



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners

RIVM Briefrapport 2019-0034
T.M. Schurink-van 't Klooster | A. Loyen | K.I. Proper



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Meer bewegen: doorverwijzing
naar activiteiten door
eerstelijnszorgverleners.**

RIVM Briefrapport 2019-0034
T.M. Schurink-van 't Klooster | A. Loyen | K.I. Proper

Colofon

© RIVM 2019

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2019-0034

T.M. Schurink-van 't Klooster (auteur), RIVM
A. Loyen (auteur), RIVM
K.I. Proper (auteur), RIVM

Contact:

K.I. Proper
Afdeling Levensloop en Gezondheid
Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Karin.proper@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Sport, in het kader van V/030008/18, Proces van doorverwijzing.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners

Het RIVM heeft onderzocht of en waarom huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen mensen adviseren of concreet doorverwijzen naar programma's om meer te bewegen. Vanuit de jeugdgezondheidszorg wordt vaak aangeraden om meer te bewegen, vooral bij kinderen met overgewicht. Huisartsen doen dat in mindere mate en verwijzen vooral door wanneer het de klacht kan verhelpen waarvoor mensen op het spreekuur komen. Bewegen blijkt echter niet in alle richtlijnen voor leefstijl-gerelateerde aandoeningen te zijn opgenomen. Dit is wel het geval bij bijvoorbeeld problemen met het bewegingsapparaat, zoals aan schouder en knie, bij chronische klachten aan het zenuwstelsel en bij chronische luchtwegaandoeningen.

De belangrijkste redenen waarom artsen niet doorverwijzen zijn een beperkte motivatie van patiënten om meer te bewegen, de financiële situatie van de patiënt, gebrek aan tijd tijdens het consult, en wanneer grotere/belangrijkere problemen voorrang hebben.

Huisartsen geven zelden preventief advies om meer te bewegen, dus om gezondheidsproblemen te voorkomen. Dit is in lijn met de kerntaken van de huisarts, waar primaire preventie geen onderdeel van uitmaakt. Preventieve zorg voor patiënten met beginnende gezondheidsklachten of om complicaties te voorkómen is wel onderdeel van deze kerntaken. Resultaten van dit onderzoek bevestigen dit: huisartsen geven vooral beweegadvies als het gerelateerd is aan de gezondheidsklacht.

Huis- en jeugdartsen kunnen mensen op verschillende manieren doorverwijzen naar een bewegingsactiviteit. Dit kan zijn naar bewegen zonder begeleiding zoals wandelen of hardlopen, naar het reguliere beweegaanbod, zoals een sportschool, naar een fysiotherapeut, of naar beweegactiviteiten die de huisartsenpraktijk zelf organiseert, zoals wandelen met patiënten. Ook kan een 'beweegmakelaar' zoals een buurtsportcoach worden ingeschakeld, die helpt om een passende activiteit te vinden, of worden doorverwezen naar een 'gecombineerde leefstijlinterventie' waarbij bijvoorbeeld ook over voeding wordt geadviseerd.

Het belang van preventie in de zorg wordt de laatste jaren steeds meer erkend, ook in beleid. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS.

Kernwoorden: bewegen, sport, doorverwijzing, huisarts, praktijkondersteuners, jeugdgezondheidszorg, eerstelijnszorg, interventie, preventie

Synopsis

Physical activity: referral to activities by primary care providers

RIVM has investigated whether and why general practitioners, practice assistants, pediatricians and pediatric nurses refer people to physical activities. Pediatricians often recommend physical activity, especially in overweight children. GPs do this to a lesser extent and mainly promote physical activity in case it involves a physical activity-related complaint. Physical activity appeared not to be included in all health care guidelines for lifestyle-related disorders, but was included in, for example, health care guidelines of musculoskeletal disorders, chronic complaints of the nervous system and chronic respiratory diseases.

The main reasons why doctors do not advise to increase levels of physical activity are a limited motivation of patients, the financial situation of the patient, lack of time during the consultation, and larger / more important problems of the patient.

GPs rarely give preventive advice to increase physical activity levels, in order to prevent health problems. This is in line with the core tasks of the GP, of which primary prevention is not a part. Preventive care for patients with health problems is part of the core tasks of the GP and results of this study confirm this: GPs mainly provide exercise advice if it is related to the health complaint.

GPs and pediatricians can refer people to physical activity in various ways. This can involve physical activity without supervision, such as walking or running, to regular exercise, a physiotherapist, or physical activities organized by the GP practice, such as walking with patients. A "physical activity agent" can also be called in, who helps to find a suitable activity, or a referral to a "combined lifestyle intervention" including the promotion of a healthy diet in addition to physical activity.

The importance of prevention in health care is increasingly being recognized, also in policy. This study was commissioned by the Ministry of Health, Welfare and Sport.

Keywords: physical activity, sports, referral, general practitioner, nurse practitioners, pediatricians, primary care, intervention, prevention

Inhoudsopgave

| | |
|----------|--|
| 1 | Inleiding — 9 |
| 2 | Doel en vraagstellingen van het onderzoek — 13 |
| 2.1 | Doel van het onderzoek — 13 |
| 2.2 | Onderzoeksvragen — 13 |
| 2.3 | Afbakening — 14 |
| 2.3.1 | Focus op huisartspraktijk en jeugdgezondheidszorg — 14 |
| 2.3.2 | Focus op preventie ongeacht doelgroep en fase van ziekte — 14 |
| 3 | Methoden van het onderzoek — 15 |
| 3.1 | Desk search — 15 |
| 3.2 | Interviews — 16 |
| 3.3 | Enquête — 17 |
| 3.4 | Klankbordgroep — 18 |
| 3.4.1 | Samenstelling en doel — 18 |
| 3.4.2 | Bijeenkomsten — 18 |
| 4 | Resultaten van het onderzoek — 19 |
| 4.1 | Desk search naar richtlijnen en zorgstandaarden — 19 |
| 4.1.1 | Actieve verwijzing — 19 |
| 4.1.2 | Kwantitatief beweegadvies — 19 |
| 4.1.3 | Kwalitatief beweegadvies — 19 |
| 4.1.4 | Algemeen leefstijladvies — 20 |
| 4.1.5 | Geen verwijzing of advies — 20 |
| 4.2 | Desk search naar bestaande beweeginitiatieven — 21 |
| 4.2.1 | Doorverwijzing naar het reguliere beweegaanbod — 21 |
| 4.2.2 | Doorverwijzing naar laagdrempelig beweegaanbod — 22 |
| 4.2.3 | Doorverwijzing naar een fysiotherapeut — 22 |
| 4.2.4 | Doorverwijzing naar een beweegmakelaar — 23 |
| 4.2.5 | Doorverwijzing naar een gecombineerde leefstijlinterventie — 23 |
| 4.2.6 | Doorverwijzing naar beweegactiviteiten van de zorgverlener zelf — 25 |
| 4.2.7 | Samenvattend — 25 |
| 4.3 | Interviews naar doorverwijzing in de praktijk — 26 |
| 4.3.1 | Jeugdgezondheidszorg — 26 |
| 4.3.2 | Huisartsenpraktijk — 28 |
| 4.4 | Enquête naar doorverwijzing in de praktijk — 30 |
| 4.4.1 | Stellingen — 30 |
| 4.4.2 | Doorverwijzen van kinderen — 31 |
| 4.4.3 | Doorverwijzen van volwassenen — 32 |
| 4.4.4 | Proces van doorverwijzing — 33 |
| 5 | Conclusie en discussie — 35 |
| 5.1 | Belangrijkste resultaten samengevat — 35 |
| 5.2 | Beschouwing — 35 |
| 5.2.1 | Werving en deelname enquête — 35 |
| 5.2.2 | Desk search naar richtlijnen/zorgstandaarden, bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden — 36 |
| 5.2.3 | Preventie in de zorg — 36 |
| 5.2.4 | Redenen om niet te verwijzen — 37 |
| 5.2.5 | Wat is er nodig om vaker te verwijzen? — 37 |

5.2.6 Traject na doorverwijzing — 38

5.3 Conclusie — 38

6 Literatuur — 39

Appendix 1 Uitgebreid overzicht van onderzochte richtlijnen/zorgstandaarden m.b.t. leefstijl-gerelateerde aandoeningen en de manier van doorverwijzing naar bewegen — 43

Appendix 2. Schematisch overzicht van de in dit rapport besproken bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van doorverwijzing van de eerstelijnszorg naar bewegen — 46

Appendix 3. Interview leidraad doorverwijzingsproces — 50

Appendix 4. Focusgroep leidraad doorverwijzingsproces — 57

Appendix 5. Opzet van de enquête — 61

1 Inleiding

Er is ruimschoots bewijs voor de positieve gezondheidseffecten van bewegen op de gezondheid (Gezondheidsraad 2017). Voldoende bewegen bevordert de kwaliteit van leven en verlaagt het risico op het ontstaan van diverse chronische ziekten en aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, osteoporose, bepaalde vormen van kanker, en depressie (RIVM 2018). Bewegen is gezond voor alle leeftijdsgroepen. Volgens de in 2017 uitgebrachte richtlijnen voor bewegen (Gezondheidsraad 2017) zouden volwassenen wekelijks ten minste twee en een half uur matig intensief moeten bewegen en kinderen dagelijks minstens een uur. In combinatie met spier- en botversterkende activiteiten wordt daarmee het risico op chronische ziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, depressieve klachten en, bij ouderen, botbreuken, verlaagd (Gezondheidsraad 2017).

Gezondheidseffecten van bewegen (Gezondheidsraad 2017)

Uitkomsten onderzoek bij volwassenen

- Kleiner risico op depressieve symptomen, hart- en vaatziekten, borstkanker, darmkanker, diabetes en vroegtijdig overlijden
- Gunstig effect op depressieve symptomen, bloeddruk, vetmassa, buikomvang, gewicht, insulinegevoeligheid en diabetes

Uitkomsten onderzoek bij ouderen

- Kleiner risico op cognitieve achteruitgang, dementie, ziekte van Alzheimer, fracturen (in het bijzonder heupfracturen) en lichamelijke beperkingen
- Gunstig effect op spierkracht, vetvrije massa, fracturen en loopsnelheid

Uitkomsten onderzoek bij kinderen

- Kleiner risico op depressieve klachten
- Gunstig effect op depressieve klachten, aerobe fitheid, spierkracht, insulinegevoeligheid, gewicht en vetmassa bij kinderen met overgewicht en obesitas en botkwaliteit

In 2017 voldeed 47% van de Nederlanders van 4 jaar en ouder aan de beweegrichtlijnen. Daarbij zijn verschillen te zien naar achtergrondkenmerken. Kinderen in de leeftijd tussen 4 tot en met 11 jaar (56%) en hoger opgeleiden (55%) voldeden in 2017 het vaakst aan de beweegrichtlijnen (RIVM 2018) (Gezondheidsenquête (GE) / Leefstijlmonitor (LSM) 2014-2017).

Beweegrichtlijn 2017 (Gezondheidsraad 2017)*Volwassenen en ouderen*

- Matig of zwaar intensieve inspanning minimaal 150 minuten per week, verspreid over diverse dagen
- Spier- en botversterkende activiteiten (voor ouderen inclusief balansoefeningen) minimaal 2x per week
- Voorkom veel stilzitten

Kinderen 4-18 jaar

- Matig of zwaar intensieve inspanning minimaal 1 uur per dag
- Spier- en botversterkende activiteiten minimaal 3x per week
- Voorkom veel stilzitten

De combinatie van de positieve gezondheidseffecten van bewegen enerzijds, en het percentage Nederlanders dat onvoldoende beweegt anderzijds, vraagt om het stimuleren van bewegen onder een groot deel van de bevolking. De eerstelijnsgezondheidszorg biedt hiervoor een geschikte setting. Dat past ook binnen de toenemende aandacht voor het stimuleren van preventie in de zorg onder het motto van 'voorkomen is beter dan genezen' (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2007, van den Berg, Post et al. 2013, Kamerbrief 2016, Kamerbrief 2016). Zo heeft bijvoorbeeld de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen in 2015 geadviseerd dat de Nederlandse samenleving moet verschuiven van nazorg naar voorzorg (ontzorgen). Daarbij speelt preventie in het algemeen en lichamelijke beweging in het bijzonder een belangrijke rol.

De basisverzekering vergoedde tot en met 2018 geen leefstijladviezen en programma's, maar er waren wel een aantal aanvullende verzekeringen die de kosten voor leefstijladviezen of gecombineerde leefstijlinterventies vergoedden. Vanaf 2019 is er meer ruimte voor preventieve gezondheidszorg vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Huisartsen kunnen mensen met een gezondheidsrisico door overgewicht verwijzen naar een zogenaamde gecombineerde leefstijl interventie (GLI), dit wordt dan vergoed vanuit de basis zorgverzekering (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2018).

Daarnaast kunnen huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners mensen ook doorverwijzen naar andere vormen van bewegen, zoals een lokale sportclub, een buurtsportcoach of nationale en lokale beweegprogramma's. Dit kunnen zij doen op basis van hun richtlijnen en standaarden, maar ook op eigen initiatief. Het is echter onduidelijk of, hoe vaak, en waarom eerstelijnszorgverleners hun patiënten en cliënten doorverwijzen naar bewegen.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Directie Sport heeft het RIVM daarom gevraagd om onderzoek te verrichten naar het doorverwijzingsproces van eerstelijnszorgverleners naar bewegen als interventie. In dit rapport geven we een uitwerking van dit onderzoek.

Leeswijzer rapport

Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Hoofdstuk 2

Methoden

Hoofdstuk 3

Resultaten

Hoofdstuk 4

Conclusie en discussie

Hoofdstuk 5

2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

2.1 Doel van het onderzoek

In het kader van preventie is het belangrijk dat professionals die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg goed zicht hebben op de mogelijkheden die er zijn voor bewegen en dat dit ook een plaats krijgt in de behandeling en richtlijnen. Zorgverleners in de eerstelijnszorg zouden dus niet alleen medicatie voor moeten schrijven, maar ook leefstijladviezen kunnen en moeten geven. Het stimuleren van bewegen is daar een belangrijk onderdeel in. Op dit moment is onbekend in hoeverre er in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt doorverwezen naar bewegen als interventie. Om die reden heeft het ministerie van VWS, Directie Sport aan het RIVM gevraagd onderzoek te verrichten naar het doorverwijzingsproces van huisartsen en jeugdgezondheidszorgverleners naar bewegen als interventie.

Bewegen

Er zijn verschillende definities van bewegen. Voor dit onderzoek hanteren we de definitie, zoals ook aangehouden op volksgezondheidszorg.info (RIVM 2018), afkomstig van Caspersen et al., 1985 (Caspersen, Powell et al. 1985):

“Elke krachtsinspanning van skeletspieren resulterend in méér energieverbruik dan in rustende toestand”

Hieronder vallen verschillende niveaus van intensiteit (licht, matig en zwaar intensief), en bewegen in verschillende domeinen (werk, school, huishouden, vrije tijd, etc.) (U. S. Department of Health and Human Services 1996, RIVM 2018).

