

TNO-rapport**TNO LS 2013 R 10643****Ouderen en mensen met een chronische
ziekte:
doorstroom naar sport- en beweegaanbod****Behavioural and Societal
Sciences**

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

Datum	2 mei 2013
Auteur(s)	W. Otten A.T.H. van Hespen
Aantal pagina's	69 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	5
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Projectnaam	Programmasubsidie VWS 2011-2012
Projectnummer	051.01285/01.04.03

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2013 TNO

Samenvatting

Gezonde ouderen en ouderen met een chronische ziekte voldoen beiden veelal niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Mensen met een chronische ziekte maken gebruik van ander sport- en beweegaanbod dan gezonde ouderen. De groep 50+ bestaat in feite uit allerlei verschillende groepen. Onderscheid is gewenst naar een globale indeling in leeftijdsgroepen en soort chronische ziekte. Op basis hiervan kan een bijbehorend signalerings- en verwijzingstraject naar het sport- en beweegaanbod gevolgd worden.

Sinds 2008 onderzoekt TNO het onderwerp “deelname van ouderen en mensen met een chronische ziekte aan het bestaande sport- en beweegaanbod.” Eerst is inzicht verkregen in het aanbod en gebruik daarvan in Nederland in het algemeen. Om tot implementatie van deze kennis te komen is TNO gaan samenwerken met ZorgOndersteuning Noord-Holland (ZONH), de gemeente Medemblik, en Sportservice West Friesland. Van de gezonde ouderen (50+) en ouderen met een chronische ziekte in Medemblik bleek 51% ('s zomers) en 68% ('s winters) niet te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (SSNH 2009). Na een inventarisatie door TNO in 2011 van het sport- en beweegaanbod voor deze doelgroep in de regio West-Friesland, is nagegaan welke factoren de doorstroom vanuit de eerste lijn naar dit aanbod gunstig dan wel ongunstig beïnvloeden en welke oplossingen mogelijk zijn.

Hiertoe is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens van SportService West Friesland (SSWF) over het beweeggedrag bij 50-plussers in Medemblik (SSNH 2009), specifiek gericht op de groep met een chronische ziekte. Daarnaast zijn groepsgesprekken gehouden met (a) de gebruikers (ouderen en mensen met een chronische ziekte), (b) aanbieders van sport- en beweegactiviteiten, en (c) de verwijzers in de eerste lijn naar sport- en beweegaanbod. De resultaten van deze activiteiten zijn besproken met de samenwerkingspartners (de gemeente Medemblik, ZONH en SSWF).

Bevorderende en belemmerende factoren die doorstroom beïnvloeden en mogelijke oplossingen

- Een kwalitatief goed en gevarieerd aanbod van activiteiten is gewenst, maar een struikelblok daarbij is het prijskaartje, dat relatief hoog is, bijvoorbeeld door de benodigde en gewenste kwaliteit van de begeleiding.
- De financiering is een steeds terugkerend onderwerp, zowel bij de gebruikers, de aanbieders als de verwijzers. Dit vraagt om een maatschappelijke business case waar ook zorgverzekeraars een rol in spelen.
- Andere aspecten van beweegactiviteiten, zoals aandacht en sociale contacten, krijgen momenteel weinig aandacht, terwijl dat ook goede redenen kunnen zijn voor deelname aan het beweegaanbod.
- Een overzicht van het beschikbare sport- en beweegaanbod wordt door verwijzers nog steeds gemist, terwijl deze wel aanwezig is via SSWF (“Sport- en beweegwijzer”).
- Bij de werving van verwijzers voor de groepsgesprekken was er erg weinig interesse vanuit de eerste lijn, behalve bij de fysiotherapeuten. Ook de werving van aanbieders en gebruikers voor de groepsgesprekken was moeizaam. Dit riep de vraag op wie de eigenaar was van het probleem om de doorstroom van eerste lijn naar regulier sport- en beweegaanbod te bevorderen. In het

slotoverleg met de samenwerkingspartners gaf de gemeente Medemblik duidelijk aan de probleemeigenaar te zijn.

Dit project heeft een goed inzicht opgeleverd welke factoren in West-Friesland belemmerend of bevorderend werken op de doorstroom van de groep 50-plussers en mensen met een chronische ziekte naar het reguliere sport- en beweegaanbod, bekeken vanuit verschillende perspectieven (gebruikers, aanbieders en verwijzers eerste lijn). Deze inzichten worden nu door de samenwerkingspartners in West-Friesland benut binnen de verschillende lopende projecten in deze regio.

Oorspronkelijk was voorzien om met de verkregen inzichten in een pilot de doorstroom daadwerkelijk te verbeteren. Hiertoe zou in het kader van dit project een implementatieplan opgesteld worden dat vervolgens door de betrokken actoren uitgevoerd kon worden, aansluitend bij de verschillende reeds lopende projecten in de regio. De voor de uitvoering van een implementatieplan noodzakelijke financiering bleek echter niet beschikbaar noch op termijn realiseerbaar. Daarnaast bleek de vereiste intensieve participatie van de betrokken actoren ook niet te realiseren. De TNO-projectgroep heeft op basis daarvan besloten dat het maken van een implementatieplan niet zinvol was gezien de geringe kans op daadwerkelijk realisatie daarvan.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding.....	5
2	Bevorderende en belemmerende factoren van doorstroom naar sport- en beweegaanbod.....	7
2.1	Secundaire analyses Taskforce 50+ Medemblik: Mensen met een Chronische ziekte	7
2.2	Focusgroepen gebruikers, aanbieders en verwijzers	10
2.3	Feedback samenwerkingspartners	17
3	Discussie en conclusies	20
3.1	Aanbevelingen om de doorstroom te bevorderen	21
4	Literatuur.....	23

Bijlage(n)

- Bijlage A: Analyse wensen en behoeften van senioren met een chronische ziekte in Medemblik
- Bijlage B: Resultaten focusgroep gebruikers
- Bijlage C: Resultaten focusgroep aanbieders
- Bijlage D: Verslag Expertmeeting 'Doorverwijzen naar sport en bewegen'
- Bijlage E: Verslag Overleg experts beweegactiviteiten chronisch zieken en Ouderen in West Friesland

1 Inleiding

Afhankelijk van de gekozen definitie leven in Nederland tussen de 1,5 en 4,5 miljoen volwassenen met een chronische aandoening. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat bewegen een gunstige invloed heeft op het beloop van een chronische ziekte (Durstine et al. 2009). Ook voor ouderen bevordert bewegen het behoud van de gezondheid. Het onderwerp “bewegen door ouderen en mensen met een chronische ziekte” is daarom al een aantal jaren een thema binnen TNO. In 2008 kreeg TNO de opdracht van het ministerie van VWS om in kaart te brengen wat het algemene aanbod van beweegprogramma's is voor ouderen en mensen met een chronische ziekte en in hoeverre dit aanbod aansluit op hun wensen en eisen (Jongert et al. 2009). Aanvullend op de inventarisatie van vraag en aanbod is ook gekeken naar de instroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte in beweegprogramma's en in het bijzonder naar de verwijzing door en naar zorgprofessionals (voornamelijk huisartsen en fysiotherapeuten) naar deze programma's (Van Hespen et al. 2009).

Om tot implementatie van deze kennis te komen heeft TNO de samenwerking met de Vereniging Sportgeneeskunde (VSG) gezocht. Via de VSG is TNO in contact gekomen met ZorgOndersteuning Noord-Holland (ZONH) en de gemeente Medemblik. Deze gemeente heeft in 2010 opdracht gegeven aan Sportservice West-Friesland (SSWF) om het beweeggedrag bij 50-plussers in kaart te brengen. Uit deze inventarisatie bleek dat 50-plussers woonachtig in de gemeente Medemblik (waaronder mensen met een chronische ziekte) onder het landelijk gemiddelde scoren qua hoeveelheid lichaamsbeweging (SSNH 2009). De seniorenraad van de gemeente Medemblik heeft toentertijd ook deze resultaten besproken. Vanuit het idee dat bewegen een beter recept is dan pillen, is toen de focus gelegd op doorverwijzing vanuit de 1^e lijn naar het beweegaanbod. Van daaruit zijn ZONH en de huisartsen erbij betrokken geraakt. ZONH heeft daarom een taskforce “Sport en Bewegen 50+” opgezet in de gemeente Medemblik. Deze taskforce richt zich onder andere op de verbetering van de deelname van ouderen en mensen met een chronische ziekte aan beweegprogramma's.

In deze taskforce “Sport en Bewegen 50+” participeren ZONH, SSWF en de gemeente Medemblik. De VSG is een geïnteresseerd lid op afstand. TNO is adviserend lid om haar kennis op het gebied van bewegen van ouderen en mensen met een chronische ziekte in te brengen en toe te passen op gemeentelijk niveau en een aantal openstaande vragen te beantwoorden: (1) hoe geschikt zijn de huidige beweegprogramma's die in deze regio worden aangeboden voor ouderen en mensen met een chronische ziekte, (2) wat zijn factoren die ouderen en mensen met een chronische ziekte stimuleren dan wel belemmeren om deel te nemen aan programma's cq verwijzers stimuleren mensen met een chronisch ziekte door te verwijzen naar beweegprogramma's en (3) hoe moet een programma gericht op het stimuleren van de instroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte in beweegprogramma's vorm gegeven en geïmplementeerd worden.

Allereerst is in de eerste helft van 2011 door TNO het beweegaanbod voor ouderen en mensen met een chronische ziekte in de regio West Friesland in kaart gebracht. Onder West Friesland wordt verstaan de driehoek Medemblik, Enkhuizen, Hoorn en het gebied links daarvan begrensd door Avenhorn, Stompvoren, en Opmeer. Een

deel van het aanbod in West Friesland was bekend via de website van SSWF (www.sportservicewestfriesland.nl Sport- en Beweegwijzer). Doel van deze aanvullende inventarisatie was om dit overzicht te completeren en te actualiseren. Voor deze inventarisatie is gebruik gemaakt van (a) de bestaande vragenlijst van SSWF om interventies in kaart te brengen en (b) een conceptlijst van de VSG voor een landelijke databank. De inventarisatie is gedaan bij de aanbieders van sport- en beweegactiviteiten. Het gevonden aanbod is vervolgens op systematische wijze beoordeeld wat betreft kwaliteit en (verwachte) effectiviteit. Deze evaluatie is gebaseerd op (a) scoringsmethodiek effectieve interventie t.b.v. het Beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs en (b) de RIVM vragenlijst voor de beoordeling van interventies in de interventiedatabase Loket Gezond Leven. De resultaten van de inventarisatie zijn beschreven in een interne TNO-rapportage die beschikbaar is gesteld aan SSWF, ZONH en de gemeente Medemblik (Van Hespen et al. 2011).

In het voorliggende rapport worden de resultaten aangaande de tweede onderzoeksvraag beschreven: welke bevorderende en belemmerende factoren er zijn voor ouderen en mensen met een chronische ziekte om deel te nemen aan of verwezen te worden naar dit sport- en beweegaanbod in de regio West Friesland en wat zijn mogelijke oplossingen voor de belemmeringen en suggesties voor de wijze van implementatie.

De derde vraag bleek niet te beantwoorden, omdat de voor de uitvoering van een implementatieplan noodzakelijke financiering niet beschikbaar bleek noch op termijn realiseerbaar. Daarnaast bleek de vereiste intensieve participatie van de betrokken actoren ook niet te realiseren. De TNO-projectgroep heeft op basis daarvan besloten dat het maken van een implementatieplan niet zinvol was gezien de geringe kans op daadwerkelijk realisatie daarvan.

2 Bevorderende en belemmerende factoren van doorstroom naar sport- en beweegaanbod

Om de vraag naar bevorderende en belemmerende factoren van doorstroom naar sport- en beweegaanbod te beantwoorden zijn verschillende activiteiten uitgevoerd. Ten eerste zijn secundaire analyses uitgevoerd op de gegevens van Sportservice West Friesland (SSWF) over het beweeggedrag bij 50-plussers in Medemblik (SSNH 2009) om te weten hoe de specifieke groep 50+ met een chronische ziekte de vragen uit dit onderzoek beantwoord heeft. Ten tweede zijn groepsgesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen (a) de gebruikers (ouderen en mensen met een chronische ziekte), (b) aanbieders van sport- en beweegactiviteiten, en (c) de verwijzers in de eerste lijn naar sport- en beweegaanbod. Met elk van deze groepen is gesproken om inzicht te krijgen hoe de deelname aan het reguliere sport- en beweegaanbod gestimuleerd kan worden. Ten derde zijn deze resultaten teruggekoppeld naar de samenwerkingspartners: de gemeente Medemblik, SSWF en ZONH.

2.1 Secundaire analyses Taskforce 50+ Medemblik: Mensen met een Chronische ziekte

De secundaire analyses werden uitgevoerd op de gegevens die verzameld zijn in april 2009 voor het onderzoek dat werd uitgevoerd door de gemeente Medemblik, SSWF en Sportservice Noord-Holland (SSNH) in samenwerking met het Servicepunt Wonen Plus. Toen werd een schriftelijke vragenlijst gestuurd aan 2000 inwoners van 50 jaar en ouder in de verschillende woonkernen van Medemblik. In totaal hebben 503 inwoners de vragenlijst ingevuld, wat neerkomt op een respons van 25,2%. Hieruit bleek dat 50-plussers minder bewegen dan aangeraden wordt volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (SSNH 2009). De NNGB houdt in dat men tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging heeft (in zomer én winter). In de zomer bleek 49% van de 50-plussers te voldoen aan de beweegnorm, en in de winter 32%. Daarnaast werd in dit onderzoek beschreven wat 50-plussers vonden van (a) de informatievoorziening, (b) hun sport- en bewegingsparticipatie, (c) redenen van (niet-) sportdeelname, (d) sociale invloeden, en (e) toekomstige sportbeoefening: wensen en behoeften.

Om beter te weten wat de groep mensen met een chronische ziekte van deze aspecten vond is aan SSWF gevraagd om specifieke aanvullende analyses uit te voeren. Deze analyses zijn gedaan in augustus 2011 door SSWF en door TNO geïnterpreteerd in overleg met SSWF. In deze analyses zijn de 50-plussers zonder een chronische aandoening vergeleken met de ouderen met een chronische aandoening. De verwachting was dat 50-plussers met een chronische aandoening minder zouden sporten en bewegen dan gezonde 50-plussers en ook specifieke redenen hiervoor zouden hebben. Dit zou betekenen dat het sport- en beweegaanbod aan elke groep zou moeten worden aangepast, en de groepen ook anders benaderd zouden moeten worden wat betreft doorstroom naar het reguliere sport- en beweegaanbod.

2.1.1 Resultaten

Hieronder staan de resultaten samengevat, waarbij de indeling van het SSWF-rapport wordt gevolgd (zie Bijlage A voor het rapport en de uitgebreide analyses).

Steekproef

In totaal hadden 503 respondenten de vragenlijst ingevuld (response 25,2%). Op basis van de vraag: "Heeft u een beperking en/of chronische aandoening? (vraag nr. 40) kon deze groep worden ingedeeld zoals weergegeven in Tabel 1. Men kon meer antwoorden geven bij deze vraag. In de analyses is de groep van 164 respondenten met een chronische aandoening vergeleken met de 273 respondenten zonder een beperking of ziekte.

Vergeleken met gezonde 50-plussers op de demografische gegevens bleek dat respondenten met een chronische aandoening:

- ouder zijn;
- iets vaker vrouw zijn;
- minder thuiswonende kinderen hebben en vaker alleen wonend zijn;
- wat lager opgeleid zijn;
- vaker gepensioneerd zijn; en
- minder inkomen hebben.

Tabel 1 Steekproef van inwoners van Medemblik (n = 503) met een beperking en/of chronische aandoening (uit SSNH 2009).

	n	% ¹
lichamelijke beperking	74	15
auditieve beperking (doof, slechthorend)	19	4
visuele beperking	7	1
verstandelijke beperking (blind, slechthorend)	1	0,2
chronische aandoening (cara, hart- en vaatziekten, artrose, diabetes, CVA, reuma, rugaandoeningen etc.)	164	33
geen beperking	273	54

¹Men kon meer antwoorden aankruisen, daarom sommeert het percentage tot meer dan 100%.

Informatievoorziening

Vier vragen werden gesteld over hoe men geïnformeerd werd en wenste te worden over het sport- en beweegaanbod in Medemblik. Gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening verschilden niet in kennis over het sport- en beweegaanbod, de gebruikte bronnen, en de gewenste informatie. Alleen bleek dat 50-plussers met een chronische aandoening meer willen weten over de toegankelijkheid van het sport- en beweegaanbod (wat betreft leeftijd, beperkingen) (57%) dan gezonde 50-plussers (29%).

Bewegen en gezondheid

Er werden twee vragen gesteld om de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB: minimaal vijf dagen per week een half uur per dag bewegen) en de fitnorm (3 of meer dagen per week minstens 20 minuten inspannen zodat men bezweet raakt) te kunnen bepalen. Wat betreft de NNGB verschilden 50-plussers met een chronische aandoening niet van gezonde 50-plussers¹: in de zomer voldeed ongeveer 50% aan de NNGB, en in de winter 33%. Ook werd in de winter geen verschil gevonden wat betreft de fitnorm. Wel bleken in de zomer 50-plussers met een chronische aandoening minder aan de fitnorm te voldoen (35%) dan gezonde 50-plussers (43%).

¹ Op verzoek is door SSWF nog een extra analyse uitgevoerd, naast de analyses gerapporteerd in Bijlage A. Wanneer de vergelijking werd gemaakt waarbij alleen gekeken werd naar 5 dagen of meer versus 4 dagen of minder (2 niveaus i.p.v. de 3 niveaus in de Bijlage A) bleken gezonde 50-plussers niet te verschillen van 50-plussers met een chronische aandoening zowel in de zomer ($\chi^2 = 0,165$, $p = 0,685$) als in de winter ($\chi^2 = 0,169$, $p = 0,681$).

