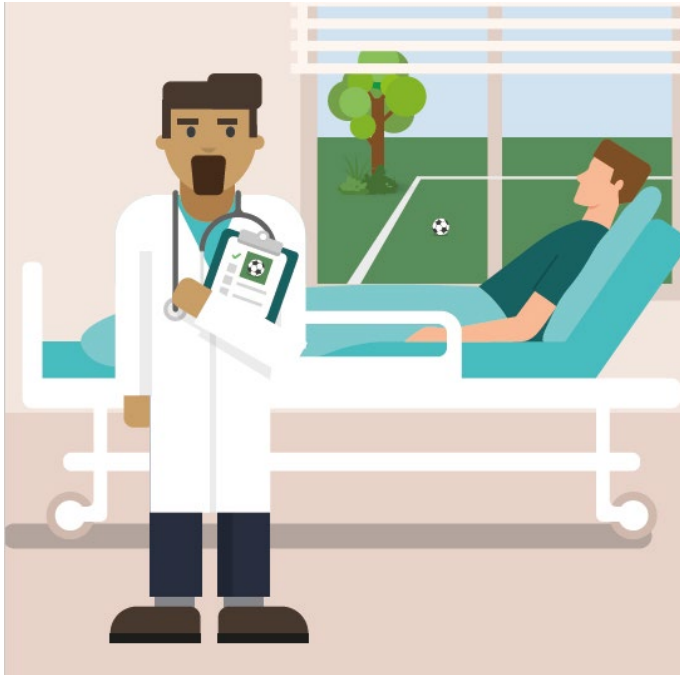


Met de beweggreis van zorg naar gezondheid



Strategisch Plan, namens de MOOI in Beweging Community Sport & Bewegen, sport en bewegen wordt te weinig ingezet in de gezondheidszorg,

Frank Beemer, kwartiermaker

6 juli 2023

Inhoud

Inleiding	3
Wicked Problem: sport en bewegen wordt te weinig ingezet in de gezondheidszorg.....	5
Strategie: beweegreis robuust organiseren	12
Uitvoering	19
Financiering	23
Bijlage 1: Literatuurverwijzingen.....	24
Bijlage 2: Proces	25
Bijlage 3: Deelnemers.....	28
Bijlage 4: Inventarisatie mogelijkheden voor Co-financiering	30

Inleiding

Bewegen is gezond voor iedereen. Bovendien beleven heel veel mensen plezier aan sporten & bewegen. Toch bewegen veel mensen nog te weinig voor hun gezondheid en lopen ze het plezier mis dat anderen eraan beleven. Een aanzienlijk deel van deze groep ervaart gezondheidsklachten. Deze kunnen worden weggenomen, verminderd of uitgesteld met meer en/of anders bewegen. Bewegen draagt dan direct bij aan kwaliteit van leven van mensen. Door meer en anders te bewegen, eventueel in combinatie met leefstijlinterventies zoals gezondere voeding, is het ook mogelijk de druk op de zorg te verlichten. Gezondheidswinst leidt eveneens tot minder ziekteverzuim en minder arbeidsongeschiktheid.

Er is veel wetenschappelijk bewijs dat bewegen positieve effecten heeft op gezondheidsklachten. Er is dan ook steeds meer aandacht voor bewegen. Heel veel initiatieven, binnen en buiten de zorg, stimuleren mensen meer te laten bewegen. Tegelijkertijd zien we dat “bewegen als medicijn” voor zorgprofessionals nog geen vanzelfsprekende behandeloptie is. Ze zien bewegen niet als een serieus alternatief voor medische behandeling voor mensen met gezondheidsklachten. Daardoor wordt het nog maar beperkt ingezet.

MOOI in beweging heeft dit thema als een Wicked Problem gedefinieerd. Het doel is tot een strategie te komen die de innovatie uitlokt waarmee de beperkte toepassing van bewegen in de zorg kan worden “aangepakt”. In dit strategisch plan duiden we het Wicked Problem en zetten we de beoogde strategie uiteen.

Proces: dynamische crew

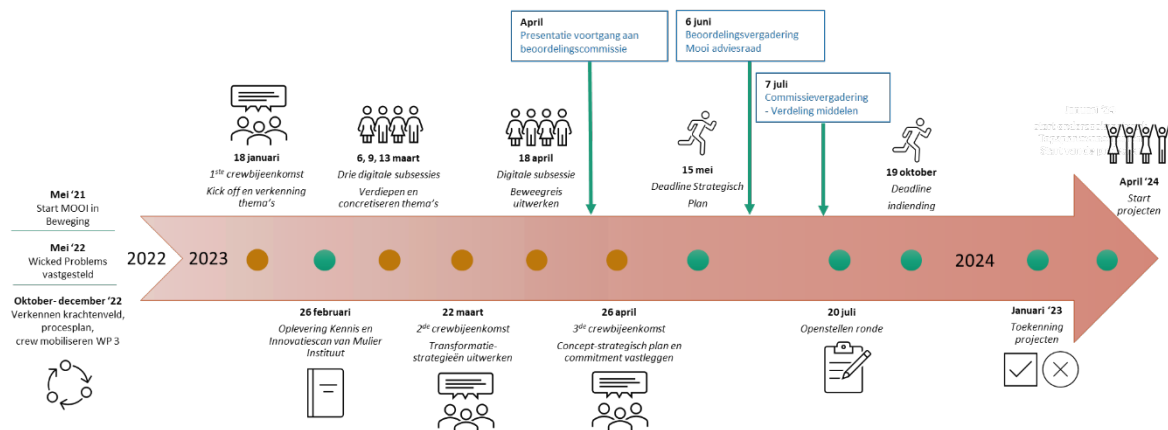
Het plan is de uitkomst van een proces van een “dynamische crew” in de periode november 2022 – juni 2023. Dit Wicked Problem raakt vele domeinen, zoals Sport & Bewegen, overheden, zorgpartijen, onderzoek en bedrijfsleven, en kent uiteenlopende praktijkvoorbeelden. Een vaste crew van 12 personen kan daar onmogelijk recht aan doen, en zou bovendien onvermijdelijk een sterk expertmatig en wat conceptueel karakter krijgen. Er zijn bijvoorbeeld al vele commissies en task forces met zo’n karakter. Daarom heb ik als kwartiermaker er bewust voor gekozen met een “dynamische crew” te werken. Daarin kunnen mensen met alle denkbare en vooraf soms ondenkbare achtergronden met elkaar interacteren. De deelnemers zelf zijn vrij om in- en uit de crew te stappen. Ze bepalen zelf welke relevantie zij voor het plan hebben en vice versa. Uiteindelijk hebben meer dan 80 mensen aan een of meer activiteiten deelgenomen. Zo’n 25 mensen zijn van begin tot nu betrokken geweest (voor alle deelnemers zie bijlage 2). En ook dan hebben we nog interessante en relevante partijen en personen gemist. Niettemin kunnen we gerust spreken van een “multi-helix” die de basis heeft gelegd voor dit strategisch plan.

In de loop van het proces hebben Dorine Collard en Kirsten Gutter van het Mulier Instituut een Kennis- en Innovatiescan opgeleverd in opdracht van het MOOI-programma (Collard & Gutter, 2023). In de scan is het beschikbare onderzoek over met name implementatie van Sport & Bewegen in de gezondheidszorg geïnventariseerd. De kennis- en innovatiescan, en ook de daarin opgenomen categorisering, is een mooie grondlegger gebleken voor de inhoudelijke gedachtewisseling in de crew.

Vanzelfsprekend is de lijn in dit plan niet de lijn die elk van de 80 participanten in hun hoofd hebben. Niettemin is het gelukt om tot een gedragen focus voor dit strategisch plan te komen. De hoofdlijn is steeds stap voor stap opgebouwd, expliciet gedeeld in de laatste crewsessie en door de groep

onderschreven. Op het laatste concept hebben diverse deelnemers nog zinvolle aanvullingen geleverd.

Tijdslijn Mooi in Beweging – Wicked Problem 3



Strategie

In dit plan duiden we het Wicked Problem en beschrijven we een strategie van doorontwikkeling waarmee Sport & Bewegen een vanzelfsprekend onderdeel van gezondheidszorg en preventie kan worden. We gebruiken als titel voor die strategie: “Met de Beweegreis van Zorg naar Gezondheid”. Die titel heeft twee betekenissen:

- Een soepele Beweegreis kan mensen met gezondheidsklachten “in de zorg” naar (betere) gezondheid brengen met meer (duurzaam) bewegen in hun leefomgeving;
- Robuuste organisatie van de Beweegreis kan de maatschappelijk noodzakelijke beweging van Zorg naar Gezondheid helpen faciliteren. Sport & Bewegen wordt zo een schoolvoorbeeld van “Passende Zorg”.

Dit strategisch plan beoogt partijen in beweging te brengen om de beweegreis actief te gaan organiseren. Zo kunnen de vele interventies, experimenten en projecten die er zijn worden doorontwikkeld naar een duurzame systeemontwikkeling. En het geeft aan waar MOOI in beweging, in het huidige drukke en actieve krachtenveld, een toegevoegde waarde kan bieden. Dit zowel aanvullend als in samenwerking met andere initiatieven.

Opbrengst tot nu toe

Behalve dit plan heeft het proces veel mensen en partijen gemobiliseerd en met elkaar in interactie gebracht. Veel kennis is gedeeld en er zijn nieuwe relaties ontstaan. We hebben ook de inhoudelijke en mogelijke werkrelaties met aanpalende initiatieven, zoals de Leefstijlcoalitie en Bewegegalliantie, verkend en productief gemaakt. Daarnaast zijn er initiatieven om de volgende stappen te zetten in het robuust organiseren van de beweegreis.

Wicked Problem: sport en bewegen wordt te weinig ingezet binnen de gezondheidszorg

“Dagelijkse lichaamsbeweging en sport zijn goed voor de gezondheid, ook bij de behandeling van patiënten. Ondanks het feit dat iedereen dit weet, is E=M (Exercise is Medicine) nog geen integraal onderdeel van de zorg en behandeling.

Dit is de tekst die is opgenomen in de initiële beschrijving van het MOOI-programma over dit Wicked Problem. In de community hebben we het wicked problem nader verkend en geduid. Voor we dat bespreken, definiëren we de scope van dit strategisch plan.

Sport en bewegen als individuele preventie in de zorg- en leefomgeving

Uitgangspunt van dit Wicked Probleem is dat het gaat om “sport en bewegen als onderdeel van (preventieve) behandeling en zorg” (ondertitel van de MOOI-beschrijving). Dit betekent allereerst dat het gaat om Sport en Bewegen (S&B) voor mensen die ergens in de zorg zijn beland. We spreken dan over Sport & Bewegen als een vorm van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, oftewel individuele preventie. Uiteraard kan Sport & Bewegen ook veel betekenissen in het kader van universele en primaire preventie, collectieve preventie dus. Dit is ook in andere MOOI-WP's en op vele andere plaatsen geadresseerd, maar dit valt buiten de scope van dit strategisch plan.

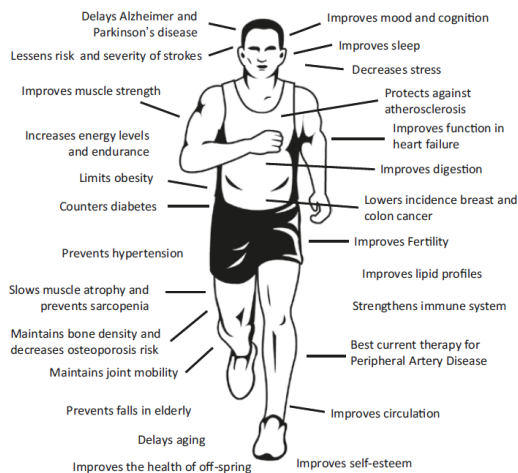
Het gaat hier om mensen die in de zorg zijn beland. Dat kan op vele manieren, zoals op het spreekuur van de huisarts, door een behandeling in de tweede of derde lijn of bij een fysiotherapeut, psychiater of psycholoog, begeleiding krijgen van een gezinsvoogd, of wonend in een verpleeghuis of LVB-instelling met een indicatie voor een bepaald zorgzwaartepakket. In al deze gevallen hebben de mensen een gezondheidsvraag of -klacht. Onze scope betreft die vragen waarvoor meer of anders bewegen onderdeel van de oplossing voor de gezondheidsklacht kan zijn. Die oplossing is mogelijk het optimaal genezen maar kan bij chronisch zieken ook zijn dat zij zoveel en zo lang mogelijk kwaliteit van leven behouden. Dat laatste kan ook gelden voor mensen met een neergaande kwaliteit van leven, zoals ouderen met dementie.

