

Projectvoorstel ZonMw, commissiepijler Vitaal.

Titel: Verbinding zorg, sport & bewegen. Onderzoek naar de samenwerking van buurtsportcoaches, lokale zorg en sportaanbieders en participatie van buurtbewoners.

Type onderzoek: Toegepast onderzoek.

Duur: 4 jaar.

Startdatum: 1 september 2013

Subsidieaanvraag programma Sport - Vitaal

Samenvatting.

Het gezondheidsbeleid van de overheid richt zich op het versterken van zorg, sport & bewegen in de buurt. Het doel is 'ontzorgen' door gezondheidsproblemen aan te pakken in de eigen omgeving. Hiertoe wordt de bestaande regeling van combinatiefunctionarissen uitgebreid en worden zij voortaan buurtsportcoaches genoemd. Een aanzienlijk deel hiervan krijgt als taak om de verbinding tussen zorg, sport & bewegen vorm te geven. Het hier voorgestelde onderzoek richt zich op de inzet van deze buurtsportcoaches en de leefstijlinterventies (zowel Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLIs) als andere activiteiten) die door de inzet van de buurtsportcoach gerealiseerd worden.

Voor leefstijlinterventies geldt dat participatie en doorstroom naar het reguliere beweeg- en sportaanbod lastig is en dat deelnemers nog onvoldoende zelfredzaam blijken te zijn om te gaan en blijven bewegen in de buurt. De toepasbaarheid van leefstijlinterventies behoeft verbetering.

De inzet van de buurtsportcoach op zorg is nieuw en behoeft evaluatieonderzoek. Aansluiting bij de al gevormde netwerkstructuur rondom GLIs biedt kansen voor de invulling van het overheidsbeleid: het verbinding van zorg, sport & bewegen. De resultaten laten zien of buurtbewoners gaan en blijven bewegen in de eigen buurt en gezondheidswinst boeken, of beleidspretenties van de overheid gerealiseerd worden op lokaal niveau en wat het gepercipieerde maatschappelijk rendement hiervan is.

Het onderzoek is relevant. Het geeft invulling aan de evaluatie van het overheidsbeleid en bouwt voort op recente ontwikkelingen zoals de toegenomen aandacht voor leefstijl binnen de zorg en voor het verbeteren van de toepasbaarheid van leefstijlinterventies, de competenties van buurtsportcoaches en de Fysiofitheidsscan (FFS). Innovatief in dit onderzoek is dat deze verschillende ontwikkelingen in samenhang met elkaar worden onderzocht en het onderzoeksdesign direct aansluit bij de praktijk opdat direct bruikbare kennis wordt gecreëerd.

Het onderzoek heeft twee trajecten met elk een hoofdvraag:

1. Wat is het effect van de inzet van de buurtsportcoaches?
2. Wat is het effect van de leefstijlinterventies?

Traject 1 richt zich op de intermediaire doelgroep (ROSSen, GGD'en, Sportservice, branche organisaties in de sport) en de uitvoerende doelgroep op lokaal niveau (buurtsportcoaches, professionals uit de zorg en sport, welzijn, gemeenten). Centraal staan de samenwerkingsverbanden, de competenties van buurtsportcoaches en de randvoorwaarden waarbinnen de buurtsportcoaches

werken. Het gaat om het verbinden tussen zorg, sport & bewegen met als resultaat leefstijlinterventies voor buurtbewoners.

Traject 2 richt zich op de uiteindelijke doelgroep. Dit zijn volwassen (18+) buurtbewoners en deelnemers van leefstijlinterventies. De focus ligt op monitoring van de leefstijlinterventies, het verbeteren van en de empirische bewijsvoering voor de toepasbaarheid van leefstijlinterventies, de bereikte doelgroepen en de effecten op deelnemers, waaronder het gaan bewegen in de buurt en gezondheidswinst.

Het onderzoek vindt plaats in 10 wijken (case studies) in 7 gemeenten. In beide trajecten wordt een combinatie van actieonderzoek en procesevaluatie uitgevoerd. In traject 2 wordt daarnaast een 'one-group pre-test/post-test' design gebruikt met twee nametingen voor het vaststellen van effecten bij deelnemers aan leefstijlinterventies.

Resultaten van het onderzoek zijn:

- Twee proefschriften met internationaal gepubliceerde wetenschappelijke artikelen.
- Empirische bewijsvoering en inzicht in toepasbaarheid van leefstijlinterventies.
- (Verbeterde) methoden en instrumenten voor het faciliteren en evalueren van de inzet van buurtsportcoaches en de toepasbaarheid van leefstijlinterventies
- Model met competenties en randvoorwaarden voor de inzet van buurtsportcoaches.
- Toolbox voor buurtsportcoaches.
- Landelijk overzicht inzet van buurtsportcoaches.
- Tien wijkrapportages over de effecten van de inzet van de buurtsportcoach.
- Landelijke database met meetgegevens FFS.

Valorisatie vindt voortdurend plaats in de vorm van (digitale) nieuwsbrieven, nieuwe media, platforms, masterclasses, leernetwerken, communicatie en training.

Voor dit projectvoorstel is in ruime mate cofinanciering van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Vereniging Sport en Gemeenten (VSG) en de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROsSen). Daarnaast hebben organisaties voor de sport, gemeenten en werkgevers van buurtsportcoaches een steunbrief geschreven om deel te nemen aan het onderzoek. De projectgroep is zeer gemotiveerd. De partners zijn bepalende spelers en hebben direct invloed op de manier waarop buurtsportcoaches werken.

Trefwoorden

Buurtsportcoaches; zorg; sport & bewegen; zelfredzaamheid; participatie; samenwerking; effectieve leefstijlinterventies; co-creatie van kennis.

Projectgroepleden

- Dhr. H. Arends (projectcommissielid). Programmamanager Buurt in Beweging NISB.
- Dhr. H. Bloten (projectcommissielid). Adviseur ProgGez/Programma Coördinator ROS.
- Dhr. A. de Jeu (projectcommissielid). Projectleider Sport en Beweging/ Adjunct-directeur VSG.
- Prof. Dr. M.A. Koelen (projectcommissielid). Hoogleraar Gezondheid en Maatschappij WUR.
- Drs. S. Olthof (projectcommissielid). Projectmedewerker/onderzoeker KNGF
- Dr. G.R.M. Molleman (mede aanvrager en projectcommissielid). Functie: Projectleider AMPHI
- UMC Radboud. Eerstelijns geneeskunde
- Dr. ir L. Preller (projectcommissielid). Adviseur NISB
- Dr. J. Den Boer (Bestuurlijk verantwoordelijke). Directeur bedrijfsvoering WUR
- Prof. Dr. J. van der Velden (projectcommissielid). Hoogleraar Public Health UMC St Radboud
- Dr. Ir. A. Wagemakers (aanvrager, projectleider, penvoerder). Universitair Docent WUR.

Probleemstelling

Het gezondheidsbeleid van de overheid richt zich op het versterken van zorg, sport & bewegen in de buurt.(1,2) Het doel is 'ontzorgen' door gezondheidsproblemen aan te pakken in de eigen omgeving, zoveel mogelijk buiten de zorg. Hiertoe wordt de bestaande regeling van combinatiefunctionarissen uitgebreid van 1900 fte naar 2900 fte.(3,4). De combinatiefunctionarissen werden tot nu toe succesvol ingezet om onderwijs, sport en cultuur te verbinden.(5) Met de uitbreiding worden de combinatiefunctionarissen voortaan buurtsportcoaches genoemd en krijgen ze ook taken toebedeeld om de verbinding tussen zorg, sport & bewegen vorm te geven.

De aanleiding voor het inzetten van buurtsportcoaches is de toename van overgewicht, obesitas en chronische ziekten zoals diabetes. Deze toename leidt tot veel gezondheidsproblemen en daarmee tot hogere kosten in de gezondheidszorg. Een aanzienlijk deel van de totale ziektelast wordt verklaard door leefstijlfactoren als te weinig bewegen en ongezond eten.(6) Zorg alleen is niet voldoende om de toename van overgewicht en chronische ziekten te keren. De oplossing lijkt te liggen in integraal gezondheidsbeleid waarin verschillende sectoren, zoals zorg, sport & bewegen samenwerken(7) en in het stimuleren van de zelfredzaamheid van burgers voor het gaan bewegen in de buurt.

Vanaf 2013 gaan in ongeveer 90% van de Nederlandse gemeenten buurtsportcoaches aan de slag. Uit gegevens van de Vereniging Sport en Gemeenten (VSG) blijkt dat veel nieuwe buurtsportcoaches inderdaad ingezet worden op de verbinding zorg, sport & bewegen. Het hier voorgestelde onderzoek richt zich op de inzet van deze buurtsportcoaches. Omdat er nog geen eenduidig functieprofiel met competenties voor de buurtsportcoach in de praktijk is, zullen de buurtsportcoaches naar verwachting verschillen in de wijze waarop zij opereren. Deels hebben zij een achtergrond in de zorg (gezondheidsmakelaar, leefstijlcoach), en deels in de sport. Voor alle buurtsportcoaches geldt dat zij, gegeven de context en aanwezige organisaties en netwerken, moeten zoeken hoe zij zich het beste kunnen inzetten. Ook is de vraag welke leefstijlinterventies (zowel GLIs als andere activiteiten) door de inzet van de buurtsportcoach gerealiseerd worden en wat de effecten hiervan zijn voor het gaan en blijven sporten en bewegen in de buurt.

