

# Wat helpt lokale leefstijlnetwerken om bewoners van zorg naar sport en bewegen te verwijzen?

## *Een actiegerichte ontwikkelingsevaluatie*

Marcel Mekkes,<sup>1</sup> Michaela Schönerberger,<sup>2</sup> Martin Huijsmans,<sup>3</sup> Janneke Harting<sup>4</sup>

**Achtergrond:** Leefstijlnetwerken kunnen een actieve leefstijl bevorderen door bewoners vanuit zorg te verwijzen naar sport- en beweegaanbod. Ons doel was leefstijlwerken te ondersteunen door condities voor een succesvolle verwijzing te ontdekken.

**Methode:** In een actiegerichte ontwikkelingsevaluatie (2013-2015) van zeven Amsterdamse leefstijlnetwerken voerden we zes, vaak kortdurende, kwalitatieve deelonderzoeken uit. De gegevens integreerden we met behulp van theoretische modellen voor (integrale) samenwerking.

**Resultaten:** Bewoners volgden drie "routes" naar sport en bewegen: in de "netwerkroute" werden bewoners door professionals verwezen, in de "bewonersroute" stond bewonersgericht beweegaanbod centraal, en in de "ondernemersroute" voerde ondernemerschap de boventoon. Het leefstijlnetwerk stond hierin niet altijd centraal. Verwijzen bleek bovendien maatwerk. Naast regulier sport- en beweegaanbod waren laagdrempelige, kleinschalige, niet-competitieve beweegactiviteiten van belang. Behalve de eerstelijns zorg, bleken andere zorg- en welzijnspartners belangrijke verwijzers. Bevorderend waren specifieke doelgroepen en doelen, een persoonlijke overdracht, en een duidelijke rol- en taakverdeling. Beweegmakelaars en bewoners zelf werden ook belangrijke rollen toegedicht. Barrières waren onderlinge concurrentie en een onduidelijke financiering.

**Conclusies:** Leefstijlnetwerken lijken een actieve leefstijl het effectiefst te bevorderen door optimaal gebruik te maken van verschillende "routes" waarlangs bewoners bij beweegactiviteiten terechtkomen. Nader onderzoek moet uitwijzen langs welke (combinatie van) routes bewoners daadwerkelijk meer gaan bewegen en dat ook volhouden.

Trefwoorden: actieve leefstijl, leefstijlnetwerken, warme overdracht, actieonderzoek

## **INLEIDING**

### **Aanleiding**

Circa 40% van de inwoners van Amsterdam heeft overgewicht.<sup>1</sup> Met een gezonder gewicht is veel gezondheidswinst te behalen.<sup>2</sup> Die winst komt dichterbij als bewoners meer gaan bewegen, bijvoorbeeld door vaker deel te ne-

men aan sport- en beweegactiviteiten bij hen in de buurt. Meer bewegen draagt bovendien bij aan een betere psychosociale en ervaren gezondheid.<sup>2</sup> Bewoners blijken echter niet vanzelf aan sport- en beweegactiviteiten te beginnen.<sup>3</sup> Eén oplossing is om hen vanuit de eerstelijns zorg te verwijzen naar regulier sport- of beweegaanbod dat aansluit bij hun wensen en behoeften.<sup>4</sup>

In de *BeweegKuur* en *Beweeg je beter* werd zo'n verwijzing beoogd na een begeleid beweegtraject. Het succes daarvan was beperkt.<sup>4,5</sup> Bewoners werden niet vaak verwezen, en van de verwezen bewoners stapte een deel niet over naar het reguliere sport- en beweegaanbod.<sup>4</sup> Zorgverleners vonden het vaak moeilijk om bewoners voor zo'n vervolgstap te motiveren.<sup>5</sup> Bewoners die gemotiveerd waren om te blijven bewegen, wilden dat graag met

<sup>1</sup> Afdeling Sport en Recreatie, Gemeente Amsterdam, Stadsdeel Noord, Amsterdam

<sup>2</sup> Afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, GGD Amsterdam, Amsterdam

<sup>3</sup> Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) 1ste Lijn Amsterdam, Amsterdam

<sup>4</sup> Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

dezelfde stok achter de deur blijven doen als in het programma zelf.<sup>6</sup> Ook sloot het vervolgaanbod vaak onvoldoende aan: bewoners waren er niet mee bekend, het was niet afgestemd op hun fysieke mogelijkheden, het paste niet in hun dagelijks leven, of bewoners vonden het te duur.<sup>5,6</sup> Ook voor zorgverleners was de aansluiting beperkt: hoewel zij bewoners wel wilden onderbrengen bij lokaal beweegaanbod, hadden ze daar doorgaans onvoldoende overzicht over en contact mee.<sup>5</sup> De benodigde multidisciplinaire samenwerking bleek bovendien intensiever dan gedacht, met ontoereikende vergoedingen binnen een onbevredigende financieringsstructuur.<sup>4,7</sup> De beoogde netwerkvorming van zorgprofessionals en sport- en beweegaanbieders kwam vaak maar mondjesmaat tot stand.<sup>4</sup> Interviews met sport- en beweegaanbieders bevestigden goedgevoelde knelpunten.<sup>5</sup>

Op diverse plaatsen in Nederland werd daarom geïnvesteerd in lokale "leefstijlnetwerken".<sup>5,8</sup> Een leefstijlnetwerk is een samenwerkingsverband van verschillende typen zorgverleners, reguliere en niet-reguliere sport- en beweegaanbieders, en gemeentelijk beleidsmedewerkers, dat tot doel heeft bewoners vanuit zorg naar sport en bewegen te laten doorstromen via een persoonlijke verwijzing – ofwel een "warme overdracht".<sup>5,6</sup> Toch vond ook in zulke leefstijlnetwerken de doorverwijzing van bewoners maar beperkt plaats.<sup>5,9</sup> Dat hing samen met het ad hoc karakter van de netwerken en het beperkte aantal interprofessionele contacten dat daardoor ontstond.<sup>5</sup> Daartoe zouden leefstijlnetwerken geholpen zijn met een enthousiaste trekker, en meer informatie-uitwisseling, ondersteuning en regie (bijvoorbeeld door een GGD), monitoring en reflectie, en structurele financiering.<sup>9</sup>

In reactie hierop zette een projectgroep, bestaand uit de GGD Amsterdam, de 1ste lijn Amsterdam (de regionale ondersteuningsstructuur; ROS), de gemeentelijke dienst DMO Sport (nu Sport en Bos geheten) en zorgverzekeraar Achmea (nu Zilveren Kruis), een stedelijke ondersteuningsstructuur op voor leefstijlnetwerken in de Amsterdamse stadsdelen. Om die ondersteuning goed vorm te kunnen geven, meende de projectgroep dat meer inzicht nodig was in de werkwijze van de lokale leefstijlnetwerken, hun resultaten en hun specifieke ondersteuningsbehoefte. Daarom werd een actieonderzoeker aangesteld. Diens onderzoek had tot doel de ontwikkeling van de Amsterdamse leefstijlnetwerken te versterken en zodoende de deelname van bewoners aan sport- en beweegaanbod te vergroten.