Dit betekent niet dat we ons alleen maar richten op Sport & Bewegen in de zorg. Sport & Bewegen als individuele preventie moet niet alleen in de zorgomgeving maar kan – of moet misschien wel zoveel mogelijk – ook in de leefomgeving plaatsvinden. We willen Sport & Bewegen immers niet medicaliseren. Daarnaast is een belangrijke maatschappelijke uitdaging om de zorg beheersbaar te houden in termen van volumes, kosten en benodigde arbeidskracht. De scope betreft dan Sport&Bewegen als individuele preventie in zorg- en leefomgeving. Juist in de verbinding van bewegen in de zorg- en leefomgeving zien we een grote organisatorische opgave. Waar momenteel voor veel patiënten (extra) bewegen stopt als de medische behandeling is afgerond, zijn beweeginitiatieven in de leefomgeving vaak op zoek naar deelnemers.

Beschikbare kennis: Sport & Bewegen is goed voor mensen, juist ook voor mensen met gezondheidsklachten

Wereldwijd wijst onderzoek uit dat regelmatig en verantwoord Sport & Bewegen goed is voor de gezondheid in het algemeen maar zeker ook voor mensen met gezondheidsklachten. Het

wetenschappelijk bewijs blijft gestaag groeien, zoals blijkt ook uit de Kennis-en innovatiescan (Collard & Gutter, 2023)¹.



Rowe et al. (Circulation, 2014)

Dat bewegen gezond is, is evident voor volksziekten als hart- en vaatziekten, diabetes, artrose/reuma, kanker, dementie en veel meer andere chronische aandoeningen. Ook kwetsbare ouderen en mensen met een LVB en/of GGZ-aandoening hebben er baat bij. Daarnaast wordt meer en meer duidelijk dat vormen van prehabilitatie - dus werken aan fysieke fitheid voor en tijdens belastende behandelingen in de zorg - bijdragen aan het herstelvermogen van patiënten. Ze kunnen weer sneller meedraaien in het normale leven waardoor ook de zorg minder wordt belast, bijvoorbeeld in de vorm van ligdagen. Dit kan ook in de vorm van een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) plaatsvinden.

Het wetenschappelijk bewijs hiervoor is beschikbaar. Er is ook eigenlijk niemand die dit betwist, zo blijkt ook uit de kennis- en innovatiescan. Dat Sport & Bewegen meestal een positief effect heeft op de gezondheid van mensen, en juist ook van veel mensen met een kwetsbare gezondheid, is dus **geen** wicked problem. Er is wetenschappelijke consensus over.

Kans op Maatschappelijk Rendement: Sport & Bewegen toepassen als individuele preventie

Veel mensen met gezondheidsklachten hebben een lage vitaliteit en ongezonde leefstijl. Volgens de Leefstijlcoalitie heeft ruim de helft van de Nederlanders - 9 miljoen mensen - een leefstijlgerelateerde chronische aandoening. In 2019 hadden 5,4 miljoen mensen minimaal eenmaal contact met de eerste lijn over hun chronische aandoening (www.vzinfo.nl). Een groot deel van deze mensen behoort tot kwetsbare groepen. Die kunnen niet altijd even gemakkelijk worden bereikt en gemobiliseerd voor primaire of secundaire preventieve activiteiten. Met hun gezondheidsklacht hebben ze evenwel een evidente aanleiding om meer en/of anders te bewegen en ook te blijven bewegen na eventuele behandeling. Onderzoek laat zien dat de kans op blijvende gedragsverandering van deze groep relatief hoog is. Zo laat een meta-analyse van de literatuur zien dat de kans dat iemand aan de beweegrichtlijnen voldeed 1,42 keer zo hoog was na een beweegadvies in de zorg (Collard en Gutter 2023). Daarmee is de gezondheidszorg een vindplaats

¹ Voor verwijzingen naar relevante onderzoek dat door het Mulier Instituut is geïnventariseerd verwijzen we gemakshalve naar de kennis- en innovatiescan (Collard & Gutter, 2023).

<https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=11331&m=1683646158&action=file.download>

voor veel mensen met gezondheidsklachten, waarvoor meer en/of anders bewegen (onderdeel van) de oplossing is.

Er is dus veel maatschappelijke winst te behalen wanneer we sport & bewegen, juist bij deze groepen, veel meer inzetten als vorm van individuele preventie. Die potentiële winst manifesteert zich allereerst in de kwaliteit van leven en zal daarmee ook een bijdrage leveren aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Daarnaast kan het de zorg ontlasten door substitutie van zorg door Sport & Bewegen. Bewegen kan immers de noodzakelijke zorg bij gezondheidsklachten verkorten, uitstellen of verlichten. Bovendien kan het bijdragen aan het verlichten van de druk op de arbeidsmarkt. Door vermindering van gezondheidsklachten nemen ziekteverzuim en uitval uit het arbeidsproces af. Meer inzet van sport & bewegen als individuele preventie voor mensen met gezondheidsklachten is daarmee een vorm van Passende Zorg leidraad voor het Integraal ZorgAkkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Wicked Problem: bereik van bewegen als individuele preventie duurzaam vergroten

Er is dus bewijs beschikbaar dat Sport & Bewegen positieve effecten heeft op de gezondheid van kwetsbare groepen. De potentiële winst van sport & bewegen op deze kwetsbare groepen is substantieel gezien de omvang en de samenstelling ervan. De gezondheidszorg is daarmee een belangrijke vindplaats van mensen die met meer of anders bewegen hun kwaliteit van leven kunnen versterken. Daarmee kunnen gezondheidsverschillen in de toekomst verminderen. Maar benutten we die kans voldoende? In hoeverre is de gezondheidszorg de beweegstimulerende omgeving die het kan zijn?

Gegevens over het aantal patiënten dat wordt doorverwezen vanuit de zorg of al in de zorg sport en beweegt, zijn niet beschikbaar (Collard en Gutter 2023). Wel weten we dat mensen met een langdurige aandoening of beperking of met psychische klachten significant minder sporten dan mensen zonder beperkingen of gezondheidsklachten (www.sportenenbewegenincijfers.nl). En dat meer en blijvend bewegen juist bij deze groepen waarschijnlijk een groot gezondheidsrendement genereert (Schoenmaker 2022). Meerdere studies laten zien dat mensen met een chronische ziekte meer zouden willen bewegen om hun gezondheid te verbeteren maar dat zij praktische belemmeringen ervaren om dat ook te doen. Zonder harde cijfers zijn er voldoende aanwijzingen dat bewegen als vorm van individuele preventie nog maar beperkt wordt ingezet. Er is nog veel winst te behalen.

Dat besef is er al langer op veel plekken. We zien veel initiatieven in alle domeinen van de zorg en het sociaal domein die bewegen als vorm van individuele preventie gericht inzetten. Al langer wordt er gewerkt aan regionale aandoeningsgerichte zorgnetwerken, zoals Artrose en Parkinson. Daarin werken medisch specialisten, revalidatieartsen en gespecialiseerde fysiotherapeuten samen in therapeutische beweegprogramma's, gekoppeld aan de behandeling. Ook de op bewegen gerichte GLI's zijn een voorbeeld van therapeutische beweegprogramma's. Daarnaast zien we in ziekenhuizen steeds meer initiatieven voor vormen van prehabilitatie. Deze zijn gekoppeld aan specifieke ziektebeelden, zoals darmkanker, en behandelingen. En aan het initiatief beweegziekenhuizen, waar ziekenhuizen zich willen ontwikkelen tot een beweegvriendelijke omgeving, doet een derde van de ziekenhuizen mee. In de GGZ kennen we bijvoorbeeld het (onderzoeks)programma Sporten Versterkt, waarin sport wordt ingezet bij het behandelen van depressie. Op verschillende plekken - in ziekenhuizen, in de eerste lijn en in het sociaal domein - worden beweeg- en leefstijlloketten ingericht. Dit gebeurt bijvoorbeeld onder de noemer van bewegen op recept, waar bewegen expliciet bespreekbaar wordt gemaakt als onderdeel van leefstijl. Ook in Ouderenzorg en de Gehandicaptenzorg zien we her en der initiatieven voor bewegen als (onderdeel van) behandeling.

Kortom, er zijn steeds meer initiatieven waar de zorg een stimulerende omgeving voor bewegen wil zijn. Wel zijn ze veelal kleinschalig, gericht op 1 specifieke aandoening of behandeling en vaak projectmatig, experimenteel en tijdelijk. Ze opereren dus veelal in experimenteer-regimes: tijdelijke projecten met tijdelijke financiering en een bevlogen coalitie van professionals, parallel aan de bestaande primaire processen. Ook de initiatieven rond prehabilitatie, waarvan het aantal snel groeit en wat een aardige beweging begint te vormen - onder meer gestimuleerd door de stichting Fit for Surgery - blijven vooralsnog experimenteel bekostigd terwijl ze veel bewijs voor doelmatigheid laten zien. Er zijn dan ook voorbeelden waarvan de effectiviteit in de loop der tijd weer afneemt omdat er onvoldoende borging in dagelijkse praktijk en werkprocessen heeft plaatsgevonden. Daardoor kan de initiële coalitie de parallelle inspanningen niet volhouden.

Daarnaast blijkt dat initiatieven vaak òf op de zorgomgeving òf op de leefomgeving zijn gericht. Het gevolg is dat het bewegen stopt als de behandeling in de zorg stopt. Mensen die verantwoord willen blijven bewegen, moeten veel moeite doen om een passend beweegaanbod te vinden. En initiatieven in het sociaal en Sport & Beweegdomein moeten veel investeren om voldoende bereik te genereren in de groepen met een kwetsbare gezondheid. Juist deze verbinding biedt kansen maar is ook wicked te noemen. De regimes van zorg- en leefomgeving verschillen immers op essentiële punten wezenlijk van elkaar:

- de zorgomgeving is sterk aandoeningsgericht georganiseerd, wat we ook terugzien in de diverse aandoeningsgerichte zorgnetwerken. Daarentegen hebben het sociaal domein en sport & bewegen een meer geografische oriëntatie gericht op het aanbod in de omgeving
- de geografische oriëntatie van bijvoorbeeld ziekenhuizen en GGZ-instellingen is veelal regionaal of nog weidser terwijl het sociaal domein en een groot deel van het beweegdomein gemeentelijk of zelf wijkgericht is
- financierings- en regelregimes zijn wezenlijk anders
- het krachtenveld aan partijen is wezenlijk anders. Zo kent de zorgomgeving bijvoorbeeld veel zorggespecialiseerde toeleveranciers. Denk daarbij ook aan leveranciers voor monitoring en ondersteuning bij zorg op afstand.

Dit betekent dat het nogal wat organisatorische en sturingskunst vergt om dit bij elkaar te brengen. Al deze experimenten, projecten en initiatieven bij elkaar hebben dan ook nog steeds een beperkt bereik. Daarmee wordt de gezondheidszorg als vindplaats van mensen met gezondheidsklachten die geholpen zijn met bewegen, nog lang niet goed benut. We hebben geleerd, en leren nog steeds, hoe we met kleinschalige experimenten, projecten en interventies, een kleine groep mensen kunnen helpen hun gezondheid te verbeteren met behulp van beweging. We moeten nu gaan leren hoe we dat duurzaam en robuust kunnen organiseren op een schaal met impact voor Passende Zorg. Daarvoor is het nodig om Sport & Bewegen als medicijn vanuit de parallelle wereld van experimenten naar de werkelijkheid van het primaire proces te brengen. Dat is dus het implementatievraagstuk dat MOOI heeft geadresseerd.

Er moet nieuwe kennis worden ontwikkeld over die implementatie in de praktijk, waarin Sport & Bewegen een duurzaam en vanzelfsprekend onderdeel is van individuele preventie. Het is geen kwestie van onderzoek naar de wijze van implementatie om die vervolgens zo breed mogelijk toe te passen en uit te rollen. In de transitietheorie (Lodder e.a. 2017) wordt daarom eerder gesproken van transformatie van het systeem - aanpassingen op verschillende dimensies die op elkaar ingrijpen - in plaats van implementatie van evidence based-oplossingen.

Transformatie van het systeem: 5 centrale issues

We willen de gezondheidszorg transformeren naar een stimulerende en vanzelfsprekende omgeving voor (op dat moment) patiënten om meer en/of anders te bewegen. Die visie is niet omstreden maar projecten en experimenten laten zien dat het in specifieke omstandigheden wel werkt. Maar daadwerkelijke implementatie van sport & bewegen als individuele preventie in de reguliere processen is weerbarstig,. Wat kan die implementatie versnellen?