De afgelopen jaren zijn Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLIs) zoals de BeweegKuur geïntroduceerd. In de BeweegKuur worden mensen met overgewicht en diabetes door de huisarts verwezen naar de fysiotherapeut en diëtiste. Het doel is dat deelnemers hun leefstijl aanpassen en meer gaan bewegen. De BeweegKuur is als theoretisch goed onderbouwd erkend door Centrum Gezond Leven (CGL, RIVM)(8,9) en, indien goed uitgevoerd, kosteneffectief bevonden.(10) Om de implementatie van de Beweegkuur en andere GLIs te faciliteren zijn op initiatief van Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) 34 regionale en 160 lokale netwerken opgezet.(10-13) Onderzoek van de Wageningen Universiteit naar deze netwerken(11,14) laat zien dat de verbinding in de zorg (fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen) goed tot stand is gekomen. Echter, de verbinding tussen de zorg-, sport- en beweegsector (nog) niet. Dit heeft meer tijd nodig, onder andere om cultuurverschillen te overbruggen. De participatie en doorstroom van GLI deelnemers naar het reguliere sport- en beweegaanbod is beperkt.(11,15) Deelnemers blijven vaak bewegen bij de fysiotherapeut. De stap naar het reguliere beweeg- en sportaanbod blijkt te groot te zijn.(11,16) Het ontbreekt aan (mogelijkheden tot) warme overdracht en geschikt sport- en beweegaanbod. Om deze reden is er behoefte om leefstijlinterventies te verbeteren en door te ontwikkelen.(11)

Samengevat, met de verruiming van het aantal buurtsportcoaches wordt maatschappelijk stevig ingezet op deze functie. Een aanzienlijk deel van deze inzet is gericht op de verbinding zorg, sport & bewegen. Voor leefstijlinterventies geldt dat participatie en doorstroom naar het reguliere beweeg- en sportaanbod lastig is en dat deelnemers nog onvoldoende zelfredzaam blijken te zijn. Ook is onduidelijk wat het effect is op buurtbewoners in termen van gaan en blijven bewegen in de buurt en gezondheidswinst. De inzet van de buurtsportcoach op zorg is nieuw en behoeft evaluatie onderzoek.(3) De gevormde netwerkstructuur biedt kansen voor de invulling van het overheidsbeleid: het verbinding van zorg, sport & bewegen. Dit onderzoek bestudeert enerzijds de processen en effecten van de inzet van buurtsportcoaches en de context waarin ze opereren; anderzijds worden de leefstijlinterventies die uitgevoerd worden door buurtsportcoaches, organisaties en netwerken bestudeerd. De resultaten laten zien of beleidspretenties van de overheid gerealiseerd worden op lokaal niveau, op welke wijze dit gebeurt en wat het gepercipieerde maatschappelijk rendement is.

Relevantie

Maatschappelijk gezien is het onderzoek relevant. Het geeft invulling aan en evaluatie van het landelijke en lokale overheidsbeleid waarin gezondheid dichtbij in de buurt wordt gestimuleerd(2) en waartoe geïnvesteerd wordt in buurtsportcoaches.(1) De nieuwe regering onderschrijft dat gezondheid begint bij preventie en een gezonde levensstijl en dat mensen moeten kunnen sporten en bewegen in de eigen omgeving.(17)

Voorts is het onderzoek relevant omdat het aansluit bij en voortbouwt op recente ontwikkelingen: 1) GLIs en netwerken, 2) de toepasbaarheid van leefstijlinterventies 3) competenties van buurtsportcoaches, 4) de Fysiofitheidsscan (FFS) en 5) initiatieven vanuit het sport- en beweegaanbod.

Ad 1. De komst van leefstijlinterventies heeft leefstijl binnen de zorg op de agenda gezet en eerstelijnszorgverleners beginnen leefstijlbeïnvloeding, naast zorgverlening, tot hun taak te zien.(15)

GLIs hebben de potentie om bewegen en sporten in de buurt te stimuleren, mits de verbinding tussen de zorg en het beweeg- en sportaanbod wordt gemaakt. De gebouwde regionale en lokale netwerkstructuur heeft de capaciteit en potentie hiertoe.(11)

Ad 2. Een beperking van leefstijlinterventies is de toepasbaarheid of werkzaamheid in de praktijk. Het realiseren van participatie en doorstroom van deelnemers is bijvoorbeeld lastig. Tot nu toe zijn criteria voor de toepasbaarheid van interventies een ondergeschoven aspect in het certificeringstraject.(18,19) De nadruk ligt op het goed theoretisch onderbouwen van interventies, bij voorkeur met empirische bewijsvoering op basis van Randomised Controlled Trials (RCTs). Complexe interventies, zoals leefstijlinterventies, hebben vaak meerdere werkzame elementen.(20) Veel van de effect bepalende elementen, zoals een communicatie structuur, zijn niet beschreven. Om hier inzicht in te krijgen moet het onderzoeksdesign hierop afgestemd worden. Zowel het CGL als NISB (Effectief-Actief) werken aan het aanpassen van het certificeringstraject. Het versterken van de zelfredzaamheid (ook wel zelfregie) wordt gezien als werkzaam element in interventies en daarmee als middel om de zorg betaalbaar te maken.(21)

Ad 3. Het bevorderen van participatie, doorstroom en zelfredzaamheid en ook het verbinden van zorg, sport & bewegen vraagt specifieke competenties van buurtsportcoaches en andere professionals. Vanuit gezondheidsbevordering wordt onderkend dat competenties zoals sociale vaardigheden, conflicthantering, (zelf-)reflectie, flexibiliteit en doorzettingsvermogen vereist zijn.(22,23) Bijvoorbeeld vraagt het werken in samenwerkingsverbanden van professionals dat zij gaan voor het gezamenlijk belang en daarbij 'over de schutting' heen kijken. Dit betekent vaak een nieuwe 'werkcultuur'.(7)

Ad 4. Fysiotherapeuten dragen zorg voor het indiceren van juiste zorg en adviseren en begeleiden deelnemers bij het gaan bewegen.(24) Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft een screeningsinstrument, de Fysiofitheidsscan (FFS), ontwikkeld. De FFS helpt bij het vinden van een balans tussen een optimale inzet van de fysiotherapie en het gaan bewegen in de eigen buurt, opdat afhankelijkheid van de fysiotherapie wordt voorkomen. Indien meerdere meetmomenten uitgevoerd worden met de FFS, kunnen behaalde effecten bij deelnemers geobjectiveerd worden en kan de effectiviteit van de behandeling bij de fysiotherapeut en/of leefstijlinterventie aangetoond worden.(25)

Ad 5. Organisaties in de sport, zoals FitVak!, KNBLO Wandelorganisatie Nederland en het Nederland Platform Zwembaden NRZ, bezig met het ontwikkelen van een aangepast aanbod voor mensen die extra ondersteuning nodig hebben voor het kunnen bewegen of sporten in de eigen buurt. Zodoende wordt gewerkt aan een adequaat aanbod voor deelnemers die uit de eerstelijns zorg stromen.

Innovatief in dit onderzoek is dat deze verschillende ontwikkelingen in samenhang met elkaar worden onderzocht. Het onderzoeksdesign sluit aan bij de praktijk en is erop gericht om met de partners en verschillende doelgroepen direct bruikbare kennis te creëren, ofwel context-sensitive evidence.(26) Met deze kennis vindt verdere professionalisering in de praktijk plaats en wordt wetenschappelijke kennis opgebouwd.

Het onderzoek is complementair aan geplande output monitorstudies van NISB, VSG en NOC*NSF, waarin alle buurtsportcoaches gevolgd worden. Op dit moment is nog niet helder hoe deze monitors

eruit gaan zien. Omdat genoemde organisaties partner zijn in dit onderzoek worden de monitors in samenwerking uitgevoerd, hetgeen doublures voorkomt en over en weer kan leiden tot verrijking van de resultaten.

Kennisoverdracht

A. Wetenschappelijke producten

- Twee proefschriften met internationaal gepubliceerde wetenschappelijke artikelen.
- Empirische bewijsvoering en inzicht in toepasbaarheid van leefstijlinterventies, ter aanvulling van goed beschreven en theoretisch onderbouwde interventies (databank CGL/RIVM en Effectief-Actief/NISB).
- (Verbeterde) methoden en instrumenten voor het faciliteren en evalueren van de inzet van buurtsportcoaches en de toepasbaarheid van leefstijlinterventies.
- Model met competenties en randvoorwaarden voor de inzet van buurtsportcoaches.

Tussentijdse resultaten worden tijdens het onderzoek gecommuniceerd door consultatie met experts (RIVM, MOVISIE, TNO, universiteiten), congresbezoek (NCVGZ, EUPHA, HEPA, IUPHE, TAFISA) en integratie in het Master programma Health & Society, WUR, het curriculum geneeskunde Radboud Universiteit en het themadossier en trainingsprogramma NISB.

B. Valorisatieplan

Het valorisatieplan is met alle partners opgezet. Het in samenspraak co-creëren van direct bruikbare kennis, met verschillende wetenschappelijke disciplines, praktijk en beleid, wordt gedurende het onderzoek voortgezet om het uitwisselen van expertise te bevorderen. De onderzoekers (AIO1 – WUR en AIO2 – Radboud) werken nauw samen met partners (NISB, KNGF, VSG, ROS) en (intermediaire en uitvoerende) doelgroepen (ROSSen, GGD'en, buurtsportcoaches, sportorganisaties, fysiotherapeuten, huisartsenpraktijken). Zodoende wordt de verbinding op verschillende niveaus gerealiseerd. Valorisatie is gedurende het hele traject aan de orde. Voor producten en kennis is aangegeven door wie dit gerealiseerd wordt, wanneer en wat de inzet is. Hetzelfde geldt voor communicatie van producten en kennis.

Producten en kennis

- Toolbox voor buurtsportcoaches voor verbinden zorg, sport & bewegen en stimuleren zelfredzaamheid, participatie en doorstroom van deelnemers. De functie van buurtsportcoach is nieuw en behoeft een toolbox van (bestaande) methoden en instrumenten, ontwikkeld en getoetst in de praktijk.
- Format en materiaal voor organiseren bijeenkomsten op lokaal niveau voor verbinden zorg, sport & bewegen.
- Landelijk overzicht inzet van buurtsportcoaches. Type buurtsportcoaches, werkzaamheden, competenties, leefstijlinterventies, bereikte doelgroepen.
- Een sociale kaart met gegevens over het zorg, sport- en beweegaanbod in de wijk.
- Kennis ten behoeve van verdere valorisatie door deelname onderzoek. ROS, NISB zijn betrokken in onderzoeksactiviteiten (interviews, focusgroepen).
- Tien deelrapportages over inzet buurtsportcoach per wijk. Gereed maand 36-42. Inhoud: processen (samenwerken), capaciteit en randvoorwaarden (ondersteuning, beleid) voor de

verbinding zorg, sport & bewegen; processen en randvoorwaarden voor stimuleren zelfredzaamheid, participatie en doorstroom van deelnemers; registratie van leefstijlinterventies en bereikte doelgroepen en effecten; gepercipieerde maatschappelijke opbrengst.