In dit artikel worden de bevindingen gerapporteerd van het actieonderzoek inzake de Amsterdamse leefstijl-

## Kernpunten

- Een persoonlijke overdracht door professionals in leefstijlnetwerken is één 'route' waarlangs bewoners vanuit de zorg bij sport- en beweegactiviteiten terechtkomen.
- Bevorderend zijn een verscheidenheid aan verwijzende zorg- en welzijnsprofessionals en een gevarieerd palet aan kleinschalig, laagdrempelig, niet-competitief beweegaanbod.
- Bewoners komen echter ook via twee andere 'routes' bij sport en bewegen terecht: via bewonersgericht beweegaanbod en via beweegaanbod gestart vanuit ondernemerschap.
- Leefstijlnetwerken lijken een actieve leefstijl het effectiefst te bevorderen door optimaal gebruik te maken van deze drie verschillende 'routes'.

netwerken, met als doel te komen tot algemener geldende inzichten in de condities voor een succesvolle doorverwijzing van bewoners vanuit zorg naar sport en bewegen.

## METHODE

### Design

Ons meervoudige casusonderzoek (2013-2015) omvatte zeven Amsterdamse leefstijlnetwerken en betrof een actiegerichte ontwikkelingsevaluatie.<sup>10</sup> De ontwikkelingsevaluatie bood de mogelijkheid om de ontwikkelingen in de leefstijl-

netwerken op de voet te volgen en om in aansluiting daarop passende methoden en instrumenten van onderzoek te kiezen. Omdat een nauwe samenwerking werd beoogd tussen wetenschap, beleid en praktijk, kozen we voor de actiegerichte variant.<sup>10,11</sup> Dat betekent dat onderzoekers, lokale professionals en stedelijke partners gezamenlijk een aantal cycli doorliepen van vraagverheldering, planning, actie en observatie, en reflectie.<sup>12</sup> De resultaten, inclusief aanbevelingen voor praktijk en beleid, werden telkens teruggekoppeld naar de lokale leefstijlnetwerken in de stadsdelen en de stedelijke partijen die de centrale ondersteuningsstructuur vormden. Deze wetenschappelijke rapportage volgt een eerder toegepast stramien.<sup>13</sup>

### Deelonderzoeken - primaire analyse

Het actieonderzoek bestond uit een serie van zes kwalitatieve deelonderzoeken (voor een compleet overzicht, zie tabel 1). Vijf deelonderzoeken waren van korte duur en beperkt in omvang (DOZ 1-5). Het zesde deelonderzoek (DOZ 6) besloeg de totale onderzoeksperiode. Daarin werden doorlopend documenten verzameld en hield de actieonderzoeker een logboek bij. In het eerste deelonderzoek (DOZ 1) werden, in samenspraak met de leefstijlnetwerken zelf, de belangrijkste thema's voor het actieonderzoek geïdentificeerd. De navolgende deelonderzoeken (DOZ 2-6) namen telkens één of meer van deze thema's onder de loep. Per deelonderzoek werden de bevindingen gecompleteerd met gegevens uit de verzamelde documenten en het logboek. De primaire analyse van elk deelonderzoek mondde uit in een schriftelijke rapportage met enkele actiegerichte aanbevelingen. Deze werden bij terugkoppeling vaak mondeling toegelicht en met de betrokkenen bediscussieerd.

### Integratiefase - secundaire analyse

Na afronding van de afzonderlijke deelonderzoeken integreerden we alle bevindingen (tabel 1, DOZ 7). Daartoe maakten we per leefstijlnetwerk een tabelmatig overzicht.<sup>14</sup> Allereerst maakten we een samenvatting van de

**Tabel 1** *Overzicht deelonderzoeken (DOZ) actiegerichte ontwikkelingsevaluatie Amsterdamse leefstijlnetwerken*

DOZ	Doel	Methode	Deelnemers	Analyse	Tijdsbestek	Terugkoppeling	Kernbevindingen
<b>Kortlopende deelonderzoeken - primaire analyses</b>							
1	Identificatie van thema's die van invloed zijn op het functioneren en de resultaten van alle leefstijlnetwerken	Observaties	Stedelijk platform met vertegenwoordigers van leefstijlnetwerken en stedelijk partners (n=25)	Kwalitatieve inhoudsanalyse met ondersteunende software MAXQDA 11	Oktober- November 2013	Schriftelijke rapportage	In totaal 11 Thema's: 1. Visie en doelstellingen 2. Bereiken doelgroep 3. Succesvol beweegaanbod 4. Aangesloten netwerkpartners 5. Commitment partners 6. Trekkersrol 7. Bewonersrol 8. Wijk/buurtgericht werken 9. Rol beweegmakelaar 10. Financiën 11. Netwerkafspraken/privacy
2	Inzicht in visie en doelstellingen (Thema 1), trekkersrol (Thema 6), en de rol van de bewoner (Thema 7) in leefstijlnetwerken	Individuele interviews	Stadsdeelfunctionarissen, eerstelijns zorgverleners, een welzijnswerker (n=12)	Kwalitatieve inhoudsanalyse met ondersteunende software MAXQDA 11	November 2013 – Maart 2014	Schriftelijke rapportage  Mondelinge terugkoppeling op stedelijke platform bijeenkomst voor leefstijlnetwerken	Visie: stimuleren sport en bewegen, gezondere leefstijl en gezondheid bewoners.  Doel bewoners: in beweging brengen en houden, maar niet altijd duidelijk wie precies de doelgroep is en wat de norm is voor bewegen.  Doel netwerken: elkaar leren kennen en gaan samenwerken aan doel bewoner, met verschillende opvattingen daarover.  Trekkersrol: belang rol voor functioneren netwerk is groot, kan door meerdere actoren worden vervuld, als de verschillende taken maar zijn belegd.  Bewonersrol: is potentieel van groot belang voor functioneren netwerk, als informant, ambassadeur, initiatiefnemer of vrijwilliger, maar invulling van rol vaak nog beperkt.
3	Inzicht in samenstelling en rolverdeling (Thema 4), commitment en belangen netwerkpartners (Thema 5), en afspraken en werkwijze (Thema 11) in relatie tot bereiken en in beweging brengen van bewoners (Thema 2 en 3)	Individuele interviews  Documentenonderzoek  Logboekonderzoek	Stadsdeelfunctionarissen, een ondernemer in beweeginitiatieven (n=7)	Krachtenveldanalyse met ondersteunende software MAXQDA 11  Handmatige kwalitatieve inhoudsanalyse	April – November 2014	Schriftelijke rapportage  Mondelinge terugkoppeling op stedelijke platform bijeenkomst voor leefstijlnetwerken	Zie ook tabel 2 voor samenstelling netwerken.  Kern bestaat uit eerstelijns zorgprofessionals, laagdrempelige beweegaanbieders en vertegenwoordigers van stadsdelen.  Belangrijke aanbieders van laagdrempelig beweegaanbod zijn welzijnsorganisaties, buurtcentra en buurtstichtingen.  Beweegaanbod sportverenigingen, private sportondernemers en zorgaanbieders sluit minder goed aan bij wensen bewoners.  Naast eerstelijns zorgprofessionals kunnen huisartspraktijkondersteuner, GGZ, revalidatie, welzijn en beweegmakelaar (ook) belangrijke verwijzende rol spelen.  Aanwijzingen dat zowel stadsdelen als private netwerkpartners uit ondernemingszin eigen aanbod ontwikkelen en financiering daarvoor zoeken.  Belang en rol thuiszorg, koepelorganisaties en stedelijke partijen voor functioneren netwerk is minder duidelijk of behoeft nadere uitwerking.