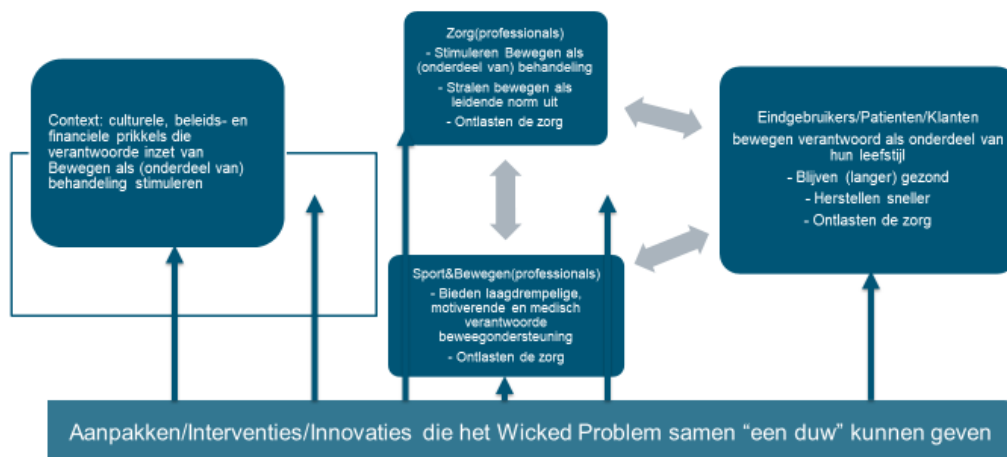
In de kennis- en innovatiescan (Collard en Gutter, 2023) worden de belemmerende en stimulerende factoren voor implementatie van sport & bewegen in de zorg, die bekend zijn in de wetenschappelijke literatuur, geïnventariseerd en geordend in 4 typen factoren:

- Factoren rondom de **eindgebruiker**: de burger, cliënt of patiënt die uiteindelijk meer of anders zou willen/moeten bewegen
- Factoren rondom de **professional**: zorg- en beweegprofessionals die in interactie met de eindgebruiker het beweeggedrag kunnen beïnvloeden
- Factoren in de **context**: de omgeving en randvoorwaarden die toepassing van kennis over bewegen stimuleren of juist belemmeren
- Factoren in de **aanpak**: mogelijkheden of middelen om de implementatie te faciliteren

De crew heeft deze elementen, op basis van kennis en ervaring van de leden, doorontwikkeld tot onderstaand model. Hierbij geldt de vraag welke randvoorwaarden vervuld moeten worden zodat de gezondheidszorg een stimulerende vindplaats wordt voor verantwoord bewegen.



Gezondheidszorg stimuleert (verantwoord) bewegen



We willen uiteindelijk dat meer eindgebruikers – dus patiënten en burgers - verantwoord blijven bewegen als onderdeel van hun leefstijl. Dan blijven ze (langer) gezond, herstellen ze sneller en ontlasten ze de zorg en de arbeidsmarkt. Ze ervaren in de zorgomgeving een stimulans wanneer zorgprofessionals bewegen actief aanmoedigen en die zorgomgeving zelf ook uitstraalt dat bewegen de norm is. Denk aan de gebouwde omgeving. Bovendien ervaren ze in hun leefomgeving een stimulans wanneer sport & beweegprofessionals laagdrempelige, medisch verantwoorde en motiverende beweegondersteuning bieden. In de driehoek tussen eindgebruiker en zorg- en beweegprofessional moet wel een soepele uitwisseling zijn: patiënt en zorgprofessional die samen beslissen, een goede samenwerking tussen zorg- en beweegprofessionals en een motiverend en

(sociaal) veilig beweegklimaat. Contextfactoren als “bewegen als norm”, opname in richtlijnen met een duidelijk handelingsperspectief voor zorgprofessionals, duurzame financiering van beweegprogramma’s, tijd voor zorg- en leefstijlprofessionals om het gesprek te voeren over bewegen als medicijn, en een toegankelijk (bereikbaar en betaalbaar) en gekwalificeerd beweegaanbod moeten de professionals in staat stellen dit daadwerkelijk te doen.

Om dit te realiseren en te implementeren is een transformatie noodzakelijk. Het gaat hierbij om interventies die aangrijpen op de verschillende elementen in het geschetste systeem en hun onderlinge interactie. De crew heeft 5 essentiële issues gedefinieerd die kunnen zorgen voor de gezondheidszorg als stimulerende omgeving voor sport en bewegen. Deze issues sluiten nauw aan bij de factoren voor implementatie die in de Kennis- en Innovatiescan zijn opgehaald (Collard en Gutter 2023):

1. Bewegen als norm (tenzij)

Bewegen moet de norm zijn, in vrijwel alle facetten van onze samenleving, zodat het vanzelf uitnodigt tot bewegen. In de directe leefomgeving, op werk en school en juist ook in de zorg is dit van belang. De gemiddelde patiënt verwacht niet dat meer of anders bewegen als een serieuze behandeling wordt aangeboden. Dat maakt het voor zorgprofessionals extra lastig om het bespreekbaar te maken. Niet in het minst omdat de zorgomgeving van oudsher de norm van ‘doe maar voorzichtig’ en dus ‘pas op met bewegen’ ademt. We zien dat nog steeds heel veel terug in het taalgebruik – bijvoorbeeld in het ziekenhuis liggen -, maar ook in de daadwerkelijke werkwijze. Mensen laten s’ochtends hun hond uit, worden ‘s middags opgenomen voor een ingreep en belanden direct in bed.

Inmiddels zien we steeds meer mooie voorbeelden van wandelconsulten en beweegziekenhuizen, zoals Isala in Meppel en Ny Smellinghe in Drachten, waar de vernieuwde inrichting juist bewegen uitlokt. En bijvoorbeeld heeft het BovenIJ ziekenhuis in Amsterdam zichzelf omgedoopt tot gezondheidsorganisatie en het woord ziekenhuis van de gevel gesloopt. Ook in de ouderenzorg, met bijvoorbeeld technologie-ondersteunde beweegcirkels voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening, en in de GGZ, zoals het beweegpark van GGNet, zien we voorbeelden waarbij bewegen als norm wordt toegepast in de dagelijkse werkwijze.

Vanzelfsprekend moet dat bewegen wel verantwoord plaatsvinden. Bij bepaalde gezondheidsklachten zijn er natuurlijk goede redenen waarom er niet voluit bewogen kan of moet worden. Vandaar bewegen, tenzij.

2. De eindgebruiker neemt zelf verantwoordelijkheid om te (blijven) bewegen

Een omgeving en attitude die ademt dat bewegen de norm is, zal de eindgebruiker nudgen tot bewegen. Zo’n omgeving zal ook de eigen verantwoordelijkheid om te (blijven) bewegen stimuleren. Een medisch probleem kan de motivatie bieden om (toch meer) te gaan bewegen, wanneer dat voorheen minder gebeurde. Voor blijvend effect is het wel van belang dat de eindgebruiker voldoende gemotiveerd blijft om te bewegen, ook als de eventuele medische behandeling stopt. Vertrouwenwekkende en motiverende beweegprofessionals zijn dan nodig in combinatie met zo min mogelijk drempels om te bewegen en het maximaal zichtbaar maken van vorderingen en opbrengsten. Technologie, zoals wearables, kan hierbij sterk ondersteunend en efficiënt zijn.

3. Generieke beweegrichtlijn in combinatie met sport & bewegen in behandelrichtlijnen

Een generieke medische beweegrichtlijn, in combinatie met expliciete opname van Sport & Bewegen in specialistische behandelrichtlijnen, een bijsluitende en actieve bijscholing geven zorgprofessionals

een duidelijk handelingsperspectief voor sport & bewegen in hun dagelijkse praktijk. Juist dat laatste ontbreekt voor veel zorgprofessionals, wat een extra barrière opwerpt om bewegen als medicijn bespreekbaar te maken.

Daarnaast blijft opname in professionele richtlijnen noodzakelijk voor het creëren van een betaaltitel van een beweegprogramma in de zorg. Als medicijnen wel worden vergoed en een beweegprogramma niet, is de keuze snel gemaakt. In ons financieringsstelsel is dan wetenschappelijk bewijs nodig voor de doelmatigheid van inzet van sport & bewegen bij specifieke aandoeningen. Maar dit kost juist voor sport & bewegen heel veel inspanning. Daardoor verloopt deze bewijsvoering erg langzaam, volgens de Nationale Sportraad (2023) gemiddeld zelfs 17 jaar zelfs. Te langzaam voor de toepassing die we willen. Het is dus relevant om uit te vinden hoe er op minder intensieve manieren toch voldoende bewijsvoering gegenereerd kan worden. Via andere stimuleringsvormen voor kennisontwikkeling is het mogelijk hieraan te werken. Denk aan het ZonMw-programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

4. Een soepele beweegreis van zorgcontact tot en met bewegen in de leefomgeving

We willen een voor de eindgebruiker vanzelfsprekende en voor professionals werkbare en efficiënte keten van zorgcontact - of dat nu in de eerste, tweede of derde lijn is - tot en met een laagdrempelig maar gekwalificeerd beweegaanbod zien in zijn eigen leefomgeving. Daarbij gaat het over de verbinding tussen medisch en sociaal en beweegdomein, maar ook samenwerking en een slimme taakverdeling tussen disciplines. Dit betekent tijd uittrekken voor een motiverend leefstijlgesprek door leefstijlprofessionals of door gespecialiseerde verpleegkundig of physician assistants. Sprekende voorbeelden als het Beweeghuis in Maastricht, Leefstijlloketten in UMCA en UMCG (Lofit), Bewegen op Recept en het Preventiecentrum in Zeeuws-Vlaanderen hebben hier al goede stappen in gezet. Belangrijk is bestaande beweeginitiatieven in de derde en tweede lijn, eerste lijn en revalidatie, sociaal domein en de directe Sport & bewegingomgeving van de inwoner duurzaam met elkaar te verbinden en robuust te organiseren tot een soepele beweegreis. Dan kunnen we de daadwerkelijke implementatie van Sport & Bewegen als individuele preventie versnellen. We willen graag meer initiatieven zien waarin bestaande projecten in verschillende onderdelen worden gebundeld tot een soepele beweegreis. Ook willen we bestaande georganiseerde beweegreizen prikkelen om door te ontwikkelen naar bijvoorbeeld de regio of daarbuiten, naar meer relevante ziektebeelden en naar een verhoogde kwaliteit van beweegaanbod.

5. Duurzame financiering van elk van de onderdelen van de beweegreis

Voor een duurzame organisatie van de beweegreis is duurzame financiering nodig. Dat vraagt om nieuwe arrangementen, waarbij ook IZA en GALA een rol kunnen spelen in bijvoorbeeld de verbinding tussen zorg en sociaal domein. Therapeutisch bewegen, gekoppeld aan een vorm van of juist uitblijven van medische behandeling zal ZVW of WLZ gefinancierd kunnen worden. We zien inmiddels dat een aantal goede initiatieven omtrent prehabilitatie binnen de ziekenhuizen worden gefinancierd vanuit de beleidsregel innovatie. Het wegnemen van belemmeringen bij patiënten om meer te bewegen - denk aan oefentherapie - is ook een verantwoordelijkheid vanuit de zorgverzekeringswet. Structureel gekwalificeerd beweegaanbod in de leefomgeving van de burger zal met name vanuit de WMO/gemeente en de burger zelf moeten komen, zoals dat voor de sportsector gebruikelijk is overigens. Financiering van beweegprogramma's in de gemeentepolissen, ook wel minimapolissen genoemd, kan juist een stimulerende functie hebben voor de groepen met lage sociaal-economische positie. Voor de bemiddeling, verwijzing en afstemmingsactiviteiten moeten de partners samen een duurzame financieringsvorm zien te vinden, waarbij ook de werkgevers en

werknemers een rol kunnen spelen. Bewegen heeft immers een evident effect op het ziekteverzuim en langdurige en kostbare uitval.

De crew vindt dat op elk van deze 5 issues de komende periode actie nodig is, met als doel dat meer patiënten met gezondheidsklachten via duurzaam verantwoord bewegen hun gezondheid versterken. Dat is enerzijds dus een wicked problem omdat het vraagt om veranderingen in bestaande regimes, zoals herzien van richtlijnen en protocollen en het creëren van een betaaltitel voor bewegen in de tweede en derde lijn. Anderzijds is er momentum voor versnelling. In veel gemeenten en regio's lopen er initiatieven op de verschillende onderdelen van de beweegreis, zowel in de zorg- als leefomgeving. Door die duurzaam te verbinden, kan het bereik snel groeien. Daarnaast bieden de regiobeelden en -plannen in het kader van IZA en GALA de mogelijkheid voor nieuwe coalities van zorg, sociaal domein, sport & beweegdomein en werkgevers, om zo'n ketenaanpak voor de beweegreis te kunnen borgen en verder op te schalen.