- Geupdate handleiding Fysiofitheidsscan (FFS) met informatie buurtsportcoach.
- Uitgebreidere FFS met instrumenten voor Kwaliteit van Leven en Bewegen/
- Landelijke database met meetgegevens FFS. Opzet (maand 1-6), bijhouden (maand 7-42). AIO2. De databank is nieuw en biedt handvatten voor geïndiceerde verwijzing op basis van FFS door fysiotherapeuten en inzicht in de effectiviteit van de behandeling door de fysiotherapeut.

Communicatie (gehele projectperiode)

- (Digitale) nieuwsbrieven, nieuwe media en factsheets via bestaande communicatie uitingen. AIO1+2. VSG, NISB, ROS, KNGF.
- Digitale platforms. Ondersteuningsstructuur voor het verzamelen en delen van kennis over sport en bewegen voor professionals en wetenschappers. AIO1+2. NISB.
- Masterclasses voor professionals zorg, sport & bewegen over resultaten onderzoek. NISB.
- Leernetwerken voor het uitwisselen van expertise en kennis tussen gemeenten, buurtsportcoaches en sportbonden. AIO 1. ROSsen, VSG, NISB.
- Landelijke coördinatie ROSsen, ROS.
- Landelijk aanspreekpunt voor buurtsportcoaches. Overzicht van buurtsportcoaches en hun competenties. Kennis, methoden en instrumenten. AIO1+2, VSG.
- Communicatie, training en begeleiding lokale sportorganisaties.
- Training, begeleiding en communicatie met sport- en beweegaanbieders door organisaties in de sport. FitVak! vertegenwoordigt 950 fitnesscentra. De KNBLO wandelorganisatie Nederland heeft 600 lid organisaties die onder andere jaarlijks 1000 wandelevenementen organiseren. Nationaal Platform Zwembaden NZR.
- Informeren achterban. Continu door alle betrokken organisaties inclusief zorgverzekeraars en NOC*NSF.

Doelstelling

Het uiteindelijke doel van de inzet van de buurtsportcoaches is dat buurtbewoners gaan en blijven sporten en bewegen in de eigen buurt. In het voorgestelde onderzoek wordt dit geëvalueerd door enerzijds de inzet van de buurtsportcoaches en de context waarin deze opereren te bestuderen en anderzijds het bestuderen van de leefstijlinterventies die uitgevoerd worden door buurtsportcoaches, organisaties en netwerken. Hierbij gaat het om (het verbeteren van) de implementeerbaarheid van (effectieve) leefstijlinterventies en wat dit oplevert voor de betrokken organisaties, de gemeente, deelnemers aan leefstijlinterventies en buurtbewoners en de randvoorwaarden waaronder dit gebeurt.

Voor het tot stand brengen van de verbinding tussen zorg, sport & bewegen en het uitvoeren van (verbeterde) leefstijlinterventies worden zowel processen als effecten in kaart gebracht, zoals het gepercipieerde maatschappelijk rendement en gezondheidswinst. Inzicht in deze gegevens en de samenhang ervan is cruciaal voor (toekomstig) gezondheids-, sport- en beweegbeleid.

Het onderzoek heeft twee trajecten met elk een hoofdvraag en deelvragen.

Traject 1: Wat is het effect van de inzet van buurtsportcoaches?

- a. Hoe geven buurtsportcoaches vorm aan de samenwerking met lokale organisaties en netwerken ten behoeve van de verbinding tussen zorg, sport & bewegen?
- b. Wat zijn de randvoorwaarden (lokaal, landelijk, beleid, praktijk) voor de inzet van de buurtsportcoaches en hoe kunnen buurtsportcoaches het beste ondersteund worden?
- c. Welke effecten worden bewerkstelligd door de inzet van de buurtsportcoaches, wat merkt de gemeente en de buurt ervan en wat is het gepercipieerde maatschappelijk rendement?

Traject 2: Wat is het effect van de leefstijlinterventies?

- a. Welke leefstijlinterventies worden ingezet en welke doelgroepen worden bereikt?
- b. Wat zijn de werkzame elementen om participatie, zelfredzaamheid en doorstroom van deelnemers te vergroten en welke randvoorwaarden zijn van belang om dat te realiseren?
- c. Wat is het effect, in termen van het gaan en blijven bewegen van burgers in de buurt, hun zelfredzaamheid, hun ervaren gezondheid en gezondheidswinst (BMI, fitheid)?

Plan van aanpak

INLEIDING

De idee is dat de buurtsportcoach een belangrijke bijdrage levert aan gezondheidsbevordering van de bevolking door te stimuleren dat gezondheidsproblemen aangepakt worden in de eigen buurt en leefomgeving, bijvoorbeeld in aansluiting op zorg van de fysiotherapeut of de huisarts/POH-er. De buurtsportcoach draagt zo bij aan preventie, 'ontzorgen' en betere en goedkopere zorg dichtbij in de buurt. Dit gebeurt wanneer professionals stimuleren dat mensen niet te lang in de medische zorg blijven, maar hen stimuleren zelfredzaam te worden opdat zij in de eigen omgeving gaan sporten en bewegen. Van professionals vraagt dit dat zij samenwerken aan gezondheid van de bevolking en dat zij deelnemers in leefstijlinterventies optimaal begeleiden in het traject van zorg naar sport & bewegen in de buurt. De buurtsportcoach heeft hierin een belangrijke bijdrage, enerzijds als schakel tussen zorg-, sport- en beweegprofessionals en -organisaties, anderzijds als facilitator voor het omschakelen naar de nieuwe werkwijze, waarin samenwerken en het bevorderen van zelfredzaamheid van de doelgroep centraal staat. Ook heeft de buurtsportcoach een belangrijke rol in het beter toepasbaar maken van leefstijlinterventies.

In dit plan van aanpak beschrijven we eerst de rationale en theoretische onderbouwing. Vervolgens wordt het design van het onderzoek uitgelegd. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen worden de werkwijze, instrumenten en de producten genoemd, alsmede het tijdsplan. Vervolgens wordt de studipopulatie en de powerberekening toegelicht en de analyse uitgelegd. Tot slot wordt toegelicht hoe de validiteit van het onderzoek wordt geoptimaliseerd en wordt de haalbaarheid van het onderzoek onderbouwd.

RATIONALE

De kernvraag in dit onderzoek is of de inzet van de buurtsportcoach waargemaakt wordt en of dit resulteert in meer buurtbewoners die gaan en blijven sporten in de buurt. Het onderzoek is hiertoe ingedeeld in twee trajecten.

Het eerste traject richt zich op de intermediaire doelgroep (ROSsen, GGD'en, Sportservice, (branche) organisaties in de sport) en de uitvoerende doelgroep op lokaal niveau (buurtsportcoaches, professionals uit de zorg, sport, welzijn, gemeenten). Centraal staan de samenwerkingsverbanden en de randvoorwaarden waarbinnen de buurtsportcoaches werken. Het gaat om het verbinden tussen zorg, sport & bewegen met als resultaat leefstijlinterventies voor buurtbewoners:

1. De buurtsportcoach faciliteert de verbinding tussen zorg, sport & bewegen;
2. Zorg-, sport- en beweegprofessionals werken samen;
3. Zorg-, sport- en beweeg professionals voeren leefstijlinterventies uit.

Het tweede traject richt zich op de uiteindelijke doelgroep. Dit zijn volwassen (18+) buurtbewoners en deelnemers van leefstijlinterventies. Het onderzoek laat zien welke doelgroepen bereikt worden met welke leefstijlinterventies en wat dit (uiteindelijk) oplevert:

4. Met de leefstijlinterventies worden bepaalde doelgroepen bereikt;
5. Deze doelgroepen worden zelfredzaam ten aanzien van hun beweeggedrag en gezondheid;
6. Deze doelgroepen gaan en blijven sporten en bewegen in de buurt en boeken gezondheidswinst.

Gegeven deze routing is het aannemelijk dat de inzet van de buurtsportcoach resulteert in gezondheidswinst. Of dit gebeurt is (mede) afhankelijk van de lokale context, de organisaties en hun netwerken en randvoorwaarden.

THEORETISCHE ONDERBOUWING

De aanpak in het onderzoek is gebaseerd op een combinatie van theorieën en raamwerken. De volgende uitgangspunten vormen de theoretische basis:

1. Het veranderen van gedrag speelt op verschillende niveaus in het project een rol. Voor de uiteindelijke doelgroep geldt dat gedragsverandering moet leiden tot gaan en blijven sporten en bewegen in de buurt. Voor de intermediaire en uitvoerende doelgroepen leidt gedragsverandering tot meer samenwerking en het uitvoeren van leefstijlinterventies.
2. Intersectorale samenwerking: het verbinden van zorg, welzijn en sport & bewegen in het uitvoeren van leefstijlinterventies levert winst op.
3. Leefstijlinterventies zijn effectief in het veranderen van gedrag.
4. De toepasbaarheid van leefstijlinterventies kan verhoogd worden door participatie, doorstroom en zelfredzaamheid van deelnemers te verbeteren.

Ad 1. Het wiel voor gedragsverandering van Michie e.a.(27) is voor dit onderzoek goed bruikbaar, omdat niet alleen het individu maar ook de leefstijlinterventie en het (lokale) beleid betrokken wordt in het bewerkstelligen van gedragsverandering. Het wiel is gebaseerd op een synthese van 19

raamwerken en bevat concepten van veel gebruikte theorieën, zoals de theorie van gepland gedrag(28) en het model van gewoontegedrag.(29)

Het wiel laat zien dat factoren die van invloed zijn op gedrag in wisselwerking met elkaar optreden en niet als een lineair proces. Het centrum van het wiel wordt gevormd door het 'gedragssysteem' en bevat drie essentiële voorwaarden voor gedragsverandering: competentie/zelfredzaamheid (capability), gelegenheid (opportunity) en motivatie. Hieromheen is een cirkel met interventiefuncties zoals educatie, training, zelfmanagement en aanpassingen in de omgeving. In de buitenste ring staan beleidsfactoren zoals regel- en wetgeving, dienstverlening, communicatie en marketing, kosten en planning van de omgeving. Het wiel voor gedragsverandering is gericht op de samenhang en wisselwerking tussen het gedragssysteem, de interventiefuncties en de beleidsfactoren.

