagen geïntroduceerd zijn en de ketenzorg eerder kostenverhogend werkt (Ipenburg, 2014). Het onderzoek van RIVM in 2012 over ketenzorg diabetes, toonde aan dat op dat moment de effecten nog onvoldoende te meten waren (Struijs, 2012). Zorgorganisatie Ineen heeft echter in onderzoek duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van de Ketenzorg een duidelijk stijgende lijn vertoont. Dit wordt in de marktscan van de NZA ook duidelijk benoemd (Langejan, 2014). Het contracteren vanuit de zorgverzekeraar van één partij die alle zorg rondom de chronische patiënt organiseert is een voorbeeld voor hoe wellicht ook de preventie gefinancierd zou kunnen worden. Om Rotmans nog een keer te citeren: ‘Een energiebedrijf is van oudsher gericht op zoveel mogelijk energie leveren, maar in de toekomst is de vraag juist gericht op het leveren van zo weinig mogelijk energie. De klant wil dat het energiebedrijf hem daarbij helpt. Dat vraagt om een ander verdienmodel’ (Rotmans, 2017). Als de uitspraak van Rotmans vertaald wordt naar de rol van zorggroepen voor de gestructureerde chronische zorg, dan kan dit ook een transitie zijn om zorggroepen meer verantwoordelijkheid te geven om chronische patiënten te ‘de-medicaliseren’ en te begeleiden naar een gezondere leefstijl, waarbij er minder zorg verbruikt hoeft te worden. De huisarts als kerndiscipline binnen een zorggroep, heeft hier een belangrijke rol in, gezien de poortwachtersfunctie binnen de ketenzorg.

HOOFDSTUK 3 VISIE OP PREVENTIE, BEWEGEN EN VOORKOMEN VAN ZORG

3.1 INLEIDING

Zoals eerder aangegeven zal de stijging van de zorgkosten op termijn niet houdbaar zijn. Preventie in de zorg wordt in deze discussie genoemd als een van de mogelijke oplossingen. Preventieve interventies zouden op termijn dure ingrijpende zorgbehandelingen kunnen voorkomen. Belangrijke nuancering in dit verband is dat er – naast beperking van de zorgkosten – ook andere maatschappelijke baten van preventie in de zorg bestaan, zoals de verhoging van de arbeidsparticipatie.

In dit hoofdstuk is het van belang om de kracht van bewegen als vorm van preventie te onderzoeken voor chronische patiënten. Als bewegen een positief effect heeft en er ook al geslaagde voorbeelden zijn, is het vervolgens de uitdaging om te onderzoeken wat de variabelen zijn voor de samenwerkingsverbanden vanuit de zorg en beweegaanbieders.

3.2 PREVENTIE WAT IS HET?

Onder preventie in de gezondheidszorg, wordt vaak het voorkomen van een ziekte verstaan, bijvoorbeeld door vaccinatie. Wanneer mensen ziek worden of ziek zijn, richt preventie zich echter ook op het voorkomen van verergering van de ziekte of op optimaliseren van kwaliteit van leven. Er zijn vier soorten preventie namelijk (<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dossier-preventie/wat-preventie>, 2017):

-Universele preventie - bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gehele gezonde bevolking.

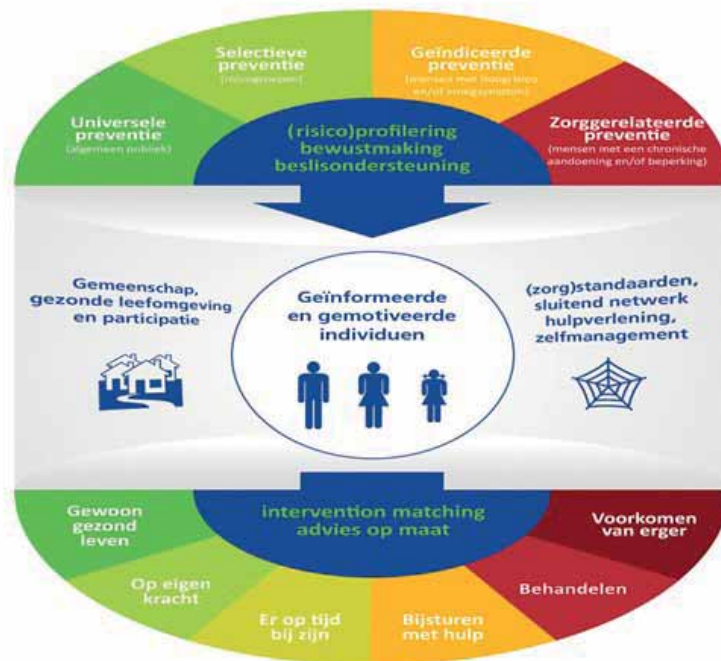
-Selectieve preventie - probeert te voorkomen dat personen met een of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.

-Geïndiceerde preventie - beoogt te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.

-Zorggerelateerde preventie - beoogt mensen met een chronische aandoening bewust te maken wat de mogelijkheden zijn om de klachten te verminderen.

Alle vormen van preventie kunnen in de spreekkamer van de huisarts naar voren komen, maar voor deze thesis gaat het specifiek over geïndiceerde en zorggerelateerde preventie voor chronische aandoeningen als Cardiovasculair Risico Management (CVRM), Chronische longaandoeningen (COPD) en Diabetes. Binnen de gestructureerde ketenzorgprogramma's voor deze chronische aandoeningen is vanuit de huisartsenpraktijk nog relatief weinig ruimte opgenomen voor preventie en ligt de focus primair op behandelen van de aandoening. De focus om te proberen te voorkomen dat de klachten sneller verergeren en er een aanvaardbare kwaliteit van leven blijft voor de chronische patiënt, zou het primaire doel moeten zijn.

In onderstaande afbeelding zijn de verschillende vormen van preventie weergegeven om burgers te informeren en de doelstellingen van de bijpassende vorm van interventie in dezelfde kleur.



Figuur 4: Soorten preventie en interventiemethoden, IPH presentatie 15 mei 2018 Didam

3.2.1. KOSTENEFFECTIVITEIT VAN PREVENTIE

Er worden steeds meer kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) geschreven over het kosteneffect van preventie in de zorg. Over het algemeen laten deze KEA's positieve resultaten zien. De extra kosten van preventie hebben een verwachte gezondheidswinst. In geen van deze KEA's leidde preventie in de zorg tot directe kostenbesparing in de gezondheidszorg. Als er breder gekeken wordt naar de maatschappelijke baten van bijvoorbeeld minder ziekteverzuim, arbeidsparticipatie of het welbevinden van het individu, dan zijn de waarden beduidend positiever. (Berg, 2013). Het nadeel van kosteneffectiviteitsstudies van preventie is dat het bij selectieve preventie om lange doorlooptijden gaat en de winst op veel verschillende domeinen te behalen is. Dat maakt het complex.

Gezondheidseconoom Marc Pomp becijfert in het rapport 'Gezond en actief ouder worden', de maatschappelijke baten van Healthy Ageing onderzoek. In financiële zin concludeert hij dat door investering in preventie de stijging van de zorgkosten met 6% geremd worden, maar ook dat de extra arbeidsparticipatie stijgt met 150 duizend personen. (Pomp & Buskens, 2012). Feit is dat het moeilijk is om een exacte calculatie te maken naar de positieve effecten op de gezondheid en de extra arbeidsparticipatie, die de investering in preventie de moeite waard maken.

3.2.2. VORMEN VAN PREVENTIE EN DE AFBAKENING

In de literatuur is een veelheid aan preventie-interventies te vinden. Van belang voor dit onderzoek is de afbakening van preventie-interventies die gerelateerd zijn aan sport en bewegen en het effect op de gezondheid. Voeding, een goede inrichting van de openbare ruimte en stoppen met roken zijn ook allemaal goede interventies die een gezonde leefstijl stimuleren. Omwille van de afbakening wordt alleen gefocust op sport en bewegen. De relatie met bewegen vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg is daarbij het vertrekpunt.

3.3 NHG-ZORGMODULE LEEFSTIJL BEWEGEN

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft voor de huisartsen in Nederland een zorgmodule ‘leefstijl bewegen’ ontwikkeld. Dat bevestigt dat het NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, 2012), het belang inzien van bewegen en de rol die de huisarts heeft om zijn of haar patiënten te motiveren en adviseren om de leefstijl op een positieve manier aan te passen. Uit de ‘PACE study’⁴ van Karin Calfas wordt bevestigd dat de huisartsen een grote invloed hebben om mensen in beweging te krijgen. Drie tot vijf minuten specifiek spreken over beweeginterventies gaf al een significant effect (Calfas, 1996). Overgewicht en obesitas zijn aandoeningen die veel begeleiding en zorg nodig hebben. De huisarts is de enige zorgprofessional die de hele setting in beeld heeft. Hij kent de familiecontext en ziet vaak de opeenvolgende generaties van een gezin. En juist de huisarts kan, als middelpunt van het lokale multidisciplinaire netwerk, een begin maken met de preventie. De huisarts hoeft niet de hele begeleiding van obese patiënten op zich te nemen, maar kan wel de spreekwoordelijke bal aan het rollen brengen (Ballegoie, et al., 2010).

Bovenstaande bevestigt de hypothese dat de huisarts als vertrekpunt zou kunnen gelden van een sport/beweegketen om mensen te stimuleren naar een gezondere leefstijl. De NHG-zorgmodule ‘leefstijl bewegen’ geeft richtlijnen voor de advisering en motivering van patiënten om hun leefstijl aan te passen (NHG, 2016). Het gaat in veel gevallen om risicopatiënten of chronische patiënten waarbij voldoende beweging van belang is. De gezondheidswinst door beweging is evident, maar het NHG maakt duidelijk dat lichaamsbeweging belangrijke parameters van chronische aandoeningen in gunstige zin beïnvloedt (NHG, 2016):

- Bewegen heeft een gunstig effect op de glykemische instelling (koolhydraat opname) en op (sterfte aan) hart- en vaatziekten bij patiënten met diabetes mellitus type 2, ook zonder gewichtsverlies
- Bewegen bij longrevalidatie verbetert de kwaliteit van leven van COPD-patiënten
- Door fysieke training neemt de conditie van hart en longen toe bij patiënten met astma en daarmee ook de kwaliteit van leven.
- Looptraining onder supervisie heeft een gunstig effect op de maximale (pijnvrije) loopafstand van patiënten met arterieel vaatlijden (slagaarderverkalking)

De bovenstaande vier voorbeelden betreffen patiënten die chronische ziek zijn en voor het grootste deel ook geïncorporeerd zijn in ketenzorgprogramma's vanuit de zorggroepen van huisartsen.

Onderzoek vanuit de Bas van de Goor Foundation door o.a. Henk Bilo Internist bevestigt dat bewegen voor diabetespatiënten een positief effect heeft (Regeer H. H., 2017).

⁴ Physical-based Assessment and Counseling for Exercise trial.

3.4 SAMENVATTING BELANG VAN PREVENTIE

In dit hoofdstuk zijn de verschillende vormen van preventie aangegeven en is specifiek het belang van bewegen voor chronische patiënten duidelijk gemaakt. De LHV heeft samen met het NHG de aandacht voor bewegen vanuit de huisartsenzorg vorm gegeven middels de NHG zorgmodule 'leefstijl bewegen'. Voor de huisartsen is dit de wetenschappelijke basis om met patiënten in gesprek te gaan over bewegen. Hoe ze dit doen en wat de motivatie is van patiënten om te gaan bewegen zal in het volgende hoofdstuk worden aangegeven.

HOOFDSTUK 4 MOTIVATIE EN TRANSITIEMODELLEN BINNEN DE ZORG

4.1 MOTIVATIE VAN PATIËNTEN OM TE GAAN BEWEGEN

Patiënten die een ongezonde leefstijl hebben, passen meestal niet zelf hun leefstijl drastisch aan. Rokers zijn verslaafd aan de nicotine en nicotine geeft op korte termijn een prettig effect. Hetzelfde geldt voor suikers en zoetstoffen. Als iemand stopt met deze verslavende middelen is dat op korte termijn niet prettig, terwijl die persoon in het hier en nu vaak relatief weinig effect heeft van de ongezonde voeding. De lange termijneffecten zijn echter desastreus. Hetzelfde geldt in iets mindere mate voor de inactieve leefstijl. De auto nemen in plaats van de fiets en op de bank hangen voor de tv zijn verleidelijker dan buiten sporten of een inspanning verrichten waar je wellicht van gaat zweten of spierpijn van krijgt. Dat betekent dat patiënten wel behoorlijk gemotiveerd moeten worden om op korte termijn het genotmiddel te laten staan waar ze op korte termijn vaak nog geen nadeel van ondervinden.

Van belang is om de wensen en verwachtingen van de patiënt als uitgangspunt van het gesprek te nemen (Berg2013). In een gesprek tussen zorgverlener en patiënt kan duidelijk worden welke persoonlijke en omgevingsfactoren het slagen van gedragsveranderingen in de weg staan. Samen met de patiënt kan worden nagedacht over haalbare doelen en manieren om die doelen te bereiken.

Hoe motiveer je als huisarts de patiënt om op een gezondere leefstijl over te gaan en specifiek meer te gaan bewegen? Hoewel deze thesis niet gaat over hoe je gedragsverandering kan bewerkstelligen bij chronische patiënten is het wel relevant om niet alleen zorg en sport bij elkaar te brengen met een goed aanbod voor specifieke doelgroepen, maar primair ook patiënten moet motiveren of technieken toepassen die de intrinsieke motivatie naar boven krijgen, om een beweeginterventie te laten slagen.

Jessica Green komt na onderzoek tot een 5-stappen aanpak. Overtuig de patiënt dat hij zelf verantwoordelijk is en hoe de huisarts daarbij kan helpen. Begin met kleine doelstellingen/stapjes en laat ook zien dat je echt betrokken bent. Als laatste wordt genoemd het maken van frequente vervolgspraken (Green, Hibbard, Alvarez, & Overton, 2016). Die vervolgspraken vormen de continuïteit en worden ook als aanbeveling meegenomen verder in deze thesis. Nadeel van deze vijf stappen is wel dat het redelijk veel overtuigingskracht en inspanning van de huisarts vraagt en de patiënt in eerste instantie niet zelf het voortouw neemt voor gedragsverandering. In het boek 'Motiveren kun je leren' (Dekker, 2010), wordt ook uitgegaan van 5 stappen, waarbij het primair om gaat de patiënt zelf te laten aangeven waarom hij bijvoorbeeld rookt en wat zijn redenen zouden zijn om te stoppen. Deze methodiek is niet alleen toepasbaar om te stoppen met roken, maar kan veel breder worden toegepast.

De Barrière-methode voor het stimuleren van een actieve en gezonde leefstijl binnen de eerstelijnszorg, bevestigt deze uitkomsten. Ook hier wordt uitgegaan van een individuele interventie afgestemd op de motivatie met kleine doelstellingen/stapjes. Maar ook loslaten van bestaande normen van bewegen en voeding en accepteren van de investering en de korte termijn ‘kosten/pijn’ om het doel te behalen (Bouma, et al., 2017). Ook in dit artikel wordt gesproken over ‘support from allied health professionals’. Appelo heeft het in zijn benadering over Socratisch motiveren van de patiënt. Als huisarts moet je de patiënt niet veroordelen op zijn gedrag, maar vriendelijk en nederig zijn. Oprechte betrokkenheid bij de patiënt heeft ook duidelijk effect op gedragsverandering (Appelo, 2014).

Bovenstaand literatuuronderzoek naar motivatie en gedragsverandering naar gezondere leefstijl toont aan dat er veelal wordt uitgegaan van een behoorlijke inspanning van de huisarts om een patiënt aan te zetten tot een gezondere leefstijl. Veel huisartsen vinden primair dat ze opgeleid zijn om de zieke mens gezond te krijgen of de klachten binnen acceptabele grenzen te houden. Als er gekeken wordt naar de Nederlandse artseneed⁵ staat er ook duidelijk: ‘Ik zal zorgen voor zieken, *gezondheid bevorderen* en lijden verlichten’ (Biesma, 2010). En ook ‘ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving’. Deze eed van Hippocrates geeft voldoende mogelijkheid voor de huisartsen om de gezondheid te bevorderen door gerichte adviezen op leefstijl en bewegen. De eerder gememoreerde NHG module leefstijl bewegen, geeft voor huisartsen de wetenschappelijke basis. Het met patiënten in gesprek gaan en ze begeleiden naar meer eigen regie over leefstijl begint recentelijk meer in zwang te raken bij de huisartsen, niet in de laatste plaats door alle publiciteit rondom het positieve gezondheidsmodel van Machteld Huber (<https://iph.nl/>, sd).