Strategie: beweegreis robuust organiseren

Er is momenteel veel aandacht voor preventie, waaronder bewegen. Er zijn ook diverse nieuwe initiatieven om bewegen te stimuleren. Zo werkt de leefstijlcoalitie aan het implementeren van leefstijl, waaronder bewegen, in de zorg als secundaire en zorggerelateerde preventie. De Bewegalliantie heeft als doel om bewegen de norm te maken in de hele samenleving en ook in de zorg. Bewegen moet zo normaal worden als slapen, tanden poetsen en het gebruik van de mobiele telefoon. Daarnaast zijn er nog veel andere relevante initiatieven. We noemden al de stichting Fit for Surgery en het Programma Beweegziekenhuizen.

Dat kan tot een gebrek aan overzicht leiden of zelfs concurrentie. Maar we kunnen deze rijkheid aan initiatieven juist ook gebruiken om tot een systeemaanpak te komen die MOOI alleen nooit zou kunnen realiseren. Van de genoemde 5 issues is een aantal expliciet door de Leefstijlcoalitie geagendeerd in het werkprogramma (www.leefstijlcoalitie.nl):

- De eindgebruiker neemt zelf verantwoordelijkheid (implementatie bij patiënten)
- Handelingsperspectief voor de zorgprofessional, onder meer door opname van leefstijl in richtlijnen, scholing en opleiding (implementatie in de praktijk)
- Financiering van Leefstijlinterventies (ondersteunende bekostiging en financiering)

De Leefstijlcoalitie heeft ook relevante partijen op deze issues gemobiliseerd om samen tot implementatie van nieuwe oplossingen te komen. Met de Leefstijlcoalitie is vanuit dit wicked problem afgesproken dat vanuit de te ontwikkelen kennisinfrastructuur van MOOI actief beweegissues worden ingebracht in het werk van de Leefstijlcoalitie. Ook zullen de voortgangs- en kennisresultaten van de Leefstijlcoalitie-activiteiten worden ingebracht in de te ontwikkelen kennisinfrastructuur van MOOI in Beweging.

Zoals gezegd richt de Bewegalliantie zich met name op het stimuleren van bewegen als norm, ook in de zorg naast andere domeinen. De afspraak is dat MOOI en de Bewegalliantie nauw blijven samenwerken in de kennisinfrastructuur. Zo is wederzijdse benutting van nieuwe kennis mogelijk en kunnen initiatieven vanuit beide kanten worden versterkt. Denk daarbij aan co-financiering.

Op deze wijze borgen we dat aan alle vijf kennis-issues de komende periode wordt gewerkt. Hierbij kan MOOI in Beweging zich focussen op het ontwikkelen van een robuuste organisatie van de beweegreis om het bereik en inhoudelijke verdieping van Sport & Bewegen als vorm van individuele preventie te vergroten. Het gaat dan om het realiseren van de verbinding tussen enerzijds de

zorgomgeving als vindplaats van patiënten met een beweegvraag en anderzijds een gekwalificeerd en laagdrempelig beweegaanbod in de leefomgeving van de burger. Dat is dus op zichzelf een wicked problem: namelijk het verbinden van het decentraal, kleinschalig en gefragmenteerd georganiseerde zorg&beweegdomein met de grootschalige, sterk geïnstitutionaliseerde en gereguleerde zorg. Dit wordt ook geïllustreerd door een interessante ontwikkeling inzake de monitoring en duiding van beweeggedrag van patiënten. Zo werkt de Nederlandse aanbieder Luscii samen met Exi, een Engelse leverancier van klinische beweegdata, aan een app die relevante beweeginformatie van de patiënt monitort en weergeeft. In principe is dit initiatief kansrijk voor de hele beweegreis. Luscii richt zich echter voorlopig alleen op de zorgsector en niet op de verbinding met het sport- en beweegdomein.

De beweegreis

In de scope van dit wicked problem start de beweegreis op het volgende moment: vanuit de dialoog tussen zorgprofessional en (op dat moment) patiënt wordt geconcludeerd dat meer en/of anders bewegen onderdeel is van de behandeling van, of ondersteuning bij het omgaan met, de gezondheidsklacht van de patiënt. Zoals gezegd kan dat in de eerste lijn zijn bij de huisarts maar ook na advies van de specialist ouderengeneeskunde of het consult bij de medisch specialist. We onderscheiden vervolgens vier onderdelen in de beweegreis:

- Therapeutisch bewegen in de zorgomgeving
- Therapeutisch bewegen in de leefomgeving (in de buurt van huis of werk)
- Begeleid bewegen in de leefomgeving
- Zelfstandig bewegen in de leefomgeving



Bij zwaardere gezondheidsklachten zal het beweegprogramma, vaak in combinatie met medische behandeling, eerst therapeutisch van aard zijn. Dit gebeurt dan vooral in de zorgomgeving. Denk aan vormen van prehabilitatie en medische revalidatie. Zodra dat mogelijk is, volgt therapeutische beweging in de leefomgeving van de patiënt. Zo kan een therapeut in de buurt fysiotherapie geven en behoort een gecombineerde leefstijlinterventie tot de mogelijkheden. Die zijn er vervolgens op gericht dat de patiënt zo snel mogelijk begeleid kan bewegen in zijn leefomgeving. Dat kan zijn in beweegprogramma's in het sociaal domein maar ook in reguliere sport- en beweegomgevingen, zoals in een vereniging of een fitnesscentrum. Of onder begeleiding van een beweegcoach, die weer een andere rol heeft dan een trainer die voor een groep staat. Daarbij kan technologie, zoals digitale beweeg- en begeleidingsprogramma's, ook een belangrijke rol spelen. Het doel is dat zoveel mogelijk mensen, ook chronisch zieken en andere kwetsbare groepen, zelfstandig blijven bewegen in hun leefomgeving. Dat willen we bereiken voor elke Nederlandse inwoner. Geheel zelfstandig wandelen of fietsen bijvoorbeeld, of regulier sporten bij een vereniging of commerciële aanbieder, of waar dan ook.

De beweegreis is in dit opzicht een vorm van de-stepped care: het verantwoord afbouwen of afschalen van zorg. Vanzelfsprekend hoeft niet iedere patiënt de hele reis te doorlopen. Als het even mogelijk is, moeten mensen stappen kunnen overslaan, afhankelijk van wat ze nodig hebben om uiteindelijk te kunnen blijven bewegen. Zoals bij bewegen op recept, waarbij de huisarts de mensen voor wie dat zinvol is, direct doorverwijst naar begeleid of zelfstandig bewegen. Ook zal niet iedere patiënt aankomen bij zelfstandig bewegen. Voor sommige mensen is een vorm van begeleid bewegen, of misschien wel therapeutisch bewegen in de leefomgeving, het meest verantwoord. Als

we naar de hele populatie kijken, willen we graag de trend bewerkstelligen dat meer mensen vanuit de zorg uiteindelijk blijven bewegen en dus niet uitvallen tijdens de beweegreis. En dat een steeds groter deel sneller verder komt in de beweegreis naar zelfstandig bewegen. Met monitoring kunnen we waarnemen of dit lukt als we dit gericht gaan organiseren.

Robuust organiseren van de beweegreis

Vrijwel overal wordt gewerkt aan het beschikbaar maken van onderdelen van de beweegreis, zowel in de zorg- als in de leefomgeving. Op sommige plekken wordt ook de verbinding tussen bepaalde onderdelen georganiseerd. Denk aan de aandoeningsgerichte zorgnetwerken die therapeutisch bewegen in de zorg- en leefomgeving verbinden. Maar ook aan het creëren van laagdrempelig begeleid bewegen in het sociaal domein voor mensen die zijn doorverwezen door huisartsen, zoals Gezond in Noord. Er zijn enkele initiatieven die, vooralsnog voor specifieke aandoeningen, de verbinding tussen bewegen in de zorg- en de leefomgeving organiseren. Voorbeelden zijn het Beweeghuis in Maastricht, de leefstijlketten in UMC's Amsterdam en Groningen (LOFIT) en de Preventiecentra in Zeeuws-Vlaanderen met ketenafspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers en fitnessondernemers. Reade en de gemeente Amsterdam begeleiden kinderen met een beperking naar regulier sportaanbod. Ook de Esther Vergeer-foundation doet dat. Vertegenwoordigers van deze en andere initiatieven hebben actief deelgenomen in de crew. Vanuit deze ervaringen en de beschikbare kennisbasis, zoals geïnventariseerd in de kennis- en innovatiescan, hebben we **6 randvoorwaarden** gedestilleerd voor de organisatie van een robuuste beweegreis van de zorg- naar de leefomgeving. In die randvoorwaarden zien we de elementen voor implementatie uit de kennis- en innovatiescan weer terug:

1. De beweegreis heeft het vertrouwen van de patiënt

Daarvoor is het allereerst nodig dat de patiënt bewegen als een volwaardige vorm van behandeling en ondersteuning ziet. Bewegen als norm in de gezondheidszorg helpt daarbij. Dit lukt alleen als zorgprofessionals het belang van bewegen kunnen overbrengen en wanneer de directe omgeving uitnodigt tot bewegen. In de leefomgeving moet er een gekwalificeerd beweegaanbod zijn bestaande uit adequate begeleiding voor mensen voor wie bewegen risicovol kan zijn of als risicovol ervaren.

2. De beweegreis stimuleert de motivatie en het eigenaarschap van de patiënt. Hierbij geldt een inhoudelijke en een organisatorische component:

- Inhoudelijk is het van belang dat de patiënt/burger progressie en plezier ervaart. Dat begint bij de mogelijkheid om zoveel mogelijk te kunnen personaliseren. Dit betekent aansluiten bij de motivatie van de eindgebruiker door daarop een motiverend programma af te stemmen. Ruimte voor een persoonlijk leefstijlgesprek, waarin de specifieke situatie en interesses van de burger worden geïnventariseerd om daarop het beweeg- en leefstijlprogramma optimaal te kunnen aansluiten, is dan essentieel. Hiervoor worden nu leefstijlketten ingericht. Voor het blijvend motiveren kan digitale ondersteuning helpen. Er zijn diverse van dergelijke ondersteuningsprogramma's die met gamingprincipes voortgang zichtbaar maken en bewegen blijven stimuleren. Dit voedt tevens het eigenaarschap van de burger voor het beweegprogramma. Uiteindelijk willen we dat zoveel mogelijk mensen zelfstandig bewegen en niet stoppen wanneer de behandeling stopt. Dit eigenaarschap is, zeker bij groepen die niet uit zichzelf de beweegrichtlijn halen, geen vanzelfsprekendheid. Maar een leefstijlprogramma als Afvallen met Afspraken

(Zilveren Kruis, www.afvallenmetafspraken.nl), dat expliciet een eigen verantwoordelijkheid bij de deelnemer legt, laat zien dat het wel degelijk mogelijk is.

- Organisatorisch is het van belang dat de beweegreis voor de eindgebruiker logisch, snel en zonder veel bureaucratie verloopt. Snelle opvolging van acties is geboden. Dat helpt om zoveel mogelijk via 1 aanspreekpunt te laten verlopen, weten we uit andere keten-aanpakken. Dat klinkt evident, maar vraagt organisatorisch het een en ander. Zo zien we dat er op diverse plekken in de beweegreis initiatieven voor leefstijlketten ontstaan. Hoe zorgen we ervoor dat de eindgebruiker zich niet langs twee of meer leefstijlketten hoeft te worstelen en de reis logisch en vlot verloopt?

3. **De beweegreis heeft het vertrouwen van de zorgprofessional**

In eerste instantie zorgt de zorgprofessional in de dialoog met de patiënt voor deelname aan de beweegreis. Dat doet de zorgprofessional alleen als hij of zij ook vertrouwen heeft in de follow-up van de beweegreis. Deze moet snel leiden naar een passend beweegaanbod. Voor therapeutisch bewegen verloopt dit momenteel vaak via gespecialiseerde zorgnetwerken, zoals artrose- en Parkinson-netwerken, waar specifiek daarvoor opgeleide paramedici onderdeel van zijn. De volgende stap van therapeutisch naar begeleid bewegen in de leefomgeving lijkt minder gemakkelijk gemaakt te kunnen worden. We weten dat digitale instrumenten, zoals beterverwijs (www.beterverwijs.nl) en sociale kaarten, daarbij kunnen helpen maar niet voldoende zijn voor blijvend vertrouwen van de professional. Periodieke terugkoppeling en het kunnen meesturen in het netwerk door professionals is daarbij belangrijk.

4. **De zorgprofessional wordt zoveel mogelijk ontzorgd in de beweegreis**

Zorgprofessionals moeten de kans krijgen de dialoog met de patiënt aan te gaan over de waarde van bewegen. Maar voor hen is het ondoenlijk, zelfs als ze optimaal gemotiveerd zijn, om zelf een passend leefstijlarrangement inclusief bewegen samen te stellen. Dat moet dus in andere handen liggen. Van een gespecialiseerd verpleegkundige of leefstijlprofessional bijvoorbeeld, mogelijk werkzaam in een leefstijloket.