Ad 2. De veronderstelling is dat veel winst is te halen door samenwerking tussen verschillende sectoren, zoals zorg, sport & bewegen. Intersectorale samenwerking is van belang omdat organisaties gezamenlijk meer kunnen bereiken dan één organisatie dat kan. Organisaties kunnen expertise en kwaliteiten koppelen, zoals bijvoorbeeld het motiveren en verwijzen van deelnemers door de huisarts, het verzorgen van groepscursussen door zorgprofessionals en de kwaliteiten van de buurtsportcoach om een link te leggen met het beweegaanbod in de buurt. Hierdoor wordt het makkelijker om leefstijlinterventies te implementeren en meer doelgroepen te bereiken.(30) Het HALL (Healthy ALLiances) raamwerk(7) beschrijft de voorwaarden voor het tot stand komen en doen slagen van een samenwerking en is gebaseerd op onderzoek in de praktijk van community health promotion. Het HALL raamwerk biedt handvatten voor het faciliteren en evalueren van intersectorale samenwerking en benoemt drie clusters met factoren voor succesvolle samenwerking: institutionele factoren; persoonlijke factoren en factoren gerelateerd aan de organisatie van het samenwerkingsverband, zoals management, zichtbaarheid, communicatie en het aanwezig zijn van de juiste partners.

Uit recent onderzoek onder eerstelijns zorgverleners blijkt dat de samenwerking rondom het uitvoeren van leefstijlinterventies en activiteiten voor verbetering vatbaar is.(15) Eerder hebben voorlopers van de buurtsportcoaches, gezondheidsmakelaars(31) en combinatiefunctionarissen scholen, sport en cultuur(16) niet alleen geleid tot meer intersectorale samenwerking maar ook tot meer en beter beweegaanbod, meer leden bij sportverenigingen en meer burgerparticipatie.(16,31) Voor het goed verlopen van intersectorale samenwerking is het samen leren essentieel. Hiertoe wordt het Reflexieve Monitoring in Action(32) als raamwerk gebruikt omdat dit de interactieve leerprocessen op verschillende niveaus inzichtelijk maakt. Het raamwerk heeft een constructivistische basis en richt zich op het uitwisselen en ter discussie stellen van veronderstellingen en onderliggende waarden en normen van betrokkenen. Dit geeft inzicht in interactie (wat er gebeurt), constructivisme (genereren van nieuwe kennis) en reflectie (hoe dit gebeurt).

Ad 3. Verschillende onderzoekers veronderstellen dat GLIs effectief zijn, onder andere in het verhogen van fysieke fitheid (33,34) en in het bereiken van gewichtsverlies.(34-37) Ook neemt de zelfredzaamheid van deelnemers toe.(9) Voor professionals geldt dat zij nauwer samenwerken en hierover tevreden zijn(9,11,14) en dat dit als positief wordt ervaren voor de kwaliteit van zorg.(11,38)

Ad 4. Het traject binnen een leefstijlinterventies is erkend als theoretisch effectief (8,9). In de praktijk is het echter lastig om voldoende deelnemers te krijgen en na afloop is het lastig om deelnemers te laten instromen in het reguliere sport- en beweegaanbod: participatie, doorstromen en zelfredzaamheid zijn onvoldoende.(11,16) De toepasbaarheid van leefstijlinterventies kan worden verhoogd door participatie, doorstroming en zelfredzaamheid van deelnemers te stimuleren. Participatie van deelnemers is van belang, omdat participatie bijdraagt aan gezondheid, de effectiviteit van de leefstijlinterventie en aan zelfredzaamheid. Participatie draagt bij aan grotere en meer verbonden sociale netwerken die op hun beurt doorgaans een positieve invloed hebben op gezondheid door het aanwezig zijn van sociale steun (39). Het betrekken van de doelgroep in de verschillende fasen van een programma vergroot de motivatie van de doelgroep en dus ook de effectiviteit van de leefstijlinterventie voor de deelnemers.(40-43) Participatie leidt doorgaans tot versterking van de zelf- of samenredzaamheid van deelnemers. Dat wordt ook vergroot door deelnemers te stimuleren zelf een actieve bijdrage te leveren.

DESIGN EN METHODEN

Het onderzoek bestaat uit een 'mixed methodology'. Dit betekent dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden in combinatie en aanvulling op elkaar worden gebruikt. Het onderzoek vindt plaats in 10 wijken verspreid in 7 gemeenten. Elke wijk is te zien als een case studie.

Het onderzoek bestaat uit twee trajecten. In beide trajecten wordt een combinatie van actieonderzoek en procesevaluatie uitgevoerd. In traject 2 wordt daarnaast een 'one-group pre-test/post-test' design gebruikt met twee metingen voor het vaststellen van effecten bij deelnemers aan leefstijlinterventies.

Zowel voor het actieonderzoek als de procesevaluatie wordt een combinatie van methoden gebruikt: literatuurstudie, documentenanalyse, enquêtes, (diepte-) interviews en focusgroep gesprekken. In traject 1 ligt de focus op de inzet van buurtsportcoaches en de competenties en randvoorwaarden. In traject 2 ligt de focus op monitoring van de leefstijlinterventies, de empirische bewijsvoering voor en het versterken van de toepasbaarheid van leefstijlinterventies en de effecten op deelnemers. In beide trajecten wordt nauw en intensief samengewerkt. Interviews en focusgroepen omvatten deelvragen uit beide trajecten en worden door de AIOs zoveel mogelijk gezamenlijk afgenomen in samenwerking met ROS en NISB, hetgeen tevens de haalbaarheid van het onderzoek verhoogt. In het onderzoek wordt aangesloten bij en samengewerkt ten behoeve van de jaarlijkse outputmonitors (NISB, VSG en NOC*NSF) voor alle buurtsportcoaches, dus ook buurtsportcoaches werkzaam op andere terreinen dan zorg en/of voor andere doelgroepen zoals jeugd. De verwachting is dat beide AIOs hier ieder jaar 1 tot 2 weken mee bezig zijn en dat zij de resultaten meenemen in de analyse en rapportage.

Het onderzoeksproject bestaat uit drie overlappende en iteratieve fasen 1) voorbereiding case studies en literatuurstudie 2) case studies in 10 wijken en 3) rapportage fase.

Uitwerking traject 1

a. Hoe geven buurtsportcoaches vorm aan de samenwerking met lokale organisaties en netwerken ten behoeve van de verbinding tussen zorg, sport & bewegen?

Bij deze vraag gaat het met name om de uitvoerende doelgroepen op lokaal niveau: de buurtsportcoaches en professionals in de zorg, sport & bewegen.

Werkzaamheden:

1. Literatuurstudie naar eerdere combinatiefunctionarissen en gezondheidsmakelaars en intersectorale samenwerking. Daarnaast vinden 6 explorerende diepte-interviews plaats met experts en buurtsportcoaches over intersectorale samenwerking en competenties van buurtsportcoaches.
2. Case studies:
 - Zes halfjaarlijkse diepte-interviews met buurtsportcoaches in de 10 wijken (maand 7-8, 13-14, 19-20, 25-26, 33-34, 37-38).
 - Drie focusgroepgesprekken met buurtsportcoach, organisaties en netwerken op basis van het HALL raamwerk (7) (maand 8-9, 21-22, 33-34).
 - Het samen met buurtsportcoaches en andere professionals (verder) ontwikkelen, implementeren en evalueren van methoden en instrumenten, zoals een wijkanalyse, de Coordinated Action Checklist en de Tijdlijnmethode (maand 7-44).

Instrumenten:

Voor de wijkanalyse bestaan verschillende instrumenten, zoals **de ROS-wijkscan** (<http://www.progez.nl>). Dit is een analyse-instrument om de vraag en het aanbod van eerstelijnszorg in een regio, gemeente, wijk, buurt of postcodegebied in kaart te brengen. Deze informatie kan benut worden om actief het zorg- en preventieaanbod, een geschikte vestigingsplek, zorgbeleid en/of samenwerking met partners af te stemmen op actuele ontwikkelingen en zorgvraag in de wijk. **De Coordinated Action Checklist (CAC)** is een instrument dat de samenwerking op verschillende dimensies evalueert, zoals geschiktheid van de partners, taakdimensie, relatiedimensie, profilering en groeidimensie.(44) De coordinated action checklist visualiseert resultaten, faciliteert en ondersteunt communicatie hierover. De CAC bestaat uit 26 items en is al meerdere malen succesvol gebruikt in intersectorale samenwerkingsprogramma's, waaronder de netwerken rondom de BeweegKuur.(11,14)

De tijdlijnmethode(45) is een eenvoudig hulpmiddel voor het evalueren en faciliteren van de samenwerking en heeft tot doel de voortgang van het samenwerkingsverband in kaart te brengen vanuit het perspectief van de betrokkenen. De tijdlijnmethode kan goed gebruikt worden als aanzet voor discussie en levert direct bruikbare kennis op.(11)

Producten:

- Een sociale kaart met gegevens over het zorg, sport en beweegaanbod per wijk.
- Overzicht van werkzaamheden van buurtsportcoaches en benodigde competenties gerelateerd aan de context.
- Format en materiaal voor het organiseren van bijeenkomsten op lokaal niveau.
- Toolbox voor buurtsportcoaches voor faciliteren van samenwerking zorg, sport & bewegen.

b. Wat zijn de randvoorwaarden (lokaal, landelijk, beleid, praktijk) voor de inzet van de buurtsportcoaches en hoe kunnen buurtsportcoaches het beste ondersteund worden?

Hierbij gaat het om de intermediaire doelgroepen (NISB, VSG, ROSsen, branche organisaties zoals Fitvak!, Wandelbond, GGD'en, gemeenten).

Werkzaamheden:

1. Literatuurstudie naar beleidsevaluatie en landelijk en lokaal gezondheids-, sport- en beweegbeleid, kennisinfrastructuur (46) en Capacity building (47).
2. Case studies in de 10 wijken en regionale en landelijk organisaties:
 - Interviews met 4 landelijke beleidsmakers en 4 experts op het terrein van gezondheids-, sport- en beweegbeleid in maand 15-17 en maand 36-38 (totaal 16 interviews).
 - Interviews met NISB, ROS, VSG, brancheorganisaties, GGD'en over de ondersteuning van buurtsportcoaches. Interviews in maand 15-17 en maand 36-38 (totaal 16 interviews).
 - Het in kaart brengen van het sociale systeem in 10 wijken met behulp van netwerkanalyse en Capacity Mapping. Maanden 8-9, 21-22 en 33-34 op basis van focusgroepgesprekken (zie 1a) en aanvullende (telefonische) interviews met 3 betrokkenen in de wijken, zoals welzijnswerk, buurtorganisaties, gemeenten (30 in totaal).