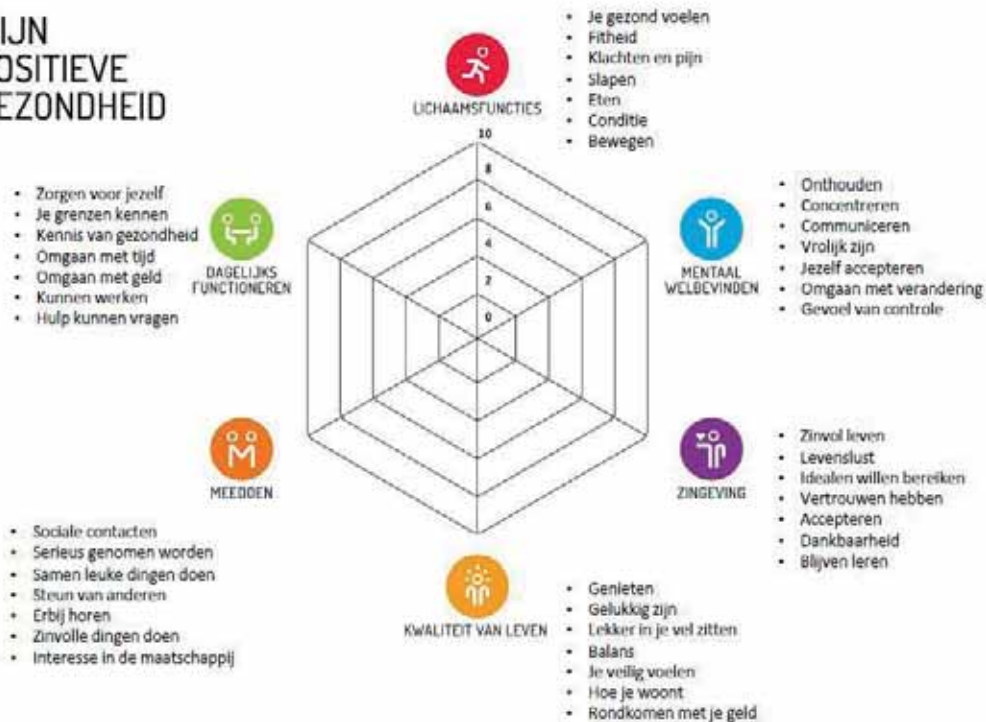
4.2 POSITIEVE GEZONDHEID ALS VLIEGWIEL TOT GEDRAGSVERANDERING

“Als je denkt dat je ziek bent, gaat dit ook meespelen in je beleving”. Machteld Huber van het Instituut voor positieve gezondheid wil dit Thomas theorema ook drastisch ombuigen van ziek zijn en zorg nodig hebben, naar gezond gedrag en lekker in je vel zitten. Machteld Huber introduceerde het concept Positieve Gezondheid in Nederland in 2012. In dit concept wordt er niet primair uitgegaan wat je niet kan door ziekte, maar wordt er meer uitgegaan van hoe je ermee omgaat en vooral om zoveel mogelijk zelf de regie te nemen. Concreet gaat het om motivatie van patiënten om meer en meer gezond gedrag te gaan vertonen (Huber, 2011). Onderstaand schema geeft het model aan, dat als uitgangspunt gebruikt wordt in het gesprek met een ‘patiënt’. Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt dit model steeds meer gebruikt om het gesprek met de patiënt op gang te brengen. Het ‘spinnenwebmodel’ beschouwt de mens langs de volgende zes dimensies.

- Lichaamsfuncties
- Mentaal welbevinden
- Zingeving
- Kwaliteit van leven
- Meedoen, sociaal maatschappelijke participatie
- Dagelijks functioneren.

⁵ Eed van Hippocrates is een eed waarin artsen zichzelf verplichten bepaalde beroepsregels te zullen handhaven.

⁶ William Thomas en een vrije vertaling van het Thomas-theorema



Figuur 5: ‘spinnenwebmodel’ van het Institute of Positive Health

Onder de dimensie Lichaamsfuncties wordt nadrukkelijk ook bewegen genoemd. In de eerdergenoemde NHG-richtlijn ‘Leefstijl Bewegen’ is de positieve correlatie tussen bewegen en gezonde lichaamsfuncties duidelijk aangetoond. De impact van bewegen gaat echter verder dan alleen de lichaamsfuncties maar heeft ook effect op de dimensie mentaal welbevinden, de dimensie meedoen (sociale contacten via bijvoorbeeld de georganiseerde sport) en de dimensie dagelijks functioneren (bewegen geeft structuur etc.).

Een voorbeeld van de invloed van bewegen op mentaal welbevinden is het effect van running therapie bij een depressie. Running therapie is het therapeutisch inzetten van de ‘rustige duurloop’ ten behoeve van mensen met een depressie of andere psychische klachten (Bakker & Woerkom van, 2010). Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de effecten van oefentherapie en fysieke inspanningen op depressie en mentaal welbevinden. De onderzoeken tonen aan dat met name bij aerobe training (rustig tempo met als doel hart/longvolume te verbeteren) de behandelrespons verbetert. (Bongers & Dijkerman, 2013)

Terugkomend op het IPH-model (het spinnenwebmodel), wordt duidelijk dat dit ook in de huisartsenpraktijk steeds meer gebruikt wordt om met de patiënt in gesprek te gaan. Wat is zijn of haar motivatie, wat zijn de echte klachten en wat voor doelen heeft de patiënt, zijn slechts enkele vragen die relevant zijn in het gesprek tussen huisarts en patiënt. Relevant is dus dat de huisarts middels het spinnenwebmodel voldoende tijd heeft om juiste anamnese te stellen en in overleg met de patiënt een reëel doel vaststelt.

4.3 VAN ZORG EN ZIEK NAAR GEZONDHEID EN GEDRAG

De methodiek van ‘Zorg en Ziek naar Gezondheid en Gedrag’ lijkt op het model van positieve gezondheid en gaat ook uit van eigen verantwoordelijkheid en kracht van de patiënt. Schematisch wordt duidelijk gemaakt dat er een beweging gemaakt moet worden van dure ziekenhuiszorg via de eerstelijns naar het meer ervaren van een goede gezondheid en leefstijl. Dat veel factoren daarop van invloed zijn maakt het linkerveld wel duidelijk. Sport en bewegen nemen daarbij wel een prominente plaats in. Deze trainingen voor met name zorgverleners worden voor diverse doelgroepen benut, maar wordt ook steeds meer voor chronische patiënten gebruikt om in gesprek te gaan met bijvoorbeeld diabetespatiënten wat gezondheid voor hen betekent, wat ze doen om problemen het hoofd te bieden en wat bewegen daarin kan betekenen.



Figuur 6: Van ZZ naar GG, The Bettery institute

4.4 CONCLUSIE EN BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat motivatie belangrijk is om een structurele gedragsverandering te bewerkstelligen. Motivatie zowel van de zorgverlener om anders in gesprek te gaan middels het ‘spinnenwebmodel of het GG-model’, maar ook de intrinsieke motivatie van de patiënt. Juist deze intrinsieke motivatie komt met een uitgebreidere gespreksmethodiek eerder naar voren dan via gebruikelijke consultmanier.

Huisartsen zijn opgeleid om binnen een regulier consult van tien minuten een inschatting te maken over de ernst van de medische klacht en dan een juiste vervolgstap te adviseren en moeten nu getraind worden om niet te snel een conclusie te trekken en juist door te blijven vragen. Praten over belemmeringen en gedrag vinden zowel patiënt als huisarts nog ingewikkeld. Als er over gezond gedrag en leefstijl gesproken wordt, moet de huisarts ook kunnen aanbieden wat er aan vervolgstappen mogelijk is op bijvoorbeeld het gebied van bewegen in de wijk. Dit wordt in hoofdstuk 5 onderzocht wanneer er gekeken wordt naar wat er al gedaan wordt op het gebied van beweegaanbod vanuit de huisartsenpraktijk.

HOOFDSTUK 5 EFFECTIEVE PRAKTIJKVOORBEELDEN VAN SPORT EN BEWEGEN IN RELATIE TOT DE GEZONDHEIDSZORG

5.1 INLEIDING BEWEGEN EN CHRONISCHE ZORG

Alleen al in Nederland zijn de laatste jaren veel beweeginitiatieven ontplooid om de minder actieve burgers in beweging te krijgen. Deze initiatieven worden vaak vanuit het zorg/welzijn domein opgestart om mensen te empoweren en fitter en vitaler in het leven te laten staan. In dit hoofdstuk worden enkele beweeginitiatieven beschreven, waarbij het om samenwerking van zorg en bewegen gaat.

5.2 BEWEGEN EN DIABETES (KEER DIABETES 2 OM EN DE NATIONALE DIABETES CHALLENGE)

Er zijn veel publicaties te vinden over leefstijlinterventies voor diabetes type 2. Twee leefstijl/bewegprogramma's zullen specifiek uitgelicht worden omdat deze twee behoorlijk breed ondersteund worden in de praktijk. Ook vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg worden deze initiatieven inmiddels steeds breder omarmd.

Mensen met diabetes type 2 (een van de grootste chronische aandoeningen), kunnen van een groot deel van hun ziekteverschijnselen afkomen door hun leefstijl te veranderen. Dat blijkt uit de eerste uitkomsten van het programma 'Keer Diabetes 2 Om' (<https://keerdiabetesom.nl/>, sd). Na 12 maanden is 87 procent van de deelnemers geheel of gedeeltelijk van de ziekte af, 38 procent gebruikt zelfs helemaal geen medicijnen meer. Concreet gaat het om veranderingen in voeding, bewegen, slaap en ontspanning. De kracht van dit programma zit in gezamenlijke aftrap en periodiek terugkomen.

De Bas van de Goor Foundation heeft drie jaar op rij de Nationale Diabetes Challenge (NDC) georganiseerd. De NDC is een beweginginterventie voor mensen met diabetes mellitus (DM) in Nederland, die zich richt op het wekelijks in beweging brengen om zo de kwaliteit van leven te verbeteren. Gedurende de interventieperiode (20 weken) werd er een wekelijkse groepswandeling gemaakt met mensen met diabetes. De wandelingen werden georganiseerd en uitgevoerd door verschillende gezondheidsprofessionals en lokale overheden, met het zwaartepunt van de inbreng vanuit de eerste lijn. De resultaten van dit onderzoek zijn zeer positief (Regeer, 2017). Uit de resultaten komt naar voren dat zowel de fysieke als de mentale gezondheid van deelnemers na deelname aan de NDC zijn verbeterd. Gemiddeld zetten de deelnemers bijna 2000 stappen meer dan voor de NDC. De beweegnorm streeft naar 10.000 stappen per dag en de deelnemers van de NDC gaan van 6100 stappen per dag naar circa 8000 stappen per dag. Daarnaast zitten de deelnemers beter in hun vel en is er sprake van minder depressieve klachten. Mensen geven ook aan dat ze beter hun ziekte kunnen managen en medicatiegebruik verminderen. Deze resultaten geven aan dat de NDC op een laagdrempelige manier een bijdrage kan leveren aan een gezonde leefstijl en een verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met diabetes. De resultaten zijn dan ook kort samen te vatten namelijk: 'Wandelen is behandelen' (Regeer H. H., 2017).

Deze positieve effecten worden bevestigd door de Nijkerk Challenge 2017 vanuit gezondheidscentrum Nijkerk. Effecten als gewichtsverlies, afname BMI en toename in mate van activatie zijn slechts enkele van de effecten van wandelen. Uit ervaringen van de begeleiders kwam naar voren dat bij groepen met een lagere sociaaleconomische status, 75% geen positief netwerk heeft, waarin ze gestimuleerd worden om te bewegen. Als de huisarts zegt ‘Wij gaan samen werken aan jouw gezondheid’, heeft dit een andere impact dan het verwijzen. Het feit dat de huisarts of andere herkenbare zorgverlener regelmatig meeloopt, heeft een positief effect op de deelname. De autoriteit van de huisarts is in deze groep wellicht hoger dan gemiddeld en wordt er ook meer dan gemiddeld gebruik gemaakt van de huisarts.

5.3 BEWEGEN OP RECEPT

Bewegen op Recept (BOR) is een wijkgerichte interventie met als doel het verbeteren van de beweegactiviteit van mensen die niet of nauwelijks sporten (Ott.S., 2015). De doelgroep bestaat uit patiënten tussen 18 en 65 jaar die zich in de eerstelijns huisartsenpraktijk presenteren met niet afnemende klachten wegen overgewicht, diabetes type 2, bewegingsarmoede, rugklachten en/of spanningsklachten. Ook hier gaat het dus om chronische patiënten en een wijkgerichte interventie. Wanneer de huisarts het idee heeft dat beweging de gezondheid van de betrokken cliënt ten goede zal komen, kan hij een BOR-recept uitschrijven. In de praktijk is deze systematiek wat aan het veranderen omdat er nu veel meer gesproken wordt met de patiënt over de eigen intrinsieke motivatie voordat er een BOR uitgeschreven wordt. Ervaringen uit verschillende onderzoekstrajecten o.a. van GGD Zaanstreek-Waterland laten zien dat de beweegactiviteit en conditie is verbeterd na een beweegprogramma van achttien weken onder begeleiding van een gespecialiseerd instructeur. Het bewegen heeft ook een positief effect op de psychische gezondheid, maar de financiën van de deelnemers zijn vaak een belemmerende factor, om mensen structureel te laten sporten. Bewegen op recept vindt vaak plaats in wijken met een lage sociaaleconomische status (SES), waar multi-problematiek op sociaal economisch vlak, vaak een complicerende factor is om lid te worden van een sportvereniging. Voldoende laagdrempelig aanbod in de wijk is dan ook een randvoorwaarde om dit te kunnen continueren. Bewegen op Recept is vaak onderdeel van een breder uitgezette systematiek Welzijn op Recept, waarbij bewegen een van de mogelijke interventies kan zijn. Amsterdams onderzoek in het voorjaar van 2018 door de Eerste Lijn Amsterdam Almere (ELAA) maakt duidelijk dat persoonlijk contact tussen welzijnscoach en huisarts in de huisartsenpraktijk een van de belangrijkste succesfactoren is van de samenwerking. Continuïteit en op de hoogte zijn van ontwikkelingen in het werkgebied van de anders zijn andere belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek (Annegarn, 2018).



Figuur 7: Voorbeeld van welzijn op recept in Amsterdam, Combiwel

5.4 HEALTH TOUR AMSTERDAM

De Health Tour Amsterdam heeft als doel om mensen het plezier in bewegen (terug) te laten vinden (<http://www.healthtouramsterdam.nl/>, sd). De focus ligt op wat je kan qua bewegen, zodat het een onderdeel wordt van je levensstijl. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar de wijk waarin je woont en de sportaanbieders die actief zijn in je eigen wijk worden als activiteit meegenomen in het programma. Zodoende maak je kennis met alle sportaanbieders en wordt de drempel om ergens heen te gaan verlaagd. Bewegen gebeurt in groepsverband en er wordt veel buiten in het park of op pleintjes gesport. Het programma gaat uit van twaalf weken en is bedoeld voor iedereen die moeite heeft om in beweging te komen. Bewegen staat centraal maar er is ook veel ruimte voor gezondheidsvoorlichting. Er wordt uitgegaan van Gezondheid en Gedrag methodiek, waarbij gekeken wordt naar je functioneren en wat je allemaal nog kan en wil op beweeggebied. De deelnemers gaan twaalf weken lang, tweemaal per week sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut en sportcoach. Daarnaast zijn er ook groepsvoorlichtingbijeenkomsten door diëtisten en psychologen. Van deze twee sessies per week bestaat een sessie uit begeleiding door fysiotherapeut om duidelijk te maken hoe deelnemers kunnen bewegen met hun aandoeningen en klachten, aangevuld met coaching op basis van GG-methodiek. De andere sessie in die week gaan ze bewegen met de sportcoach en gaan deelnemers allerlei sportlocaties in de wijk af en worden deelnemers geprikkeld om zelf met ideeën te komen uit hun dagelijkse leven. Het grootste deel wordt gefinancierd door de gemeente met een beperkte eigen bijdrage van de burger zelf. Dit laatste kan ook een belemmering zijn in de follow-up na de twaalf weken.

De Health tour is een mooi voorbeeld van bewegen, voorlichting en kennis laten maken met het aanbod van sport in de wijk. De samenwerking vanuit de zorg en beweegaanbieders wordt hier vormgegeven, waarbij de huisarts nog maar een beperkte rol heeft in het verwijzen en primair de fysiotherapeut deze rol vervult.

5.5 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE NIEUWE STIJL VANUIT DE HUISARTS

Het Zorginstituut Nederland heeft onderzoek gedaan naar gecombineerde leefstijlinterventies en geconstateerd dat deze weinig aangeboden worden omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet weten wanneer het vergoed kan worden. Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een combinatie van behandelingen gericht op gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en zo nodig individuele psychologische behandeling om verandering van gedrag te ondersteunen (Latta & Meer, 2018). Deze gecombineerde leefstijlinterventies zijn primair bedoeld voor obese patiënten, maar de aanbevelingen van dit onderzoek kunnen als vertrekpunt dienen voor een keteninterventie sport en bewegen voor een concrete doelgroep. De huisarts geldt als vertrekpunt bij het adviseren van een gecombineerde leefstijlinterventie. Deze diagnose wordt gesteld aan de hand van de NHG-richtlijn en Zorgstandaard Obesitas. Tijdens het aanbieden van de GLI door bijvoorbeeld een leefstijlcoach, diëtist, fysio- en/of oefentherapeut, blijft de huisarts betrokken. Er wordt afgestemd en teruggekoppeld met de betrokkene.