Wat betreft sporten werd uitgegaan van de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO, 2013) waarin een persoon gedefinieerd wordt als sporter als hij/zij in de afgelopen twaalf maanden minimaal twaalf keer had gesport. Dan bleek dat gezonde 50-plussers meer sporten (83%) dan 50-plussers met een chronische aandoening (66%).

Er werden 54 sporten voorgelegd waarvan men kon aangeven of men deze in de afgelopen 12 maanden had beoefend. Hieruit bleek dat gezonde 50-plussers vaker de sporten aerobics, hardlopen, schaatsen, tennis en wandelen beoefenden dan 50-plussers met een chronische aandoening, maar 50-plussers met een chronische aandoening deden vaker aan tai chi en zwemmen dan gezonde 50-plussers. Tevens werd gevraagd op welke manier men deze sport bedreef: in verenigingsverband, commercieel verband, ongebonden verband (nl. door de persoon zelf of door familie of vrienden) of anders georganiseerd verband (nl. via bedrijfssport, tijdens een georganiseerde vakantie, als deelnemer van een georganiseerd sportevenement en via het sociaal-cultureel werk, sportbuurtwerk of Stichting Welzijn Ouderen). Gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening sporten vooral in ongeorganiseerd verband, met name wandelen en fietsen. Gezonde 50-plussers sporten echter vaker in verenigingsverband en minder via welzijnswerk dan 50-plussers met een chronische aandoening.

Determinanten van bewegen

Nagegaan werd welke factoren van invloed waren op deelname aan sport- en beweegactiviteiten. Er werden tien redenen voorgelegd om wel te deel te nemen. Men gaf aan op een 5-puntsschaal of men het met deze reden eens was (1 = geheel mee eens, 3 = neutraal, 5 = geheel mee oneens). Gezonde 50-plussers sporten meer vanwege 'prestatie/winst/competitie', 'positieve ervaringen uit het verleden', en 'plezier en ontspanning' dan 50-plussers met een chronische aandoening. Er werden ook 17 redenen beoordeeld waarom men juist niet zou deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten. 50-plussers met een chronische aandoening waren het meer eens met de redenen 'gezondheid laat het niet toe', 'ken geen lotgenoten die mee willen komen', en 'te duur' dan gezonde 50-plussers.² Van zes personen werd nagegaan of deze 50-plussers aanspoorden om te gaan sporten of bewegen. 50-plussers met een chronische aandoening werden meer aangespoord door huisartsen/specialisten en fysiotherapeuten dan gezonde 50-plussers. Alle 50-plussers (gezond of met een chronische aandoening) zouden gemotiveerd worden om te gaan sporten of bewegen als hun huisarts of fysiotherapeut in de toekomst dat zou aanbevelen.

Er werden geen verschillen gevonden tussen gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening wat betreft vragen over motivatie om te sporten, eigen-effectiviteit en vaardigheden. 50-plussers met een chronische aandoening zijn meer bereid deel te nemen aan fitness voor senioren (voor €4 per keer) dan gezonde 50-plussers.

Huidige en gewenst aanbod

Gevraagd werd of men tevreden was over de variatie en hoeveelheid van het huidige sport- en beweegaanbod. Alle 50-plussers waren hier noch tevreden, noch ontevreden over. Ook werd de behoefte aan 16 voorzieningen nagegaan, zoals een zwembad of veldje om te sporten. Er werden geen verschillen gevonden tussen

² Deze redenen om niet deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten staan niet in het rapport in Bijlage A, maar wel in de extra outputgegevens van de analyses waarover TNO beschikt.

gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening in behoeften aan deze sportvoorzieningen.

Vragen werden gesteld over de gewenste organisatievorm van sporten en bewegen in de komende jaren. 50-plussers met een chronische aandoening willen vaker sporten met een fysio- of oefentherapeut of via welzijnswerk, en minder vaak via sportvereniging of ongeorganiseerd dan gezonde 50-plussers. 50-plussers met een chronische aandoening sporten liever met leeftijdsgenoten dan gezonde 50-plussers, terwijl er geen verschil wordt gevonden m.b.t. sporten met seksegenoten. 50-plussers met een chronische aandoening sporten doordeweeks liever 's ochtends en 's middags, minder graag doordeweeks 's avonds of in het weekend 's ochtends dan gezonde 50-plussers. Er worden geen verschillen gevonden in gewenste reistijd (5 – 15 minuten) of prijs (€3-€4 per keer). Wat betreft vervoer lijken 50-plussers met een chronische aandoening minder vaak met de auto en fiets/te voet te willen dan gezonde 50-plussers..

2.1.2 Conclusies

Opvallend is dat er weinig verschillen gevonden worden tussen gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening wat betreft sporten en bewegen. Zoals verwacht zijn 50-plussers met een chronische aandoening wat ouder, vaker vrouw, vaker alleenstaand en hebben minder inkomen dan gezonde 50-plussers. 50-plussers met een chronische aandoening verschillen niet van gezonde 50-plussers wat betreft de Nederlandse Norm Gezond Bewegen: beide groepen bewegen te weinig. Echter, 50-plussers met een chronische aandoening sporten minder vaak. Als ze sporten dan beoefenen ze vaker tai chi en zwemmen, en minder vaak aerobics, hardlopen, schaatsen, tennis en wandelen. 50-plussers met een chronische aandoening sporten vaker via welzijnswerk, en minder via verenigingsverband, maar men sport net als gezonde 50-plussers liever ongeorganiseerd (wandelen, fietsen).

Aandachtspunten zijn dat 50-plussers met een chronische aandoening vaker niet deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten omdat ze denken dat hun gezondheid het niet toelaat, geen lotgenoten kennen om samen er naar toe te gaan of leeftijdsgenoten missen bij de activiteit, ze het te duur vinden, en ze er geen plezier en ontspanning aan beleven. Hun zorgverleners (huisartsen, fysiotherapeuten) moedigen hen wel aan om te sporten. Gezonde 50-plussers en 50-plussers met een chronische aandoening geven aan dat als zorgverleners hen zouden aansporen dat motiverend zou werken om te gaan sporten of bewegen. Wat betreft het aanbod maken 50-plussers met een chronische aandoening liever gebruik van mogelijkheden overdag en op een doordeweekse dag. Liefst sport men via welzijnswerk of fysiotherapie, minder graag via een sportvereniging.

2.2 Focusgroepen gebruikers, aanbieders en verwijzers

Doel was om inzicht te krijgen in bevorderende en belemmerende factoren volgens (a) de gebruikers, ouderen en mensen met een chronische ziekte, (b) aanbieders van sport- en beweegactiviteiten, en (c) de verwijzers: huisartsen en de praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Met elk van deze groepen is gesproken om inzicht te krijgen in hoe de deelname aan het sport- en beweegaanbod bevorderd kan worden. Tijdens de focusgroepen stond de vraag naar implementatie centraal: "hoe moet de implementatie van een aanpak vorm gegeven worden om deelname aan het reguliere sport- en beweegaanbod door ouderen en/of mensen met een chronische ziekte te bevorderen."

2.2.1 Methode

Er zijn drie groepsgesprekken gevoerd met de verschillende groepen betrokkenen.

Focusgroep interview met gebruikers (28 oktober 2011)

De werving van deelnemers is verlopen via het WMO loket van de gemeente Medemblik. Er waren uiteindelijk 11 ouderen en/of mensen met een chronisch ziekte bereid deel te nemen aan het gesprek. Na een korte inleiding is er gediscussieerd aan de hand van vier hoofdvragen:

1. Wat zijn redenen om wel mee te doen aan een sport- en/of beweegactiviteit?
2. Wat zijn redenen om niet mee te doen aan een activiteit?
3. Stel dat er wel een groot aanbod is qua activiteiten wat zijn de belemmerende factoren om hieraan deel te nemen?
4. Als er een plan van aanpak zou komen voor mensen die thuis zitten en nergens aan meedoen. Wat zou daar in elk geval in moeten komen.

Na afloop is er gelegenheid gegeven om nog eventuele opmerkingen te maken om het beeld compleet te maken. Het gesprek is opgenomen en genotuleerd. Na afloop zijn de resultaten samengevat en gerubriceerd op steeds terugkerende thema's (zie Bijlage B).

Focusgroep interview met aanbieders (18 oktober 2011)

De werving voor dit interview is uitgevoerd door SSWF; 7 aanbieders waren bereid deel te nemen aan het gesprek. Na een korte inleiding is er gediscussieerd aan de hand van de volgende vragen:

1. Hoe is de huidige situatie qua deelname van ouderen en mensen met een chronische ziekte aan uw activiteit?
2. Wat is de ideale situatie qua deelname en hoe zou je daar kunnen komen?
3. Stel dat er een proeftuin wordt opgezet waarin deelname aan sport- en/of beweegactiviteiten door ouderen en mensen met een chronische ziekte zoveel mogelijk wordt gestimuleerd. Waar zou je dan aandacht aan willen besteden?

Na afloop is er gelegenheid gegeven om opmerkingen te plaatsen. Het gesprek is opgenomen, genotuleerd en er zijn aantekeningen gemaakt door de aanwezige medewerker van SSWF. Na afloop zijn de resultaten samengevat en gerubriceerd op steeds terugkerende thema's (zie Bijlage C).

Expertmeeting met verwijzers (7 december 2011)

De werving van verwijzers is uitgevoerd door ZONH en uiteindelijk waren er 13 fysio- en/of oefentherapeuten en 2 praktijkverpleegkundigen/Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) bereid mee te doen. Tevens was één vertegenwoordiger van ZONH, één vertegenwoordiger van TNO, één vertegenwoordiger van de Gemeente Medemblik en twee vertegenwoordigers van SSWF aanwezig. Er werden drie presentaties verzorgd door ZONH, SSWF en TNO. De expertmeeting was zo georganiseerd dat er eerst tijdens een workshop "Doorverwijzen in de keten" aan de hand van enkele casussen werd gediscussieerd. Op het eind werd besproken welke aanpak succesvol zou kunnen zijn om deelname van ouderen en mensen met een chronische ziekte aan het bestaande aanbod te bevorderen. De resultaten zijn vastgelegd in een verslag (zie Bijlage D).

Integratie informatie uit de drie bijeenkomsten

De gerubriceerde verslagen van de drie bijeenkomsten zijn vergeleken, zodat gemeenschappelijke thema's konden worden vastgesteld. Deze thema's werden vervolgens geordend in de volgende categorieën: organisatie en sociaal politieke

omgeving, de aanbieder, de deelnemer en het aanbod zelf. Deze ordening sluit aan bij de categorisatie van determinanten van innovaties in de gezondheidszorg, zoals beschreven door Fleuren et al. (2010). In dit model worden de determinanten in vier categorieën onderscheiden: de sociaal-politieke context waarin de innovatie plaatsvindt, de organisatie waarin de innovatie plaatsvindt, de uitvoerder van de innovatie, en de innovatie zelf. In de huidige analyse zijn de categorieën sociaal-politieke context en organisatie samengenomen. Daarnaast is de deelnemer aan de activiteit in het model van Fleuren et al. (2010) onderdeel van de categorie de activiteit zelf. In de huidige analyse hebben wij deze als twee aparte categorieën opgenomen. Deze indeling was meer inzichtelijk voor de gevonden factoren.

2.2.2 Resultaten

De genoemde factoren die deelname aan het regulier sport- en beweegaanbod beïnvloeden worden hieronder categorisch weergegeven. Per factor worden mogelijke oplossingen genoemd in de vorm van concrete voorbeelden die in de bijeenkomsten naar voren kwamen. De meeste factoren werden in alle bijeenkomsten genoemd, uitzonderingen worden vermeld. In de expertbijeenkomst met de verwijzers kwamen minder factoren aan de orde, vanwege de andere opzet van deze bijeenkomst.

Organisatie en sociaal politieke omgeving

In de focusgroepen kwamen geregeld twee onderwerpen terug: (a) financiën en (b) samenwerking door verschillende partijen.

Financiën

Deelname aan een sport- of beweegactiviteit kan voor een individu te duur zijn. Verschillende factoren zijn van invloed op de kosten van deelname. Sommige activiteiten worden (deels) vergoed door de zorgverzekering, zoals medische fitness. Daarnaast worden er subsidies verleend door de gemeente of andere organisaties (bijvoorbeeld diabetes zwemgroep). Echter gegeven het huidige economische en politieke klimaat zullen deze vergoedingen verminderen in de toekomst. De structurele financiering beïnvloedt de bijdrage van de individuele deelnemer.

De locatie waar de activiteit wordt gegeven beïnvloedt de kosten, bijvoorbeeld een sportzaal of fysiotherapiepraktijk. Kwalitatief betere begeleiding betekent meer scholing en dus hogere personeelskosten. Volgens de geïnterviewden vergoedt de zorgverzekering alleen bij medisch geschoolde instructeurs. Ook individuele factoren werden genoemd die de waardering van de financiën beïnvloeden. De West-Fries werd als een zuinig type bestempeld. Daarnaast kwam naar voren dat ouderen niet gewend zijn te betalen voor deelname aan sport- en beweegactiviteiten.

Genoemde oplossingen

- Gereduceerde tarieven voor ouderen door subsidie vanuit gemeente (WMO), voor mensen met een chronisch ziekte vanuit de ziektekostenverzekering, of via lidmaatschap Omring (zorgorganisatie, o.a. thuiszorg).
- Moderne marketing: korting, twee keer voor de prijs van één etc.
- Begeleiding door vrijwilligers (bijvoorbeeld gepensioneerd instructeurs), die dan wel verzekerd moeten zijn.

Samenwerking door partijen

Het bevorderen van bewegen door ouderen en chronisch zieken is een uitdaging voor de gehele gemeenschap wat een intersectorale/integrale aanpak vereist. De gemeente of Sport Service Noord Holland zou hier een coördinerende rol kunnen vervullen. Ook wordt gewezen op de mogelijke rol van ouderenbonden, zoals ANBO.

Er zijn verschillende verwijzers die ouderen en chronisch zieken kunnen stimuleren deel te nemen. Dit kunnen o.a. huisartsen, specialisten, thuiszorg, Sport Service Noord Holland (SSNH), of de gemeente (WMO-loket) zijn. Zij kunnen direct naar activiteiten verwijzen maar ook naar SSNH die dan weer verder doorverwijst. Uit de bijeenkomsten met de aanbieders en verwijzers blijkt dat huisartsen en specialisten weinig verwijzen. Men ziet hierin meer een rol voor de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) of wijkverpleging. Verwijzers wijzen op het belang van “zorgvraag routing”. Zij willen graag inzicht in welke groepen zorgvragers op welke manier het beste de zorgketen kunnen doorlopen aangaande beweegactiviteiten. De aanbieders noemen ook expliciet thuiszorgmedewerkers als mogelijkheid om mensen te stimuleren deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten. Niet alleen verwijzen is belangrijk, maar ook nagaan of het advies wordt opgevolgd. De cliënten wijzen op de rol die ouderenbonden en patiëntenverenigingen kunnen spelen in het verwijzen naar het sport- en beweegaanbod.

Mogelijke oplossingen

- Bij de gemeente een verwijzer chronisch zieken aanstellen.
- Huisarts of POH zouden een actieve signalerings- en verwijzfunctie kunnen vervullen.
- Niet alleen verwijzen, maar ook opvolgen wat met advies gedaan wordt is van belang.
- Thuiszorgmedewerkers tools geven om mensen in de thuissituatie te adviseren over sportaanbod, bijvoorbeeld een sportieve gezinsverzorgster wordt sportcoördinator.
- In kaart brengen van de zorgvraag routing: welke groepen chronisch zieken en ouderen kunnen op welke manier het beste de zorgketen doorlopen.
- Betrekken van ouderenbonden en patiëntenvereniging bij verwijzen, want zij kunnen de doelgroep goed bereiken en informeren.

Aanbieder van de activiteit

Uit de bijeenkomst met de verwijzers bleek dat men sterk behoefte had aan een sociale kaart, waarin een overzicht staat van de bestaande beweeg- en sportactiviteiten in de regio. Ook uit het kennismakingsrondje tijdens de expertmeeting bleek dat men behoefte had om elkaar en elkaars activiteiten te leren kennen. Een netwerk vormen van fysiotherapeuten die activiteiten aanbieden voor chronisch zieken wordt genoemd, want de fysiotherapeuten zelf zijn blijvend, maar de door hen aangeboden activiteiten wisselen.

Vanuit de aanbieders wordt gewezen op de rol die sportverenigingen kunnen spelen. Sportverenigingen zijn te weinig gericht op de ouderen, maar meer op het eerste team en de jeugd. Ouderen zijn een grote groep potentiële leden.

De aanbieders en cliënten noemen de kwaliteit van de begeleiding van de activiteiten. Goede professionele begeleiding is van essentieel belang voor blijvende deelname van cliënten. De volgende aspecten worden genoemd: inhoudelijk deskundig, didactische kwaliteiten (zorg, aandacht en luisteren naar deelnemer), individueel niveau van de deelnemer in kunnen schatten, service en

persoonlijkheid. Op deze manier worden de mogelijkheden van de deelnemer zelf goed benut, zodat iedereen kan participeren. Ook wordt genoemd dat er voldoende begeleiding moet zijn, zodat er geen wachtlijsten ontstaan. Een aantal van deze aspecten gaan samen met een kostenplaatje. Bijvoorbeeld een meer inhoudelijk deskundige begeleider brengt meer personeelskosten met zich mee. De oplossing om te kunnen kiezen uit begeleiders betekent ook dat een activiteit verschillende begeleiders moet kunnen bieden. Tot slot wordt genoemd dat men efficiënter gebruik kan maken van de verschillende sportaccommodaties.