4	Verduidelijking van rol zorgverleners (Thema 5) en zorgverzekeraar (Thema 10) bij voortzetting en uitbreiding buurtgerichte beweeginterventie (Thema 8)	Individuele interviews  Documentenonderzoek	Eerstelijns zorgverleners, welzijnswerker, medewerkers, een zorgverzekeraar (n=12)	Handmatige kwalitatieve inhoudsanalyse  Handmatige kwalitatieve inhoudsanalyse	Juni – December 2014	Schriftelijke rapportage  Mondelinge terugkoppeling aan vertegenwoordigers van netwerk	Succesvol beweeginitiatief op buurtniveau, door stadsdeel gefinancierd, kan niet zonder meer naar andere buurt worden vertaald, o.m. vanwege verschillen in doelgroep, zorg-, sport- en beweegaanbieders, en randvoorwaarden (zie hierna).  Randvoorwaarden zijn voldoende (intrinsieke) motivatie bij zorgprofessionals en/of voldoende (extrinsieke) financiële tegemoetkoming voor hun tijdsinvestering. Terugkoppeling positieve resultaten nodig om enthousiasme vast te houden. Daarnaast is bewonersgericht aanbod van belang.  Zorgverzekeraar heeft geen financieringsmogelijkheden voor preventief georiënteerde leefstijlnetwerken. Mogelijkheden stadsdeel voor voortzetting/uitbreiding financiering beperkt.
5	Inzicht in bereiken van doelgroep (Thema 2), via succesvolle interventies (Thema 3) op buurt/wijkniveau (Thema 8) en rol van beweegmakelaar (Thema 9)	Individuele interviews	Turkse en Marokkaanse mannen (n=10)	Kwalitatieve inhoudsanalyse met ondersteunende software MAXQDA 11	November 2014- Maart 2015	Schriftelijke rapportage  Mondelinge terugkoppeling aan vertegenwoordigers van netwerk	Beweegmakelaar kan belangrijke rol spelen in identificeren, faciliteren, opzetten en ondersteunen van laagdrempelig, kleinschalig, bewonersgericht beweegaanbod. Dit aanbod valt deels buiten het zicht van zorgprofessionals en/of netwerken.  Kenmerken van succesvol bewonersgericht beweegaanbod: enthousiaste coach, laagdrempelig en grote sociale component. De soort van beweegactiviteit lijkt minder van belang.  Mogelijkheden tot uitbreiding door enerzijds inzet van deelnemers als ambassadeur, anderzijds beweegmakelaar om faciliteiten en (beperkte) financiering te waarborgen.
<b>Langlopend deelonderzoek - primair analyse</b>							
6	Inzicht verwerven in de mogelijkheden van stedelijke partners om leefstijlnetwerken te ondersteunen (overkoepelend Thema)	Documentenonderzoek  Logboekonderzoek		Handmatige kwalitatieve inhoudsanalyse	Oktober 2013 – Maart 2015	Periodieke terugkoppeling in woord en geschrift aan stedelijke partners	Stedelijke partners spelen een belangrijke rol in het faciliteren van structurele informatie-uitwisseling tussen de leefstijlnetwerken tijdens stedelijke platformbijeenkomsten.  Stedelijke partners kunnen rol spelen in betrekken juiste partners in leefstijlnetwerken. Van belang is ook verduidelijken en verduurzamen van de benodigde financiering.
<b>Integratiefase - secundaire analyse via theoretische reflectie</b>							
7	Interpretatie van bevindingen van deelonderzoek 1 t/m 6 via patroonherkenning in de ontwikkeling van de zeven leefstijlnetwerken op basis van literatuur over samenwerking en integraal werken in de eerste lijn	Individuele gesprekken  Groeps gesprekken  Netwerkbijeenkomsten  Documentenonderzoek  Logboekonderzoek	Wekelijks overleg met projectleider  Maandelijks overleg met stedelijke partners  Periodiek bezoek van drie netwerken  Vierjaarlijkse stedelijke platformbijeenkomst leefstijlnetwerken	Handmatige kwalitatieve inhoudsanalyse	Verzameling data: Oktober 2013 – Maart 2015  Interpretatie: Januari 2015 - Maart 2015	Presentaties als terugkoppeling naar leefstijlnetwerken en partners op coördinerend en regievoerend niveau  Nederlandstalige wetenschappelijke publicatie (dit artikel)	Bewoners gaan via leefstijlnetwerk deelnemen aan beweegactiviteiten. Naast of als alternatief voor deze "netwerkroute" gaan bewoners daaraan ook deelnemen via de 'bewonersroute' en/of de "ondernemersroute".  De "bewonersroute" staat voor laagdrempelige, kleinschalige beweeginitiatieven die specifiek toegesneden waren op de behoeften van bewoners: zowel aanbod dat reeds in de buurt of wijk aanwezig is, en dat dus min of meer los staat van de leefstijlnetwerken, als aanbod dat speciaal gecreëerd is met ondernemerszin van netwerkleden.  Deze ondernemerszin staat centraal in de "ondernemersroute". Die omvat beweeginitiatieven die, door netwerkleden of particuliere ondernemers die zijdelings bij de netwerken betrokken zijn, op eigen kracht zijn ontwikkeld en via afzonderlijke subsidies worden gefinancierd.

doelgroep, het doel en het resultaat van de leefstijlnetwerken. Omdat een systematische monitoring van dit resultaat meestal ontbrak, maakten we, op basis van de verschillende deelonderzoeken, een globale inschatting van de mate waarin bewoners instroomden in het lokale sport- en beweegaanbod. Daarnaast vatten we de belangrijkste kenmerken voor elk leefstijlnetwerk samen en identificeerden we de cruciaal geachte netwerkpartners.

Vervolgens vond een reflectie plaats met behulp van twee theoretische modellen.<sup>14</sup> Met het DISC-model<sup>15</sup> bepaalden we de fase van ontwikkeling waarin elk van de netwerken zich bevond (ideeënfase, projectfase of geformaliseerde praktijk) en analyseerden we de contextuele factoren die daarop van invloed waren (zoals gemeentelijk beleid en mogelijkheden voor financiering). Uit het model voor kwaliteitsmanagement van geïntegreerde zorg<sup>16</sup> gebruikten we drie elementen om het werkproces van elk netwerk te karakteriseren: interprofessioneel overdrachtssysteem, bewonersgerichtheid en/of ondernemerschap. Vijf andere elementen gebruikten we om factoren te identificeren die op het werkproces en de resultaten van de netwerken van invloed waren: commitment van de netwerkpartners, werkwijze inzake een "warme overdracht", interprofessioneel teamwork, verdeling van rollen en taken, en instrumenten ter ondersteuning. Een laatste element uit dat model was het leerproces, dat we observeerden en analyseerden voor alle leefstijlnetwerken tezamen.

De uiteindelijke integratie van bevindingen bestond uit een kwalitatieve vergelijking van de leefstijlnetwerken onderling.<sup>14</sup> Centraal daarbij stond de relatie tussen enerzijds de netwerkresultaten (te weten de globale inschatting van de instroom van bewoners in lokaal sport- en beweegaanbod) en anderzijds de verschillende karakteristieken van de netwerken (zoals de betrokken partners en de kenmerken van het werkproces).