5. **De beweegreis kent een dekkend, verantwoord en stimulerend beweegaanbod**

Dit geldt voor de zorgomgeving en de leefomgeving. Zoals gezegd, is dit van belang voor het vertrouwen van zowel de eindgebruiker als van de zorgprofessional. We zien in veel ziekenhuizen daarin nu veel activiteit. Een derde van de ziekenhuizen maakt deel uit van het beweegziekenhuisnetwerk. Ook zijn er goede voorbeelden in andere zorgdomeinen. In de leefomgeving zien we steeds meer beweegprogramma's voor begeleid bewegen voor kwetsbare groepen maar die zijn voor veel patiënten en zorgprofessionals vaak moeilijk te vinden. Ook is de aansluiting met het rijke, reguliere sportaanbod nog niet natuurlijk. Dat aanbod is toch vooral gericht op zelfredzame sporters. Daarnaast is duidelijk dat niet voor elk ziektebeeld gespecialiseerde begeleiding georganiseerd kan en hoeft te worden in de leefomgeving. De vraag is welke combinaties wel nodig en mogelijk zijn.

6. **De beweegreis wordt georganiseerd vanuit een duurzame netwerkorganisatie**

Voor het organiseren van een samenhangende beweegreis is een netwerk van partijen nodig. Dan gaat het om partijen uit de tweede, soms derde lijn, eerste lijn en sociaal domein maar ook sport- & beweegaanbieders. Allereerst van professionals vanuit de verschillende disciplines, zoals medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en buurtsportcoaches. Zij geven daadwerkelijk vorm aan de beweegreis van de patiënt. Zij kunnen dat alleen duurzaam doen wanneer de partijen op regionaal of lokaal niveau, samen met financiers als zorgverzekeraars, gemeenten en werkgevers, elkaar vinden in de ambitie van een samenhangende beweegreis en een meerjarig commitment daaraan. Dat kan in de vorm van daadwerkelijke inzet van mensen en middelen, eventuele veranderingen in werkprocessen

en een duurzame governance-vorm. Vanuit de basiskennis over organiseren in netwerken weten we immers dat netwerken gericht georganiseerd en bestuurd moeten worden om de ambitie duurzaam te kunnen realiseren. Die bestuurlijke inbedding is vaak net het verschil tussen tijdelijke experimenten en duurzame initiatieven die van jaar op jaar kunnen blijven groeien. Dat gaat niet vanzelf maar vraagt gerichte inspanning en bewuste inrichting. Dat betekent niet dat weer hele nieuwe bestuurlijke netwerken moeten worden opgetuigd. Mede onder invloed van IZA en GALA zien we steeds meer regionale, soms ook lokale, bestuurlijke gezondheidsnetwerken ontstaan waarin de beweegreis onderdeel van de regionale en lokale agenda richting preventie en passende zorg kan worden. De regio's leveren voor 1 januari hun regioplannen op. Een samenhangende beweegreis past daar prima in en kan zo direct onderdeel worden van de preventie-infrastructuur, zoals geformuleerd in het IZA, in regio's en gemeenten.

De beweegreis is dan ook een kans voor het sport- en beweegdomein om zich als logische bestuurlijke partner voor gezondheid te profileren in de regio. Voorwaarde is wel dat de sterk gefragmenteerde sector zich regionaal en lokaal weet te organiseren tot een betrouwbare bestuurlijke partner waarmee duurzame afspraken gemaakt kunnen worden. De lokale en regionale sportbedrijven en -organisaties lijken zich steeds beter te equiperen voor een regierol binnen de sport. Ook commerciële sportaanbieders organiseren zich steeds beter. Bij het robuust organiseren van de beweegreis kunnen sportaanbieders laten zien dat de relevante partners in het sport & beweegdomein zich daadwerkelijk kunnen mobiliseren voor een actieve rol in de beweegreis, zodat patiënten verantwoord kunnen blijven bewegen in de leefomgeving.

Kennisontwikkeling: van Beweging naar Bewijs en weer terug

Er zijn enkele veelbelovende initiatieven voor het organiseren van een robuuste beweegreis. En er lijkt met de aandacht voor preventie en IZA/GALA transitieruimte (Lodder e.a. 2017) te zijn voor het borgen en uitbouwen van deze initiatieven. Op deze manier kan bewegen als logisch onderdeel van ons zorg- en preventiestelsel van de toekomst worden geborgd.

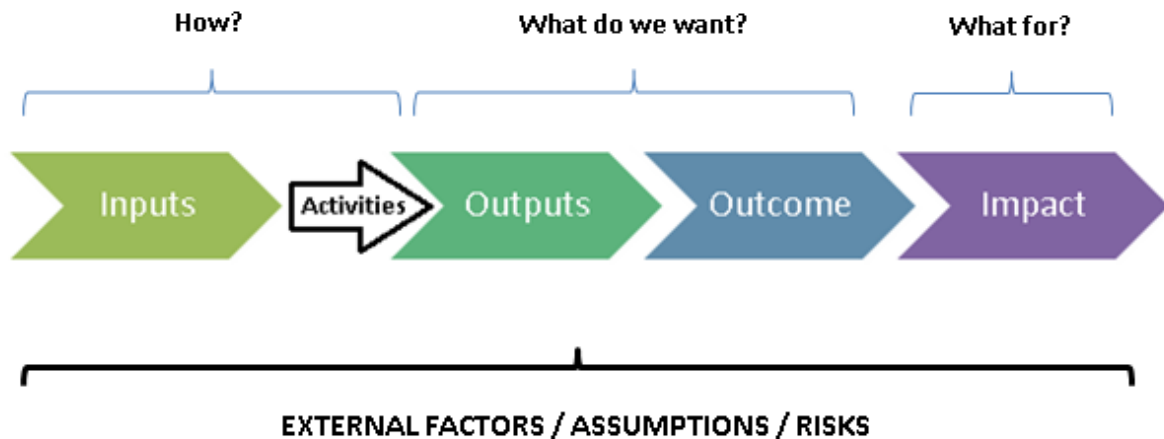
Samenwerkende partijen in de regio kunnen sowieso de huidige transitieruimte benutten zodat een soepele beweegreis onderdeel wordt van de regionale preventie-infrastructuur. De stichting "fit for surgery" heeft de regio's bijvoorbeeld al actief benaderd om prehabilitatie op de agenda in de regio te krijgen. Met de ambitie van de beweegreis is het natuurlijk mooier om er een keten-aanpak van te maken in de geest van IZA en GALA. Met de focus op de beweegreis, waarbij zorg- en leefomgeving verbonden worden, kan MOOI hierin een toegevoegde waarde bieden en leren hoe je die beweging maakt en wat dat oplevert.

Dat betekent dat we in eerste instantie willen prikkelen tot beweging en in tweede instantie daarmee bewijs (NSOB, 2020) opbouwen:

- Beweging
 - o samenwerkende partijen in de regio of gemeente prikkelen om de beweeginitiatieven op onderdelen te verbinden tot een robuuste beweegreis met de randvoorwaarden zoals eerder geschetst
 - o huidige initiatieven prikkelen om hun beweegreis uit te bouwen naar meer bereik en effectiviteit, door uit te breiden met bijvoorbeeld meer aandoeningen/specialismen, doelgroepen en een groter gebied
- Bewijs

- leren hoe de beweegreis er dan uit kan zien in verschillende omstandigheden en wat er voor nodig is om dat doen. Vervolgens kijken wat dat oplevert voor de kwaliteit van leven en afnemende druk op de zorg en de arbeidsmarkt

In termen van de Theory of Change willen we partijen in de regio of gemeenten prikkelen om de beweegreis robuust te gaan organiseren (activiteiten). Zo neemt het aantal mensen dat vanuit de zorg blijft bewegen toe (output). Daardoor verbetert hun kwaliteit van leven of verloopt het verlies in die kwaliteit minder snel (outcome). Dat draagt weer bij aan de gezondheid van de populatie en de vermindering van de druk op de zorg en de arbeidsmarkt (impact). Om kennis op te bouwen over outcome en uiteindelijk impact, hebben we eerst bereik (output) nodig.



Activiteiten

- Beweegreis voor eindgebruikers
 - Op welke doelgroep of populatie richt de beweegreis zich in een gebied?
 - Welke componenten kent deze beweegreis? (samen beslissen patiënt en zorgprofessional, therapeutisch bewegen in de zorg, therapeutisch bewegen in de leefomgeving, begeleid bewegen in de leefomgeving, zelfstandig bewegen in de leefomgeving)
 - Welke eisen worden gesteld aan het aanbod en aan de uitvoerders van de beweegprogramma's?
 - In welke mate wordt het beweegprogramma gepersonaliseerd en hoe?
 - Hoe wordt de verbinding tussen zorg- en leefomgeving georganiseerd (bijvoorbeeld leefstijlloket en digitale verwijzing)
 - Hoe wordt de patiënt gedurende de hele reis begeleid? Wat is de rol van een beweegcoach daarbij ten opzichte van sportinstructeurs en trainers?
 - Op welke manier wordt gebruik gemaakt van digitale ondersteuning/systemen bij het monitoren van beweeggedrag van deelnemers?
 - Op welke manieren realiseren de partijen de geschetste voorwaarden voor een soepele beweegreis?
- Netwerk governance
 - Welke gedeelde ambitie formuleren de betrokken partijen?

- Welke partijen zijn betrokken met welke rol, in het bijzonder uit het Sport & Beweegdomein?
- Welke afspraken voor duurzame verankering en groei maken de partijen?
- Hoe worden de componenten van de beweegreis gefinancierd en in het bijzonder de verwijsfunctie van medisch naar sociaal domein?
- Hoe sturen ze samen op de opbrengst en doorontwikkeling van de beweegreis?
- Welk proces hebben de partijen nodig gehad om te komen tot duurzame afspraken over de beweegreis?

Output

- Bereik:
 - Hoeveel deelnemers genereert de beweegreis? Welk deel is dat van de potentiële populatie in het zorgdomein? Hoe verloopt de doorstroming?
 - Welk deel:
 - blijft zelfstandig bewegen in de thuisomgeving
 - blijft begeleid bewegen in de thuisomgeving
 - blijft therapeutisch bewegen in de zorgomgeving?
 - Stopt met (aanvullend) bewegen?
 - Zijn er overeenkomstige kenmerken bij de verschillende groepen?
 - Zijn er overeenkomstige kenmerken van beweegaanbod met meer en minder doorstromers en uitvallers?
 - Wat zijn werkende principes van een beweegreis?
- Kosten:
 - Wat zijn de integrale kosten van de beweegreizen? Wat zijn de kosten van het beweegaanbod en de bemiddelingsfuncties?

Outcome

- Wat betekent deelname aan de beweegreis voor de gezondheid van de deelnemers:
 - Objectief: fysiek functioneren vanuit medisch perspectief
 - Ervaren (positieve) gezondheid
- Is er onderscheid tussen de volhouders en de uitvallers
- Staat deze gezondheidswinst in verhouding tot de investeringen in de beweegreis?

Impact

- Wat is de impact op:
 - De kwaliteit van leven van de betreffende populatie:
 - Medisch objectief
 - Ervaren (positieve)gezondheid
 - De druk op de gezondheidszorg. Leidt deelname aan de beweegreis tot vermindering of uitstel van terugkerende zorgvragen, bijvoorbeeld ten opzichte van niet-bewegers?
 - De druk op de arbeidsmarkt: leidt deelname aan de beweegreis tot minder uitval uit het arbeidsproces?

Actie-onderzoek: “If you truly want to understand something, try to change it” (Kurt Lewin)

We willen beweging stimuleren en hiervan leren. Dat impliceert een vorm van actie-onderzoek waarbij partijen in een kansrijke of succesvolle situatie zich doorontwikkelen. Kansrijk wordt gezien als een situatie waarbij er op verschillende onderdelen van de beweegreis al beweegprogramma's actief zijn zonder onderlinge verbinding en waar een actief gezondheidsnetwerk bestaat. Ook zijn er al bestaande succesvolle initiatieven: bestaande "beweegreizen" waar bewegen in zorg- en leefomgeving verbonden zijn (veelal voor een bepaalde aandoening, of doelgroep). Die initiatieven moeten robuust zijn, gericht op duurzame inbedding van de beweegreis in de te ontwikkelen preventie-infrastructuur. We mikken dus niet op nieuwe experimenten of pilots. Het gaat om permanente organisatievormen.

Om de bovengenoemde kennisvragen te kunnen beantwoorden, moet er een kennisinfrastructuur beschikbaar komen waarmee:

- het proces en de uitkomsten van elk initiatief goed kan worden waargenomen, op een manier dat waarnemingen vergelijkbaar zijn
- er ruimte wordt gemaakt voor reflectie op die waarnemingen
- uitwisseling van ervaringen plaatsvindt
- vormen van veredeling (zijn er lessen breder toepasbaar) plaatsvinden.