Mogelijke oplossingen

- Een netwerk vormen van sport- en beweegaanbieders betrokken bij zorg voor chronisch zieken, wellicht aansluiten bij MEE-projecten (<http://www.meenwh.nl/>).
- Sportverenigingen kunnen meer ouderen als leden werven en voor deze doelgroep voorzieningen/activiteiten aanbieden.
- Seniorenfunctionaris in het bestuur van sportverenigingen.
- Kwalitatief goede begeleiders inzetten die opgeleid zijn om met chronisch zieken sport- en beweegactiviteiten uit te voeren.
- Keuze in begeleiders zodat een begeleider gekozen kan worden die iemand ligt.
- Bij wachtlijsten vrijwilligers inzetten.
- Daluren bij sportaccommodaties opvullen voor senioren. Bijvoorbeeld in een fitnessruimte o.l.v. CLOS-trainer (want goedkoper dan fysiotherapeut), bijvoorbeeld het wegvallen van schoolzwemmen in het zwembad opvullen met senioren-activiteiten.

Deelnemers aan de activiteit

Onbekendheid met het aanbod wordt als belangrijk punt genoemd, met name het nut ervan, de locatie en inhoud van het aanbod. Verschillende oplossingen worden gesuggereerd om de kennis over het aanbod te verbeteren, bijvoorbeeld het boekje van SSWF uitbreiden en beter verspreiden. Ook het belang van mantelzorgers en het eigen sociale netwerk van ouderen om het aanbod bekend te maken worden genoemd. Naast kennis hebben van, wordt ook kennis maken met genoemd, bijvoorbeeld via een open dag. Persoonlijke ervaring met het aanbod vergroot de kennis en neemt drempelvrees weg.

De houding tegenover bewegen speelt ook een rol. De aanbieders en verwijzers geven aan dat gemeenten in West-Friesland, en ook de inwoners, hierin verschillen. Sommige zijn meer sport-minded dan anderen. Bij de inwoners speelt ook een angst voor bewegen mee in verband met het risico op vallen.

Zowel voor de eerste kennismaking als blijvende deelname aan het sportaanbod wordt het belang van samen met anderen deelnemen genoemd. "Samen ga je eerder dan alleen".

Mogelijke oplossingen

- Het aanbod meer bekend maken door het boekje van de SSWF aan te vullen en beter te verspreiden. Meer bekendheid kan ook gegenereerd worden via een aparte bijlage bij de Gemeentegids of plaatselijke krantjes (huis aan huis bladen, gemeenteblad, kerkkrantje).
- Om bekendheid te vergroten wordt ook genoemd: een persoonlijke benadering door langs de deur te gaan (zoals bij GALM) of media aandacht via lokale kanalen.

- De bekendheid vergroten via het sociale netwerk van ouderen en mantelzorgers.
- Om kennis te maken kan men open dagen organiseren, proeflessen geven, een seniorendag of een themadag (bijvoorbeeld reumadag) organiseren
- Samen kennis maken en deelnemen aan een activiteit, bijvoorbeeld via duokaarten

De activiteit zelf

De locatie waar de activiteit plaatsvindt, is belangrijk voor ouderen en chronisch zieken. Het liefst in de buurt, in het eigen dorp. Cliënten noemen als maximale afstand 2 tot 3 km wanneer men loopt of 5 km bij fietsen. Indien de locatie verder weg is dan zou er invalide vervoer moeten zijn of goede openbare vervoersvoorzieningen.

Het aanbod van activiteiten vinden aanbieders en cliënten beperkt. Er zouden meer activiteiten op het juiste niveau, afgestemd op de mogelijkheden van de deelnemer, moeten worden aangeboden. Genoemd worden specifieke aandoeningsgerichte groepen die door gekwalificeerde trainers begeleid worden. Dit laatste kan alleen als er voldoende deelnemers zijn bij een activiteit (bijvoorbeeld wandelen), zodat er gedifferentieerde groepen gevormd kunnen worden. De aanbieders en cliënten merken op dat qua samenstelling van de groep sommigen liever een diverse groep willen (m.b.t. aandoening en leeftijd) en anderen juist een meer homogene groep (bijvoorbeeld COPD, meer lotgenoten contact).

Cliënten missen ook variatie in het aanbod zelf of dat in één activiteit verschillende zaken worden aangeboden. Men wil graag meer afwisseling. Aanbieders geven aan dat het niet alleen om gezondheid gaat, maar ook dat de activiteit zelf leuk moet zijn om te doen en dat deelnemers aandacht krijgen van de begeleiding. Een activiteit zou een positief imago uit moeten stralen.

De sociale contacten die een activiteit kan bieden zijn van belang. Door deelname kan men sociale contacten opbouwen. Genoemd worden het gezamenlijk koffiedrinken, elkaar een kaartje sturen, en informeren waarom men de vorige keer er niet was. De cliënten merken echter op dat de sfeer in een groep en onderlinge contacten sterk afhangen van zowel de begeleider als de instelling van de deelnemers en lastig is te beïnvloeden. Behalve dat andere deelnemers kunnen informeren waarom iemand niet aanwezig was, wordt genoemd dat nabellen door begeleiders ook gewaardeerd wordt. Dit geeft betrokkenheid en aandacht weer vanuit de aanbieders.

Zowel aanbieders als cliënten geven aan dat ook zonder specifiek georganiseerd aanbod, mensen meer kunnen gaan bewegen. Een suggestie is dan ook: neem een hond. Aanbieders zeggen dat zij mensen op weg helpen, maar daarna moet men het "gewoon lekker zelf gaan doen".

Mogelijke oplossingen

- Locatie toegankelijk maken, bijvoorbeeld het vervoer via busjes regelen.
- Thuis activiteiten organiseren ("wij komen naar u toe").
- Vergroten van het aanbod aangepast sporten: meer afgestemd op niveau deelnemers, meer variatie tussen en binnen het aanbod.
- Bevorder de sociale contacten en sfeer in een groep tijdens een activiteit, bijvoorbeeld door het aanbieden van koffie naderhand.
- Nabellen van deelnemers als men niet komt.
- Stimuleer individuele fysieke activiteit naast georganiseerde aanbod.

2.2.3 *Discussie en Conclusies*

De drie groepen gebruikers, aanbieders en verwijzers noemden verschillende factoren die deelname van ouderen en mensen met een chronische ziekte aan het sport- en beweegaanbod beïnvloeden. Deze redenen konden goed geordend worden in vier categorieën: (a) organisatie en sociaal politieke omgeving, (b) aanbieders van de activiteit, (c) deelnemers aan de activiteit, en (d) de activiteit zelf. Deze categorisatie sluit aan op het model van Fleuren et al. (2010) waarin determinanten van innovaties in de gezondheidszorg gecategoriseerd worden.

De onderzoeksvraag was gericht op factoren die de implementatie beïnvloeden van een aanpak om beweging te bevorderen bij ouderen en mensen met een chronische ziekte. Dit was een vrij generieke vraag, niet gericht op één concrete interventie. In de focusgroepen werd dit specifiek ingevuld met de eigen ervaringen en voorbeelden van concreet sport- en beweegaanbod. De deelnemers suggereerden ook veel verschillende duidelijke oplossingen om de genoemde factoren te beïnvloeden.

Bij de werving van verwijzers was er erg weinig interesse vanuit de eerste lijn, behalve bij de fysiotherapeuten. Daarnaast waren er twee POH-ers en een oefentherapeut aanwezig. Ook de werving van aanbieders en gebruikers was moeizaam. Dit roept de vraag op wie eigenlijk de probleemeigenaar is. Huisartsen lijken het niet als hun taak te zien om ouderen en mensen met een chronische ziekte te laten doorstromen naar het (reguliere) sport- en beweegaanbod. De aanbieders, maar ook de fysiotherapeuten, hebben een duidelijk financieel belang. Een probleemeigenaar zou een partij moeten zijn die boven de verschillende belangen staat en die rekening houdt met de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg. De gemeente zou een goede probleemeigenaar zijn, of een collectief, zoals de taskforce "Sport en Bewegen 50+" in Medemblik.

De resultaten aangaande de samenwerking tussen partijen geven aan dat men partijen mist: met name welzijn, thuiszorg, maar zeker ook de doelgroep zelf en met betrekking tot het aanbod de sportverenigingen en fitnesscentra. De probleemeigenaar zou andere partijen erbij kunnen betrekken.

Financiën zijn een terugkerend thema. Dit vraagt om een maatschappelijke business case waar verduidelijkt wordt wie betaalt voor welke activiteiten. Wanneer bewegen voor ouderen en mensen met een chronische ziekte gezien wordt als verantwoorde gezondheidszorg, dan zal over de rol van zorgverzekeraars en gemeente moeten worden nagedacht. Het kan ook zijn dat er een andere visie moet komen op bewegen, namelijk: beweegactiviteiten hoeven niet gesubsidieerd, maar daar betaalt de burger gewoon voor, want het is een gewenst goed.

Een kwalitatief goed en gevarieerd aanbod van activiteiten is gewenst, maar daar hangt een prijskaartje aan. Bijvoorbeeld de kwaliteit van de begeleiding is belangrijk, maar dat kost ook wat. Er zou ook meer ingespeeld kunnen worden op secundaire aspecten van beweegactiviteiten, zoals aandacht en sociale contacten om deelname te stimuleren.

De bekendheid van het aanbod is een terugkerend onderwerp, hoewel dit niet dé oplossing is voor het stimuleren van de doorstroom naar het aanbod. De sociale kaart wordt bijvoorbeeld door verwijzers nog steeds gemist, terwijl deze wel aanwezig is via SSWF. Bekendheid zou ook vergroot kunnen worden door gebruikers thuis een beweeg party, zoals een Tupperware party, aan te bieden waarbij de mogelijkheden toegelicht worden.

Samenvattend, zou het goed zijn als er een duidelijke probleemeigenaar is, zoals de gemeente, die aanspreek- en coördinatiepunt is voor de verschillende partijen betrokken bij de doorstroom van mensen met een chronische ziekte naar het

reguliere sport- en beweegaanbod. Vanuit dit coördinatiepunt kan ook de maatschappelijke business case ter hand worden genomen. Afstemming van de kwaliteit en variatie in het aanbod op de vraag van de gebruikers en de eerste lijn (medisch verantwoord aanbod) kan door SSWF verder uitgewerkt worden middels hun project “Actieve Beweegzorg voor chronisch zieken”.

2.3 Feedback samenwerkingspartners

De resultaten van de secundaire analyses Taskforce 50+ en de focusgroepen zijn besproken met de gemeente Medemblik, SSWF en ZONH (2 april 2012, Wognum). Het verslag is goedgekeurd door de aanwezigen en staat in Bijlage E. In dit onderdeel worden de punten beschreven die de samenwerkingspartners naar voren brachten naar aanleiding van de resultaten.

2.3.1 *Aspecten die samenhangen met de organisatie/sociaal politieke omgeving*

Het aspect ‘financiering/business case’ roept discussie op. Men vindt het te simpel om subsidie te eisen, zodat er voor een gereduceerd tarief sport- en beweegactiviteiten aangeboden kunnen worden. Gebruikers moeten er zelf ook financieel wat voor over hebben. Het gaat niet alleen om geld, maar ook om motivatie. Het is echter wel goed als de gemeente mensen ondersteunt die het echt niet kunnen betalen. De gemeente zou hierin een rol kunnen spelen door te bemiddelen bij zorgverzekeraars (bijv. in kader van de Beweegkuur) of zelf een subsidieregeling in te voeren voor deelname aan sport- en/of beweegactiviteiten.

Het beperkte animo om deel te nemen aan de focusgroepen riep de vraag op wie nu probleemeigenaar is. De gemeente Medemblik geeft aan de probleemeigenaar te zijn: de gemeente ziet het probleem dat 50-plussers en mensen met een chronische aandoening niet voldoen aan NNGB. Daarom participeert de gemeente ook in de taskforce “Sport en Bewegen 50+” en lopen er verschillende projecten op dit gebied in de gemeente Medemblik (zie Bijlage E).

De fysiotherapeuten toonden de meeste belangstelling voor deelname aan de focusgroepen. Veel fysiotherapeuten zijn aangesloten bij het Regionaal Genootschap Fysiotherapie, dit is een regionale afdeling van de landelijke beroepsvereniging KNGF. Desondanks gaven de fysiotherapeuten aan dat ze graag een meer actiever netwerk zouden vormen op dit thema.

ZONH geeft aan dat zorggroepen die ketenzorg aanbieden voor diabetes in de regio tot nu toe geen fysiotherapeutische zorg contracteert. Dit was aanvankelijk wél de verwachting bij de invoering van de integrale bekostiging met de keten-dbc voor chronische aandoeningen, zoals diabetes.

Een groep ouderen is nu betrokken bij het opzetten van beweegactiviteiten. Vroeger ging dat via de seniorenraad in Medemblik, nu genaamd het Regionaal Ouderenpanel wat o.a. bij NPO onderzoek is betrokken. Naast dit ouderenpanel bestaan er ook WMO adviesraden, stichting Samenwerking ouderen Medemblik (een onafhankelijk platform) en de stichting de Wering (welzijnswerk / opbouwwerk) die intensief contact hebben met ouderenorganisaties. Er zijn dus verschillende partijen betrokken om de doelgroep zelf bij het bevorderen van de doorstroom te betrekken.

2.3.2 *Aspecten die samenhangen met de deelnemers aan de activiteit*

Ouderen van 50+ en mensen met een chronisch ziekte (CZ) vormen met elkaar een te brede doelgroep. Door wat meer af te bakenen kunnen gericht bewegactiviteiten ingezet worden.

De groep gezonde ouderen, waar onderscheid gemaakt kan worden naar leeftijd, zoals 50-65 jaar, 65-75 jaar, en 75+. De jongere groep is meestal zelf aan het sporten of bewegen, of lid van sportverenigingen. Vanaf 65 jaar kan men ook deelnemen aan algemene bewegactiviteiten voor ouderen, zoals Meer Bewegen voor Ouderen. Het aanbod moet onder de aandacht gebracht worden en aansluiten bij de wensen van deze doelgroep. Dit is een aandachtspunt voor sportverenigingen en fitnesscentra. Fysiotherapeuten vinden het de eigen verantwoordelijkheid van de gezonde oudere om te (gaan) sporten/bewegen.

De groep ouderen met functionele achteruitgang of blessure. De gezonde oudere kan stoppen met bewegen doordat er klachten optreden (bijv. blessure), en/of omdat er sprake is van functionele achteruitgang en co-morbiditeit. Dan is aangepast bewegen gericht op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van ouderen relevant. De oudere kan deze achteruitgang zelf signaleren en vervolgens de activiteit aanpassen. Deze "overgang" kan ook door een zorgverlener (fysiotherapeut, huisarts, POH) gesignaleerd worden en zij kunnen dan de oudere adviseren met betrekking tot bewegen. Er zijn dan wel criteria nodig voor verantwoord doorverwijzen (welk aanbod voor welke groepen). Dit geldt voor ouderen die wel sporten/bewegen en merken dat er achteruitgang optreedt. Er is echter ook een groep ouderen die niet of te weinig beweegt en daardoor niet beseft dat er functionele achteruitgang optreedt. Ervaren deze ouderen dat zij een probleem hebben?

De groep mensen met een chronisch ziekte. Hiervoor is aangepast sportaanbod beschikbaar. Er kan door de huisarts of POH verwezen worden naar (een fysiotherapeut met) aangepast sportaanbod tijdens de periodieke controle vanwege deze aandoening. De huisarts is vaak niet zozeer gericht op verwijzen met betrekking tot bewegen, maar meer signalerend/adviserend en curatief gericht. De POH is een meer geschikte ingang. De POH kan ook overleggen met de cliënt over diens voorkeuren.

2.3.3 *Aspecten die samenhangen met de activiteit en de aanbieder daarvan*

Sommige activiteiten lijken een imagoprobleem te hebben wat twee kanten op werkt. Soms is het een negatief senioren-imago zoals te saai, waarin de oudere zichzelf niet herkent (bijv. jeu de boules), anderzijds worden sommige activiteiten als te hip gezien, bijv. een fitness centrum dat fitness voor senioren aanbiedt. Bij dat laatste speelt ook dat ouderen zich er thuis moeten voelen: veilig voelen, vertrouwen hebben, aandacht krijgen, en sociale contacten kunnen opbouwen. Dit stelt eisen aan de kwaliteit van de begeleiding. Het is echter lastig om dit direct om te zetten naar criteria/kwaliteitseisen m.b.t. begeleiding. Het gaat namelijk niet alleen over opleiding, maar ook over sociale vaardigheden en enthousiasme van de begeleiding. Tevens zijn kwaliteitseisen van de begeleiding een belangrijk punt voor huisarts en POH bij het doorverwijzen naar het bestaande aanbod.

Bij het bestaande aanbod en verantwoord doorverwijzen speelt het volgende:

- Meer keuze en variatie in de sporten en activiteiten die (door verenigingen) worden aangeboden. Bijvoorbeeld: mensen met een chronische ziekte zouden ook kunnen deelnemen aan MBvO.

- Vanuit de sport- en beweegaanbieders bestaat weinig noodzaak om zich te profileren (naast imago kwestie). De kennis en wil ontbreekt. De vraag is hoe dit gestimuleerd kan worden?
- De kwaliteit van de begeleiding (opleiding): hier naar creatieve oplossingen zoeken, die ook financieel haalbaar zijn, zoals het trainen van vrijwilligers.
- Criteria bij doorverwijzen: welke activiteiten voor welke groepen?

2.3.4 *Discussie en Conclusies*

De terugkoppeling van de resultaten naar de samenwerkingspartners (de gemeente Medemblik, SSWF en ZONH) zorgde voor een levendige discussie tijdens de bijeenkomst. Op deze manier gingen de resultaten duidelijk leven voor de verschillende betrokkenen. Tevens bleek tijdens deze bijeenkomst hoeveel verschillende projecten er al lopen in de regio West-Friesland. Deze projecten staan beschreven in Bijlage E. De kennis over bevorderende en belemmerende factoren kon men op deze manier toepassen in de lopende projecten.