## RESULTATEN

### Kernaspecten leefstijlnetwerken

#### Samenstelling leefstijlnetwerken

De leefstijlnetwerken (zie tabel 2) kenden een vaste kern van eerstelijns zorgverleners, stadsdeelvertegenwoordigers, en aanbieders van laagdrempelig beweegaanbod. Naast deze kern wisselde de samenstelling echter sterk. Die betrof netwerkpartners vanuit de zorg, zoals huisartsenpraktijk, thuiszorg, GGZ en revalidatie; vanuit sport, zoals sportverenigingen, commerciële sportaanbieders en beweegmakelaars; vanuit welzijn, buurtcentra en buurtstichtingen; en/of vanuit stedelijke partijen, zoals de regionale ondersteuningsstructuur en de GGD. Ook bewoners waren soms betrokken. Netwerken zagen voor bewoners rollen weggelegd als sleutelfiguur (informant), vrijwilliger, ambassadeur of initiatiefnemer, maar hun betrokkenheid bleef meestal beperkt (tabel 1, DOZ 2). Het werkproces in de netwerken was zodoende vaker gestoeld op professionele inzichten dan op inzichten van bewoners. De belangrijkste doelen van meer bewonersbetrokkenheid waren het creëren van meer draagvlak en het verbeteren van de aansluiting van het aanbod bij de behoefte van de bewoners.

#### Karakterisering werkproces

In vijf netwerken (I-V) was het werkproces te typeren als voornamelijk een interprofessioneel overdrachtssysteem, met een accent op het verwijzen van bewoners tussen netwerkpartners onderling. In dit manuscript noemen we dat de "netwerkroute". In twee netwerken (V en VI) kenmerkte het werkproces zich (ook) door een sterke mate van bewonersgerichtheid. De nadruk lag daarbij op het (verder) ontwikkelen van en/of het verwijzen naar beweeginitiatieven die specifiek waren toegesneden op de behoeften van bewoners. Dat type werkproces noemen we hier de "bewonersroute". In twee andere netwerken (IV en VII) was nadrukkelijk (ook) sprake van ondernemerschap. Netwerkleiden of particuliere ondernemers die zijdeling bij de netwerken betrokken waren ontwikkelden op eigen kracht beweeginitiatieven die via afzonderlijke subsidies werden gefinancierd. In dit manuscript noemen

Tabel 2 Samenstelling Amsterdamse leefstijlnetwerken (najaar 2013)

Leefstijlnetwerken	I	II	III	IV	V	VI	VII
<b>Zorg</b>	Eerstelijns zorg	x	x	x	x	x	x
	Huisartsenpraktijk	x	x	x			
	Thuiszorg			x			x
	GGZ		x				x
	Revalidatie	x					
Koepelorganisatie Gezondheidscentra							x
<b>Sport- &amp; bewegen</b>	Sportaanbieder	x	x	x	x		x
	Beweegaanbieder	x	x	x	x	x	x
	Beweegmakelaar			x	x		x
<b>Welzijn &amp; buurt</b>	Welzijn	x	x	x	x		
	Buurtcentra & buurtstichtingen	x	x			x	x
<b>Bewoner</b>			x				x
<b>Stadsdeel</b>		x	x	x		x	x
<b>Project-groep</b>	1ste Lijn Amsterdam	x	x	x		x	x
	GGD Amsterdam						x
	RVE Sport en Bos						x

we dat de "ondernemersroute". De drie typen werkprocessen onderscheidden zich niet altijd even scherp. Zo stonden de bewonersroute en de ondernemersroute soms los van de netwerkroute, maar kwamen ze er soms ook uit voort. Daarnaast zagen we hoe de bewonersroute tot stand kon komen via ondernemerschap, terwijl ook een netwerkroute vaak (enkele) bewonersgerichte initiatieven omvatte.

### *Inschatting van resultaten*

Voor twee van de zeven leefstijlnetwerken (I en VI) kon geen globale inschatting van de resultaten worden gemaakt (tabel 3). Van de vijf waarvoor dat wel mogelijk was, verwezen twee netwerken (II en III) circa 10-tallen bewoners per jaar vanuit zorg naar sport- en beweegaanbod. Voor een ander netwerk (IV) lag deze instroom in sport en bewegen ruim boven de 100 per jaar. Weer een ander netwerk (V) verwees initieel circa 100 bewoners van zorg naar sport- en beweegaanbod. Dat aantal nam na verloop van tijd af tot enkele 10-tallen per jaar. In het laatste netwerk (VII) hing het aantal bewoners dat instroomde in sport- en beweegaanbod af van het soort ondernemersinitiatief: van enkele tientallen tot circa een honderdtal per jaar.

### *Doelgroep en doelen*

Voor de meeste leefstijlnetwerken (I-III; V en VII) waren de doelgroepen niet strikt afgebakend en de doelen niet specifiek geformuleerd (tabel 1, DOZ 2; tabel 3). De doelgroep betrof daardoor vaak een omvangrijke categorie bewoners met bijvoorbeeld chronische aandoeningen, fysieke beperkingen en/of overgewicht. De doelen waren vaak vrij algemeen geformuleerd als het "in beweging brengen" van deze doelgroepen. In twee netwerken (I en VII) waren doelen op het niveau van bewoners afwezig. In een daarvan (I) waren wel doelen geformuleerd voor de samenwerking tussen verschillende professionals. In twee andere netwerken (IV en VI) was zowel de doelgroep nader gespecificeerd als het doel verder uitgewerkt. In een daarvan (VI) leidden verschillende financieringsstromen echter tot tweeledige doelen en doelgroepen.

### *Fase netwerkontwikkeling en werkwijze "warme overdracht"*

Twee netwerken (VI en VII) bevonden zich in de beginfase van netwerkontwikkeling. In de werkprocessen stond het genereren en uitproberen van ideeën voorop (tabel 4). Vier netwerken (I-III en V) bevonden zich in de projectfase, waarin de werkprocessen deel uitmaakten van een (voorlopig) project naast het reguliere werk. In één netwerk (IV) waren de werkprocessen geformaliseerd en opgenomen in de dagelijkse werkrou tine. Wat betreft de "warme overdracht" waren er drie vormen te onderscheiden (tabel 5): bewoners werden verwezen vanuit zorg naar sport en bewegen via (a) telefoon of e-mail, (b) een beweegmakelaar, of (c) persoonlijke begeleiding door een zorgverlener.

### **Factoren voor succesvolle doorverwijzing**

De factoren gerelateerd aan een succesvolle doorverwijzing van zorg naar sport en bewegen beschrijven we eerst voor de drie routes afzonderlijk (gebaseerd op tabel 3 en 4), daarna voor de drie routes gezamenlijk (gebaseerd op tabel 3 en 5).

#### *De netwerkroute*

In de "netwerkroute" zagen we dat bewoners vaker succesvol verwezen werden naar laagdrempelige beweegactiviteiten dan naar regulier sport- en beweegaanbod. Het vaak competitieve en prestatiegerichte aanbod door sportverenigingen of commerciële sportaanbieders sloot niet altijd goed aan bij de behoeften van bewoners. Soms was dat wel het geval, en waren deze sportactoren belangrijke partners in het netwerk. Over het geheel genomen was hun rol echter beperkt en waren aanbieders van laagdrempelig aanbod, zoals welzijn, buurtcentra en buurstichtingen, belangrijkere netwerkpartners. Netwerken boekten vaak meer resultaat wanneer er veel variatie in aangesloten beweegaanbod aanwezig was.

Andere belangrijke netwerkpartners waren zorgprofessionals, inclusief de ondersteuners in de huisartsenpraktijk. Welzijnsorganisaties fungeerden behalve als aanbieder van beweegactiviteiten ook als verwijzer van bewoners naar zulke activiteiten toe. Voor succesvol verwijzen was het wel van belang dat deze zorg- en welzijnspartners voldoende geëngageerd waren. Dat commitment was gerelateerd aan succesvolle verwijzingen, maar soms ook aan financiële tegemoetkomingen. Ook minder gebruikelijke netwerkpartners, zoals GGZ, thuiszorg en revalidatie, waren soms succesvol in het doorverwijzen van bewoners. Niet in elk netwerk was hun meerwaarde echter even duidelijk en hun commitment even groot.