Ogenschijnlijk lijkt dit een goede insteek, maar praktisch blijkt dat er een aantal knelpunten zijn die voor verbetering vatbaar zijn. Evaluatie uit een jaar Beweegkuur, en dan? (Helmink & Meis, 2010) maakt duidelijk dat voor succesvolle interventie het noodzakelijk is dat er een functionaris is met kennis van de sociale kaart van de gemeente en connecties met het sociale domein. Dit is relevant omdat onder de Zorgverzekeringswet niet valt het begeleiden bij bewegen zonder dat er sprake is van een medische indicatie. (Lidmaatschap van een sportclub wordt bijvoorbeeld ook niet vergoed). Gemeentes organiseren vaak beweegaanbod voor hun burgers, maar uit het eerdergenoemde onderzoek van Helmink en Meis blijkt dat deelnemers te veel in het (para)medisch circuit blijven hangen, als er niet actief doorverwezen wordt naar het gemeentelijk beweegaanbod. Cruciaal is dus dat goed in beeld gebracht is wat beschikbaar is aan sport/beweegaanbod en dat dit beschikbare aanbod in beeld is bij de huisarts.

De huisarts wil juist meer samenwerken aan gezondheid en preventie in de wijk, maar de hoge werkdruk van de huisartsenzorg wordt wel als knelpunt ervaren met de toegenomen problematiek zoals in hoofdstuk 2 is beschreven. Als de huisartsen en praktijkondersteuners hun patiënten beter kunnen doorverwijzen naar aanbod in de wijk, levert de samenwerking voordeel en tijdwinst op (Drenthen, K., Leijen, & Monden-Oosterveld, 2017).

5.6. SAMENVATTING VANUIT DEZE BESTAANDE PRAKTIJKVOORBEELDEN

Als we kijken wat succesvolle componenten zijn om een beweeginterventie te bestendigen dan begint het vaak bij een betrokken en gemotiveerde huisarts, een goed regionaal netwerk van beweegaanbod en samenwerking over de domeinen heen. Een ketenaanpak en ‘warme overdracht’⁷ tussen de verschillende interventies is daarbij cruciaal. Het allerbelangrijkste blijft echter de intrinsieke motivatie van de burger zelf om iets te gaan doen aan zijn leefstijl. Positieve benadering en een andere manier om in gesprek te gaan zijn daarbij relevant. Een duidelijke financieringsparameter is als randvoorwaarde nodig om de succesvolle projecten te bestendigen. Financiering voor zowel de aanbieder van deze sport/beweeginterventie is noodzakelijk, net als een gesubsidieerd aanbod voor de deelnemers. Met name na de twaalf, achttien of twintig weken dat de verschillende beweegprogramma’s aangeboden worden, moet het voor de deelnemers die minder financiële bestedingsruimte hebben, ook mogelijk blijven om te bewegen of te sporten in groepsverband. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid van de lokale overheid in combinatie met aanbieders van sport/beweegaanbod.



Afbeelding 8: promotiemateriaal Nationale Diabetes Challenge

⁷ 1 op 1 overdracht van belangrijke zaken betreffende een patiënt

HOOFDSTUK 6 THEORETISCHE METHODIEK VAN SAMENWERKEN ZORG EN SPORT

6.1 INLEIDING SAMENWERKING ZORG EN SPORT

Voor de realisatie van een duurzame samenwerking tussen de eerstelijnszorgaanbieders en beweegaanbieders, zijn een aantal randvoorwaarden noodzakelijk. In het conceptueel model is ook zichtbaar gemaakt dat er variabelen zijn, die van invloed zijn op het naar elkaar toe bewegen van deze twee sectoren. In dit hoofdstuk zullen deze randvoorwaarden benoemd worden vanuit literatuuronderzoek. In het literatuuronderzoek is primair gekeken naar samenwerkingsmodellen tussen verschillende sectoren en wat de kenmerken zijn in deze samenwerkingsmodellen.

Doel van dit hoofdstuk is om vanuit de analyse in de literatuur, de deelvraag te beantwoorden wat de succesfactoren zijn van een succesvolle samenwerking tussen zorgaanbieders en beweegaanbieders.

6.2 THEORIE VAN SAMENWERKEN TUSSEN SECTOREN

In de literatuur is over verbinden van sectoren en samenwerking tussen verschillende sectoren veel geschreven. Uit de overweldigende hoeveelheid literatuur is een keuze gemaakt op basis van de praktische toepasbaarheid voor deze thesis. Dat wil niet zeggen dat andere modellen of theorieën niet van toepassing zijn. Na een beschrijving van de verschillende theorieën over samenwerking, zal geanalyseerd worden wat de succesfactoren zijn voor de samenwerking tussen sportsector en de gezondheidszorg. De bronnen waar veelvuldig naar verwezen zal worden zijn respectievelijk (Kaats, 2008), (Delden van, Samenwerking in de publieke dienstverlening, 2009), (Koelen, 2012). Voor al deze auteurs geldt dat ze een duidelijke theorie en stappenplan hebben voor samenwerking tussen de verschillende sectoren.

Kaats en Opheij (Kaats, 2008) maken duidelijk dat het aangaan van duurzame samenwerking complex is en zij kwamen na uitgebreid onderzoek tot een vijf fasen aanpak voor het opbouwen van een duurzame samenwerking.

1. Verkennen van de situatie en urgentie om te veranderen
2. Het delen van belangen en ambities
3. Overeenkomen van koers en richting

Als dit succesvol doorlopen is uit zich dat in

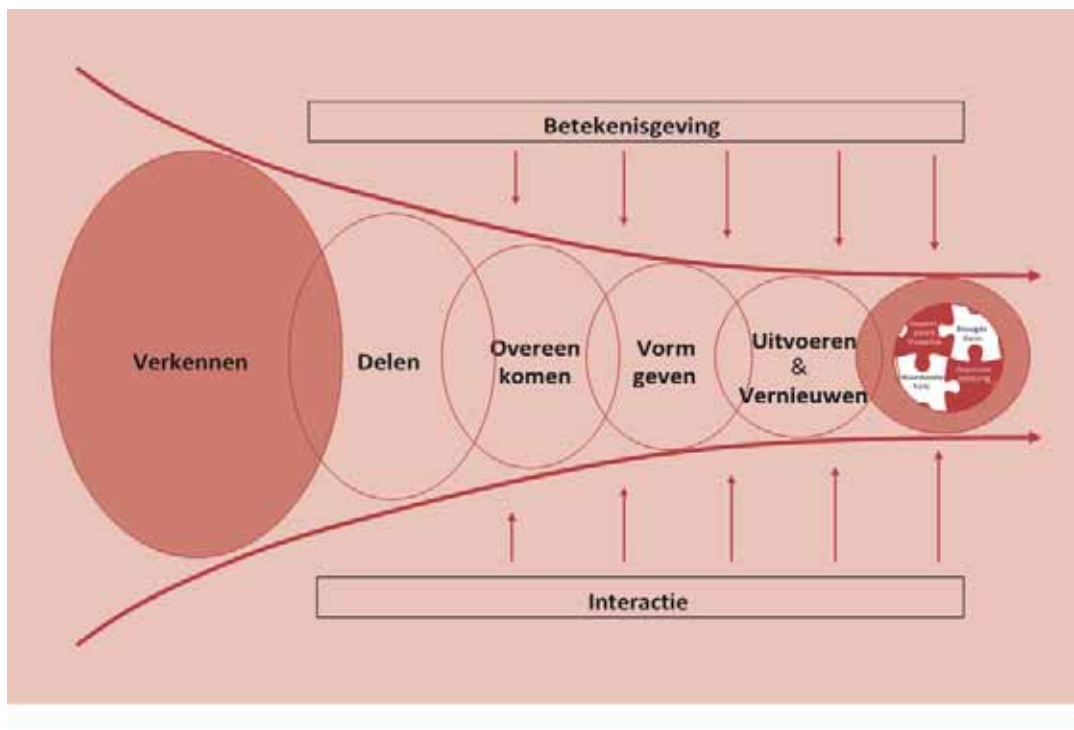
4. Het vormgeven van de oplossing
5. Het vernieuwen van de samenwerking

De eerste fase van Kaats is een universele uitgangssituatie om te bepalen of er draagvlak is voor samenwerking en gaat over verkennen van de situatie en de urgentie om te veranderen. Deze verkenning en urgentie bevindt zich op verschillende niveaus namelijk de collectieve belangen (zorgkosten stijgen explosief en als huisarts meer tijd heeft voor patiënten dan zal er minder verwezen worden naar specialistische zorg in het ziekenhuis (Jung, 2018) en wat kan preventie en bewegen daarin betekenen), de organisatiebelangen (hoe kunnen huisartsen ontlast worden en wat levert dit beweegaanbieders op) en als laatste de individuele belangen. (Hoe regelen we dat op wijkniveau?)

De tweede fase gaat over het delen van belangen en ambities uitspreken naar elkaar. Het is in deze fase ook relevant om de eigen belangen duidelijk te maken, maar het uiteindelijke doel moet zijn om een manier te vinden om de 'koek' van de samenwerking groter te maken (Kaats, 2008). Voor de zorgaanbieders geldt het belang dat ze meer tijd willen besteden aan de kwetsbare patiënt, andere partijen buiten de huisarts, moeten helpen om een deel van de patiënten te begeleiden in hun ziekteproces.

De derde fase vraagt onderhandelingsvaardigheden en compromissen. Als je met elkaar iets wil bereiken zal je ook naar elkaar toe moeten bewegen om een gemeenschappelijke koers in te slaan.

Na deze 3 fases komt het moment van het echt vorm geven van de oplossingen. Schematisch zien de 5 fasen er als volgt uit, waarbij de 5 cirkels de verschillende fases aangeven en de 6e cirkel leidt tot een nieuw model van samenwerking wat uitgewerkt zal worden in de aanbevelingen in hoofdstuk 9



Figuur 9: Het Kompas: de vijf fasen van het samenwerkingsproces (Kaats, 2008)

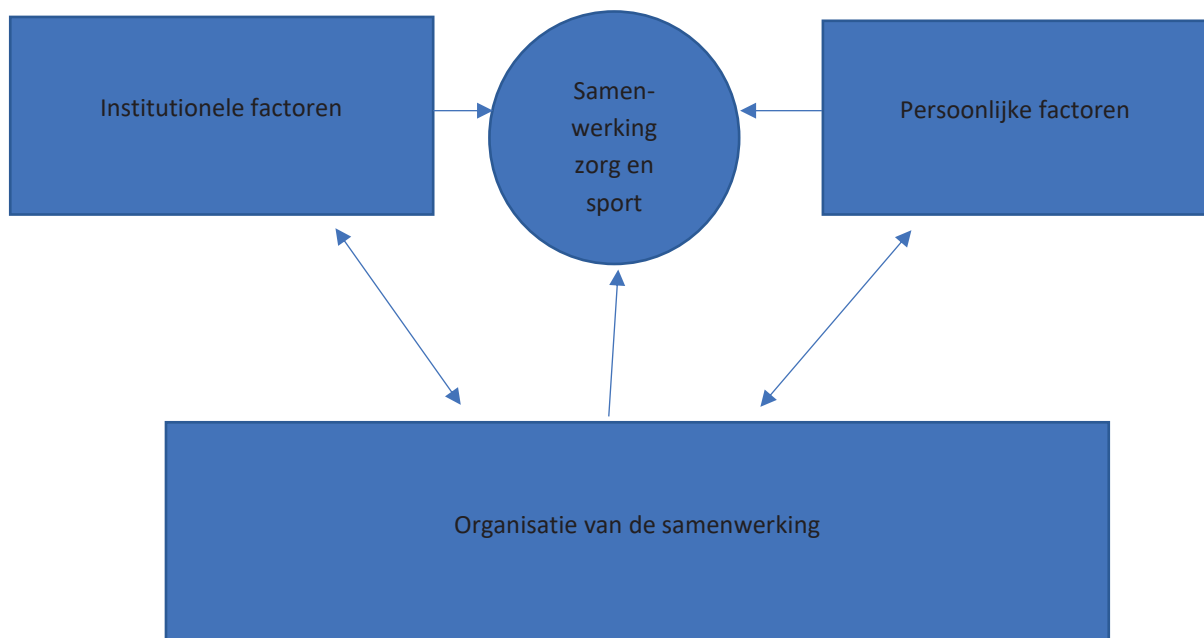
De tweede auteur die genoemd is, is Van Delden (Delden van, Samenwerking in de publieke dienstverlening, 2009). Hij heeft het in zijn onderzoek ook over vijf resultaatcondities op basis van literatuuronderzoek namelijk:

- Conditie in omstandigheden voorafgaand aan de samenwerking (situationele benadering)
Concreet gaat het over urgentie bijvoorbeeld door financiële problemen, elkaar kennen en vertrouwen zijn kernbegrippen uit de diverse onderzoeken die Van Delden raadpleegt.
- Conditie in belangen van partners en hun wisselwerking (economische benadering)
(directe financiële voordelen is daarbij van belang)

- Conditie in structuur en sturing van de samenwerking (organisatiesociologische benadering)
Hier gaat het om structuurkenmerken en de samenhang tussen sturende en uitvoerende belanghebbenden binnen de samenwerking.
- Conditie in politiek-bestuurlijke processen.
Concreet gaat het over totstandkomingsprocessen tussen partijen met soms gemeenschappelijke en soms verschillende belangen.
- Conditie in ontwikkelingsprocessen (organisatiepsychologische processen)

Van Delden heeft het over verschillende strategieën om tot samenwerking te komen. Een netwerk of ketensamenwerking tussen zorgaanbieders en beweegaanbieders vraagt om een exploratieve strategie, die voortbouwt op reeds bestaande samenwerking en de inzet en energie van de partnerorganisaties. De professionals en bestuurders worden dan geprikkeld om de samenwerking te verdiepen al dan niet gestimuleerd door de overheid. Deze exploratieve strategie zou ook het startpunt kunnen zijn voor de samenwerking tussen sport en zorg.

De derde theorie die beschreven wordt is het 'Health Alliances Framework' van Koelen (Koelen, 2012). Om de eerstelijnszorgaanbieders en de sportaanbieders met elkaar te verbinden kan het 'Health Alliances Framework (HALL)' van Koelen een bruikbare structuur geven om de drie lagen van interventies zichtbaar te maken. Het HALL-raamwerk is gebaseerd op samenwerking tussen organisaties uit de gezondheidssector en is gebruikt om de Beweegkuur te onderzoeken. Het HALL-raamwerk bevat drie factoren die van invloed zijn op de samenwerking namelijk: Institutionele factoren, persoonlijke factoren en organisatie van de samenwerking. Onderstaand schematische weergave is een interpretatie van het HALL-raamwerk naar gezondheidszorg en sport/bewegen.



Bron: The Health Alliances (HALL) framework van Koelen, Vaandrager en Wagemakers

Samenvatting op basis van de beschrijving van de drie theorieën

Alle drie de theorieën maken duidelijk dat het succes van de samenwerking te maken heeft met het doorlopen van een aantal fasen. Het gaat dan om urgentie of de noodzakelijke situatie om tot samenwerking te komen, gezamenlijke visie en doelstellingen die gedeeld worden. Uiteindelijk moet dit zich gaan vertalen naar een samenwerkingsvorm die waardevolle kansen biedt en een duurzame oplossing biedt voor de kernvraag van deze thesis. Dit zal in de aanbeveling komen in hoofdstuk 9.

6.3 ANALYSE VAN DE THEORIE VAN SAMENWERKEN

Als de drie theorieën nader geanalyseerd worden, biedt het Hall Raamwerk de meeste toepasbaarheid voor de samenwerking tussen zorgaanbieders en beweegaanbieders. Het feit dat dit model al is toegepast voor beschrijving van de Bewegekuur voor de jeugd, maakt dat dit model al een hoog realistisch en onderbouwde data heeft gegenereerd op het gebied van de gezondheidszorg. Juist de aandacht voor persoonlijke factoren is voor samenwerking binnen de zorg een doorslaggevende factor. De zorg is tenslotte mensenwerk. Een analyse van de institutionele factoren, de persoonlijke factoren en de organisatie van de samenwerking zal specifiek beschreven worden in de volgende paragrafen.

6.4 INSTITUTIONELE FACTOREN VANUIT HALL RAAMWORK

Binnen de institutionele factoren wordt onderscheid gemaakt in de volgende drie onderdelen: beleid, visie en financiering. Deze onderdelen zijn voor zorg en sport behoorlijk verschillend. In deze paragraaf worden deze drie thema's voor de twee sectoren verder toegelicht, waardoor ook inzichtelijk wordt waar mogelijke knelpunten ontstaan.

6.4.1A BELEID/VISIE ZORG OP SAMENWERKING MET BEWEGEN

Als we spreken over beleid en visie van de gezondheidszorg, gaat het in deze thesis over het beleid en visie van de lokale/regionale eerstelijnszorgaanbieders op het gebied van de zorg en samenwerking. Veel landelijke partijen zoals het Ministerie van VWS stellen de kaders vast. De lokale huisartsenverenigingen baseren hun beleid op het landelijke beleid van de landelijke huisartsen vereniging (LHV), de beleidskaders van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de dominante zorgverzekeraar in het werkgebied. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al bleek uit de toekomstvisie huisartsenzorg 2022 (LHV,2012) is duidelijk dat er op landelijk niveau, gestreefd wordt naar wijkgerichte preventie en samenwerking van huisartsen met andere sectoren buiten de zorg. Een gedegen samenwerking met beweegaanbieders past in deze toekomstvisie. De NZA komt in 2018 met een advies om de gecombineerde leefstijlinterventie op te nemen in het basispakket. De huisarts kan dan gericht doorverwijzen voor een gecombineerde leefstijlinterventie op het gebied van voeding, **bewegen** en gedrag door gespecialiseerde leefstijlcoaches of bijvoorbeeld fysiotherapeuten (www.nza.nl/actueel/nieuws/12/4/2018). Als laatste bepaalt de zorgverzekeraar in combinatie met eventueel de gemeente of de beweginginterventies die vanuit de huisarts gestart worden uiteindelijk ook worden gefinancierd.