2.2 Onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de wijze van doorverwijzing door eerstelijnszorgverleners willen we antwoord krijgen op de volgende vragen:

- 1) Welke richtlijnen/zorgstandaarden zijn er m.b.t. leefstijl-gerelateerde aandoeningen ten aanzien van het doorverwijzen naar bewegen?
- 2) Wat zijn bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van doorverwijzing van de eerstelijnszorg naar bewegen?
- 3) Hoe vaak wordt er vanuit de eerstelijnszorg doorverwezen naar bewegen als interventie? Om welke redenen wordt er al dan niet doorverwezen? En hoe ziet het proces van doorverwijzing eruit?

2.3 Afbakening

2.3.1 *Focus op huisartspraktijk en jeugdgezondheidszorg*

Verschillende beroepsgroepen behoren tot de zorgverleners in de eerstelijnszorg. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte en vormt daarmee de spil van de eerstelijnszorg. De praktijkondersteuners (POH'ers) ondersteunen de huisarts op een aantal gebieden. Vanwege de spilfunctie van de huisartsenpraktijk in de eerstelijnszorg, richt dit onderzoek zich op de huisarts en de POH'ers, inclusief de POH Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ).

De jeugdgezondheidszorg heeft als voornaamste taak het beschermen en bevorderen van de gezondheid van alle jeugdigen van 0 tot 18 jaar. Ook de jeugdgezondheidszorg heeft naast behandeling en zorg taken op het gebied van preventie, daarom richt dit onderzoek zich op zowel jeugdartsen als jeugdverpleegkundigen.

Focus op huisartsenpraktijk en jeugdgezondheidszorg

- Huisartsen
- Praktijkondersteuners (POH), waaronder POH geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)
- Jeugdartsen
- Jeugdverpleegkundigen

Alle overige eerstelijnszorgverleners worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, bijvoorbeeld fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten vallen weliswaar onder de eerstelijnszorg, maar worden bezocht als er klachten zijn aan het bewegingsapparaat, en er dus een reden is voor bewegingsstimulering, bijvoorbeeld door specifieke oefeningen. De kans dat er door de fysiotherapeut adviezen voor bewegen wordt voorgeschreven is daarmee groot. Diëtisten worden om dezelfde reden buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek. Diëtisten zijn vaak gericht op gewichtscontrole en richten zich primair op het voedingspatroon, de energie-inname, maar adviseren ook over de andere kant van de energiebalans, bewegen.

2.3.2 *Focus op preventie ongeacht doelgroep en fase van ziekte*

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Om een goed en gedetailleerd zicht te krijgen in het proces van doorverwijzing, richt dit onderzoek zich op preventie ongeacht de doelgroep en ongeacht de fase van ziekte.

Preventie

Er zijn grofweg vier indelingen van preventie, namelijk naar:

- 1) doelgroep (universele, selectieve, geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie);
- 2) fase van de ziekte (primaire, secundaire en tertiaire preventie);
- 3) type maatregel;
- 4) methode van uitvoering.

3 Methoden van het onderzoek

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn drie verschillende methodieken uitgevoerd:

- 1) Desk search
- 2) Interviews
- 3) Enquête

3.1 Desk search

De desk search is uitgevoerd om antwoord te krijgen op onderzoeksvragen 1 en 2 (zie paragraaf 2.2). Voor het beantwoorden van vraag 1 "*Welke richtlijnen/zorgstandaarden zijn er m.b.t. leefstijl-gerelateerde aandoeningen ten aanzien van het doorverwijzen naar bewegen?*" is gebruik gemaakt van het internet. Databanken van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, Trimbos instituut, Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Zorginstituut Nederland (ZN) en Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn doorzocht. Voor het doorzoeken van de richtlijnen is gezocht op de volgende (delen van) steekwoorden: "*beweeg*", "*bewegen*", "*sport*", "*activiteit*", "*buiten spelen*", "*therap*" en "*fys*".

Daarbij lag de focus op richtlijnen, zorgstandaarden, behandelrichtlijnen, multidisciplinaire richtlijnen, landelijke transmurale afspraken en landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken in de zorg voor patiënten met leefstijl-gerelateerde aandoeningen. Omdat het minstens zo belangrijk is te weten in welke richtlijnen niet doorverwezen wordt naar bewegen, wordt hier tevens rapportage van gemaakt.

Afbakening van richtlijnen en zorgstandaarden

- Hart- en vaatziekten (*bijv. beroerte / herseninfarct*)
- Bloedaandoeningen (*bijv. anemie*)
- Chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen (*bijv. chronische darmontsteking*)
- Klachten van het bewegingsapparaat (*bijv. rugklachten*)
- Chronische klachten van het zenuwstelsel (*bijv. niet-aangeboren hersenletsel*)
- Psychische problemen (*bijv. depressie*)
- Chronische luchtwegaandoeningen (*bijv. astma*)
- Endocriene ziekten / voeding-gerelateerde ziekten (*bijv. obesitas*)
- Nieraandoeningen (*bijv. nierfalen*)
- Nieuwvormen (*bijv. carcinoom*)
- Chronische oogandoeningen (*bijv. visusklachten*)

Aanvullend hierop is een desk search verricht om vraag 2 "*Wat zijn bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van doorverwijzing van de eerstelijnszorg naar bewegen?*" te kunnen beantwoorden. Het doel van deze search was om een beeld te krijgen van de verschillende vormen van doorverwijzing in de huisartsenpraktijk en de jeugdgezondheidszorg naar bewegen als interventie. Bovendien zijn

bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van die doorverwijzing van de eerstelijnszorg naar bewegen geïdentificeerd. Geraadpleegde bronnen omvatten gepubliceerde rapporten (zoals 'Kennismvraag: zorg en sport bewegen in de buurt' van NIVEL (Leemrijse, Veenhof et al. 2013) en 'Preventie in de zorg' van het RIVM (van den Berg, Post et al. 2014)) en relevante websites (zoals www.loketgezondleven.nl, www.allesoversport.nl, www.sportindebuurt.nl). Daarnaast hebbende leden van de klankbordgroep (zie paragraaf 3.4) bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden aangeleverd.

3.2 Interviews

Om meer inzicht te krijgen in vraag 3 *"Hoe vaak wordt er vanuit de eerstelijnszorg doorverwezen naar bewegen als interventie? Om welke redenen wordt er al dan niet doorverwezen? En hoe ziet het proces van doorverwijzing eruit?"* zijn interviews afgenomen met huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

De eerstelijnszorgverleners zijn op verschillende manieren geworven. De huisartsen zijn geworven via de coördinator van de NHG-kaderopleiding bewegingsapparaat. Er zijn twee focusgroep interviews georganiseerd met huisartsen die deelnemen aan de kaderopleiding bewegingsapparaat. Deze interviews vonden plaats tijdens een opleidingsdag. Daarnaast heeft de coördinator twee huisartsen (buiten de kaderopleiding om) persoonlijk benaderd voor een individueel interview. De praktijkondersteuners zijn geworven via een oproep op de Facebook-pagina en de website van de Nederlandse Vereniging voor Praktijkondersteuners (NVvPO). De oproep voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen is verspreid via verschillende kanalen, waaronder de ActiZ jeugdnieuwsbrief, GGDGHOR nieuws, Facebookgroepen voor AJN leden en stafartsen, en V&VN-leden. Deelnemers kregen geen vergoeding.

De interviews zijn face-to-face afgenomen en duurden ongeveer een half uur. Twee interviews zijn door bereikbaarheidsproblemen telefonisch afgenomen. De focusgroep interviews duurden drie kwartier tot een uur. Het waren semi-gestructureerde interviews, waarbij gebruik is gemaakt van een leidraad (zie Appendix 3 en 4).

Tijdens de interviews kwamen de volgende vragen aan bod:

- Verwijst u wel eens naar bewegen? Op basis waarvan?
- Wie verwijst u naar bewegen?
- Om welke redenen verwijst u naar bewegen?
- Waar verwijst u naar door? En waarom?
- Op welke manier verwijst u?
- Wat zijn uw ervaringen met zo'n doorverwijzing?
- Om welke redenen verwijst u niet (altijd) door?
- Wat zou er nodig zijn om (vaker) te verwijzen?
- Welke rol spelen de kosten/vergoedingen?

De interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Twee onderzoekers hebben ieder de helft van de transcripten gecodeerd in het programma MaxQDA, aan de hand van een codeboom. Vervolgens

hebben zij de codering van de andere onderzoeker gecontroleerd. Alle discrepanties zijn besproken om consensus te bereiken, eventueel met behulp van een derde onderzoeker. Vervolgens is de data geanalyseerd.

3.3 Enquête

Om de inzichten uit de interviews te kwantificeren is vervolgens een online enquête afgenomen onder huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. De resultaten van de interviews zijn gebruikt voor het opstellen van de antwoordmogelijkheden in de enquête. De enquête helpt bij het beantwoorden van vraag 3 *“Hoe vaak wordt er vanuit de eerstelijnszorg doorverwezen naar bewegen als interventie? Om welke redenen wordt er al dan niet doorverwezen? En hoe ziet het proces van doorverwijzing eruit?”*

De uitnodiging om de enquête in te vullen is op verschillende manieren verspreid onder eerstelijnszorgverleners. Via NIVEL is een steekproef van 900 huisartsenpraktijken getrokken. Deze 900 praktijken zijn via een brief uitgenodigd voor deelname. Praktijkondersteuners zijn geworven via een bericht op de website en de Facebookpagina van de NVvPO en de website van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn geworven via ActiZ (jeugdnieuwsbrief, website en twitter), GGDGHOR (nieuws), AJN (vergadering, Facebookgroepen), V&VN (e-mail naar actieve leden), en NCJ (website, nieuwsberichten). Deelnemers kregen geen vergoeding.

Vragen hadden betrekking op de frequentie van doorverwijzing, redenen om wel of niet door te verwijzen en het proces van doorverwijzing. Dit werd uitgevraagd voor vier verschillende groepen patiënten/cliënten:

- Kinderen die niet voldoende bewegen maar zonder (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen;
- Kinderen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen;
- Volwassenen die niet voldoende bewegen maar zonder (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen;
- Volwassenen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen.

Op advies van de klankbordgroep (zie paragraaf 3.4) is geprobeerd de enquête zo kort en toepasselijk mogelijk te maken. Deelnemers kregen alleen die vragen te zien, die voor hen van toepassing waren. Zo kregen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen geen vragen over volwassen patiënten. De invultijd varieerde van circa 5 tot 15 minuten. Zie voor de opzet van de enquête, Appendix 5.

Na de dataverzameling zijn de gegevens geanalyseerd, waarbij hoofdzakelijk beschrijvende analyses verricht zijn.

3.4 Klankbordgroep

3.4.1 *Samenstelling en doel*

Voor dit onderzoek is een klankbordgroep ingesteld. De taken van de klankbordgroep omvatten het geven van input en feedback op zowel het proces als de inhoud van het onderzoek.

Verschillende vertegenwoordigers van kennisinstututen, betrokken beroepsverenigingen en patiëntorganisaties zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de klankbordgroep. In totaal zijn er vijftien organisaties vertegenwoordigd in de klankbordgroep.

Samenstelling klankbordgroep

- Ministerie van VWS, directie Sport
- Ministerie van VWS, directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
- Ministerie van VWS, directie Curatieve Zorg
- Mulier Instituut
- Kenniscentrum Sport
- Sociaal Cultureel Planbureau
- NIVEL
- NHG-kaderopleiding bewegingsapparaat
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, vakgroep jeugdverpleegkundigen
- Landelijke Vereniging POH-GGZ
- AJN Jeugdartsen Nederland/GGD regio Utrecht
- AJN Jeugdartsen Nederland/GGD Fryslân
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
- ActiZ
- Harteraad

3.4.2 *Bijeenkomsten*

De eerste bijeenkomst van de klankbordgroep vond plaats op 28 juni 2018, bij het RIVM. In totaal waren er veertien deelnemers bij deze bijeenkomst, waaronder vier onderzoekers van het RIVM. Tijdens deze bijeenkomst is het projectplan gepresenteerd en zijn de eerste resultaten van de desk search besproken. De klankbordgroep heeft suggesties gedaan voor het onderzoek en bij hen bekende bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van doorverwijzing naar bewegen aangeleverd.

De tweede bijeenkomst van de klankbordgroep vond plaats op 5 november 2018 bij het RIVM. In totaal waren er dertien deelnemers aan deze bijeenkomst, waaronder vier onderzoekers van het RIVM. Tijdens deze bijeenkomst is de voortgang van het project besproken, inclusief de eerste resultaten van de interviews en de stand van zaken van de enquête. De klankbordgroep heeft meegedacht over manieren om de respons op de enquête te verhogen en alle doelgroepen te bereiken.

4 Resultaten van het onderzoek

4.1 Desk search naar richtlijnen en zorgstandaarden

In totaal zijn er 153 richtlijnen en zorgstandaarden met betrekking tot leefstijl-gerelateerde aandoeningen doorzocht. Deze 153 richtlijnen en zorgstandaarden hebben betrekking op 59 verschillende aandoeningen (Tabel 1, Appendix 1).

In de onderzochte richtlijnen en zorgstandaarden is een grote diversiteit in de wijze waarop naar bewegen wordt verwezen. Op basis van dit onderzoek konden de volgende manieren van verwijzing naar bewegen worden onderscheiden:

- 1) actieve verwijzing
- 2) kwantitatief beweegadvies
- 3) kwalitatief beweegadvies
- 4) algemeen leefstijladvies
- 5) geen verwijzing of advies

4.1.1 Actieve verwijzing

Een voorbeeld van een actieve verwijzing is: *“Geadviseerd wordt een door een deskundige fysiotherapeut of oefentherapeut gesuperviseerd, in de tijd afgebakend oefenprogramma aan te bieden, gericht op behoud of verbetering van beweeglijkheid van de gewrichten, spierkracht, conditie, en de individuele functionele beperkingen van de patiënt, ook indien er weinig of nog geen beperkingen in dagelijkse activiteiten of maatschappelijke participatie zijn.”* Een actieve verwijzing naar bijvoorbeeld een oefentherapeut of fysiotherapeut is het vaakst opgenomen in richtlijnen/zorgstandaarden voor klachten van het bewegingsapparaat, chronische klachten van het zenuwstelsel en chronische luchtwegaandoeningen. In richtlijnen/zorgstandaarden voor psychische problemen wordt regelmatig verwezen naar vaktherapie (dramatherapie, beeldende therapie, muziektherapie, danstherapie, speltherapie of psychomotorische therapie).

4.1.2 Kwantitatief beweegadvies

Een voorbeeld van kwantitatief beweegadvies is: *“In Nederland bestaat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, waarin wordt geadviseerd dagelijks minimaal 30 minuten matig intensief te bewegen. Bij mensen met overgewicht of een positieve energiebalans (gewichtstoename) wordt geadviseerd dagelijks minimaal een uur matig intensief te bewegen (Gezondheidsraad 2006).”* In richtlijnen/zorgstandaarden voor chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen, nieraandoeningen, en endocriene/voeding-gerelateerde ziekten wordt regelmatig een kwantitatief beweegadvies gegeven, waarbij specifiek wordt aangegeven hoe vaak en hoe lang bewegen dient te worden. Vaak is dit op basis van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

4.1.3 Kwalitatief beweegadvies

Een voorbeeld van kwalitatief beweegadvies is: *“Stem het beweegadvies af op de individuele patiënt. Vertel bijvoorbeeld bij bewegangst dat bewegen gewoon mag en niet schadelijk is.”* Een kwalitatief

beweegadvies, waarbij het belang van bewegen wordt benoemd, zijn het vaakst te vinden in richtlijnen/zorgstandaarden voor klachten van het bewegingsapparaat, psychische problemen, chronische luchtwegaandoeningen, en hart- en vaatziekten. Een kwalitatief beweegadvies wordt vaak gegeven in combinatie met een actieve verwijzing.