Wanneer meerdere zorgverleners en/of sport- en beweegaanbieders bij een netwerk aangesloten waren, bestond het risico van concurrentie, wat de samenwerking aan gezamenlijke doelen kon belemmeren (zie ook tabel 1, DOZ 3).

#### *De bewonersroute*

Centraal in de "bewonersroute" stonden kleinschalige beweeginitiatieven die specifiek toegesneden waren op de behoeften van bewoners (zie ook tabel 1, DOZ 5). Soms werden zulke initiatieven via ondernemerschap ontwikkeld door een leefstijlnetwerk zelf, vaker leken ze daar los van te bestaan of te ontstaan. Kenmerkend voor deze initiatieven was dat ze niet competitief waren, dat ze (vrijwillig) begeleid werden door een bevlogen bewoner of (semi-)professional, en dat ze een belangrijke sociale functie hadden (gezelligheid en plezier). Ze waren bovendien betaalbaar en goed bereikbaar voor bewoners, en hadden een laag instapniveau, terwijl de soort van beweegactiviteit minder van belang leek.

Hoewel bewoners ook deelnamen vanwege hun gezondheid, waren de sociale aspecten voor hen vaak van meer belang (zie ook tabel 1, DOZ 5). Vaak stroomden ze niet door naar sportverenigingen of commerciële sportaanbieders - het kleinschalige, laagdrempelige, niet-

**Tabel 3** Doelgroep, doel en resultaat Amsterdamse leefstijlnetwerken (2013-2015)

Netwerk Type(n) route(s)	I Netwerkroute	II Netwerkroute	III Netwerkroute	IV Netwerkroute + Ondernemersroute	V Netwerkroute + Bewonersroute + Ondernemersroute	VI Bewonersroute	VII Ondernemersroute
<b>Doelgroep</b>	Niet duidelijk afgebakend  Bewoners met een chronische ziekte of met complexe problematiek	Niet duidelijk afgebakend  Bewoners met fysieke beperkingen	Niet duidelijk afgebakend  Bewoners met overgewicht of obesitas of met licht psychische problematiek	Afgebakend  Bewoners 19+, fysiek of mentaal chronisch ziek, met latent intrinsieke motivatie tot bewegen	Niet duidelijk afgebakend  Inactieve bewoners in specifieke buurt van het stadsdeel	Afgebakend maar tweeledig  Bewoners 24+, licht verstandelijk of fysiek beperkt, die niet zelf aansluiten bij passende beweegactiviteiten  Bewoners 24+, lage sociaaleconomische status, met risico op gezondheidsproblematiek	Niet nader bepaald
<b>Doel</b>	Niet duidelijk gespecificeerd  Samenwerking tussen zorgverleners en sport- en beweegaanbieders bevorderen	Niet duidelijk gespecificeerd  Minimaal 75 bewoners aan het bewegen krijgen en houden	Niet duidelijk gespecificeerd  Bewoners vanuit zorg door laten stromen naar bestaand sport- en beweeg aanbod in de wijk	Gespecificeerd  100 bewoners per jaar koppelen aan passend sport- of beweegaanbod, 50% waarvan na half jaar nog in beweging is  Netwerk groeit met 20 leden uit zorg, welzijn of sport en betreft 10 nieuwe laagdrempelige beweegactiviteiten	Niet duidelijk gespecificeerd  Bewoners kennis laten maken met sport- en beweegactiviteiten in de buurt, en stimuleren tot vaste deelname aan reguliere beweegactiviteiten.	Gespecificeerd maar tweeledig  Per jaar 50 bewoners koppelen aan passende sport- of beweegactiviteit; 50% beweegt na half jaar nog 1x per week  Per jaar gaan 200 inactieve vrouwen en 75 mannen tenminste 1x per week bewegen	Afwezig
<b>Resultaat</b>	Hoge opkomst netwerk-bijeenkomsten  Geen informatie over verwijzen bewoners van zorg naar beweegaanbod	Hoge opkomst netwerk-bijeenkomsten  Beperkte doorstroom bewoners van zorg naar sport gerealiseerd  (10-tallen)	Aantal verwijzingen door zorgverleners nog beperkt  (10-tallen)	Hoge opkomst netwerk-bijeenkomsten  Veel bereidheid tot samenwerken  Doelstelling overdrachten bewoners vanuit zorg naar bewegen wordt behaald  (>100-tal)	Initieel veel verwijzing bewoners van zorg naar bewegen  (ca. 100-tal)  Geleidelijke afname overdracht bewoners van zorg naar bewegen  (10-tallen)	Beweegmakelaar brengt via laagdrempelige, kleinschalige beweeginitiatieven bewoners in beweging  Geen informatie over verwijzen bewoners van zorg naar bewegen	Private ondernemers brengen met eigen aanbod bewoners buiten netwerk om in beweging  (afhankelijke van initiatief: 10-tallen tot ca. 100-tal)

competitieve aanbod bleek voor hen het best passende. Niet alle netwerken hadden het bewonersgerichte aanbod goed in het vizier, terwijl dat wel de potentie had tot verdere groei. Zo waren deelnemers bereid om op te treden als ambassadeur en zouden sommigen van hen kunnen doorgroeien tot trainer. Een beweegmakelaar zou een dergelijke groei kunnen ondersteunen door geschikt aanbod te identificeren, te faciliteren (via voorzieningen, begeleiding of financiering), en/of in samenspraak met de bewoners te creëren.

De overdracht of uitbreiding van bewonersgericht aanbod naar andere buurten of wijken bleek geen vanzelfsprekendheid maar een kwestie van maatwerk (zie ook tabel 1; DOZ 4). Wanneer hierbij ook zorgprofes-

sionals betrokken waren, vereiste dit bovendien ofwel voldoende (intrinsieke) motivatie ofwel voldoende (extrinsieke) financiële tegemoetkoming. Bovendien ontbrak het vaak aan inzicht in de kwaliteit en de effectiviteit van het laagdrempelige beweegaanbod.

#### *De ondernemersroute*

De "ondernemersroute" ontstond vaak vanuit een impasse in de netwerkontwikkeling (zie ook tabel 1; DOZ 3). Zorgprofessionals ervoeren een dergelijke impasse wanneer passend beweegaanbod ontbrak. Beweegondernemers spraken van een impasse wanneer de doorverwijzing van bewoners onvoldoende vlotten wilde. Als antwoord daarop werd dan, vaak los van het netwerk,

Tabel 4 Belangrijkste karakteristieken Amsterdamse leefstijlnetwerken (2013-2015)