6.4.1B PRAKTISCHE SAMENWERKING VANUIT DE HUISARTSENZORG MET BEWEEGAANBOD

De geleiding naar het verenigingswezen van sportaanbieders in de wijk is een volgende stap in de 'beweegketen'. In praktische zin zijn huisartsen nog weinig betrokken bij formele of structurele samenwerkingsverbanden in het kader van het stimuleren van meer bewegen. Als er al samenwerking is, bestaat die vooral tussen verschillende (para)medische disciplines en nog relatief weinig met sportaanbieders (Leemrijse, 2013). Verwijzing naar de fysiotherapeut met gespecialiseerd beweegaanbod is gangbaar bij huisartsen en vaak zijn deze eerstelijnszorgaanbieders ook gevestigd in hetzelfde gezondheidscentrum. Driekwart van de geïnterviewde huisartsen zegt wel belangstelling te hebben voor de structurele samenwerking met beweegaanbieders in het onderzoek van Leemrijse.

Als de wens op samenwerken met lokale beweeg- en sportaanbieders, vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) geuit wordt, hoe zit het dan met de wens van de beweegaanbieders? Als die ook deze wens hebben, hoe komen de partijen dan bij elkaar en hoe kan deze samenwerking een structureel karakter krijgen in de wijk?

6.4.1C BELEID/VISIE SPORT EN BEWEGEN OP SAMENWERKING MET ZORG

Op landelijk niveau is in het regeerakkoord van kabinet Rutte III opgenomen dat de regering een sportakkoord wil sluiten (Bruins, 2018). Het doel van het sportakkoord volgens minister Bruins voor Medische Zorg en Sport van het Ministerie van VWS, is om de kracht van sport voor heel Nederland te benutten. Ter voorbereiding van het te sluiten sportakkoord zijn dertien kansrijke thema's geselecteerd waarbij het thema 'Sport in zorg en Welzijn' voor deze thesis relevant is. Sport wordt daarin gezien als volwaardig en zichtbaar onderdeel van sport en welzijn. Hier wordt nadrukkelijk gesproken over impact van sport als middel om mensen langer gezond te houden en vernieuwend verenigingsaanbod. Op landelijk niveau wordt er dus voldoende ruimte gecreëerd om sport en beweegaanbieders een belangrijkere rol te geven in het gezond houden of krijgen van mensen. De vertaling naar het lokale verenigingsaanbod is nog een stevige uitdaging.

Het beleid van de gemiddelde vereniging is gericht op competitiestructuur voor de wedstrijdporters, jeugdbeleid en het binden van de recreatieve sporters. Dit alles moet gedaan worden door vrijwilligers, die vaak ook nog trainer zijn en die er ook voor moeten zorgen dat de vereniging financieel gezond blijft (Lucassen, 2016). Langzaam is er een beweging gaande naar een meer 'Open club' gedachte (NOCNSF, 2017). Kort gezegd is een open club een vereniging die meer (sport)activiteiten aanbiedt dan alleen haar hoofdactiviteit. Hiermee wil de club leden, maar ook buurtbewoners, wellicht ook zorgdoelgroepen zoals de eerdergenoemde running therapie groepen, sterker aan zich binden en stimuleren om meer te sporten en te bewegen. Als het bestuur van een vereniging in de regio de visie heeft om een 'open club' gedachte vorm te geven, dan kan samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke samenwerkingspartij zijn.

6.4.1D PRAKTISCHE SAMENWERKING VANUIT SPORTAANBIEDERS MET HUISARTSEN

Als er gesproken wordt over sportaanbieders moet er onderscheid gemaakt worden in de professionele sportaanbieders versus het verenigingswezen dat uit vrijwilligers bestaat.

Professionele sportaanbieders

De professionele sportaanbieders zoals de fitnessbranche ziet nadrukkelijk mogelijkheden om zich op doelgroepen te gaan richten. Het aantal 65-plussers dat aan een vorm van fitness doet, is van 6% in 2008 naar 14% in 2016 gestegen. Dit is deels te verklaren doordat ouderen vaker fitness met ziektepreventie/revalidatie als reden (Maartense, 2017). Ook bieden fitnesscentra meer groepslessen aan voor ouderen dan pakweg 10 jaar geleden. Voor de professionele fitnessbranche was de door voormalig minister Klink geïnitieerde Beweegkuur, een gecombineerde leefstijl interventie voor mensen met diabetes type 2, de inspiratie om zich meer te gaan focussen op kwalitatieve gezondheidsbevordering en preventie. De fitnessbranche zag hier al vroeg een nieuwe doelgroep in. Met het afschaffen van de gesubsidieerde Beweegkuur, richtte de branche zich vaak wat meer op de kapitaalkrachtigere groep, maar met de mogelijkheid dat de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) met ingang van 2019 in het basispakket gaat komen, maakt dat de professionele fitnessbranche weer een serieuze partij zal zijn voor samenwerking (Bleeker, 2013).

De sportverenigingen als samenwerkingspartners

Het in 2016 in Rotterdam gelanceerde programma Bewegen naar Beter (sportsupport, 2016) laat een beperkt succes zien van het verwijzen vanuit vier huisartsenpraktijken naar een aanbieder van sport of bewegen in de buurt. Kwalitatief aanbod en deskundige begeleiding blijken randvoorwaarden te zijn voor een succesvol beweegprogramma vanuit de aanbieders. In praktische zin blijkt dit voor de gemiddelde sportvereniging nog niet zo eenvoudig te zijn. De meeste sportverenigingen zijn redelijk intern gericht op de eigen leden die zich in meer of mindere mate met competitiegericht sporten bezig zijn. Het zoeken naar voldoende vrijwilligers voor verenigingsactiviteiten en al dan niet betaalde trainers zijn vaak herkenbare beslommingen van de vrijwillige besturen van de sportverenigingen. De eerdergenoemde focus om zich op lokaal niveau als ‘open club’ te positioneren richting doelgroepen is een uitdaging met de beperkingen in financiën en vrijwilligers. Het verbreden van het aanbod voor zorgdoelgroepen die onder deskundige begeleiding meer gaan bewegen staat nog relatief in de kinderschoenen. Specifieke kennis van de doelgroepen en de begeleiding, financiering en het binden van de doelgroep zijn enkele vooroordelen die vanuit verenigingen en zorgverleners naar voren komen (Rotterdam Sportsupport, 2014).

6.4.2 FINANCIËLE VERSCHILLEN TUSSEN SECTOREN

Het fundamentele verschil in financiering is de collectieve financiering van de gezondheidszorg⁸ versus individuele financiering door de sportconsument. Los van dit financieringsverschil aan de aanbiederskant zit er ook een financieringsprobleem voor de patiënt als die overgaat van zorg naar bewegen en zelf het beweegaanbod moet betalen.

Financiering huisarts

De huisarts heeft baat bij zoveel mogelijk behandelingen aanbieden volgens huidig financieringsmodel. De basisfinanciering is een inschrijftarief voor 2095 patiënten (Kleijne, 2017), maar daarnaast is er een betaling per contact dan varieert met de lengte en aard van de behandeling. Dit is de financiering in segment 1. Het huidige bekostigingssysteem voor huisartsenzorg bestaat uit in totaal drie segmenten (Peters, 2014):

S1: Een gecombineerd systeem met een inschrijftarief en betalingen per contact.

S2: Multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg met een vrij tarief.

S3: Beloning van (gezondheids)uitkomsten en stimulering van vernieuwing met een vrij tarief.

Segment 2 (S2) is het ketenttarief per chronische patiënt en varieert landelijk. Segment 3 is een innovatietarief. Zowel S2 als S3 zijn relevant voor het ontwerp omdat hier wellicht een deel van de nieuwe financiering op gebaseerd moet worden.

Financiering sportaanbieder

De vraag is of de beweegaanbieder ook belang heeft bij zoveel mogelijk deelnemers die bij hen het sportaanbod afnemen? De professionele aanbieder heeft belang bij zoveel mogelijk abonnementen verkopen om een financieel gezond sportbedrijf te exploiteren. Een vereniging heeft belang bij zoveel mogelijk lidmaatschappen die inkomsten genereren om de vereniging financieel gezond te houden. Op het eerste gezicht hebben zowel zorgaanbieders als sportaanbieders financieel belang bij zoveel mogelijk patiënten of leden. Dit kwantitatieve belang staat echter haaks op het kwalitatieve belang van de uitvoering. Een huisarts wil juist meer tijd voor zijn patiënt evenals de beweegaanbieder die kwalitatief goede begeleiding wil geven. Dit is wel een voorbeeld zoals van Delden dit benoemd onder condities in structuur en sturing in de samenwerking. Sturende belanghebbenden (zorggroepen en verenigingsbestuurders) hebben behoefte aan meer deelnemers, maar uitvoerende zoals huisartsen en trainers willen juist minder mensen aandacht geven, zodat er voldoende tijd is voor individuele aandacht (Delden van, Samenwerking in de publieke dienstverlening, 2009). Dit kan interne spanning geven binnen een organisatieverband.

⁸ Collectieve financiering van de gezondheidszorg vanuit de belastingheffingen, in combinatie met zorgverzekeringspremies en eigen bijdragen

Kosten voor patiënt/sporter

Vanuit de bovenstaande beschrijving van het verschil in financiering tussen de zorgverleners die vanuit collectieve middelen gefinancierd worden en de sportaanbieders primair gefinancierd worden vanuit individuele bijdragen van de deelnemers, wordt wel duidelijk dat de samenwerking van deze sectoren op financieel gebied een uitdaging wordt. Als het bezoek aan de huisarts als ‘gratis’ ervaren wordt, omdat dit buiten het eigen risico valt en het onder begeleiding sporten een individuele bijdrage vraagt, kan dit een belemmering zijn in het verwijzen van de huisarts naar beweegaanbod.

6.5 PERSOONLIJKE FACTOREN VANUIT HALL RAAMWERK

Vertrouwen

Onder persoonlijke factoren wordt in dit geval verstaan de houding van zowel huisartsen als sportaanbieders om te willen samenwerken. Ook al werken ze in verschillende sectoren, dan nog is het belangrijk dat ze elkaar kennen en elkaar met een open houding en respect voor elkaars kennis tegemoet treden. Dit wordt bevestigd door de evaluatie van welzijn op recept (Annegarn, 2018). De huisarts moet vertrouwen hebben in de aanpak, motivatie en werkwijze van de sportaanbieders zodat hij/zij met een goed gevoel kan verwijzen en de wederzijdse doelstellingen helder zijn. Onder ‘Self-efficacy’ wordt verstaan dat zowel huisarts (of andere eerstelijnszorgaanbieder) en sportaanbieder het gevoel hebben invloed te kunnen uitoefenen op het resultaat van de samenwerking. Dat betekent dat er regelmatig terugkoppeling moet plaats vinden en er een open communicatie is tussen de disciplines op relationeel niveau. Als laatste onderdeel van persoonlijke factoren die van belang zijn voor de samenwerking is de reeds opgedane ervaring tussen betrokkenen. Als er meer ervaring is in de samenwerking, dan is de kans op continuïteit groter (Koelen, 2012).

Samenvattend gaat het over een ‘persoonlijke klik’, waarbij vertrouwen, communicatie en wederzijdse deskundigheid van belang zijn.

6.6 ORGANISATIE VAN DE SAMENWERKING VANUIT HALL RAAMWERK

Zorgverleners en organisaties in de eerstelijnszorg en organisaties uit de sport- en beweegsector verschillen van elkaar zoals beschreven is in de voorgaande paragrafen. Dit kan de samenwerking complex maken. Voor de verbinding van deze sectoren worden een aantal kenmerken of variabelen genoemd in de literatuur die de samenwerking tot een succes kunnen maken. Deze succesfactoren zijn gearceerd gedrukt in de tekst.

Om tot een succesvolle samenwerking te komen tussen de zorgverleners en de sportaanbieders op wijkniveau moet er ***draagvlak*** zijn voor samenwerking bij het management van de verschillende organisaties en de uitvoerende partijen die de samenwerking inhoud geven (Delden van, 2010). Daarnaast moet er ***activistische energie*** zijn bij de drijvende krachten die de samenwerking tot stand brengen. Concreet bedoelt van Delden dat in dit geval de huisartsen en de sportaanbieders vanuit een sterke noodzaak de samenwerking opzoeken met elkaar om in dit geval een specifieke doelgroep van bijvoorbeeld de chronische diabetespatiënt meer te laten bewegen.

De verbinding of samenwerking is belangrijk om een verandering te realiseren in de wijk. Een huisarts moet succesvol kunnen verwijzen en loslaten in de wetenschap dat het door de beweegaanbieder

zorgvuldig wordt aangepakt. De keerzijde is dat er ook spanning kan ontstaan tussen samenwerking en onderhandeling van de twee partijen. De angst om taken en regie kwijt te raken, lopen we niet het risico om inkomsten te verliezen, zijn slechts twee voorbeelden die onuitgesproken de samenwerking kunnen belemmeren. Voor verbinding tussen deze twee ongelijksoortige organisaties is het noodzakelijk dat er een neutrale leider is die de verschillende organisatieculturen begrijpt. Het verschil in deze ongelijksoortige organisaties vertaalt zich ook in de *tijdsplanning*. Sportverenigingen draaien op vrijwilligers die beperkt beschikbaar zijn voor de vereniging. Dat vraagt om een flexibeler tijdsplanning. Daarnaast kost het ook tijd om binnen de vereniging beleid te maken voor specifieke doelgroepen, leden mee te krijgen en wellicht dit ook te laten besluiten op een ledenvergadering (Hermens, 2012)

Verder zijn een *duidelijke rolverdeling* tussen de organisaties, een *communicatiestructuur* en *duidelijke zichtbaarheid* in de regio relevante indicatoren van een succesvolle samenwerking (Lucassen, 2016). Duidelijk moet zijn waar de verantwoordelijkheid van de huisarts eindigt en de beweegaanbieder het over neemt. Dat vraagt een duidelijke rolverdeling, het uitspreken van verwachtingen en respecteren van elkaars deskundigheid. Rondom de zichtbaarheid van de samenwerking is ‘Nijkerk Sportief en Gezond’ een mooi voorbeeld van de samenwerking tussen zorg en beweegaanbod. Dit gezamenlijke initiatief van o.a. Gezondheidscentrum De Nije Veste en de Gemeente Nijkerk laat zien dat er naast de rolverdeling, de financiering en de gezamenlijke missie ook een duidelijke zichtbaarheid in de regio vormgegeven moet worden (www.nijkerksportiefengezond.nl).

Coördinatie samenwerking

De aanwezigheid van een of *meerdere (neutrale) coördinerende partijen* kan voor stabiliteit, vertrouwen en contacten tussen de betrokken organisaties zorgen. Dat kan de coördinatie vanuit de zorggroep zijn, maar wellicht is een onafhankelijker positie noodzakelijk om de organisatie van de keten sneller van de grond te krijgen. Oldenhof heeft het over grenswerkers op zowel op beleidsniveau kunnen opereren als over grenswerkers die ook uitvoerend aan de slag gaan. Deze grenswerkers spreken de taal van zowel zorg als sport en beschikken over netwerkvaardigheden om zowel binnen de eigen organisatie als bij andere organisaties draagvlak te creëren (Oldenhof, 2012). Als deze omschrijving van de taken van de grenswerker vertaald worden naar de combinatie zorg en sport, dan voldoet de buurtsportcoach bij uitstek aan deze omschrijving.

In het promotieonderzoek van Leenaars (Leenaars, 2017), is nadrukkelijk onderzoek gedaan naar de rol van de buurtsportcoach om zorg/welzijn met de sportsector te verbinden. Zij onderschrijft ook de eerdergenoemde knelpunten als cultuurverschillen tussen de sectoren, gebrek aan tijd bij de zorgverleners en het gebrek aan medische kennis van sportprofessionals. Daarnaast wordt er ook gesproken over het gebrek aan geschikt sport- en beweegaanbod en instructeurs voor de doelgroepen en het niet bekend zijn met het beweegaanbod in de wijk. Leenaars geeft aan dat een ketenaanpak waarbij buurtsportcoaches dicht bij de zorgverleners gesitueerd zijn het meest succesvol is, om patiënten van huisartsen te begeleiden naar sport en beweegaanbod in de wijk. Een buurtsportcoach op hbo-niveau met het profiel gezondheidszorg zou ook zijn of haar werkplek moeten hebben in een gezondheidscentrum om een warme overdracht vanuit de huisartsenzorg naar het beweegaanbod te begeleiden.