Instrumenten:

De **netwerkanalyse**(45) brengt de samenwerking in kaart en maakt daarbij onderscheid in de posities en rollen van de betrokkenen. De posities zijn initiatiefnemers, partners, leveranciers, schakels en gebruikers. Initiatiefnemers zetten de samenwerking op en nodigen anderen uit. Partners dragen het initiatief en zetten zich actief in. Schakels leggen relaties en maken verbindingen met andere sectoren. Leveranciers leveren aan het netwerk, bijvoorbeeld materiaal, toegang tot kennis of ondersteuning. Gebruikers zijn de uiteindelijke doelgroep (deelnemers aan leefstijlinterventies). Door de posities en rollen zichtbaar te maken kan actie ondernomen worden om de samenwerking te verbeteren. Bijvoorbeeld door nieuwe partners te betrekken.

Het **capacity mapping model**(47) brengt de capaciteit van alle onderdelen in het bredere systeem in kaart, zoals institutionele capaciteit, competenties in gezondheidsbevordering en beleidsvorming. De samenwerkingsverbanden zijn een onderdeel in dit model. Aan de verschillende onderdelen worden scores toegekend, hetgeen kwantitatieve vergelijking tussen wijken mogelijk maakt, alsmede de ontwikkeling van de infrastructuur in de loop van een kleine 3 jaar per wijk. Dit levert een maat op om wijken te vergelijken op de effecten van de inzet van de buurtsportcoaches en de leefstijlinterventies.

Product:

- Een model met competenties en randvoorwaarden voor de inzet van buurtsportcoaches.
- Kwalitatief en kwantitatief inzicht in de processen, capaciteit en randvoorwaarden van een wijk voor het uiteindelijk doel: dat burgers gaan en blijven sporten en bewegen in de buurt.

c. Welke effecten worden bewerkstelligd door de inzet van de buurtsportcoaches, wat merkt de gemeente en de buurt ervan en wat is het gepercipieerde maatschappelijk rendement?

Deze vraag richt zich zowel op intermediaire en uitvoerende doelgroepen als op organisaties en buurtbewoners die niet direct betrokken zijn bij het onderzoek.

Werkzaamheden:

1. Literatuurstudie naar a) kosteneffectiviteit en maatschappelijke opbrengsten van de inzet van buurtsportcoaches en/of verwante functies in binnen- en buitenland en b) methoden voor het meten van de effecten hiervan, en ook onvoorziene effecten, zoals participatie-spin-off. Het raamwerk van Wolfenstetter(48) om de kosteneffectiviteit van programma's in primaire preventie te evalueren biedt hiertoe een startpunt.

2. Case studies:

- Focusgroepgesprekken met buurtorganisaties, buurtbewoners over ervaren veranderingen en opbrengsten van de buurtsportcoach en participatie spin-off, voorafgaand aan de tweede effectarena (maand 36-38). Totaal 10 focusgroepgesprekken.
- Het toepassen van de effectenarena (eventueel aangevuld met andere methoden die uit het literatuuronderzoek naar voren komen). Per wijk wordt deze tweemaal uitgevoerd voor het in kaart brengen: tussentijdse opbrengsten (maand 25-27) en opbrengsten na 2,5 – 3 jaar (maand 39-41). Hiertoe worden zoveel mogelijk betrokkenen bij de samenwerking voor een sessie van 2 tot 3 uur bijeengebracht. Totaal 20 sessies.

Instrumenten:

De **MKBA-effectenarena** is een nieuw door het economische adviesbureau LPBL en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) ontwikkeld instrument en is een hulpmiddel om maatschappelijk effecten van een interventie inzichtelijk te maken en op een zakelijke manier te benaderen.(49) Relaties tussen investeringen, maatregelen en effecten worden door betrokken gezamenlijk uitgedacht en opgetekend op een A2-vel: de Arena. Het is een methode om op verschillende locaties vergelijkbare processen/dialogen op te starten over (vermeende) kosten en baten. Het gaat hierbij om de input: de bronnen die nodig zijn om activiteiten en interventies te ondernemen en de output, het tastbare en telbare resultaat van de activiteit

Product:

- 10 wijkrapportages van de gepercipieerde maatschappelijke opbrengst van de inzet van buurtsportcoaches (maand 37-43).

Uitwerking traject 2.

a. Welke leefstijlinterventies worden ingezet en welke doelgroepen worden bereikt?

Bij deze vraag gaat het met name om de uitvoerende doelgroepen op lokaal niveau: de buurtsportcoaches, professionals in de zorg, sport & bewegen.

Werkzaamheden:

1. Opzet standaard monitoring systeem in samenwerking met VSG. Aansluiting wordt gezocht bij het JOGG systeem. Voor het monitoren worden dezelfde categorieën als in het erkenningstraject CGL/RIVM en Effectief-Actief/NISB gebruikt voor registratie en analyse. Hierbij is expliciet aandacht voor de bereikte doelgroepen. Voorbereidende gesprekken met CGL, NISBG, JOGG en VSG.

2. Case studies:

- Monitoring van leefstijlinterventies en activiteiten. Ieder half jaar invullen, mede op basis van diepte-interviews met buurtsportcoaches (zie traject 1a) (maand 7-8, 13-14,19-20,25-26,33-34,37-38).
- Jaarlijkse rapportages over het leefstijlinterventie-overzicht (omvang, aard, doelgroep, ontwikkelingen, koppelingen aan omstandigheden/randvoorwaarden in wijken).

Instrument:

Opzet en beheer van **database** in samenwerking met VSG. Dit gebeurt zo mogelijk in aansluiting op bestaande monitorsystemen, zoals bijvoorbeeld de GGD Utrecht deze heeft.

Producten:

- Registratie van leefstijlinterventies en bereikte doelgroepen per wijk en jaarlijkse rapportages daarover.
- Landelijk overzicht inzet van buurtsportcoaches voor leefstijlinterventies en bereikte doelgroepen.

b. Wat zijn de werkzame elementen om participatie, zelfredzaamheid en doorstroom van deelnemers te vergroten en welke randvoorwaarden zijn van belang om dat te realiseren?

Hierbij gaat het om de uitvoerende doelgroepen op lokaal niveau en de uiteindelijke doelgroep, deelnemers aan leefstijlinterventies.

Werkzaamheden:

1. Literatuurstudie naar het verbeteren van de implementeerbaarheid van leefstijlinterventies (50,51), participatie (23,41) en doorstroom en zelfredzaamheid. Hiertoe wordt voortgebouwd op het HP2.0 raamwerk (50) en de Zelfredzaamheidsmatrix (52). Voor het analyseren van de redenen waarom de doorstroming zo lastig is wordt in de literatuur zowel gekeken naar factoren over de aard van de leefstijlinterventie, als naar de opstelling van de professional, de opstelling of opvatting van de deelnemer en de mogelijkheden in de omgeving. We sluiten hierbij aan bij de indeling gebruikt in situationeel leiderschap,(53) die ook een toepassing binnen het welzijnswerk kent.(54)

2. Casestudies:

- Focusgroepgesprekken met buurtsportcoach, organisaties en netwerken om de resultaten van het literatuuronderzoek te toetsen en te verrijken met ervaringen en aspecten (barrières en mogelijkheden) voor participatie, zelfredzaamheid en doorstroom, die deze professionals zien. Hiertoe wordt aangesloten bij de eerste van de drie focusgroepgesprekken van traject 1 (onderzoeksvraag a) (maand 9).
- Scoringslijst ontwikkelen over participatie, zelfredzaamheid en doorstroom en barrières daarbij. Deze scoringslijst wordt vervolgens door buurtsportcoaches en professionals gebruikt om barrières in kaart te brengen (inventarisatie maand 9-30, evaluatie scoringslijst maand 34-36) Nb. opgenomen in het werkplan(bijlage 1) onder Case-studies algemeen.

- Het (verder) ontwikkelen, implementeren en evalueren van methoden en instrumenten voor het stimuleren van participatie, doorstroom en zelfredzaamheid in samenwerking en co-creatie met buurtsportcoaches en professionals (maand 7 – 44).

Producten:

- Overzicht processen, barrières, kansen en randvoorwaarden voor het stimuleren van zelfredzaamheid, participatie en doorstroom van deelnemers.
- Scoringslijst om barrières en mogelijkheden te scoren voor participatie, zelfredzaamheid en doorstroom.
- Toolbox voor buurtsportcoaches om leefstijlinterventies voor zelfredzaamheid, participatie en doorstroming te verbeteren.
- Empirische bewijsvoering en inzicht in de toepasbaarheid van leefstijlinterventies, ter aanvulling van goed beschreven en theoretisch onderbouwde interventies.

c. Wat is het effect, in termen van het gaan en blijven bewegen van burgers in de buurt, hun zelfredzaamheid, hun ervaren gezondheid en gezondheidswinst?

Het gaat hierbij om de uiteindelijke doelgroep, deelnemers aan leefstijlinterventies.

1. Literatuuronderzoek naar mogelijke uitkomstmaten (gezondheid, gezondheidswinst, ervaren gezondheid, welzijn, tevredenheid, verhoging van de eigen effectiviteit, verhoging van motivatie, beweeggedrag). Hierbij wordt gebruik gemaakt van evaluatiestudies van GLLs, zoals de BewegingKuur.(9) Het meewerken met de KNGF aan een geupdate handleiding voor de FFS en het uitbreiden van de FFS met aanvullende vragenlijsten over zelfredzaamheid, ervaren gezondheid en bewegen.

2. Case studies:

- Focusgroepen met buurtsportcoaches, professionals uit de zorg en het sport- en beweegaanbod over de in de literatuur gevonden uitkomstmaten van leefstijlinterventies. Toetsen of deze uitkomstmaten reëel zijn en hoe deze in de praktijk toegepast kunnen worden. In aansluiting focusgroep gesprekken van traject 1, onderzoeksvraag a (maand 9).
- Het uitvoeren van de FFS en afnemen van aanvullende vragenlijsten bij deelnemers die instromen bij de fysiotherapeut. De FFS en vragenlijsten worden op drie momenten afgenomen: bij start van de behandeling en/of leefstijlinterventie (T0), na zes maanden (of einde behandeling/leefstijlinterventie) (T1) en zes maanden na T1 (T2) (maanden 9-44).