Netwerk en type route	I Netwerkroute	II Netwerkroute	III Netwerkroute	IV Netwerkroute + Ondernemersroute	V Netwerkroute + Bewonersroute + Ondernemersroute	VI Bewonersroute	VII Ondernemersroute
<b>Fase netwerk-ontwikkeling</b>	Projectfase	Projectfase	Projectfase	Geformaliseerde praktijk	Projectfase	Ideeënfase	Ideeënfase
<b>Kenmerken netwerk</b>	Persoonlijke kennismaking partners en bekend raken met elkaars initiatieven staat centraal	Sterke vertegenwoordiging eerstelijns zorgverleners  Weinig sport- en beweegaanbieders aangesloten	Groot netwerk met veel partners uit zorg en sport  Grote variatie in aangesloten sport- en beweegaanbod	Groot netwerk met veel partners uit zorg en sport  Stadsdeel stelt zich op als ondernemer  Beweegmakelaar krijgt via Sportimpuls een centrale rol	Netwerk stelt zich op als ondernemer  Centraal staan zelfontwikkelde, laagdrempelige beweeginitiatieven	Stadsdeel ziet in leefstijlnetwerk geen meerwaarde  Centrale rol voor beweegmakelaars	Netwerk komt niet goed van de grond  Private ondernemers nemen via Sportimpuls eigen initiatief
<b>Cruciale netwerkpartners</b>	Huizen van de buurt faciliteren gebiedsgerichte netwerk-bijeenkomsten	Leefstijladviseur bepaalt samen met bewoners passende beweegdoelen  Sportverenigingen bereid om alternatief beweegaanbod te creëren voor specifieke bewonersgroepen, maar blijkt door weinig doorverwijzingen niet interessant genoeg	Meeste bewoners door GGZ doorverwezen naar beweegaanbod  Revalidatie en praktijkondersteuner huisarts (POH) spelen ook rol in doorverwijzing  Bewoners zijn makkelijk te verwijzen vanwege gevarieerd beweegaanbod  Sportverenigingen willen aanbod openstellen voor minder draagkrachtige bewonersgroepen	Beweegmakelaar zoekt samen met bewoner beweegaanbod op maat  Stadsdeel is belangrijke facilitator van het netwerk  Diversiteit in laagdrempelig aanbod biedt mogelijkheid voor verwijzing op maat	Eerstelijns zorgverleners bereid om tegen kleine vergoeding aanzienlijke tijdsinvestering te leveren  Zelfgecreëerd laagdrempelig beweegaanbod sluit goed aan bij wensen bewoner	Beweegmakelaar identificeert, creëert, ondersteunt en faciliteert beweeginitiatieven in aansluiting op wens bewoners  Bewoners bereid om beweeginitiatieven te promoten onder loten/of buurtgenoten	Private ondernemers splitsen zich van netwerk af en ontwikkelen eigen nieuw beweegaanbod
<b>Commitment netwerkpartners</b>	Veel commitment netwerkpartners  Samenwerking vaak gezocht vanwege individuele belangen netwerkpartners	Veel commitment netwerkpartners  Veel bereidheid tot samenwerkingen  Samenwerking met welzijn niet optimaal, waardoor tekort aan laagdrempelig beweegaanbod	Veel commitment netwerkpartners  Samenwerking met zorg niet optimaal, waardoor weinig verwijzingen naar beweegaanbod	Veel commitment netwerkpartners  Samenwerking private sport-ondernemers minder goed	Veel commitment netwerkpartners  Verspreiding netwerk en beweeginitiatieven naar andere buurten in stadsdeel loopt moeizaam	Geen netwerk  Door ontbreken netwerk hebben beweegmakelaars weinig contact met zorg en kregen daarvandaan geen verwijzingen.	Gematigd enthousiasme en afwachtende houding bij overige netwerkleden

eigen beweegaanbod gecreëerd of een eigen wervingsstrategie gestart. Voor de financiering hiervan verwierven netwerkleden met ondernemerszin vaak extra subsidie. De relatie met het netwerk bleef niet altijd bestaan. Enerzijds had dat netwerk voor de ondernemende beweegaanbieders weinig toegevoegde waarde meer. Anderzijds werden de ondernemers door andere, niet-commerciële aanbieders in het netwerk gezien als concurrent. Gezien de overeenkomstige doelstellingen op het niveau

van de bewoner vonden de meeste betrokkenen het echter wenselijk dat het netwerkverband toch bleef bestaan.

#### *Factoren van algemeen belang*

In onze vergelijking van de drie “routes” over alle leefstijlnetwerken zagen we dat een succesvollere doorverwijzing van bewoners gerelateerd was aan (a) een strikter afgebakende doelgroep; (b) specifiekere geformuleerde doelen; en (c) een persoonlijker overdracht door een



Tabel 5 Werkwijze Amsterdamse leefstijlnetwerken (2013-2015)

Netwerk en type route	I Netwerkroute	II Netwerkroute	III Netwerkroute	IV Netwerkroute + Ondernemersroute	V Netwerkroute + Bewonersroute + Ondernemersroute	VI Bewonersroute	VII Ondernemersroute
<b>Werkwijze "warme overdracht"</b>	Geen informatie	Overdracht via mail of telefoon	Overdracht via mail of telefoon	Overdracht met beweegmakelaar als verwijzende schakel	Persoonlijke overdracht tussen zorgprofessionaal en beweegaanbieder	Afwezig	Afwezig
<b>Teamwork</b>	Constructieve netwerkbijeenkomsten  Structurele informatieuitwisseling tussen netwerkpartners	Constructieve netwerkbijeenkomsten	Constructieve netwerkbijeenkomsten	Constructieve netwerkbijeenkomsten  Neemt toe door positieve resultaten	Constructieve netwerkbijeenkomsten  Neemt af door tegenvallende resultaten	Geen netwerk	Het komt niet tot concrete samenwerkingsafspraken  Gevoel van concurrentie bij en ten aanzien van private ondernemers
<b>Rollen en taken</b>	Duidelijk verdeeld  Partners zijn gezamenlijk trekker  Buurtcentra faciliteren netwerkbijeenkomsten  Het stadsdeel financiert; 1ste Lijn Amsterdam adviseert en ondersteunt; professionals van zorg, sport en beweegaanbod wisselen informatie uit	Duidelijk verdeeld  Stadsdeel is trekker  Zorg of welzijn verwijzen naar sport-, beweeg- en welzijnsaanbod en buurtactiviteiten  Bewoner hebben rol als ambassadeur; 1ste Lijn Amsterdam adviseert en ondersteunt	Duidelijke verdeeld  Stadsdeel is trekker  Zorg of welzijn verwijzen naar sport-, beweeg- en welzijnsaanbod en buurtactiviteiten  1ste Lijn Amsterdam adviseert en ondersteunt	Duidelijk verdeeld  Welzijn is trekker  Zorg en welzijn verwijzen naar beweegmakelaar, die koppelt bewoners aan passend sport-, beweeg- en welzijnsaanbod  Bewoners zijn informant of vrijwilliger; het stadsdeel faciliteert; 1ste Lijn Amsterdam adviseert en ondersteunt	Verdeling verduidelijkt door onderzoek  Stadsdeel is (sterk bevolgen) trekker  Zorgverleners doen werving, begeleiding, en evaluatie; zorgen met welzijn voor overdracht naar sport- en beweegaanbod  Beweegmakelaar zorgt voor aansluiting van (nieuw) beweegaanbod	Duidelijk omschreven, maar verdeling soms chaotisch door verschillen in financieringsstromen  Beweegmakelaars (1) promoten bestaand aanbod; (2) ontwikkelen nieuw aanbod of breiden aanbod uit; (3) verwijzen of begeleiden bewoners naar dat beweegaanbod  Het stadsdeel begeleidt de beweegmakelaar, de GGD ondersteunt en adviseert, Sport en Bos co-financiert	Geen rol- en taakverdeling  Stadsdeel is (weinig bevolgen) trekker
<b>Instrumenten ter ondersteuning</b>	Online communicatieplatform	Samenwerkingsovereenkomst  Overdrachtsformulier	Samenwerkingsovereenkomst  Overdrachtsformulier  Voortgangsformulier  Evaluatieformulier	Samenwerkingsovereenkomst  Intakeformulier  Overdrachtsformulier  Online communicatie-platform	Geen informatie	Geen netwerk	Stappenplan voor opzetten buurtnetwerk

beweegmakelaar of zorgverlener. In sommige netwerken zagen we bovendien de meerwaarde van (d) een enthousiaste trekker van het netwerk en (e) een duidelijke rol- en taakverdeling.