Een beoogde vervolgstap in het huidige project was om een plan van aanpak te formuleren om de gevonden belemmerende factoren positief te beïnvloeden en deze uit te testen in een proefimplementatie. Voor deze proefimplementatie zou dan met de betrokken partijen een gezamenlijk plan van aanpak ontwikkeld worden en (co-)financiering worden gezocht. Echter, er lopen al verschillende projecten op dit terrein binnen de regio West-Friesland, zoals beschreven in Bijlage F. Een nieuw implementatieplan zou zoveel mogelijk moeten aansluiten bij deze lopende projecten.

De gewenste aansluiting bij deze projecten zou echter betekenen dat TNO veel intenser als partner zou moeten participeren in de betreffende projecten dan (financieel) haalbaar was, omdat er al veel projecten gefinancierd werden in de regio en extra financiële middelen niet aanwezig waren. De haalbaarheid van verwijzing vanuit de eerste lijn naar het regulier sport- en beweegaanbod werd twijfelachtig door de beperkte middelen van de huisartsen en het beperkte aantal eerstelijns zorgpraktijken waar een POH werkte. De fysiotherapeuten toonden wel belangstelling, maar hebben ook een persoonlijk belang om ouderen en mensen met een chronische ziekte deel te laten nemen aan hun eigen aanbod. Derhalve moest geconcludeerd worden dat de tijd nog niet rijp was voor de beoogde proefimplementatie en dat deze in de toekomst weer in beeld kan komen op het moment dat er zicht is op meer financiële middelen en meer ruimte bij de eerste lijn (m.n. huisartsen en POH's) om de beoogde rol in te vullen. Voor dit moment zijn de verkregen inzichten uit dit onderzoek vooral nuttig om in te brengen in de reeds lopende projecten in de regio West-Friesland.

3 Discussie en conclusies

Het doel van dit project was om meer zicht te krijgen op het bevorderen van de doorstroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte vanuit de eerste lijn naar het reguliere sport- en beweegaanbod in de regio West-Friesland.

Hiervoor is een extra analyse uitgevoerd op de gegevens van SSWF over het beweeggedrag bij 50-plussers gericht op de groep met een chronische aandoening. Daarnaast zijn groepsgesprekken gehouden met gebruikers, aanbieders van, en verwijzers naar sport- en beweegactiviteiten. De resultaten van deze activiteiten zijn besproken met de samenwerkingspartners de gemeente Medemblik, ZONH en SSWF.

Er is een goed inzicht ontstaan welke factoren belemmerend of bevorderend werken in West-Friesland op de doorstroom naar het sport- en beweegaanbod van ouderen en mensen met een chronische ziekte vanuit verschillende perspectieven (gebruikers, aanbieders en verwijzers eerste lijn). Deze inzichten worden door de samenwerkingspartners in West-Friesland gebruikt in de verschillende lopende projecten waarin men al participeert. De bespreking van de resultaten uit de focusgroepen met de samenwerkingspartners gemeente, ZONH en SSWF heeft niet geleid tot een concreet plan om de doorstroom te bevorderen. Reden hiervoor is dat er al veel lopende initiatieven zijn waarvoor verschillende personele en financiële middelen worden ingezet. Een nieuw extra plan heeft op dit moment geen toegevoegde waarde.

Hoe de doorstroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte naar het reguliere sport- en beweegaanbod bevorderd kan worden is een complexe vraag waar veel verschillende partijen bij betrokken zijn. Dit project heeft ons geleerd dat er zowel helderheid moet zijn over de concrete vraagstelling, welke partijen betrokken zijn, en wat die betrokkenheid inhoudt. Dit niet alleen bij aanvang van het project, maar juist ook in het verloop van het project, want daar zit juist de dynamiek en verandering.

Het uiteindelijke doel was het bevorderen van deelname aan sport en beweegactiviteiten door ouderen en mensen met een chronische ziekte door beter gebruik van het bestaande sport- en beweeg aanbod. Het in kaart brengen van dit aanbod was een project op zich (Van Hespén et al., 2011). Bij de beschrijving van doorstroom naar dit aanbod bleek de veronderstelling dat dit vooral door de huisarts gestimuleerd zou worden onjuist. Verwijzing door de huisarts zou goed kunnen werken omdat ouderen en mensen met een chronische ziekte al onder controle staan van de huisarts en diens advies motiverend kan werken. Echter, de belangstelling van huisartsen voor dit onderwerp bleek zeer gering. Een mogelijke oplossing hier voor zou het betrekken van de POH kunnen zijn. Helaas hebben maar weinig praktijken een POH in dienst. Vooral fysiotherapeuten bleken belangstelling te hebben voor dit onderwerp, maar deze beroepsgroep heeft ook financiële belangen bij dit onderwerp. Daarnaast bleek dat ook andere partijen betrokken kunnen worden bij deze doorstroom, bijvoorbeeld de thuiszorg. Een andere mogelijkheid bleek om de aanbieders zelf meer te betrekken bij de instroom in het eigen aanbod. Hierbij kan gedacht worden aan het meer richten van de aandacht bij sportverenigingen op senioren of het slimmer gebruiken van sportfaciliteiten (denk aan seniorenzwemmen op de momenten dat een zwembad vrij is omdat het schoolzwemmen niet meer gedaan wordt).

Verskillende partijen waren bij aanvang van dit project betrokken: de gemeente Medemblik, ZONH, en SSWF/SSNH. Deze drie partijen zijn actief in het bevorderen van sport en bewegen door ouderen en chronisch zieken in de regio West-Friesland. In de loop van het project bleek dat deze partijen ook hun eigen concrete projecten op dit gebied aan het uitvoeren waren (zie Bijlage F). Bij aanvang waren deze verschillende projecten en belangen nog niet goed in kaart gebracht. Tevens zijn ZONH en SSWF meer algemeen ondersteunende partijen, en niet direct vertegenwoordigers van zorgprofessionals of sportverenigingen en fitnesscentra. Partijen die gemist werden waren (vertegenwoordiger van) de ouderen en mensen met een chronische ziekte, maar ook welzijn, en de thuiszorg. In de focusgroep interviews zijn de ouderen en mensen met een chronische ziekte wel betrokken in het project. Welzijn- en thuiszorg echter niet. Uit het onderzoek bleek onduidelijkheid over wie nu de probleemeigenaar was: welke partij de eindverantwoordelijkheid had voor het bevorderen van de doorstroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte naar het sport- en beweegaanbod. De gemeente gaf aan de probleemeigenaar te zijn en zou naast een coördinerende functie, ook de maatschappelijke business case ter hand kunnen nemen. Hierin zou ook de visie naar voren kunnen komen dat bewegen een gewenst goed is waar burgers zelf voor betalen.

Het model van Fleuren et al. (2010) over factoren die de implementatie van zorginnovaties beïnvloeden, bleek goed te gebruiken in dit onderzoek. Het voordeel van dit model is dat het de aandacht vestigt op enerzijds macro-factoren, zoals de politieke en organisatorische context, en anderzijds op microfactoren zoals de innovatie zelf (oftewel het sport- en beweegbod). In dit project is gekozen voor een aanpassing van het model van Fleuren et al. (2010) door de ordening in de categorieën: organisatie en sociaal politieke omgeving, de aanbieder, de deelnemer en het aanbod zelf. Op deze verschillende niveaus zijn determinanten beschreven die de doorstroom beïnvloeden, en tevens zijn verschillende oplossingen genoemd om deze determinanten te beïnvloeden.

3.1 Aanbevelingen om de doorstroom te bevorderen

Het doel van dit project was om meer zicht te krijgen op het bevorderen van de doorstroom van ouderen en mensen met een chronische ziekte vanuit de eerste lijn naar het reguliere sport- en beweegaanbod in de regio West-Friesland. Bevorderende en belemmerende factoren die de doorstroom beïnvloeden en mogelijke oplossingen zijn:

- Een kwalitatief goed en gevarieerd aanbod van activiteiten is gewenst, maar een struikelblok daarbij is het prijskaartje, dat relatief hoog is, bijvoorbeeld door de benodigde en gewenste kwaliteit van de begeleiding.
- De financiering is een steeds terugkerend onderwerp, zowel bij de gebruikers, de aanbieders als de verwijzers. Dit vraagt om een maatschappelijke business case waar ook zorgverzekeraars een rol in spelen.
- Andere aspecten van beweegactiviteiten, zoals aandacht en sociale contacten, krijgen momenteel weinig aandacht, terwijl dat ook goede redenen kunnen zijn voor deelname aan het beweegaanbod.
- Een overzicht van het beschikbare sport- en beweegaanbod wordt door verwijzers nog steeds gemist, terwijl deze wel aanwezig is via SSWF ("Sport- en beweegwijzer").

- Bij de werving van verwijzers voor de groepsgesprekken was er erg weinig interesse vanuit de eerste lijn, behalve bij de fysiotherapeuten. Ook de werving van aanbieders en gebruikers voor de groepsgesprekken was moeizaam. Dit riep de vraag op wie de eigenaar was van het probleem om de doorstroom van eerste lijn naar regulier sport- en beweegaanbod te bevorderen. In het slotoverleg met de samenwerkingspartners gaf de gemeente Medemblik duidelijk aan de probleemeigenaar te zijn.

Daarnaast verdient het aanbeveling om zowel bij aanvang als gedurende het project steeds scherp in het vizier te houden wat de lopende initiatieven zijn bij de betrokken partijen en daar zo veel mogelijk bij aan te sluiten. Extra input leveren voor lopende trajecten is efficiënter dan nog meer samenwerkingsverbanden op te starten, waardoor het risico bestaat dat men langs elkaar heen werkt en initiatieven dubbel aangepakt worden.

Dit project heeft een goed inzicht opgeleverd welke factoren in West-Friesland belemmerend of bevorderend werken op de doorstroom van de groep 50-plussers en mensen met een chronische ziekte naar het reguliere sport- en beweegaanbod, bekeken vanuit verschillende perspectieven (gebruikers, aanbieders en verwijzers eerste lijn). Deze inzichten worden nu door de samenwerkingspartners in West-Friesland benut binnen de verschillende lopende projecten in deze regio.

4 Literatuur

Durstine JL, Moore GE, Painter PL et al. (eds.) ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. 3rd ed. American College of Sports Medicine. Champaign, IL: Human Kinetics, 2009.

Fleuren M, Wiefferink K & Paulussen T (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), 88, 51-54.

Jongert MWA, Chorus AMJ, Stubbe JH et al. Patiëntprofielen. TNO-rapport KvL/B&G 2008.127 Leiden: april 2009.

RSO (2013). Site Mulier Instituut.
[http://www.mulierinstituut.nl/projecten/monitoringprojecten/richtlijn-sportdeelname-onderzoek-rso .html](http://www.mulierinstituut.nl/projecten/monitoringprojecten/richtlijn-sportdeelname-onderzoek-rso.html). Benaderd april 2013.

SSNH - SportService Noord-Holland. Taskforce Sport en Bewegen voor 50+ in de gemeente Medemblik. Analyse wensen en behoeften van senioren. SSNH: Medemblik, augustus 2009.

Van Hespen ATH, Jongert MWA, Chorus AMJ. Bewegen op Recept Diabetes type 2: Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen en fysiotherapeuten. TNO-rapport KvL/GL 2008.129 Leiden: april 2009.

Van Hespen ATH, Stege JP, Stubbe JH. Sport- en beweegactiviteiten voor mensen met een chronische ziekte en/of ouderen in de regio West-Friesland. Intern TNO-rapport. Leiden: mei 2011.

A Analyse wensen en behoeften van senioren met een chronische ziekte in Medemblik

Analyse wensen en behoeften van senioren met een chronische ziekte in Medemblik

Een secundaire analyse op het
Taskforce 50+ onderzoek Medemblik

Concept

COLOFON

Haarlem, augustus 2011

Dit is een uitgave van Sportservice Noord-Holland

In opdracht van:

TNO, Expertise centrum Lifestyle

Auteur

Drs. Linda Schouten

Kantooradres

Nieuwe Gracht 7, 2011 NB Haarlem

Postadres

Postbus 338, 2000 AH Haarlem

www.sportservicenoordholland.nl

info@sportservicenoordholland.nl

© **Sportservice Noord-Holland**

Aan de inhoud van dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. Niets uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, worden overhandigd aan derden, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Sportservice Noord-Holland.

Ongeautoriseerd of oneigenlijk gebruik van de inhoud van deze publicatie wordt beschouwd als een inbreuk op intellectuele rechten, regelgeving met betrekking tot privacy, publicatie en/of communicatie in de breedste zin van het woord.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Kenmerken respondenten	3
3. Informatievoorziening	4
4. Bewegen en gezondheid	5
5. Sportdeelname	7
6. Sport- en beweeggedrag	10
7. Sport en bewegen in de komende jaren	12

1. Inleiding

In 2009 werd door de gemeente Medemblik, Sportservice West-Friesland en Sportservice Noord-Holland in samenwerking met het Servicepunt Wonen Plus, een onderzoek verricht naar sport en bewegen onder 50-plussers. Met dit onderzoek werd beoogd om op lokaal niveau inzicht te krijgen in het sport- en beweeggedrag en de wensen van 50-plussers met betrekking tot sport en bewegen. Aan 2000 inwoners van 50 jaar en ouder werd een vragenlijst verzonden, waarvan 503 vragenlijsten zijn geretourneerd. De resultaten van dit onderzoek zijn weergegeven in het rapport *'Taskforce Sport en Bewegen voor 50+ in de gemeente Medemblik. Analyse wensen en behoeften van senioren. Sportservice Noord-Holland (2009)'*.

Op verzoek van TNO, Expertise centrum Lifestyle is een secundaire analyse op de ongewogen gegevens van het Taskforce 50+ onderzoek verricht. Doel van deze analyse is om mensen zonder een chronische ziekte te vergelijken met mensen met een chronische ziekte. Zijn er verschillen en zo ja, welke? Totaal werden 164 personen met een chronische aandoening en 273 personen zonder een chronische aandoening in deze analyse betrokken.

In dit rapport wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van de secundaire analyse die heeft plaatsgevonden op de eerder verkregen gegevens. Voordat ingegaan wordt op de resultaten, wordt echter allereerst ingegaan op de kenmerken van de respondenten die in de analyse zijn betrokken. Voor een beschrijving van de onderzoeksopzet wordt verwezen naar het eerder genoemde rapport.

2.Kenmerken respondenten

Voor de secundaire analyse werden de gegevens gebruikt van 437 van de oorspronkelijke 503 personen die de vragenlijst over sport en bewegen hadden geretourneerd. Het betreffen gegevens van 164 respondenten met een chronische aandoening en 273 respondenten zonder een lichamelijke-, auditieve-, visuele- of verstandelijke beperking of chronische aandoening. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van deze respondenten.

Tabel 1: Kenmerken respondenten met en zonder chronische aandoeningen (in % van de respondenten).

	Wel aandoening	Geen aandoening		Wel aandoening	Geen aandoening
Sekse			Leeftijd		
Man	37	47	50-65	51	76
Vrouw	63	54	65+	49	24
Inkomen			Opleiding		
Minder dan € 800	4	1	Geen onderwijs	2	3
€ 801- € 1350	31	16	Lager onderwijs	8	3
€ 1351 - € 2500	43	42	Lager beroepsonderwijs	29	26
€ 2501 - € 3750	17	25	MAVO	23	18
Meer dan € 3750	5	16	HAVO/VWO	4	6
			Middelbaar beroepsonderwijs	17	18
			Hoger beroepsonderwijs	16	23
			Wetenschappelijk onderwijs	1	2
Werksituatie			Huishoudensituatie		
Werkend fulltime	12	29	Alleenstaand, geen (thuisw.) kind(eren)	20	10
Werkend parttime	15	24	Twee volw., geen (thuisw.) kind(eren)	69	63
Huisvrouw/-man	20	14	Twee volw. met thuisw. kind(eren)	9	25
Werkloos / WAO	8	3	Eén-ouder met thuisw. kind(eren)	1	2
VUT / gepensioneerd	45	30	Anders	1	1
Woonkern			Woonkern (vervolg)		
Abbekerk	7	8	Nibbixwoud	7	9
Benningbroek	3	3	Oostwoud	3	2
Hauwert	4	2	Opperdoes	7	6
Lambertschaag	0	2	Sijbekarspel	2	4
Medemblik	35	26	Twisk	3	3
Midwoud	9	8	Wognum	18	26
			Zwaagdijk (west)	1	2

Analyse met behulp van een Chi-kwadraat (χ^2) toets wijst uit dat de sekse, leeftijd, mate waarin deelgenomen wordt aan het arbeidsproces verschillen tussen de respondenten met en zonder chronische aandoening (respectievelijk: $\chi^2(1) = 4.13$, $p < .05$, $\chi^2(1) = 29.57$, $p < .01$, $\chi^2(4) = 30.64$, $p < .01$). Zoals uit tabel 1 naar voren komt, zijn onder de respondenten met een chronische aandoening relatief meer vrouwen dan mannen. Onder respondenten zonder chronische aandoening zijn relatief veel 50-65 jarigen. Deze groep is nog vaker fulltime aan het werk en minder vaak gepensioneerd dan de groep met een chronische aandoening. Daarnaast blijkt uit toetsing met een t -toets, dat het gemiddeld opleidingsniveau onder chronisch zieken lager is dan onder de groep zonder chronische aandoening (respectievelijk: $M = 4.40$, $SD = 1.74$ en $M = 4.78$, $SD = 1.82$; $t(426) = -2.10$, $p < .05$).