Instrumenten:

De **Fysiofitheidsscan** (FFS) is ontwikkeld door KNGF en toegankelijk voor een breed publiek (gezonde personen). De FFS bepaalt lengte, gewicht, percentage vet/vetvrije massa, buikomvang, normaalgewicht, algemeen uithoudingsvermogen, coördinatie en explosieve kracht en handknijpkracht.(25) Door de FFS in te zetten op meerdere momenten (T0,T1,T2) kan gemeten worden of de behandeling en/of leefstijlinterventie van de fysiotherapeut bijdraagt aan gezondheidswinst.

De **Zelfredzaamheid-Matrix** (52) is een instrument ontwikkeld door GGD Amsterdam naar Amerikaans voorbeeld. Het instrument maakt het mogelijk om de zelfredzaamheid van mensen snel

en eenvoudig te meten. De Zelfredzaamheid-Matrix is een geordend systeem waarbij aan elf domeinen van het dagelijks leven een waarde voor zelfredzaamheid wordt toegekend. Voor dit onderzoek wordt bekeken welke domeinen – al dan niet aangepast – of in combinatie met andere instrumenten, ingezet kunnen worden.

De **EQ-VAS** meet kwaliteit van leven, is eenvoudig toepasbaar en vraagt weinig tijd van deelnemers. Op een visueel analoge schaal (thermometer) wordt gevraagd hoe goed of slecht de gezondheid vandaag is (best mogelijke gezondheid = 100, slechts mogelijke gezondheid = 0). De EQ-VAS is betrouwbaar en goed bruikbaar in een design met meerdere metingen.(54)

Om fysieke activiteit te meten wordt gebruik gemaakt van de **gevalideerde vragenlijsten sport en bewegen** van Ooijendijk et al.(55) Deze vragenlijsten zijn gericht op zowel het meten van sportdeelname als het meten van bewegen in het algemeen.

Producten:

- Geupdate handleiding FFS waarin rol buurtsportcoach genoemd wordt.
- Uitgebreide FFS met meting voor kwaliteit van leven en bewegen,
- Landelijke database FFS.
- Output in termen van zelfredzaamheid en gezondheidswinst van leefstijlinterventies.

Studiepopulatie en powerberekening

De studiepopulatie van het one-group pretest/post design bestaat uit volwassenen van 18 jaar en ouder. In deze studie worden in 10 wijken mensen die – al dan niet op verwijzing van de huisarts – bij de fysiotherapeut komen geïncludeerd in het onderzoek. Het gaat dus om een convenience sample. Een RCT design zou het meest ideaal zijn, maar is gegeven de setting niet haalbaar. Ook een quasi-experimenteel design is niet realistisch omdat het moeilijk is om een goede vergelijkingsgroep samen te stellen. Het matchen op (niet observeerbare) factoren zoals motivatie en doorverwijzing door huisarts – die mogelijk bijdragen aan de effectiviteit - niet goed mogelijk is. Ook is het ethisch niet verantwoord om mensen met de FFS te testen en vragenlijsten te laten invullen en vervolgens geen behandeling en/of leefstijlinterventie aan te bieden.

In het one-group pre-test/post-test design functioneren deelnemers in de studie als hun eigen controle (reflexieve controle) (57,58).De effecten worden vastgesteld op basis van de meting bij aanvang van de behandeling/leefstijlinterventie (T0), na afloop van de behandeling/leefstijlinterventie (T1) en een half jaar later (T2), zodat ook effecten op langere termijn vastgesteld kunnen worden, bijvoorbeeld gedragsbehoud (blijven bewegen) en fitheid.

Een nadeel van dit design is dat er geen controle groep is, waardoor effecten niet met zekerheid toegeschreven kunnen worden aan de behandeling en/of leefstijlinterventie. Echter, doordat ook kwalitatieve informatie wordt verzameld in de vorm van interviews en focusgroep gesprekken met professionals en deelnemers, wordt dit (grotendeels) ondervangen.

De powerberekening die we gemaakt hebben is gebaseerd op een aantal aannames (zie verder). De power berekening gaat uit van $\alpha = 0,05$ en $\text{power} = 0.80$.

De huidige uitgangswaarde van de gemiddelde doorstroming uit leefstijlinterventies zoals de BeweegKuur bij de fysiotherapeut schatten we op 20%. Het aantal deelnemers, waarvan we op alle

drie meetmomenten gegevens hebben, berekenen we op 414 personen. De Intraclass Correlatie Coefficient (ICC) = 0.15.

De werkelijke structuur is wijken->fysiotherapeuten->groepen-> deelnemers.

We hebben 414 mensen en $10(\text{wijken}) * 2(\text{fysio}) * 4(\text{groepen})$. Dat is ongeveer 5 mensen per groep. Dit geeft een design-effect van $1 + (5-1) * 0,15 = 1,6$. Dit betekent dat we te maken hebben met een groepsgrootte van $414 / 1,6 = 258$ onafhankelijke waarnemingen.

Met dit aantal deelnemers is bij een uitkomst van 40% dit percentage met een onnauwkeurigheid van 6 % te schatten. Het 95 % betrouwbaarheidsinterval ligt dan tussen de 34% en de 46%. Bij een uitkomst van 30% is het 95 % betrouwbaarheidsinterval tussen de 24,4% en de 35,6%. Deze betrouwbaarheidsintervallen liggen ruim boven de grens van 20%, die als uitgangsmaat is gekozen. Dat betekent dat het aantal van 414 respondenten ruim voldoende is.

De powerberekening is gebaseerd op de volgende aannames:

1. De primaire uitkomstmaat is het wel of niet blijven bewegen na doorstroming en afronding van de behandeling. Uit ervaringen met de BeweegKuur blijkt dat de doorstroming van deelnemers naar het sport- en beweegaanbod ligt tussen de 10 en 30%, afhankelijk van de context (begeleider, omgeving). Voor de powerberekening gaan we uit van 20% doorstroming als criterium voor de huidige situatie. Tegen dit cijfer kunnen we dan de resultaten in de toekomst afzetten. We schatten in dat met de inzet van de buurtsportcoach en de leefstijlinterventies in dit project de uitstroom gemiddeld op 40% uitkomen (tussen de 30% en 50%). We hebben berekend of we met het aantal deelnemers in dit onderzoek uitspraken kunnen doen die voldoende boven de uitgangswaarde van 20% liggen.
2. Een deel van de effecten per groep wordt verklaard door verschillen in fysiotherapeut en diens context in de wijk. Er zijn nog geen gegevens uit onderzoek naar de BeweegKuur bekend om te kunnen onderbouwen hoe groot de Intraclass correlatie coefficient (ICC) is. Op basis van onderzoek naar gelijksoortige interventies op andere thema's nemen we als uitgangspunt voor de berekeningen een ICC van 0,15.

Het inschatten van de instroom en uitval van deelnemers aan leefstijlinterventies is als volgt: De instroom in leefstijlinterventies schatten we op basis van de ervaringen met de BeweegKuur in op 2 groepen van 8 personen per jaar per fysiotherapeut. Voor de onderzoeksperiode van 2 jaar is dit per fysiotherapeut 32 deelnemers. Gemiddeld zijn er 2 fysiotherapeuten per wijk. Dit betekent een instroom van 640 deelnemers ($32 \text{ deelnemers} * 2 \text{ fysiotherapeuten} * 10 \text{ wijken}$).

De uitval tijdens de metingen schatten we als volgt in:

- a. Uitval tijdens het programma 10% = 576
- b. Uitval door non-respons op T1 10% = 518
- c. Uitval door non-respons op T2 20% = over 414 deelnemers.

Ad a. Voor de mogelijke uitval tussen T0 en T1 baseren we ons op ervaringen in de praktijk omdat in de meeste gepubliceerde studies gegevens over uitval niet zijn gerapporteerd. (40,60-62) Gegevens van de BeweegKuur en gezondheidsmakelaars in Nijmegen laten zien dat de uitval in de praktijk gering is, minder dan 1 persoon gemiddeld in een groep van 8 personen. Ook landelijke gegevens laten zien dat de uitval niet meer dan 10 % is. Een Community in Beweging interventie in Helmond rapporteert een uitval van minder dan 10% en een community interventie in Eindhoven heeft een uitval van 2 deelnemers van de 40. (63) De evaluatie van bewegingsstimulering en valpreventie meldt

dat er weinig uitval is in de groepen en dat het aantal deelnemers juist groeit.(64) Op grond hiervan is onze inschatting dat de uitval tijdens de leefstijlinterventie maximaal 10 % zal zijn.

Ad b. We gaan ervanuit dat de fysiotherapeut voor de metingen en het invullen van de vragenlijsten op T0 en T1 de groep voor het merendeel gemotiveerd krijgt, omdat het aan het eind van de leefstijlinterventie is. Op grond hiervan is de schatting van de uitval 10% op T1.

Ad c. Voor de inschatting van de uitval gedurende de nametingen hebben we gekeken naar een Nederlandse studie waarin onder lage SES groepen enquêtes per post zijn toegestuurd. Kloek et al.(61) hadden een respons van 60% op een schriftelijk toegestuurde vragenlijst. De uitval van de follow-up vragenlijst, twee jaar later verzonden, was 31%. Deze data komen overeen met uitvalpercentages van studies met een cohort-follow up beschreven in een review naar community interventies.(65) Uit studies in dezelfde review blijkt dat wanneer gewerkt wordt met een persoonlijke benadering, zoals telefoon, de uitval aanzienlijk lager is. Omdat de studiepopulatie op uitnodiging van de fysiotherapeut persoonlijk (telefonisch) benaderd wordt voor een derde meting en deelnemers van tevoren op de hoogte zijn van de nameting, verwachten wij dat de uitval van deelnemers bij de nameting rond de 10% tot 20% ligt. Om deelnemers te stimuleren voor de derde meting, ontvangen zij een waardebon van € 15,-. Op grond daarvan is de schatting dat de uitval tussen T1 en T2 niet meer dan 20% bedraagt.