## Overige randvoorwaarden

### Leerproces en contextuele factoren

Netwerken ervoeren de stedelijke platformbijeenkomsten, waarbij ervaringen werden uitgewisseld en goede voorbeelden werden gedeeld, als een positieve impuls (zie ook tabel 1, DOZ 6). Duidelijk werd dat de actieonderzoeker in dit leerproces geregeld als vliegwiel funktioneerde. Diens gegevensverzamelingen en terugkoppelin-

gen leidden tot meer enthousiasme voor bijeenkomsten en meer draagvlak voor veranderingen. Bovendien de geboden ondersteuning: in de netwerk-ontwikkeling (door de 1ste Lijn Amsterdam), in het uitvoerende werk (door DMO Sport), en in de kwaliteit van het beweegaanbod (door de GGD). Toch hadden de leefstijlnetwerken behoefte aan nog concretere sturing gericht op het werkproces en de werkwijze, financiering, kennis inzake preventie, en samenwerking op preventief gebied. Een transparante taakverdeling tussen de stedelijke partners werd voor een adequate ondersteuning van de leefstijlnetwerken als een voorwaarde gezien. Belemmerend was dat de leefstijlnetwerken vaak afhankelijk waren van meerdere stadsdeelafdelingen tegelijkertijd en dat die afdelingen niet altijd gestroomlijnd samenwerkten. Dat stond een eenduidige aanpak van leefstijlproblematiek in de weg. In alle leefstijlnetwerken bestond ten slotte een sterke behoefte aan verduidelijking en verduurzaming van de financieringsmogelijkheden.

## **DISCUSSIE**

### **Samenvatting resultaten**

Bewoners kwamen vanuit zorg via verschillende "routes" bij sport- en beweegaanbod terecht. Er was niet alleen sprake van een "netwerkroute", waarin een interprofessioneel overdrachtssysteem centraal stond, maar ook van een "bewonersroute", waarin bewonersgerichtheid het kenmerkende element was, en een "ondernemersroute", waarin ondernemerschap de boventoon voerde. De laatste twee routes verliepen deels of soms geheel buiten de leefstijlnetwerken om. Succesvol verwijzen bleek bovendien maatwerk. Afhankelijk van de behoeften van bewoners, moesten de juiste sport- en beweegaanbieders bij een leefstijlnetwerk aangesloten zijn. Naast het reguliere sport- en beweegaanbod, bleek een gevarieerd palet aan kleinschalig, laagdrempelig en niet-competitief beweegaanbod van belang. Belangrijke verwijzers waren eerstelijns professionals en diverse andere zorg- en welzijnspartners. Leefstijlnetwerken verwezen meer bewoners wanneer er een afgebakende doelgroep, specifiek geformuleerde doelen, een enthousiaste trekker, een duidelijke rol- en taakverdeling, en een persoonlijke overdracht van bewoners was. In alle drie de routes bleken beweegmakelaars en bewoners zelf ook een belangrijke rol te kunnen spelen. Barrières waren concurrentie tussen netwerkpartners onderling en onduidelijkheden over financiering.

### **Beperkingen van het onderzoek**

Van de resultaten van de leefstijlnetwerken konden we slechts een globale inschatting maken. Zoals eerder geconstateerd,<sup>17</sup> ontbrak vaak de monitoring door de leefstijlnetwerken zelf. Bovendien was het onderzoek van beperkte duur. Hierdoor kregen we geen indicatie voor de mate waarin bewoners daadwerkelijk en duurzaam meer gingen bewegen. Door het gebruik van verschillende databronnen denken we wel een reëel beeld te hebben kunnen schetsen van het aantal bewoners dat, als een eerste resultaat van de leefstijlnetwerken, van zorg

naar sport en bewegen doorverwezen werd en daar ook daadwerkelijk instroomde. We achtten deze globale inschatting van resultaten dan ook voldoende valide en betrouwbaar voor een analyse van factoren die er op van invloed waren.

Vanwege onze actiegerichte aanpak, waren de meeste deelonderzoeken van korte duur en beperkte omvang. Daardoor bleef de dataverzameling soms aan de oppervlakte, en konden we ook op dat niveau niet voor elk leefstijlnetwerk alle relevante informatie verzamelen. Daar staat tegenover dat we onze bevindingen telkens terugkoppelden naar de leefstijlnetwerken zelf en naar de stedelijke partners. Daarmee bouwden we belangrijke "member checks" in ter validering van onze interpretaties en conclusies.<sup>14</sup>

De werkwijze en resultaten van de leefstijlnetwerken kwamen mede tot stand door inzet van de actieonderzoeker zelf. Hoewel de verzameling van gegevens en terugkoppeling van resultaten soms een vliegwieleffect hadden, was de invloed van de actieonderzoeker ook vaak weer beperkt: welke actie(s) er volgde(n) op diens aanbevelingen lag grotendeels buiten diens bereik. Daardoor zijn de bevindingen van ons onderzoek niet zonder meer te generaliseren – iets was eveneens geldt voor kwalitatief onderzoek in het algemeen.<sup>14</sup> Zo zagen we in ons onderzoek hoe de lokale stadsdeelcontext medebepalend was voor de werkwijze en de resultaten van de leefstijlnetwerken. Doordat we in onze secundaire analyse zeven verschillende leefstijlnetwerken uit zeven verschillende stadsdelen vergeleken met elkaar, lijken de algemenere inzichten uit ons onderzoek echter ook van waarde voor leefstijlnetwerken en beweegmakelaars buiten Amsterdam. Op basis van kwalitatief onderzoek is bovendien vaak enige theoretische generalisatie mogelijk.<sup>18</sup> Zo zou de typologie van leefstijlnetwerken (de drie routes) die in ons actieonderzoek naar voren kwam eveneens bruikbaar kunnen zijn om vergelijkbare praktijken elders in Nederland te onderzoeken.

### **Interpretatie resultaten**

Het reguliere sport- en beweegaanbod speelde weliswaar een rol van betekenis in de leefstijlnetwerken, maar dit aanbod sloot voor veel bewoners niet goed aan bij hun wensen en mogelijkheden. Hoewel dit geen nieuwe bevinding is,<sup>5</sup> werpt onze actiegerichte ontwikkelingsevaluatie meer licht op de mogelijke alternatieven. Enerzijds bleek er lokaal al veel kleinschalig, niet-competitief, laagdrempelig beweegaanbod te bestaan (bewonersroute), maar bleef dat aanbod gemakkelijk buiten het zicht van de professionals in de leefstijlnetwerken. Anderzijds waren leefstijlnetwerken zelf soms goed in staat om, bijvoorbeeld via ondernemerschap (ondernemersroute), geschikt laagdrempelig aanbod te creëren. Het verwijzen van bewoners, via een "warme overdracht", tussen professionals onderling had in deze twee alternatieve routes een minder prominente plaatst. Bovendien zagen we dat een beweegmakelaar en ook bewoners zelf in deze alternatieven een belangrijke rol konden spelen. We concluderen daaruit dat lokale leefstijlnetwerken de potentie

van laagdrempelig aanbod, via de inzet van beweegmakelaars en bewoners, nog beter zouden kunnen benutten.