De buurtsportcoaches hebben in de gemeente en wijk de taak om meer mensen te laten sporten en bewegen in de buurt en zijn actief in het verbinden van sport en bewegen met andere sectoren. De

buurtsportcoaches worden deels landelijk en deels gemeentelijk gefinancierd. Er zijn negen profielen van buurtsportcoaches waarbij het profiel buurtsportcoach gezondheidszorg het meest aansluit om de chronische patiënten vanuit de eerstelijns te begeleiden naar het beweegaanbod in de buurt (www.sportindebuurt.nl). Deze buurtsportcoach kan op mbo-niveau meer uitvoerende werkzaamheden doen zoals het begeleiden van diabetespatiënten die vanuit huisarts of praktijkondersteuner het advies krijgen om meer te bewegen. Er wordt in de uitvoering ook nadrukkelijk samengewerkt met reguliere sportaanbieders. De buurtsportcoach op hbo-niveau is meer de matchmaker die vraag en aanbod in beeld brengt en bij elkaar brengt. Coördinatie is een hoofdtaak maar de uitvoering is ook belangrijk. Deze belangrijke rol van de buurtsportcoach in de samenhang tussen huisarts en buurtsport wordt bevestigd door Leemrijse (Leemrijse, 2013). Zij geeft aan dat met name in de beginfase van de samenwerking de buurtsportcoach optreedt als coördinator met kennis van de lokale situatie, die de contacten tussen sport en zorg legt en onderhoudt. Wanneer zorgverleners en sportaanbieders elkaar eenmaal kennen kunnen de betrokken samenwerkingspartners de contacten zelf onderhouden of dit laten coördineren door een zorggroep vanuit de huisartsen.

Vindbaar

Als uit onder andere het onderzoek van Leenaars blijkt dat huisartsen of praktijkondersteuners niet weten wat het beweegaanbod in de wijk is, dan is het ook duidelijk dat dit niet besproken wordt met de patiënt om deze patiënten te stimuleren om meer te gaan bewegen. Een sociale kaart is in veel huisartsenregio's al beschikbaar waar voornamelijk het zorg en welzijnsaanbod in de regio inzichtelijk gemaakt wordt. Aanvullende informatie met beweegaanbod zou de kans op verwijzing en samenwerking vergemakkelijken.

Uit RIVM-onderzoeksrapport Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn, blijkt ook dat zorgverleners behoefte hebben aan meer overzicht en samenhang in het lokale leefstijl- en sportaanbod en aan ondersteuning bij het opzetten en vormgeven van multidisciplinaire samenwerking. (Meijer, Hesselink, & Martens, 2012)

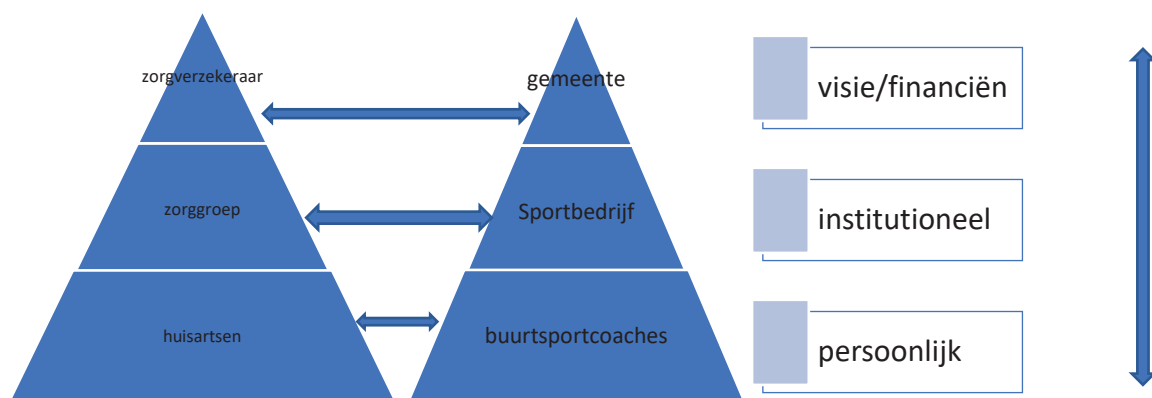
6.7 CONCLUSIES SAMENWERKING IN DE WIJK

In hoofdstuk 6 is duidelijk gemaakt welke factoren van invloed zijn op een succesvolle samenwerking in de wijk. Vanuit een brede theoretisch context op samenwerking tussen verschillende sectoren is het HALL-raamwerk benut om de factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen sport- en beweegaanbieders inzichtelijk te maken. Concreet gaat het over:

- a. Persoonlijke factoren waarbij vertrouwen, wederzijdse deskundigheid en persoonlijke 'klik' zeer belangrijk zijn
- b. Institutionele factoren waarbij gemeenschappelijk beleid, visie ruimte biedt om de samenwerking tot ontplooiing te brengen en de financiën voor aanbieder van zorg of sport *en* de patiënt niet tot een belemmering moet leiden.

De organisatie van de samenwerking vraagt naast draagvlak, duidelijke rolverdelingen, communicatie, zichtbaarheid en een heldere tijdsplanning ook een duidelijke, neutrale coördinerende rol.

Als het HALL-raamwerk praktisch vertaald wordt naar de samenwerkingspartijen op sport- en zorggebied gaat het vaak over persoonlijke factoren. Dat kan over bevlogen artsen, sportaanbieders of bestuurders zijn die elkaar weten te vinden in een gemeenschappelijke visie op bewegen in de wijk. Voor draagvlak zijn institutionele factoren als visie, beleid en financiën noodzakelijk om de organisaties bij elkaar te brengen en volume en impact te realiseren in de wijk of regio. Een innovatieve zorgverzekeraar die verder kijkt dan het financieren van geleverde zorg, maar ook wil investeren in gezondheid en een wethouder binnen een gemeente die de overtuiging heeft dat preventie door middel van bewegen, de participatie en welbevinden van de burgers vergroot, zijn randvoorwaardelijk nodig om de samenwerking echt impact te geven in een regio. Schematisch is dit in de onderstaande afbeelding weergegeven. Deze ontwikkeling kan zowel top-down als bottom-up gerealiseerd worden.



Bron: auteur

Als de huisarts sport en bewegen als interventie gaat benutten, begint het bij de overtuiging dat sport en bewegen ook impact heeft op zijn chronische patiënt. Als de huisarts ook weet wat het aanbod is en er is persoonlijk contact met beweegaanbieders in de wijk, dan is de verwachting dat er sneller verwezen wordt naar beweegaanbod. Een ideale situatie is als het beweegaanbod dicht bij de praktijkgeorganiseerd kan worden door bijvoorbeeld een specialist in bewegen of een buurtsportcoach ook regelmatig fysiek aanwezig te laten zijn in een gezondheidscentrum. De drempel wordt dan nog lager om de warme overdracht te faciliteren en de persoonlijke contacten worden verstevigd.

Deze bevindingen zullen gevalideerd worden in het volgende hoofdstuk middels semigestructureerde interviews met deskundigen uit het werkveld.

7.1 AANPAK EN ONDERBOUWING KEUZE GEÏNTERVIEWDEN

Dit onderzoek begon met de onderzoeksvraag in hoeverre sport/bewegen als interventie vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd kan worden? Vanuit literatuuronderzoek blijkt dat er hoopgevende initiatieven zijn in het land maar ook dat er ook de nodige hiaten zijn in de samenwerking tussen zorg en bewegen. Deze hiaten op verbinding, vindbaarheid, vertrouwen en financiën zijn beschreven in het voorgaande hoofdstuk. In dit hoofdstuk zullen de bevindingen uit hoofdstuk 6 voorgelegd worden aan een aantal deskundigen uit het werkveld van de huisartsenzorg en beweegaanbieders.

Voor deze thesis heb ik in de verschillende fases van mijn onderzoek diverse deskundigen gesproken die ik benut heb om beter zicht te krijgen op de afbakening van mijn onderzoek. Deze personen zijn niet meegenomen in de semigestructureerde interviews voor het valideren en toetsen van de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken. Ik heb gesproken met de regiovertegenwoordiger van de KNGF⁹⁹ Petra Doets, voor de ontwikkelingen rondom de gecombineerde leefstijl interventie en rol van fysiotherapie in dit traject. Jeroen Flim van de Bas van de Goor Foundation heb ik uitgebreid gesproken over het effect van bewegen voor diabetespatiënten en over de opzet en impact van de Nationale Diabetes Challenge. Met Annelijn de Ligt, projectleider JOGG van de GGD gemeente Zaanstad sprak ik over de visie van Gemeente Zaanstad op bewegen en jeugd, maar ook over samenwerking met het zorgdomein. Deze interviews waren informerend en noodzakelijk om mijn onderzoeksopzet richting te geven. Deze interviews zijn niet gestructureerd uitgewerkt in deze thesis.

De geïnterviewde zorgverleners

Semigestructureerde interviews heb ik gehouden met **David Koetsier**, huisarts in Amsterdam Noord en ook kaderarts voor chronische patiënten binnen een regionale zorggroep. Tevens is hij ‘activistische huisarts’ die actief is rondom stoppen met roken. Dat ‘activistische’ wat noodzakelijk is voor verandering en verbinding zoals in hoofdstuk 6.6 is aangegeven, maakt hem een interessante stakeholder vanuit de huisartsenzorg. Ik heb hem benaderd omdat hij actief is in zijn wijk om de leefstijl aan te pakken en daarmee regelmatig de Amsterdamse media haalt. In de Brandpuntuitzending van 17 april 2018 zegt hij ‘dat een huisarts meer kan betekenen dan alleen maar voor die ene patiënt’. Dat maakt het interessant om zijn mening te horen over preventie en de rol van de huisarts in de samenwerking met beweegaanbieders.

Daarnaast heb ik een semigestructureerd interview gehouden met **Carl Verheijen**. Carl is oud-directeur van gezondheidscentrum De Nije Veste in Nijkerk en was in die rol voortrekker op het gebied van bewegen vanuit de huisartsenpraktijk. Daarna was hij directeur bij IPH en actief met het model van positieve gezondheid, tot slot heb ik hem ook nog enkele vragen gesteld als bestuurslid van de Atletiekunie over de mogelijkheden van sportaanbieders. Dat was voldoende uitdagend om hem een zinvolle inhoudelijke reactie te laten geven op het conceptueel model en de aannames.

⁹⁹ KNGF= Koninklijk Nederlands Genootschap voor fysiotherapie

Jeroen Brendeke is huisarts in Koog aan de Zaan. Naast zijn werk als huisarts is hij ook bestuurlijk actief binnen de LHV-kring Noord-Holland Midden en bestuurslid binnen de Stichting Eerstelijns Zorggroep voor chronische patiënten. Brendeke is naast huisarts ook zelf enthousiast sporter en mijn nieuwsgierigheid ging er naar uit of hij dit enthousiasme voor sporten ook meeneemt in zijn gesprekken in de spreekkamer. Ik wilde weten of bewegen een thema is tijdens zijn consulten.

Als laatste huisarts heb ik **Joost Zaat** geïnterviewd. Zaat is huisarts in Purmerend en heeft een wekelijkse column in de Volkskrant. Ook is hij regelmatig spreker op congressen en ik was nieuwsgierig naar een uitspraak tijdens een congres over Bewegen in de zorg op 19 april 2018, waar hij verkondigde dat ‘wandelen met de huisarts geen enkele zin heeft’. Ik was benieuwd naar zijn argumentatie en beweegredenen maar meer nog om hem te interviewen over mijn probleemstelling en de bijbehorende subvragen.

Met deze gelimiteerde groep artsen, met een duidelijke mening, probeer ik vanuit de zorgkant te beschrijven wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn voor het eerder opgezette ontwerp.

De geïnterviewde beweegaanbieders

Sportbedrijf Zaanstad is de gemeentelijke uitvoerder van het sportbeleid. Sportstimulering bij de jeugd en specifieke doelgroepen behoort tot hun doelstellingen. Ik heb Ad Breedijk als verenigingsondersteuner en Mirjam Preusterink, manager sportstimulering, gesproken over hun rol en mogelijke brugfunctie tussen zorgaanbieders en sportverenigingen.

Phanos atletiekvereniging in Amsterdam. Phanos is een van de grootste atletiekverenigingen in Nederland en heeft zijn thuisbasis in het Olympisch stadion in Amsterdam. Deze grote en professionele atletiekvereniging heeft Ron Jansen als verenigingsmanager in dienst, die ik tegenkwam op de aftrap van de Nationale Diabetes Challenge in Amsterdam. Het feit dat hij aanwezig was bij deze bijeenkomst voor zorgverleners, prikkelde mijn nieuwsgierigheid in hoeverre Phanos zich al richt op doelgroepen.

7.2 DE BELANGRIJKSTE RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS

De interviews zijn opgebouwd volgens de systematiek van deze thesis en bestaan uit 4 hoofdonderwerpen.

- Kracht en mogelijkheden van de eerstelijns
- Preventie, bewegen, zelfredzaamheid in relatie tot chronische patiënten
- Aanbod van sport en bewegen in de wijk
- Samenwerking in de wijk tussen sportaanbieders en huisartsen

Binnen deze vier hoofdonderwerpen heb ik een aantal interview vragen gesteld die in de Bijlage 2 zijn uitgeschreven. De uitwerkingen van de interviews heb ik niet bijgevoegd maar zijn opvraagbaar. Ik heb de antwoorden van de vier artsen samengevoegd en daaruit de belangrijkste bevindingen per hoofdonderwerp hieronder weergegeven.

KRACHT EN MOGELIJKHEDEN VAN DE EERSTELIJN

De huisartsen zien zichzelf als beginpunt van zorg, maar realiseren zich ook dat ook de eerstelijnszorg nog behoorlijk versnipperd is met veel verschillende samenwerkingspartijen. De ene huisarts zou het liefst alles zelf doen rondom de patiënt, terwijl de ander graag samenwerkt en verwijst naar fysiotherapeut of een praktijkondersteuner gesprekken laat voeren over bijvoorbeeld bewegen. Duidelijk is wel dat de huisartsen nog zeer verschillend denken over samenwerking en regie binnen de eerstelijnszorg. Ketenzorgorganisaties zoals zorggroepen doen een deel van het contracterings- en regelwerk, wat zowel positief als negatief ervaren wordt. Positief is dat het contracteringsdeel uithanden genomen wordt en het inhoudelijk en financieel gestandaardiseerd is, maar administratief wordt er ook veel gevraagd in de verantwoordings sfeer. Als de rol van zorggroepen groter wordt moet dit niet leiden tot meer administratieve werkzaamheden voor de huisartsen, die ten koste gaat van de tijd voor patiënten. Huisartsen zien zichzelf “als eerste stap in de zorg”, zoals een van de huisartsen zegt, maar zij voelen zich niet verantwoordelijk om alle knelpunten op te lossen die ontstaan in de zorg.

BEWEGEN, PREVENTIE, ZELFREDZAAMHEID EN CHRONISCHE ZORG

- Alle vier de huisartsen vinden dat ze een rol hebben om patiënten goed te informeren op het gebied van voeding, roken en bewegen op de gezondheid. De impact van roken op gezondheid gerelateerde klachten is het grootst. Deze groep vraagt de meeste aandacht vinden de huisartsen. Bewegen wordt ook als belangrijk ervaren maar minder belangrijk dan roken en voeding.
- Alle vier de huisartsen vinden dat de gemeente en overheid een zeer belangrijke rol hebben met beweegvriendelijk inrichten van de openbare ruimte. Het gaat dan over veilige fietsroutes en veilige wandelroutes. Op het gebied van preventie wordt ook genoemd dat met gericht prijsbeleid door middel van bijvoorbeeld geen btw op gezonde voeding en hoog btw-tarief op ongezonde voeding er directer gestuurd kan worden. Datzelfde geldt voor het verbieden van roken op steeds meer plaatsen gecombineerd met een substantiële prijsverhoging.
- Drie van de vier huisartsen zijn al actief met een zoektocht naar de intrinsieke motivatie van de patiënt waarom hij/zij doet wat hij/zij doet. Dat is dus een bevestiging van de toegenomen belangstelling voor gesprekstechnieken als het spinnenwebmodel, de van ZZ naar GG systematiek of een andere vorm van motivational interviewing. Motivatie van de patiënt wordt als een randvoorwaarde gezien om effect te sorteren.
- Geld is vaak een knelpunt bij patiënten om te gaan sporten bij een vereniging. Daar zou een gemeentefonds meer in kunnen betekenen. Angst en schaamte voor eigen lichaam of conditiegebrek zijn ook genoemde aandachtspunten. Sportverenigingen moeten passender aanbod doen voor specifieke doelgroepen anders blijven deelnemers in het zorgbeweegcircuit hangen bij de fysiotherapeut.

BEWEEGAANBOD IN DE WIJK

Twee van de vier artsen hebben exact in beeld wat voor beweegaanbod er is. Deels komt dit doordat ze zelf al vele jaren wonen in het werkgebied en via het zelf actief aan sport doen of het sporten van de kinderen weten ze wat er aangeboden wordt. Ook kennen zij de namen van de trainers en begeleiders. Soms wordt er even gebeld met trainers, tijdens het consult waar de patiënt bij is om de opvang te regelen.

Deze twee huisartsen waren ook op de hoogte van het bestaan van buurtsportcoaches en bij een van deze twee huisartsen kwam de buurtsportcoach ook regelmatig in de praktijk. De twee huisartsen die niet goed op de hoogte waren van het aanbod van o.a. de buurtsportcoaches, gingen in mijn bijzijn even via internet op zoek naar buurtsportcoaches in hun wijk. Beide zagen wel mogelijkheden gezien het specifieke beweegaanbod voor dikke kinderen en dat was voor hun reden om contact te gaan zoeken. Een huisarts had weinig affiniteit met sporten omdat hij zelf niet uit een sportief gezin kwam, geen balgevoel heeft en ook een 'trauma' had overgehouden aan de gymleraar. Bewegen in het dagelijks patroon was wel een belangrijk aandachtspunt waar zijn patiënten op gewezen worden. Drie van de vier huisartsen zien niets in het zelf gaan wandelen met patiënten, maar geven bijvoorbeeld wel het goede voorbeeld van leefstijl door met de fiets naar de praktijk te komen, fruit te eten of op tafel te laten liggen in de spreekkamer etc.