ANALYSE

De resultaten van de interviews en focusgroepen worden systematisch geanalyseerd. De data verkregen uit de interviews en focusgroep gesprekken worden opgenomen en in intelligent verbatim style uitgewerkt. Analyse met het kwalitatieve data analyse programma ATLAS.ti (version 7) maakt het mogelijk om zowel met te voren vastgestelde codes als met vrije codes de data transparant te ordenen, om ervoor te zorgen dat het perspectief van deelnemers, professionals en wetenschappers zo goed mogelijk weergegeven wordt.(66,67) De analyse begint met het labelen van fragmenten uit de interviews en focusgroep gesprekken op basis van theoretische concepten (gedragssysteem, HALL-raamwerk, reflexieve monitoring, participatie, doorstromen en zelfredzaamheid) (top-down), vervolgens worden sleutelwoorden zoals aangedragen door respondenten toegekend aan de data (bottom-up). Om de betrouwbaarheid te verhogen wordt de analyse, de interpretatie van fragmenten, het toekennen van codes en het categoriseren door meerdere onderzoekers en projectgroepleden gedaan, bediscussieerd en gecrosschecked. Ook worden de resultaten van de analyse besproken in de workshops met professionals, beleidsmakers en wetenschappers niet direct betrokken bij het onderzoek.

Voor de kwantitatieve data, dat wil zeggen de relaties tussen de afhankelijke variabelen (scores op zelfredzaamheid, het wel/niet gaan bewegen in de buurt, scores op de FFS, de EQ-Vas en bewegen) en de onafhankelijke variabelen (scores op capacity mapping, geslacht, leeftijd) worden multivariate analyse technieken gebruikt.

VALIDITEIT ONDERZOEK

De combinatie van actieonderzoek, procesevaluatie en het 'one-group pre-test/post-test' design maakt het mogelijk de effecten van de inzet van de buurtsportcoach en van de leefstijlinterventies zichtbaar te maken en te koppelen.

Actieonderzoek heeft een evaluatie- en een actiefunctie. Dit levert contextgevoelige kennis(26) die direct bijdraagt aan de voortgang in de praktijk.(23). Dit houdt in dat het vaststellen van (intermediaire) uitkomstmaten en de wijze waarop deze tot stand komen onderdeel zijn van de aanpak en dat intermediaire en uitvoerende doelgroepen hierin actief betrokken zijn. Gedurende het onderzoek worden (tussen-) resultaten teruggekoppeld aan betrokkenen (gemeenten, professionals, buurtsportcoaches), opdat de praktijk desgewenst bijgestuurd kan worden. Ook worden leerervaringen die zijn opgedaan in de ene wijk ingezet in een volgende wijk, zodat de praktijk direct voordeel heeft van opgebouwde kennis en deze (opnieuw) getoetst kan worden. Op deze wijze worden kennis en producten in en met de praktijk en wetenschap gecreëerd. De communicatie activiteiten (zie valorisatieplan) hebben hierin een belangrijke rol.

In de onderzoeksopzet wordt zowel de interne als de externe validiteit geoptimaliseerd door de combinatie van actieonderzoek, procesevaluatie en het one-group design. Het principe van triangulatie wordt voortdurend toegepast om de betrouwbaarheid van het onderzoek te optimaliseren. Hierbij gaat het om multiple methods (kwalitatief en kwantitatief), multiple sources (verschillende groepen in het onderzoek betrokken) en multiple cases.(68,69)

De interne validiteit wordt verhoogd door methoden- en bronnen triangulatie en door het checken van onderzoeksresultaten met de verschillende doelgroepen. Andere verificatietechnieken voor de interne validiteit zijn consultatie met experts (zie kennisoverdracht) en 'loop learning'.(23,70)

De externe validiteit wordt verhoogd door multiple case studies.(71,72) Case studies vinden plaats in een real-life context en geven inzicht in en hoe en waarom van gebeurtenissen in de praktijk. Gelijke resultaten in verschillende cases maken het mogelijk algemene conclusies te trekken.(68,73) Voor dit onderzoek bijvoorbeeld over de meerwaarde van de inzet van de buurtsportcoach en (nieuwe) onderzoeksmethoden en instrumenten.

HAALBAARHEID

Vanaf 2013 gaan zo'n 2.900 buurtsportcoaches aan de slag in ongeveer 90% van de gemeenten. Buurtsportcoaches worden vanuit het rijk structureel gefinancierd (40% loonkosten). De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de co-financiering van 60%.

De kans is zeer groot dat het lukt voldoende gemeenten en wijken in het onderzoek te betrekken. In de praktijk is veel enthousiasme en bereidheid om mee te doen aan dit project. Dit blijkt ook uit de grote hoeveelheid steunbrieven die zijn ontvangen van:

Organisaties voor de sport:

- FitVak! Branche organisatie erkende sport- en bewegingscentra.
- KNBLO, Wandelsportorganisatie Nederland.
- Nationaal Platform Zwembaden NRZ.
- NOC&NSF.

Gemeenten:

- Nijmegen.
- Heusden.
- Zwolle.
- Den Haag.

Werkgevers van buurtsportcoaches:

- Stichting de Schroef.
- SportDrenthe
- Sport Fryslân.

ROS: ROS Friesland.

Zorgverzekaar: VGZ.

Voorts zijn er verschillende organisaties die interesse hebben getoond in het onderzoek zoals team Sport van de gemeente Hellendoorn, Eerstelij Amsterdam, en Sterk-R, Drunen.

De projectgroep is zeer gemotiveerd en samenwerking wordt als meerwaarde beleefd. Tussen verschillende partners bestaat al langdurige samenwerking. De landelijke partners zijn bepalende spelers en hebben direct invloed op de manier waarop buurtsportcoaches werken. Alle partners dragen bij aan het onderzoek, waardoor samenwerking tussen praktijk, wetenschap en beleid is verzekerd. Alle partners onderschrijven het doel van dit project dat de verbinding tussen zorg, sport & bewegen gemaakt moet worden.

Gezamenlijk hebben partners de expertise, ervaring en middelen om dit doel te realiseren.

- WUR heeft expertise op het terrein van gezondheidsbevordering, de evaluatie ervan en methoden van onderzoek in en met de praktijk. Projecten zijn onder meer de netwerkvorming rondom de BeweegKuur, Communities in Beweging en Gezond Ouder Worden (Academische werkplaats AGORA)
- Het UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde heeft brede ervaring in het verbinden van en onderzoek doen naar public health en de 1e lijn, onder andere binnen het Koploperprogramma, de Coöperatie voor Wijkkennis en het onderdeel Integraal Gezondheidsbeleid van de Academische werkplaats AMPHI.
- NISB is als kennisinstituut onderdeel van de landelijke ondersteuningsstructuur sport & bewegen in de buurt. NISB stimuleert de netwerkvorming rondom GLIs, heeft een digitaal platform met 2500 professionals en contacten met interventie-eigenaren, koepel- en branche organisaties in de sport en eerstelijnsgezondheidszorg en opleidingen. Het voorgestelde onderzoek sluit aan bij de ambitie Verbinden Zorg, Sport en Bewegen, gefinancierd door de instellingssubsidie (2013-2016) van NISB.
- De ROS besteedt aandacht aan de verbinding tussen preventie, curatie en participatie en werkt aan de borging van de opgebouwde netwerkstructuur rondom GLIs. De ROS heeft contact met eerstelijns zorgaanbieders, zorggroepen, gemeenten, GGD'en en Sportraden.
- De VSG is een landelijk erkend netwerk en platform voor gemeenten en heeft een digitaal panel. Dit biedt mogelijkheden om kennis en ervaring uit te wisselen en te verspreiden. De VSG adviseert gemeenten over de inzet van buurtsportcoaches en heeft een rol in de monitoring ervan.

- Het KNGF heeft als doel fysiotherapeuten te ondersteunen in het begeleiden van cliënten en heeft hiertoe de FFS ontwikkeld. Het KNGF onderschrijft de visie dat patiënten door moeten stromen naar het reguliere sport- en beweegaanbod. Binnen dit project is de FFS een belangrijk instrument om de effectiviteit van het advies van de buurtsportcoach te bepalen.

In het project worden twee Aio's aangesteld, één is werkzaam bij de Wageningen Universiteit, één is werkzaam bij de Radboud Universiteit Nijmegen, in bepaalde perioden werken zij bij NISB, ROS, VSG en KNGF. De ervaring leert dat zodoende korte lijnen tussen onderzoek, praktijk en beleid ontstaan. Dit vergemakkelijkt het proces van het gezamenlijk genereren van kennis die relevant is, direct bruikbaar en makkelijk in te bedden in de organisaties.

PLANNING

| Onderzoeksfasen en activiteiten | 2013 | | | | 2014 | | | | 2015 | | | | 2016 | | | | 2017 | | | | | | |
|---|------|---|---|---|------|----|----|----|------|---|---|---|------|---|---|---|------|----|----|----|---|---|---|
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Voorbereiding | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Netwerk opzetten, project inrichten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Literatuurstudie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Instrumenten ontwikkelen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Opzetten database, registratiesysteem, FFS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Case studies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (a) Interviews uitvoerenden (1a, 2a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (b) Focus groepen (1a, 1c, 2b, 2c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (c) Interviews intermediairen (1b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (d) Netwerkanalyse-capacity mapping (1b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (e) Effectarena (1c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (f) FFS en vragenlijsten (2c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Kennisoverdracht en valorisatie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (a) 10 wijkrapportages | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (b) Twee proefschriften | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ad 2. Case studies. Dit omvat ook scoringslijsten, wijkanalyses, beheer beide databases en analyse data.