4.1.4 Algemeen leefstijladvies

Een voorbeeld van algemeen beweegadvies is: *“Veranderingen van leefstijl, zoals stoppen met roken en meer bewegen, zijn de basis van het beleid.”* Algemeen leefstijladvies, waarbij aandacht wordt gegeven aan een gezondere leefstijl zoals voeding en bewegen, is te vinden in richtlijnen/zorgstandaarden voor preventie/risico-management van hart- en vaatziekten. Daarnaast wordt dit ook regelmatig benoemd in richtlijnen voor endocriene/voeding-gerelateerde ziekten, nieraandoeningen en chronische luchtwegaandoeningen.

4.1.5 Geen verwijzing of advies

Richtlijnen/zorgstandaarden voor bloedaandoeningen en chronische oogaandoeningen bevatten geen adviezen of verwijzingen naar bewegen. Ook richtlijnen/zorgstandaarden voor nieuwvormen bevatten vaak geen beweegadviezen of verwijzingen naar bewegen.

Tabel 1. Overzicht van onderzochte richtlijnen/zorgstandaarden m.b.t. leefstijl-gerelateerde aandoeningen en de manier van doorverwijzing naar bewegen[^]

| Richtlijn/zorgstandaard | N | Manier van verwijzing naar bewegen* | | | | |
|---|----|-------------------------------------|--------------|-------------|-----------|------|
| | | Actief | Kwantitatief | Kwalitatief | Leefstijl | Geen |
| Hart- en vaatziekten | 19 | 7 | 2 | 9 | 6 | 5 |
| Bloedaandoeningen | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Klachten van het bewegingsapparaat | 14 | 8 | 3 | 9 | 2 | 3 |
| Chronische klachten van het zenuwstelsel | 9 | 5 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Psychische problemen | 55 | 17 | 2 | 29 | 10 | 20 |
| Chronische luchtwegaandoeningen | 14 | 7 | 5 | 7 | 6 | 5 |
| Endocriene ziekten / voeding-gerelateerde ziekten | 11 | 3 | 6 | 3 | 7 | 3 |
| Nieraandoeningen | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 |
| Nieuwvormen | 25 | 4 | 0 | 4 | 6 | 16 |
| Chronische oogaandoeningen | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |

[^]Een uitgebreid overzicht van richtlijnen per aandoening is te vinden in Appendix 1.

*Een richtlijn/zorgstandaard kan op meer manieren verwijzen naar bewegen.

Naast de richtlijnen/zorgstandaarden specifiek gericht op een bepaalde ziekte zijn er ook algemene zorgstandaarden waarin het belang van bewegen wordt benoemd en/of verwijzing naar bewegen wordt aanbevolen, zoals de Zorgmodule Bewegen en de NHG-standaard Het PreventieConsult.

4.2 Desk search naar bestaande beweeginitiatieven

Op basis van de desk search kunnen er globaal zes vormen van doorverwijzing in de eerstelijnszorg naar bewegen worden onderscheiden. Het is goed om te benoemen dat dit slechts één mogelijke indeling is, en dat er meerdere manieren mogelijk zijn. Bovendien is het onderscheid tussen de verschillende vormen van doorverwijzing niet zwart-wit, en lopen zij soms in elkaar over. In het kader van het huidige onderzoek is dit onderscheid echter het meest bruikbaar gebleken:

- 1) Doorverwijzing naar het reguliere beweegaanbod
- 2) Doorverwijzing naar laagdrempelig beweegaanbod
- 3) Doorverwijzing naar een fysiotherapeut
- 4) Doorverwijzing naar een beweegmakelaar
- 5) Doorverwijzing naar een gecombineerde leefstijlinterventie
- 6) Doorverwijzing naar beweegactiviteiten van de zorgverlener zelf

Doorverwijzen of adviseren

De focus van deze desk search lag op de doorverwijzing in de eerstelijnszorg naar bewegen. Daarmee bedoelen we dat de huisarts, praktijkondersteuner, jeugdarts of jeugdverpleegkundige de patiënt of cliënt gericht verwijst naar bepaalde beweegactiviteiten of -aanbieders. Zorgverleners kunnen patiënten of cliënten ook slechts een vrijblijvend advies geven om 'meer te bewegen'. Dergelijke adviezen zijn buiten beschouwing gelaten in dit onderdeel van het onderzoek.

4.2.1 Doorverwijzing naar het reguliere beweegaanbod

Huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kunnen inactieve patiënten of cliënten doorverwijzen naar het reguliere beweegaanbod. Voorbeelden van regulier beweegaanbod zijn een fitnesscentrum, een zwembad, een sportvereniging, of een andere beweegaanbieder of -faciliteit. Deze vorm van doorverwijzing is geschikt voor mensen die zonder problemen zelfstandig kunnen en willen bewegen.

Kinderen en volwassenen kunnen individueel gaan bewegen (zoals fitness of baantjes zwemmen), of in groepsverband (zoals een voetbalteam of een wandelgroep). Naast de 'traditionele' beweegaanbieders kunnen er ook beweegactiviteiten worden georganiseerd vanuit bijvoorbeeld gezondheidscentra, buurthuizen, onderwijs of kinderopvang. Het is ook mogelijk dat mensen gaan bewegen zonder zich aan te sluiten bij een beweegaanbieder, als zij bijvoorbeeld op eigen initiatief gaan wandelen, fietsen of hardlopen.

In een enquête van NIVEL gaf 54% van de 340 ondervraagde huisartsen aan dat zij patiënten wel eens verwijzen naar een lokaal fitnesscentrum, en 37% gaf aan patiënten wel eens te verwijzen naar andere beweegactiviteiten in de omgeving. Een kwart van de huisartsen gaf

bovendien aan dat zij inactieve patiënten wel eens doorverwijzen naar de praktijkondersteuner, die de patiënten vervolgens ook regelmatig doorverwijst naar een fitnesscentrum (24%) of een andere beweegactiviteit (19%) (Leemrijse, Veenhof et al. 2013).

4.2.2 *Doorverwijzing naar laagdrempelig beweegaanbod*

Een andere vorm is doorverwijzing naar zogenaamd 'laagdrempelig' beweegaanbod. Deze beweegprogramma's zijn over het algemeen bedoeld voor bepaalde risicogroepen, zoals mensen met weinig beweegervaring, overgewicht, of chronische aandoeningen. Deze mensen ervaren vaak een 'drempel' vanwege het niveau van de beweegactiviteit, de kosten voor deelname, of allebei. Bij laagdrempelig beweegaanbod gaat het dan ook om beweeginitiatieven die de financiële drempel verlagen door de activiteiten (tijdelijk) gratis of voor een lager tarief aan te bieden en/of de drempel wat betreft de intensiteit te verlagen door de activiteiten aan te bieden vanuit een toegankelijk instapniveau (ZonMW).

Een bekend voorbeeld van laagdrempelig beweegaanbod is "Bewegen op Recept". Volwassenen met een (verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen worden binnen Bewegen op Recept door eerstelijnszorgverleners doorverwezen naar beweegactiviteiten bij lokale aanbieders. Het gaat hierbij om matig-intensieve activiteiten in groepsverband die weinig sportieve vaardigheden vragen, zoals zwemmen, wandelen, of low-impact fitness. Patiënten kunnen met hun 'recept' twaalf keer aan de beweegactiviteiten deelnemen tegen een gereduceerd tarief, met de mogelijkheid om daarna in dezelfde groep door te gaan voor het reguliere bedrag (Loket Gezond Leven 2018, Van Goed naar Beter 2018).

Er is ook veel laagdrempelig beweegaanbod waar huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen naar kunnen verwijzen, maar waarvoor een verwijzing niet noodzakelijk is. Zo zijn er "NL Actief preventiecentra" waar mensen met overgewicht, diabetes of chronische aandoeningen kunnen fitnessen onder begeleiding van gespecialiseerde instructeur (NL Actief 2018). Daarnaast bestaat er bijvoorbeeld ook "Biowalking" van natuurorganisatie IVN; (gratis) natuurwandelingen voor mensen met een chronische ziekte of beperking, onder leiding van een IVN natuurgids en een medisch professional (IVN natuur educatie 2018, Loket Gezond Leven 2018). En in Amsterdam heb je Topscore, waarbij middelbare scholieren kennis kunnen maken met verschillende sporten en één van die sporten na schooltijd gaan beoefenen (Gemeente Amsterdam 2018).

4.2.3 *Doorverwijzing naar een fysiotherapeut*

Eerstelijnszorgverleners kunnen inactieve patiënten en cliënten ook doorverwijzen naar een fysiotherapeut, waar ze onder begeleiding kunnen bewegen. Volgens een factsheet van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie biedt 66% van de Nederlandse fysiotherapiepraktijken een vorm van fysiosport aan. Dit zijn beweegprogramma's waar mensen (op eigen kosten) kunnen bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2018). Dit is niet alleen gericht op mensen met lichamelijke klachten of chronische aandoeningen, maar

ook op gezonde mensen die graag onder begeleiding bewegen. Fysiosport wordt vaak in groepsverband aangeboden, waarbij iedere deelnemer een individueel programma volgt op zijn/haar niveau. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat bijna 70% van de huisartsen inactieve patiënten wel eens doorverwijst naar een fysiotherapeut (Leemrijse, Veenhof et al. 2013).

4.2.4 *Doorverwijzing naar een beweegmakelaar*

Inactieve kinderen en volwassenen kunnen door eerstelijnszorgverleners ook worden doorverwezen naar een zogenoemde 'beweegmakelaar', die ze kan begeleiden naar passend beweegaanbod. Een beweegmakelaar zal een match maken tussen de mogelijkheden en wensen van de patiënt of cliënt enerzijds, en het lokale beweegaanbod anderzijds. Beweegmakelaars kunnen inactieve kinderen en volwassenen op die manier verwijzen naar reguliere beweegaanbieders en -faciliteiten, verschillende vormen van laagdrempelig beweegaanbod, of beweegprogramma's bij de fysiotherapeut.

De functie van beweegmakelaar wordt meestal uitgevoerd door een buurtsportcoach, die de verbinding kan maken tussen de eerstelijnszorg en het lokale beweegaanbod (Leenaars 2017). Zij kunnen hiervoor een sociale beweegkaart maken en gebruiken, waarop alle beweegactiviteiten in de omgeving zijn weergegeven, zoals de digitale beweegkaart van Sportregie Rotterdam (Rotterdam Sport 2018).

Mensen kunnen in de meeste gevallen een individuele afspraak maken met de beweegmakelaar. Maar in sommige gevallen zijn er ook andere mogelijkheden. Zo hebben ze bijvoorbeeld in gezondheidscentra in Den Bosch het "Samen Gezond spreekuur" opgezet. Patiënten van wie de leefstijl extra aandacht nodig heeft (en die daarvoor open staan) worden door huisartsen en praktijkondersteuners doorverwezen naar dit spreekuur, waar zij van een wijkgezondheidswerker of buurtsportcoach concrete tips krijgen voor een gezonde leefstijl en/of worden doorverwezen naar passende beweegactiviteiten (Loket Gezond Leven 2018).

Daarnaast zijn er op verschillende plekken in Nederland sport- en beweegloketten, waar mensen met én zonder doorverwijzing meer informatie kunnen krijgen over het lokale beweegaanbod. In Nijkerk hebben ze bijvoorbeeld beweegloketten in twee gezondheidscentra, waar je in contact komt met de lokale buurtsportcoaches (Gezondheidscentra Nijkerk 2018). Bovendien zijn er in Nederland ook verschillende beweeg- en sportloketten vanuit ziekenhuizen en revalidatiecentra, die mensen willen stimuleren om tijdens en na revalidatieperiode te blijven sporten en bewegen (Stichting Special Heroes Nederland 2018).

4.2.5 *Doorverwijzing naar een gecombineerde leefstijlinterventie*

Mensen met overgewicht en gewichts-gerelateerde gezondheidsrisico's kunnen door eerstelijnszorgverleners worden doorverwezen naar een gecombineerde leefstijl Interventie (GLI). Dit zijn interventies die zich, op verschillende manieren, richten op leefstijl, voeding en gedrag.

Gecombineerde Leefstijl Interventies in de basiszorgverzekering

Vanaf 1 januari 2019 zijn een aantal Gecombineerde Leefstijl Interventies (GLI's) opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. GLI's zijn leefstijlprogramma's voor volwassenen met een gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico met als primaire doel gewichtsafname. Ze richten zich op leefstijl, voeding, en gedrag. Het RIVM heeft op het moment van schrijven drie interventies beoordeeld op een voldoende niveau van effectiviteit: Beweegkuur, SLIMMER, en Cool. Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat deze programma's voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking kunnen komen. Het is aan de zorgverzekeraars welke van deze programma's zij willen vergoeden en contracteren. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen patiënten die in aanmerking komen doorverwijzen naar een GLI. De uitvoerders van de GLI (bijvoorbeeld een leefstijlcoach, diëtist, fysiotherapeut en/of oefentherapeut) krijgen hiervoor een vergoeding, mits zij aan bepaalde eisen voldoen (Alles over Sport 2018).

"Beweegkuur" is een bekend voorbeeld van een GLI. Dit is een landelijk programma waarin volwassenen met een gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico maximaal een jaar lang worden begeleid door een leefstijladviseur (gedragsverandering), diëtist (voeding) en beweegprofessional (lichamelijke activiteit). Beweegkuur kent drie verschillende beweegprogramma's: een zelfstandig beweegprogramma waarin deelnemers zelf gaan bewegen in het reguliere beweegaanbod, een opstartprogramma waarin de beweegprofessional de deelnemers begeleid naar passend beweegaanbod, en een begeleid beweegprogramma waarin deelnemers eerst gaan bewegen onder begeleiding van een beweegprofessional, om daarna door te stromen naar het reguliere beweegaanbod. Beweegkuur is door Loket Gezond Leven beoordeeld met "eerste aanwijzingen voor effectiviteit." (Huis voor Beweging 2018, Loket Gezond Leven 2018). Pakket 2 is erkend voor de basiszorgverzekering.

Een ander voorbeeld van een GLI is "SLIMMER". Dit is een programma voor mensen van 40 tot 70 jaar oud met overgewicht en een verhoogd risico op type 2 diabetes en/of mensen met obesitas. Deze patiënten worden doorverwezen door huisartsen en praktijkondersteuners en krijgen vervolgens zes maanden lang een voedings- en een beweegprogramma bij zorgverleners (leefstijlcoach, diëtist en fysiotherapeut). Qua beweging kunnen de deelnemers wekelijks een groepsles van de fysiotherapeut bijwonen, en worden ze daarnaast gestimuleerd om meer te bewegen in het dagelijks leven. Na zes maanden maken deelnemers de overstap naar het lokale beweegaanbod, eventueel met behulp van een buurtsportcoach, en worden zij nog 18 maanden ondersteund door terugkom- en monitoringsmomenten. SLIMMER is door Loket Gezond Leven beoordeeld met "goede aanwijzingen voor effectiviteit." (Alles over Sport 2017, GGD Noord- en Oost Gelderland 2018, Loket Gezond Leven 2018).