SAMENWERKING HUISARTS MET BEWEEGAANBIEDERS

Een huisarts in een achterstandswijk geeft aan dat het aanbod ook zo moet zijn dat mannen en vrouwen los van elkaar moeten bewegen vanwege geloof. Dat compliceert het aanbod van de beweegaanbieders. Wellicht zou er juist ook samengewerkt moeten worden met de Iman. "Wandel mee vanuit de Moskee!" gaf een van de huisartsen aan als suggestie. Organiseer buurtsportcoaches dicht bij de huisartspraktijk of in het gezondheidscentrum wordt door een huisarts genoemd, terwijl een andere huisarts meer ziet in een 'praktijkondersteuner bewegen' vanuit zijn gezondheidscentrum met meerder huisartsen. Deze praktijkondersteuner kan dan het beweegaanbod vormgeven of verbinden. Een zorggroep kan een rol spelen om dit dicht bij de huisartsen te organiseren vinden twee van de vier huisartsen. Initiatieven als keer diabetes om en bewegen op recept vinden twee van de vier huisartsen goede initiatieven die gecontinueerd moeten worden. De andere twee huisartsen zijn iets neutraler maar zeker niet negatief. Ook wordt duidelijk genoemd dat het financiële verschil tussen ogenschijnlijk gratis zorgbeweegaanbod en verenigingsaanbod te groot is. Dit laatste wordt door alle vier de zorgverleners genoemd. Hier zou vanuit gemeente een tegemoetkoming voor moeten komen is het advies van de huisartsen. Ook wordt genoemd dat zorgdoelgroepen zich niet echt welkom voelen doordat ze niet competitiegericht zijn. Als dilemma noemt een huisarts dat steeds meer sportverenigingen buiten de stad komen te liggen en dat belemmert mensen om naar sportvereniging te lopen of te fietsen. Ook hier gaat het weer om inrichting van de openbare ruimte en de rol van de overheid. De huisartsen ervaren geen noodzaak om zelf een financiële prikkel te krijgen om mensen naar het beweegaanbod te verwijzen. Ervaring is wel dat artsen denken dat dit meer tijd kost om met patiënten in gesprek te gaan over het beweegaanbod. Deze extra tijd zou wel in financiering moeten terugkomen.

Antwoorden van de geïnterviewde beweegaanbieders.

Tijdens de twee interviews met de aanbieders van sport en bewegen werd snel duidelijk dat er grote verschillen zijn in het aanbod. Voor de beantwoording zal ik dan ook onderscheid maken in

- Sportbedrijf met buurtsportcoaches
- Sportvereniging

BEWEEGAANBOD

Sportbedrijf Zaanstad

Het beweegaanbod van Sportbedrijf Zaanstad is primair gericht op jeugd en dan nog voornamelijk in achterstandswijken of kinderen met overgewicht. Het Sportbedrijf geeft aan veel te kunnen doen, mits hier concreet vraag naar is. Het aanbod varieert van bijvoorbeeld de AZ-voetbalschool voor kinderen met overgewicht tot sport in de naschoolse opvang. Voor diabetespatiënten gaan ze een eerste wandelgroep opstarten samen met huisarts van arts en zorg. Duidelijk is dat er niet proactief beweegaanbod is voor chronische patiëntengroepen.

Atletiekvereniging Phanos

Naast reguliere baanatletiek voor alle leeftijdsgroepen en hardlopen biedt atletiekvereniging Phanos ook specifiek beweegaanbod aan voor doelgroepen. Concreet gaat het om het volgende aanbod:

- G-atletiek groep met gemiddeld 25 atleten. (Verstandelijk gehandicapten)
- Naschoolse opvang voor een speciaal onderwijs school. Deze school zit op circa 500 meter en is speciaal voor leerlingen met autisme of ADHD. De leerlingen die hier aan meedoen zijn ook lid van Phanos
- Traject “koplopers” voor psychiatrische patiënten, vanuit Arkin (GGZ aanbieder). Dit is Running therapie.
- Loopgroep met protheses vanuit Reade revalidatiecentrum samen met VUMC. Hier is ook een instrumentenmaker (Frank Jol) bij betrokken.
- Start to Run voor mensen met reuma vanuit VUMC/Reade. Eerste groep met 22 mensen en tweede groep met 15 mensen. Succes zit hem in enthousiasme van de medisch specialist en de financiering vanuit de farmaceutische industrie voor de begeleiding.
- Nationale Diabetes Challenge. Deze challenge loopt moeizaam omdat er al veel aparte loopgroepjes zijn in Amsterdam-Zuid die zelfstandig functioneren.

Phanos profileert zich duidelijk als topsportvereniging in het olympisch stadion, maar is tevens ook een ‘open club’ waar specifieke doelgroepen kunnen sporten.

SAMENWERKING MET DE GEZONDHEIDSZORG

Sportbedrijf Zaanstad

Er is een wandelgroep gestart vanuit een huisartsenpraktijk voor diabetespatiënten en is door toeval via een praktijkondersteuner tot stand gekomen. Er is geen structurele samenwerking met huisartsen in de regio en het Sportbedrijf geeft aan niet actief het werk van de buurtsportcoaches te gaan promoten bij artsen. ‘Artsen kunnen ons toch ook opzoeken via internet’ was de opmerking van de manager sportstimulering. Het Sportbedrijf geeft aan het te druk te hebben en te weinig financiële middelen om mensen in te zetten voor promotie richting zorg. Er wordt wel duidelijk aangegeven dat nog niet goed in beeld is waar behoefte aan is vanuit de zorgverleners.

Atletiekvereniging Phanos

Er is geen samenwerking tussen de huisartsen in de regio en atletiekvereniging Phanos. Phanos heeft wel een goede samenwerking met VU medisch centrum, GGZ sector en Revalidatiecentrum READE. Deze instellingen verwijzen regelmatig naar speciale groepen van Phanos. Dat heeft volgens de verenigingsmanager te maken met:

Succesfactoren:

- Enthousiaste verwijzer die beweegaanbod kent of zelf actief is als sporter bij de vereniging
- Warme overdracht van zorgverlener heeft veel effect op beleving deelnemers.
- Aparte trainers opleiden voor bijvoorbeeld mensen met overgewicht. Daar zijn voldoende opgeleide trainers voor. Phanos heeft voldoende trainers opgeleid en dat maakt het ook aantrekkelijk om te verwijzen naar deskundige groepen.

Kanttekeningen/belemmeringen in de samenwerking met zorg:

- Zorg te veel procedures voor verenigingswezen sport. Concreet gaat het om extra medische kennis van de doelgroepen.
- Sportvereniging is te ver af van de chronische zorgdoelgroepen. Dat vereist aparte aanpak, aanbod en ook aparte groepen. Kunnen niet instromen in regulier aanbod. (ze voelen zich er niet prettig bij) en de trainers zijn er ook niet op ingesteld.
- Sportimpuls die vanuit centrale overheid gefinancierd werd, werd ook bewust in gezet om welzijnsorganisaties uit te financieren zodat dit niet op gemeentelijk budget drukte. Verenigingen werden daarmee op achterstand gezet. (bij overgewicht projecten)
- Los verwijzen is lastig en er moet wel sprake zijn van een gelijksoortige groep van bijvoorbeeld 10 mensen met overgewicht of reumapatiënten voor de onderlinge motivatie.
- Verliesgevende activiteiten voor doelgroepen, terwijl bijvoorbeeld leden van een marathongroep die 6 maanden specifiek trainen om naar een marathon toe te werken, een duidelijke contributie betalen.

SAMENWERKING MET DE GEORGANISEERDE SPORT OF WELZIJN

Sportbedrijf Zaanstad

Sportbedrijf Zaanstad kan ook verenigingen ondersteunen en geeft daar cursussen voor. Een verenigingssportcoach vanuit de verenigingen die de uitvoering doet binnen de verenigingen van het doelgroepen beleid ziet ze niet als meerwaarde, terwijl er juist al een tekort is aan vrijwilligers. Het Sportbedrijf zou de rol van verenigingssportcoach goed kunnen vormgeven vanuit het Sportbedrijf mits daar financiële ruimte voor zou zijn.

Atletiekvereniging Phanos

Er is in Amsterdam geen sportbedrijf dat actief is op doelgroepen specifiek. De Gemeente Amsterdam is de regievoerder die projectgewijs uitvoerders zoekt. Concurrentie met welzijnsaanbieders op dit terrein is lastig voor een vereniging met vrijwilligers.

7.3 ANALYSE INTERVIEWS OVER SAMENWERKING

Vanuit huisartsen:

1. Persoonlijke motivatie, interesse en netwerk in de sport van de zorgverlener vergemakkelijken het verwijzen naar het aanbod. Aanbieders kennen in de wijk heeft een positief effect op verwijsgedrag.

2. Huisartsen staan open voor passend aanbod voor zorgdoelgroepen, maar dat moet wel dicht bij de huisartsenpraktijk georganiseerd worden vanuit specifieke beweegprofessionals. Voor de overgang naar regulier sportaanbod moet er naast een passend aanbod, waar doelgroepen zich thuis voelen, ook een financiële tegemoetkoming komen in de contributie omdat het anders simpelweg te duur is voor een groot deel van de doelgroep. Passend gaat dan over het niveau dat aansluitend bij de beperkte conditie.
3. Financiële drempels voor patiënten om te gaan sporten bij verenigingen zijn een grote belemmering voor specifieke zorgdoelgroepen die vaak bij de huisarts komen.
4. Overheid zou inrichting openbare ruimte aantrekkelijker moeten maken om te gaan bewegen. (deze conclusie staat los van de samenwerking maar werd wel dominant genoemd)

Vanuit beweegaanbieders:

1. Er komt steeds meer aanbod voor doelgroepen, maar tijd en geld ontbreekt bij 'vrijwilligers' om dit goed onder de aandacht te brengen bij de huisartsen.
2. Groepsgewijs verwijzen en starten wordt als meest kansrijk ervaren omdat individuele patiënten geen aansluiting ervaren bij de sportvereniging.
3. Succes zit in enthousiasme bij de verwijzer en de warme overdracht van de zorgverlener naar de sportvereniging.

Resumerend:

Persoonlijk enthousiasme, een goed netwerk en een warme overdracht van de zorgverlener blijkt in de praktijk als zeer belangrijk ervaren te worden voor een succesvolle samenwerking en de overdracht van een patiënt naar het beweegaanbod. Het aanbod bij voorlopers in de verenigingssport ontwikkelt zich wel meer op doelgroepen, maar tijd en geld ontbreekt om dit goed onder de aandacht te brengen. Als dit aanbod dicht bij de huisarts georganiseerd kan worden is de succeskans groter dat dit tot effect zal leiden, waarbij de kanttkening gezet moet worden dat zowel financiële verplichting als het competitieve van verenigingen, belemmeringen zijn om naar sportverenigingen te gaan.

HOOFDSTUK 8 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Deze thesis had als centrale onderzoeksvraag ‘In hoeverre kan sport/bewegen als interventie vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd worden?’

Het betreft hier twee verschillende sectoren gaat die wellicht meer voor elkaar kunnen betekenen voor de kostenontwikkeling in de zorg en de kwaliteit van leven voor de patiënt. Voor beantwoording van deze vraag is in hoofdstuk 2 begonnen met een beschrijving van de belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij de rol van de huisarts en de gestructureerde eerstelijnszorg binnen zorgketens de meeste aandacht hebben gekregen. Deze ketenzorg zou als voorbeeld kunnen dienen voor een nieuwe Zorgbeweegketen.

In hoofdstuk 3 wordt het belang van zorggerelateerde preventie aangegeven, waarbij de NHG zorgmodule leefstijl bewegen een belangrijk handvat is voor de huisartsen. Daarmee wordt ook aangegeven dat de huisartsenkoepels ook adviseren om beweeginterventies onderdeel te laten zijn van het reguliere werk.

In hoofdstuk 4 wordt gesproken over motivatie van patiënten om leefstijlveranderingen te omarmen. Hier wordt kort op ingegaan omdat dit een groot onderwerp is, maar zonder motivatie van patiënten heeft een leefstijlinterventie op bewegen geen zin. Zorgverleners moeten leren om niet meteen in oplossingen te denken en veel meer door te vragen en een uitgebreid gesprek aan te gaan over de motivatie. Het spinnenwebmodel van IPH of het GG-gesprek zijn twee manieren voor de huisarts om deze gesprekken vorm te geven.

In hoofdstuk 5 komen een aantal succesvolle beweeginterventies vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg naar voren, die de afgelopen jaren in diverse delen van het land hebben gelopen of nog lopen. De gemene deler van deze succesvolle projecten zit hem in een actief betrokken huisarts met enige autoriteit, die ook actief meedoet of overdraagt. Een ketenaanpak met beweegaanbod dat laagdrempelig is en dicht bij de huisartsenpraktijk georganiseerd is, komt ook als succesvoorwaarde naar voren. Als laatste is enige subsidie voor de deelnemers aan het beweegaanbod relevant om het sporten voor iedereen mogelijk te maken, ook voor de financieel minder kapitaalkrachtigen.

Organisatie van samenwerking tussen de zorgsector en de beweegaanbieders staat centraal in hoofdstuk 6. Met een uitgebreide literatuurstudie, waarbij the Health Alliances (HALL) framework van Koelen, Vaandrager en Wagemakers als theoretisch model geschetst wordt om het belang van persoonlijke en institutionele factoren te benoemen die een succesvolle organisatie van de samenwerking mogelijk maken. Duidelijk wordt dat persoonlijke klik en netwerk zeer bepalend zijn voor samenwerking evenals een gedeelde visie over hoe een gezonde wijk eruit moet zijn en wat ieders rol daarin moet zijn. Uiteindelijk resulteert dat in succesfactoren waarin de organisatie van de samenwerking moet voldoen. Activistische energie bij de regisseurs, draagvlak bij de achterban en duidelijke rolverdeling zijn relevant. Aandacht voor cultuurverschillen tussen zorg en sport komt ook tot uiting in de tijdsplanning. Professionals versus vrijwilligers en besluitvormingstrajecten binnen verenigingen hebben ook een ander tijdspad dan individuele zorgverleners of zorggroepen met een directie. Buurtsportcoaches worden in de literatuur benoemd als ideale partij om de werelden bij elkaar te brengen en een deel van de uitvoering van het beweegaanbod vorm te geven. Het aanbod moet vindbaar zijn en anders kan je er ook niet naar verwijzen. In de interviews in hoofdstuk 7 is getoetst of de theoretische bevindingen ook in de praktijk zo ervaren worden.

Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat huisartsen open staan voor beweeginterventies in de buurt, maar deze wel in beeld moeten zijn bij de huisarts. De huisarts maakt zich wel zorgen of de doelgroepen die het beweegaanbod het meeste nodig hebben, dit ook kunnen betalen.

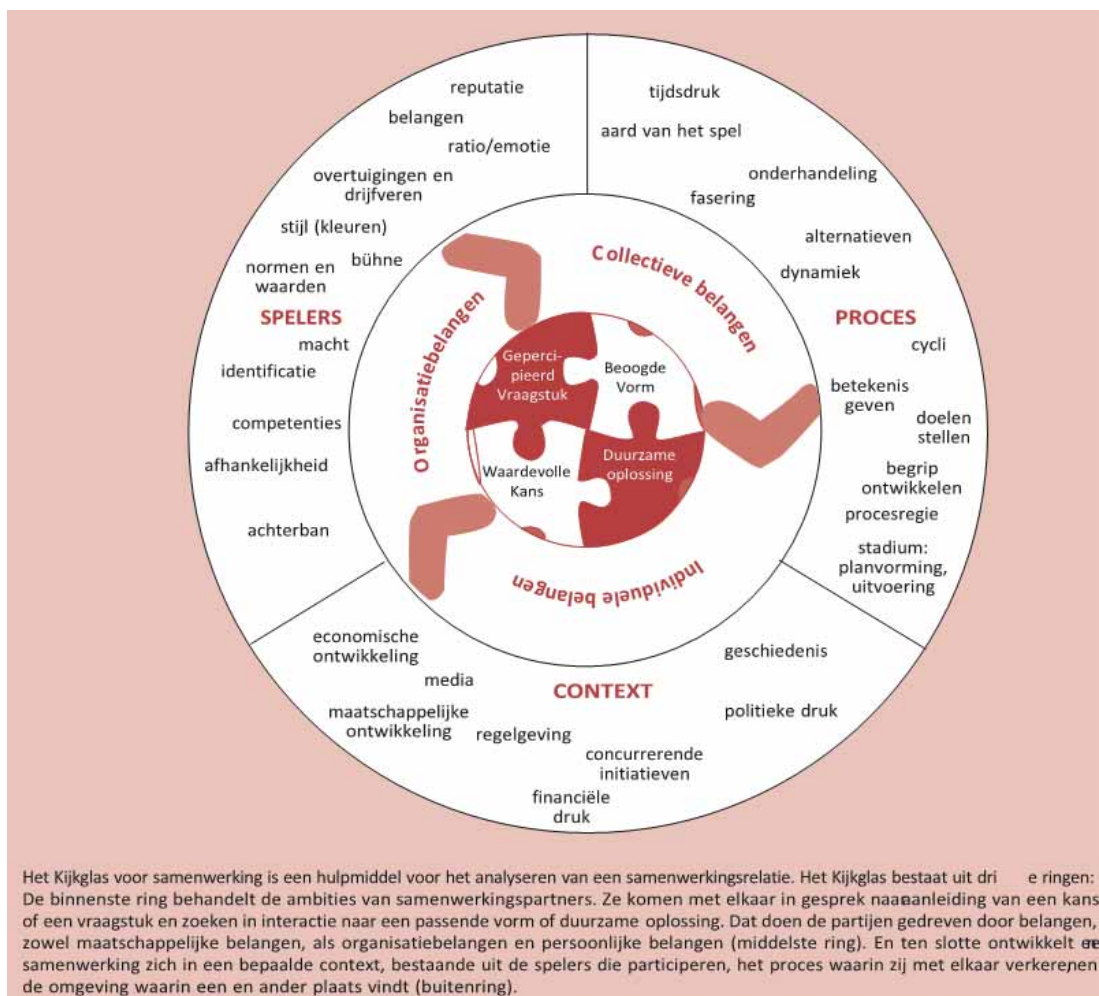
In hoofdstuk 9 wordt het samenwerkingsmodel geschetst tussen de verschillende niveaus waarop een succesvolle samenwerking gebouwd moet worden. Visie, financiën, institutionele kenmerken en bovenal persoonlijke motivatie zijn de succesfactoren waarop een zorgbeweegketen gebaseerd moet zijn. Investing in preventie binnen een keten voor chronische zorg zou dit proces kunnen versnellen.