3. Informatievoorziening

Personen met en zonder chronische aandoening geven in dezelfde mate aan op de hoogte te zijn van het beweegaanbod en behoefte te hebben aan informatie. Personen met een chronische aandoening die meer willen weten over het aanbod, hebben meer behoefte aan informatie over de toegankelijkheid van activiteiten dan personen zonder chronische aandoening ($\chi^2(1) = 10.28$, $p < .01$).

4. Bewegen en gezondheid

4.1 Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen

Aan de hand van de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) kan vastgesteld worden in welke mate de respondenten actief zijn. Deze norm voor gezond bewegen is voor volwassenen, waaronder senioren, vastgesteld op minimaal vijf dagen per week een half uur per dag bewegen. Aan respondenten is gevraagd hoeveel dagen zij per week tenminste 30 minuten lichaamsbeweging hadden die tenminste even inspannend is als stevig doorlopen of fietsen. Tussen personen met en zonder een chronische aandoening worden geen verschillen gevonden in de mate waarin ze in de zomer aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen voldoen (zie ook tabel 2). In de winter zijn er wel verschillen tussen personen met en zonder chronische aandoening in de mate waarin ze aan deze norm voldoen ($\chi^2(2) = 9.62, p < .01$). Zoals in tabel 3 te zien is, zijn personen zonder chronische aandoening in de winter actiever dan personen met een chronische aandoening.

Tabel 2: Percentage personen met en zonder chronische aandoening dat in de **zomer** inactief, semi-actief en normactief is.

	Wel aandoening	Geen aandoening
Inactief: 0 dagen actief	4	0
semi-actief: 1 t/m 4 dagen actief	48	49
Normactief: 5 of meer dagen actief	49	51

Tabel 3: Percentage personen met en zonder chronische aandoening dat in de **winter** inactief, semi-actief en normactief is.

	Wel aandoening	Geen aandoening
Inactief: 0 dagen actief	8	2
semi-actief: 1 t/m 4 dagen actief	61	65
Normactief: 5 of meer dagen actief	32	34

4.2 Fitnorm

Bij de fitnorm gaat het om de frequentie waarin personen inspannende sporten of andere zware lichamelijke activiteiten verrichten die lang genoeg duurt om bezweet te raken (tenminste 20 minuten per keer). In tabel 4 en 5 wordt aangegeven de mate waarin personen met en zonder chronische aandoening aan deze norm voldoen. Personen zonder een chronische aandoening voldoen meer aan de fitnorm in vergelijking met personen met een chronische aandoening ($\chi^2(2) = 6.14, p < .05$). In de winter zijn er geen verschillen tussen personen met en zonder chronische aandoening in de mate waarin ze aan deze norm voldoen.

Tabel 4: Percentage personen met en zonder chronische aandoening dat in de **zomer** niet-fit, semi-fit en normfit is.

	Wel aandoening	Geen aandoening
niet-fit: 0 dagen inspanning	24	15
semi-fit: 1 of 2 dagen inspanning	40	42
norm-fit: 3 of meer dagen inspanning	35	43

Tabel 5: Percentage personen met en zonder chronische aandoening dat in de **winter** niet-fit, semi-fit en normfit is.

	Wel aandoening	Geen aandoening
niet-fit: 0 dagen inspanning	28	21
semi-fit: 1 of 2 dagen inspanning	50	48
norm-fit: 3 of meer dagen inspanning	23	31

Verder komt naar voren dat tussen personen met en zonder chronische aandoening geen verschillen zijn in de mate waarin zij plannen hebben om meer te bewegen.

5. Sportdeelname

5.1 Frequentie van het sporten

Conform de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO) werd een persoon gedefinieerd als sporter als hij/zij in de afgelopen twaalf maanden minimaal twaalf keer had gesport. Had een persoon niet gesport, of minder dan twaalf keer in de afgelopen maanden, dan viel hij/zij in de categorie niet-sporter. Tabel 9 laat de sportparticipatie voor personen met en zonder een chronische aandoening. Voor personen met een chronische aandoening is het percentage sporters lager dan voor personen zonder chronische aandoening ($\chi^2(1) = 15.94, p < .01$)

Tabel 9: Aantal keer dat personen met en zonder chronische aandoening sport beoefent. Alsmede het aantal personen dat tot de categorie sporter en niet sporter gerekend kan worden

	Wel aandoening	Geen aandoening
Niet-sporters:		
- 0 keer	25	10
- 1-11 keer	9	7
totaal	34	17
Sporters:		
- 12-59 keer	25	20
- 60-119 keer	25	31
- 120 of meer keer	16	32
totaal	66	83

5.2 Populaire sporten

Tabel 10 laat de top tien zien van de meest beoefende sporten door personen met en zonder een chronische aandoening. Personen met een chronische aandoening beoefenen in vergelijking met personen zonder chronische aandoening minder vaak: aerobics, hardlopen, schaatsen, tennis en wandelen (respectievelijk: $\chi^2(1) = 4.04, p < .05$, $(\chi^2(1) = 4,69, p < .05$, $\chi^2(1) = 11.91, p < .01$, $\chi^2(1) = 4.10, p < .05$, $\chi^2(1) = 3.89, p < .05$). Echter, zij doen vaker: tai chi en zwemmen (respectievelijk: $\chi^2(1) = 13.72, p < .01$, $\chi^2(1) = 6.13, p < .05$)

Tabel 10: de tien meest beoefende sporten door personen met een chronische aandoening (links) en door personen zonder een chronische aandoening (rechts) (in % sporters).

	Wel aandoening		Geen aandoening
1.wandelen/sportief wandelen	48	1.wandelen/sportief wandelen	60
2.(toer)fietsen/wielrennen/ mountainbiken	40	2.(toer)fietsen/wielrennen/ mountainbiken	48
3.fitness	30	3.fitness	28
4.zwemmen	28	4.schaatsen	27
5.Tai chi	15	5.zwemmen	16
6.schaatsen	9	6.tennis	16
6.biljart	9	7.hardlopen	12
8.tennis	7	8.gymnastiek	11
9.gymnastiek	6	9.skien	10
10.bridge	5	10.aerobic	10
10.skien	5		

Er is geen verschil tussen personen met en zonder chronische aandoening voor wat betreft de frequentie waarmee zij hun belangrijkste sport beoefenen (dat wil zeggen de sport die zij het meest beoefenen). Hetzelfde geldt voor de accommodatie waarvan personen met en zonder chronische aandoening gebruik maken.

5.3 Organisatorisch verband

Het beoefenen van een sport kan op verschillende manieren en in verschillende organisatorische verbanden. De respondenten hebben voor hun sport(en) aangegeven of ze die beoefenen in verenigingsverband, commercieel verband, ongebonden verband of anders georganiseerd verband. Onder ongebonden verband wordt in dit onderzoek verstaan: door de persoon zelf of door familie of vrienden georganiseerd of alleen. Onder anders georganiseerd verband wordt verstaan: via bedrijfssport, tijdens een georganiseerde vakantie, als deelnemer van een georganiseerd sportevenement en via het sociaal-cultureel werk, sportbuurtwerk of Stichting Welzijn Ouderen.

Zoals in tabel 11 naar voren komt beoefenen de meeste personen met en zonder chronische aandoening hun sport in ongeorganiseerd verband. Daarbij blijkt dat personen zonder chronische aandoening vaker lid te zijn van een sportvereniging dan personen met een chronische aandoening ($\chi^2(1) = 6.79, p < .01$).

Tabel 11: organisatorisch verband in % van aantal sporters met en zonder chronische aandoening.

	Wel aandoening	Geen aandoening
Verenigingsverband	32	49
Commercieel verband	37	27
Ongebonden verband	68	78
Anders georganiseerd	21	21

Uit nadere analyse van het organisatorisch verband waarin personen hun belangrijkste sport beoefenen, blijkt dat personen met een chronische aandoening in vergelijking met personen zonder chronische aandoening deze sport eveneens minder vaak beoefenen als lid van een sportvereniging ($\chi^2(1) = 7.45, p < .01$) (zie tabel 12). Deze sport wordt door personen met een chronische aandoening vaker binnen het sociaal cultureel werk, sportbuurtwerk of Stichting Welzijn Ouderen beoefend ($\chi^2(1) = 7.80, p < .01$).

Tabel 12: organisatorisch verband van de belangrijkste sport in % van aantal sporters met en zonder chronische aandoening

	Wel aandoening	Geen aandoening
Als lid van een sportvereniging	21	37
Als abonnee/lid/cursist van een fitnesscentrum of andere commerciële aanbieder	19	19
In het kader van bedrijfssport	0	1
Via het sociaal-cultureel werk, sportbuurtwerk of Stichting Welzijn Ouderen.	9	2
Tijdens een georganiseerde sportvakantie	2	1
Als deelnemer aan een georganiseerd sportevenement	4	6
Met partner of in groepsverband, georganiseerd door uzelf, familie, vrienden en/of kennissen	18	22
Alleen, ongeorganiseerd	35	30

6.Sport- en beweeggedrag

6.1 Redenen van sportdeelname

Sporters kunnen verschillende redenen hebben om aan sport te doen. Zoals in tabel 13 naar voren komt zijn de belangrijkste redenen voor sporters met en zonder chronische aandoening: gezondheid en fitheid, de sport/beweging zelf, plezier en ontspanning, sociale contacten. Tussen sporters met en zonder chronische aandoening zijn verschillen te constateren de mate waarin redenen voor hen van toepassing zijn. Sporters met een chronische aandoening geven minder vaak de volgende redenen aan: prestatie/winst/competitie, plezier/ontspanning en positieve ervaringen met sporten of bewegen in het verleden (respectievelijk: $t(233)=2.81$, $p<.01$, $t(285)=2.56$, $p<.05$, $t(249)=3.13$, $p<.01$)

Tabel 13: De mate waarin genoemde redenen een rol spelen om te sporten in de afgelopen twaalf maanden voor personen met en zonder chronische aandoening. Aangegeven worden de gemiddelde scores (en standaarddeviaties), waarbij een lagere score aangeeft dat deze reden meer van toepassing is.

	Wel aandoening	Geen aandoening
Gezondheid en fitheid	1.51 (.69)	1.47 (.67)
Omdat ik sport of beweging zelf leuk vind	1.90 (.76)	1.71 (.82)
Plezier en ontspanning	1.94 (.79)	1.68 (.78)
Sociale contacten/vriendschap	2.56 (.96)	2.39 (1.06)
Positieve ervaringen met sporten of bewegen in het verleden	2.83 (1.16)	2.33 (1.11)
Vanwege uiterlijk en/of afslanken	2.95 (1.19)	2.90 (1.19)
Vrienden ook sporten	3.67 (1.05)	3.37 (1.05)
Familieleden ook sporten	3.69 (1.09)	3.89 (.96)
Aandacht in de media	3.72 (.97)	3.75 (.99)
Prestatie / winst /competitie	3.86 (.97)	3.42 (1.12)

6.2 Zelfbeeld van niet-sporters

Het zelfbeeld ten aanzien van sport en bewegen verschilt niet tussen niet-sporters met en zonder chronische aandoening.

6.3 Sociale invloeden

Sommige mensen hebben een stimulans nodig om te (beginnen met) sporten of bewegen. Aan de respondenten is gevraagd door welke personen zij worden aangespoord om te gaan sporten of bewegen. Personen met een chronische aandoening worden vaker aangespoord door hun huisarts/medisch specialist en door fysiotherapeuten (respectievelijk: $\chi^2(1) = 59.60, p < .01$, $\chi^2(1) = 47.54, p < .01$) (zie tabel 14). Nadere analyse wijst verder uit dat verschillen tussen de mate waarin men wordt aangespoord door hun huisarts/medisch specialist en door fysiotherapeuten om meer te gaan bewegen, zowel in de leeftijdsgroep 50-64 jaar als in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder wordt gevonden.

Tabel 14: Door welke van onderstaande personen wordt u aangespoord om te gaan sporten of bewegen? (in % van personen met en zonder chronische aandoening)

	Wel aandoening	Geen aandoening
Leden uit eigen gezin/partner	55	49
Overige familieleden	14	8
Vrienden / kennissen	25	29
Collega's	7	9
Huisarts of andere medisch specialisten	46	10
Fysiotherapeut	37	7

Niet alleen de huidige invloed van de omgeving is van belang. Als bepaalde personen zouden aansporen, zou men hierdoor meer gaan sporten of bewegen? Voor personen met en zonder chronische aandoening geldt dat huisartsen of andere medische specialisten en fysiotherapeuten een belangrijke invloed kunnen hebben op het al dan niet (meer) gaan sporten en bewegen.

De invloed van de omgeving komt ook naar voren bij een vraag die gesteld is over een eventuele deelname aan een aanbod voor 'Fitness voor senioren'. Personen met een chronische aandoening zeggen vaker aan een dergelijk aanbod tegen een vergoeding van ongeveer € 4,00 per keer deel te willen nemen, dan personen zonder chronische aandoening ($\chi^2(2) = 6.73, p < .05$) (zie tabel 15).

Tabel 15: Als u de gelegenheid krijgt om deel te nemen aan een aanbod "Fitness voor senioren" (tegen een vergoeding van ongeveer € 4.00), zou u hieraan deelnemen? (in % van personen met en zonder chronische aandoening).

	Wel aandoening	Geen aandoening
Ja, waarschijnlijk wel	41	33
Nee	34	47
Weet niet	24	20

7.Sport en bewegen in de komende jaren

7.1 Behoeftte aan sportvoorzieningen

Medemblik beschikt over verschillende sportvoorzieningen, zoals sportvelden, tennisbanen en (openlucht)zwembaden. Tussen personen met en zonder chronische aandoening worden geen verschillen gevonden in de behoefte aan sportvoorzieningen.

7.2 Gewenste organisatievorm

Bij personen met en zonder chronische aandoening die aan sport doen dan wel hierin geïnteresseerd zijn, zijn verschillen te zien voor wat betreft het gewenste organisatorisch verband (zie tabel 16). Hoewel ongeorganiseerde sportbeoefening populair is bij personen met en zonder chronische aandoening, wordt ongeorganiseerde sportbeoefening minder vaak door personen met een chronische aandoening aangegeven dan door personen zonder chronische aandoening ($\chi^2(1) = 30,58, p < .01$). Ditzelfde geldt ook voor sportbeoefening bij een sportvereniging ($\chi^2(1) = 13,89, p < .01$). Personen met een chronische aandoening geven vaker de voorkeur aan sporten en bewegen bij een fysiotherapeut, oefentherapeut mensendiek of Cesar of bij sporten en bewegen bij een Stichting Welzijn (respectievelijk $\chi^2(1) = 34.44, p < .01$ en $\chi^2(1) = 9.60, p < .01$).

Uit nadere analyse blijkt dat vooral jongere senioren (50-64 jaar) met een chronische aandoening zich vaker tot sporten en bewegen bij Stichting Welzijn aangesproken voelen, dan hun leeftijdsgenoten zonder een chronische aandoening. Tussen oudere senioren (65 jaar en ouder) met en zonder chronische aandoening zijn geen verschillen in hun voorkeur voor deze organisatievorm.

Tabel 16: gewenste organisatievorm voor sportbeoefening (% van personen met en zonder chronische aandoening die sport beoefenen en geïnteresseerden).

	Wel aandoening	Geen aandoening
Ongeorganiseerd	37	67
Fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck of Cesar	34	9
Sportschool, fitnesscentrum	23	28
Stichting Welzijn (voor ouderen)	20	9
Sportvereniging	11	28
Particulier docent	5	3

7.3 Gewenste groepssamenstelling

Tussen personen met en zonder chronische aandoening en de voorkeur voor het al dan niet sporten met leeftijdsgenoten, wordt een verband gevonden ($\chi^2(1) = 7.36, p < .05$). Zoals uit tabel 17 naar voren komt geven personen met een chronische aandoening vaker de voorkeur aan het sporten met leeftijdsgenoten dan personen zonder chronische aandoening.

Er worden geen verschillen tussen personen met en zonder chronische aandoening gevonden ten aanzien van de mate waarin ze met seksegenoten willen sporten.

Tabel 17: gewenste groepssamenstelling qua leeftijd (% van personen met en zonder chronische aandoening die sport beoefenen en geïnteresseerden).

	Wel aandoening	Geen aandoening
Leeftijdsgenoten	36	23
Gemêleerd qua leeftijd	23	28
Geen voorkeur	41	50

7.4 Gewenst dagdeel

In tabel 18 staan de gewenste dagdelen waarop men sport wil beoefenen. Personen met en zonder chronische aandoening verschillen ten aanzien van het tijdstip waarop ze willen sporten. Personen met een chronische aandoening geven vaker de voorkeur voor een doordeweekse ochtend en middag, dan personen zonder een chronische aandoening (respectievelijk $\chi^2(1) = 4.77, p < .05$ en $\chi^2(1) = 6.46, p < .05$). Minder vaak gaat bij hen de voorkeur uit naar een doordeweekse avond of een ochtend in het weekend, in vergelijking met personen zonder een chronische aandoening (respectievelijk: $\chi^2(1) = 21.35, p < .01$ en $\chi^2(1) = 11.64, p < .01$).

Tabel 18: gewenst dagdeel van de sportbeoefening (% van personen met en zonder chronische aandoening die sport beoefenen en geïnteresseerden).

	Wel aandoening	Geen aandoening
Doordeweeks ochtend	57	45
Doordeweeks middag	41	29
Doordeweeks avond	18	41
Weekend ochtend	12	27
Weekend middag	12	16
Weekend avond	4	5

7.5 Gewenste reistijd

Tussen personen met en zonder chronische aandoening worden geen verschillen gevonden tussen de hoeveelheid tijd die men bereid is maximaal te reizen om te kunnen sporten. Wel worden verschillen gevonden in het vervoersmiddel waarmee men kan/wil reizen. Zoals in tabel 19 naar voren komt, wordt door personen met een chronische aandoening minder vaak per auto of fiets/te voet genoemd dan door personen zonder een chronische aandoening (respectievelijk: $\chi^2(1) = 6.55$, $p < .05$ en $\chi^2(1) = 6.12$, $p < .05$).