Ad 3. Kennisoverdracht en valorisatie. Dit omvat meerdere producten en activiteiten voor de implementatie en communicatie

LITERATUURLIJST

1. Ministerie van VWS. Beleidsbrief sport. Sport en Bewegen in Olympisch perspectief. Den Haag 2011.
2. Ministerie van VWS. Landelijke Nota gezondheidsbeleid. Gezondheid dichtbij, Den Haag 2011.
3. Ministerie van VWS. Programma Sport en Bewegen in de Buurt, Den Haag 2011.
4. Werkgroep flankerend beleid buurtsportcoaches. Aan de slag met de buurtsportcoach. Eindrapport. Den Haag 2012.
5. Heijden A van, Leijenhorst M, Kamthout J van, Hilhorst J, Boers E, Beth J, Lucassen J. Impuls lokaal bekeken: Meer en beter. Verdiepingsonderzoek naar effecten en processen van de inzet van combinatiefunctionarissen binnen de eerste tranche gemeenten. Mulier Instituut/Kennispraktijk 2011.
6. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010, World Health Organisation 2011
7. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. Fam Pract 2012;29(suppl 1):i132-8.
8. CGL. De BeweegKuur. Loket Gezond Leven. Bilthoven: RIVM, 2010: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/b/12786/>
9. Helmink JHM, Meis JJM, Weerd I de, Visser FN, Vries NK de, Kremers SPJ. Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. Int J Behav Nutri Physical Activity 2010;7:49.
10. Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder LEJ, Hollander EL de, Barte JCM, Tariq L, Jacobs-van der Bruggen MAM. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de BeweegKuur. RIVM 2008.
11. Den Hartog F, 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 University 2012.
12. Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers F, Kremers SPJ. Inhoudelijke monitor lokale netwerken. Universiteit Maastricht 2012.
13. Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers FJM, Kremers SPJ. Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners Najaar 2011. Universiteit Maastricht 2012.
14. Wagemakers A, Hartog F den, Vaandrager L. Van vonkjes naar vuurtjes. Pilot evaluatie netwerkvorming rondom de BeweegKuur. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij. Wageningen University 2011.
15. Meijer S, Hesselink A, Martens M. Leefstijlbeïnvloeding in de eerstelijns. Verkenning naar de ervaringen van zorgverleners. RIVM briefrapport 255022001/2012. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2012.
16. Denge PJ ter. Gezondheidsmakelaar als vliegwiel. Een evaluatieonderzoek naar het project gezondheidsmakelaars in Nijmegen. Conceptrapport. Gemeente en GGD Nijmegen, 2012.
17. Rutte M, Samsom D, Brugge slaan, regeerakkoord VVD-PVDA 2012.
18. Lanting LC, Zwicker MC, Kuiper JI, Adriaensens L, Kok MO, Dale D van. Evaluatie van het erkenningstraject voor interventies. RIVM briefrapport 255001004/2012. Bilthoven, RIVM 2012.

19. Kok MO, Vaandrager L, Bal R, Schuit J. Practitioner opinions on health promotion interventions that work: Opening the 'black box' of a linear evidence-based approach. *Soc Sci Med* 2012;74:715-23.
20. Wartna J, Vaandrager L, Wagemakers A, Koelen MA. "Er is geen enkel werkzaam principe dat altijd werkt". Een eerste verkenning van het begrip werkzame principes. Wageningen: Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij. Wageningen University 2012.
21. Brink C, Lucassen A, Middelaar M, Poll A. Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties. MOVISIE 2012.
22. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre M-C, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promot* 2009;16(2):5-11.
23. Wagemakers A. Community health promotion. Facilitating and evaluating coordinated action to create supportive social environments. Thesis. Wageningen University, Wageningen 2010.
24. Olthof S. Notitie FFS april 2012 buurtsportcoach. KNFG, Amersfoort 2012.
25. Handleiding Fysiofitheidscaan.
http://www.paramedisch.org/images/stories/cursussen/sport/Handleiding_FysioFitheidScan_2011.pdf
26. Vaandrager L, Wagemakers A, Saan H. Evidence in gezondheidsbevordering. *TSG* 2010;88:270-6.
27. Michie S, Stralen MM van, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011;6(42).
28. Ajzen I & Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, New York: Prencice Hall 1980:23.
29. Aarts H, Paulussen T & Schaalma H. Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviours. *Health Educ Res* 1997;12; 363-74.
30. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. What is needed for coordinated action for health? *Fam Pract* 2008;25:i25-31.
31. Harting J, Kunst AE, Kwan A, Stronks K. A 'health broker' role as a catalyst of change to promote health: an experiment in deprived Dutch neighbourhoods. *Health Promot Int* 2011;26;65-81.
32. Mierlo B van, Regeer R, Amstel M van, Arkesteijn M, Beekman V, Bunders J, Cock Buning C de, Elzen B, Hoes AC, Leeuwis C. Reflexive Monitoring in Action. A guide for monitoring system innovation projects. Communication and Innovation Studies WUR and Athena Institute VU 2010.
33. Berendsen BJ, Hendriks MRC, Verhagen EALM, Schaper NC, Kremer SPJ, Savelberg HHCM. Effectiveness and cost-effectiveness of 'BeweegKuur', a combined lifestyle intervention in the Netherlands: Rationale, design and methods of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011;11(815)
34. Duijzer G, Jansen SC, Haveman-Nies A, Bruggen R van, Beek J ter, Hiddink GJ, Feskens EJM. Translating the SLIM diabetes prevention intervention into SLIMMER: implications for the Dutch primary health care. *Fam Pract* 2012;29:i145-52.
35. Helmink JHM, Kremer SPJ, Boekel LC van, Brussel-Visser FN van, Preller L, Vries NK de . The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. *Fam Pract* 2012;29:i68-74
36. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M, Tuomilehto J, Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by

- lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet* 2006; 368(9548):1673-79.
37. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4, Supplement 1):73-107.
 38. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Quality Health Care* 2005; **17**(2):141-6.
 39. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Soc Sci Med* 2000;51(9);843-57.
 40. Harting J, Assema P van. *Community-projecten in Nederland: de eeuwige belofte?* ZonMw 2007
 41. Pretty JN. *Regenerating agriculture policies and practice for sustainability and self-reliance.* London: Earthscan Publication Ltd. 1995.
 42. South J, Fairfax P & Green E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expect* 2005;8;64-73.
 43. Watson MC. Normative needs assessment: is this an appropriate way in which to meet the new public health agenda? *Int J Health Promot Edu* 2002;40(1);4-8.
 44. Wagemakers A, Koelen MA, Lezwijn J, Vaandrager L. Coordinated action checklist: A tool for partnerships to facilitate and evaluate community health promotion. *Global Health Promot* 2010;17(3):17-28.
 45. Zaalmink BW, Smit CT, Wielinga HE, Geerling-Eiff FA, Hoogerwerf L. *Netwerkgereedschap voor vrije actoren. Methoden en technieken voor het succesvol begeleiden van netwerken.* Wageningen University 2007.
 46. Vaandrager L, Driessen Mareeuw F van der, Naaldenberg J, Klerkx L, Molleman G, Regt W de, Zandvliet J. *De kennisinfrastructuur van de Openbare Gezondheidszorg; vorm en functioneren* ZonMw, Den Haag 2010.
 47. Broucke, S van den. Health promotion capacities. Powerpoint presentatie. 5th European Public Health Conference. Malta:8-10 nov 2012.
 48. Wolfenstetter SB. Conceptual framework for standard economic evaluation of physical activity programs in primary prevention. *Prev Sci* 2011;12;435-51
 49. Deuten J. *Gebruikershandleiding EffectenArena.* Aedes, SEV. Hilversum, Rotterdam: 2009.
 50. Lezwijn J, Vaandrager L, Naaldenberg J, Wagemakers A, Koelen MA, Woerkum CMJ van. Healthy ageing in a salutogenic way: building the HP 2.0 framework. *Health Soc Care Community* 2011;19(1):43-51.
 51. Kelly CM, Baker EA, Brownson RC, Schootman M. Translating research into practice: using concept mapping to determine locally relevant intervention strategies to increase physical activity. *Eval Program Plann* 2007;282-93.
 52. Lauriks S, Buster MCA, Wit MAS de, Weerd S van de, Tigchelaar G. *Zelfredzaamheid-Matrix.* GGD Amsterdam 2010.
 53. Hersey P, Blanchard K, Johnson D. *Management of organisational behavior,* Prentice Hall 1969-2007.
 54. Lans J van der. *Zorg en Welzijn. Keuzes mogelijk maken.* In: Hurenkamp en Kremer (red.). *Vrijheid Verplicht, over tevredenheid en de grenzen van de keuzevrijheid.* Van Gennep, Amsterdam 2005, p 186-206.
 55. Morris S, Devlin N, Parkin D. *Economic analysis in health care.* Wiley, Chichester 2007.

56. Ooijendijk W, Wendel-Vos W, de Vries S. Advies Consensus vragenlijsten sport en bewegen, TNO, preventie en zorg, Leiden 2007.
57. Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation: design & analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin Company, 1979.
58. Koelen MA, Ban AW van den. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers 2004.
59. Cohen J. Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):155-9.
60. Hiemstra A, Kalkman I, Vlasveld A, Aldenkamp R, Herens M, Van Lindert C. Doe mee. Beweeg mee. De eindbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2006). Bennekom: NISB 2007.
61. Kloek GC, Lenthe FJ van, Nierop PWM, Koelen MA, Mackenbach JP. Impact evaluation of a Dutch community intervention to improve health-related behaviour in deprived neighbourhoods. *Health & Place* 2006;12:665-77.
62. Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M, Vaandrager L, Riet H van 't, Dijkshoorn H. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promot Educ* 2008;15(4):17-23.
63. Berg S van. Gezond in de buurt in beweging. Een project naar aanleiding van het 10-jarig bestaan van 'Gezond in de buurt'. MSc onderzoek. Eindhoven, GGD Brabant-Zuidoost 2010.
64. Wijnhuizen GJ, Nauta S. Evaluatie bewegingsstimulering en valpreventie bij allochtone ouderen: een pilotstudie. TNO 2007.
65. Baker PRA, Soares FDP, Weightman AL, Foster C. Community wide interventions for increasing physical activity. Review. The Cochrane Collaboration. John Wiley and Sons, 2011.
66. Coffey A, Atkinson P. Making sense out of qualitative data. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1996.
67. Silverman D. Interpreting qualitative data. London UK: SAGE, 2006.
68. Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C. Health Promotion: dilemmas and challenges. *J Epid Community Health* 2001;55(4):257-62.
69. Cohen DF, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med* 2008;6(4):331-9.
70. Argyris C. Single-loop and double-loop models in research on decision making. *Administration Sci Quart* 1976;21(3):363-75
71. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Rev Public Health* 2007;28:413-33
72. Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Klesges LM, Bull S, Glasgow RE. Behavior change intervention research in community settings: how generalizable are the results? *Health Promot Int* 2004;112(1):155-9
73. Yin RK. Case Study Research. Design and Methods. Third Edition. Sage Publications, California, 2003.