"Cool" is een GLI voor volwassenen met overgewicht en een verhoogd risico op type 2 diabetes of hart- en vaatziekten, of obesitas dat wordt aangeboden door een leefstijlcoach. Het programma bestaat uit groepssessies en individuele gesprekken. Cool richt zich op het

stapsgewijs aanpassen van de leefstijl en het bereiken van een duurzame verandering in die leefstijl, zowel in motivatie als in gedrag. Er wordt gefocust op voeding en beweging, maar ook op slaap, stress, energie- en time-management, vitaliteit en ontspanning. (Loket Gezond Leven , Cool 2018).

- 4.2.6 *Doorverwijzing naar beweegactiviteiten van de zorgverlener zelf*
Tot slot bestaan er ook eerstelijnszorgverleners die zelf beweegaanbod organiseren voor inactieve mensen, waarbij ze in feite doorverwijzen naar hun eigen activiteiten.

Een landelijk voorbeeld hiervan is de "Nationale Diabetes Challenge." Dit is een initiatief van de Bas van de Goor Foundation, die zorgprofessionals ondersteunt om wekelijkse wandelingen te organiseren voor hun patiënten met diabetes. In 16 tot 20 weken trainen de patiënten, onder begeleiding van de huisarts en/of de praktijkondersteuner, voor de Nationale Diabetes Challenge Week in september waarin ze vier opeenvolgende dagen wandelen; de laatste dag op het Challenge Diabetes Festival (Nationale Diabetes Challenge 2018).

Daarnaast zijn er ook eerstelijnszorgverleners die zelf wandelgroepen organiseren. Een voorbeeld daarvan zijn de Rotterdamse huisartsenpraktijken die zijn aangesloten bij "Looprecept." Zij hebben stappentellers uitgedeeld aan een groep inactieve patiënten om hen inzicht te geven in hun beweeggedrag, gaan wekelijks wandelen met patiënten, en geven patiënten informatie en tips op de website www.looprecept.nl (Looprecept 2018).

- 4.2.7 *Samenvattend*
Eerstelijnszorgverleners hebben dus verschillende mogelijkheden om inactieve kinderen en volwassenen te verwijzen naar bewegen. Welke vorm van doorverwijzing wordt gekozen hangt af van de mogelijkheden en wensen van de patiënt of cliënt enerzijds, en de beschikbare beweegactiviteiten anderzijds. Het is daarbij belangrijk dat de zorgverleners op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden tot doorverwijzing. In het onderzoek van het NIVEL gaf ongeveer 20% van de bevroegde huisartsen aan niet door te verwijzen naar bewegen, omdat zij onvoldoende op de hoogte waren van het lokale aanbod. Uit datzelfde onderzoek bleek dat huisartsen vooral op de hoogte zijn van het lokale beweegaanbod via hun eigen netwerk en via collega's. Ongeveer een derde van de huisartsen noemde ook de sociale beweegkaart als informatiebron (Leemrijse, Veenhof et al. 2013).

Keuzehulp Bewegen

Voor huisartsen en praktijkondersteuners in Utrecht Overvecht zijn de verschillende mogelijkheden tot doorverwijzing overzichtelijk vastgelegd in de "Keuzehulp Bewegen" van de stichting Overvecht Gezond. Hierin staan de verschillende routes die passend zijn voor verschillende typen patiënten. Zo worden gemotiveerde patiënten die zelfstandig kunnen bewegen doorverwezen naar het reguliere beweegaanbod, eventueel via een beweegmakelaar, terwijl patiënten die begeleiding nodig hebben worden doorverwezen naar verschillende vormen van begeleid bewegen (Overvecht Gezond 2018).

Ondanks de bestaande mogelijkheden en beweeginitiatieven worden lang niet alle inactieve mensen door eerstelijnszorgverleners verwezen naar bewegen. Meer dan de helft van de huisartsen die deelnamen aan het onderzoek van NIVEL gaven aan dat in hun huisartsenpraktijk slechts 1-20% van de inactieve patiënten daadwerkelijk wordt verwezen naar het lokale beweegaanbod (Leemrijse, Veenhof et al. 2013). Ook Bouma et al. concludeerde dat huisartsen vaak niet gemotiveerd zijn om door te verwijzen (Bouma, van Wilgen et al. 2017).

Buitenlandse voorbeelden

Ook in het buitenland kent men verschillende vormen van doorverwijzing in de (eerstelijns)zorg naar bewegen. Een uitgebreid overzicht van goede voorbeelden van het stimuleren van bewegen in de (eerstelijns)zorg in Europa staat op de Health Enhancing Physical Activity (HEPA) factsheet "Promoting physical activity in the health sector" (World Health Organization regional office for Europe 2018).

4.3 Interviews naar doorverwijzing in de praktijk

In totaal zijn er 14 individuele interviews en twee focusgroep interviews afgenomen (Tabel 2). Er zijn daarbij 13 huisartsen, 5 praktijkondersteuners, 4 jeugdartsen en 3 jeugdverpleegkundigen geïnterviewd.

Tabel 2. Deelname interviews

| Doelgroep | Aantal |
|----------------------------------|--|
| Huisartsen | 11 (focusgroep interviews) 2 (individuele interviews) |
| Praktijkondersteuners | 5 |
| Praktijkondersteuners-GGZ | 0 |
| Jeugdartsen | 4 |
| Jeugdverpleegkundigen | 3 |

Hieronder staan de resultaten van de interviews, onderverdeeld in de jeugdgezondheidszorg (4.3.1) en de huisartsenpraktijk (4.3.2).

4.3.1 Jeugdgezondheidszorg

Zowel jeugdartsen als jeugdverpleegkundigen gaven aan dat zij eigenlijk in elk consult nagaan of het kind voldoende beweegt. Zoals één van de jeugdverpleegkundigen [man, 51 jaar] zei:

"In ons basis takenpakket zit het screenen van jongeren op gezond gedrag. Bewegen hoort daarbij."

Als een kind niet (voldoende) beweegt, overgewicht heeft, en/of niet lekker in zijn of haar vel zit, is dat voor de meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen een reden om over bewegen te beginnen. De meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven aan daarbij ook richtlijnen te gebruiken.

Redenen om door te verwijzen

De meest genoemde reden om kinderen te verwijzen naar bewegen is het voorkomen of behandelen van overgewicht. Psychosociale aandoeningen of problemen, zoals depressie, ADHD of "niet lekker in je vel zitten" werden ook regelmatig genoemd als redenen om kinderen door te verwijzen naar bewegen. Andere redenen waren: het bevorderen van de motorische ontwikkeling, sociale contacten, schoolprestaties, en vitamine D. Ook hopen de meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen dat kinderen plezier beleven aan het sporten. Meer algemeen gaven een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen aan dat bewegen hoort bij een gezonde leefstijl, en goed is voor de algemene gezondheid. Zoals één jeugdarts [vrouw, 50 jaar] zei:

"Ik hoop dat ze allemaal aan het bewegen gaan omdat het gewoon goed is voor de gezondheid."

Waar wordt naar doorverwezen?

Jeugdartsen en -verpleegkundigen verwijzen kinderen door naar verschillende vormen van bewegen, waaronder zelfstandig bewegen (buiten spelen, fietsen, naar school lopen), het reguliere beweegaanbod (een dansklasje of een voetbalvereniging), laagdrempelig aanbod (waarbij kinderen bijvoorbeeld kennis maken met verschillende sporten), bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut, en buurtsportcoaches. Sommigen verwezen ook door naar gecombineerde leefstijlinterventies, maar niet iedereen was op de hoogte van dit soort programma's.

Manier van doorverwijzing

Of jeugdartsen en -verpleegkundigen een advies geven of verwijzen is afhankelijk van de beweegaanbieder waar het over gaat. Voor zelfstandig bewegen of het reguliere beweegaanbod wordt vaak een algemeen ('buitenspelen') of een gericht ('voetballen bij de voetbalvereniging') advies gegeven. In dat laatste geval kunnen de contactgegevens van de beweegaanbieder (bijvoorbeeld de website) worden meegegeven. Terwijl voor bijvoorbeeld fysiotherapie, een buurtsportcoach of beweegprogramma's vaker een 'echte' verwijzing wordt gedaan en het ook regelmatig voorkomt dat de jeugdarts of -verpleegkundige contact opneemt en/of de kinderen aanmeldt.

Redenen om niet te verwijzen

Bij de redenen om niet te verwijzen is de financiële situatie van het gezin het meest besproken tijdens de interviews. Jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven aan dat een gebrek aan financiële middelen een belangrijke reden kan zijn dat kinderen niet sporten, hoewel de meesten ook opmerkten dat er financiële ondersteuning kan worden aangevraagd bij het jeugd sportfonds. Daarnaast werd vaak genoemd dat er maar beperkte tijd is in het consult om veel verschillende onderwerpen te bespreken, waardoor er prioriteiten moeten worden

gesteld. Daardoor kan het voorkomen dat bewegen minder aandacht krijgt. Zoals een jeugdverpleegkundige [vrouw, 61 jaar] stelde:

“Ik moet binnen een korte tijd een waslijst aan dingen behandelen. Dus dan is het ook voorrang geven aan datgene wat haalbaar is. Of wat nóg belangrijker is.”

Ook de motivatie van de ouders werd regelmatig genoemd als belemmerende factor voor doorverwijzing. Sommige ouders geven bijvoorbeeld aan dat zij het te druk hebben om hun kind naar sporten te brengen, dat zij geen vervoer hebben, of dat de sportclub te ver weg is. Tot slot gaf een aantal jeugdartsen en –verpleegkundigen aan dat het moeilijk kan zijn om geschikte beweegaanbieders te vinden voor bepaalde doelgroepen, zoals hele jonge kinderen en migrantenkinderen.

Wat is er nodig?

Er werd geen eenduidig antwoord gegeven op de vraag wat er nodig zou zijn om kinderen (vaker) te verwijzen naar bewegen. Het organiseren van passend beweegaanbod voor alle kinderen en het vergoeden van sporten en fysiotherapie werden meerdere malen genoemd als bevorderende factoren. Daarnaast hebben de jeugdartsen en –verpleegkundigen tijdens de interviews hun zorgen geuit over de trend dat veel scholen niet meer gaan schoolzwemmen en dat er ook steeds minder gymnastieklessen worden gegeven. In de woorden van een jeugdverpleegkundige [man, 51 jaar]:

“Ik vind het persoonlijk heel jammer dat het schoolzwemmen haast niet meer bestaat. En dat het gymmen steeds moeilijker wordt. Wij zien in ons dagelijks werk dat jongeren een steeds moeilijker motoriek hebben, omdat er gewoon minder bewogen wordt.”

4.3.2 Huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk wordt door zowel huisartsen als praktijkondersteuners doorverwezen naar bewegen, maar het zwaartepunt ligt bij de praktijkondersteuners. Zij zien voornamelijk volwassenen met diabetes, hart- en vaatziekten, en longaandoeningen. De meeste praktijkondersteuners gaven aan dat zij in elk consult vragen naar het beweeggedrag van patiënten, en het nut van bewegen benoemen. De huisartsen gaven aan dat zij vooral beginnen over bewegen als dat gerelateerd is aan de klacht waar de patiënt mee komt. Zij verwijzen voornamelijk volwassenen, en minder kinderen, naar bewegen.

Redenen om door te verwijzen

De huisartsen en praktijkondersteuners gaven, naast het verhelpen van de klacht waar de patiënt mee komt, een aantal verschillende redenen om door te verwijzen naar bewegen. Deze redenen hadden onder andere betrekking op de fitheid/gezondheid van de patiënt, het voorkomen/verminderen van medicijngebruik, het voorkomen/behandelen van psychische problemen, het voorkomen/behandelen van leefstijl-gerelateerde aandoeningen, en het bevorderen van sociale contacten. Over de sociale contacten zei een praktijkondersteuner [vrouw, 52 jaar]:

“Soms is het doel ook om ze alleen maar naar buiten te krijgen. Soms zitten mensen alleen maar binnen de hele dag, dan is bewegen ook onder de mensen komen.”

Waar wordt naar doorverwezen?

Huisartsen en praktijkondersteuners verwezen naar het hele scala aan beweegaanbieders, van zelfstandige activiteiten (wandelen, fietsen, hardlopen) tot en met gecombineerde leefstijlinterventies. Alleen de buurtsportcoach was niet bij iedereen bekend. Als het ging om zelfstandig bewegen of het reguliere beweegaanbod, adviseerden een aantal huisartsen en praktijkondersteuner patiënten vooral om iets te zoeken wat ze leuk vinden. Daarnaast hadden een aantal huisartsen en praktijkondersteuners contacten met één of enkele beweegaanbieders waar zij voornamelijk naar verwezen.

Manier van doorverwijzing

Huisartsen en praktijkondersteuners verwijzen voornamelijk naar bewegen door middel van een algemeen advies. Daarnaast geven zij ook wel gericht advies, voornamelijk als het gaat om reguliere beweegaanbieders. Sommige huisartsen en praktijkondersteuners geven patiënten in dat geval een telefoonnummer, website, of een folder van de beweegaanbieder mee. Naar meer gespecialiseerde beweegaanbieders (fysiotherapeut, buurtsportcoach, gecombineerde leefstijlinterventie) wordt vaak 'echt' verwezen, bijvoorbeeld door middel van een verwijsbrief.

Redenen om niet te verwijzen

De belangrijkste reden om patiënten niet door te verwijzen naar bewegen is de motivatie van de patiënt. Zoals een praktijkondersteuner [vrouw, 52 jaar] het verwoordde:

“Je kunt natuurlijk niet doorverwijzen als ze dat zelf niet willen. Het grootste gedeelte geeft gewoon aan dat ze dat niet willen.”

Daarnaast werd ook de financiële situatie van de patiënt vaak genoemd als belemmerende factor om te verwijzen naar bewegen. Desalniettemin gaven veel huisartsen en praktijkondersteuners aan dat er ook beweegmogelijkheden zijn die weinig geld kosten (bijvoorbeeld wandelen) en dat het soms meer een kwestie is dat mensen het geld er niet voor over hebben. Over het beschikbare beweegaanbod waren ze over het algemeen tevreden maar het aanbod is beperkt voor bepaalde doelgroepen, zoals mensen met een aandoening of beperking, ouderen, mensen die geen/weinig Nederlands spreken. Tot slot vroeg een aantal huisartsen en praktijkondersteuners zich af in hoeverre het verwijzen naar bewegen de verantwoordelijkheid is van de huisartsenpraktijk. Zoals een huisarts [vrouw, 47 jaar] zich afvroeg:

“Hoe ver gaat onze rol daarin? Ik adviseer, maar ik ga ze niet allemaal bij de handen pakken en meenemen.”

Wat is er nodig?