Tabel 19: met welk vervoersmiddel wilt/kunt u reizen? (% van personen met en zonder chronische aandoening die sport beoefenen en geïnteresseerden).

	Wel aandoening	Geen aandoening
Auto	57	70
Fiets / te voet	66	77
Openbaar vervoer	4	9
Regiotaxi	4	0

7.6 Gewenste prijs per keer

Tussen personen met en zonder chronische aandoening worden geen verschillen gevonden in de eigen bijdrage die ze voor een sport- en beweegactiviteit willen betalen.

B Resultaten focusgroep gebruikers

Resultaten focusgroep gebruikers sport- en beweegaanbod regio Medemblik, 28 oktober 2011

De werving van de deelnemers is verlopen via het WMO loket bij de gemeente Medemblik. Daarnaast is er ook wat mond tot mond reclame geweest. De medewerkers van het WMO loket hebben mensen persoonlijk benaderd om ze te vragen mee te doen aan het groepsgesprek. Als de mensen mee wilden doen kregen ze ter bevestiging een brief met verdere informatie (zie bijlage achteraan de resultaten). Het gesprek vond plaats in het gemeentehuis in Wognum en duurde 1,5 a 2 uur. Alle deelnemers kregen een kadobon van 15 euro. Het is niet bekend hoeveel mensen er benaderd zijn.

Onderstaande punten zijn als handvat meegegeven voor de werving:

- maximaal 10 deelnemers
- twee 50+ers: 1 man en 1 vrouw met een chronische aandoening
- vier 65+ers: 2 mannen en 2 vrouwen waarvan 2 met een chronische aandoening en 2 zonder
- vier 75+ers: 2 mannen en 2 vrouwen waarvan 2 met een chronische aandoening en 2 zonder
- het betreft met name de chronische aandoeningen: Diabetes Mellitus II, COPD en hart/ vaat ziekten waarbij het mooi zou zijn als er wat ernstiger en wat lichtere gevallen bij zitten

Uiteindelijk zijn onderstaande 11 deelnemers bereid gevonden mee te doen aan het gesprek.

Naam	Aandoening	Activiteit	Aanvullend
Hr Lo	Rug-heupklachten	Cesar-gym	63 jaar, VUT, 1dag week taxichauffeur
Mw Mi	Inspanningsastma, chronische bronchitis, artrose, total knee	Individuele zwemtherapie obv fysiotherapeut	65 jaar, WAO
Hr K	Geen	Geen	Geeft surf, zeil kanoles aan gehandicapten
Hr S	DM 2	1,5 uur per dag lopen met hond	68, voorzitter KBO
Mw H	Ernstig COPD, RA	Fitness in COPD groep obv fysiotherapeut	Vrijwilliger astmafond
Mw O	Last van haar arm	Gymnastiek, tennis, lopen met hond	Onder behandeling Cesar therapeut voor arm
Mw Mu	Total hip	Cesar gym, fysiosport en zwemmen	Lopen met hond lukt niet meer zo goed door total hip
Mw A	RA	Loopt 3x per week met hondje.	Van alles gedaan maar lukt allemaal niet meer
Hr Lu	Migraine, artrose schouders nek	Geen georganiseerde sport maar beweegt zelf vrij veel.	74 jaar
Mw B	CVA	Zwemmen met gehandicapten, tuinieren.	3x per week fysiotherapie, massage.
Mw S	CVA	Zwemmen met gehandicapten, fitness obv fysiotherapeut in een groep	

Factoren van invloed op beweeggedrag

Hieronder wordt naar aanleiding van het complete verslag een ingedikte versie van de resultaten gegeven. De genoemde onderwerpen en aandachtspunten kunnen gegroepeerd worden onder 7 thema's: locatie, begeleiding, geschikte activiteiten, financiën, sociale contacten, attitude deelnemer, bekendheid en verwijzing.

LOCATIE

Locatie in de buurt, liefst in eigen dorp. Maximale afstand 2 tot 3 km lopen of 5 km fietsen. Indien de locatie wel verder weg is dan zou er invalide vervoer moeten zijn.

Locatie dichtbij en goede vervoersvoorzieningen er naar toe zijn van groot belang.

BEGELEIDING

Goede professionele begeleiding bij de activiteiten. Professioneel betekend dat de begeleider kennis van zaken heeft om het niveau van de deelnemer in te schatten. Tevens is van belang dat zorg en aandacht is en dat er goed geluisterd wordt naar de deelnemer.

Voldoende begeleiding is van belang zodat er geen wachtlijsten ontstaan. Dit hoeven niet allemaal professionals te zijn. Het kunnen bijvoorbeeld werkloze professionals zijn die gestimuleerd worden vrijwilligerswerk te doen.

De mogelijkheden van de deelnemer zelf moeten goed benut worden door de begeleider zodat iedereen kan participeren.

GESCHIKTE ACTIVITEITEN

Beschikbaarheid van sportactiviteiten op het juiste niveau, afgestemd op de mogelijkheden van de deelnemer.

Type activiteit moet aanspreken bij de deelnemers. Een gevarieerd aanbod om tegemoet te komen aan zo veel mogelijk wensen van deelnemers.

Er is onvoldoende aanbod van afwisselende activiteiten. Hierbij kunnen er wisselende activiteiten per keer aangeboden worden.

FINANCIEN

De financiële haalbaarheid van deelname aan de activiteit is van belang. Hierbij worden bedragen aangegeven van 0 tot 10 euro per keer. Een aantal mensen vindt dat deelname voor chronisch zieken gratis zou moeten zijn of vergoed door de zorgverzekering.

Financiën zijn een belemmering voor deelname als ze te hoog oplopen. Factoren die hierop van invloed zijn zijn de locatie (sportzaal of fysiotherapiepraktijk), 'goedkope' begeleiders (evt vrijwilligers), bijdrage van de gemeente en indirect goede verzekering van vrijwilligers.

Alle subsidies lopen terug, waarbij vooral voldoende subsidie vanuit de gemeente gemist wordt.

Financiën

Deelname kan bevorderd worden door het financieel aantrekkelijk te maken. Bijvoorbeeld via ziektekostenverzekering of door gereduceerde tarieven voor ouderen.

SOCIALE CONTACTEN

Het kunnen opbouwen van sociale contacten is van belang. Daarnaast stimuleert het deelnemen in een groep de deelname: samen ga je eerder dan alleen.

Er zijn verschillende meningen over al dan niet met lotgenoten met een zelfde aandoening sporten.

Contact onderling en sfeer in de groep zijn afhankelijk van zowel de begeleider als de instelling van de deelnemers zelf en is lastig te beïnvloeden.

ATTITUDE DEELNEMER ZELF

Drempelvrees is een belemmerende factor voor sportdeelname. Er kan op ingespeeld worden door open dagen te organiseren en de sociale omgeving te betrekken bij het stimuleren van deelname.

Attitude deelnemer

In het algemeen zouden mensen meer kunnen bewegen zonder direct naar georganiseerde activiteiten te gaan. Een suggestie die genoemd wordt is ook: neem een hond en 'ga marcheren zoals vroeger' achter de harmonie aan ;-)

BEKENDHEID EN VERWIJZING

Onvoldoende bekendheid sportaanbod. Het boekje met aanbod van sporten van de SSWF zou niet compleet zijn. Meer bekendheid kan gegenereerd worden via een aparte bijlage bij de Gemeentegids, plaatselijke krantjes (huis aan huis bladen, gemeenteblad, kerkkrantje). De huisarts zou een rol kunnen spelen en de sportverenigingen zelf door open dagen te organiseren. Daarnaast zouden patiënten verenigingen meer kunnen doen.

Media aandacht via landelijke kanalen of plaatselijk via huis-aan-huis post.

Persoonlijke benadering door langs de deur te gaan (GALM) waarbij het van belang is dat mensen wel direct kunnen instromen. Daarnaast zou ook gebruik gemaakt kunnen worden van opendagen waar mensen diverse activiteiten kunnen ervaren.

De gemeente zou een belangrijke rol kunnen vervullen bij stimuleren van sportdeelname vooral door financiële ondersteuning.

Er zijn verschillende verwijzers die ouderen en chronisch zieken kunnen stimuleren mee te doen. Dit kunnen huisartsen, specialisten, thuiszorg, Sport Service Noord Holland (SSNH), gemeente (WMO-loket). Zij kunnen direct naar activiteiten verwijzen maar ook naar SSNH die dan weer verder door verwijst.

BIJLAGE: bevestiging deelname gesprek TNO op 28 oktober 2011

Geachte heer, mevrouw,

De gemeente Medemblik zet zich in voor de gezondheid van haar burgers. Voldoende bewegen is hierbij van belang. Veel mensen met een chronische ziekte bewegen echter nog onvoldoende. Dit kan verbeterd worden door deelname aan sport- en beweegactiviteiten.

Deelname gesprek

TNO onderzoekt hoe deze deelname bevorderd kan worden samen met de gemeente Medemblik, de Vereniging Sportgeneeskunde (VSG), SportService West Friesland (SSWF), en ZorgOndersteuning Noord-Holland (ZONH). Naast gesprekken met zorgverleners en aanbieders van activiteiten, gaan wij ook in gesprek met inwoners van Medemblik (al dan niet) met een chronische ziekte.

Met deze brief bevestiging wij u uw bereidheid om deel te nemen aan dit gesprek.

Wat houdt het onderzoek van TNO in?

In een groepsgesprek gaat TNO met u praten over uw kijk op het stimuleren van bewegen.

Duur: 1,5 à 2 uur, vanaf 14.00, met koffie iets lekkers

Waar: Gemeentehuis van Wognum (Noord-Gebouw)

Wanneer: vrijdag 28 oktober 2011

Onderwerpen die aan bod komen:

- Bent u bekend met het aanbod van sport en beweegactiviteiten?
- Vindt u het aanbod voldoende?
- Ondervindt u belemmerende factoren om mee te doen?
- Hoe kunnen wij deelname aan sport -en beweegactiviteiten bevorderen?

Wij danken hartelijk, dat u wilt deelnemen aan het gesprek, want uw mening is heel waardevol voor ons. Als dank voor uw deelname ontvangt u een kleine attentie.

C Resultaten focusgroep aanbieders

Resultaten focusgroep aanbieders sport- en beweegaanbod regio Medemblik, 18 oktober 2011

Werving

De werving van deelnemers voor het gesprek met aanbieders van sport- en/of beweegactiviteiten is verlopen via de Sport Service West Friesland (SSWF). SSWF heeft een brief verzonden naar 25 potentiële deelnemers aan het gesprek. Na een week waren er slechts 2 deelnemers en is er een reminder verzonden. Tevens is er telefonisch contact geweest met aanbieders waar de SSWF een goede relatie mee heeft. Uiteindelijk namen 7 deelnemers aan het gesprek. De deelnemers kregen de gemaakte reiskosten vergoed.

Deelnemers

Er is gesproken met 7 aanbieders van sport- en/of beweegactiviteiten voor ouderen en/of chronisch zieken. Door dat de aanbieders in zeer verschillende settings werkten (commercieel, semi-commercieel en niet commercieel) zijn de resultaten van het gesprek zeer gevarieerd.

Naam	Functie	Activiteit	Cijfer nu
Hr. D	Fysiotherapeut	Medische fitness	
Mw. M	Coördinator zwemactiviteiten Waterhoorn	10 MBvO groepen 2 groepen chronisch zieken 2 groepen aquajoggen ouderen 3 groepen zwemmen medisch advies 1 COPD groep	7
Hr. H	Fysiotherapeut, master sportfysiotherapie	Medische fitness (werk) Volleybal 55+ (vrije tijd)	7,5
Mw. Y Mr X	Vitacare Slender You	Slenderen Circuittraining Wellness activiteiten	7
Hr. K	Fysiotherapeut, sportwandelschool	Wandelen Nordic walking Beweeg Mee	8
Mw. H	Fysiotherapeute	Medische fitness Verantwoord bewegen voor senioren Fitkids	6

Methode

Beschrijven opzet focusgroep

Hoe kan deelname van oudere mensen (50+) en/of mensen met een chronische ziekte aan regulier sport- en beweeg aanbod bevorderd worden.

Thema's

Niveau van de organisatie / sociaal politieke omgeving

Financiën

Sommige activiteiten worden (deels) vergoed door de verzekering zoals medische fitness. Daarnaast worden er subsidies verleend (bijvoorbeeld diabetes zwem groep). Echter deze vergoedingen zullen verminderen in de toekomst. Andere doelgroepen worden wel vergoed door zorgverzekeraar zoals Fitkids voor kinderen met chronische aandoening. De kosten zijn een belemmering voor deelname. Sommigen menen dat het normaal zou moeten zijn om hiervoor te betalen. Anderen wijzen op de "gierige" aard van de WestFries of dat deze leeftijdsgroep niet gewend is te betalen. Een goed gekwalificeerde instructeur (voor aangepast sporten) kost meer geld, en dan zijn de kosten voor deelnemers hogers. Alleen bij medisch geschoolde instructeurs vergoeding vanuit verzekering. Bijvoorbeeld zweminstructeurs CAO recreatie vallen zijn de lonen laag en omdat de zwemuren niet achter elkaar gegeven worden is het moeilijk goede zwemonderwijzers te vinden, mede omdat dit vaak herintredende deeltijd dames. Als deze geschoold worden verdienen ze meer, maar kost het weer meer voor deelnemers.

Organisatie/Context

Sportverenigingen meer aandacht voor ouderen. Bijvoorbeeld inzien dat daar veel potentiële leden tussen zitten. Seniorenfunctionaris in bestuur elke vereniging. Daluren bij sportaccomodaties opvullen voor senioren (bijvoorbeeld fitnessruimte olv CIOS-trainer want goedkoper dan fysio), bijvoorbeeld wegvallen schoolzwemmen in zwembad opvullen. Community uitdaging: SSWF of gemeente zou actieve rol moeten hebben. Projectmatig werken. Bijvoorbeeld coördinator chronisch zieken aanstellen. Overlegstructuur niet gewenst maar wel op de hoogte houden. Doorverwijzing: Specialisten wel enthousiast, maar wijzen niet door (wel folders achterlaten). Huisarts meer verwijzen (o.a. boekje SSWF meegeven) en opvolgen wat cliënt doet met advies. HA NIET centraal stellen, maar meer via Omring: thuiszorgmedewerkers tools geven om mensen in thuissituatie te adviseren over sportaanbod (sportieve gezinsverzorgster wordt sportcoördinator, zie voorbeeld in A'dam). Meer samenwerking tussen disciplines. Rol ouderenbond (ANBO).

Oplossingen

Wellicht korting via lidmaatschap Omring (zorgorganisatie, o.a. thuiszorg) Vergoedingen via WMO.

Niveau deelnemer aan activiteit

Sommige gemeenten en ook mensen zijn meer gericht op sporten dan anderen. Bijvoorbeeld Wervershoof is bijvoorbeeld sportminded, Nibbixwoud en Medemblik beduidend minder. Mensen zijn bang om te bewegen of te vallen.

Samen sporten, maatjes

Aandacht werkt; mensen nabellen als ze niet zijn geweest bijvoorbeeld

Oplossingen

Mantelzorg die motiveert.

eigen netwerk ouderen.

oplossingen

Moderne marketing is enige dat werkt, Korting, 2x prijs 1 etc.

Niveau verwijzer/aanbieder activiteit (hier kwaliteit instructeurs?)

Niveau activiteit

Als er minder deelnemers zijn kunnen ook minder (gedifferentieerde) groepen gevormd worden.

Sommige activiteiten hebben een negatief imago, zoals slendieren ("luie mensensport")

Te weinig aanbod voor aangepast sporten. Aanbod vergroten door specifieke aandoeningsgerichte groepen die door gekwalificeerde trainers begeleid worden. Dat is echter duur. (bijvoorbeeld zwemmen, wandelen)

Goede instructeur is van essentieel belang (Service, Kwalitatief goed, goed les geven, oog voor individueel tempo etc. geduld. Technische kennis, opbouw en persoonlijkheid). Keuze in instructeurs zodat instructeur gekozen kan worden die iemand ligt.

Moet gewoon leuk zijn om te doen, gaat niet zozeer om gezondheid. Ook om aandacht en sociale aspecten.

Samenstelling groep: soms liever gemêleerde groepen (qua aandoening en leeftijd), soms liever homogener (alleen maar COPD)

Nabellen van mensen als men niet komt.

Afstand soms probleem (ophalen met busje). Drempel verlagen wij komen naar u toe, daarna weer elders.

Op weg helpen onder begeleiding oké, maar later gewoon lekker zelf doen.

Sociaal gebeuren: mensen vragen waar was je (sociale controle). Lief en leed kaartje, busje huren, na het sporten met elkaar koffie drinken.

Oplossingen

Activiteit moet positief imago uitstralen.

Onbekendheid activiteiten (nut ervan, waar en wat te doen): boekje SSWF uitbreiden en beter verspreiden.

Algemeen Oplossingen

Manieren: mond tot mond, stukje in de krant, adverteren blaadjes, uitproberen/kennismaken en dan in duo's (bijvoorbeeld proeflessen, seniorendag), themadag (bijvoorbeeld reumadag), via internet is lastig, samengaan via duokaarten

D Verslag Expertmeeting ‘Doorverwijzen naar sport en bewegen’

Bijlage D1: Verslag Bijeenkomst 'Doorverwijzen naar sport en bewegen'

Wanneer: woensdag 7 december 2011

Waar: Gebouw SKO West-friesland, Kerkstraat 79, 1687 AM Wognum

Welkom en introductie door ZONH (Mariska Laros)

Doel: nagaan hoe ouderen en chronisch zieken meer kunnen gaan bewegen in 0^{de} lijns aanbod en hoe de 1^e lijns zorgketen hierin kan ondersteunen en doorverwijzen.