MOOI in beweging kan initiatieven prikkelen tot en ondersteunen bij doorontwikkeling. Ook is MOOI in beweging in staat de kennisinfrastructuur te organiseren waarmee we de kennisvragen kunnen beantwoorden. Vanuit het proces naar dit strategisch plan weten we dat er kansrijke initiatieven zijn met de ambitie om door te groeien. We kennen al een aantal vruchtbare bodems waar de beweegreis kansrijk zal zijn. Maar we weten ook dat ze, gegeven de wickedness van de opgave, ondersteuning kunnen en willen gebruiken om dat daadwerkelijk te doen.

Uitvoering

Wij adviseren dat vanuit MOOI in de komende 4 jaar een ondersteunings- en kennisinfrastructuur wordt georganiseerd die:

- vanaf 1 januari 2024 tot 1 januari 2028 12 initiatieven ondersteunt om door te ontwikkelen in effectiviteit. Bijvoorbeeld 4 in 2024, 4 in 2025 en 4 in 2026.
- nodig is om te leren van die beweging en die is aangesloten op relevante aanpalende kennisinfrastructuren. Voorbeelden daarvan zijn de Leefstijlcoalitie, Beweegalliantie, Exercise is medicine en Fit for surgery .

Voor alle initiatieven geldt dat ze zich richten op het verbinden van de hele beweegreis, dus van therapeutisch bewegen in de zorgomgeving tot en met zelfstandig bewegen in de leefomgeving. En dat vanuit elk onderdeel van de beweegreis partijen betrokken zijn en ook de relevante financiers. In de praktijk zal dit betekenen dat er partijen uit de 2^e, soms 3^e, lijn, 1e lijn, sociaal domein en Sport & Bewegingdomein bij betrokken zullen zijn. En, afhankelijk van de scope die wordt gekozen, ook werkgevers en financiers als gemeenten, zorgverzekeraar en/of zorgkantoor en uiteraard een vertegenwoordiging van eindgebruikers. Ten behoeve van de kennisinfrastructuur is het van belang dat er bij de initiatieven ook kennispartners, zoals hogescholen, betrokken zijn die het actie-onderzoeksproces kunnen vormgeven en de opbrengsten kunnen vastleggen en veredelen.

Bestaand en "nieuw"

Er zijn bestaande initiatieven waarvoor geldt dat er al bepaalde ketenafspraken zijn. Daar worden patiënten daadwerkelijk doorgestuurd vanuit de zorg naar begeleid en zelfstandig bewegen. Die initiatieven moeten de ambitie hebben om het bereik te vergroten. Bovendien moeten ze de beweegreis duurzaam inbedden in de regionale of lokale preventie-infrastructuur en/of het regionale of lokale gezondheidsprogramma. Uiteindelijk dienen die initiatieven ook mee te helpen aan het vergaren van bewijs.

MOOI ondersteunt deze initiatieven bij de beoogde doorontwikkeling van bereik en robuustheid gedurende twee jaar. Dit gebeurt in de vorm van ondersteuning bij regie/programmamanagement, het beschikbaar stellen van kennis, monitoring, reflectie, uitwisseling en waar zinvol ook opleiding en coaching. De samenwerking moet uitgebreid en geïntensiveerd worden over de domeinen heen. Dat gaat niet vanzelf weten we.

Kansrijke nieuwe initiatieven hebben nog geen ketenafspraken van zorg- naar leefomgeving. Bestaande beweegprogramma's hebben dat wel in verschillende onderdelen van de beweegreis die ze duurzaam met elkaar willen verbinden en aanvullen zodat een natuurlijke beweegreis ontstaat voor bepaalde groepen of populaties en later voor steeds meer doelgroepen. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor een bepaalde doelgroep in een ziekenhuis wordt via een op te richten leefstijlloket verbonden met vormen van begeleid bewegen en zelfstandig bewegen in de wijk. De partners willen dit doorontwikkelen naar een Robuuste Beweegreis, zoals eerder beschreven in de zes randvoorwaarden. Ook hiervoor geldt dat relevante partijen vanuit de hele beweegreis betrokken zijn en het initiatief duurzaam willen inpassen in de lokale of regionale preventie-infrastructuur.

In die twee jaar moeten de initiatieven:

- een bepaald bereik aan patiënten gerealiseerd dan wel vergroot hebben
- de beweegreis organisatorisch verankerd hebben in de preventie-infrastructuur met een werkende netwerk governance en een actieve en gedeelde sturing
- actief onderdeel zijn van de kennisinfrastructuur, ook na de tweejarige ondersteuning, inclusief monitoring ten behoeve van bewijs.

Kennisinfrastructuur

Naast het prikkelen en ondersteunen van initiatieven is er een kennisinfrastructuur nodig waarmee:

- beschikbare kennis toegankelijk is voor de initiatieven
- de betrokken partijen van ieder initiatief zelf leren en hun aanpak kunnen bijstellen. Daarvoor is een vorm van waarneming (monitoring) nodig van het doorontwikkelingsproces. Ook moet er ruimte zijn voor reflectie op en interpretatie van die waarnemingen
- de initiatieven van elkaar kunnen leren door uitwisseling en verdieping van waarnemingen en interpretaties
- andere initiatieven en stakeholders kunnen leren van de ervaringen van de initiatieven
- een monitoringssystematiek wordt (door)ontwikkeld ten aanzien van het beweegpatroon van de deelnemers aan de beweegreis, dat aanwijzingen biedt voor bewijs
- er overzicht is over de hele beweegreis en relevante contextfactoren. Zo worden ook relevante verbindingen gelegd met aanpalende kennisinfrastructuur, zoals bepaalde kennisontwikkeling en -uitwisseling bij de leefstijlcoalitie, beweegalliantie, exercise = medicine en KCSB

Een deel van de kennisinfrastructuur moet in of dichtbij de initiatieven zelf georganiseerd worden. Vandaar dat bij elk initiatief kennispartners betrokken moeten zijn die dat kunnen doen en faciliteren. Dit zal sterk toepassingsgericht onderzoek zijn gericht op het goed waarnemen en vastleggen van activiteiten en outputs. Het is van belang dat dit waarnemen en het analyseren van de waarnemingen en interpretaties bij alle initiatieven op een vergelijkbare wijze gebeurt. Daarom moeten de regionale kennispartners samenwerken in een gedeelde werkwijze bij het ontwikkelen van monitoring en waarneming.

Voor het interpreteren, uitwisselen en veredelen - verwerken tot breder toepasbare kennis zoals een handreiking beweegreis - zal een landelijke kennisinfrastructuur nodig zijn die:

- een cyclus van bijeenkomsten voor de verschillende doelgroepen organiseert en ontwerpt en opbrengsten beschikbaar maakt voor relevante stakeholders. Het ligt voor de hand een partij verantwoordelijk te maken voor het organiseren/regisseren van de leercyclus
- stelselmatig de verbinding organiseert met relevante kennisontwikkelingsinitiatieven, in het bijzonder van de leefstijlcoalitie, beweegalliantie, Fit for surgery en Exercise = medicine. Zo kan die kennis worden meegenomen in de analyses en interpretaties

Voor de kennisontwikkeling over outcome en impact lijkt het zinvol om voort te bouwen op academisch onderzoek en de beschikbare expertise in de landelijke kennisinfrastructuur op te nemen. Voor dit onderzoek is eerst een groter bereik en dus output van de deelnemende initiatieven nodig. Deze kennisontwikkeling over outcome en impact t kan in de loop van 2024 worden ontworpen in combinatie met het verkennen van mogelijkheden voor co-financiering.

Wicked Problem Community Bewegen in zorg en preventie?

Veel relevante stakeholders en vertegenwoordigers daarvan hebben deelgenomen in de community die heeft geleid tot dit strategisch plan. Dat is een mooie doorsnede uit alle onderdelen en relevante partijen van de beweegreis. Voor het leren van en sturen op de voortgang van dit wicked problem - wordt bewegen met de beweegreis daadwerkelijk een vanzelfsprekend onderdeel van zorg en preventie? - is het van belang dat vertegenwoordigers uit elk van de onderdelen ook betrokken zijn. Er dient een systematische duiding te ontstaan van de ontwikkeling in de hele reis. Dat zou pleiten voor een voortzetting van de community. Maar er zijn momenteel veel initiatieven, bijeenkomsten en dergelijke over bewegen en leefstijl, ook in relatie tot zorg, waarbij een beroep wordt gedaan op dezelfde mensen.

De gezamenlijke interpretatie en het duiden van de ontwikkeling van de beweegreis kan ook worden georganiseerd in een proces. Hierbij komen relevante partijen uit alle onderdelen van de reis bijvoorbeeld tweemaal per jaar bij elkaar. Samen duiden ze dan de opbrengst uit de kennisinfrastructuur en agenderen ze nieuwe aandachtspunten en bijstellingen. Bijvoorbeeld de Bewegingalliantie, KCSB of misschien wel KCSB in samenwerking met het kenniscentrum Exercise = Medicine (sport & bewegen en zorgdomein) zou dit proces kunnen organiseren. Wellicht kan zo'n partij dan ook een rol spelen in het organiseren van de beschreven kenniscyclus.

Kansrijkheid en Impact

Deze aanpak is veelbelovend. De beweegreis spreekt tot de verbeelding. Deze past naadloos in de beweging van zorg naar gezondheid, de regionale preventie-infrastructuur en IZA/GALA. Er staan initiatieven te trappelen om met deze en/of andere ondersteuning) de zorgomgeving en leefomgeving van bewegen met elkaar te verbinden.

Als het lukt om met 12 betekenisvolle initiatieven die verbinding duurzaam te maken, vergroten we het bereik van bewegen als individuele preventie aanzienlijk. We creëren dan een multiplier voor bestaande beweeginitiatieven in de verschillende onderdelen van de beweegreis. Vooral leren we dan hoe bewegen een vanzelfsprekend onderdeel kan worden van de primaire processen in de gezondheidszorg en diezelfde gezondheidszorg kan ontlasten.

Aansluiting met andere MOOI Wicked Problems

Op bepaalde punten is er inhoudelijke aansluiting met de andere Wicked Problems zoals gedefinieerd in het MOOI-Programma:

- WP 1: Bewoners in achterstandswijken sporten minder
De doelgroepen in de zorg zijn voor een belangrijk deel kwetsbare groepen, waarvan een flink deel in kwetsbare wijken woont. Een goed georganiseerde beweegreis kan bijdragen aan verkleining van gezondheidsverschillen. Kwetsbare mensen zijn immers relatief oververtegenwoordigd in de populatie met gezondheidsklachten. Het is dan ook logisch wanneer beweegreizen zich deels richten op de verbinding met beweegfaciliteiten in achterstandswijken (therapeutisch en begeleid bewegen)
- WP 5: Sportinfrastructuur wordt te weinig gebruikt.
Een verbeterde verbinding tussen zorg- en leefomgeving kan leiden tot een groei van vormen van therapeutisch en begeleid bewegen in de leefomgeving en uiteindelijk ook zelfstandig bewegen. Daarbij kan natuurlijk gebruik gemaakt worden van bestaande sportinfrastructuur in de wijk, mogelijk ook op tijden waarin momenteel meer ruimte beschikbaar is. Bovendien leidt een goede verbinding ertoe dat zorgorganisaties minder in de verleiding komen om zelf nieuwe beweeginfrastructuur binnen de zorgomgeving te installeren
- WP 5: Betaalbaarheid
Voorwaarde voor doorstroming van mensen met gezondheidsklachten naar begeleid en zelfstandig bewegen is dat ze dit verantwoord kunnen doen. Dat stelt eisen aan de professionaliteit van het beweegaanbod, Het kan een impuls voor verdere professionalisering betekenen.

Dwarse thema's

De zogenaamde dwarse thema's zijn ook relevant voor deze aanpak:

- Betrokkenheid van de doelgroep zelf. Voorwaarde voor het ontwikkelen van een effectieve beweegreis is uiteraard dat de doelgroep zelf wordt betrokken. Zij ervaren de hele reis. Dat geldt ook voor de initiatieven die mogelijk worden ondersteund.
- 1. Sociaal veilige sportomgeving: dit is een randvoorwaarde voor elk onderdeel van de beweegreis. Deze zal voor de specifieke doelgroep, dus de mensen met een gezondheidsklacht, gemiddeld zwaarder wegen dan voor de reguliere sporter. Dit is een uitdrukkelijk onderdeel van het vertrouwen in de beweegreis
- 2. In de te realiseren monitoringsomgeving voor de gehele beweegreis speelt het gebruik van data een belangrijke rol. Er zijn veel technische mogelijkheden, zoals wearables, om het beweeggedrag in elk van de onderdelen van de beweegreis te monitoren. Hoe je dit op een vertrouwenwekkende en integere manier kunt doen, zal ongetwijfeld aan de orde komen bij het ontwikkelen van kennisinfrastructuur.