Huisartsen en praktijkondersteuners noemden verschillende factoren die het doorverwijzen naar bewegen zouden kunnen bevorderen. In een aantal interviews kwam naar voren dat het goed zou zijn als er

beweegvoorzieningen zijn waar mensen met een beperking of aandoening onder begeleiding en tegen een kleine vergoeding kunnen (blijven) bewegen. Ook gaven een aantal huisartsen en praktijkondersteuners aan dat er méér nodig is dan alleen een verwijzing vanuit de huisarts om mensen gezonder te laten leven, dat er veel meer factoren meespelen. Zoals een huisarts [man, 40 jaar] zei:

“Natuurlijk, er ligt bij de huisartsen een grote preventietaak om voorlichting te geven en aan te geven wat gezond gedrag is. Maar als mijn patiënten bij mij weglopen en ze komen bij de Albert Heijn waar de pakjes sigaretten achter de balie liggen, waar ze drank kunnen kopen en waar kinderen allemaal snoep zien, hele schappen vol... Ik denk dat daar een overheidstaak ligt.”

4.4 Enquête naar doorverwijzing in de praktijk

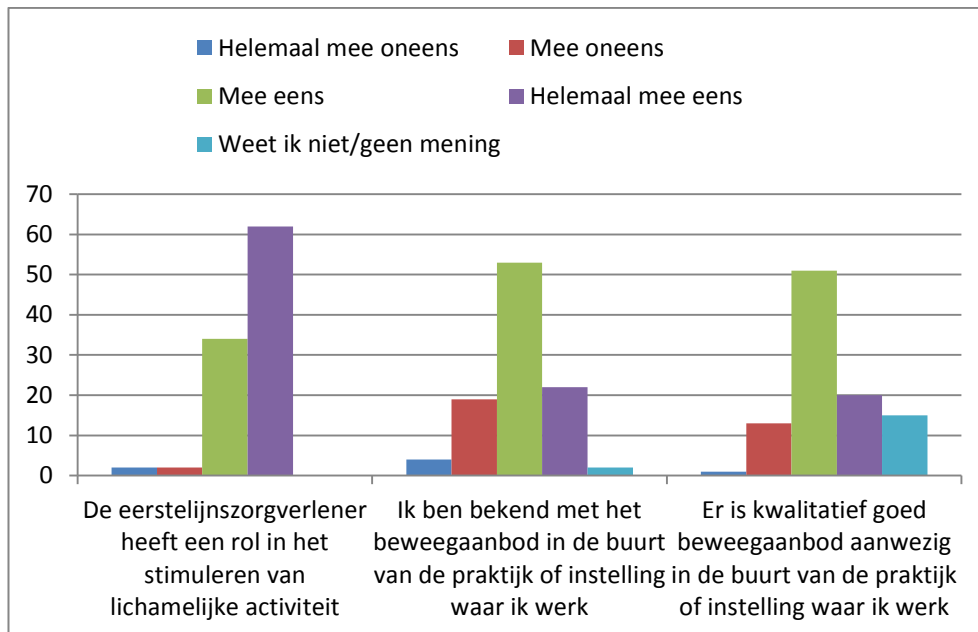
Ondanks de brede werving, is de respons op de enquête laag met 14 tot 35 zorgverleners per doelgroep. Van de 900 aangeschreven huisartsenpraktijken, hebben slechts 35 huisartsen en 37 POH's (GGZ) de enquête ingevuld. In totaal hebben 100 eerstelijnszorgverleners de enquête ingevuld. De verdeling onder de verschillende beroepsgroepen is te zien in tabel 3. Bijna 80% van de deelnemers was vrouw, in sommige groepen zelfs 100%. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 50 jaar, met een spreiding van 22 tot 64 jaar. De meerderheid van de deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners werkt in een huisartsenpraktijk zonder andere disciplines. De meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen werken bij de GGD of een consultatiebureau. Deelnemers werken gemiddeld 30 uur per week. Alle provincies zijn vertegenwoordigd, maar de meeste zorgverleners kwamen uit Zuid-Holland (25 deelnemers, 25%). 85% van de deelnemers zijn op de hoogte van de nieuwe beweegerichtlijnen, en 68% zegt zelf ook aan die richtlijnen te voldoen.

Tabel 3. Beschrijving van de enquête-deelnemers, naar beroepsgroep

| | Aantal (%) deelnemers | Aantal (%) vrouwen | Gemiddelde leeftijd |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Huisarts | 35 (35.0%) | 18 (51.4%) | 51.0 jaar |
| POH | 18 (18.0%) | 18 (100%) | 48.0 jaar |
| POH-GGZ | 19 (19.0%) | 17 (89.5%) | 48.9 jaar |
| Jeugdarts | 14 (14.0%) | 11 (78.6%) | 52.3 jaar |
| Jeugdverpleegkundige | 14 (14.0%) | 14 (100%) | 48.6 jaar |
| Totaal | 100 (100%) | 78 (78.0%) | 49.9 jaar |

4.4.1 Stellingen

De eerstelijnszorgverleners hebben hun mening gegeven over drie stellingen, zie figuur 1. De overgrote meerderheid (96%) van de deelnemers was het (helemaal) eens met de stelling “De eerstelijnszorgverlener heeft een rol in het stimuleren van lichamelijke activiteit.” De meeste zorgverleners (75%) gaven daarnaast aan dat zij bekend zijn met het beweegaanbod in de buurt van de praktijk of instelling waar zij werken, en 71% waardeerde dit aanbod als kwalitatief goed.



Figuur 1. De mening van de enquête-deelnemers over drie stellingen

4.4.2 Doorverwijzen van kinderen

Kinderen die niet voldoende bewegen, maar geen (verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen hebben, worden door de meeste huisartsen 'nooit' of 'soms' doorverwezen naar bewegen. Het merendeel van de jeugdartsen en –verpleegkundigen verwijzen deze kinderen 'soms' of 'meestal' door. De meeste praktijkondersteuners (inclusief praktijkondersteuners-GGZ) gaven aan dat zij nooit kinderen behandelen.

De meeste jeugdartsen rapporteerden daarnaast dat zij kinderen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen 'altijd' of 'meestal' doorverwijzen naar bewegen. Jeugdverpleegkundigen doen dit 'altijd', 'meestal' of 'soms' en de meeste huisartsen doen dit 'meestal' of 'soms'.

In tabel 4 staan de belangrijkste redenen waarom beide groepen kinderen doorverwijzen naar bewegen, naar welk beweegaanbod zij dan voornamelijk worden verwezen, en wat de belangrijkste redenen zijn dat er niet (altijd) wordt doorverwezen. De onderwerpen die het meest werden benoemd zijn grotendeels gelijk voor kinderen met en zonder problemen.

Tabel 4. Redenen om kinderen (zonder en met problemen) te verwijzen naar bewegen, naar welk beweegaanbod wordt verwezen, en de redenen om niet te verwijzen. Alleen de meest genoemde onderwerpen worden getoond, gerangschikt naar hoe vaak zij zijn genoemd.

| | Kinderen die niet voldoende bewegen maar <i>zonder</i> (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen | Kinderen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen |
|---|--|---|
| Redenen om <u>wel</u> te verwijzen naar bewegen | <ul style="list-style-type: none"> *Motorische ontwikkeling (n=31) *Leefstijl (n=29) *Algehele welzijn (n=29) *Algemene gezondheid (n=28) *Sociale ontwikkeling (n=25) | <ul style="list-style-type: none"> *Leefstijl (n=41) *Motorische ontwikkeling (n=34) *Algemene gezondheid (n=34) *Klacht verhelpen (n=32) *Algehele welzijn (n=31) *Sociale ontwikkeling (n=31) |
| Naar welk beweegaanbod wordt verwezen | <ul style="list-style-type: none"> *Algemeen advies (n=43) *Regulier beweegaanbod (n=25) *Fysiotherapeut (n=12) | <ul style="list-style-type: none"> *Algemeen advies (n=40) *Regulier beweegaanbod (n=34) *Fysiotherapeut (n=27) |
| Redenen om <u>niet</u> te verwijzen naar bewegen | <ul style="list-style-type: none"> *Gebrek tijd consult (n=25) *Financiële situatie gezin (n=20) *'Ik denk er niet aan' (n=19) *Geen problemen (n=16) *Motivatie patiënt/cliënt (n=15) *Grotere problemen (n=14) | <ul style="list-style-type: none"> *Motivatie patiënt/cliënt (n=29) *Grotere problemen (n=20) *Financiële situatie gezin (n=18) *Gebrek tijd consult (n=17) |

4.4.3

Doorverwijzen van volwassenen

Alleen de huisartsen en praktijkondersteuners (inclusief praktijkondersteuners-GGZ) hebben de vragen over volwassen patiënten beantwoord, 72 zorgverleners in totaal. Volwassenen die niet voldoende bewegen maar geen (verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen hebben, worden door de meeste huisartsen 'soms' verwezen naar bewegen. De meeste praktijkondersteuners en praktijkondersteuners-GGZ gaven aan dit 'meestal' te doen. Volwassenen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen werden door de meeste huisartsen en praktijkondersteuners (inclusief praktijkondersteuners-GGZ) 'meestal' doorverwezen naar bewegen.

In tabel 5 staan de belangrijkste redenen waarom beide groepen volwassenen doorverwijzen naar bewegen, naar welk beweegaanbod zij dan voornamelijk worden verwezen, en wat de belangrijkste redenen zijn dat er niet (altijd) wordt doorverwezen. De onderwerpen die het meest werden benoemd zijn grotendeels gelijk voor volwassenen met en zonder problemen. Het behouden/verbeteren van de mobiliteit, het voorkomen/behandelen van leefstijl-gerelateerde aandoeningen, de algemene gezondheid en het verhelpen van de klacht van de patiënt waren de meest benoemde redenen om volwassenen te verwijzen naar bewegen. Volwassenen krijgen vaak een algemeen advies om meer te bewegen. De motivatie van de patiënt werd door de huisartsen en praktijkondersteuners het vaakst benoemd als reden om volwassenen niet te verwijzen naar bewegen.

Tabel 5. Redenen om volwassenen (zonder en met problemen) te verwijzen naar bewegen, naar welk beweegaanbod wordt verwezen, en de redenen om niet te verwijzen. Alleen de meest genoemde onderwerpen worden getoond, gerangschikt naar hoe vaak zij zijn genoemd.

| | Volwassenen die niet voldoende bewegen maar <i>zonder</i> (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen | Volwassenen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen |
|---|--|--|
| Redenen om <u>wel</u> te verwijzen naar bewegen | <ul style="list-style-type: none"> *Mobiliteit (n=45) *Algemene gezondheid (n=43) *Leefstijl (n=43) *Algehele welzijn (n=39) *Klacht verhelpen (n=38) | <ul style="list-style-type: none"> *Mobiliteit (n=53) *Leefstijl (n=52) *Klacht verhelpen (n=51) *Algemene gezondheid (n=46) *Psychische problemen (n=43) |
| Naar welk beweegaanbod wordt verwezen | <ul style="list-style-type: none"> *Algemeen advies (n=61) *Regulier beweegaanbod (n=44) *Fysiotherapeut (n=31) *Eigen activiteiten (n=26) | <ul style="list-style-type: none"> *Algemeen advies (n=61) *Regulier beweegaanbod (n=49) *Fysiotherapeut (n=47) *Eigen activiteiten (n=27) |
| Redenen om <u>niet</u> te verwijzen naar bewegen | <ul style="list-style-type: none"> *Motivatie patiënt (n=35) *Financiële situatie patiënt (n=28) *Gebrek tijd consult (n=21) *Grotere problemen (n=19) *Gezondheid patiënt (n=18) | <ul style="list-style-type: none"> *Motivatie patiënt (n=39) *Financiële situatie patiënt (n=30) *Grotere problemen (n=26) *Gezondheid patiënt (n=19) *Gebrek tijd consult (n=18) |

4.4.4

Proces van doorverwijzing

Tot slot is er in de enquête gevraagd naar het proces van doorverwijzing. Op de vraag op welke richtlijnen of standaarden zij hun doorverwijzing baseren, hebben deelnemers 47 keer geantwoord dat zij richtlijnen en standaarden met betrekking tot leefstijl gebruiken, 45 keer dat zij aandoening-specifieke richtlijnen en standaarden gebruiken, en 35 keer dat zij geen richtlijnen of standaarden gebruiken. Verder gaven de respondenten aan dat zij patiënten/cliënten voornamelijk verwijzen door middel van een algemeen advies om meer te bewegen (n=87), gevolgd door een gericht advies om een bepaalde beweegactiviteit te doen (n=63). Een 'traditionele' verwijzing en een concrete afspraak dat de patiënt/cliënt een bepaalde beweegactiviteit gaat doen werden beide zo'n 30 keer genoemd. De deelnemers informeren hun patiënten/cliënten voornamelijk over beweegactiviteiten door de naam van de beweegaanbieder te noemen (n=59) of de contactgegevens (folder, website, telefoonnummer) te geven (n=49). Slechts 15 zorgverleners gaven aan dat zij contact opnemen met de beweegaanbieder.

5 Conclusie en discussie

5.1 Belangrijkste resultaten samengevat

Actieve verwijzing naar bewegen is het vaakst opgenomen in richtlijnen/zorgstandaarden voor klachten van het bewegingsapparaat, chronische klachten van het zenuwstelsel en chronische luchtwegaandoeningen. Er kunnen globaal zes vormen van doorverwijzing in de eerstelijnszorg naar bewegen worden onderscheiden: 1) naar het reguliere beweegaanbod, 2) naar laagdrempelig beweegaanbod, 3) naar een fysiotherapeut, 4) naar een beweegmakelaar, 5) naar een gecombineerde leefstijlinterventie, 6) naar eigen beweegactiviteiten. Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en praktijkondersteuners bespreken bewegen vaak in het consult, terwijl huisartsen dit hoofdzakelijk doen als het gerelateerd is aan de klacht van de patiënt. Kinderen en volwassenen met (een hoog risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen worden vaker verwezen naar bewegen dan kinderen of volwassenen die niet voldoende bewegen, maar geen gezondheidsproblemen hebben. Er is dus beperkt aandacht voor primaire preventie, met name onder huisartsen. Er werden verscheidene redenen genoemd om te verwijzen naar bewegen. Voor kinderen werd het voorkomen of behandelen van leefstijl-gerelateerde problemen/overgewicht het meest genoemd. De belangrijkste redenen om niet te verwijzen zijn de motivatie van de patiënt/cliënt (of diens ouders), de financiële situatie van de patiënt/cliënt, een gebrek aan tijd tijdens het consult, en de aanwezigheid van grotere/ belangrijker problemen. De eerstelijnszorgverleners gaven aan dat zij behoefte hebben aan passend en betaalbaar beweegaanbod voor alle doelgroepen om hun patiënten/cliënten naartoe te verwijzen.

5.2 Beschouwing

Om de resultaten van dit onderzoek in context te plaatsen volgen hieronder een aantal beschouwingen.

5.2.1 *Werving en deelname enquête*

Het doel van de enquête was om de inzichten uit de interviews te kwantificeren. Voor de praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen is breed geworven, in samenwerking met de beroepsorganisaties en via verschillende kanalen, waardoor een groot deel van de zorgverleners de oproep voor de enquête kan hebben gezien. Toch heeft slechts een klein deel van deze zorgverleners deelgenomen aan de enquête (14-35 per doelgroep). Mogelijk omvat dit een selectie van 'beweeg-minded' zorgprofessionals, 68% geeft namelijk aan dat ze zelf ook aan de beweegrichtlijn voldoen. De resultaten zijn daardoor niet representatief en moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Uitgaande van deze selectieve respons aan de enquête, kunnen de gepresenteerde resultaten een overschatting van de werkelijkheid zijn.