Overigens bleken bewoners vanuit laagdrempelige beweegactiviteiten, ook vanwege de belangrijke sociale functie, vaak niet over te stappen naar regulier sport- en beweegaanbod. Hoewel bijvoorbeeld zorgprofessionals soms vraagtekens zetten bij de kwaliteit van dit niet- of semiprofessionele beweegaanbod,<sup>5</sup> kan het aanscherpen van kwaliteitseisen een minder goed idee zijn als die eisen de toegankelijkheid van het aanbod verminderen. Dat bewoners vanuit laagdrempelige beweegactiviteiten vaak niet doorstromen naar regulier sport- en beweegaanbod, nuanceert bovendien de vaak impliciete verwachting, in bijvoorbeeld de BeweegKuur, dat bewoners daar uiteindelijk wel zullen of zouden moeten terechtkomen.

Net als in voorgaand onderzoek,<sup>4,7</sup> bleek het realiseren van leefstijlnetwerken in de Amsterdamse stadsdelen opnieuw niet gemakkelijk – niet alle eerder gesignaleerde belemmeringen werden weggenomen. Wel liet ons onderzoek het belang zien van een grote variatie aan verwijzers en beweegaanbieders in het leefstijlnetwerk, van een afgebakende doelgroep, specifieke doelen, een trekker en een duidelijke rol- en taakverdeling, en van een persoonlijke overdracht van bewoners door een zorgverlener of beweegmakelaar. Hoewel het uitwisselen van onderlinge ervaringen en de ondersteuning door de stedelijke partijen een goede impuls waren, bleef onzekerheid over de (continuïteit) van de financiering net als in voorgaand onderzoek<sup>17</sup> opnieuw een belangrijk struikelblok. In ons onderzoek bleken leefstijlnetwerken een schakel te kunnen vormen in het terugdringen van overgewicht door bewoners te verwijzen van zorg naar sport- en beweegaanbod. Hoewel hun bijdrage aan veranderingen in het beweeggedrag van bewoners nog beter moet worden onderbouwd, bijvoorbeeld door een intensieve monitoring,<sup>17</sup> kan ook het succesvol doorverwijzen van bewoners op zichzelf een reden zijn om de financiering ervan vooralsnog te waarborgen.

## Conclusie

Leefstijlnetwerken kunnen via verschillende wegen een rol spelen in het terugdringen van overgewicht door bewoners te verwijzen van zorg naar sport- en - vooral - laagdrempelig beweegaanbod dat goed aansluit bij hun wensen en behoeften. Het lijkt zinvol om nader te onderzoeken langs welke weg of combinatie van wegen bewoners daadwerkelijk meer gaan bewegen en dat ook volhouden.

## DANKBETUIGING

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw (dossier-nummer 204000039). Graag bedanken we de diverse deelnemers aan de verschillende deelonderzoeken voor hun bereidheid om ons bij hun activiteiten te laten aansluiten en/of om uitgebreid met ons van gedachten te wisselen.

## ABSTRACT

*What helps local lifestyle networks in referring residents from care to sports and physical activity facilities? An action-oriented developmental evaluation*

**Background:** Local lifestyle networks can promote an active lifestyle by referring residents from care to sports and physical activity facilities. Our aim was to support lifestyle networks by identifying conditions for successful referral.

**Method:** In an action-oriented developmental evaluation (2013-2015) including seven lifestyle networks in Amsterdam we conducted six, mostly short-term, qualitative sub-studies. We integrated the findings with the use of theoretical models for (integrated) collaboration.

**Results:** Residents followed three “routes” to sports and physical activity facilities: in the “network route” they were referred by professionals, in the “citizen-centred route” resident-oriented facilities were central, and in the “entrepreneurial route” local enterprise was prominent. Lifestyle networks were not always central, while referral should be custom-made. Next to regular sports and physical activity facilities, important were easily accessible, small-scale, non-competitive activities. Apart from primary care, other care and welfare partners were important for referral. Facilitative were specific target groups and aims, personal transfers, and a clear division of roles and tasks. Physical activity brokers and residents themselves were ascribed important roles too. Barriers were mutual competition and uncertainties about funding.

**Conclusions:** Lifestyle networks may be most effective in promoting an active lifestyle if they make optimal use of the different “routes” along which residents arrive at physical activity facilities. Future studies should reveal which route or combination of routes support residents in indeed achieving and maintaining higher physical activity levels. **Keywords:** active lifestyle, lifestyle networks, personal transfers, action research

## LITERATUUR

1. *Amsterdam G.* Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 2012 [cited 2016 29 januari]. Zie: <http://www.ggd.amsterdam.nl/beleid-onderzoek/gezondheidsmonitors/amsterdamse/>.
2. *Mackenbach JP, Stronks S.* Volksgezondheid en gezondheidszorg. Amsterdam: Reed Business, 2012.
3. *Helminck JHM, Boekel LC van, Kremers SPJ.* Doorontwikkeling van de BeweegKuur. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2010.
4. *Raaijmakers LGM, Helminck JHM, Hamers, F.J.M., Kremers SPJ.* Implementatie en continuering van de Beweegkuur: Monitorstudie onder zorgverleners. Najaar 2011. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2012.
5. *Dijk M van, Wigger S.* Van zorg naar sport en bewegen. Interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van BeweegKuur-deelnemers vanuit de eerstelijns gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. Ede: NISB Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, 2012.
6. *Corstjens RMJ.* Bewegingsstimulering vanuit de 1ste lijn: onderzoek naar voorwaarden en strategieën voor continuering van beweeggedrag; ZonMw; 2010. Zie: <http://www.zonmw.nl/projecten/project-detail/bewegingsstimulering-vanuit-de-1e-lijn-onderzoek-naar-voorwaarden-en-strategieen-voor-continuering/voortgang/>.

7. *Hartog F den, Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen M.* Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de beweegkuur en gecombineerde leefstijlinterventies. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij Wageningen Universiteit, 2012.
8. *Aalbers M, Preller L, Hartog F den, Wagemakers A.* De netwerkstructuur van de BeweegKuur. Tijdschr Gezondheidswet 2013;91:91-4.
9. *Hartog F den, Wagemakers A.* Evaluatie netwerken Amsterdam. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij Wageningen Universiteit, 2012.
10. *Ovretveit J.* Developmental evaluation. Evaluating health Interventions An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions. Buckingham: Open University Press, 1998.
11. *Reason P.* Integrating action and reflection through co-operative inquiry. Management Learning 1999;30:207-26.
12. *Krebbekx W, Harting J, Stronks K.* Does collaborative research enhance the integration of research, policy and practice? The case of the Dutch Health Broker Partnership. J Health Serv Res Policy 2012;17:219-26.
13. *Hoijmakers M, Harting J, Jansen M.* Academic Collaborative Centre Limburg: a platform for knowledge transfer and exchange in public health policy, research and practice? Health Policy 2013;111:175-83.
14. *Polit DF, Beck CT.* Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004 2004.
15. *Leurs MTW, Mur-Veeman IM, Sar R van der, Schaalma HP, Vries NK de.* Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion - a case study. BMC Public Health. 2008;8:382.
16. *Minkman M, Ahaus K, Fabbrocetti I, Nabitz U, Huijsman R.* A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. Int J Qual Health Care 2009;21:66-75.
17. IGZ. Integrale aanpak leefstijlnodersteuning in achterstandswijken ondanks goede initiatieven nog onvoldoende. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg Ministerie van VWS, 2013.
18. *Seale C.* The quality of qualitative research. London: Sage,1999.

**CORRESPONDENTIEADRES**

**Janneke Harting, Afdeling Sociale Geneeskunde AMC, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam, tel: 020-5665049, e-mail: j.harting@amc.uva.nl**