Voorstelronde

Naam; beroep/achtergrond; motief voor deelname

1. Mariska Laros; ZONH; verbeteren verwijzing 1^e lijn naar sport- en beweegaanbod
2. Cynthia Kunis-Loos; oefentherapeute Mensendieck; wat speelt er in de buurt, waar mensen naar verwijzen voor bewegen.
3. Frans Vreede; fysiotherapeut; interesse onderwerp.
4. Linda Schouten; SSWF betrokken bij Beweegkuur, Beweegzorg; wat heeft 1^e lijn nodig om link te leggen met bewegen.
5. Martijn Punt; fysiotherapeut; waar mensen naar verwijzen voor bewegen.
6. Petra Ham; fysiotherapeut; wat kunnen we met z'n allen bereiken.
7. Edith Heiligers; fysiotherapeut; wat kunnen we bieden.
8. Erna Bakker; fysiotherapeut; wat gebeurt er in de regio, collega's vinden.
9. Ans Vernooij; fysiotherapeut; verbinding 1^e lijn – meer bewegen.
10. Frans Vulker; fysiotherapeut; niet alleen chronisch zieken en ouderen, maar al eerder mensen aan het bewegen krijgen. Meer richten op preventie. Hoeft niet via sport- en beweegaanbod, maar bijvoorbeeld meer voetgangersgebieden. Niet te veel pampieren met bijv. rollators.
11. Very Meester; gemeente Medemblik betrokken bij Task Force 50⁺; wel aandacht voor jeugd bewegen in de wijk mede door beleid van VWS, gaat om universele preventie én geïndiceerde preventie in de gemeente, in deze bijeenkomst aandacht voor geïndiceerde preventie.
12. Sjoerd Bakker; fysiotherapeut; werkt samen met sportcentrum om drempel laag te houden, West Friezen willen nut en noodzaak zien, graag beter zicht op groter netwerk.
13. Nico de Koning; fysiotherapeut; geeft fysiotherapie in aanleuningwoningen bij verzorgingscentrum.
14. Gea Klercq-Glas; praktijkverpleegkundige/Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH), werkt in geriatrisch team aan onderzoek binnen Nationaal Programma Ouderen; bij 65-plussers is te weinig bewegen één van de grootste problemen.
15. Margreet Schouten; praktijkverpleegkundige/POH, werkt aan zelfde onderzoek als Gea; denk eraan dat ouderen weinig internet hebben, POH moet doorverwijzen naar bewegen, niet huisarts.
16. Arie den Blanken; fysiotherapeut; meer aandacht voor primaire preventie, lopende gesprekken met gemeente Hoorn ivm zelfstandig sportbeleid.
17. Bert Kostense; fysiotherapeut bij gezondheidscentrum Kersenboogerd; meegewerkt aan pilot Beweegkuur, graag sociale kaart van regulier sport- en beweegaanbod in 0^{de} lijn, brug nodig tussen deze 0^{de} en 1^e lijn.
18. Dennis Bodewes; fysiotherapeut; hoe kunnen mensen verder, veel drempels uit het verleden, initiatieven die verzanden, moet duidelijker worden wat de doelgroep is want nu (ouderen en chronisch zieken) is het te breed.
19. Mariska Bakker; SSWF; doorstroom verbeteren naar aangepaste beweegaanbod chronisch zieken.
20. Wilma Otten; TNO; betrokken bij onderzoeksproject over bevorderen bewegen door chronisch zieken in kader doelsubsidie VWS directie Sport.

Samenvattend: De meest genoemde motieven waren (a) contacten leggen met collega's, (b) behoefte aan sociale kaart naar sport- en beweegaanbod, en (c) interesse in het onderwerp en hoe collega's daarmee omgaan.

Verdere discussie n.a.v. introductie

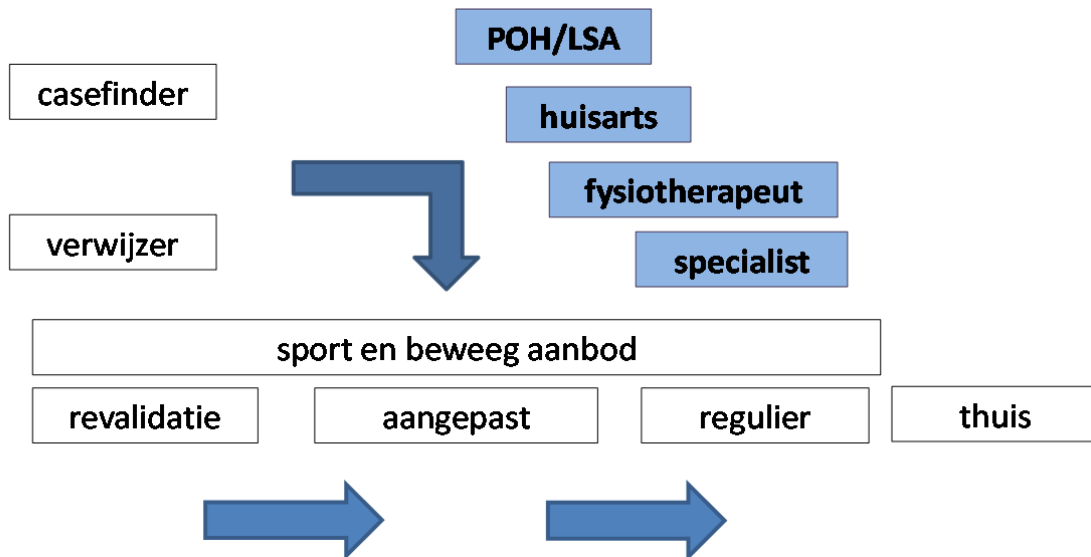
De uitnodiging voor deze bijeenkomst is door ZONH verstuurd naar 117 huisartsen, 176 fysiotherapeuten en 31 oefentherapeuten in de regio West Friesland. Opvallend dat er geen huisartsen ingegaan zijn op de uitnodiging van ZONH om deel te nemen aan deze bijeenkomst. In de 1^e lijn moet nog veel gebeuren m.b.t. verwijzen naar sport- en beweegaanbod. Huidige politieke klimaat m.b.t. bezuinigingen en verplaatsen zorg chronisch zieken van 2^{de} naar 1^e lijn is niet bevorderlijk voor de deelname van huisartsen. De ervaringen met de 1^e lijn zijn wisselend. Soms wel verwijzing door wijkverpleegkundige of POH, soms niet. Men ziet een belangrijke rol voor de POH om de verbinding te maken met de fysiotherapeuten. Huisarts (HA) krijgt pas mensen als er wat fout is gegaan, en is daarom reactief en niet gericht op preventie. POH zou meer proactieve / preventieve rol kunnen hebben. HA heeft ook geen financieel belang bij bevorderen beweging bij chronisch zieken. Daarnaast heeft HA weinig handvatten en tijd om beweging bij chronisch zieken te bevorderen.

Ook de chronisch zieke zelf heeft aandacht om bewegen te bevorderen. Gewezen wordt op de sociale omgeving van de chronisch zieke. Een ander geeft aan dat de chronisch zieke "een schop onder de kont" moet hebben om te gaan bewegen. Ook wordt gewezen op het gebrek aan structurele financiering van veel beweeginitiatieven. Het kostenaspect speelt ook voor de patiënt, want bewegen moet niet te duur zijn. Dit geeft aan dat zorgverzekeraars en overheid (VWS, gemeenten) bij het onderwerp betrokken moeten zijn. Er zou sociaal beleid gemaakt moeten worden op het gebied van chronisch zieken en bewegen.

Presentaties (zie bijlage D-2)

- TNO: Sport- en beweegactiviteiten voor mensen met een chronische ziekte en ouderen in de regio West-Friesland (Wilma Otten)
- ZONH: 'Verantwoord Doorverwijzen' o.a. ontwikkeling van Beweegkuur Landelijk en in West Friesland (Mariska Laros)
- SSWF: Actieve beweegzorg (Mariska Bakker)

DOORSTROMING KETEN



Workshop “Doorverwijzen in de keten”

Hoe kan de doorstroming in de keten verbeterd worden. Bovenstaande schematische weergave van de keten werd gepresenteerd. Aan de hand van drie casussen werd gesproken over de sterke en zwakke kanten van deze keten. Vanuit drie perspectieven: huisarts, fysiotherapie en aanbieder van regulier aanbod werd naar deze keten gekeken. Hiertoe werden de deelnemers in drie groepen ingedeeld. Deze groepen rouleerden over de drie casussen.

Resultaten casussen

Opdracht per casus: Vanuit jullie rol (huisarts, fysio, aanbieder) wat is de beste manier om deze persoon uiteindelijk deel te laten nemen aan het reguliere sport- en beweegaanbod. Onder de casus staan wat op de flipovers beschreven stond.

De heer A. 52 jaar alleenstaand heeft ernstige COPD (GOLD III). Hij is kortademig en heeft een verminderde inspanningstolerantie waardoor zijn conditie slecht is en hij steeds minder is gaan bewegen. Door zijn klachten is hij arbeidsongeschikt geraakt en ook dreigt hij in een sociaal isolement te raken. Om verdere achteruitgang tegen te gaan zou het goed zijn om meer te bewegen. Reguliere sport is niet mogelijk gezien de ernst van de klachten. De heer A. weet niet zo goed wat voor andere mogelijkheden er zijn.

Huisartsen: doorsturen naar fysio- of oefentherapie

Fysio's: individuele fysio (spec. COPD); groepsbehandeling COPD; saturatie meten

Aanbieders: komt niet bij reguliere sport terecht, maar bij aangepast sporten. Dit bekend maken.

Doorverwijzing vanuit de longarts. Sportmaatje.

Mevrouw B. 70 jaar heeft enig overgewicht en DM II in beginnende fase en last van artrose in haar linker knie. Ze is sinds een jaar weduwe. Sociale contacten zijn minder geworden omdat haar man altijd reed in de auto naar vrienden en kennissen. Na het overlijden van haar man is zij minder actief geworden en lichamelijk achteruit gegaan. Gezien de lichamelijke klachten en de situatie op sociaal gebied lijkt het de huisarts een goed idee als mevrouw B. structureel meer gaat bewegen. Mevrouw B. zelf heeft haar twijfels omdat ze bang is dat ze hierdoor meer last van haar knie gaat krijgen.

Huisartsen: doorsturen naar fysio- of oefentherapie

Fysio's: MBVO; koersbal, wandelgroep, jeu de boules, beweegmaatje (via ouderenbonden); krachttraining o.l.v. fysio

Aanbieders: hulpverleners uitvoeren gewichtscontrole + beweegtherapie; meelopers, bijv. wandelclub of werklozen via gemeente om met haar te lopen; sociale kaart

Mevrouw C. 78 jaar is gehuwd en heeft geen specifieke chronische aandoening. In de loop der jaren is haar conditie achteruit gegaan, het wordt lastig om het winkelcentrum nog te bereiken om zelf boodschappen te doen. Mevrouw C. vermijdt complexe situaties (druk verkeer, grote gezelschappen, slecht weer etc) omdat zij daar niet meer adequaat op kan reageren. Daarnaast wordt zij toch wat strammer naarmate ze ouder wordt en sommige huishoudelijke taken lukken daardoor niet meer. Haar man doet veel voor haar en ook haar dochters nemen haar veel uit handen. Om wat reservecapaciteit op te bouwen die mevrouw nodig kan hebben in slechte tijden zou het mooi zijn als ze meer ging bewegen.

Huisartsen: zien geen indicaties, huisarts ziet deze mevrouw niet.

Fysio's: individueel starten; zelfvertrouwen geven; groep (MBVO, wandelgroep etc.)

Aanbieders: in eigen waarde laten en niets doen. Pas wat doen als mevrouw zelf of omgeving om hulp vraagt.

Gezamenlijke terugkoppeling workshop

Doel was om aandachtspunten voor verbetering in de keten te identificeren en mogelijke oplossingen te suggereren. Was echter weinig tijd, en vanuit de eigen rol probeerde men meer de casus op te lossen, dan naar de gehele keten te kijken. Huisarts is steeds de initiator bij het verwijzen. Huisarts zou daarom een meer signalerende functie kunnen hebben. Casus C komt niet bij de huisarts. Casus C werd ook ervaren als bemoeizorg en betuttelend. Bij casus C eerder gevaar van overbelaste mantelzorger. Men vond dus dat de casussen wel verbeterd konden worden. Bij casus A, COPD, logisch dat deze naar fysio en aangepast sporten gaat.

Richtingen voor vervolgaanpak in 2012

Suggesties voor verbetering doorstroom in keten voor een eventueel proefproject en praktijkonderzoek in gemeente Medemblik en omgeving in 2012. Laatste is afhankelijk van financiering (TNO/VWS, gemeente Medemblik).

- Huisarts zou een meer signalerende functie kunnen hebben, omdat deze de doorstroom in de keten initieert.
- POH als substitutie van de huisarts.
- Velen noemen sociale kaart, maar deze is er eigenlijk al (bijv. van SSWF, http://www.aangepastsporten.info/as_region_sports.php) en deze is statisch, daarom:

- Een netwerk vormen, elkaar leren kennen, want personen zijn blijvend en het aanbod wisselt. In sommige locaties zijn wel netwerken geweest. In Heerhugowaard had men 'partners in de wijk', andere locaties ook Home teams, maar daarin vaak casuïstiek besproken. Vanuit Medemblik wellicht aansluiten bij MEE-projecten (<http://www.meenwh.nl/>). Oppassen dat niet steeds dezelfde actieve zorgverleners of sportaanbieders betrokken zijn.
- Doelgroep moet duidelijker in kaart worden gebracht. Welke zorgverlener komt wat tegen. In kaart brengen van de zorgvraag-routing. Welke cliënten komen welke zorgverleners tegen en waar / wanneer in de zorgketen.
- Bekendheid van het aanbod. Mensen moeten zelf gaan vragen om beweging. Je biedt wat aan, maar ze komen niet.
- Instroom. Gehandicapte mensen kunnen zich spontaan aanmelden, via sociale omgeving, of verwezen via wijkverpleging of andere zorgorganisaties, of via MEE.

Vragen/opmerkingen

Wilma Otten (TNO) (088 866 6163, 06 29272654; e-mail: wilma.otten@tno.nl)



TNO innovation
for life

Verwijzen naar Sport en Bewegen

Samen naar een actiever leven





TNO innovation
for life

Samen ...

- › Mensen met een chronische ziekte en ouderen
- › Sport- en beweeg organisaties in de regio
- › Zorgverleners in de keten
- › Gemeente





Bevorderen bewegen bij chronisch zieken

Opdrachten van Ministerie van VWS, de directie Sport

Activiteiten in

- Verleden
- Heden
- Toekomst



VERLEDEN

LANDELIJK



- **Patiëntenprofielen, Jongert et al. 2008**
 - Overzicht beweegprogramma's; DM 2, COPD, HVZ
 - Determinanten deelname mensen met CZ
 - Logistieke doorstroming in de keten naar beweegprogramma's
 - Patiëntenprofielen (Beweegkuur: zelfstandig, opstart, begeleid)
- **Bewegen op Recept DM 2, Van Hespen et al. 2009**
- **Hart in beweging, Bernaards et al. 2009**



HEDEN

WEST-FRIESLAND, CZ en OUDEREN → generieke kennis

Passend aanbod?

- Overzicht beweegprogramma's, Van Hespen et al. 2011

Kenmerken gebruik(er) aanbod?

- Analyse subgroep chronisch zieken data TF 50+ (SSWF)

Doorstroming in zorgketen? determinanten Implementatie

- Focusgroep aanbieders
- Focusgroep gebruikers
- Huidige bijeenkomst



TOEKOMST

› Implementatieplan: versterkings- en verbeterpunten

› Proefproject / praktijkonderzoek

› Matchmaker gebruiker-aanbod

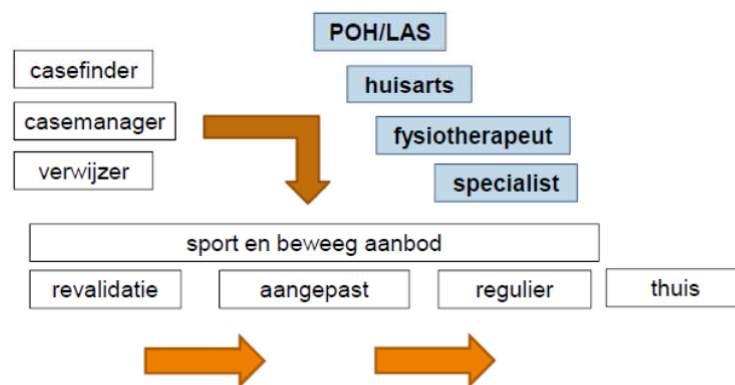




TOEKOMST



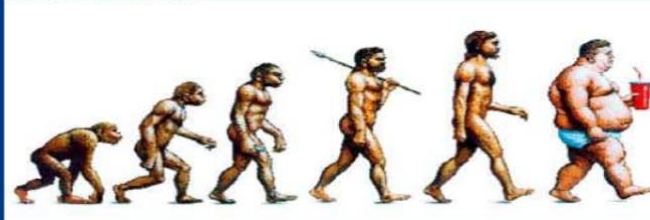
DOORSTROMING KETEN



- ontwikkel
- geïntegre
- werken, v
- subsidies
- ontwikkel
- ontwikkel
- keuze van
- projecten
- overtoege
- ontbrek
- aanstelling
- processen
- aanstelling
- denken, v
- zorgaanb

Wat is BeweegKuur

- Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) waarmee mensen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico vanuit de eerste lijn, op het gebied van voeding, beweging en gedragsverandering, begeleid worden naar een gezonde leefstijl.