Huisartsen waren in eerste instantie lastig te bereiken, omdat zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap als de Landelijke Huisartsen

Vereniging de oproep voor de enquête niet wilden verspreiden onder hun leden, omdat zij hun communicatiekanalen alleen gebruiken voor eigen enquêtes of enquêtes waar ze actief bij betrokken zijn. Uiteindelijk zijn 900 huisartsenpraktijken aangeschreven via een steekproef van het NIVEL, dat leverde 35 deelnemers op.

In dit onderzoek bleek dus dat het lastig is om huisartsen te bereiken voor dit soort onderzoek en dat zorgverleners uit zowel huisartsenpraktijken als de jeugdgezondheidszorg beperkt deelnemen. Dat is een belangrijke observatie voor toekomstig onderzoek bij deze zorgverleners.

5.2.2 *Desk search naar richtlijnen/zorgstandaarden, bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden*

Ongeveer een-derde van de doorzochte richtlijnen in de zorg voor patiënten met leefstijl-gerelateerde aandoeningen is geen verwijzing naar bewegen opgenomen. In de onderzochte richtlijnen en zorgstandaarden die wel verwijzen naar bewegen is een grote diversiteit in de wijze waarop naar bewegen wordt verwezen. Eén daarvan is door middel van kwalitatief beweegadvies. In alle onderzochte richtlijnen/zorgstandaarden wordt hierbij nog verwezen naar de (oude) Nederlandse Norm Gezond Bewegen, die adviseert op minstens vijf dagen per week minimaal een half uur matig intensief te bewegen. De nieuwe beweegrichtlijn adviseert voor volwassenen minimaal 150 minuten per week matig of zware inspanning (verspreid over diverse dagen) en minimaal 2 keer per week spier- en botversterkende activiteiten (Gezondheidsraad 2017). In hoeverre zorgprofessionals hierbij adviseren volgens de oude of nieuwe beweegrichtlijn of nieuwe communicatiemiddelen gebruiken is onbekend. Het regelmatig updaten van de richtlijnen en zorgstandaarden is daarom wenselijk. Uit de desk search naar bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden blijkt dat er veel nationale en lokale beweeginitiatieven bestaan waar eerstelijnszorgverleners mensen naar kunnen doorverwijzen. In dit rapport hebben we slechts een kleine selectie hiervan opgenomen. Het doel van deze search was het identificeren van de verschillende mogelijkheden voor de eerstelijnszorg, niet om een lijst met alle bestaande beweeginitiatieven te geven. Overigens is het voor zorgprofessionals wel belangrijk om op de hoogte te zijn van het beweegaanbod in de buurt om goed te kunnen adviseren en verwijzen. Contact tussen de eerstelijns zorgverlener en de lokale beweegmakelaar/buurtsportcoach kan hierbij een grote bijdrage leveren, zij kunnen bijvoorbeeld een sociale beweegkaart aanbieden.

5.2.3 *Preventie in de zorg*

Het merendeel van de enquête-respondenten was het (helemaal) eens met de stelling "De eerstelijnszorgverlener heeft een rol in het stimuleren van activiteit." In de interviews gaven de meeste jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en praktijkondersteuners aan dat zij het beweeggedrag van hun patiënten/cliënten ter sprake brengen in het consult. Huisartsen doen dit hoofdzakelijk als het gerelateerd is aan de klacht van de patiënt. Dit is in lijn met de kerntaken van de huisarts. Preventieve zorg maakt onderdeel uit van de kerntaken van de huisarts, waar geïndiceerde zorg en zorggerelateerde preventie onder wordt verstaan. Oftewel, de huisarts geeft preventief advies bij patiënten met

beginnende gezondheidsklachten en aan patiënten om complicaties te voorkomen. Uit de enquête bleek dat kinderen of volwassenen met (een hoog risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen of psychische problemen vaker naar bewegen worden doorverwezen dan kinderen of volwassenen zonder problemen die onvoldoende bewegen.

Hieruit blijkt dat de inzet van bewegen ter voorkoming van gezondheidsproblemen op dit moment beperkt is in de eerstelijnszorg, maar laat zich onder meer verklaren uit de kerntaken binnen de huisartsgeneeskunde. Een aantal zorgverleners betwijfelde in de interviews of preventie hun verantwoordelijkheid is. Dat laat echter nog in het midden in hoeverre zij bewegen willen stimuleren onder patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico of met gezondheidsproblemen. In het kader van de wens om preventie in de zorg te borgen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2007, van den Berg, Post et al. 2013, Kamerbrief 2016, Kamerbrief 2016), is het van belang hier meer zicht op te krijgen.

Daarnaast werd er tijdens bijna alle interviews gesproken over bredere maatschappelijke/politieke ontwikkelingen met betrekking tot bewegen en leefstijl. Zo hebben veel zorgverleners hun zorgen geuit over het beperkte beweegaanbod (schoolzwemmen, gymnastieklessen) op school, waardoor kinderen niet alleen minder beweging krijgen, maar bewegen ook een minder vanzelfsprekend onderdeel van hun leven wordt. Daarnaast werd vaak gezegd dat een doorverwijzing naar bewegen niet in verhouding staat tot het beschikbare aanbod van bijvoorbeeld ongezond eten en drinken. Veel zorgverleners gaven aan dat deze factoren minstens zo belangrijk zijn om mensen gezonder te laten leven.

5.2.4 *Redenen om niet te verwijzen*

In dit onderzoek waren de belangrijkste redenen om niet te verwijzen:

- De motivatie van de patiënt/cliënt
- De financiële situatie van de patiënt/cliënt
- Een gebrek aan tijd tijdens het consult
- De aanwezigheid van grotere problemen

Deze bevindingen komen grotendeels overeen met het onderzoek van NIVEL, waarin huisartsen (en fysiotherapeuten) ook werd gevraagd naar hun redenen om patiënten geen beweegadviezen te geven. (Leemrijse, Veenhof et al. 2013, Leemrijse, de Bakker et al. 2015). De motivatie van de patiënt kwam ook naar voren als een belangrijke factor voor doorverwijzing in een ander recent onderzoek naar het doorverwijzingsproces van huisartsen naar leefstijlinterventies (Bouma, van Wilgen et al. 2017).

Hoewel de meeste van deze redenen om niet te verwijzen bij de patiënt liggen, heeft het gebrek aan tijd tijdens het consult (ook) te maken met de organisatie van de zorg. In dit kader werd door een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen aangegeven dat er tijdens één consult veel onderwerpen moeten worden behandeld, waardoor zij moeten prioriteren. Een aantal zorgverleners gaven aan dat juist het motiveren van (ongemotiveerde) patiënten/cliënten om meer te gaan

bewegen, veel tijd kost. Dit vergt meer dan alleen het benoemen van bewegen in een consult.

5.2.5 *Wat is er nodig om vaker te verwijzen?*

Naast de redenen om niet te verwijzen, werd er in de interviews ook gevraagd wat er nodig zou zijn om wel of vaker te verwijzen naar bewegen. Zowel in de huisartsenpraktijk als de jeugdgezondheidszorg werd aangegeven dat er behoefte is aan passend en betaalbaar beweegaanbod voor iedereen.

De zorgverleners waren over het algemeen tevreden met het beschikbare beweegaanbod. Uit de interviews kwam echter naar voren dat het lastig kan zijn om een geschikte activiteit te vinden voor bepaalde doelgroepen, zoals jonge kinderen, kinderen en volwassenen die geen/weinig Nederlands spreken, kinderen en volwassenen met een aandoening of beperking, en ouderen. Hoewel een buurtsportcoach zorgverleners zou kunnen helpen bij het identificeren of organiseren van beweegaanbod voor deze groepen, wisten lang niet alle eerstelijnszorgverleners in dit onderzoek de buurtsportcoach te vinden, en ook als dat wel het geval was verwezen zij er niet vaak naar door. Dit blijkt ook uit eerder onderzoek naar de rol van buurtsportcoaches (Leenaars 2017).

5.2.6 *Traject na doorverwijzing*

In dit onderzoek staat het proces van doorverwijzing centraal, met als centrale vraag in hoeverre eerstelijnszorgverleners doorverwijzen naar bewegen als interventie. Parallel aan dit onderzoek heeft het Mulier Instituut onderzoek uitgevoerd naar het traject na doorverwijzing. Hierbij zijn vijf verschillende momenten in beweegtrajecten geïdentificeerd waar de kans bestaat dat het traject wordt onderbroken (uitval deelnemer), waardoor het doel niet wordt bereikt: (1) Wel of niet doorverwijzen?; (2) Intake/Kennismaking; (3) Eerste sessie (na Intake/Kennismaking); (4) Traject afronden; (5) Wel of niet doorgaan met bewegen?. Belemmerende factoren in het succes van deze trajecten zijn de tijd die nodig is voor het opzetten van een beweeginterventie of het vormgeven van een samenwerking en geen/slechte communicatie tussen betrokken partijen. Bevorderende factoren zijn laagdrempeligheid en sociale aspect van interventies, goede communicatie tijdens een intakegesprek, een open houding van de deelnemer en terugkoppeling van de verschillende betrokken partijen.

5.3 **Conclusie**

Er zijn verschillende bestaande beweeginitiatieven waar eerstelijnszorgverleners mensen naar kunnen doorverwijzen. Eerstelijnszorgverleners verwijzen voornamelijk mensen met gezondheidsproblemen door, er is minder aandacht voor primaire preventie. Eerstelijnszorgverleners hebben behoefte aan een passend en betaalbaar beweegaanbod voor alle doelgroepen om hun patiënten/cliënten naartoe te verwijzen.

6 Literatuur

Alles over Sport (2017). "Samenwerking sport en zorg: SLIMMER diabetes voorkomen." from <https://www.allesoversport.nl/artikel/samenwerking-sport-en-zorg-slimmer-diabetes-voorkomen/>.

Alles over Sport (2018). "Gecombineerde Leefstijl Interventies (GLI) in de basiszorgverzekering." from <https://www.allesoversport.nl/artikel/gecombineerde-leefstijl-interventies-gli-in-de-basiszorgverzekering/>.

Bouma, A. J., et al. (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*.

Caspersen, C. J., et al. (1985). "Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research." *Public Health Rep* **100**(2): 126-131.

Cool (2018). "Cool." from <https://www.leefstijlinterventies.nl/>.

Gemeente Amsterdam (2018). "Wat is Topscore?". from <https://www.amsterdam.nl/sport/scholen/topscore-amsterdam/topscore/>.

Gezondheidscentra Nijkerk (2018). "Beweegloket Nijkerk Sportief en Gezond." from <https://www.gc-nijkerk.nl/beweegloket-nijkerk-sportief-en-gezond/>.

Gezondheidsenquête (GE) / Leefstijlmonitor (LSM) (2014-2017).

Gezondheidsraad (2017). Beweegrichtlijnen 2017. Den Haag, Gezondheidsraad.

GGD Noord- en Oost Gelderland (2018). "SLIMMER diabetes voorkomen." from <https://www.ggdnog.nl/slimmer>.

Huis voor Beweging (2018). "De Beweegkuur." from <https://www.huisvoorbeweging.nl/bewegen-stimuleren/beweegkuur/>.

IVN natuur educatie (2018). "Biowalking." from <https://www.ivn.nl/biowalking>.

Kamerbrief (2016). "Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten." from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/25/kamerbrief-over-preventie-in-het-zorgstelsel-van-goede-bedoelingen-naar-het-in-de-praktijk-ontwikkelen-van-resultaten>.

Kamerbrief (2016). "Sport & bewegen en gezondheidszorg." from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/12/08/kamerbrief-over-sport-bewegen-en-gezondheidszorg>.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2018). "Factsheet Beweegzorg." from https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/beweegzorg/kngf_beweegzorg_factsheet_2018.pdf.

Leemrijse, C. J., et al. (2015). "Collaboration of general practitioners and exercise providers in promotion of physical activity a written survey among general practitioners." *BMC Fam Pract* **16**: 96.

Leemrijse, C. J., et al. (2013). Kennisvraag: zorg en sport bewegen in de buurt. Utrecht, NIVEL.

Leenaars, K. (2017). The Care Sport Connector in the Netherlands.

Loket Gezond Leven. "CooL." from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1800053>.

Loket Gezond Leven (2018). "Beweegkuur." from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402397>.

Loket Gezond Leven (2018). "Bewegen op recept bij de sport." from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1600008>.

Loket Gezond Leven (2018). "Het gesprek aangaan over leefstijl." from <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/dossier-preventie-zorg-en-welzijn/eerstelijnszorg-huisartsenpraktijk/voorbeelden-4>.

Loket Gezond Leven (2018). "IVN Biowalking." from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1500009>.

Loket Gezond Leven (2018). "SLIMMER diabetes voorkomen." from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401417>.

Looprecept (2018). "Looprecept." from <https://www.looprecept.nl/>.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2007). Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2018). "Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering." from <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/01/meer-ruimte-voor-preventie-in-basispakket-zorgverzekering>.

Nationale Diabetes Challenge (2018). "Nationale Diabetes Challenge 2018." from <https://www.nationalediabeteschallenge.nl/>.

NL Actief (2018). "NL Actief Preventiecentra." from <https://nlactief.nl/nieuws/229/nl-actief-preventiecentra.html>.

Overvecht Gezond (2018). "Keuzehulp Bewegen." from <https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/Keuzehulp%20bewegen%20%28DEF%29.pdf>.

RIVM (2018). "Volksgezondheidszorg." from www.volksgezondheidszorg.info.

Rotterdam Sport (2018). "Sportaanbieders in Rotterdam." from <https://rotterdamsport.nl/sportaanbieders/>.

Stichting Special Heroes Nederland (2018). "Beweeg- en sportloket." from <http://www.shnederland.nl/beweeg-en-sportloket>.

U. S. Department of Health and Human Services (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Washington DC, USDHHS.

van den Berg, M., et al. (2013). Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM.

van den Berg, M., et al. (2014). Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM.

Van Goed naar Beter (2018). "Bewegen op recept." from <https://www.vgnbeter.nl/bewegen-op-recept>.

ZonMW. "Sportimpuls." from <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/sport-en-bewegen/programmas/programma-detail/sportimpuls/>.