Financiering

De financieringsbehoefte voor dit plan valt uiteen in:

- financiering van de doorontwikkeling van de (12) initiatieven gedurende 2 jaar
- financiering van de kennisinfrastructuur gedurende 4 jaar

Voor de doorontwikkeling van bestaande en de volgende fasen van de nieuwe initiatieven zijn de volgende resources nodig:

- tijd en inzet van eigen mensen - meer operationeel en bestuurlijk) - van de samenwerkende partijen bovenop hun huidige inzet. De expertise en ervaring van de partijen zelf is nodig voor een realistische ambitie en hun betrokkenheid is belangrijk voor blijvend eigenaarschap. We gaan ervan uit dat de partijen dit alles *in kind* inzetten
- middelen voor en ondersteuning van regie en programmamanagement gedurende 2 jaar. Als we gemakshalve uitgaan van 100k per jaar, is 200k voor twee jaar, maal 12 is € 2,4 miljoen
- decentrale kennisinfrastructuur: 25k per jaar is 50k voor twee jaar, maal 12 is 600k

Als we voor de centrale kennisinfrastructuur gemiddeld 250k per jaar begroten, komen we uit op 1 miljoen euro. Samen komt het budget voor dit programma, exclusief in-kind-bijdragen, uit op € 4 miljoen in 4 jaar.

Co-financiering

Voor de initiatieven zijn de IZA-transformatiegelden en SPUK-middelen voor de hand liggende bronnen van (co)financiering van de ondersteuning. Opname in de regionale plannen is dan noodzakelijk. Een analyse in opdracht van MOOI laat zien dat er in sommige provincies en regio's aanvullende subsidieregelingen zijn voor gezondheidsbevordering. Die kunnen van toepassing zijn op de ontwikkeling van de beweegreis. Daarnaast zijn er subsidiemogelijkheden bij inzet van technologie in de beweegreis (zie bijlage 4) en ook bij de Beweegalliantie, waar initiatieven voor de Beweegreis mogelijk in aanmerking komen als een cirkel zorg.

Voor de centrale kennisinfrastructuur, gericht op de outcome- en impactvragen, is langduriger financiering nodig dan MOOI zelf kan bieden. Er zijn ook meer mogelijkheden. Denk aan de NWA-routes en Erasmus+-programma's. Hierbij kan waarschijnlijk worden voortgebouwd op aanvragen die eerder in dit kader zijn gedaan door een consortium van onderzoekers verbonden aan UMC's. Dit kan in 2024 uitgewerkt worden. Voor regionale en lokale initiatieven lijken de kansen hiervoor beperkt en de inspanningen te groot.

Bijlage 1: Literatuurverwijzingen

Collard, D. en Gutter, K.: Sport en Bewegen wordt te weinig ingezet in de Gezondheidszorg, Mulier Instituut, 2023

[Lodder, M.](#), [C. Roorda](#), [D. Loorbach](#), C. Spork: Staat van Transitie: patronen van opbouw en afbraak in vijf domeinen. DRIFT, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2017.

Nationale Sportraad: Loopt u even mee?, een verkenning naar aandacht voor bewegen & sport in Nederlandse ziekenhuizen, 2023

NSOB: Experimenteren en opschalen, hoe Nederlandse ministeries zoeken naar oplossingen voor maatschappelijke opgaven, 2020

Rowe, G. et al., Running forward: new frontiers in endurance exercise biology, Circulation, 2014

Schoenmaker, J. Naberink, T.: Impactroutes Sport en Bewegen, HAN 2020

Bijlage 2: Proces

Dynamische Crew

Het plan is de uitkomst van een proces van een dynamische crew in het afgelopen half jaar. Dit wicked problem raakt vele domeinen, zoals (sport & bewegen, overheden, zorgpartijen, onderzoek en bedrijfsleven en daarbinnen vele disciplines. Ook kent het uiteenlopende praktijkvoorbeelden. Een vaste crew van 12 personen kan onmogelijk aan representatie van alle domeinen en praktijkvoorbeelden recht aan doen en zou bovendien onvermijdelijk een sterk expertmatig en wat conceptueel karakter krijgen. Er zijn al vele commissies, task forces en wat al niet met zo'n karakter. Daarom heb ik als kwartiermaker er bewust voor gekozen om te werken met een dynamische crew, waarbinnen mensen met alle denkbare en vooraf soms ondenkbare achtergronden kunnen interacteren. De deelnemers zijn vrij om in- en uit- te stappen en bepalen zelf welke relevantie zij voor het plan hebben en vice versa. Uiteindelijk hebben zo'n 80 mensen aan een of meer activiteiten deelgenomen en zijn zo'n 25 mensen van begin tot nu betrokken geweest (voor alle deelnemers zie bijlage 2). En ook dan hebben we nog interessante en relevante partijen en personen gemist. Niettemin kunnen we gerust spreken van een multi-helix die de basis heeft gelegd voor dit strategisch plan.


18 januari
1^{ste} crewbijeenkomst
Kick off en
verkenning thema's


22 maart
2^{de} crewbijeenkomst
Transformatie-
strategieën uitwerken


26 april
3^{de} crewbijeenkomst
Concept-strategisch plan en
commitment vastleggen



Die rijkheid aan achtergronden zorgt er voor dat veel kennis, ervaring en expertise is ingebracht in het proces. Die levert natuurlijk ook een diversiteit aan invalshoeken op waarbij het meer inspanning kost om tot een gestroomlijnde focus te komen. In een proces van drie fysieke en vier digitale bijeenkomsten en vele voorbereidende en tussentijdse gesprekken in een tijdsbestek van een half

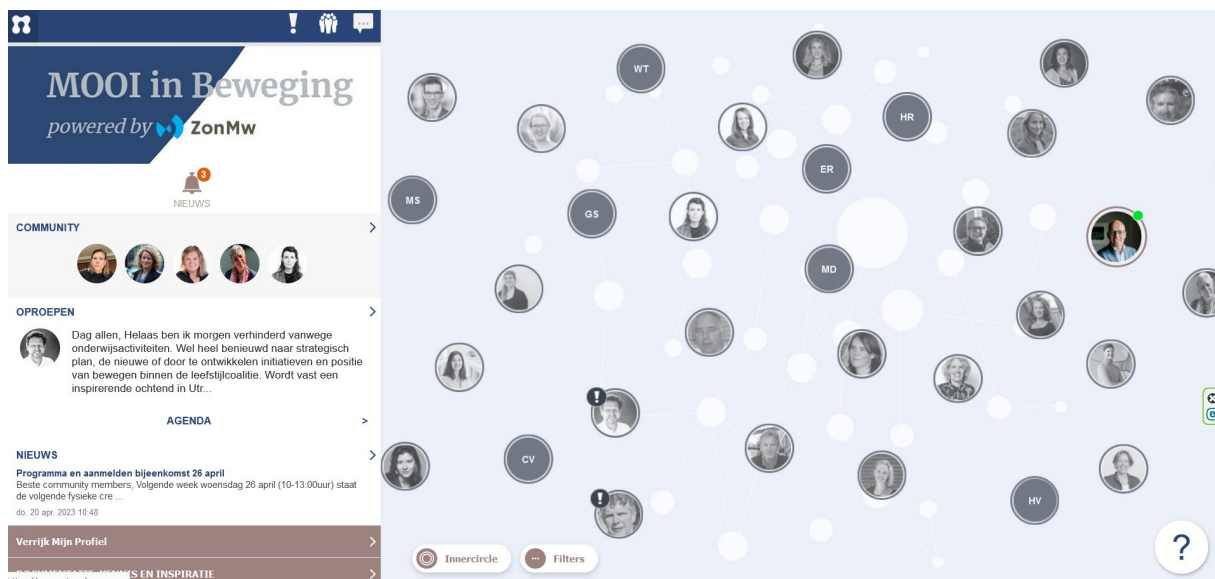
jaar, hebben we toegewerkt naar dit strategisch plan.


6, 9, 13 maart
Drie digitale subsessies
Verdiepen en
concretiseren thema's


18 april
Digitale sessie
Bewegreis uitwerken



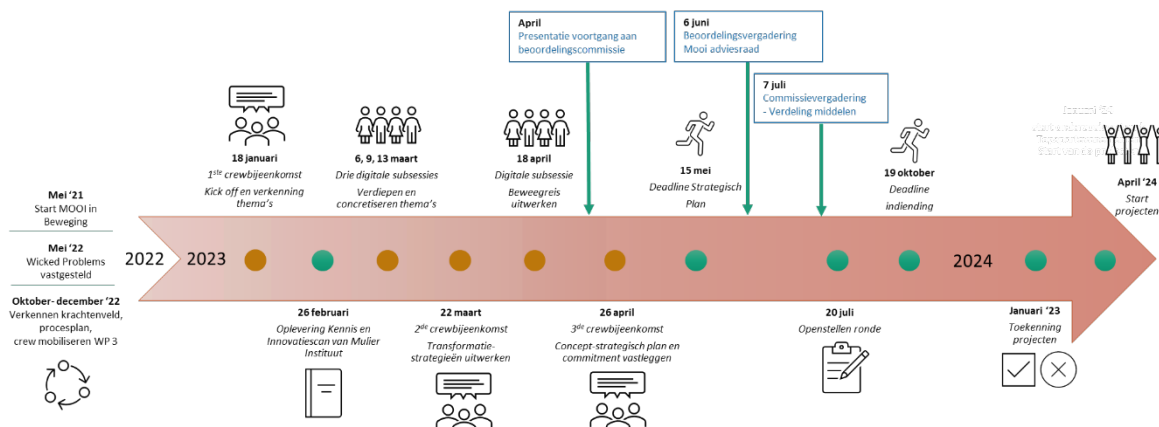
Ter ondersteuning werken we met een digitale community, de networkapp, die het iedereen mogelijk maakt op een eenvoudige manier aangehaakt te blijven bij het proces en de inhoudelijke voortgang die dat proces oplevert.



In de loop van het proces hebben Dorine Collard en Kirsten Gutter van het Mulier Instituut een Kennis- en Innovatiescan opgeleverd in opdracht van het MOOI-programma (Collard & Gutter, 2023). In de scan is het beschikbare onderzoek over vooral implementatie van Sport & Beweging in de gezondheidszorg geïnventariseerd. De kennis- en innovatiescan, en ook de daarin opgenomen categorisering, is een mooie grondlegger gebleken voor de inhoudelijke ontwikkeling in het proces.

Vanzelfsprekend is de lijn in dit plan niet de lijn die elk van de 80 participanten in hun hoofd hebben. Niettemin is het gelukt om tot een gedragen focus voor dit strategisch plan te komen. De hoofdlijn is steeds stap voor stap opgebouwd, is expliciet gedeeld in de laatste crewsessie en werd onderschreven door de groep. Op het laatste concept hebben nog diverse deelnemers zinvolle aanvullingen geleverd.