9.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat over kansen en mogelijkheden om de bevindingen en lacunes uit het onderzoek nader vorm te geven in een nieuw samenwerkingsmodel. Op basis van de beschrijving vanuit de theorie van samenwerking en de interviews komen er een aantal bevindingen naar voren, die de basis vormen van dit model. Onderstaand kijkglas voor samenwerking (Bremekamp, 2010), is de 6^e cirkel waarin hoofdstuk 6.2 reeds naar verwezen is en geeft in het midden van de cirkels weer waar de nieuwe samenwerking van sport en bewegen op gebaseerd zal moeten worden.

Concreet gaat het dus om:

- Gepercipieerd of waargenomen vraagstuk dat opgelost moet worden met nieuwe samenwerking. (Welk probleem wordt opgelost?)
- Beoogde vorm, die voor een waardevolle kans voor nieuw aanbod kan zorgen en een duurzame oplossing geeft voor het vraagstuk. (Structuur, vernieuwend beweegaanbod en financiering)



Figuur 9: Succesvol samenwerken, Bremekamp e.a., 2010)

De onderstaande bevindingen uit hoofdstuk 6 en 7 vormen de basis voor de aanbevelingen in het vervolg van dit hoofdstuk.

Belangrijkste bevindingen vanuit theorie:

Urgentie voelen: Gezamenlijke visie en aanpak noodzakelijk

Persoonlijke factoren: Elkaar kennen, persoonlijke klik, continuïteit en terugkoppeling

Voorfinanciering: co-financiering bij start en afspraken maken over baten

Financiën: Collectieve financiering versus individuele financiering en continuïteit bij overdragen van patiënt

Aanbod: sluit onvoldoende aan bij behoefte en is niet goed in beeld bij zorgverleners

Verbinding/regie nemen: Wie brengt partijen bij elkaar, als partijen elkaar niet weten te vinden.

Belangrijkste bevindingen vanuit de interviews:

-Warme overdracht, netwerk en persoonlijke betrokkenheid zijn cruciaal voor verbinding sectoren en slagen.

-Bewegingsaanbod is onvoldoende in beeld en kan meer op maat gemaakt worden

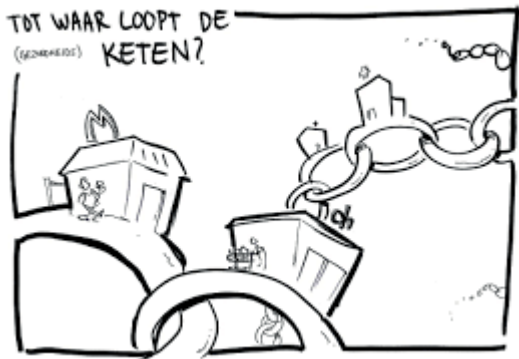
-Groepsgewijs aanbod is cruciaal voor specifieke doelgroepen

-Sportbedrijven richten zich nog niet op chronische zorgdoelgroepen

-Vrijwilligers van verenigingen hebben onvoldoende middelen om aanbod goed in beeld te brengen bij zorgverleners

9.2 AANBEVELINGEN OP STRUCTUUR ORGANISATIE ZORGBEWEEGKETEN

In de huidige situatie is er nog relatief weinig sprake van gestructureerde samenwerking binnen de gemeente of stad tussen de verschillende aanbieders op het gebied van zorg, bewegen en sport zoals in de voorgaande hoofdstukken is beschreven. Willen partijen tot samenwerking komen, dan zal er vanuit individuele organisaties in eerste instantie ook een gemeenschappelijke visie op gezondheid en bewegen neergezet moeten worden.



Bron: Drechtzorg

Zorggroep nieuwe stijl

In een presentatie van het Institute of Positive Health (IPH) op 15 mei in Didam wordt er gesproken over de volgende belangrijke uitgangspunten om een nieuwe samenwerkingsstructuur op te zetten in zorg en welzijn:

- Urgentie voelen
- Regie nemen
- Voorfinanciering
- Randvoorwaarden (gezondheid belonen, samenwerking faciliteren, ander aanbod verbinden en gezondheid meten en data verzamelen)

Deze uitgangspunten zijn noodzakelijk om tot een nieuwe structuur te komen die voldoet aan de beoogde vorm, die voor een waardevolle kans voor nieuw aanbod kan zorgen en een duurzame oplossing geeft voor het vraagstuk. (Structuur, vernieuwend beweegaanbod en financiering)

Als er op landelijke schaal ruimte is voor nieuwe samenwerkingsverbanden, zal daar op lokaal niveau invulling aan gegeven kunnen worden. De landelijke regels moeten niet als belemmering ervaren worden om lokaal samenwerkingsverbanden te sluiten tussen zorg- en beweegaanbieders. De lokale zorggroep of gezondheidscentra kunnen als voorloper optreden richting bijvoorbeeld het gemeentelijk sportbedrijf of andere sport/beweegaanbieders. De inrichting van deze zorgketen is al multidisciplinair en de bewezen effectiviteit van bewegen zou dan meegenomen moeten worden in de multidisciplinaire aanpak van een chronische zorgbeweegketen. De aanname is dat o.b.v. de in de voorgaande hoofdstukken onderbouwde succesvolle beweeginterventies de uiteindelijke zorgconsumptie zal afnemen en door het bewegen er minder gebruik gemaakt zal gaan worden van dure ziekenhuis interventies die samenhangen met het chronische ziektebeeld. Of dit realiseerbaar is zal afhangen van het invullen van de bovengenoemde randvoorwaarden waarbij het meten van de

gezondheid en het gestructureerd verzamelen van data cruciaal is. Het oplopen van de zorgkosten was wel de aanleiding van deze thesis maar uiteindelijk is het doel om beleidsmatig zicht te krijgen op het verbinden van verschillende sectoren die samenwerken aan een gezondere populatie. Een afgeleide daarvan is een positieve social return on investment, waar verder op in deze paragraaf nadrukkelijk op wordt ingegaan.

Van buurtsportcoach naar verenigingssportcoach?

De volgende stap zou wellicht zijn om een verenigingssportcoach aan te stellen zoals Theo van de Rijt in Sport Knowhow XL op 20 maart 2018 suggereert. Deze verenigingssportcoach zou dan een specifiek beweegaanbod vanuit de sportvereniging voor specifieke doelgroepen moeten begeleiden. Hij heeft het over “functionarissen die in samenwerking met gemeente, onderwijs en relevante samenwerkingspartijen binnen met name het preventiebeleid, daadwerkelijk verenigingen ondersteunen om sport als middel vorm te geven”.

Dit past natuurlijk binnen de fasering van gezondheidszorg → begeleid beweegaanbod → begeleid sportaanbod vanuit verenigingen.



Bovenstaand is dit schematisch weergegeven waarbij huisarts dus primair contact heeft met de buurtsportcoach die zicht heeft op het beweegaanbod in de wijk. De buurtsportcoach heeft contact met verenigingssportcoaches om uiteindelijk de specifieke chronische patiënt ook door te begeleiden middels een warme overdracht richting het verenigingsaanbod.

Aanbeveling 1: Zorggroepen voor chronische patiëntengroepen zouden het initiatief moeten nemen om samenwerking te zoeken met beweegaanbieders in de wijk. Een nieuwe zorgbeweegketen vanuit de zorggroep kan de eerstelijnszorg verbinden met wijkgericht beweegaanbod, waarbij de buurtsportcoach naast een uitvoerende rol, ook een verbindende rol zoekt richting de verenigingen. Een specifieke ‘verenigingssportcoach’ zou zich moeten richten op vernieuwend aanbod voor doelgroepen uit de gezondheidszorg vanuit de sportverenigingen.

9.3 AANBEVELING OP VERNIEUWEND AANBOD

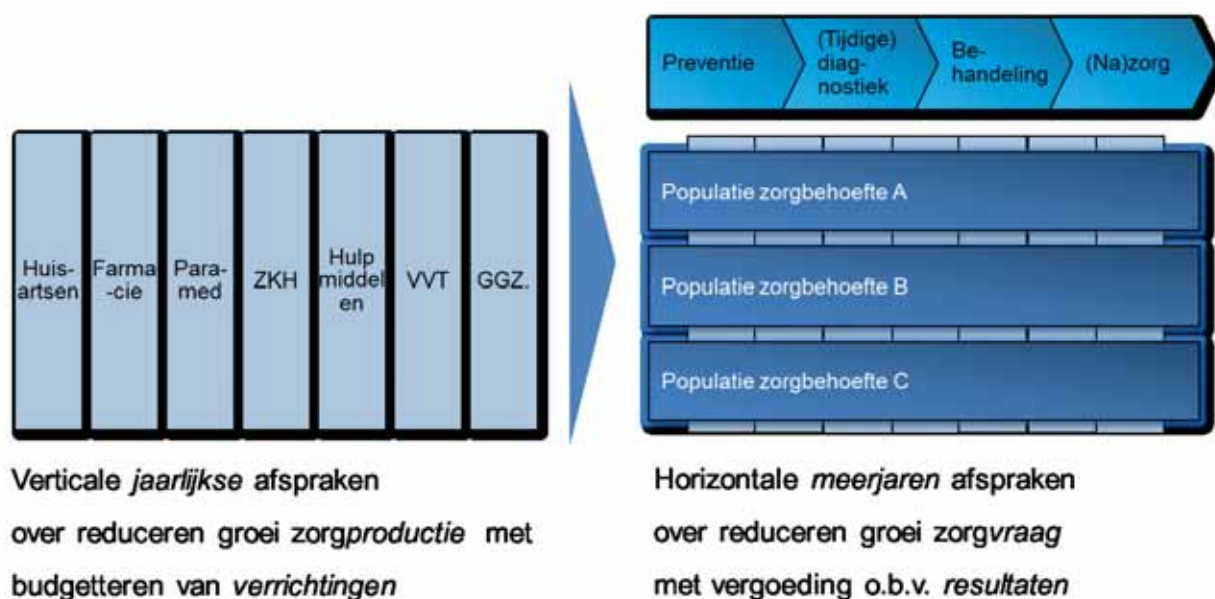
Uit literatuuronderzoek en de interviews met deskundigen kwam duidelijk naar voren dat er nog onvoldoende specifiek aanbod is voor chronische patiënten vanuit de georganiseerde verenigingssport. Daarnaast vinden verenigingen het ingewikkeld om dit in te passen in de eigen vereniging. Huisartsen gaven aan hier wel interesse in te hebben mits ze weten wat er voor aanbod is. Deze latente behoefte bij de huisartsen en nog niet voldoende inspelen vanuit het beweegaanbod, biedt duidelijke kansen voor beweegaanbieders. Dat kunnen zowel de fitnesscentra zijn die al steeds meer specifieke zorgdoelgroepen gaan bedienen, gemeentelijke sportbedrijven die zich nu nog voornamelijk op bewegen voor kinderen richten en het georganiseerde verenigingswezen. Alle drie de aanbieders van specifiek beweegaanbod kunnen inspringen op deze toenemende behoefte.

Dit aanbod kan variëren van wandelgroepen of Nordic walkinggroepen vanuit de sportvereniging, maar dit kan ook gestart worden vanuit buurthuizen of gezondheidscentra. Buurtsportcoaches kunnen dit uitvoeren in samenwerking met de zorggroepen.

Aanbeveling 2: Zorg voor specifiek aanbod voor chronische patiëntengroepen, organiseer dit laagdrempelig en groepsgewijs.

9.4 AANBEVELING OP FINANCIËN

Het succes van een Zorgbeweegketen zal mede bepaald worden door de financiering van deze keten. Nieuw in deze keten is financiering van een stuk preventie in de regulier zorgketen. Waarbij het stuk preventie weer opgedeeld kan worden in Stoppen met roken, voeding en bewegen. Zoals onderstaand beeld laat zien, is het cruciaal dat er verandering plaats moet vinden van verticale behandelingsgerichte financiering naar horizontale populatiegebonden financiering waar preventie een onlosmakelijk deel van uitmaakt. De investering in preventie verdient zich dan weer terug in een stukje besparing verder in de horizontale keten van zorg of in de sociale impact besparingen.



Bron: IPH presentatie Carl Verheijen

Institutioneel en financiën (voorfinanciering)

De gemeente en zorgverzekeraar moeten als randvoorwaarde de ruimte toe staan om te experimenteren en te investeren. Teruggrijpend op de organisatie van een zorggroep met een bedrag per chronische patiënt, zou dit kunnen betekenen dat er bepaald bedrag per huisartsenpraktijk besteed wordt aan een preventie/beweginginterventie. De financiering voor bijvoorbeeld de chronische patiënt kan deels uit het segment 2 (ketenzorgtarief) en segment 3 innovatie, in combinatie met financiering vanuit gemeenten/rijk voor inzet van buurtsportcoaches gezondheidszorg om deze beweginginterventies mogelijk te maken. Een klein percentage van het ketenzorgtarief per patiënt kan dan ingezet worden voor groepspreventie of bewegen in groepsverband.

De Bas van de Goor Foundation heeft dit ook uitgerekend en besproken met Zilveren Kruis omtrent de financiering van de Nationale Diabetes Challenge. De gedachte is de transitie van een individueel praktijk consult naar een wandelend groepsconsult in de natuur. (30 patiënten x 2 consulten x 20 minuten is gelijk aan 20 uur begeleiding van een groep (20 weken een uur wandelen en praten). Een vergelijkbare systematiek wordt in het 'Het Stoppen met Roken groepsconsult' al toegepast.

Regelgeving vanuit zorgverzekeraar moet deze inzet mogelijk maken en co-financiering vanuit gemeente is relevant voor het draagvlak en om de samenwerking buiten het zorgdomein te bestendigen. Gemeentelijke financiering is ook noodzakelijk om mensen met een lage sociaal economische status toegang te geven tot het sportaanbod in de wijk. Financiële drempels mogen dan geen belemmering zijn. Voor gemeente/landelijke politiek is dan de Social Return on Investment (SROI) relevant om in de gemeenteraad of in de kabinetsbesprekingen, gelden beschikbaar te stellen voor preventie en bewegen. In het eerdergenoemde preventieakkoord wordt ook gesproken over SROI. In Bijlage 3 wordt nog een voorbeeld gegeven van Social Return On Investment van een interventie op gezondheid en gedrag vanuit de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra. Duidelijk wordt dat het een positieve businesscase is, waarbij voorfinanciering en baten bij verschillende partijen komen.

Transitie vanuit de overheid

Als we zien dat er binnen preventieakkoord waar 170 miljoen euro beschikbaar is vanuit de ministeries, sportakkoord en gecombineerde leefstijlinterventies ook vele miljoenen beschikbaar zijn om mensen aan het bewegen te krijgen, lijkt het of bewegen in onze samenleving een nieuwe status krijgt. Bewegen en sporten verandert dan van een individueel goed waar je zelf contributie voor betaald, naar een “bemoeigoed” dat financieel ondersteund wordt door subsidies. Als bewegen als bemoeigoed (merit good) een zelfde impact heeft als andere gesubsidieerde bemoeigoederen als bv onderwijs, dan liggen er stevige kansen voor beweegaanbieders om hier op te anticiperen (Greef, 2009).