Appendix 1 Uitgebreid overzicht van onderzochte richtlijnen/zorgstandaarden m.b.t. leefstijl-gerelateerde aandoeningen en de manier van doorverwijzing naar bewegen

| Richtlijn/zorgstandaard | N | Manier van verwijzing naar bewegen* | | | | |
|---|-----------|-------------------------------------|--------------|-------------|-----------|----------|
| | | Actief | Kwantitatief | Kwalitatief | Leefstijl | Geen |
| <i>Hart- en vaatziekten</i> | 19 | 7 | 2 | 9 | 6 | 5 |
| Acuut coronair syndroom | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Atriumfibrilleren | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Beroerte / herseninfarct | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| Diepe veneuze trombose | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hartfalen | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Perifeer arterieel vaatlijden | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Varices | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Hartafwijkingen | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Preventie / risico-management | 6 | 4 | 0 | 4 | 6 | 0 |
| Subarachnoidale bloeding (hersenvloeding) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Bloedaandoeningen</i> | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Anemie | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| <i>Chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen</i> | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Obstipatie | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Prikkelbaardarmsyndroom (PDS) | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| (chronische) darmontsteking | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| <i>Klachten van het bewegingsapparaat</i> | 14 | 8 | 3 | 9 | 2 | 3 |
| Artritis | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Jicht | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Rugklachten | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| Knieklachten | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Polymyalgia rheumatica | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Schouderklachten | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Voorkeurshouding | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Myotone dystrofie | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fracturen | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 |

*Een richtlijn/zorgstandaard kan naar meerdere manieren verwijzen.

| Richtlijn/zorgstandaard | N | Manier van verwijzing naar bewegen * | | | | |
|---|-----------|--------------------------------------|--------------|-------------|-----------|-----------|
| | | Actief | Kwantitatief | Kwalitatief | Leefstijl | Geen |
| <i>Chronische klachten van het zenuwstelsel</i> | 9 | 5 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Ziekte van Parkinson | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lumbosacraal radiculair syndroom | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Niet-aangeboren hersenletsel | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Guillain-Barre syndroom | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Multiple sclerose | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Spastisch cerebrale parese | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| <i>Psychische problemen</i> | 55 | 17 | 2 | 29 | 10 | 20 |
| ADHD | 5 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 |
| Angst | 6 | 1 | 0 | 4 | 1 | 2 |
| Schizofrenie | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Autisme | 6 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| Gedragsproblemen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Delier | 5 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Psychose | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Dementie | 4 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Depressie | 9 | 3 | 0 | 7 | 3 | 1 |
| Psychische klachten | 9 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| Psychosociale problemen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Slaapproblemen | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Suicidaal gedrag | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| <i>Chronische luchtwegaandoeningen</i> | 14 | 7 | 5 | 7 | 6 | 5 |
| Asthma | 7 | 3 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| COPD | 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| Pneumothorax | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Cystic fibrose | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| <i>Endocriene ziekten / voeding-gerelateerde ziekten</i> | 11 | 3 | 6 | 3 | 7 | 3 |
| Diabetes mellitus | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Obesitas | 4 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 |
| Overgewicht | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Schildklieraandoeningen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Lipoedeem | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |

*Een richtlijn/zorgstandaard kan naar meerdere manieren verwijzen.

| Richtlijn/zorgstandaard | N | Manier van verwijzing naar bewegen* | | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|--------------|-------------|-----------|-----------|
| | | Actief | Kwantitatief | Kwalitatief | Leefstijl | Geen |
| <i>Nieraandoeningen</i> | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 |
| Bijnieraandoeningen | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nierziekte | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nierfalen | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| <i>Nieuwvormen</i> | 25 | 4 | 0 | 4 | 6 | 16 |
| Carcinoom (alle soorten) | 18 | 3 | 0 | 3 | 5 | 11 |
| Tumor | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Metastasen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Chronische oogaandoeningen</i> | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Visusklachten | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Retinopathie | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

*Een richtlijn/zorgstandaard kan naar meerdere manieren verwijzen.

Appendix 2. Schematisch overzicht van de in dit rapport besproken bestaande beweeginitiatieven en goede voorbeelden van doorverwijzing van de eerstelijnszorg naar bewegen

| Naam | Doelgroep | Uitvoerder(s) | Beweegcomponent | Kosten deelnemer | Erkeningsstatus Loket Gezond Leven |
|---|---|---|---|--|---------------------------------------|
| Regulier beweegaanbod | | | | | |
| Regulier beweegaanbod (landelijk) | Mensen die zelfstandig kunnen en willen bewegen | Reguliere beweegaanbieders | Verschillende beweegactiviteiten | Tarief beweegaanbieder | - |
| Laagdrempelig beweegaanbod | | | | | |
| Bewegen op Recept (landelijk) (Loket Gezond Leven 2018, Van Goed naar Beter 2018) | Mensen met (een verhoogd risico op) leefstijl-gerelateerde aandoeningen | Beweegaanbieders | Matig-intensieve beweegactiviteiten in groepsverband die weinig sportieve vaardigheden vragen | Twaalf keer tegen een gereduceerd tarief, daarna voor het reguliere bedrag | "Goed beschreven" |
| NL Actief Preventiecentra (landelijk) (NL Actief 2018) | Mensen met overgewicht, diabetes of chronische aandoeningen | Fitnesscentra | Fitness onder begeleiding van gespecialiseerde instructeurs | Tarief fitnesscentrum | - |
| IVN Biowalking (landelijk) (IVN natuur educatie 2018, Loket Gezond Leven 2018) | Mensen met een chronische ziekte of beperking | IVN natuurgidsen en medisch professionals | Natuurwandelingen | Gratis | "Goed beschreven" |
| Topscore (Amsterdam) (Gemeente Amsterdam 2018) | Middelbare scholieren | Gymleraar en beweegaanbieders | Kennismaken met verschillende sporten en één sport na schooltijd beoefenen. | Wisselende eigen bijdrage | - |

| Naam | Doelgroep | Uitvoerder(s) | Beweegcomponent | Kosten deelnemer | Erkenningsstatus Loket Gezond Leven |
|--|---|---|--|-----------------------|--|
| Fysiotherapeut | | | | | |
| Fysiosport (landelijk) (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2018) | Mensen die onder begeleiding willen bewegen | Fysiotherapeuten | Individueel bewegprogramma onder begeleiding van de fysiotherapeut | Tarief fysiotherapeut | - |
| Bewegmakelaar | | | | | |
| Samen Gezond Spreekuur (Den Bosch) (Loket Gezond Leven 2018) | Mensen van die we leefstijl extra aandacht nodig heeft | Wijkgezondheids- werkers en buurtsportcoaches | Concrete tips voor een gezonde leefstijl en/of een doorverwijzing naar passende beweegactiviteiten | Gratis | - |
| Beweegloket Nijkerk Sportief en Gezond (Nijkerk) (Gezondheidscentra Nijkerk 2018) | Mensen die informatie willen over het lokale beweegaanbod | Buurtsportcoaches | Informatie en/of en doorverwijzing naar passende beweegactiviteiten | Gratis | - |
| Beweeg- en sportloketten (landelijk) (Stichting Special Heroes Nederland 2018) | Revalidanten | Beweeg- en sportconsulenten | Informatie en/of een doorverwijzing naar passende beweegactiviteiten | Gratis | - |

| Naam | Doelgroep | Uitvoerder(s) | Beweegcomponent | Kosten deelnemer | Erkenningsstatus Loket Gezond Leven |
|---|---|---|---|--|--|
| Gecombineerde leefstijlinterventie | | | | | |
| Beweegkuur (landelijk) (Huis voor Beweging 2018, Loket Gezond Leven 2018) | Mensen met een gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico | Leefstijladviseurs, diëtisten en fysiotherapeuten | Drie programma's: 1) zelfstandig bewegen, 2) begeleiding naar reguliere activiteiten, 3) bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut als voorbereiding op reguliere activiteiten | Mogelijk vergoed door de zorgverzekeraar | "Eerste aanwijzingen voor effectiviteit" |
| SLIMMER diabetes voorkomen (Noord- en Oost Gelderland) (Alles over Sport 2017, GGD Noord- en Oost Gelderland 2018, Loket Gezond Leven 2018) | Mensen met een verhoogd risico op type 2 diabetes | Diëtisten en fysiotherapeuten | Wekelijkse groepsles door de fysiotherapeut, na zes maanden overstap naar het lokale beweegaanbod | Mogelijk vergoed door de zorgverzekeraar | "Goede aanwijzingen voor effectiviteit" |
| CoolL (landelijk) (CoolL 2018) (Loket Gezond Leven) | Mensen met overgewicht en een verhoogd risico op type 2 diabetes of hart- en vaatziekten, of obesitas | Leefstijlcoach | Coaching (advies, individuele doelstellingen) op het gebied van (onder andere) beweging, kennismaking met beweegaanbod in de buurt | Mogelijk vergoed door de zorgverzekeraar | "Eerste aanwijzingen voor effectiviteit" |

| Naam | Doelgroep | Uitvoerder(s) | Bewegcomponent | Kosten deelnemer | Erkenningsstatus Loket Gezond Leven |
|--|---------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| Eigen beweegactiviteiten | | | | | |
| Nationale Diabetes Challenge (landelijk) (Nationale Diabetes Challenge 2018) | Diabetespatiënten | Eerstelijnszorgverleners | Wekelijkse wandelingen (16-20 weken lang) die toewerken naar de Nationale Diabetes Challenge Week | Eigen bijdrage (verschilt per zorgverlener) | - |
| Looprecept (Rotterdam) (Looprecept 2018) | Inactieve patiënten | Huisartsen en praktijkondersteuners | Stappentellers, wekelijkse wandelingen en informatie en tips | Gratis | - |

Appendix 3. Interview leidraad doorverwijzingsproces

INTRODUCTIE

Allereerst hartelijk bedankt dat u mee wilt werken aan dit interview. Het RIVM voert in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek uit naar het doorverwijzingsproces in de eerstelijnszorg naar bewegen. Omdat we ons richten op de huisartsenpraktijk en de jeugdgezondheidszorg, voeren we interviews uit met huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. We willen graag weten om welke redenen patiënten worden doorverwezen naar bewegen als interventie, en wat de ervaringen zijn met zo'n doorverwijzing. Maar we zijn ook benieuwd naar redenen om niet door te verwijzen naar bewegen, en wat er nodig zou zijn om dat wel te doen.

En vandaag ga ik daarover dus in gesprek met u.

PRAKTISCH

- Het interview zal maximaal een half uur duren.
- Voor we aan het interview beginnen, wil ik u vragen om een toestemmingsformulier te tekenen. Met het tekenen van dit formulier geeft u onder andere toestemming voor deelname aan het onderzoek, dat dit gesprek wordt opgenomen en later wordt uitgetypt door een transcriptiebureau, en dat we de informatie die u mij vandaag geeft mogen gebruiken voor onderzoek naar het doorverwijzingsproces van de eerstelijns naar bewegen.
- *<toestemmingsformulier laten tekenen>*
- Dan zet ik de audiorecorder nu aan, en kunnen we beginnen.
- *<audiorecorder aanzetten>*

VRAGEN VOOR IEDEREEN

Verwijst u patiënten wel eens door naar bewegen?

Daarmee bedoel ik een doorverwijzing naar bijvoorbeeld een lokale sportclub, een wandelgroep, de fysiotherapeut, de buurtsportcoach, of een gecombineerde leefstijlinterventie waar bewegen onderdeel van uitmaakt.

Op basis waarvan doet u dit wel of niet?

- * *Richtlijnen en standaarden*
- * *Gezondheidsprofiel van patiënt*
- * *Eigen verzoek van patiënt*

ALS ZORGVERLENERS NIET DOORVERWIJZEN → PAGINA 5

VRAGEN VOOR ZORGVERLENERS DIE WEL DOORVERWIJZEN:

Wat voor patiënten verwijst u door naar bewegen?

Maakt u daarbij onderscheid naar leeftijd (bijvoorbeeld kinderen of volwassenen) of het gezondheidsprofiel van de patiënt?

- * *Kinderen/volwassenen*
- * *Gezonde mensen/ risicogroepen (bv overgewicht)/ mensen met NCDs*
- * *Mensen met psychische problemen*

Om welke redenen verwijst u patiënten door naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere redenen waarom u patiënten verwijst naar bewegen?"

Waar verwijst u patiënten naar door? En waarom?

Doorvragen: "Verwijst u patiënten ook wel eens naar... En waarom (niet)?"

- * *Het reguliere beweegaanbod (fitnesscentrum; sportvereniging)*
- * *Laagdrempelig beweegaanbod (bv "Bewegen op Recept")*
- * *Fysiotherapeut (eigen beweegprogramma's)*
- * *Beweegmakelaar (buurtsportcoach)*
- * *Gecombineerde leefstijlinterventie (bv "Beweegkuur")*
- * *Eigen beweegactiviteiten (bv "Nationale Diabetes Challenge")*

Op welke manier verwijst u patiënten door naar bewegen?

Doorvragen: Noemt u alleen de naam van de partij waarnaar u doorverwijst, geeft u de patiënt een website/telefoonnummer/flyer mee, of neemt u ook wel eens contact op met de partij waarnaar u doorverwijst namens of samen met de patiënt?

Wat verwacht of hoopt u te bereiken met de doorverwijzing naar bewegen?

Wat zijn uw ervaringen met zo'n doorverwijzing naar bewegen?

- * *Reactie of waardering van patiënt*
- * *Terugkoppeling van patiënt of beweegaanbieder*
- * *Is patiënt daadwerkelijk gaan bewegen?*
- * *Kwaliteit van het beweegaanbod*
- * *Effecten op de gezondheid patiënt*

We hebben het nu steeds gehad over het proces van doorverwijzing naar bewegen. Zijn er ook redenen om patiënten– die onvoldoende bewegen – NIET te verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere redenen om patiënten niet te verwijzen?"

Wat zou er nodig zijn om inactieve patiënten vaker door te verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere dingen die zouden helpen bij het doorverwijzen?"

INDIEN NOG NIET BESPROKEN:

Welke rol spelen de zorgverzekeraars en de kosten/vergoeding van de beweegactiviteiten bij de keuze om patiënten wel of niet door te verwijzen?

VERDER MET ALGEMENE VRAGEN → PAGINA 7

VRAGEN VOOR ZORGVERLENERS DIE NIET DOORVERWIJZEN:

Waarom verwijst u patiënten– die onvoldoende bewegen – niet door naar bewegen?

Doorvragen: “Zijn er nog andere redenen waarom u patiënten niet verwijst?”

Denkt u dat andere huisartsen/praktijkondersteuners/jeugdartsen/jeugdverpleegkundigen patiënten wel doorverwijzen naar bewegen als interventie? En waarom?

Wat zou er nodig zijn om inactieve patiënten wel door te verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: “Zijn er nog andere dingen die zouden helpen bij het doorverwijzen?”

INDIEN NOG NIET BESPROKEN:

Welke rol spelen de zorgverzekeraars en de kosten/vergoeding van de beweegactiviteiten bij de keuze om patiënten wel of niet door te verwijzen?

INDIEN TOEPASSELIJK:

We hebben verschillende redenen besproken om patiënten niet door te verwijzen naar bewegen, en wat er nodig zou zijn om dat wel te doen. Stel dat u wel zou doorverwijzen naar bewegen, wat voor patiënten zou u dan doorverwijzen?

Zou u daarbij onderscheid maken naar leeftijd (bijvoorbeeld kinderen of volwassenen), of het gezondheidsprofiel van de patiënt?

- * *Kinderen/volwassenen*
- * *Gezonde mensen/ risicogroepen (bv overgewicht)/ mensen met NCDs*
- * *Mensen met psychische problemen*

Om welke redenen zou u patiënten dan verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere redenen om patiënten te verwijzen naar bewegen?"

Waar zou u patiënten dan naar doorverwijzen? En waarom?

Doorvragen: "Zou u patiënten ook doorverwijzen naar... En waarom (niet)?"