Tijdslijn Mooi in Beweging – Wicked Problem 3



Bijlage 3: Deelnemers

- Mensen die hebben deelgenomen aan de sessies:

- Jessica Aarnink (JB Lorentz)
- Johan Annema (beweegalliantie)
- Jan Benedictus (Patientfederatie en leefstijlcoalitie)
- Monique Berger (Haagse Hogeschool)
- Jeanneau Boons (8d Games)
- Dorine Collard (Mulier instituut)
- Kirsten de Klein (Kenniscentrum Sport en Bewegen)
- Andre de Vries (huisarts)
- Jaap de Graaf (Samenwerkende Gezondheidsfondsen) (*alleen in de voorbereiding*)
- Aartjan van Triest (Fitchannel) (*alleen in de voorbereiding*)
- Nienke de Vries (Radboud UMC)
- Rienk Dekker (UMCG)
- Mirre den Ouden (Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten)
- Jeanine Graaf (Nederlandse Sportraad)
- Josine Grafe (Ondewijsontwikkelaar sport en gezondheid)
- Kirsten Gutter (Mulier Instituut)
- Florian Ham (Kennisinstituut van Medisch Specialisten)
- Pim Hoek (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie)
- Jasmijn Holla (Hogeschool Inholland en Reade)
- Rosa Holtslag-Roelvink (Gelderse Sport Federatie)
- Judith Jelsma (Amsterdam UMC)
- Joke Korevaar (Haagse Hogeschool)
- Lottie Kuijt-egers (kenniscentrum Health innovation, medical delta living lab better in better out)
- Marie-Louise Lemmen-Gertner (Esther vergeer foundation)
- Pim Lexmond (Bodyline healthcenters)
- Niquee Lopuhaä (Reumanederland)
- Femke van Nassau (Amsterdam UMC)
- Alyt Oppewal (Erasmus MC)
- Ruud Overes (Parkinson Games)
- Erja Portegijs (UMCG)
- Emiel Rolink (Longalliantie Nederland)
- Maureen Ros (Kenniscentrum Sport en Bewegen)
- Kira Scheerman (Amsterdam UMC)
- Dieuwke Schiphof (Erasmus MC)
- Linda Schouten (Team Sportservice)
- Tessa Schurink (RIVM)
- Yvette Schurink (ministerie van VWS)
- Annick Sickinghe (creatieve denker, freelance)
- Maarten Stiggelbout (Vitaal Actief)
- Yvonne van der Helm (huisartspraktijk de Componist)
- Hidde van der Ploeg (Amsterdam UMC)
- Chris van der Togt (Nederlandse Orthopaedische Vereniging)
- Marieke van der Leijden (ReumaNederland)
- Willem van Mechelen (Amsterdam UMC en UMCG)
- Nico van Meeteren (Topsector life sciences & health- TKI Health-holland)
- Rob Verwersch (Maastricht UMC, het beweeghuis)
- Yvonne van Zaanen/
- Miranda Velthuis (IKNL)
- Lieke Vloet (NOC*NSF)
- Hans Zwerver (Sportvalley, ziekenhuis Gelderse Vallei en UMCG)

- **Mensen die buiten de sessies om zijn gesproken:**
 - Wilke van Ansum (leefstijlgeneeskunde ZonMw)
 - Bas Bloem (Radboud UMC)
 - Manon Crijns (NFK)
 - Marije de Leur (Zorgverzekeraars Nederland)
 - Maaïke de Vries (Patientenfederatie)
 - Jeroen Flim (Bas van de Goor Foundation)
 - Tamara Galema (Isala Ziekenhuis, Expertgroep Bewegingsziekenhuizen)
 - Karin Gerrits (Vrije universiteit amsterdam, Merem medische revalidatie)
 - Mirande Groener (Zilveren Kruis)
 - Sandra Landa (Zorginstituut Nederland)
 - Christiane Luttkhuizen (Long Alliantie Nederland)
 - Andrea Maier (VUmc)
 - Harald Miedema (Zorg instituut nederland)
 - Hanneke Molema (TNO)
 - Lidewij Renaud (TNO healthy living)
 - Marten Munneke (Radboud UMC)
 - Goof Schep (Maxima medisch centrum)
 - Maarten Steven (8d Games)
 - Geert van der Sluijs (Ny Smellinghe/Hanzehogeschool)
 - Harry van der Zaag (Vereniging voor Sportgeneeskunde)
 - Marcel Woudman (Zilveren Kruis)
 - Ronald Wouters (NL actief)
 - Iris Nijland (Sportinnovator)
 - Paul van der Kolk (Sportinnovator)
 - Louis Vertegaal (MOOI adviesraad)
 - Cees Vervoorn (MOOI adviesraad)
 - Steven Vos (MOOI adviesraad)
 - Carlijn Mol (MOOI adviesraad)
 - Lodewijk Klootwijk (MOOI adviesraad)
 - Merit Clocquet (MOOI adviesraad)
 - Andre de Jeu (MOOI adviesraad)
 - Eli van der Heide (MOOI adviesraad)
 - Koen Lemmink (MOOI adviesraad)

- **Mensen die alleen lid zijn van de digitale community (dus de uitnodiging hebben geaccepteerd)**
 - Hanneke Rouw (Isala Zwolle)
 - Wim te Wierik (Saxion Hogeschool en Fysiotherapie W. te Wierik)
 - Femke van Nassau (Amsterdam UMC)
 - Carl Verheijen (Beweegalliantie)

Bijlage 4: Inventarisatie mogelijkheden voor Co-financiering



OPBRENGST



Overheid

- ★ Oplossen maatschappelijke vraagstukken
- ★ Vertalen van beleidsvragen naar onderzoek



Wetenschap

- ★ Financiering, ontwikkelen en delen van kennis
- ★ Wisselwerking met praktijkexpertise
- ★ Directe toegang tot ondernemers en bijbehorende klantenkring



Bedrijfsleven

- ★ MKB: lokale oplossingen en eigenaarschap
- ★ Toegang tot kennis, netwerken & praktijkpartners



Eindgebruiker/sporter

- ★ Nieuwe handvatten om mee te werken
- ★ Groeimogelijkheden
- ★ Onderdeel zijn van de oplossing

De mogelijkheden van subsidies en fondsen

Adviesrapport

11 mei 2023

SPORT / **SUBSIDIE.NL**

Wicked Problem 3

Sport en bewegen wordt te weinig ingezet binnen de gezondheidszorg

Introductie

Centrale kennis/onderzoeks/innovatievraag, implementatie-opdracht, R&D product/service ontwikkeling, samenwerkingsopdracht

Hoe kunnen we de Beweegreis vanuit de gezondheidszorg naar verantwoord en duurzaam bewegen in de leefomgeving van de burger robuust organiseren?

De Beweegreis:

1. Burger met een gezondheidsvraag zoekt contact met zorgprofessional
2. Conclusie dialoog patiënt-zorgprofessional(s): bewegen is (onderdeel van) de aanpak
 - a. Therapeutisch bewegen (onderdeel van behandeling) in de zorgomgeving (bijv. rehabilitatie in het ziekenhuis)
 - b. Therapeutisch bewegen (onderdeel van behandeling) in de leefomgeving (werk en/of thuis): fysiotherapie, GLI
 - c. Begeleid bewegen in de leefomgeving (loopgroepen, beweegprogramma, etc.)
 - d. Zelfstandig bewegen in de leefomgeving (bijv. sportvereniging, fitness, etc.)

Doelgroep te bereiken of te betrekken (bijv. burger, migranten, jongeren, patiënt, consument, lage SES, chronische zieken etc.)

In dit geval is de zorg de vindplaats voor mensen die te weinig of verkeerd bewegen en (mede) daardoor gezondheidsklachten ontwikkelen en behouden. Lage SES is hierbij relatief zwaar vertegenwoordigd

Onderwerpen

Dit is met name een organisatie/implementatievraagstuk:

1. duurzaam verbinden zorg en beweeg/sociaal domein: van aandoeningsgericht specialisme naar integraal beweegaanbod in de leefomgeving
2. verschillende schalen: adherentiegebied ziekenhuis, gemeente, wijk?
3. combinatie van financieringsbronnen: zorgverzekeringswet, sociaal domein/SPUK, burger zelf, werkgevers

We willen dus "beweging" creëren maar uiteindelijk ook bewijzen dat de organisatorische infrastructuur bijdraagt aan gezondheid en aan minder druk op de zorg.

Mogelijk betrokken partijen

- Zorgorganisaties en professionals

- Zorgverzekeraars
- Gemeenten
- Beweegaanbieders
- Burgers/patiënten

Vormen van onderzoek, innovatie en kennisbenutting

Actie-onderzoek: bestaande en nieuwe initiatieven formuleren de ambitie voor uitbreiding of realisatie van een robuuste infrastructuur voor de beweegreis in hun gebied.

Het onderzoek leert ons:

- welke inhoudelijke acties en randvoorwaarden nodig zijn voor robuustheid
- hoe een robuuste vorm er uit kan zien
- welke rol de specifieke regionale omgeving speelt
- welke gezondheidsresultaten dit kan opleveren

Europese regelingen

Regeling	Loket	Kans	Moeilijkheid	Budget	Deadline
Horizon	Nederlands contactpunt (NCP), IRIS TEAM	**	*****	€95.5 miljard	Meerdere deadlines (gedefinieerd tot 2024)
COST	Nederlands contactpunt (NCP), RVO	****	***	€51 mio	Continue
Jean Monnet-acties op het gebied van hoger onderwijs	EACEA	*	****	€2.9 miljard	Februari 2025

Landelijke subsidies voor wetenschap en innovatie

Regeling	Loket	Kans	Moeilijkheid	Budget	Deadline
Effectiviteitsonderzoek – Integrale aanpak in preventie	ZonMw	***	****	€3.2 mio	13-06-2023
Leefstijl in de zorg	ZonMw	***	****	€14.6 mio	20-06-2023
Raak-publiek	SIA	***	***	€10.5 mio	20-06-2023
Raak-PRO	SIA	***	***	€18,1 mio	n.t.b
Raak-MKB	SIA	***	***	€5.1 mio	n.t.b
KIEM	SIA	***	***	€4 mio	Nog niet bekend, mogelijk Nov 2023
SPRONG	SIA	***	****	€17 mio	Nog niet bekend, mogelijk Nov 2023
EFRO Oost-Nederland 2022	Provincie Gelderland	*	*****	± €30 mio	30-11-2023
HHINT Kickstarter programma	Min. EZK	**	****	€ 600k	12-10-2023
Innovatiekrediet	RVO	***	**	€60 mio	29-12-2023
Living Labs Sport en Bewegen	ZonMw	**	***	€500k	25-5-2023
MKB Innovatiestimulering topsectoren	RVO	**	****	€10,8 mio	12-09-2023
Sportinnovator Vouchers 2023	ZonMw	**	***	€500k	3-7-2023 4-12-2023
WBSO	RVO	***	***	€1.4 mio	Continue

Provinciale en maatschappelijke regelingen

Regeling	Loket	Kans	Moeilijkheid	Budget	Deadline
De Groeiversneller	Oost NL	**	***	€4 mio	Continue
JTF-regio Groningen-Emmen	SNN	**	****	€342 mio	Diversen
Klimaatbestendige, groene en gezonde steden en dorpen 2021-2023	Provincie Utrecht	***	**	€1,15 mio	30-11-2023
MKB Innovatiestimulering topsectoren (MIT) • Haalbaarheidsprojecten • R&D-Samenwerkingsprojecten	Provincies of prov. loketten	*	***		12-09-2023
OP Oost – Operationeel programma EFRO Oost-Nederland	Management-autoriteit Oost-Nederland	**	***	€169 mio	31-12-2023
OP Zuid – Operationeel programma EFRO Zuid-Nederland	Stimulus	**	****	€29,6 mio	26-5-2023
Subsidieregeling economie, kennis en talentontwikkeling Noord-Brabant 2022	Provincie	***	***		1-10-2023

Advies

WP3 heeft de meeste kansen om programmatisch vanuit verschillende fundingsstromen subsidiekansen te benutten. Tegelijkertijd heeft WP3 de grootste competitie op deze kansen. Preventie is hot en verschillende ministeries steken in op dit onderwerp (zorg, jeugd, ouderen, bredere sociaal domein en bewegen). Ons eerste advies is om vanuit een landelijke brede consortiumaanpak dit type concurrentie te beslechten. Het consortium voor WP3 moet een nationaal maar ook regionaal karakter hebben om echt competitief te zijn in aanvragen. Denk aan het betrekken van nationale netwerken en kiezen voor aantal regio's/provincies. Door de aan WP3-gerelateerde consortia te betrekken en waar mogelijk samen te brengen onder één grotere aanvraag, sluit je onderlinge competitie met het veld uit. Want door competitie kun je draagvlak verliezen bij de belangrijkste stakeholders en hun achterban.

Zeer kansrijk is momenteel aan te sluiten bij de themastelling van de NWA ORC 2024 en 2026. Verder is het belangrijk de uitkomsten van het Delphi-onderzoek op de NWA-route Sport en Bewegen af te wachten. Zij brengen alle spelers in dit veld in kaart en geven advies voor een mogelijke Kennisagenda Nationaal. De samenwerking met deze lopende initiatieven binnen het eigen werkveld is cruciaal. Initiatieven zijn talrijk. WP3 zou als primaire taak moeten hebben de krachten te bundelen om nationaal impact te maken.

Verder is de aard van de subsidieoproepen bij dit WP3 zeer divers. Dit vraagt conceptueel om het multidimensionaal kaderen van conceptaanvragen en het mobiliseren van de juiste aanvragers hierop (vanuit ZonMw gedacht). Bij dit WP3 is het verstandig om al vanaf het begin rekening te houden met de diversiteit aan subsidiemogelijkheden (micro, meso en macro). Een voorbeeld:

1. preventieaanpak in de regio/stad (regiofonds)
2. versterking van de samenwerking zorg en bewegen (netwerk-subsidie)
3. effectiviteit van gecombineerde leefstijlinterventies en technologie (onderzoeksubsidie)
4. innovatieve bekostigingssystematieken voor de zorg (implementatie subsidie die wetgeving raakt).

Al deze onderdelen kunnen uiteraard deel uitmaken van een breder regionaal fonds maar zijn ook separaat aan te vliegen op het gebied van funding. Maar keuzes hiervoor zijn alsnog secundair. De samenwerking nationaal is een primair focuspunt voor dit WP3.