Aanbeveling 3: Experimentele financieringsruimte is noodzakelijk voor verlengen van de keten. Financiering vanuit segment 2 en 3 vanuit de zorggroep moet mogelijk zijn voor financiering van het aanbod. Co-financiering vanuit gemeente is noodzakelijk om kosten voor specifieke deelnemers laag te houden bij het beweegaanbod. Een positieve Social Return on Investment is daarbij een goede onderbouwing voor gemeenten

9.5 CONCLUSIE ZORGBEWEEGKETEN

Vanuit een gemeenschappelijke visie om meer te investeren in preventie voor chronisch zieken kan er een start gemaakt worden met een zorgbeweegketen vanuit de huisartsenpraktijk. Er moet urgentie en activistische energie zijn bij een kleine groep die verbindend werkt. Verbinding op persoonlijk niveau tussen huisarts en beweegaanbieder en verbinding tussen zorggroep en sportbedrijf zijn noodzakelijk om zorg en bewegen dicht bij elkaar te brengen. Op financieel gebied zou een zorggroep een voorfinanciering kunnen doen in groepsactiviteiten op het gebied van bewegen, maar gemeentelijk en overheidsbeleid in de vorm van cofinanciering zijn noodzakelijk voor draagvlak, uitstraling en het financieel mogelijk maken voor financieel kwetsbare doelgroepen. Relevant is om uitkomsten goed in beeld te houden en zorgvuldig te monitoren waar de besparingen vallen. Als de besparingen voor een groot deel buiten de zorg vallen door bijvoorbeeld minder ziekteverzuim of minder aanspraak op WMO budget, zou het zinvol zijn als de (voor)financiering daaruit terugbetaald wordt. Deze social return on investment is daarbij wellicht vollediger dan de mogelijke besparing van zorgkosten.

BIBLIOGRAFIE

- Annegarn, A. (2018, april). Belemmeringen van gebruik van Welzijn op recept door huisartsen. Amsterdam, NH: ELAA.
- Appelo, M. (2014). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Bakker, B., & Woerkom van, S. (2010). *Runningtherapie*. Amsterdam : De Arbeiderspers.
- Ballegooie, E., Aalbers, M., Schaars, D., Butselaar, L., Barten, M., & Jacobs, M. (2010). De huisarts brengt de bal aan het rollen. *Bijblijven* , vol 26 pp 9-17.
- Berg, v. d.-v. (2013). *Preventie in de zorg, themarapport volksgezondheid toekomstverkenning 2014*. Bilthoven: RIVM.
- Biesma, D. e. (2010). *Nederlandse artseneed, pagina 7*. utrecht: NFU, KNMG en VSNU.
- Björnberg, A. (2017). *Euro Health Consumer index 2017*. Health consumer powerhouse.
- Bleeker, R. (2013). Toekomstperspectieven voor de fitnessbranche. *Bodylife*, pp. 44-45.
- Bongers, A., & Dijkerman, T. (2013). Running therapie bij depressie: een systematische review. *Psychologie & Gezondheid* .
- Boonstra, N. e. (2011). *De maatschappelijke waarde van Sport. Een literatuurreview naar de inverdieneffecten van sport*. Verwey Jonker instituut.
- Bouma, A., Wilgen van, P., Baarveld, F., Lemmink, K., Diercks, R., & Dijkstra, A. (2017). A cross-sectional Analysis of motivation and Decision making in Referrals to Lifestyle Interventions by Primary Care General Practitioners: A Call for Guidance. *American Journal of Lifestyle medicine*, 1-10.
- Bremekamp, R. K. (2010). Succesvol samenwerken; een kompas en aanbevelingen voor betekenisvolle interactie. *Holland/Belgium management review*, 130.
- Bruins, B. (2018, maart 26). Aanbieding startadvies sportakkoord Sportraad. *Aanbieding startadvies sportakkoord Sportraad*. Den Haag, Zuid Holland: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Calfas, K. e. (1996). *A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity* . Preventive Medicine.
- Dekker, P. K. (2010). *Motiveren kun je leren*. Thoeis.
- Delden van, P. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening*. Delft/Zutphen: Eburon.
- Delden van, P. (2010). Ketensamenwerking: interne krachten bepalen het externe resultaat. *Management en organisatie*, 5-19.
- Drenthen, T., K., B. v., Leijen, M., & Monden-Oosterveld, H. (2017). Samenwerken aan gezondheid in de wijk; een rol voor de huisarts? . *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 1-3.
- Duijzer, G. (2016). *Type 2 diabetes prevention, from research to practise*. wageningen.

- Greef, M. (2009). *Het belang van bewegen voor onze gezondheid*. Groningen.
- Green, J., Hibbard, J., Alvarez, C., & Overton, V. (2016). Supporting patient behavior change. Approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation level. *Annals of family medicine*, 148-154.
- Haar ter, M. (2015). Sport mag steviger partner zijn in gemeentelijke transformatie. *online artikel*.
- Helmink, J., & Meis, J. K. (2010). *Een Jaar Beweegkuur, en dan?* Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hermens, N. J. (2012). *Sportplusverenigingen gestart, Rotterdam vooruit? Hoe Rotterdamse sportverenigingen bijdragen aan het bereiken van stedelijke doelstellingen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- <http://www.healthtouramsterdam.nl/>. (sd).
- <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/ketenzorg-introductie.html>. (2015). Opgehaald van www.kennispleinchronischezorg.nl: <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/ketenzorg-introductie.html>
- <https://iph.nl/>. (sd). Opgehaald van <https://iph.nl/>.
- <https://iph.nl/>. (207). Opgehaald van <https://iph.nl/>.
- <https://keerdiabetesom.nl/>. (sd). Opgehaald van <https://keerdiabetesom.nl/>.
- <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dossier-preventie/wat-preventie>. (2017). Opgehaald van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dossier-preventie/wat-preventie>.
- Huber, M. e. (2011). How should we define health? *BMJ*, 1-3.
- Ipenburg, B. (2014 , april). Ketenzorg maakt beloften niet waar. *Kwaliteit in zorg*, pp. 28-30.
- Jane S Thornton1. (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 sportmedicine*, 1-3.
- Jung, H. J.-R. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts en Wetenschap*, 39-42.
- Kaats, E. O. (2008). *Bestuurders zijn van betekenis. Allianties en netwerk vanuit bestuurlijk perspectief*. Amsterdam: Reed Business.
- Kleijne, I. (2017, juli 17). Normpraktijk huisarts zakt naar 2095. *medisch contact*.
- Koelen, M. V. (2012). *The Healty alliances (HALL) framework; prerequisites for success*. Wageningen: WUR.
- Kotter, J. (1997). *Leiderschap bij verandering*. Amsterdam: Boom Uitgever.
- Langejan, T. (2014). *Marktscan en beleidsbrief ketenzorg 2014*. Utrecht: NZA.
- Latta, J., & Meer, v. d. (2018). *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken*. Utrecht: Zorginstituut Nederland.
- Leemrijse, C. C. (2013). Huisarts en buurtsport moeten samenwerken: preventie gebaat bij bewegen als normale gewoonte. *Medisch contact*, 2110-2112.
- Leenaars, K. (2017). *The care sport connector in the Netherlands*. Wageningen.

- LHV, N. (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, Modernisering naar menselijke maat*. 2012: LHV, NHG.
- Lucassen, J. K. (2016). *Vitale clubs voor sport en samenleving*. Utrecht: Mullier instituut.
- Maartense, D. (2017). *Het fitnesscentrum in beeld*. van Spronsen & Partners horeca-advies.
- Maas, J. e. (2011). *Integraal gezondheidsbeleid op nationaal Niveau*. Den Haag: RIVM.
- Meijer, S., Hesselink, A., & Martens, M. (2012). *leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn*. RIVM.
- Michelini, E. (2013). *The Role of sport in health-related promotion of Physical Activity*. Dortmund Germany: Springer VS.
- NHG. (2016). *NHG zorgmodule leefstijl bewegen*. Utrecht: NHG.
- Nielen, M. (2017). *Zorggebruik in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- NOCNSF. (2017). *Open Clubs van NOCNSF*. Opgehaald van www.nocnsf.nl: <https://www.nocnsf.nl/openclubs>
- Oldenhof, L. (2012). *Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Ott.S. (2015). *Bewegen op recept bij de sport*. Utrecht: Vilans, trimbos, NISB e.a.
- Peters, S. (2014, september). De nieuwe bekostiging. *de Dokter*, pp. 30-31.
- Pomp, M., & Buskens, E. (2012). *Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke waarden van Healthy ageing onderzoek*. groningen: UMCG Groningen.
- Porter, M. (2006). *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business review press.
- Regeer, H. H. (2017). *Resultaten onderzoek Nationale Diabetes Challenge 2017*. Arnhem: NDC.
- Rotmans, J. (2017, mei 7). op weg naar energieleverende gebouwen. *FMI*.
- Rotterdam Sportsupport, N. S. (2014, augustus). Kansen voor sportclubs als wijkpartner. *www.meerdansport.nl*, pp. 29-33.
- Smeele, I. (2018). Zorg voor een sociale beweegkaart per wijk. *Buurtsportcoach*, pp. 56-57.
- sportsupport, R. (2016). <https://www.rotterdamsportsupport.nl/over-ons/publicaties/>.
- Steward, K. S. (2011). *Stimuleren van beweging in SEGV wijken: Het perspectief van de huisarts*. Rotterdam: CEPHIR studie.
- Struijs, J. J.-v. (2012). *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg*. Bilthoven: RIVM.
- Visser, S., Kremer, J., Cools, K., & Klink, A. (2012). *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg tegen lagere kosten*. Amsterdam: Booz&company.
- VWS, Ministerie van (2018, april 26 april). *Onderhandelaarsakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022*. *Financieel dagblad*.
- www.volksgezondheidszorg.info*. (2016). Opgehaald van www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus

ZilverenKruis. (april 2018). *Inkoopbeleid 2019 organisatie en infrastructuur*. Zeist: Zilveren Kruis.

zorggroep, z. (2017). *www.zio.nl*. Opgehaald van zorgprogramma diabetes:
<https://www.zio.nl/zorgprogrammas/diabetes/algemene-informatie/>

Bijlage 1

Meer cijfers over de huisartsenzorg

In de onderstaande tabel vindt u een aantal kerncijfers over de huisartsenzorg. Deze cijfers zijn gebaseerd op publicaties van het NIVEL, de Nederlandse Zorgautoriteit en Stichting Inschrijving op Naam en op de Rijksbegroting.

	2006	Actueel	Bron
Aantal huisartsenpraktijken	4469	5068	NIVEL (2014)
Aantal huisartsen	8612	8812	NIVEL (2014)
Man-vrouw verhouding onder huisartsen	66/34	48/52	NIVEL (externe link) (2016)
Patiënten per normpraktijk (2095 patiënten)	2350	2168	NZA (2017, vanaf 2018 verlaging naar
Aantal consulten per jaar	8296	8882	NZA (2016)
Budget voor zorg in Nederland	€ 47,6 mld.	€ 72,9 mld.	Rijksbegroting (2016)
Budget voor huisartsenzorg	€ 1766,6 mln.	€ 2762 mln.	Rijksbegroting (2016)
% van totaal zorgbudget	3,3%	3,8%	Rijksbegroting (2016)
% zorg die de huisarts in de eigen praktijk afhandelt	95%	94%	
% Nederlanders dat staat ingeschreven bij een huisarts	99,9997%		

Database ION (2016)

Bijlage 2:

Vragenlijst voor huisartsen/zorg

Introductie en uitleg onderzoek

Van substitutie van zorg naar transitie waarin bewegen/sporten een rol kan spelen. Vraag is of dit zo is, effect van bewegen, rol van voorschrijver en verbinding zorg en sport/bewegen (hoe)

Context en waarom deze personen uitgenodigd voor interview

Kracht van de eerstelijnszorg.

1. Wat verstaat u onder de kracht van de eerstelijnszorg?
2. Kunt u een voorbeeld geven?
3. Wat is de specifieke kracht van de huisarts binnen de eerstelijnszorg?
4. Hoe is samenwerking binnen de eerstelijnszorgaanbieders (huisarts, fysiotherapeut, POH-er)?

Chronische patiënten, preventie en bewegen

5. Kunt u aangeven wat er nu al gedaan wordt vanuit huisartsen rondom bewegen bij chronische patiënten?
6. Kunt u aangeven of en waarom bewegen relevant is voor chronische patiënten
7. Adviseert u dat wel eens of krijgt u hier vragen over? Zo ja hoe vaak?
8. Wat is reactie op deze vraag/advies?
9. Waar liggen belemmeringen voor patiënt om te gaan bewegen?

Beweeg sport aanbod in de wijk

10. Wat is er voor beweegaanbod in uw wijk voor chronische patiënten?
11. Is dit maatwerk of generiek voor alle burgers?
12. Brengt u dit aanbod wel eens ter sprake met uw patiënt?

Rol huisarts in samenwerking beweegaanbieders?

13. Wat is er nodig om meer naar beweegaanbieders te verwijzen?
14. Wat verwacht u van beweegaanbieders?
15. Hoe zou u de rolverdeling graag zien?
16. Wat voor ondersteuning heeft u nodig? (organisatie, geld etc.)
17. Wat vindt u belangrijk in de samenwerking?
18. Welke partijen zouden er betrokken moeten zijn om dit te organiseren?
19. Wat zou het merkbare effect moeten zijn voor de huisartsen?

Vragenlijst voor sport/beweegaanbieders

Context:

Informatie onderwerp “Van substitutie van zorg naar transitie van een bedrijfstak”.

Onderwerp is hoe zorgverleners en sport/beweegaanbieders meer kunnen samenwerken.

Beweegaanbod

1. Kunt u aangeven wat het beweegaanbod is vanuit jullie bedrijf/vereniging?
2. Kunt u aangeven wat het beweegaanbod is vanuit jullie bedrijf/vereniging voor specifieke zorgdoelgroepen? (chronisch zieken, ouderen etc.)
3. Hoe ziet dit aanbod eruit?
4. Worden er ook deelnemers verwezen vanuit huisartsen?
5. Is jullie aanbod bekend bij huisartsen?

Samenwerking met de gezondheidszorg

6. Is er een samenwerking met de huisartsen in de regio en zo ja hoe is dat geregeld?
7. Weet u wat behoefte is van zorgverleners op beweegaanbod van chronisch patiënten?
8. Weet u wat behoefte is van chronische patiënten op beweeggebied?
9. Hoe kunnen patiënten en zorgverleners jullie vinden?
10. Wie zou dit kunnen ondersteunen of bemiddelen?
11. Wat vinden jullie belangrijk in de samenwerking met zorgverleners?
12. Wat is er nodig om samenwerking te bestendigen?
13. Wie zou daar het initiatief voor moeten nemen?

Samenwerking met de georganiseerde sport

14. In hoeverre is het beweegaanbod goed in beeld? Sport/beweegkaart
15. Hoe is de samenwerking met de georganiseerde sport georganiseerd?
16. Zijn er al verenigingssportcoaches die de specifieke doelgroepen goed begeleiden binnen reguliere aanbod
17. Wat zijn belemmeringen in de samenwerking?
18. Waar liggen kansen op samenwerking?

Bijlage 3: Social Return On Investment Gezondheid & Gedrag

Een Quick Scan Social Return On Investment Perspectief geven beschrijft per stakeholder de kosten en baten van een zelfzorg innovatie. Een positieve ratio opent de weg naar duurzame inbedding. Wanneer de kosten en baten per stakeholder onevenredig verdeeld zijn, biedt de SROI perspectief om financiële afspraken over opschaling te maken.

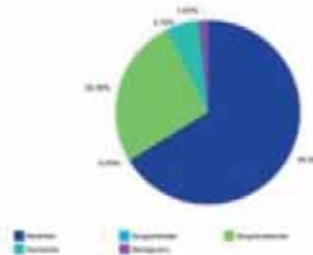
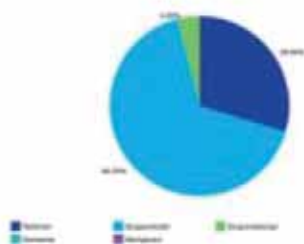
Quick Scan Social Return On Investment

Begeleiding Gezondheid & Gedrag – SAG, Amsterdam

2192 DM II patiënten krijgen begeleiding van hun zorgverleners en werken aan gezondheid en gedrag.

Inbreng / kosten
€2.990.079,06

Waarde / baten
€13.290.905,22



Ratio
3.95 – 4.95

Value Drivers

De toegevoegde waarde volgens de groep van stakeholders:

- Verhoging kwaliteit van leven
- Lagere zorgkosten
- Minder langdurig ziekteverzuim

Kosten / Baten

- Patiënten +
- Zorggroep -
- Zorgverzekeraar +
- Gemeente +
- Werkgever +

Conclusies

- De zelfzorg-methode 'Gezondheid & Gedrag' biedt voldoende perspectief voor duurzame inbedding en financiering.

- Kosten / Baten verdeling per stakeholder belemmert implementatie.

Scenario duurzame bekostiging Begeleiding Gezondheid & Gedrag

- Investering van zorgverzekeraar e/o werkgever e/o gemeente.

De Ratio geeft de toegevoegde waarde over 5 jaar aan. Een investering van € 1,- is over 5 jaar € 3,95 à € 4,95 waard. De berekende uitkomsten zijn gebaseerd op de kans dat dit effect spontaan optreedt en de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen.

Colofon

Onderzoeklocatie: St. Amst. Gez. Centra
Opdrachtgever: Zelfzorg Ondersteund!
Informatie: www.zelfzorgondersteund.nl

Datum van publicatie: 22 december 2017
Zelfzorg: Begeleiding Gezondheid & Gedrag
Opdrachtnemer: Vital Innovators
Tel: 0031 6 30 469 511