ZONH—

Betrokken partijen

- Lokaal
 - Huisarts
 - Leefstijladviseur (vaak de praktijkondersteuner)
 - Fysio- of oefentherapeut
 - Diëtist
 - Lokaal sport- en beweegaanbod
- Regionaal netwerk
 - GGD HN, Sportservice en ZONH

ZONH—

Landelijke ontwikkelingen

- 2009/2010 brede landelijke implementatie BeweegKuur; +/- 140 pilotlocaties
- 2010: doorontwikkeling BeweegKuur voor overgewicht/obesitas
- Opstart regionale netwerkontwikkeling
- Lokale verbinding zorg-wijk-sport



ZONH—

Landelijke ontwikkelingen

- Beweegkuur is een bewezen effectieve interventie.
- Geen opname in het basispakket
- 2012: Het brede implementatieprogramma van de BeweegKuur loopt tot eind 2011.
Betekent dat de BeweegKuur daarna stopt?
NEE

ZONH—

BeweegKuur 2012 regionaal en lokaal

- De pilots worden gecontinueerd
- Nieuwe initiatieven worden begeleid en ondersteund in het uitvoeren van de BeweegKuur en in de multidisciplinaire samenwerking
- Er wordt doorgewerkt aan het verbinden van de eerstelijnszorg en het lokaal sport- en beweegaanbod.
- Er worden aanknopingspunten gezocht met de gemeenten

Verantwoord doorverwijzen

- Doorverwijzen is meer dan een sociale kaart
- Onbekend terrein
- Voorbeelden uit de praktijk

Actieve bewegzorg voor chronisch zieken in West-Friesland

2011 - 2013



Uitgevoerd door: Sportservice West-Friesland

Deelnemende gemeenten:
Drechterland, Enkhuizen, Koggenland,
Medemblik, Opmeer en Stede Broec

Actieve bewegzorg

Aanleiding

- › Onderzoek onder 50+ in Medemblik
- › Aansluiting op SAS en Beweegkuren

Deelname gemeenten

Optimale afstemming WMO-, welzijns- en actief sport en beweegbeleid o.a. door bevordering van sporten en bewegen voor inwoners met een beperking.

Resultaat is versterking van duurzame gezondheid en maatschappelijke participatie.



Handbiken

Doelgroepen

1. Patiënten: beperking of chronische aandoening
2. Eerstelijnszorg: huisartsen en POH, fysio, wijkverpleging
3. Sport- en beweegaanbod

Actieve beweegzorg

Doelen

- › Versterken functie eerstelijnszorg in bevorderen van participatie, zelfredzaamheid en gezondheid van chronisch zieken.
- › Sluiten keten sport-zorg-sport

Looptijd: 2011-2013



Specifieke
patientengroepen



www.aangepastsporten.info



www.sportservicewestfriesland.nl



E Verslag Overleg experts beweegactiviteiten chronisch zieken en Ouderen in West Friesland

Overleg experts beweegactiviteiten chronisch zieken en Ouderen in West Friesland

Goedgekeurd door Mariska Laros, Gerben Konijn, Linda Schouten, Liliane Sinke

Datum: maandag 2 april 2012, 10.00 tot 12.00 uur
Plaats: Gemeentehuis Wognum, Dick Ketlaan 21, 1687 CD Wognum
Aanwezigen: Mariska Laros, Liliane Sinke (ZONH),
Very Meester, Gerben Konijn (gemeente Medemblik),
Linda Schouten (SSWF),
Katja van Vliet, Wilma Otten, Ariette van Hespen (TNO)

De thema's die besproken zijn n.a.v. het TNO verslag over de focusgroepen worden hier beschreven. FT = fysiotherapeut, HA= Huisarts, POH = praktijkondersteuner huisarts, NPO = Nationaal Programma Ouderenzorg, SSWF = Sport Service West Friesland, NNGB = Nederlandse Norm Gezond Bewegen, pt = patiënt, MBvO = Meer Bewegen voor Ouderen, FTO = Functionele Training Ouderen

Afbakening doelgroep

Ouderen van 50+ en Chronisch Zieken (CZ) is een te brede doelgroep. Door af te bakenen kunnen gericht beweegactiviteiten ingezet worden.

- Ouderen van 50+: meestal zelf aan het sporten/bewegen, lid van sportverenigingen.
- Ouderen van 65+: hier ook fitness voor senioren, MBvO, GALM. Dit zijn brede beweegactiviteiten niet direct gekoppeld aan een accommodatie of vereniging.
- Ouderen van 75+: hier ook brede beweegactiviteiten, zoals MBvO.
- Chronisch zieken: hiervoor is aangepast sportaanbod. Er kan door HA of POH verwezen worden naar (een FT met) aangepast sportaanbod bij periodieke controle vanwege deze aandoening. HA zijn niet zozeer gericht op verwijzen m.b.t. bewegen, HA zijn meer signalerend/adviserend en curatief gericht. POH is een meer geschikte ingang. POH kan ook overleggen met de pt wat deze leuk vindt om te doen. Er loopt nu een NPO project over de rol van de POH aangaande Implementatie ondersteuning ouderenzorg vanuit de VU (zie lopende projecten).

Hierboven staat een globale indeling naar leeftijd, maar op zich gaat het niet zozeer om de leeftijd als wel om een zittend leven en verlies van spierkracht etc. door veroudering. Wanneer sprake is van functionele achteruitgang en comorbiditeit is aangepast bewegen of FTO ook relevant. Bij een gezonde oudere moet het aanbod onder de aandacht gebracht worden en aansluiten bij de wensen van deze doelgroep. Dit is een aandachtspunt voor sportverenigingen, fitnesscentra. Er zijn sporten die meer een senioren-imago hebben, zoals biljart/jeu de boules. De weg hiernaar toe wordt door ouderen makkelijker zelf gevonden. FT vinden het de eigen verantwoordelijkheid van de gezonde oudere om te sporten/bewegen.

De gezonde oudere stopt met bewegen doordat er klachten optreden (bijv. blessure). Dat signaleert de oudere zelf, en kan de activiteit aanpassen. Deze "overgang" kan eventueel door een FT/HA/POH gesignaleerd worden en zij kunnen dan de ouderen adviseren m.b.t. bewegen. Er zijn dan wel criteria nodig voor verantwoord doorverwijzen (welk aanbod voor welke groepen). Dit geldt voor ouderen die sporten/bewegen, want zij merken dat er achteruitgang optreedt. Andere groep betreft ouderen die niet of te weinig bewegen en daardoor niet beseffen dat er functionele achteruitgang optreedt. Ervaren deze ouderen dat zij een probleem hebben?

Aspecten die samenhangen met de doelgroep/gebruiker activiteit

Groep ouderen is betrokken bij opzetten beweegactiviteiten. Vroeger via de seniorenraad in Medemblik, nu heet dat het Regionaal Ouderenpanel wat o.a. bij NPO onderzoek is betrokken. Naast dit ouderenpanel bestaan er ook WMO adviesraden. Er bestaat ook een stichting Samenwerking ouderen Medemblik (een onafhankelijk platform) en de stichting de Wering (welzijnswerk/opbouwwerk) heeft intensief contact met ouderenorganisaties.

Aspecten die samenhangen met de activiteit en aanbieder daarvan

Sommige activiteiten lijken een imago-probleem te hebben wat twee kanten op werkt. Soms is het een negatief senioren-imago zoals te saai, oudere ziet zichzelf nog niet als senior/oudere (bijv. jeu de boules), anderzijds worden sommige activiteiten als te hip gezien, bijv. fitness centrum dat fitness voor senioren aanbiedt. Bij dat laatste speelt ook dat ouderen zich er thuis moeten voelen: veilig voelen, vertrouwen hebben, aandacht krijgen, sociaal gebeuren. Dit stelt ook eisen aan kwaliteit van de begeleiding, die deskundig moet zijn. Het is echter lastig om dit direct om te zetten naar criteria/kwaliteitseisen m.b.t. begeleiding. Het gaat namelijk niet alleen over opleiding, maar ook over sociale vaardigheden en enthousiasme van de begeleiding. Kwaliteitseisen van de begeleiding zijn ook een belangrijk punt voor HA/POH bij doorverwijzen naar bestaand aanbod.

Bij bestaand aanbod en verantwoord doorverwijzen spelen:

- Meer keuze/variantie in de sporten/activiteiten die (door verenigingen) worden aangeboden. Bijvoorbeeld mensen met een chronische ziekte zouden ook kunnen deelnemen aan MBvO.
- Vanuit sport-/beweegaanbieders bestaat weinig noodzaak om zich te profileren (naast imagokwestie). Kennis en wil ontbreekt. Vraag hoe dit te stimuleren?
- Kwaliteit begeleiding (opleiding): hier naar creatieve oplossingen zoeken die ook financieel haalbaar zijn, zoals vrijwilligers trainen
- Criteria bij doorverwijzen: welke activiteiten voor welke groepen?

Aspecten die samenhangen met de organisatie/sociaal politieke omgeving

De gemeente Medemblik heeft SSWF opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar de wensen en behoeften voor sport en bewegen aanbod bij de doelgroep inwoners van 50 jaar en ouder. De chronisch zieken zijn later als doelgroep toegevoegd bij dit project. Dit in het kader van de taskforce 'Sport en Bewegen' (SSNH, 2009). De gemeente Medemblik is de probleemeigenaar: de gemeente ziet het probleem dat 50+ niet voldoet aan NNGB. De seniorenraad heeft toentertijd het onderzoeksverslag besproken, want de seniorenraad wilde meer betrokkenheid bij het onderwerp. Vanuit het idee dat bewegen een beter recept is dan pillen is toen de focus gelegd op doorverwijzing vanuit de 1^e lijn naar beweegaanbod. Van daaruit zijn ZONH en HA erbij betrokken geraakt. In de regio zijn de fysiotherapeuten (vooralsnog) niet georganiseerd in een monodisciplinair samenwerkingsverband. Veel fysiotherapeuten zijn wel aangesloten bij het Regionaal Genootschap Fysiotherapie, dit is een regionale afdeling van de landelijke beroepsvereniging KNGF. ZONH geeft aan dat de zorggroep diabetes in de regio tot nu toe geen fysiotherapeutische zorg contracteert. Dit was aanvankelijk wél de verwachting bij de invoering van de integrale bekostiging van chronische zorg.

Financiering/business case

Het is te simpel om te zeggen dat er subsidie moet komen zodat er een gereduceerd tarief aangeboden kan worden. Mensen moeten er zelf ook financieel wat voor over hebben. Het gaat niet alleen om geld maar ook om motivatie. Echter een 65+-er met een chronische aandoening heeft niet veel te besteden, en € 10,- voor deelname aan een activiteit is dan duur. Er is een potje van de gemeente voor mensen die het echt niet kunnen betalen.

Financiën: Zorgverzekeraar Univé, onderdeel van Coöperatie VGZ heeft het grootste marktaandeel in de regio. FTs willen graag een aandeel in de ouderen markt. Gemeente zou een collectieve verzekering kunnen aanbieden met interventies als Beweegkuur.

Lopende projecten in regio West-Friesland

NPO transitieproject De Oudere Centraal in Samenhangende Zorg, vanuit VUmc/EMGO

Dit project werkt samen in een geriatrisch zorgnetwerk en een geriatrisch welzijnsnetwerk. Kwetsbare ouderen worden vanuit de huisartsenpraktijk in beeld gebracht. Er zijn linken met de

fysiotherapie en kwetsbare ouderen aangezien mobiliteit en kwetsbaarheid direct met elkaar in verband staan bij deze groep. Betrokken zijn M. Boorsma, G. Klercq-Glas, en M. Schouten die ook deelnamen aan de focusgroep rond de verwijzers.

Proeftuin Medemblik complexe ouderenzorg

Betreft het afstemmen en regievoeren over verschillende sectoren die met complexe ouderenzorg te maken hebben: het WMO-loket van de gemeente én huisarts/POH/wijkverpleegkundigen in de kern Medemblik. Betrokken zijn: West-Friese Huisartsen Organisatie, gemeente, Omring, zorgverzekeraar (Univé), en ZONH.

Medemblik: Welzijnsplein

Bij het bieden van integrale zorg gaat het om het afstemmen van welzijn en zorg. In de gemeente Medemblik gebeurt dit in het zogenaamde Welzijnsplein. Bij het Welzijnsplein zijn de volgende organisaties betrokken:

- de Wering is de welzijnsorganisatie die actief is met opbouw- en maatschappelijk werk richting ouderen, o.a. mantelzorgondersteuning, en
- Omring is een organisatie die wijkverpleging en thuiszorg biedt.

Het Welzijnsplein is erg breed opgezet, met als 1^e schil Omring, de Wering en vrijwilligers (ouderen organisaties o.a. in verband met preventie eenzaamheid: Rode Kruis, Zonnebloem). De aansluiting van welzijn en zorg gaat goed. Het doel is ook om meer lokaal, namelijk op niveau van de 17 kernen van de gemeenten of zelfs op wijkniveau, informatie te geven met betrekking tot zorg en welzijn. Het welzijnsplein is dus sterk gericht op integrale zorg en is nu in de fase van elkaar leren kennen, en minder gericht op een eindproduct. De intentie is om dit te gaan doen, maar het is nog onduidelijk hoe dit over een jaar zal zijn. Sport- en bewegen is echter nog niet aangesloten bij het welzijnsplein.

Medemblik: Sportbuurtcoach

Dit is meer gericht op de jeugd.

Medemblik herijking (Very Meester)

Hier wordt gekeken naar sporten en bewegen, maar ook naar welzijn. Men wil aansluiten op zaken die al lopen.

Actieve Beweegzorg

Een project van Sportservice West-Friesland waarin een overzicht wordt gegeven van het aanbod aangepast sporten, voor mogelijke deelnemer en verwijzer (kan een zorgverlener zijn). In het kader van de "Uitvoeringsregeling subsidie regionale projecten zorg en welzijn" van de Provincie Noord-Holland heeft SSWF bij de gemeente Medemblik het idee aangedragen voor een regionale subsidieaanvraag in het kader van het project "Actieve beweegzorg voor chronisch zieken". Gemeente Medemblik heeft na goedkeuring van 6 van de 7 West-Friese gemeenten de subsidieaanvraag ingediend (alleen Hoorn wilde niet meedoen).

Doel van het project is via de eerstelijnszorg de participatie en zelfredzaamheid van kwetsbare mensen met een chronische aandoening te vergroten. Dit project richt zich op het bewerkstelligen van een adequate verbinding tussen organisaties op het gebied van eerstelijnszorg en sport en bewegen. Vanuit de eerstelijnszorg is informatie beschikbaar over kwetsbare individuen, maar er is op dit moment onvoldoende zicht op het beschikbare sport- en beweegaanbod voor patiënten groepen. Het beoogde resultaat is een nieuwe regionale netwerkstrategie waarbij de eerstelijnszorg fungeert als doorverwijzer naar het sport- en beweegaanbod. Niet het creëren van nieuw aanbod staat centraal, maar de verwijzing. Het is gebaseerd op de gezamenlijk gedragen beleidsvisie die is terug te vinden in het meerjarenplan van het Samenwerkingsverband Aangepast Sporten West-Friesland. Het project loopt van januari 2011 tot januari 2013. (Zie ook in Bijlage D de presentatie

van SSWF tijdens de bijeenkomst verwijzers eerste lijn 07-12-2011). Zie site <http://www.aangepastsporten.info/>.)

Per maart 2013 is de nieuwe digitale 'sport- en beweegwijzer' voor West-Friesland online. Deze beweegwijzer is ontwikkeld in het kader van dit project Actieve Beweegzorg. De beweegwijzer is bereikbaar op www.sportservicewestfriesland.nl door op de banner "Sport- en beweegwijzer" te klikken. Op donderdag 21 maart 2013 is de sport- en beweegwijzer gepresenteerd. Inwoners van de regio West-Friesland kunnen hier geautomatiseerd zoeken in het aangepaste sport- en beweegaanbod op locatie (postcode), soort aandoening en soort sport.

Beweegkuur (BK) Enkhuizen

Loopt in losse praktijken die de financiën rond hebben, want er is geen subsidie meer vanuit VWS/NISB voor de Beweegkuur. De financiën lopen nu via het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en via een zorgverzekeraar. Het is voor een zorggroep de eindjes aan elkaar knopen. ZONH is hierbij betrokken. Men wil graag een betere doorstroming van de Beweegkuur naar regulier sport- en beweegaanbod. Vergeleken met het project welzijnsplein is bij de Beweegkuur wel de verbinding tussen zorg en sport en bewegen, maar weer niet de verbinding met welzijn.

Toekomstige proefimplementatie en rol van TNO

Doel is zoveel mogelijk aansluiten bij en ondersteunen van lopende projecten.

Mogelijke betrokkenheid bij Actieve Beweegzorg. Uit bijeenkomst eerste lijn van TNO/ZONH/SSWF bleek dat FTs nog geen netwerk hebben, maar de voorlopers/trekkers waren op die bijeenkomst. Gebruik het enthousiasme van deze trekkers. Doel is dan vormen van netwerken rond FTs en POHs. Hoe kun je dit op specifieke locaties voor elkaar krijgen.

Ondersteuning bieden bij het vormen van een integraal, geriatrisch netwerk in de regio. Combinatie van NPO project, proeftuin en welzijnsplein. Implementatieplan richten op sport en bewegen in de Proeftuin en het Welzijnsplein. Gericht op drie thema's:

1. Doelgroepen: mensen met een chronische ziekte en ouderen. Combinatie?
2. Lessen voor elders. Vergelijking tussen Enkhuizen (meer specifieke inzet zoals Beweegkuur) en Medemblik (integraal zoals welzijnsplein, proeftuin)
3. Rollen van de organisaties

Afspraken

Verslag van deze bijeenkomst wordt aan de deelnemers voorgelegd.

Verslag TNO van de focusgroepen zal na afronding ook worden voorgelegd aan WMO adviesraad via Very Meester.