- * *Het reguliere beweegaanbod (fitnesscentrum; sportvereniging)*
- * *Laagdrempelig beweegaanbod (bv "Bewegen op Recept")*
- * *Fysiotherapeut (eigen beweegprogramma's)*
- * *Beweegmakelaar (buurtsportcoach)*
- * *Gecombineerde leefstijlinterventie (bv "Beweegkuur")*
- * *Eigen beweegactiviteiten (bv "Nationale Diabetes Challenge")*

VRAGEN VOOR IEDEREEN

We zijn bijna aan het einde van dit interview. Tot slot wil ik u enkele vragen stellen waarmee we enkele kenmerken van de zorgverleners die we geïnterviewd hebben kunnen beschrijven:

- U bent een man/vrouw
- Wat is uw leeftijd?
- In welk type praktijk werkt u?
solopraktijk/gedeelde praktijk met één discipline/gedeelde praktijk met meerdere disciplines

Dat was mijn laatste vraag. Heeft u verder nog dingen die u ons mee wilt geven?

AFSLUITING

Dan wil ik u bij dezen hartelijk bedanken voor uw deelname aan dit interview.

Uw antwoorden zijn heel waardevol voor ons begrip van het doorverwijzingsproces van de eerstelijnszorg naar bewegen, wat er meespeelt bij de keuze om wel of niet door te verwijzen, en de ervaringen van de eerstelijns met zo'n doorverwijzing. Dank u wel. Wilt u op de hoogte worden gehouden van de resultaten van ons onderzoek? Dan sturen we u het onderzoeksrapport zodra het gepubliceerd is.

Appendix 4. Focusgroep leidraad doorverwijzingsproces

INTRODUCTIE

Allereerst hartelijk bedankt dat jullie mee willen werken aan deze focusgroep.

Het RIVM voert in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek uit naar het doorverwijzingsproces in de eerstelijnszorg naar bewegen. Omdat we ons richten op de huisartsenpraktijk en de jeugdgezondheidszorg, gaan we in gesprek met huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. We willen graag weten om welke redenen patiënten/cliënten worden doorverwezen naar bewegen als interventie, en wat de ervaringen zijn met zo'n doorverwijzing. Maar we zijn ook benieuwd naar redenen om niet door te verwijzen naar bewegen, en wat er nodig zou zijn om dat wel te doen.

En vandaag ga ik daarover dus in gesprek met jullie.

PRAKTISCH

- De focusgroep zal ongeveer een uur duren.
- Van te voren willen wij jullie vragen om een zogenoemd toestemmingsformulier te tekenen. Met het tekenen van dit formulier geven jullie onder andere toestemming voor deelname aan het onderzoek, dat dit gesprek wordt opgenomen en later wordt uitgetypt door een transcriptiebureau, en dat we de informatie die jullie ons vandaag geven mogen gebruiken voor onderzoek naar het doorverwijzingsproces van de eerstelijns naar bewegen.
- *<toestemmingsformulieren laten tekenen>*
- Dan is het handig om een aantal 'spelregels' door te nemen. Een focusgroep wordt ook wel een groepsdiscussie genoemd, en ik wil jullie dus ook zeker uitnodigen om op elkaar te reageren en met elkaar in discussie te gaan. Maar houd het wel netjes. Probeer elkaars mening te respecteren en praat niet door andere mensen heen.
- Dan zet ik de audiorecorder nu aan, en kunnen we beginnen.
- *<audiorecorder aanzetten>*

FOCUSGROEP

Ik wil graag beginnen met een kort voorstelrondje. Daarmee vangen we twee vliegen in één klap: het helpt ons met het herkennen van de stemmen tijdens het uitwerken van het gesprek en zorgt ervoor dat we de zorgverleners die we gesproken hebben kunnen beschrijven. Zouden jullie daarom de volgende vragen kunnen beantwoorden:

- Wat is uw naam?
- Uw geslacht?
- Uw leeftijd?
- In wat voor type praktijk werkt u? Een solopraktijk, een gedeelde praktijk met één discipline, of een gedeelde praktijk met meerdere disciplines?

+/- 15 minuten

Dan gaan we nu écht beginnen met de focusgroep. De eerste vraag aan jullie is als volgt: verwijzen jullie patiënten wel eens door naar bewegen?

Daarmee bedoel ik een doorverwijzing naar bijvoorbeeld een lokale sportclub, een wandelgroep, de fysiotherapeut, de buurtsportcoach, of een gecombineerde leefstijlinterventie waar bewegen onderdeel van uitmaakt.

Op basis waarvan doen jullie dit wel of niet?

- * *Richtlijnen en standaarden*
- * *Gezondheidsprofiel van patiënt*
- * *Eigen verzoek van patiënt*

Wat voor patiënten verwijzen jullie door naar bewegen?

Maken jullie daarbij onderscheid naar leeftijd (bijvoorbeeld kinderen of volwassenen) of het gezondheidsprofiel van de patiënt?

- * *Kinderen/volwassenen*
- * *Gezonde mensen/ risicogroepen (bv overgewicht)/ mensen met NCDs*
- * *Mensen met psychische problemen*

Om welke redenen verwijzen jullie patiënten door naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere redenen waarom jullie patiënten verwijzen naar bewegen?"

Waar verwijzen jullie patiënten naar door? En waarom?

Doorvragen: "Verwijzen jullie patiënten ook wel eens naar... En waarom (niet)?"

- * *Het reguliere beweegaanbod (fitnesscentrum; sportvereniging)*
- * *Laagdrempelig beweegaanbod (bv "Bewegen op Recept")*
- * *Fysiotherapeut (eigen beweegprogramma's)*
- * *Beweegmakelaar (buurtsportcoach)*
- * *Gecombineerde leefstijlinterventie (bv "Beweegkuur")*
- * *Eigen beweegactiviteiten (bv "Nationale Diabetes Challenge")*

Op welke manier verwijzen jullie patiënten door naar bewegen?

Doorvragen: Noemen jullie alleen de naam van de partij waarnaar u doorverwijst, geven jullie de patiënt een website/telefoonnummer/flyer mee, of nemen jullie ook wel eens contact op met de partij waarnaar u doorverwijst namens of samen met de patiënt?

Wat verwachten of hopen jullie te bereiken met de doorverwijzing naar bewegen?

Wat zijn jullie ervaringen met zo'n doorverwijzing naar bewegen?

- * *Reactie of waardering van patiënt*
- * *Terugkoppeling van patiënt of beweegaanbieder*
- * *Is patiënt daadwerkelijk gaan bewegen?*
- * *Kwaliteit van het beweegaanbod*
- * *Effecten op de gezondheid patiënt*

+/- 35 minuten

We hebben het nu steeds gehad over het proces van doorverwijzing naar bewegen. Zijn er ook redenen om patiënten – die onvoldoende bewegen – NIET te verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere redenen om patiënten niet te verwijzen?"

Wat zou er nodig zijn om inactieve patiënten vaker door te verwijzen naar bewegen?

Doorvragen: "Zijn er nog andere dingen die zouden helpen bij het doorverwijzen?"

INDIEN NOG NIET BESPROKEN:

Welke rol spelen de zorgverzekeraars en de kosten/ vergoeding van de beweegactiviteiten bij de keuze om patiënten wel of niet door te verwijzen?

+/- 55 minuten

Dat was mijn laatste vraag. Ik stel voor dat we nog één rondje maken, waarin jullie laatste gedachten kunnen delen, of andere dingen die jullie ons mee willen geven.

AFSLUITING

Dan wil ik jullie bij dezen hartelijk bedanken voor jullie deelname aan deze focusgroep.

Jullie antwoorden zijn heel waardevol voor ons begrip van het doorverwijzingsproces van de eerstelijnszorg naar bewegen, wat er meespeelt bij de keuze om wel of niet door te verwijzen, en de ervaringen van de eerstelijns met zo'n doorverwijzing. Dank jullie wel.

Willen jullie op de hoogte worden gehouden van de resultaten van ons onderzoek? Dan sturen we jullie het onderzoeksrapport zodra het gepubliceerd is.

7 Appendix 5. Opzet van de enquête

Hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek over het doorverwijzingsproces van de eerstelijnszorg naar bewegen.

Als u deze vragenlijst invult, geeft u de onderzoekers van het RIVM toestemming om de informatie te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek naar doorverwijzing naar bewegen. Uw privacy is volledig gewaarborgd.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 5 tot 15 minuten duren. Als u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met Anne Loyen (anne.loyen@rivm.nl).

We beginnen de vragenlijst met een aantal algemene vragen.

Wat is uw beroep?*

Deze vragenlijst is alleen gericht op huisartsen, praktijkondersteuners, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

Als u een ander beroep heeft, hoeft u deze vragenlijst niet in te vullen.

Als u meerdere beroepen beoefent, mag u deze vragenlijst invullen vanuit uw rol als huisarts, praktijkondersteuner, jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Praktijkondersteuner-GGZ
- Jeugdarts
- Jeugdverpleegkundige

Waar werkt u?*

- Een huisartsenpraktijk
- Een huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum met zorgverleners uit meerdere disciplines (zoals een fysiotherapeut, diëtist of psycholoog)
- Een GGD
- Een Centrum voor Jeugd en Gezin
- Een consultatiebureau
- Anders, namelijk... INVULVELD

In welke provincie staat de praktijk of instelling waar u werkt?*

Hoeveel uur per week werkt u?*

Wat is uw geslacht?*

- Man
- Vrouw

Wat is uw leeftijd?*

Bent u bekend met de nieuwe beweegrichtlijnen?*

Daarin staat onder andere dat kinderen dagelijks minstens 1 uur matig intensief moeten bewegen, en volwassenen wekelijks tenminste 2.5 uur.

- Ja
- Nee

Voldoet u zelf aan de beweegrichtlijn voor volwassenen in een "normale" week?*

Minstens 2.5 uur matig intensieve lichamelijke beweging per week, en tenminste tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten.

- Ja
- Nee

Geef aan in hoeverre u het eens bent met onderstaande stellingen*

"De eerstelijnszorgverlener heeft een rol in het stimuleren van lichamelijke activiteit"

Helemaal mee oneens – Mee oneens – Mee eens – Helemaal mee eens – Weet ik niet/geen mening

"Ik ben bekend met het beweegaanbod in de buurt van de praktijk of instelling waar ik werk"

Helemaal mee oneens – Mee oneens – Mee eens – Helemaal mee eens – Weet ik niet/geen mening

"Er is kwalitatief goed beweegaanbod aanwezig in de buurt van de praktijk of instelling waar ik werk"

Helemaal mee oneens – Mee oneens – Mee eens – Helemaal mee eens – Weet ik niet/geen mening

De volgende vragen gaan over het doorverwijzingsproces van de eerstelijnszorg naar bewegen.

Daarmee bedoelen we bijvoorbeeld een doorverwijzing naar een lokale sportclub, een wandelgroep, een beweegprogramma van een fysiotherapeut, de buurtsportcoach, een gecombineerde leefstijlinterventie, of een eigen beweegactiviteit.

Deze verwijzing kan verschillende vormen aannemen: een 'traditionele' verwijzing met een verwijsbrief, een concrete afspraak dat de patiënt/cliënt een bepaalde beweegactiviteit gaat doen, een gericht advies om een bepaalde beweegactiviteit te gaan doen, of een algemeen advies om meer te bewegen.

Deze vragen worden gesteld voor verschillende groepen patiënten/cliënten.

Verwijst u <<doelgroep>> wel eens naar bewegen?*

Als u deze patiënten/cliënten niet behandelt, kunt u "niet van toepassing" aanklikken.

Altijd – Meestal – Soms – Nooit – Niet van toepassing

Om welke REDEN(EN) verwijst u <<doelgroep>> door naar bewegen?* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Om de klacht te verhelpen waar de patiënt/cliënt mee komt
- Om leefstijl-gerelateerde aandoeningen te voorkomen/behandelen
- Om psychische problemen te voorkomen/behandelen
- Om medicatiegebruik te verminderen
- Om de motorische ontwikkeling te stimuleren
- Om de sociale ontwikkeling te stimuleren
- Om de lichamelijke mobiliteit te behouden/verbeteren
- Om het sociale welzijn te behouden/verbeteren
- Dat is goed voor de algemene gezondheid van de patiënt/cliënt
- Dat is goed voor het algehele welzijn van de patiënt/cliënt
- Anders, namelijk... INVULVELD

Naar welk BEWEEGAANBOD verwijst u <<doelgroep>>?*
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik geef een algemeen advies om meer te bewegen
- Regulier beweegaanbod (zoals een fitnesscentrum of een sportvereniging)
- Laagdrempelig beweegaanbod (bijvoorbeeld "Bewegen op Recept")
- Een beweegprogramma bij de fysiotherapeut (zoals fysiosport)
- Een 'beweegmakelaar' (zoals een buurtsportcoach of combinatiefunctionaris)
- Een gecombineerde leefstijlinterventie (bijvoorbeeld "Beweegkuur")
- Eigen beweegactiviteit (zoals georganiseerde wandelingen)
- Anders, namelijk... INVULVELD

Om welke reden(en) verwijst u <<doelgroep>> NIET (ALTIJD) door naar bewegen?* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik vind het niet mijn taak/verantwoordelijkheid
- Ik vind het vervelend om hierover te beginnen
- Ik denk er vaak niet aan
- Ik twijfel aan het gezondheidseffect van meer bewegen
- Ik heb te weinig kennis over meer bewegen
- Gebrek aan tijd tijdens het consult
- De patiënt/cliënt heeft geen gezondheidsproblemen
- De gezondheidstoestand van de patiënt/cliënt is te slecht
- Bepaalde motivatie van de patiënt/cliënt om meer te bewegen
- De patiënt/cliënt heeft niet voldoende financiële middelen
- Er spelen grotere problemen in het leven van de patiënt/cliënt
- De culturele achtergrond van de patiënt/cliënt
- Er is geen passend/geschikt beweegaanbod in de buurt
- Anders, namelijk... INVULVELD

De volgende vragen gaan over het proces van doorverwijzing in het algemeen.

Op welke richtlijnen of standaarden baseert u uw doorverwijzing naar bewegen?* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Aandoening-specifieke richtlijnen en standaarden
- Richtlijnen en standaarden met betrekking tot leefstijl
- Geen richtlijnen of standaarden
- Anders, namelijk... INVULVELD

Op welke manier(en) verwijst u patiënten/cliënten door naar bewegen?* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik geef een algemeen advies om meer te bewegen
- Ik geef een gericht advies om een bepaalde beweegactiviteit te gaan doen
- Ik maak een concrete afspraak dat de patiënt/cliënt een bepaalde beweegactiviteit gaat doen
- Ik doe een 'traditionele' verwijzing met een verwijsbrief
- Anders, namelijk... INVULVELD

Op welke manier(en) geeft u patiënten/cliënten informatie over beweegactiviteiten?* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik noem de naam van de partij of activiteit waarnaar ik doorverwijs
- Ik geef de patiënt/cliënt een flyer/website/telefoonnummer van de partij of activiteit waarnaar ik doorverwijs
- Ik neem namens de patiënt/cliënt contact op met de partij of activiteit waarnaar ik doorverwijs
- Anders, namelijk... INVULVELD

Dit is het einde van de vragenlijst.

Nogmaals hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek naar het doorverwijzingsproces van de eerstelijnszorg naar bewegen.

Als u hieronder op "Verzenden" drukt, worden uw gegevens verstuurd.

Als u nog vragen/opmerkingen heeft, dan kunt u die hieronder kwijt:

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag