

Samen in Beweging *met kwetsbare bewoners*

Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om ‘in beweging’ te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk





Werkplaats Sociaal Domein
Regio Zwolle



Samen in beweging



Academische werkplaats



Noord- en Oost-Gelderland



KEEN
GEEND
HOUPAST

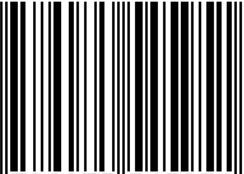


IJsselland

Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door:



ISBN 978-90-75545-95-1



9 789075 545951 >

Monica Stouten-Hanekamp, MSc
Alie Velvis, MSc
Maarten van Garderen, MSc
Drs. Marieke Jansen-van Vilsteren
Ir. Cobi Izeboud
Dr. Ir. Geerke Duijzer



SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS

Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om ‘in beweging’ te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk

Monica Stouten-Hanekamp, MSc
Alie Velvis, Msc
Maarten van Garderen, MSc
Drs. Marieke Jansen - van Vilsteren
Ir. Cobi Izeboud
Dr. Ir. Geerke Duijzer

November, 2020



Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door:



Samen in Beweging met kwetsbare inwoners

Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om ‘in beweging’ te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk

Een uitgave van de Werkplaats Sociaal Domein regio Zwolle, i.s.m. GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost-Gelderland en Academische Werkplaats AGORA

Geschreven door

Monica Stouten-Hanekamp, MSc, Lectoraat Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

Alie Velvis, Msc, Lectoraat Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

Maarten van Garderen, MSc, Lectoraat Zorg & Zingeving

Hoofdstuk 6 is geschreven door

Drs. Marieke Jansen - van Vilsteren, GGD IJsselland

Ir. Cobi Izeboud, GGD Noord- en Oost-Gelderland

Dr. Ir. Geerke Duijzer, Academische Werkplaats AGORA

November, 2020

Afbeelding omslag: Beeldbank GGD Noord- en Oost-Gelderland

Viaa

Postbus 10030

8000 GA ZWOLLE

038 - 425 55 42



Dit werk valt onder een [Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Woord vooraf

‘Samen in Beweging voor een sterke sociale basis’

Door de transities in het sociaal domein verandert er veel voor mensen die zorg krijgen, voor mensen die zorg bieden, voor mantelzorgers, vrijwilligers en welzijnswerkers. Maar de transities bieden ook veel kansen die kunnen leiden tot verbetering. Het besef groeit dat preventie een belangrijk aandachtspunt is bij de ontwikkeling van het sociaal domein in de gemeente.

De behoefte om samen te werken is groot. We willen daarom niet alleen investeren in het versterken en verbeteren van bestaande interventies, maar ook juist in het netwerk en het creëren van overzicht en samenhang tussen de initiatieven. Om uiteindelijk een succesvolle en samenhangende uitvoering van taken op het gebied van preventie en zorg te realiseren.

Het versterken van samenwerken is een abstract begrip dat concreter wordt als samenwerken direct gekoppeld is aan de praktijk en de uitvoering. Deze wijze van samenwerking in een stevige en herkenbare sociale basisinfrastructuur maakt het mogelijk om het aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van de lokale bevolking.

We doen dat vanuit de benadering van positieve gezondheid. Hierbij ligt de nadruk op veerkracht, aanpassingsvermogen en eigen kracht en regie van de mens en niet op beperkingen of ziekte.

Er is niet altijd een pasklare oplossing, maar we kunnen wel kennis en ervaring op doen bij de inzet van preventiemaatregelen en effectieve interventies en samen leren. Het consortium van het 4-jarig project ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’, samen met GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost-Gelderland, Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle (vormgegeven vanuit Hogeschool Viaa) en Academische Werkplaats AGORA en zes deelnemende gemeenten, waaronder Kampen, is hierop gericht.

Dit rapport beschrijft de opbrengsten van het eerste projectjaar; de visie op ‘in beweging komen’ door inwoners en professionals en de wensen en behoeften ten aanzien van integrale samenwerking in de gemeente. Het rapport geeft ook een mooie vooruitblik op fase 2, waarin de effectieve interventie Welzijn op Recept centraal staat.

In fase 2 gaan de samenwerkende partijen met praktijkorganisaties uit zorg, sport, welzijn en beleid aan de slag en hopen we te kunnen laten zien dat het samenbrengen van deze werelden daadwerkelijk wat kan en gaat opleveren voor zowel de professional in zorg, welzijn en beleid als zeker ook voor de inwoners.

De gemeente Kampen is trots daarbij betrokken te zijn!

Jan Peter van der Sluis

*Wethouder Coördinatie Sociaal Domein
Gemeente Kampen*

Inhoud

WOORD VOORAF	3
SAMENVATTING	7
SUMMARY	9
HOOFDSTUK 1 OVER SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS	11
1.1 AANLEIDING VOOR HET PROJECT	11
1.2 DEFINITIE KWETSBAAARHEID	12
1.3 LOKALE INBEDDING	13
1.4 SAMENWERKINGSVERBAND	14
1.5 VRAAGSTELLING	15
1.6 LEESWIJZER	15
HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER	17
2.1 PARTICIPATIE EN INCLUSIE	17
2.2 POSITIEVE GEZONDHEID EN SALUTOGENESE	18
2.3 INTEGRAAL SAMENWERKEN EN SAMEN LEREN	19
2.4 KWETSBARE GROEPEN IN BEWEGING KRIJGEN	20
HOOFDSTUK 3 OPERATIONALISERING EN ONDERZOEKSOPZET	25
3.1 ONDERZOEKSMETHODE	25
3.1.1 <i>Waarderend Onderzoek</i>	25
3.1.2 <i>Samen leren</i>	27
3.2 OPERATIONALISERING	27
3.3 ONDERZOEKSOPZET EN VERANTWOORDING	28
3.3.1 <i>Kwaliteit</i>	29
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	33
4.1 VISIE OP 'IN BEWEGING KOMEN' DOOR INWONERS EN PROFESSIONALS	33
4.1.1 <i>Het huidige bewegen en het aanbod</i>	33
4.1.2 <i>Motieven om te bewegen</i>	33
4.1.3 <i>Werkzame factoren</i>	34
4.2 INTEGRALE SAMENWERKING	37
4.2.1 <i>Huidige samenwerking</i>	37
4.2.2 <i>Wensen ten aanzien van integrale samenwerking</i>	38
4.2.3 <i>Behoefte aan overzicht</i>	38
4.2.4 <i>Doorverwijzen</i>	38
4.2.5 <i>Behoefte aan gemeenschappelijke visie</i>	39
4.2.6 <i>Nieuwe partners betrekken</i>	39

4.2.7 Centrale rol huisartsen	39
4.2.8 Moeilijk bereikbare inwoners bereiken	39
4.2.9 Samenwerking tussen organisaties bevorderen.....	39
4.2.10 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)	40
HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE EN DISCUSSIE	41
5.1 MOTIEVEN EN BEHOEFTE TEN AANZIEN VAN HET DEELNEMEN AAN BEWEEG- EN WELZIJNS ACTIVITEITEN	41
5.2 STIMULERENDE FACTOREN	41
<i>Stimulerende factoren op persoonlijk niveau.....</i>	<i>42</i>
<i>Stimulerende factoren in de sociale omgeving</i>	<i>42</i>
<i>Stimulerende factoren in de fysieke omgeving</i>	<i>43</i>
5.3 INTEGRALE SAMENWERKING	43
5.4 DISCUSSIE	44
5.5. AANBEVELINGEN	47
HOOFDSTUK 6 VOORUITBLIK PROJECTFASE 2.....	49
6.1. IMPLEMENTATIE IN FASE 2 - INTERVENTIEMIX.....	49
6.1.1 <i>Welzijn op Recept</i>	50
6.1.2 <i>Logisch model</i>	50
6.2 ONDERZOEK PROJECTFASE 2.....	50
6.2.1 <i>Evaluatievragen</i>	50
6.2.2 <i>Aanpak evaluatie</i>	51
6.2.3 <i>Samen leren</i>	51
6.2.4 <i>Opbrengst evaluatie</i>	51
LITERATUUR	52
BIJLAGE A VRAGENLIJSTEN.....	55
BIJLAGE B BIJEENKOMSTEN EN BETROKKENEN PER GEMEENTE	59
BIJLAGE C CODEBOOM SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS FASE 1	61
BIJLAGE D SCHEMATISCHE WEERGAVE RESULTATEN	62
BIJLAGE E LOGISCH MODEL.....	63

Samenvatting

In dit rapport worden de bevindingen weergegeven van het eerste projectjaar van het project 'Samen in Beweging met kwetsbare inwoners'. In dit project ontwikkelen zorg-, welzijn- en sportprofessionals, gemeenten en inwoners met elkaar een goede praktijk waarbinnen inwoners gestimuleerd worden om in beweging te komen. In lijn met de theorie van Positieve Gezondheid, wordt bewegen, om de gezondheid te stimuleren, binnen het project breed opgevat. Enerzijds gaat het om bewegen in lichamelijke zin. Anderzijds wordt bewegen binnen dit project meer figuurlijk gezien. Deelname aan activiteiten zorgt ook voor sociale beweging en vergroot het gevoel van onderlinge betrokkenheid van inwoners en mentaal welbevinden. Het onderliggende doel is om inclusie, gezondheid en welzijn van de inwoners te stimuleren.

Het project wordt uitgevoerd door het consortium 'Samen in beweging' dat bestaat uit GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost-Gelderland, Academische Werkplaats AGORA, Hogeschool Viaa/WSD en de zes deelnemende gemeenten (Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Oost Gelre en Winterswijk). Het 4-jarige project wordt mede mogelijk gemaakt voor ZonMw vanuit het preventieprogramma 'Aan de slag met preventie in uw gemeente'.

Het project kent twee doelstellingen. Het hoofddoel van het project is dat kwetsbare inwoners langer vitaal zijn, thuis (kunnen) blijven wonen en mee kunnen doen in hun gemeente, op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden en behoeften. In het zogenaamde integrale gezondheidsbeleid zetten de deelnemende gemeenten in op bewegen als middel om dit doel te bereiken. Het tweede onderliggende doel van dit project is om middels een integrale aanpak te komen tot een gebiedsgerichte aanpak die kwetsbare doelgroepen in beweging brengt om mee te doen in de lokale gemeenschap.

Het project omvat twee fasen. De eerste fase duurt 1 jaar en omvat het opstellen van een lokaal plan van aanpak voor integraal gezondheidsbeleid. De tweede fase duurt 3 jaar en is gericht op de uitvoering van dit plan van aanpak binnen de zes deelnemende gemeenten. Dit rapport beschrijft de opbrengsten uit de eerste fase en geeft een vooruitblik op de tweede fase die op het moment van schrijven gestart is.

In dit rapport over Fase 1 staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat is er nodig voor de gemeenten Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Winterswijk en Oost Gelre, in samenwerking met inwoners en professionals uit zorg, sport en welzijn, om te komen tot een integraal gedragen plan van aanpak dat bijdraagt aan gezondheid en participatie van kwetsbare inwoners?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er middels de methode van waarderend onderzoek in iedere gemeente focusgroepen georganiseerd onder inwoners en stakeholders. De input van de deelnemers aan de focusgroepen is op detailniveau samengevat en vervolgens met behulp van Atlas Ti axiaal gecodeerd. De onderzoeksgegevens zijn per gemeente afzonderlijke geanalyseerd. Vervolgens zijn deze analyses samengevoegd.

Op basis van de onderzoeksgegevens kunnen twee hoofdthema's worden onderscheiden: 'Visie op in beweging komen door inwoners en professionals' en 'Integrale samenwerking'.

- Uit het eerste hoofdthema blijkt dat inwoners doelmatig, recreatief en in georganiseerd verband bewegen.
 - Het aanwezige beweegaanbod binnen de zes gemeentes is ruim aanwezig. Onder dit beweegaanbod worden activiteiten verstaan waar mensen door in beweging komen, zowel fysiek als sociaal. Bijvoorbeeld kaartclubs, koffieochtenden en wandelgroepjes. Wel ervaren zowel inwoners als stakeholders dat het aanbod gefragmenteerd is.

- Er worden verschillende redenen genoemd waarom men in beweging komt en deelneemt aan activiteiten. De belangrijkste reden lijkt de behoefte aan sociaal contact te zijn. Daarnaast wil men ook vitaal en gezond blijven. Voor de oudere doelgroep geeft dit de mogelijkheid om lang zelfstandig te kunnen blijven leven. Tot slot wordt ook aangegeven dat in beweging zijn belangrijk is voor het ervaren van mentaal welbevinden.
- Ook zijn er ten aanzien van dit thema verschillende werkzame factoren te onderscheiden die de doelgroep helpen om daadwerkelijk in beweging te komen, specifiek wat betreft bewegen in georganiseerd verband. Op drie niveaus, persoonlijk, sociale omgeving en fysieke omgeving, zijn er factoren naar voren gekomen. In veel gevallen is kennis over & bewustwording van het belang van een gezonde levensstijl en participatie de eerste stap naar activiteiten. Maar om deze stap daadwerkelijk te kunnen maken kan een maatje die meegaat de drempel verlagen. Daarnaast moeten de ontmoetingen laagdrempelig zijn, dit kan onder andere door samenkomsten te organiseren rondom collectieve activiteiten. Dit legt minder de nadruk op sociale vaardigheden. Vervolgens kan een overzichtelijke groepsomvang, bekende gezichten, geen prestatiedruk en een leiding die expliciet rekening houdt met de (on)mogelijkheden van de deelnemers, de mogelijkheden om te blijven participeren vergrootten. Ook de fysieke ruimte waar de activiteiten plaatsvinden is van belang. Deze moet centraal en makkelijk te vinden zijn, verwelkomend en multifunctioneel.
- Het tweede hoofdthema heeft betrekking op integrale samenwerking. Hieruit blijkt dat er binnen de zes gemeenten op verschillende niveaus wordt samengewerkt en dat deze samenwerking wordt gewaardeerd. Ten aanzien van de samenwerking worden door de geïnterviewde stakeholders verschillende wensen geuit. Men wil beter op de hoogte zijn van elkaars activiteiten, meer naar elkaar doorverwijzen, netwerken bouwen, versterken en uitbreiden met als doel om inwoners te bereiken en te stimuleren tot beweging.

Ten aanzien van de onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor motieven en behoeften voordat bewegen kan worden gestimuleerd. Hierbij is het respecteren en stimuleren van eigen regie en eigen verantwoordelijkheid van belang. Verder kan worden geconcludeerd dat er ten aanzien van de integrale samenwerking winst te behalen valt. Er wordt sterkst op individueel niveau samengewerkt. Er is in mindere mate sprake van collectieve samenwerking. Binnen de verschillende gemeenten is er een duidelijke wens aanwezig om de samenwerking te versterken, te verdiepen en te verbreden.

Tot slot worden er op basis van dit rapport drie aanbevelingen gedaan:

- Betrek inwoners bij het opzetten en ontwikkelen van (beweeg)activiteiten en interventies.
- Bouw interdisciplinaire netwerken rondom deze thematiek om de uitvoering te versterken en verbeteren.
- Ga vanuit deze interdisciplinaire netwerken collectief aan de slag.

Summary

This report presents the findings of the first project year of the project *Samen in Beweging* (Get moving together) with inhabitants'. In joint collaboration, health care-, well-being,- and sport professionals, municipalities and inhabitants 'good practices' have been identified in which inhabitants are stimulated and supported to participate in physical activities. This is seen as a path to improve inclusion, health and well-being of the inhabitants. In this project, in line with the theory of Positive Health, health is not only defined on a physical level, but also on a mental and social level. Often these different levels merge into each other. For example, participation in activities, be it sports or sharing a meal, contributes to social participation and enlarges the sense of mutual engagement between inhabitants.

The project is conducted by the consortium *Samen in Beweging*, which consists of GGD (municipal health service) IJsselland, GGD North and East-Gelderland, the Academic Workplace AGORA of Wageningen University, the Workplace Social Domain of Viaa university of applied science, and six participating municipalities (Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Oost Gelre and Winterswijk). The four-year long project is funded by ZonMw, as part of the preventive programme 'Aan de slag met preventie in uw gemeente' (Working on prevention in your municipality').

The project has two main targets. The first overall target is to improve the vitality of inhabitants, by stimulating and supporting them to participate in physical activities, thereby improving their bodily, mental and social health. The underlying implication is that improvement of vitality enlarges their resilience and their possibilities to live a more self-regulated life. For example this enables them to live independently for a longer period of time and to stay more embedded in their own local community. The second, underlying target is to stimulate and improve integral cooperation between health care-, well-being,- and sport professionals, municipalities and inhabitants. Engaging in learning communities improves mutual collaboration, in order to obtain the first target.

The project is composed of two phases. Phase 1, in the first year, included the research for and draft of a local Plan of Action to achieve the two targets. In phase 2, which will take three years, this Plan of Action will be implemented and carried out within the six participating municipalities, simultaneously congregating in learning communities and reflecting on the progress. This report presents the revenues of the first phase and provides a preview of the second phase.

During phase 1 the following research question was leading:

What is needed for the municipalities of Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Winterswijk en Oost-Gelre, in joint collaboration with their inhabitants and health care-, well-being,- and sport professionals, to create an integral and broad-based plan of action which contributes to the health and participation of vulnerable inhabitants?

To be able to answer this question, focus groups are organised consisting of representatives of inhabitants and (other) stakeholders (representatives of municipality, health-, well-being- and sport organisations and voluntary groups). By the method of appreciative enquiry the representatives gave their input during these conversations. This input is collected and axially coded by the researchers. Firstly the data is analysed per municipality, resulting in six separate reports. Subsequently, the detailed outcomes of the different sub-reports have been compared and the main and overlapping outcomes analysed for this overall report.

On the basis of the research data two main themes can be distinguished: 'Needs and demands of inhabitants and professionals on how to stimulate participation in physical activities' and 'Integral cooperation'.

- For the primary theme several factors were addressed; the present range of activities, the main motives to start being (and staying) active and possible stimulating factors have been identified.
 - Firstly, the present range of sports- and other physical and social activities offered in the six communities is extensive, e.g. card clubs, coffee mornings and walking groups. However, the representatives of the inhabitants and of the stakeholders both find the supply fragmented.
 - Secondly, several motives are mentioned for participation in activities. The main motive is the desire for social contact. Furthermore, physical health is another main motive to become involved. The elder inhabitants often mentioned staying autonomous and living a self-regulated life, for as long as possible, is a strong incentive to stay active for one's physical vitality. Subsequently, mental well-being is mentioned as an important motive.
 - Thirdly, stimulating factors for starting to be and staying active are identified. On a personal level knowledge and awareness of healthy living and social participation is often the first step toward actual participation. On the level of the social environment frequently the need to connect with people in the vicinity is put forward, to work as buddies helping each other to start participating in group activities. Furthermore, gatherings should be easily accessible; organised around collective activities, with low emphasis on social skills. Subsequently, the group in which the activities will take place should not be too large, with familiar faces, no pressure to perform and leaders who explicitly take the (im)possibilities of the participants into account. Finally, the physical environment in which the activities are organised should be central, welcoming and multifunctional for different groups and purposes.
- On the second main theme, integral cooperation, is concluded that within the six municipalities professionals are positive about the existing forms of cooperation. However, there are multiple wishes expressed by the professionals to improve and further integrate the present forms of cooperation. Starting with the wish to be more informed on each other's activities, to improve redirection from health care organisations to well-being organisations and further develop and strengthen the existing networks. This all with the aim to reach and stimulate inhabitants in a more coherent manner.

Regarding the main research question it can be concluded that is of main importance that the motives and needs of the inhabitants are central for any intervention. Respect for and stimulation of the own direction and responsibility of inhabitants is key. Furthermore, it can be concluded that with regard to integral cooperation profit can be obtained, when scaling up the level of cooperation from ad-hoc collaboration between individuals of different organisations toward more structural collective cooperation.

Finally, three recommendations are given:

- Involve inhabitant in the process of creating and developing activities and interventions to stimulate participation and movement.
- Built interdisciplinary networks to enhance and strengthen the implementation of the interventions/activities.
- These networks should cooperate on a collective level.

Hoofdstuk 1 Over Samen in Beweging met kwetsbare inwoners

Dit rapport geeft inzicht in de bevindingen in het eerste projectjaar van het project 'Samen in Beweging met kwetsbare inwoners', waarin zorg-, welzijn- en sportprofessionals, gemeenten en inwoners samenwerken aan het ontwikkelen van een goede praktijk om inwoners 'in beweging' te krijgen met als doel het verhogen van ervaren welzijn en gezondheid. In dit hoofdstuk wordt allereerst de aanleiding van het project 'Samen in Beweging met kwetsbare inwoners' beschreven. In de tweede paragraaf vindt de definiëring plaats van gebruikte termen en concepten. Vervolgens is in de derde paragraaf uitgebreid aandacht voor de (gemeentelijke) context en inbedding waarin dit project wordt uitgevoerd. In de 4^e paragraaf wordt de praktische context van het project beschreven, namelijk de samenwerkingsverbanden en financiering. De laatste paragraaf geeft de vraagstelling van de eerste fase van 'Samen in Beweging met kwetsbare inwoners' weer.

1.1 Aanleiding voor het project

In het sociale domein zijn inclusie en participatie al jarenlang leidende idealen, zowel op beleidsniveau als binnen zorg- en welzijnsorganisaties. Er is veel aandacht voor participatie in de samenleving, concreet hoe mensen zo gezond en lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en meedoen. In het beleid rondom kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met psychische problemen wordt in veel gemeenten actief gekeken naar hoe gemeenten hierbij zo veel mogelijk kunnen aansluiten bij inwoners. Omdat het voor veel kwetsbare groepen vaak nog moeilijk is om naar wens en behoefte mee te doen, ontstaan er in de structuur van het sociale domein steeds meer initiatieven die zich richten op (laagdrempelige) ondersteuning, zoals de buurtsportcoaches of welzijnswerkers. Deze professionals zijn vaak een spil en brug tussen (kwetsbare) inwoners en professionals uit zorgorganisaties, zowel huisartsen en fysiotherapeuten als sociale (wijk)teams. Vanuit de Werkplaats Sociaal Domein werd in februari 2018 een netwerkbijeenkomst georganiseerd, op initiatief van stichting GGZ-Beraad Overijssel

en twee lectoraten van Viaa: het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken en lectoraat Zorg & Zingeving. Diverse organisaties en mensen met eigen ervaring als ggz-cliënt namen deel. In deze bijeenkomst werd de wens geuit om in het kader van herstel, veerkracht en zelfregie nader in te zoomen op de rol van bewegen en sport. Daarbij werd zowel het sociale element genoemd, als het ervaren van zingeving door sport en bewegen en de bijdrage aan herstel en participatie van kwetsbare groepen. Ook hier kwam de functie van de buurtsportcoach in beeld. Op steeds meer plekken in steden en dorpen is deze functie ontstaan, soms vanuit een welzijnsorganisatie en soms direct vanuit gemeenten. Het belang van welzijn en preventief werken krijgt gestalte in deze functie. Deze trend is duidelijk zichtbaar geworden door de transities in het sociale domein.

Gemeenten zien in deze lokaal ontstane samenwerkingsverbanden kansen om meer integraal samen te werken ten behoeve van haar inwoners.

Zij willen een preventieve integrale aanpak bieden in hun inclusie en/of participatiebeleid, zodat alle levensgebieden goed op elkaar afgestemd kunnen worden.

Deze gewenste integrale aanpak wordt in veel gemeenten onderbouwd vanuit het model van Positieve Gezondheid (Huber et.al., 2011), waar zowel binnen de publieke gezondheidszorg als in het sociaal werk steeds meer aandacht voor is.

Positieve Gezondheid biedt een brede kijk op en benadering van gezondheid, waarbij gezondheid steeds meer in relatie wordt gebracht met verschillende factoren die een rol spelen op verschillende dimensies. Naast de sociale omgeving is de fysieke omgeving ook van invloed op de gezondheid van mensen. Ook leefstijl speelt een belangrijke rol. Inzetten op deze verschillende dimensies biedt mogelijkheden voor preventief werken. Aandacht voor deze factoren dragen bij aan de verschillende domeinen van Positieve Gezondheid.

Landelijk en lokaal is er de laatste jaren meer aandacht voor preventie en gezonde leefstijl, onder andere vanwege de hoge kosten van gezondheidszorg. Het besef dat gezondheid meer is dan ziek-zijn en in de breedte in verband wordt gebracht met sociale factoren, zoals armoede en participatieproblemen, biedt gemeenten de kans om hun beleid hierop in te richten. Het betrekken van inwoners die zich vrijwillig inzetten ten behoeve van anderen is daarbij kansrijk, want dit is een belangrijke bijdrage aan het (meer) kunnen meedoen van kwetsbare inwoners.

‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’ (hierna: Samen in Beweging) biedt gemeenten de mogelijkheid om in samenwerking met professionals en inwoners dit (preventie)beleid zo passend mogelijk in te richten, zodat het (meer) aansluit bij de wensen en behoeften van inwoners. Het eerste doel van dit project is dat kwetsbare inwoners langer vitaal zijn, thuis (kunnen) blijven wonen en mee kunnen doen in hun gemeente, op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden en behoeften. In het zogenaamde integrale gezondheidsbeleid zetten deze gemeenten in op bewegen als middel en Positieve Gezondheid als benadering om dit doel te bereiken. ‘In beweging brengen’ is in dit project tweeledig. Het richt zich zowel op het letterlijk in beweging brengen van inwoners, door deelname aan (beweeg)activiteiten, en daarnaast het figuurlijk in beweging brengen van inwoners door sociaal in beweging te zijn; deel te nemen aan sociale activiteiten of hierbij betrokken te zijn als vrijwilliger. In het verlengde hiervan ligt het tweede doel van dit project, namelijk te komen tot een gebiedsgerichte integrale aanpak die kwetsbare doelgroepen (letterlijk en/of figuurlijk) in beweging brengt om mee te doen in de lokale (dorps)gemeenschap.

Samen werken en leren van elkaar binnen én buiten de gemeentegrenzen is daarbij een belangrijk middel. De ervaringen en behoeften van inwoners zijn belangrijke input voor de uiteindelijke uitwerking van het beleid. Daarnaast wordt er samenwerking tussen inwoners, zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en gemeenten beoogd die gericht is op kennis en ervaringen delen, van elkaar leren en door ontwikkelen. In het komen tot een integrale aanpak staat met en van elkaar leren in een zogenaamde lokale lerende

uitvoeringspraktijk centraal. In paragraaf 1.4 worden samenwerkingspartners die samen leren nader beschreven.

1.2 Definitie kwetsbaarheid

De beroepsgroepen die betrokken zijn bij Samen in Beweging hebben allemaal te maken met mensen die op een bepaalde manier kwetsbaar zijn. De Dikke van Dale geeft aan dat kwetsbaar zijn ‘vatbaar voor verwonding of ander onheil’ is. In die zin zijn alle mensen kwetsbaar. De mensen met kwetsbaarheden waar sociaal werkers en gezondheidswerkers mee werken zijn in feite *extra* kwetsbaar, door psychische problemen, ouderdom en andere aandoeningen of omstandigheden die participatie in de weg kunnen staan. Een belangrijke opdracht van sociaal werkers en gezondheidswerkers is dat zij krachtgericht werken *zonder de kwetsbaarheid van mensen uit het oog te verliezen* (Linders & Verharen, 2018).

Kwetsbaarheid is ook dynamisch: het kan verminderen of vergroten, het kan een korte tijd aanwezig zijn, of iemands hele leven bepalend zijn. Het spreken over kwetsbare groepen is in dit project dan ook een poging om een doelgroep te duiden met als doel juist de veerkracht en mogelijkheden op te zoeken. Dat is dan ook het uitgangspunt van Positieve Gezondheid: *Het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren*. In de benadering van en gesprekken met de kwetsbare inwoners wordt de nadruk niet gelegd op de kwetsbaarheid, maar gericht op veerkracht en waarderend op wat goed gaat.

De definitie van kwetsbare ouderen volgens het Sociaal Cultureel Planbureau is: Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Dit vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten: functiebeperkingen (zoals zelfstandig een huishouding voeren, vervoer regelen of aangaan van sociale contacten), opname en overlijden.

In het verlengde hiervan spreken we binnen Samen in Beweging van kwetsbare groepen als bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld ouderdom, psychiatrische en/of chroni-

sche lichamelijke aandoeningen of psychosociale problemen, participatie in wonen, werken en/of leven bemoeilijkt. Jager-Vreugdenhil en Linders (2020) noemen dat het individualiseren van het woord kwetsbaarheid kan leiden tot het idee dat een samenleving als collectief niets met die kwetsbaarheid hoeft te doen. Binnen Samen in Beweging heerst dan ook de overtuiging dat kwetsbaarheid geen individueel probleem is, maar dat de samenleving hierin ook een opdracht heeft, namelijk het zorgdragen voor kwetsbare groepen en met hen mogelijkheden creëren voor een zinvol leven, eveneens een domein van Positieve Gezondheid. Deelnemende gemeenten willen in relatie met alle inwoners een gemeenschap vormen waarin mensen naar vermogen mee kunnen doen, zodat zowel individueel welzijn wordt verhoogd, alsook verbondenheid en maatschappelijk participatie kan plaatsvinden.

1.3 Lokale inbedding

Vier IJssellandse gemeenten, namelijk Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland en Hardenberg, en twee gemeenten in de Achterhoek, namelijk Oost Gelre en Winterswijk, zijn gestart met dit vierjarig project. In de aanloop naar de concrete start van het project zijn ook de gemeente Apeldoorn en gemeente Voorst betrokken geweest. De vragen van deze gemeenten lagen uiteindelijk op een ander niveau en minder direct in relatie tot integraal werken t.b.v. kwetsbare groepen. Om deze reden is gezamenlijk besloten dat Apeldoorn en Voorst niet zouden participeren in Samen in Beweging.

De eerste fase van Samen in Beweging (najaar 2018-2019), die in deze rapportage beschreven wordt, was gericht op het in kaart brengen van de gezondheidssituatie per gemeente, kern en/of wijk, en het opzetten en ondersteunen van de uitvoeringspraktijk. Bij die uitvoeringspraktijk zijn steeds zowel inwoners, zorg-, sport- en welzijnsprofessionals als beleidsmedewerkers betrokken. Met en van elkaar leren is hierbij een belangrijke waarde en zal gedurende het hele project centraal staan.

Per gemeente is middels kwantitatief en kwalitatief onderzoek de gezondheidssituatie in kaart gebracht, met daarbij de focus op aanwezig beweeg- en welzijnsaanbod¹. Dit is gedaan op basis van bestaande gezondheidscijfers en gesprekken met (verschillende) kwetsbare groepen. Tevens zijn hun behoeften ten aanzien van het in beweging komen in kaart gebracht. Ook zijn er groepsgesprekken geweest met betrokken zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en beleidsmedewerkers, waarin onder andere werd gesproken over de mate van effectieve samenwerking op het gebied van zorg, welzijn en sport. Per gemeente heeft dit geleid tot een lokaal plan van aanpak waarin de methodische aanpak, namelijk Welzijn op Recept (hierna: WoR) en aanvullende activiteiten zijn opgenomen om doelstellingen te bereiken. Tevens is in deze eerste fase gestart met het vormen van projectgroepen die in de tweede fase van Samen in Beweging (2020-2022) betrokken zijn bij de implementatie en uitvoering van deze interventies en de daaruit voortvloeiende (beweeg)activiteiten. In fase twee zullen deze projectgroepen in de eigen gemeente samenwerken rondom de implementatie van WoR, en ieder half jaar bijeenkomen om samen te leren en activiteiten gericht op 'in beweging zijn', zowel fysiek als sociaal, door te ontwikkelen.

Gemeentelijke context

Hoewel alle zes gemeenten deelnemen in hetzelfde project en hiermee vergelijkbare stappen doorlopen, is ieder gemeentelijk proces anders en heeft dit consequenties voor het tempo en de uitvoering.

Waar enkele gemeenten aan de start van het project al helder had rondom welke doelgroep en geografisch gebied (bijv. een wijk of kern) het project vorm zou krijgen, werd het voor andere gemeenten gedurende het eerste projectjaar helder hoe dit er uit zou zien.

In alle gemeenten is Samen in Beweging vanaf de start of gedurende het eerste projectjaar aangehaakt bij bestaande projecten of ontwikkelingen. Voorbeelden hiervan zijn dat in een gemeente is onderzocht of dit project gelijk kan lopen met de ontwikkeling van de omgevingsvisie, in een andere

¹ Deze rapporten zijn op te vragen bij de projectgroep.

gemeente is gedurende de eerste fase aangehaakt bij een wijkgericht project dat het brede spectrum van inclusief wonen omvat, in verbinding met de lokale inbedding van Positieve Gezondheid. In een tweetal andere gemeenten is aangehaakt bij het reeds bestaande Welzijn op recept.

De beleidsdomeinen die in deze eerste projectfase betrokken zijn, verschillen ook per gemeente. In alle gemeenten zijn de beleidsdomeinen Sport en Gezondheid of Sociaal Domein vanaf het begin betrokken. In enkele gemeenten waren daar ook gelijk al andere beleidsterreinen bij aanwezig.

De verschillende domeinen die in alle gemeenten betrokken en gesproken zijn, zijn Sport (en Participatie), Sociaal Domein, (Publieke) Gezondheid en (Wet) Maatschappelijke Ontwikkeling (en Participatie). In een aantal gemeenten is ook een buurtsportcoach en/of welzijnswerker die vanuit de gemeente werkt aangehaakt vanaf het begin.

In enkele gemeenten is getracht ook het beleidsdomein Omgeving of Ruimtelijke Ordening te betrekken. Dit is in meer of mindere mate gelukt. Alleen in de gemeente Steenwijkerland wordt dit beleidsdomein op de hoogte gehouden van de stand van zaken van het project en worden verbindingen gelegd in de praktijk met bijvoorbeeld de wijkshouder. In geen enkele gemeente is dit beleidsdomein echter onderdeel van de gevormde projectgroepen.

Aan het eind van het eerste projectjaar is voor iedere gemeente een plan van aanpak opgesteld voor de tweede fase van het project. Zoals eerder in deze paragraaf genoemd is in iedere gemeente gekozen voor de methodische aanpak Welzijn op Recept en gemeentespecifieke 'Samen in Beweging-activiteiten' om de uiteindelijke doelstellingen te behalen. Want ondanks de gemeentelijke verschillen zijn alle zes gemeenten bezig met hetzelfde vraagstuk, namelijk *hoe kwetsbare groepen in beweging kunnen komen ter bevordering van hun lokale participatie, en hoe integraal gemeentelijk beleid hier op de juiste wijze aan kan bijdragen*. De afzonderlijke plannen van aanpak zijn niet opgenomen in dit rapport, maar zijn op te vragen bij de regionale projectleiders van de twee GGD'en via de begeleidingsgroep (zie colofon).

Per gemeente wordt er gedurende dit project dus maatwerk geleverd. *Toch laten de verschillende gesprekken die in fase 1 zijn gevoerd ook overeenkomsten over gemeente- en regio grenzen heen zien.* Dit rapport doet hier verslag van.

Doelgroep

De zes gemeenten waarin Samen in Beweging wordt uitgevoerd hebben, passend bij speerpunten uit hun eigen gemeentelijk beleid, actuele ontwikkelingen en gemeentelijke opgaven gekozen voor specifieke kwetsbare groepen. Vier van de zes gemeenten richten zich met Samen in Beweging op kwetsbare ouderen in (een deel van) hun gemeente. Eén gemeente richt zich specifiek op mensen met psychosociale problemen in de hele gemeente en één gemeente op inwoners met een chronische aandoening en/of psychosociale problemen in een specifieke wijk.

Bovenregionale uitwisseling

Op (boven)regionaal niveau is een leergemeenschap opgezet en gefaciliteerd waar zes deelnemende gemeenten elkaar ontmoeten. Elk half jaar komt dit netwerk bijeen. In deze bijeenkomsten vindt kennisuitwisseling plaats. De gemeenten lopen allemaal afzonderlijk een vergelijkbaar proces door, waarin de ene gemeente verder is dan de andere. Good practices, overwegingen en aandachtspunten kunnen over en weer gedeeld worden. Ook wordt er op deze plek bekeken wat er nog mist aan (overstijgende) kennis binnen gemeenten en zo nodig wordt er, eenmalig of structureel, externe expertise ingezet.

1.4 Samenwerkingsverband

Dit project wordt uitgevoerd door een breed consortium van praktijk- en kennisinstellingen en wordt gefinancierd vanuit ZonMw, preventieprogramma 4 'Aan de slag met preventie in uw gemeente'. De hoofdaanvrager en bestuurlijk voorzitter is Academische Werkplaats Publieke Gezondheid AGORA (vormgegeven door GGD Noord- en Oost-Gelderland en Wageningen Universiteit). Zij hebben de aanvraag gedaan samen met de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, waarvan de coördinatie wordt verzorgd door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van Hogeschool Viaa, GGD IJsselland en Sportservice Overijssel. De

projectleiding wordt vormgegeven door de twee GGD'en en het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken in samenwerking met het lectoraat Zorg en Zingeving. De zes gemeenten waarbinnen dit project wordt uitgevoerd zijn Oost Gelre, Winterswijk, Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland en Hardenberg. Dit zijn gemeenten met overwegend veel kleine (dorps)kernen of plattelandsgebieden, waar vaak sprake is van vergrijzing en het verdwijnen van voorzieningen. Tegelijkertijd is in dit soort gebieden vaak sprake van grote betrokkenheid van inwoners en relatief korte lijnen op professioneel en bestuurlijk niveau.

De bovenstaande partijen hebben contacten met zowel de zes gemeenten als met professionals uit de praktijk, zoals welzijnswerkers, buurtsportcoaches, sociale (wijk)teams, sport- en beweegaanbieders, zorgprofessionals (zoals thuiszorgmedewerkers, fysiotherapeuten en POH'ers) en verschillende inwonersbonden, -verenigingen en lokale netwerken/samenwerkingsverbanden, zoals Vitaal Vechtdal. In de sociale structuur van lokale samenlevingen werken deze praktijken steeds meer samen met inwoners en ontstaan er sleutelpersonen die middels sport en bewegen verschillende sectoren en mensen met elkaar verbinden. Tegelijkertijd zijn veel gemeenten zoekende in het daadwerkelijk effectief omzetten van beleidsdoelen op het gebied van sport en gezondheid, naar de praktijk. Werkplaats Sociaal Domein regio Zwolle, GGD IJsselland en Sportservice Overijssel zagen in de call van ZonMw kansen om een impuls te geven aan integraal gezondheidsbeleid bij gemeenten en hebben verschillende gemeenten benaderd hierin samen op te trekken. Hetzelfde geldt voor de GGD Noord- en Oost-Gelderland. Vanuit haar kennis en expertise met (kwalitatief) onderzoek en (integrale) leernetwerken is de Werkplaats Sociaal Domein regio Zwolle (hogeschool Viaa) betrokken. Academische Werkplaats AGORA (Wageningen Universiteit en GGD Noord- en Oost-Gelderland) draagt met zijn expertise van (kwantitatief) evaluatieonderzoek op het gebied van publieke gezondheid bij.

Het project omvat twee fasen: 1. opstellen plan van aanpak integraal gezondheidsbeleid (1 jaar) en 2. lokale uitvoering plan van aanpak integraal gezondheidsbeleid (3 jaar). Dit rapport beschrijft de **opbrengsten uit de eerste fase** en

geeft een vooruitblik op de tweede fase die op het moment van schrijven gestart is.

1.5 Vraagstelling

Wat is er nodig voor de gemeenten Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Winterswijk en Oost Gelre, in samenwerking met inwoners en professionals uit zorg, sport en welzijn, om te komen tot een integraal gedragen plan van aanpak dat bijdraagt aan gezondheid en participatie van kwetsbare inwoners?

Deelvragen:

- Welke motieven en behoeften hebben kwetsbare groepen ten aanzien van het deelnemen aan beweeg- en welzijnsactiviteiten?
- Welke stimulerende en belemmerende factoren ervaren kwetsbare groepen ten aanzien van het deelnemen aan beweeg- en welzijnsactiviteiten?
- Wat zijn volgens professionals uit zorg, sport en welzijn succesvolle manieren om kwetsbare inwoners te betrekken bij activiteiten?
- Hoe verloopt de onderlinge samenwerking tussen professionals uit zorg, sport en welzijn, gemeenten en inwoners op het gebied van het betrekken van kwetsbare inwoners bij activiteiten?

1.6 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven, waarin theoretische modellen en eerder onderzoek die relevant zijn voor dit project uiteen worden gezet. In hoofdstuk 3 wordt de methodische onderzoeksopzet beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten weergegeven per deelvraag, waarna deze resultaten in hoofdstuk 5 in een conclusie en discussie worden besproken. In hoofdstuk 6 wordt een vooruitblik gegeven op fase 2 van Samen in Beweging.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft de theoretische onderbouwing die onderliggend is in Samen in Beweging. Hierbij wordt gebruik gemaakt van theoretische modellen en eerder onderzoek. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op participatie en inclusie. In de tweede paragraaf wordt het concept Positieve Gezondheid en daarbij aansluitend Salutogenese beschreven. In de derde paragraaf worden onderliggende theorieën en modellen van integrale samenwerking beschreven. De vierde paragraaf geeft een overzicht van de deskresearch naar motieven en belemmeringen van inwoners om te bewegen, succesfactoren van (beweeg)interventies en aandachtspunten voor sociale professionals als het gaat om gezondheidsbevordering.

2.1 Participatie en inclusie

In het sociale domein zijn participatie en inclusie al jarenlang een leidend ideaal, zowel op beleidsniveau als binnen zorg- en welzijnsorganisatie. Participatie staat hoog op de agenda van Nederlandse gemeenten. Iedereen moet meedoen, is het uitgangspunt van zowel de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als de Participatiewet. Participatie is grofweg te onderscheiden in drie dimensies, sociaal, cultureel en economisch. Hoe minder goed iemand op de verschillende dimensies mee kan doen, hoe groter de kans op eenzaamheid en sociaal isolement (Jehoel-Gijsbers, 2004). Volgens Machielse (2012) zijn er vier risicogroepen te onderscheiden voor (sociaal) isolement:

1. ouderen;
2. mensen met een (licht) verstandelijke beperking ((L)VB) en mensen met ggz-problematiek;
3. mensen die in armoede leven;
4. (oudere) mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond en mantelzorgers met een migratieachtergrond.

In sociaal beleid wordt met name veel gesproken over ‘sociale participatie’. Sociale participatie kan gedefinieerd worden als deelname aan (sport)verenigingen en bezoek aan buurthuizen (Jager-Vreugdenhil, 2011). Jager-Vreugdenhil (2011) laat zien dat verschillende studies weergeven hoe belangrijk (informele) sociale participatie is voor het welzijn en de gezondheid van risicogroepen.

In het verlengde van participatie, ‘iedereen doet mee’, wordt in het sociaal domein veel gesproken over inclusie, ‘iedereen hoort erbij’. Hoewel er over inclusie veel gezegd en geschreven wordt, is er geen eenduidige definitie. Hoogleraar op het gebied van sociale inclusie Bigby (2012, in Haarsma, Stouten-Hanekamp, Velvis, Jager-Vreugdenhil & Bredewold, 2018) stelt dat er veelal slechts enkele aspecten van inclusie worden belicht, bijvoorbeeld het hebben van sociale contacten, waarbij andere aspecten zoals zelfstandig wonen en werken niet worden meegenomen. Overkamp (2000) hanteert echter een brede definitie die ook in het licht van Samen in Beweging gehanteerd wordt, namelijk dat sociale inclusie samenkomt in drie componenten; fysieke, sociale en functionele integratie. Het gaat over wonen, participeren en sociale contacten aangaan in de samenleving. Waar mensen in een wijk wonen, is de kans op het hebben van contacten groter dan wanneer zogenaamde kwetsbare groepen in instellingen wonen. Om die contacten te bevorderen zijn er in veel wijken activiteiten en voorzieningen die het voor verschillende kwetsbare groepen mogelijk maken aan te sluiten en mee te doen.

Een andere recente definitie die passend is in het licht van Samen in Beweging is “the interaction between two major life domains: interpersonal relationships and community participation. We then propose an ecological model of social inclusion that includes individual, interpersonal, organizational, community, and socio-political factors.” (Simplican et al., 2015)

Het ideaal van een inclusieve samenleving is een samenleving waarin alle mensen een eigen en waardige plek hebben, ook als een beperking, ouderdom, ziekte of bepaalde

ontwrichtende omstandigheden of ervaringen hun participatie bemoeilijken. Als mensen ervaren dat zij een plek hebben in de samenleving vergroot dat hun welzijn, stijgt hun kwaliteit van leven en verbetert hun sociaal-emotioneel functioneren (Haarsma & Stouten-Hanekamp, 2019). Omgekeerd is het zo dat als mensen ervaren dat zij er niet bij horen en dat ze niet mee kunnen doen, zij eenzaamheid en isolatie ervaren, waardoor hun welzijn en kwaliteit van leven vermindert.

Kwetsbare groepen waar inclusief beleid zich op richt worden ook wel het ‘precariaat’ genoemd, de bevolkingsgroep als eerste beschreven door Guy Standing (2011) en overgenomen in het verslag van het Sociaal Cultureel Planbureau ‘Het verschil in Nederland’ (SCP, 2014). Onderdeel zijn van het precariaat kenmerkt zich door een onzeker en/of kwetsbaar bestaan. Zowel op economisch, sociaal, cultureel als persoonskapitaal scoort deze groep laag (Standing, 2014). Door het gebrek aan een sociaal netwerk worden persoonlijke problemen vaak niet besproken en waar ze wel besproken worden dan met name met zorg- en welzijnsprofessionals. Deze groep ervaart problemen met sociale en/of arbeidsparticipatie, met als gevolg een vaak laag zelfbeeld en ervaren (zelf)stigma.

In de politiek, sociale wetenschappen en in de praktijk spreekt men over hoe een ‘plek in de samenleving’ er uit zou moeten zien, wat een waardige plek precies inhoudt, aan welke voorwaarden de samenleving zou moeten voldoen en hoe daar gehoor aan moet worden gegeven. Door kwetsbare doelgroepen en hun leefwereld centraal te stellen in onderzoek, kunnen inzichten en concrete handvatten worden gegeven aan beleidsmedewerkers en verschillende professionals die werken met deze groepen. Sociale inclusie kan namelijk alleen gerealiseerd worden als de verscheidenheid van individuen wordt erkend. Dit sluit aan bij de uitgangspunten in het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking, beschreven als respect voor de inherente waardigheid en persoonlijke autonomie, respect voor verschillen tussen mensen, het belang van samen leven met anderen, het recht op ontwikkelen van eigen kwaliteiten en behoud van eigen identiteit. Lokale plekken en activiteiten, die als ‘gezellig’ en ‘laagdrempelig’ worden ervaren, blijken kansrijk om in beweging te komen (Haarsma et.al.

2020). Betrokkenheid en aanwezigheid van zorg- en welzijnsprofessionals is een vereiste, in samenspraak met inwoners. Om dit duurzaam te laten zijn is het van belang dat (medewerkers van) beleidsdomeinen betrokken zijn, weten wat er leeft en de randvoorwaarden faciliteren.

2.2 Positieve Gezondheid en Salutogenese

Machteld Huber (2011) omschrijft gezondheid als *het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven*, en hiermee meer dan gezondheid als afwezigheid van ziekte. Deze omschrijving van Positieve Gezondheid gaat uit van meerdere levensgebieden die een bijdrage kunnen leveren aan de ervaren gezondheid. Kenmerkend voor deze theorie is dat mensen zelf actief kunnen bijdragen aan hun (ervaren)gezondheid en binnen de mogelijkheden die ze hebben kunnen deelnemen aan de maatschappij. Daar waar dit voor mensen (nog) moeilijk is, biedt Positieve Gezondheid handvatten om te werken aan versterking van verschillende levensgebieden. (Het versterken van) Veerkracht is hierbij een belangrijke eigenschap, die aansluit bij de opdracht van het sociaal werk, namelijk het bevorderen van zelfbeschikking, versterken van veerkracht en vergroten van weerbaarheid.

Het idee van Positieve Gezondheid is gestoeld op *salutogenese*, een begrip dat de socioloog Antonovski (1923-1994) introduceerde nadat hij opmerkte dat mensen die dezelfde trauma’s meemaakten anders reageerden op traumatische ervaringen en ziekten. In zijn studie naar overlevenden van de Holocaust zag hij dat een deel van deze overlevenden onverwachts gezond konden zijn. Hij introduceerde de term Sense of Coherence (SoC) (1979), waarmee hij laat zien dat wanneer mensen samenhang ervaren in hun leven, ondanks ziekten of tegenslagen, ze veerkracht hebben om deze moeilijke situaties te doorstaan. SoC is het vermogen om te gaan met moeilijkheden en problemen.

SoC is te onderscheiden in drie componenten, namelijk begrijpelijkheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid. *Begrijpelijkheid* gaat over de mate waarin iemand begrijpt wat er in zijn of haar leven gebeurt. *Hanteerbaarheid* gaat over de mate waarin men grip heeft op zijn of haar eigen

leven. Het hebben van vaardigheden en hulpbronnen vergroot deze hanteerbaarheid. *Betekenisvolheid* zegt iets over de mate waarin men gemotiveerd is en het leven de moeite waard vindt om met de moeilijkheden om te gaan.

Positieve Gezondheid en salutogenese bekijken gezondheid dus als breed spectrum van levensgebieden en willen bijdragen aan het versterken van veerkracht om met lichamelijke, mentale en sociale moeilijkheden om te gaan. Daarbij kunnen de verschillende levensgebieden niet los van elkaar worden gezien. Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht de gezondheid of determinanten daarvan in samenhang te beïnvloeden (Storm, Van Zoest & Den Broeder, 2017). Het richt zich op het bevorderen en beschermen van gezondheid en is hiermee een onderdeel van preventiebeleid.

2.3 Integraal samenwerken en samen leren

Om tot integraal gezondheidsbeleid te komen is het nodig dat verschillende beleidsdomeinen samen gaan werken. Het gaat dan met name om de beleidsterreinen Volksgezondheid, Welzijn, Sport, Sociaal Domein en Maatschappelijke Ontwikkeling. Pauline Meurs (2019) noemt het 'werken op de grens'. Bij dit grenzenwerk zijn er altijd zaken die je niet weet en waarvoor je een andere professional of discipline erbij moet halen. Daarvoor neem je een gedeelde verantwoordelijkheid en moet er sprake zijn van wederzijds vertrouwen. Dit is, zeker in het gezondheid- en sociale domein, een lastige opgave. De domeinen die dit betreft zijn complex. Er is sprake van veel schotten, indicatiestellingen, financieringskaders, ICT systemen en kwaliteitskaders. Daarnaast ervaren zowel inwoners als professionals die in de praktijk werkzaam zijn een kloof tussen abstracte beleidstaal en een ingewikkelde praktijk. Integrale samenwerking aangaan in dit domein is een proces van *leren*. Door verwijzen en samenwerken zijn daarbij onmisbaar. De meervoudigheid en complexiteit die kwetsbare inwoners vaak aan beperkingen of problemen ervaren vraagt ook dat betrokken partijen elkaar opzoeken (Wijsbroek, 2019).

Stam & Wilken (2015) noemen het transformatieleren als onderliggend principe van integraal samenwerken. Transformatieleren gaat uit van het leren vanuit transformaties van maatschappelijke situaties, decentralisaties en

nieuwe regelgeving die van invloed zijn op de praktijken binnen het sociaal domein en de gezondheidszorg. Alle betrokken personen en partijen komen samen tot verheldering en verdieping van (nieuwe) opgaven die zij samen te doen hebben. Transformatieleren gaat om van binnenuit en inductief leren: dit gaat over leren van ervaringen en van (ervarings)kennis. Het gaat dan over het samen leren van verschillende krachten, namelijk *burgerkracht* (actieve en kwetsbare inwoners), *beroepskracht* (zorg- welzijnsprofessionals), *organisatiekracht* (managers, ambtenaren, bestuurders) en *leerkracht* (trainers, onderzoekers, projectleiders). Bronnen van kennis die hierbij gebruikt worden zijn:

- Ervaringen
- De praktijk (inclusief inwoners)
- Inductieve kennis
- Spanningen en conflicten
- Trialogisch leren: leren door samenwerking

Om als integrale samenwerkingspartners lerend in beweging te zijn, de praktijk te beïnvloeden én door de praktijk beïnvloed te worden, is het nodig dat zij op hoger niveau kunnen leren. Het model dat hiervoor bruikbaar is, is de collectieve leerslagen (Wierdsma en Swieringa, 2015) die spreekt over enkelslag, dubbelslag en drieslag leren. Enkelslag leren vindt plaats op het niveau van regels en praktische uitvoering. Dubbelslag leren stelt achterliggende inzichten aan de orde en vernieuwt. Bij drieslag leren staan vanzelfsprekendheden ter discussie en worden nieuwe principes ontwikkeld. Leerbijeenkomsten zijn gericht op het versterken van dubbelslag en drieslag leren. Een organisatie die leert volgens deze principes verandert probleemgestuurd (Te Roller, 2017). Dat wil zeggen dat waar een verschil is tussen wens en werkelijkheid, dit voeding en inspiratie is tot leren. Om dit vervolgens werkelijk aan te gaan vraagt een (nieuwe) gezamenlijke taal, meerdere perspectieven en het waarderen van andermans expertise.

De uitwisseling die plaatsvindt wanneer verschillende betrokkenen elkaar ontmoeten, heeft een belangrijk lerend effect dat niet onderschat moet worden. Het zorgvuldig en op juiste wijze faciliteren van deze ontmoetingen vergroot de opbrengst. De onderliggende principes van interprofessioneel samenwerken (Bolks, Bos-de Groot, Jager-Vreugdenhil

en Van der Vinne, 2019), in de juiste volgorde zijn helpend om de gewenste doelen te behalen.

- *Positioneren*: weten wat de ander doet, wat zijn/haar expertise is, erkennen van elkaars positie en kwaliteiten.
- *Verbinden*: elkaar leren kennen, elkaar waarderen, gezamenlijke taal spreken, gezamenlijke doelen formuleren.
- *Transformeren*: de meerwaarde van samenwerken formuleren, gezamenlijk verandering bewerken met alle relevante betrokkenen op de ‘werkvloer’.
- *Innoveren*: gezamenlijk veranderingen aanbrengen, evalueren en door-ontwikkelen

2.4 Kwetsbare groepen in beweging krijgen

Literatuur laat zien dat de behoeften, motieven en wensen van kwetsbare groepen verschillen per individu (De Gruijter, Hermens, Nederland & Van den Toorn, 2013; RIVM, 2016; Nederland & Van Vliet, 2009). Het is belangrijk om de doelgroep goed in kaart te brengen en hierbij in eerste plaats de doelgroep zelf te betrekken, maar ook gebruik te maken van intermediairs. Analyse van de doelgroep met behulp van epidemiologische en demografische gegevens kan hier ook aan bijdragen. Ondanks dat de verschillen tussen kwetsbare personen ten aanzien van motieven en belemmeringen sterk individueel bepaald zijn kunnen er op basis van verschillende onderzoeken en rapporten ook uitspraken gedaan worden op groepsniveau. Hieronder worden de belangrijkste algemene bevindingen weergegeven.

Motieven

Het Social Ecological model van Bronfenbrenner (1970, in Goldstein & Naglieri, 2011) wordt veel gebruikt als hulpmiddel om drijfveren en belemmeringen ten aanzien van motivatie en bewegen in kaart te brengen. Dit model hanteert een indeling in vier aspecten:

1. Persoonlijke factoren, zoals individuele opvattingen, kennis, vaardigheden, leeftijd;
2. Sociale omgeving, zoals relaties, cultuur, gemeenschap;
3. Fysieke omgeving; en

4. Beleid, zoals regels.

De verschillende factoren die motieven, belemmeringen en behoeften in kaart brengen, die in deze paragraaf worden beschreven, zijn allen onder te brengen in deze vier aspecten.

In de factsheet ‘Motivatatie volwassenen om te sporten en bewegen’ worden verschillende motieven en belemmeringen genoemd t.a.v. sporten en bewegen (Van den Dool, 2019). De onderzoeksresultaten hebben betrekking op de algemene bevolking. Belangrijkste motieven zijn:

- Lichamelijke beweging/gezondheid
- Opbouw conditie, kracht en lenigheid
- Lekker buiten zijn
- Afslanken/uiserlijk

Deelen, Özgül en Duijvestijn (2018) onderzochten motieven en behoeften t.a.v. sport en (beweeg)activiteiten voor verschillende kwetsbare groepen (vrouwen en meisjes met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond. Ouderen (65+) en inwoners met chronische aandoeningen). Onder kwetsbare burgers zijn er verschillende motieven te onderscheiden om deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteiten. Deze zijn veelal extern van aard.

- Bij ouderen en chronisch zieken gaat het vaak om gezondheidsmotieven.
- Vaak wordt er gesport en bewogen op advies van een arts of fysiotherapeut.
- Het ontmoeten van anderen en van lotgenoten is een meer intrinsieke reden die naar voren kwam binnen dit onderzoek.

Belemmeringen

Deelen, Özgül en Duijvestijn (2018) beschrijven verschillende belemmeringen voor kwetsbare groepen binnen hun onderzoek. Ook Van den Dool (2019) noemt belemmeringen die worden ervaren als het gaat om sporten en bewegen:

- Financiële belemmeringen
- Geen tijd (of prioriteit), door o.a. werk, studie en gezin
- Onbekendheid over het sport- en beweegaanbod
- Sociale druk en controle
- Fysieke of psychische beperkingen
- Ontbreken van of beperkte intrinsieke motivatie
- Jongere mensen met psychische klachten ervaren vaak onzekerheid. Zij lijken gevoeliger te zijn voor afwijzing door anderen. Dit kan voor deze groep een belemmering zijn om deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteiten.

Wat opvalt is dat een groot deel van de belemmeringen extern van aard zijn. In een onderzoek naar effectieve methoden om het bereik en de motivatie van inactieve senioren te vergroten worden er 5 oorzaken beschreven voor inactiviteit (Gruijter, Hermans, Nederland en van den Toorn, 2013):

- Gebrekkige kennis over het functioneren van het menselijk lichaam, over de mogelijkheden van bewegen op leeftijd, de gezondheid en gezondheidsvaardigheden, et cetera, maar ook het ontbreken van kennis over het aanbod aan beweegmogelijkheden (in de buurt).
- Weinig ervaring met sporten of bewegen: geen beweeggeschiedenis.
- Onvoldoende steun of voorbeelden in de eigen sociale leefomgeving.
- Lage sociaaleconomische status, waaronder weinig financiële ruimte.
- Ontbreken van een geschikt, specifiek en aansprekend aanbod in de eigen buurt.

De onderzoekers merken op dat het belangrijk is om deze factoren te beïnvloeden. Methoden om inactieve senioren te bereiken (met een passend beweegaanbod en groepsgerichte informatie) zullen deze oorzaken moeten adresseren.

Behoeften

In het rapport van het RIVM (2016) wordt een aantal gedeelde drijfveren/behoefte genoemd van kwetsbare groe-

pen burgers voor deelname aan sport- en (beweeg)activiteiten. De volgende doelgroepen staan in dit onderzoek centraal; mensen met een lage SES en mensen met een migratieachtergrond, ouderen en chronisch zieken, mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een verstandelijke beperking.

De gedeelde drijfveren zijn:

- Sociale steun
- Een vaardige trainer
- Aanbod op maat
- Kennis hebben van het aanbod

Deze drijfveren worden dus door kwetsbare personen ervaren als stimulerend om deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteiten. Per doelgroep wordt door de onderzoekers een aantal nuances aangebracht die betrekking hebben op de ervaren belemmeringen en verschillen tussen doelgroepen (zie RIVM 2016).

Deelen, Özgül en Duijvestijn, (2018) beschrijven de volgende behoeften bij kwetsbare groepen Deze behoeften zijn enerzijds gericht op het sport- en beweegaanbod en anderzijds op wat kwetsbare inwoners nodig hebben om in beweging te komen:

- Het is belangrijk dat kwetsbare inwoners persoonlijke aandacht, stimulans en begeleiding aangeboden krijgen.
- Kwetsbare inwoners hebben binnen het onderzoek beperkte positieve associaties met sporten en bewegen. Hierdoor is er ook minder bewustzijn van de positieve effecten van sporten en bewegen en het belang van een gezonde leefstijl. Er wordt een persoonlijke benadering voorgesteld waarbij er expliciete aandacht is voor de associaties met sport en bewegen van de kwetsbare personen. Wat past bij iemand, wat vindt iemand leuk?
- Kwetsbare inwoners hebben behoefte aan een gevarieerd en laagdrempelig sport- en beweegaanbod: goedkoop, dichtbij, flexibel, weinig verplichtingen en niet gericht op presteren. Dit laatste leeft vooral bij ouderen en mensen met psychi-

sche/chronische klachten. Daarbij is het belangrijk dat de kwetsbare inwoner zich thuis, vertrouwd en geaccepteerd voelt binnen de sportomgeving.

Succesfactoren van beweeginterventies

Er worden in de literatuur verschillende succesfactoren beschreven. Het afstemmen van de interventies op de behoeften van de doelgroep wordt in verschillende bronnen als een belangrijke succesfactor beschreven. De factsheet 'Sport en bewegen als middel' (Kenniscentrum Sport & Bewegen, Verwey-Jonker Instituut, & Gemeente Amsterdam, 2014) beschrijft dat wanneer inactieve ouderen worden gemotiveerd voor (beweeg)activiteiten het belangrijk is om dit te doen vanuit een positief psychologische benadering. Hierin staat niet de kennis over de risico's van niet- bewegen of overgewicht centraal maar de positieve kant van bewegen, waaronder het bevorderen van sociale contacten.

Vanuit een Europees onderzoeksproject (Nederland & Van Vliet, 2009) zijn richtlijnen opgesteld voor interventies die gezondheidsgedrag bij ouderen bevorderen. Hieronder volgen enkele van deze richtlijnen:

- Het gezondheidsbevorderende programma moet afgestemd zijn op de specifieke behoeften en mid-delen van de doelgroep. Hierbij wordt opgemerkt dat persoonlijk contact de beste manier is om mensen te motiveren deel te nemen aan (be-weeg)activiteiten.
- De activiteiten moeten diversiteit binnen de doel-groep erkennen, waarbij in het bijzonder rekening te houden is met genderverschillen en met een sociaal-economisch achtergestelde positie.
- Betrek de doelgroep zo mogelijk actief en geef ou-deren een stem.
- Empower deelnemers en motiveer hen om voor hun eigen gezondheid en welzijn zelf het heft in handen te nemen.
- Gebruik bij het ontwerp van het gezondheidsbe-vorderende project bestaand materiaal en tech-nieken die hun werking hebben bewezen.

- Ontwikkel veelzijdige interventies die zowel reke-ning houden met de lichamelijke, geestelijke en sociale behoeften van ouderen als met de onder-linge verwevenheid van deze behoeften.
- Plan een goede fysieke en geografische toegan-lijkheid van de locatie.
- Werk aan gezondheidsbevordering met een inter-disciplinair team van professionals die verschillen-de expertises, ervaringen en manieren samen-brengen.
- Betrek vrijwilligers bij de planning, de uitvoering en het management van gezondheidsbevorderen-de programma's.

In dezelfde factsheet 'Sport en bewegen als middel' (Kenniscentrum Sport & Bewegen, Verwey-Jonker Instituut & Gemeente Amsterdam, 2014) worden verschillende kritische factoren beschreven voor sportieve interventies als middel voor participatiebeleid gericht op de doelgroepen waar het project Samen in Beweging zich ook op richt. Zo is een warme overdracht van de zorgverlener naar de sportaanbieder noodzakelijk. Als kwetsbare groepen eenmaal deelnemen aan een sport- of (beweeg)activiteit is het belangrijk dat de sportbegeleider enige kennis heeft van de specifieke kenmerken van de deelnemers en hoe hiermee om te gaan. De nadruk van de (beweeg)activiteit moet liggen op het sporten en bewegen en niet op de beperkingen of zorg. In sommige gevallen is specifiek sportaanbod de enige manier waarop een bepaalde groep kan sporten. Dit geldt bijvoorbeeld bij jeugdigen met zware vormen van autisme, vrouwen in de opvang, mensen met een ernstige GGZ problematiek of mensen met een lichamelijke beperking.

Er wordt een aantal kritische factoren beschreven om sport- en beweeginterventies in te zetten als middel voor fysieke en cognitieve gezondheid. De volgende factoren worden genoemd:

- Als zorgprofessionals, zoals de huisarts of psycholoog, hun cliënten vanwege (risico's op) ongezondheid stimuleren te sporten en bewegen bij een bestaande sport- en (beweeg)activiteit, is een warme overdracht van de zorg naar de sportaanbieder van

groot belang. Dit houdt ook in dat de zorgverlener contact houdt met de sportbegeleider en met de (ex-) cliënt, en dat de professional de cliënt al enige ervaring op laat doen met lichamelijke beweging;

- Om (inactieve) senioren te motiveren voor (be-)weegactiviteiten is een benadering nodig gebaseerd op de positieve psychologie. Hierin staat niet de kennis over de risico's van niet- bewegen of overgewicht centraal maar de positieve kant van bewegen, waaronder het bevorderen van sociale contacten;

Bij het NISB (2014) zijn de volgende kritische succesfactoren bekend:

- Laagdrempeligheid van het beweegaanbod is belangrijk. Mensen die nooit bewegen moeten verleid worden om te gaan bewegen. Dat gebeurt niet door het aanbieden van regulier sportaanbod, die drempel is te hoog. Beweeggroepjes met specifiek aanbod en dezelfde doelgroep die deelneemt werkt beter.
- Het beweegaanbod moet passen bij de specifieke kenmerken van de doelgroep. Van iemand met overgewicht kan niet verwacht worden dat hij of zij gaat voetballen.
- Alleen bewegen is bij het bereiken van gezondheidswinst niet voldoende. Mensen moeten gestimuleerd worden een andere leefstijl aan te nemen. Daarbij horen gezonde voeding, stoppen met roken en matig alcoholgebruik ook. Het gaat om een integrale aanpak.

Rol van professionals

Deelen, Özgül en Duijvestijn (2018) beschrijven een aantal aandachtspunten ten aanzien van de begeleiding van kwetsbare groepen:

- De professional moet zich bewust zijn van het belang van sporten en bewegen.
- Het is belangrijk dat het een vast onderwerp van gesprek is in de gesprekken binnen de eerstelijns-

zorg en de gesprekken die buurtteams en sociaal makelaars hebben met inwoners. Tijd maken voor persoonlijke aandacht en motiveren van inwoners.

- De professional moet zich bewust zijn dat sporten en bewegen niet vanzelfsprekend is en dient rekening te houden met de aanwezige drempels voor de kwetsbare doelgroep om tot sporten en bewegen te komen.

Het RIVM (2016) concludeert dat het belangrijk is om de *directe sociale omgeving* van de doelgroep een belangrijke rol te laten spelen bij het steunen van sport- en beweegdeelname. Bewustwording en kennis over de positieve effecten van bewegen en sporten en de persoonlijke fysieke mogelijkheden van de doelgroepen moeten worden gestimuleerd bij de persoon zelf en de directe omgeving.

- *Zorg voor een aanbod op maat*; niveau en intensiteit van de activiteit, groepsverband of individueel, samenstelling van de groep, type en insteek van de activiteit (sport/prestatie vs. gezellig samen bewegen), en voorzieningen/hulpmiddelen en faciliteiten.
- *Vaardige trainers*; om aan te sluiten op de behoeften van de doelgroep is kennis van en specifieke aandacht voor de doelgroepen van belang. Dit kan bereikt worden door doelgroepspecifieke kennis te integreren in de opleidingen van trainers.
- *Kennis van aanbod*; professionals die werken met kwetsbare doelgroepen moeten weten welk lokaal aanbod er is en op welke wijze zij door kunnen verwijzen.

Hoofdstuk 3 Operationalisering en onderzoekopzet

In dit hoofdstuk worden allereerst de theoretische modellen die de basis zijn voor de onderzoeksmethoden beschreven. Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt hoe dit heeft geleid tot de uitwerking van de meetinstrumenten. In de paragraaf die daarop volgt wordt concreet beschreven en verantwoord op welke wijze de dataverzameling is opgezet en hoe de kwaliteit gewaarborgd wordt.

3.1 Onderzoeksmethode

3.1.1 *Waarderend Onderzoek*

De onderzoeksmethode die centraal staat in dit project is Waarderend Onderzoek (Appreciative Inquiry) (Cooperrider & Whitney, 2005). Waarderend Onderzoek is bij uitstek passend bij een project als Samen in Beweging dat gericht is op (door)ontwikkeling samen met betrokkenen. De focus ligt hierbij op vergroting van krachten en betrokkenheid, op leren van het verleden en ontwikkeling van successen.

In Waarderend Onderzoek worden vijf stappen doorlopen. Deze stappen kunnen in latere fasen in projecten, indien nodig, opnieuw doorlopen worden.

1. *Define, verwoorden*

In deze eerste fase is per gemeente het onderwerp geformuleerd. Daar gingen vragen aan vooraf als: waar hebben we het over als het over 'in beweging komen' gaat? Waar hebben we het over als we het over een kwetsbare doelgroep hebben? Wat bedoelen we met integrale samenwerking? Het verwoorden van deze kernelementen van het project is bij aanvang van het project gestart door gesprekken te voeren met de eerste betrokkenen: een aantal beleidsmedewerkers en stakeholders. Vrij snel is gekeken wie er nog meer bij betrokken moest worden: beleidsmedewerkers van andere beleidsdomeinen, andere professionals, vrijwilligers en inwoners. Dit ging veelal via de sneeuw-

balmethode: Wie missen we nog? Vervolgens werden genoemde personen gevraagd aan te sluiten bij de interviews.

2. *Discover, verwonderen*

In deze fase gaan betrokkenen met elkaar op zoek naar successen, naar wat goed is en behouden moet worden. Dit is gedaan in groepsinterviews. Het gezamenlijk zoeken naar wat goed is, geeft gezamenlijkheidsgevoel en vertrouwen om samen de praktijk nog beter te maken. Hiermee start de derde fase, dream.

3. *Dream, verbeelden*

In deze fase kijk je vanuit de positieve energie van de verwonder-fase vooruit: Wat zouden we nog meer willen? Wat zou versterkt kunnen worden? Waar dromen we van? In focusgroepen zijn de eerste dromen opgehaald. In terugkoppelingsbijeenkomsten ná de interviews is dit nog verder uitgewerkt. In deze terugkoppelingsbijeenkomsten zijn alle betrokken partijen aanwezig (beleid, professional, inwoner). Bij deze terugkoppelingsbijeenkomsten waren zowel deelnemers uit de interviews aanwezig, als 'nieuwe' betrokkenen. Op deze manier konden de geformuleerde dromen aangevuld worden.

4. *Design, vormgeven*

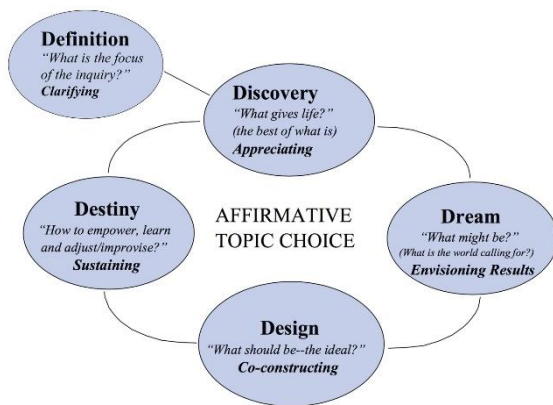
Vanuit de terugkoppelingsbijeenkomsten is gestart met het opstellen van een plan van aanpak: hoe kan dat wat goed gaat en dat wat gedroomd wordt, gerealiseerd worden? In sommige gemeenten waren daar na de terugkoppelingsbijeenkomst nog één of meerdere bijeenkomst(en) nodig. Deze zijn vormgegeven aan de hand van het instrument de Activiteitendialoog van Tol, Wagemakers & Lezwijn (2015). Vanuit deze bijeenkomsten zijn de

projectleiders van Samen in Beweging gestart met het schrijven van het plan van aanpak (per gemeente een plan). In deze fase zijn betrokken partijen opnieuw betrokken, als meeschrijver of mee-lezer.

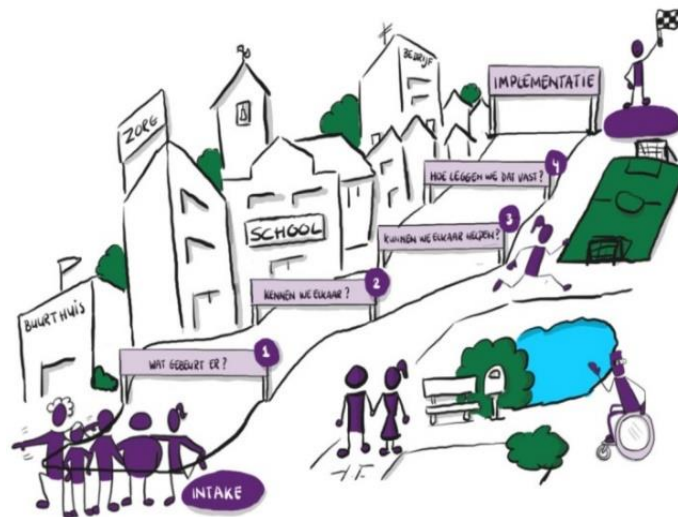
5. Deliver, verwezenlijken

In de plannen van aanpak staan (deels) de stappen beschreven die gezet gaan worden om de doelen te bereiken. Dit wordt gedaan door de methodische aanpak Welzijn op Recept en verschillende (beweeg)activiteiten. Het verwezenlijken en doorontwikkelen zal plaatsvinden in fase 2 van het project (2020-2022).

Indien nodig zullen dan (enkele) fasen van Waarderend Onderzoek opnieuw doorlopen worden.



Afbeelding 1. Model van Waarderend Onderzoek (Cooperrider & Whitney, 2005)



Afbeelding 2. Visuele weergave van fase 1 'Samen in Beweging'.
Bron: Stichting Sportservice Noord-Brabant (SSNB)

3.1.2 Samen leren

Zoals in de vorige hoofdstukken op verschillende plekken terugkomt is samen leren een belangrijk element in dit project. In Samen in Beweging gaat het heel duidelijk om een *reflectieve praktijk*, dat wil zeggen dat ervaringen uit de praktijk centraal staan: daar wordt van geleerd en veranderingen en acties zijn erop gericht het meest passende en goede te bewerkstelligen. Dit wordt gedaan in zogenaamde leernetwerken die bijeenkomen in leerbijeenkomsten.

Er vinden op twee niveaus leerbijeenkomsten plaats:

- Gemeentelijke leerbijeenkomsten, in de deliverfase (afbeelding 1). Dit gebeurt in fase 2 van het project en gaat over het (door)ontwikkelen van Welzijn op Recept en verschillende (be-)weegactiviteiten
- Bovenregionaal leernetwerk. De opzet en doel van dit leernetwerk is toegelicht in paragraaf 1.3. Dit leernetwerk volgt het tempo van de gemeentelijke leerbijeenkomsten. De gemeentelijke leerbijeenkomsten bieden input voor de bovenregionale leernetwerken.

Gemeentelijke leerbijeenkomst

Hier wordt de methodische opzet van de *gemeentelijke leerbijeenkomsten* uitgewerkt. Deze uitwerking is geoperationaliseerd vanuit de theoretische onderbouwing die in paragraaf 2.2 is beschreven.

Het is nodig dat samen-leren gedurende een langere tijd en frequent vorm kan krijgen. Dit zal gedurende drie jaar (2020-2022) ieder half jaar plaatsvinden.

Samen leren is een *dynamisch proces*, omdat het de dynamische praktijk volgt. Gedurende de tijd zullen er mensen aanhaken en afhaken, dit is onvermijdelijk omdat het sociale domein en het dagelijks leven in een dorp of wijk niet stil staat. Van belang is dat er een vaste kern betrokkenen aanwezig is, om het proces van kennisontwikkeling en de vertaling naar de praktijk te borgen.

Een leerbijeenkomst wordt georganiseerd rondom een bepaald *thema*. Het thema zal steeds gaan over de activiteiten die worden ingezet, hoe de (kwetsbare) inwoners te

bereiken, de doorverwijzing en de samenwerking tussen betrokkenen. Input komt onder andere uit de evaluatie (vragenlijsten e.d.), vanuit experts die specifieke kennis komen brengen en vanuit de (ervarings)kennis van deelnemers zelf. Onderzoekers nemen initiatief in de voorbereiding en zullen, idealiter samen met betrokkenen, werkvormen kiezen die interactief zijn, aanzetten tot samen leren en die relevante data opleveren. Voorbeelden zijn: casusbesprekingen, werken met het Spinnenweb (van Positieve gezondheid), werken met waardenframes, World café. De werkvormen en opbrengsten zullen gericht zijn op dubbelslag en drieslag leren (Wierdsma en Swieringa, 2015).

De bijeenkomsten hebben altijd *concrete vervolgstappen*. In gezamenlijkheid worden taken verdeeld en afspraken gemaakt. De *opzet* van de leerbijeenkomsten worden gebaseerd op de onderliggende principes van interprofessioneel samenwerken (Bolks et.al., 2019), namelijk Positioneren, Verbinden, Transformeren en Innoveren (zie paragraaf 2.2).

3.2. Operationalisering

Om inzicht te krijgen in de ervaringen, behoeften en motieven van inwoners zijn in elke gemeente één of meerdere focusgroep(en) gehouden met de doelgroep (inwoners). Deze data worden gebruikt om de eerste twee deelvragen te beantwoorden.

Daarnaast zijn zogenaamde stakeholders geïnterviewd om deelvraag 3, over het betrekken van (kwetsbare) inwoners en deelvraag 4, over integrale samenwerking, te kunnen beantwoorden. Deze stakeholders zijn zorg-, sport- en welzijnsprofessionals (o.a. thuiszorgmedewerkers, huisartsen, fysiotherapeuten, sociale (wijk)teams, welzijnswerkers, buurtsportcoaches), enkele vrijwilligersorganisaties (o.a. Ouderenbonden) en beleidsmedewerkers van de gemeenten (de verschillende beleidsdomeinen zijn in par. 1.3. beschreven).

Vanuit Waarderend Onderzoek is een positieve vraagstelling het uitgangspunt. Er is dan ook gevraagd naar wat goed gaat, wat successen zijn en wat wensen zijn. De rol van de onderzoeker als interviewer is het stellen van vragen, luisteren, samenvatten en doorvragen.

De vragenlijst voor de interviews met de inwoners en met de zogenaamde stakeholders zijn opgesteld vanuit de volgende principes.

Inwoners

- Gebruik van de zes dimensies van de Positieve Gezondheid
- Gebruik van het Spinnenweb (in enkele gemeenten)
- Vragen gericht op het ervaren van samenhang (Sense of Coherence) uitgewerkt in
 - Begrijpelijkheid
 - Hanteerbaarheid
 - Betekenisvolheid

Stakeholders

- Gebruik van de zes dimensies van de Positieve Gezondheid
- Items gebaseerd op de deskresearch (par. 2.3) naar
 - Motieven
 - Belemmeringen
 - Succesfactoren van interventies
 - Aandachtspunten sociale professionals
 - Gezondheidsbevordering

De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage A.

3.3 Onderzoeksofzet en verantwoording

Deskresearch

Aan de start van dit project is ter oriëntatie op het ‘in beweging krijgen van kwetsbare groepen’ deskresearch gedaan door Werkplaats Sociaal Domein. Dit is gedaan aan de hand van de eerste drie onderzoeksvragen (paragraaf 1.5). De deskresearch had allereerst als doel om inzicht te krijgen in motieven, belemmeringen en bevorderende factoren met betrekking tot het in beweging krijgen van kwetsbare groepen. In paragraaf 2.3 van dit rapport is hierover het een en ander uiteengezet. Daarnaast diende dit onderzoek ook om topics te formuleren voor de opzet van de interviewvragen.

Er is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Er is gebruik gemaakt van overzichtsartikelen en (praktische) factsheets van verschillende kenniscentra en beleidsstukken van de overheid. Daarnaast zijn er zowel Engelstalige als Nederlandstalige wetenschappelijke artikelen gebruikt, waarbij zowel is gezocht naar empirisch onderzoek als literatuurstudies. Er is gezocht via verschillende beschikbare databanken van Hogeschool Viaa, waaronder SpringerLink. Daarnaast via internet Google (Scholar). Er is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode in de literatuurlijst van sleutelartikelen.

Focusgroep

Per gemeente hebben er focusgroepen plaatsgevonden met (kwetsbare) inwoners en focusgroepen met zorg- en welzijnsprofessionals die rechtstreeks in contact staan met de doelgroep. Per gemeente vonden er één of twee focusgroepen per doelgroep (inwoners en professionals) plaats, afhankelijk van de groepsgrootte en beschikbare respondenten.

De gemeente Kampen vormt hierop een uitzondering, hier heeft geen focusgroep met kwetsbare inwoners plaatsgevonden. De reden hiervoor is dat in het gemeentelijk proces en tempo van dit project lange tijd niet duidelijk was op welke specifieke doelgroep de gemeente zich zou richten binnen Samen in Beweging. Bij de terugkoppelingsbijeenkomsten en het opstellen van het plan van aanpak in de overige 5 gemeenten, die volgden op de focusgroep met professionals zijn wel (actieve) inwoners betrokken.

De keuze voor een focusgroep is gemaakt om verschillende redenen. Namelijk de beschikbare uren van projectleiders en onderzoekers die door groepsgesprekken per gemeente gebundeld konden worden, en het feit dat focusgroepen deelnemers de gelegenheid bieden op elkaar te reageren en zo verdiepende inzichten boven tafel te krijgen. Daarnaast droeg het samenkomen van verschillende professionals in de focusgroep bij aan (het begin van) integraal samenwerken; verschillende professionals kenden elkaar nog niet of nauwelijks, en zo leidde deze kennismaking tot daadwerkelijke afspraken rondom doorverwijzen of samenwerken (bijv. tussen huisarts en welzijnswerker of thuiszorgmedewerker en sociaal (wijk)team).

Wat betreft de focusgroepen met inwoners gold dat voor veel inwoners het prettiger en veiliger was om samen met andere inwoners deel te nemen aan het interview. In verschillende gemeenten schoven onderzoekers aan bij bestaande activiteiten (zoals zwemmen of een koffiemoment), zodat inwoners in hun eigen omgeving en met bekenden erbij hun verhaal konden delen. Ook bij deze focusgroepen ontstonden soms nieuwe initiatieven wanneer bleek dat men gelijke wensen had. Zo is er in een gemeente een klaverjasclub gevormd naar aanleiding van de ontmoeting in de focusgroep.

De vragenlijst die gebruikt zijn voor de focusgroepen zijn uitgevoerd door middel van een halfgestructureerd trechtermodel. Dit betekent een brede start met een vraag die door een iedere deelnemer individueel beantwoord kan worden. Vervolgens zijn er verschillende relevante topics aan bod gekomen. In de afsluitende discussie is stilgestaan bij hoe het ideale aanbod eruit zou moeten zien. Los van de openingsvraag is het bij dit model niet noodzakelijk om de topics chronologisch te bespreken, dit ter bevordering van een natuurlijk verloop van het gesprek en de interactie tussen respondenten.

Terugkoppelingsbijeenkomsten

Bijeenkomsten die na de focusgroepen plaatsvonden met als doel een plan van aanpak voor fase 2 te formuleren, zijn vastgelegd middels een visueel verslag (IJselland) en schriftelijke verslag (Gelderland). Deze bijeenkomsten vormden geen onderdeel van het kwalitatieve onderzoek, maar indien onderdelen van deze bijeenkomsten de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek illustreren, bevestigen of in een ander licht zetten zijn ze meegenomen in de resultaatbeschrijving van dit rapport.

In bijlage B is een schematisch overzicht weergegeven van alle bijeenkomsten en betrokken aanwezige partijen per gemeente.

3.3.1 Kwaliteit

In deze paragraaf wordt beschreven hoe gedurende de eerste fase van dit project de kwaliteit van het onderzoek bewaakt is. De lectoraten van Viaa hanteren hierbij drie

pijlers, namelijk praktisch relevant, methodisch grondig en ethisch verantwoord (Jager-Vreugdenhil, Van Leeuwen & Spoelstra, 2018). In deze paragraaf wordt allereerst uitvoerig ingegaan op de methodische verantwoording. Vervolgens is er aandacht voor de pijlers praktisch relevant en ethisch verantwoord.

Methodische waarborg - Steekproef

Bij de focusgroepen met professionals is een selecte steekproef gedaan. Via beleidsmedewerkers die vanaf de start betrokken zijn bij het project is gevraagd een aantal namen van betrokken professionals door te geven. Daarnaast is er aangehaakt bij bestaande structuren of netwerken waar respondenten elkaar ontmoeten. De professionals zijn door de projectleiders of betreffende beleidsmedewerker benaderd voor deelname. In contact met de professionals is gevraagd of er nog bepaalde personen of disciplines misten. Waar dit het geval was zijn deze erbij gevraagd.

Nadat de focusgroep met de professionals had plaatsgevonden is hen gevraagd naar de wijze waarop (kwetsbare) inwoners het best gevonden en gevraagd konden worden. In het benaderen van deze groep hebben professionals een grote rol gespeeld. Door de vaak warme banden die er waren, zijn veel inwoners bereid gevonden deel te nemen aan de focusgroep.

Door deze wijze van steekproeftrekking is er een brede en relevante vertegenwoordiging van betrokkenen als respondent in het project betrokken. Wat betreft de inwoners bleek het moeilijk om de écht kwetsbare doelgroepen te bereiken. De mensen die deelnamen aan de focusgroep zijn namelijk bekend bij de verschillende professionals en nemen (in meerdere of mindere mate) deel aan lokale activiteiten. Ieder van deze deelnemers (her)kende wel meer kwetsbare inwoners maar gaven evenals professionals aan dat het moeilijk is hen te bereiken. Er is aan de inwoners gevraagd een meer kwetsbare buurtgenoot mee te nemen naar de focusgroep of terugkoppelingsbijeenkomst. In geen enkele gemeente is dit gelukt. Dit gegeven is inherent aan de praktijk en een breder herkenbaar vraagstuk in zorg en welzijn. In de vervolgfase en (door)ontwikkeling van (be-)weegactiviteiten is daarom aandacht voor het bereiken van de meest kwetsbare doelgroep.

Methodische waarborg - Analyse

De focusgroepen zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en op detailniveau samengevat. De gedetailleerde samenvatting is vervolgens door een tweede onderzoeker geanalyseerd in AtlasTi. In AtlasTi vond allereerst een open codering plaats. De labels die zijn geformuleerd zijn daarbij zo dicht mogelijk bij de topics en het samengevatte transcript gebleven. Nadat de eerste twee focusgroepen hadden plaatsgevonden, vond in een analysesessie met de onderzoekers axiale codering plaats. Vervolgens werd de codeboom aangepast; daar waar nodig ontstonden hier nieuwe codes of werden de codes aangescherpt. Ook zijn er enkele opmerkingen bij de codeboom geplaatst. In bijlage C is de codeboom opgenomen.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen werd het coderen van de focusgroepen uitgevoerd door een andere onderzoeker dan de onderzoeker die de focusgroep leidde. In twee gemeenten is hiervan afgeweken vanwege tijdsgebrek. Dit waren de laatste focusgroepen in de reeks van de gemeenten. De codeboom was reeds aangescherpt en onderbouwd, en het zal naar verwachting weinig tot geen invloed hebben op de uitkomsten. De onderzoekers en de onderzoeksprojectleider hebben gedurende de analysefase contact gehouden met elkaar in analysesessies om de uitkomsten en de codes te bediscussiëren. Deze werkwijze droeg bij aan het verhogen en waarborgen van de kwaliteit.

Per gemeente is een uitgebreide analyse gerapporteerd. Deze analyse was input voor de terugkoppelingsbijeenkomsten en het opstellen van een gemeentelijk plan van aanpak. Voor deze rapportage is in AtlasTi een vergelijkende analyse gedaan tussen alle zes gemeenten. De overstijgende resultaten zijn weergegeven in het resultatenhoofdstuk van dit rapport.

Praktisch relevant

Een belangrijke voorwaarde van praktijkgericht onderzoek is dat de opbrengsten bijdragen aan het verbeteren van de beroepspraktijk en in het verlengde daarvan de verbetering van de gezondheid van de doelgroep van het onderzoek, in dit geval verschillende groepen kwetsbare inwoners. Voor Samen in Beweging geldt dat er vanuit verschillende gemeenten, netwerken en organisaties die zich richten op het

meedoen van kwetsbare inwoners, gelijksoortige vragen speelden rondom het inzetten van buurtsportcoaches en welzijnscoaches en het beter samenwerken van verschillende partijen ten dienste van kwetsbare inwoners. In het proces van vraagarticulatie is deze praktijk steeds zoveel mogelijk meegenomen. Gedurende het hele project worden deze partijen, beleid, professionals en de doelgroep meegenomen, met als doel de (beroeps)praktijk te verbeteren.

Praktijkgericht onderzoek heeft meerwaarde als opbrengsten en inzichten ook breder toepasbaar zijn dan de context van het project zelf. Samen in Beweging bevindt zich op het snijvlak van verschillende domeinen en beroepsgroepen. Binnen Hogeschool Viaa krijgt dit vorm in een samenwerking van Lectoraat Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van de Academie Social Work & Theologie met lectoraat Zorg en Zingeving van de Academie Healthcare, waar vanuit een onderzoeker participeert in Samen in Beweging. Vanuit beide academies kunnen opbrengsten doorwerking krijgen in de opleidingen. Daarnaast biedt de samenwerking tussen Werkplaats Sociaal Domein van Viaa, de GGD en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid kansen om opbrengsten breed te transfereren. Alle betrokken partijen hebben een belangrijke publieke opdracht en adviesfunctie richting de praktijk. Met Samen in Beweging kan er daarom doorwerking plaatsvinden naar de brede beroepspraktijk en samenleving. Concreet vindt dit plaats door onder andere het brede werkterrein van deze organisaties mee te nemen in nieuwe inzichten en ontwikkelingen, en het aanhaken bij en sparren met het landelijk netwerk Welzijn op Recept, samenwerking met Kenniscentrum Sport en Bewegen en via het programma Aan de slag met preventie in uw gemeente van ZonMw. Een belangrijk element in het project dat de praktijkgerichtheid waarborgt, zijn bovendien de lokale leernetwerken, waarin niet alleen beleidsmakers en professionals, maar ook mensen uit de kwetsbare groepen zelf deelnemen en samen leren.

Ethisch verantwoording

Bij het doen van praktijkgericht onderzoek, waarbij nauw wordt samengewerkt met verschillende partijen en (eind)gebruikers, is het van belang zorgvuldig om te gaan met belangen en privacy van gebruikers. In Samen in Beweging is deelname anoniem en vrijwillig. Respondenten heb-

ben te allen tijde de mogelijkheid om hun medewerking te stoppen. Voorafgaand aan de interviews zijn betrokkenen geïnformeerd over het doel van het project en de dataverzameling. Alle respondenten hebben een toestemmingsverklaring ondertekend. De opgehaalde data worden zorgvuldig en veilig bewaard volgens de richtlijnen van datamanagement van hogeschool Viaa.

Gedurende het onderzoek wordt gelet op het voorkomen van overvraging van betrokkenen en indien dit wordt gesignaleerd wordt met alle partijen gezocht naar een passende oplossing. Door de analyse van de data met meerdere onderzoekers vorm te geven, wordt er interne controle ingebouwd en objectiviteit nagestreefd.

De methode waarmee het onderzoek wordt gedaan sluit hier bij aan. Uitkomsten van het onderzoek zijn altijd openbaar.

Wat betreft het hanteren van de definitie kwetsbaarheid is de projectgroep zich bewust van het feit dat nuances op deze term zich moeilijk laten vangen in een definitie. Kwetsbaarheid kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden en mogelijk ook als vervelend en niet passend worden ervaren. Werkplaats Sociaal Domein hanteert om deze reden een uitgebreide en genuanceerde definitie van kwetsbaarheid, zoals ook beschreven is in paragraaf 1.2. In de praktijk van dit project sluiten onderzoekers en projectleiders aan bij de praktijk en is er ruimte voor het gebruiken van andere termen. Zo is in de gemeenten Winterswijk en Oost Gelre gekozen voor een onderscheid tussen vitale ouderen en kwetsbare ouderen. In de gemeente Steenwijkerland worden inwoners niet op voorhand 'ingedeeld' in kwetsbare groepen, maar is een brede groep inwoners gevraagd deel te nemen om in gezamenlijkheid te bespreken op welke (leef)gebieden inwoners kwetsbaarheden ervaren.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de overkoepelende uitkomsten beschreven van het kwalitatieve vooronderzoek onder inwoners en zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, ambtenaren van verschillende betrokken beleidsterreinen en vrijwilligers (vanaf nu aangeduid als stakeholders). De resultaten uit verschillende gemeenten blijken op vele vlakken overeenkomsten te hebben en geven een goed algemeen beeld van de visie en bevindingen van de inwoners en stakeholders over de aanleidingen, motieven en behoeften ten aanzien van bewegen; de *werkzame factoren* om mensen in beweging te krijgen. Deze resultaten worden in paragraaf 4.1 beschreven. Het tweede thema dat vanuit de data naar voren komt is integrale samenwerking; namelijk welke verschillende samenwerkingspartners zijn er, hoe ziet deze samenwerking eruit en welke behoeften zijn er om dit te intensiveren en verbeteren? *Belemmerende factoren* die zowel inwoners als professionals ervaren rondom bewegen op zich (par. 4.1) en integraal samenwerken rondom dit thema (par. 4.2) vallen nauw samen. Deze worden beschreven in paragraaf 4.2.

4.1 Visie op ‘in beweging komen’ door inwoners en professionals

Centraal in het onderzoek van fase 1 stonden de motieven van de inwoners om in beweging te komen, de behoeften ten opzichte van het aanbod en hun mening over werkzame factoren om in beweging te komen en factoren die hen daarin belemmerden. Daarnaast zijn ook de stakeholders rondom de doelgroep geïnterviewd over deze onderwerpen, dus sprekend over de doelgroep, vanuit eigen expertise en om te kijken in hoeverre de bevindingen van de stakeholders en de doelgroep met elkaar correspondeerden.

4.1.1 Het huidige bewegen en het aanbod

Het overgrote deel van de doelgroep gaf aan dat de kern van hun (beweeg)activiteiten zich centreert rondom het dagelijks functioneren: huishouden, tuinieren en fietsen of

wandelen, op de (klein)kinderen passen en boodschappen doen. Daarnaast is een actief vrijwilligersleven rondom verenigingen in de wijk/dorp ook een bron voor dagelijkse functionele beweging:

“Je hebt hier fietspaden en die worden door vrijwilligers bijgehouden. Hier wordt enorm veel vrijwilligerswerk gedaan. Dat houdt de mensen in beweging. Iedereen hier is wel ergens vrijwilliger.” (DG, Oost Gelre)

Daarnaast is fietsen en wandelen in de buitenlucht, al dan niet in georganiseerd verband, veruit favoriet onder de respondenten en wordt ook met regelmaat beoefend. In de meeste gemeenten zijn de respondenten tevreden over de mogelijkheden tot wandelen en fietsen in de omgeving. Al struikelt een enkele respondent letterlijk- en figuurlijk over scheefliggende stoeptegels, die het functionele- en recreatieve bewegen flink kunnen belemmeren.

Ter aanvulling op het doelmatig en recreatief bewegen, of juist wanneer deze opties niet meer/minder haalbaar zijn vanwege beperkingen, wordt er bewogen in georganiseerd verband. Het aanbod hiervan is in bijna iedere gemeente ruim aanwezig. Dit geldt voor regulier beweegaanbod (zowel binnen als buiten) en speciaal aanbod voor bepaalde doelgroepen. Het aanbod is over het algemeen wel gefragmenteerd. Het is niet altijd helder welke activiteiten er te doen zijn, tenzij er duidelijk één plek is in de wijk waar het aanbod zich centreert voor de betreffende doelgroep. Zowel de doelgroep als de *stakeholders* bevestigen dit:

“Want het is niet zo dat er geen aanbod is. Het aanbod is wel in beeld, we zijn aan het inventariseren op een grote Excel-lijst, maar heel versnipperd.” (SH, Zwartewaterland)

4.1.2 Motieven om te bewegen

Eén van de belangrijkste motieven van de doelgroepen om in beweging te komen, of dit nu deelnemen aan een sportgroep of een rummikub-club is, is de behoefte aan sociaal

contact. Daarbij is gezelligheid en persoonlijke betrokkenheid binnen de groep een voorwaarde voor langdurige komst. Met name bij het ouder- en minder vitaal worden, waar de lichamelijke mogelijkheden om op bezoek te gaan bij vrienden/familie afnemen en contacten en/of geliefden wegvallen, is het vergroten van een sociaal netwerk in de directe omgeving een belangrijk motief om in beweging te komen. Het geeft gezelligheid en het gevoel gezien te worden. Maar ook voor andere volwassenen die door bepaalde redenen een klein sociaal netwerk hebben, is dit een belangrijk motief.

Naast het sociale motief is het voor de oudere doelgroep een belangrijk motief om zo lang mogelijk vitaal te blijven, en zo goed mogelijk dagelijks te kunnen functioneren.

“Gezond blijven. Zo lang mogelijk. Ik heb een achterkleinzoon die wil ik groter zien worden en daar wil ik leuke dingen mee doen. Dat is ook een doel, zeg maar.” (DG, Steenwijk)

Bij de wat jongere doelgroepen is het bevorderen van de lichamelijke gezondheid ook een belangrijke reden, al is het dan meer gericht op het lichamenlijk welbevinden/conditie als doel op zich en minder direct betrokken op het dagelijks functioneren.

Ten derde is het mentaal welbevinden een belangrijk motief om te gaan bewegen.

“Het geeft mij positiviteit. Dat helpt tegen koppijn en depressie.” (DG, Steenwijk)

Wat dat mentaal welbevinden bevordert kan verschillen. Voor de respondenten die nog een druk leven hebben met werk en sociale contacten is bewegen vooral een moment van rust en ontspanning. Deze respondenten gaven ook aan de rust en ontspanning vooral te vinden in individueel bewegen, niet zozeer in de groep. Voor diegenen die juist op zoek zijn naar invulling en contact is de afleiding en gezelligheid van een groep juist bevorderlijk voor het mentaal welbevinden.

“Ik denk dan gewoon helder. Dat is een extra motivatie voor mij. En dat ik niet alleen sport. Ik heb ook gewoon contact

met de mensen. Veel van wat ik heb meegemaakt kan ik hier even vergeten.” (DG, Zwartewaterland)

4.1.3 Werkzame factoren

In deze paragraaf worden de werkzame factoren beschreven die de doelgroep helpen om daadwerkelijk in beweging te komen, specifiek wat betreft bewegen in georganiseerd verband. De factoren zijn in te delen in factoren die aanwezig moeten zijn alvorens de stap genomen kan worden naar een (beweeg)activiteit en factoren waar de activiteit/organisatie vervolgens aan moet voldoen om de deelname te waarborgen.

Wat helpt om in beweging te komen

Bekendheid beweegaanbod

Logischerwijs voortbouwend op de bevindingen ten opzichte van het aanbod, het lijkt een open deur, maar wel één die makkelijk voorbij wordt gelopen: het is belangrijk dat het aanbod bekend is bij de stakeholders als ook bij de doelgroep. Het aanbod is veelal gefragmenteerd, net als de informatie over het aanbod. De geïnterviewde doelgroep was allemaal deelnemer van een groepsactiviteit, en in dat opzicht dus op de hoogte van in ieder geval een deel van het aanbod, maar ze hadden geen zicht op het totaalaanbod en konden zich voorstellen dat niet ieder op de hoogte was van ‘hun’ activiteit.

Intrinsieke motivatie en stimulatie daarvan

Als eerste, bijna als een andere open deur, blijkt uit de focusgroepen dat het erg belangrijk is dat de persoon in kwestie wel zelf intrinsieke motivatie moet hebben om in beweging te komen. De verantwoordelijkheid en de keuze om te gaan bewegen ligt in eerste instantie altijd bij de persoon zelf.

De intrinsieke motivatie kan bevorderd worden door ‘aansporing’ van professionele zorg- of welzijnsmedewerkers. Hierbij is het belangrijk dat professionals die achter de voordeur komen of de inwoners anderzijds ontmoeten (huisarts/fysio) in gesprek gaan met de betreffende persoon.

Doordat kwetsbare burgers te maken hebben met problemen op verschillende levensgebieden is men zich niet altijd bewust van het belang van bewegen. Dit kan liggen aan geringe kennis op het vlak van gezond leven, als ook aan de attitude ten opzichte van het belang van gezondheid. Op het vlak van deze bewustwording ligt volgens de geïnterviewde een taak voor de zorgverlener. Hier wordt aan toegevoegd dat het van belang is om per individu te kijken wat er nodig is.

“Ik denk dat heel veel mensen niet weten dat ze het nodig hebben. Als je het ze zou vragen zeggen ze: “Nee, geen prioriteit.” Er speelt meer dan bewegen, bijvoorbeeld schulden, eenzaamheid. Dat maakt ook dat ze het minder belangrijk vinden. Dus taak voor professionals om bewustwording te creëren door mensen te bevragen. Kijken wat iemand nodig heeft en dat is individueel bepaald. Dat kun je nooit algemeen zeggen (SH, Kampen).”

“Ik ben diabetesverpleegkundige: ik heb het vaak over bewegen met patiënten, bewegen werkt heel positief. Wat doet u al en wat wilt u uitbreiden?” (SH, Kampen)

Er wordt aangegeven dat het belangrijk is om mensen ook in kleine dingen te stimuleren zoals bijvoorbeeld bij minder mobiliteit mensen aansporen om kleine stukjes zelf te lopen, zoveel mogelijk zelf de dagelijkse functionele activiteiten uit laten voeren.

Zoals eerder genoemd: breng eerst de behoeften en wensen/motieven van de persoon zelf in kaart en maak ze bewust van het nut van bewegen en de mogelijkheden in het dagelijks leven en waar wenselijk in de buurt. Mensen die altijd al gesport hebben, blijken dit ook te doen op oudere leeftijd. Het is dus van belang voor een duurzame aanpak om al van jongs af aan de inwoners te stimuleren om te bewegen.

Maatjes en bevorderen van onderling contact/saamhorigheid in de buurt

Ten derde geven veel respondenten van de doelgroep aan dat het een grote stap is om in je eentje naar een activiteit toe te gaan waar je niemand kent. De stakeholders bevestigen dit. Het is daarom belangrijk dat mensen met elkaar in contact worden gebracht en elkaar als ‘maatje’ meenemen

naar een activiteit. Wenselijk is dat dit gebeurt door mensen van de doelgroep onderling; een buurman/vrouw, vriend/kennis of familielid.

“Dat je door iemand anders wordt gevraagd [...] Dan heb je niet zo’n zin, maar ga je toch. Even een schop onder je kont. Je moet wel een knop omzetten.” (DG, Winterswijk)

“Ja, maar als het aan mij had gelegen had ik hier nooit contacten gemaakt. Ik heb Parkinson en dan verander je, en dan is het moeilijk contact te maken. Ik ben meegesleurd door mijn vrouw en ben nu blij dat ik hier zit. Maar uit eigen beweging had ik dat niet gedaan. Dat geldt waarschijnlijk voor meer mensen.” (DG, Steenwijk)

Waar deze contacten nog niet bestaan, is het nodig om deze eerst te leggen. Hierin kunnen de stakeholders en de meer actieve inwoners een rol spelen. Namelijk als verbinder, om mensen met elkaar in contact te brengen, en dan waar mogelijk/wenselijk te stimuleren om elkaar mee te nemen als maatje.

Deze contacten kunnen klein beginnen, bijvoorbeeld met een informele groet:

Inwoner tegen wijkverpleegkundige: *“Wat ik van jullie zo leuk vind is, ik ken jullie niet, maar als ik één van jullie tegenkom, dan steek je altijd je hand op. Dat is belangrijk. Ze zien je op de fiets en het is: “Hoi.” Dat is echt heel mooi. Dat brengt dat ik me thuis voel in de buurt.” “Gewoon elkaar groeten, gezien worden.” (DG, Steenwijk)*

Ook het aanwezig zijn van een wijk/dorpsvereniging, bijvoorbeeld door het organiseren van straat/buurtactiviteiten kan mogelijk onderling contact en het gevoel van saamhorigheid bevorderen. In de betrokken wijken waar er geen actieve wijkvereniging aanwezig was, wordt dit erg gemist door de geïnterviewde doelgroep.

Waar informeel contact van buurtbewoners onderling niet tot stand komt, bij bijvoorbeeld bij de mensen die eenzaam zijn en inactief, kunnen actieve vrijwilligers ook de rol van maatje op zich nemen.

“Al actieve mensen inzetten om als ambassadeur of maatje, om andere mensen mee te nemen.” (SH, de Krim)

Hierin kan samengewerkt worden met al reeds bestaande informele netwerken, zoals leden van een zanggroep of leden van de kerk (waar wenselijk).

Sociaal en gezellig, maar laagdrempelig op vlak van sociale vaardigheden

Ten vierde komt naar voren dat het mensen de drempel over helpt als een samenkomst gekoppeld is aan een meer collectieve activiteit, en dus minder de nadruk legt op de sociale vaardigheden.

“Bij de voetbalclub loop je wat makkelijker naar binnen dan bij de buurtkamer, je bent zelf niet het onderwerp of het probleem. Je gaat gewoon naar de voetbal of naar de muziek.” (SH, de Krim)

Het contact moet gekoppeld zijn aan een activiteit, zoals rummikub of een sport. Met elkaar eten blijkt bijvoorbeeld ook laagdrempeliger dan koffie drinken. Eten is op zich al een ‘nuttige’ activiteit, waar koffie drinken meer sociale interactie vergt. Er is dan wel gezelligheid, maar er is ruimte om eerst even daar van te genieten, zonder er direct aan bij te moeten dragen. *“Sociaal contact is daarbij erg belangrijk. De ene zorgt voor de koffie, de ander voor de versnapering. Dan ontmoeten en spreken we elkaar. Je komt voor de gezelligheid en de sociale contacten, juist voor de sociale contacten.” (DG, Oost Gelre)*

Fysieke omgeving van de activiteit en de beeldvorming

Het helpt als er een centrale ontmoetingsplek is waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. Dit moet een plek zijn waar iedereen makkelijk naar binnenloopt en waar verschillende activiteiten plaatsvinden. De beeldvorming van de plek: bijvoorbeeld een verzorgingstehuis of een plek waar alleen hele oude mensen komen, kan ervoor zorgen dat jongere ouderen of buurtbewoners er niet heen willen.

“Als mijn moeder hier niet was gestart, was ik hier nu niet zomaar naar binnen komen wandelen. Wat kan ik hier?” (DG, Steenwijk)

“Imago van de Buurtkamer is dat als je naar de Buurtkamer gaat, dan ben je eenzaam en oud.” “Bij de Buurtkamer doe je aan Rummikub of kaarten en moet je oud zijn.” (SH, de Krim)

De plek moet qua uitstraling ook open en uitnodigend zijn: duidelijkheid over waar men moet zijn (vriendelijke receptie of heldere bewegwijzering); gezellige aankleding en bekend zijn in de buurt als multifunctionele/neutrale plek waar ontmoeting kan plaatsvinden en mensen activiteiten kunnen doen.

Praktische middelen

Als praktische voorwaarden voor het kunnen meedoen met een georganiseerde activiteit wordt nog genoemd dat deze niet te veel moet kosten/betaalbaar moet zijn voor mensen die minder te besteden hebben. Daarnaast is het voor de mensen met minder mobiliteit belangrijk dat de plek goed te bereiken is. Dat het dichtbij huis is, de stoepen goed begaanbaar en/of dat er vervoer geregeld is.

Wat helpt om in beweging te blijven?

Waar het gaat om het aanbieden van georganiseerde (be-)weegactiviteiten heeft de doelgroep duidelijke behoeften waar de organisatie aan moet voldoen. Dit zijn basisbehoeften waar de activiteit aan moet voldoen, wil de doelgroep eraan mee blijven doen.

Eigenaarschap van de doelgroep en zingeving

Meerdere inwoners gaven aan (mede-)eigenaarschap te willen hebben en te voelen in de activiteit waaraan men meedoet. Zelf mee willen denken over de invulling en uitvoering van activiteiten en daar zelf actief aan bij willen dragen. Dit vergroot het gevoel van onderlinge solidariteit en betrokkenheid bij de activiteiten. Hierdoor blijven mensen ook komen, ondanks dat ze, zoals hieronder aangegeven, vaak geen verplichtingen willen voelen. Door eigenaarschap bij de doelgroep te leggen, sluiten de activiteiten aan bij wat de doelgroep zelf als zinvol ervaart.

Ondersteuning van organisaties en professionals wordt vooral gezien ter ondersteuning en facilitering.

Geen verplichtingen

Als eerste komt naar voren dat de geïnterviewde leden van de doelgroep behoefte hebben aan vrijblijvendheid en keuzevrijheid. Geen verplichte aanwezigheid en aan- of afmeldprocedures.

Waar het de oudere doelgroep betreft:

“Je hele leven moest je al werken. Nu ben ik in de VUT. Ik wil wel wat doen, maar geen verplichtingen meer. Ik moet mezelf dwingen om te bewegen en dat doe ik. Maar daar heb ik een ander niet voor nodig. Ik wil eigenlijk niet meer moeten, de vrijheid is belangrijk.” (DG, Oost Gelre)

Maar ook volwassenen met bijvoorbeeld psychische beperkingen hebben behoefte aan vrijblijvendheid. Zowel de professionals als de respondenten van de doelgroep geven aan dat het fijn gevonden wordt als er niet te hoge verwachtingen zijn betreffende continue deelname en opkomst.

“Hun toestand wisselt per dag, ze kunnen zich niet committeren.” (SH, Zwartewaterland)

Dit voorkomt gevoelens van tekortschieten, waardoor het makkelijker is om na een eventuele periode van afwezigheid, toch weer aan te haken.

Aansluiten bij individuele (on)mogelijkheden en hier expliciet over communiceren

Ten tweede is er behoefte aan beweegaanbod dat aansluit bij de specifieke mogelijkheden van de betreffende doelgroep. Meerdere respondenten geven aan vooraf bang te zijn dat de activiteit en/of de leiding fysiek of mentaal te veel van hen vraagt en dat ze het dus heel belangrijk vinden dat er vooraf expliciet wordt benadrukt dat ze mee kunnen doen op hun eigen niveau:

“Er wordt altijd gezegd: Wat je kunt moet je doen en wat je niet kunt niet. Deze boodschap is erg belangrijk.” (DG, Oost Gelre)

Bij het zwemmen is er bijvoorbeeld behoefte aan verwarmd water, bij wandelen aan voldoende rustbankjes langs de weg. Voor mensen die snel overprikkeld raken: een kleine groep, niet te veel gerichtheid op prestatie en competitie.

De doelgroepen hebben er behoefte aan dat er duidelijkheid is over wat er van ze wordt verwacht, zodat ze zich niet onnodig ongerust maken of ze niet over hun grenzen heen moeten en dat er aandacht is voor de eigen (on)mogelijkheden. Daarbij geven meerdere respondenten de voorkeur aan voor een divers beweegaanbod en variatie, in plaats van bijvoorbeeld één sport waarbij meer ‘vooruitgang’ wordt verwacht.

Er is behoefte aan een gemotiveerde leiding, die rekening houdt met wat je kunt en je niet teveel op je huid zit.

“Iemand die aandacht voor de mensen heeft [...] en iemand die sportief is maar wel rekening met je houdt en kijkt dat je niet over je grenzen gaat.” (DG, Zwartewaterland)

Vertrouwdheid

Als derde, *last but not least*, is er behoefte aan ruimte voor sociale contacten, naast en/of tijdens het bewegen. Niet alleen contact onderling als groep, maar ook aandacht van de ‘organisatie’ eromheen. Een vertrouwdheid/bekendheid, die zorgt voor een onderlinge band:

“Het helpt wel dat er bekende mensen zijn, personeel en dergelijke. Persoonlijke aandacht. Mensen die ons kennen, gezien worden: “Fijn dat je er bent, hoe gaat het thuis?” Dat doet me goed. Het hoeven geen grote gesprekken te zijn.” (DG, Winterswijk)

4.2 Integrale samenwerking

Het tweede overkoepelende thema dat in de data naar voren komt op basis van het vooronderzoek is de integrale samenwerking. Er zijn verschillende samenwerkingspartners te onderscheiden: gemeenten, zorgorganisaties, welzijnsorganisaties en sport- en beweegaanbieders. Uit de data komt een beeld naar voren hoe deze samenwerking eruit ziet en waar wensen en behoeften liggen ten aanzien van deze samenwerking.

4.2.1 Huidige samenwerking

Uit de interviews komt naar voren dat in alle gemeentes voorbeelden worden genoemd van samenwerkingen met

als doel kwetsbare inwoners te stimuleren in beweging te komen. Er wordt op verschillende niveaus samengewerkt. Zo is er sprake van samenwerking tussen gemeenten en zorg-, sport- en welzijnsorganisaties. Hierbij speelt de gemeente veelal een rol in de financiering van activiteiten of het creëren van randvoorwaarden om deze activiteiten uit te voeren. Een tweede vorm van samenwerking is die tussen organisaties onderling. In enkele gevallen ligt er een gezamenlijk project ten grondslag aan de samenwerking. De meeste voorbeelden die worden genoemd gaan over samenwerking die praktisch van aard is. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruikmaken van elkaars faciliteiten. Zo wordt het voorbeeld genoemd dat een sjoelvereniging gebruik maakt van een ruimte in een lokaal zwembad. De derde vorm betreft samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals onderling. Dit is binnen het vooronderzoek de meest genoemde vorm van samenwerking. Het betreft veelal samenwerking rondom individuele casussen van kwetsbare inwoners.

4.2.2 Wensen ten aanzien van integrale samenwerking

Waar er binnen het vooronderzoek gesproken wordt over samenwerking wordt deze positief gewaardeerd. De wens om integraal samen te werken rondom het thema beweging komt duidelijk naar voren. Er ligt vooral een behoefte om meer en efficiënter samen te werken. Er zijn verschillende behoeften te onderscheiden.

4.2.3 Behoeftte aan overzicht

In verschillende interviews komt de wens naar voren om beter op de hoogte te zijn van elkaars aanbod. Er is behoefte aan overzicht.

“Er wordt veel gedaan in Kampen, maar vooral ieder voor zich. Dat maakt het heel complex om bij de juiste persoon uit te komen. Er is geen overzicht.” (SH, Kampen)

“Overzicht van wie wat waar doet is een wens. Dat ik een lijstje, een soort sociale kaart heb, om mensen naar door te verwijzen. “ (SH, De Krim)

“Het aanbod is wel in beeld, we zijn aan het inventariseren op een grote Excel-lijst, maar heel versnipperd.” (SH, Zwarte Waterland)

Een overzicht van activiteiten en organisaties binnen een gemeente wordt gezien als oplossing hiervoor. Een sociale kaart die bij ieder bekend is en die up to date wordt gehouden met als doel dat de verschillende organisaties en professionals elkaar makkelijker kunnen vinden. Waar een dergelijke lijst aanwezig is wordt dit als helpend ervaren. Als belemmering wordt genoemd dat men de ervaring heeft dat het lastig is om een dergelijk overzicht actueel te houden. Men verwacht dat een (vrijwel) compleet overzicht helpt om meer naar elkaar te verwijzen. Ook wordt aangegeven dat het efficiënter kan werken omdat stakeholders nu soms geneigd zijn een probleem zelf op te lossen terwijl er mogelijk een discipline of organisatie is die hiervoor beter geëquipeerd is. Als mogelijke oplossing wordt er verwezen naar de beschikbaarheid van digitale systemen. Ook hierbij wordt het up-to-date houden van een dergelijk systeem als een belangrijke uitdaging gezien.

4.2.4 Doorverwijzen

Naast het creëren van overzicht wordt in verschillende gemeenten de wens uitgesproken om meer naar elkaar te verwijzen. Er wordt aangegeven dat de lijnen meer met elkaar verbonden mogen worden.

“Er is nog wel wat te halen wat betreft samenwerking. Daar ligt bij ons juist de behoefte, dat de lijntjes met elkaar verbonden worden.” (SH, Oost Gelre)

Er wordt verwezen, echter, dit lijkt meer incidenteel dan structureel te gebeuren. Men verwijst naar organisaties of professionals die bekend zijn, maar men is lang niet altijd op de hoogte van het brede aanbod dat aanwezig is binnen de gemeente.

“Ik betrap me erop dat ik niet precies weet wat het aanbod is. Stom is dat.” (SH, Oost Gelre)

4.2.5 Behoeftte aan gemeenschappelijke visie

In de interviews komt naar voren dat dat het werken vanuit een gemeenschappelijke visie rondom het thema bewegen de samenwerking zou kunnen stimuleren. Het hebben van een dergelijke visie kan organisaties en professionals helpen verder te kijken dan het eigen expertisegebied.

“Iedereen richt zich op zijn eigen vakgebied en er wordt dan weinig gesignaleerd, bijvoorbeeld iemand komt met probleem over financiën maar er wordt niet over bewegen gesproken en bij fysio niet over financiële problemen, als ik kom voor de thuiszorg dus dan richt ik mij daar op. Het gaat heel erg om bewustwording.” (SH, Kampen)

4.2.6 Nieuwe partners betrekken

Ook wordt de wens geuit om op zoek te gaan naar nieuwe samenwerkingspartners. Als voorbeelden wordt genoemd om rondom het thema beweging de samenwerking aan te gaan met scholen en kerken.

“Kerken doen ook veel en hebben zaaltjes, dus bieden ook mogelijkheden.” (SH, Steenwijk)

4.2.7 Centrale rol huisartsen

Met betrekking tot de doorverwijzing wordt in het vooronderzoek veelvuldig verwezen naar de huisarts die een rol zou kunnen spelen in het doorverwijzen van kwetsbare inwoners naar (beweeg)activiteiten. Er zijn enkele voorbeelden waar eerste vormen van samenwerking zichtbaar worden. Wel wordt veel genoemd dat structurele samenwerking met huisartsen nog niet of nauwelijks aanwezig is.

“De huisarts is wel een verbindende factor: heeft zicht op de patiënt en die weet waar die patiënt contact mee heeft. Dus de huisarts zou deze verbinding wel kunnen maken.” (SH, Kampen)

“Mijn ervaring met huisartsen is dat wij niet binnen kwamen. Ik ben blij dat dit nu wel meer lukt. Die hebben ook een taak om mensen aan te spreken. Doorverwijzen. Maar ook

om te zeggen: Zoals je nu bezig bent is ook je eigen schuld.” (SH, Steenwijk)

4.2.8 Moeilijk bereikbare inwoners bereiken

Er is een duidelijk wens aanwezig om kwetsbare inwoners die nog niet deelnemen aan (beweeg)activiteiten te stimuleren om in beweging te komen. Het intensiveren van de samenwerking wordt genoemd als een mogelijkheid om dit bereiken. Wijkverpleegkundigen worden genoemd als een professie die achter de voordeur komt bij deze groep mensen en die een belangrijke signalerende en verwijzende functie zou kunnen vervullen. In dit kader wordt er ook verwezen naar ouderenadviseurs.

“Hoe bereik je nu de mensen die niet komen. Daar gaat het om. Met de vorige wethouder is al afgesproken om de 75+ doelgroep te bezoeken. Dat is een grote klus hier in Winterswijk. Ik hoop dat het gecontinueerd wordt. Het lijkt mij een ideale mogelijkheid om iedereen te bereiken.” (SH, Winterswijk)

“Soms vraag ik de thuiszorg om mensen te stimuleren naar bepaalde activiteiten te gaan. Omdat zij er vaak zijn, kunnen zij een belangrijke rol spelen. Die verbinding is heel belangrijk. Mensen die achter de voordeur komen, moet je inzetten om te stimuleren tot beweging. Het helpt ook als er dan positief wordt gesproken over (beweeg)activiteiten. Samenwerking met de thuiszorg is hierin belangrijk.” (SH, Oost Gelre)

4.2.9 Samenwerking tussen organisaties bevorderen

Meerdere malen wordt de behoefte uitgesproken om centrale overlegmomenten te organiseren tussen zorg-, welzijns- en sportorganisaties. Deze gefaciliteerde momenten zouden professionals kunnen stimuleren elkaar op te zoeken en kunnen bijdragen aan de vorming van nieuwe netwerken of het verstevigen van bestaande netwerken. Beleidsmedewerkers van de gemeente zouden hier ook onderdeel van kunnen zijn. Er worden enkele van deze initiatieven genoemd in de interviews.

“De netwerklunches zijn goed. Wel jammer alleen dat ze niet goed bezocht worden. Dat zou eigenlijk beter neergezet moeten worden.” (SH, Zwarte Waterland)

4.2.10 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

In verschillende interviews met stakeholders komt naar voren dat de AVG het moeilijk maakt om informatie over kwetsbare inwoners te delen. Enkele stakeholders geven aan dat het helpend zou zijn om observaties en signalen met elkaar te delen om zo tot een meer afgestemd beweegaanbod te komen voor de kwetsbare inwoner.

AVG is lastig, wij kunnen geen persoonsgegevens delen.” (SH, De Krim)

“Ervaar probleem met doorverwijzen naar goede zorg door AVG. Fysio kan het alleen via de huisarts of via patiënt maar patiënt moet het dan zelf doen, of aangeven dat patiënt het goed vindt dat fysio het voor hem doet, maar dit moet op papier vastgelegd worden.” (SH, Steenwijk)

Er zijn ook organisaties en professionals die actief werken met toestemmingsverklaringen om zo wel informatie uit te kunnen wisselen.



Afbeelding 3. Voorbeeld van een visueel verslag van een terugkoppelingsbijeenkomst (H3.3). O.b.v. de resultaten is na één of meerdere terugkoppelingsbijeenkomsten en/of dialoogsessies gekomen tot een gemeentelijk Plan van Aanpak voor fase 2.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

Aan de hand van het vooronderzoek in fase 1 heeft iedere gemeente, in samenwerking met haar inwoners en betrokken professionals, een eigen plan van aanpak geformuleerd. Elk plan is afgestemd op de eigen uitdagingen, mogelijkheden en samenwerkingsverbanden. Maar overkoepelend kan ook geconcludeerd worden dat er tussen de gemeenten en de geïnterviewde doelgroep en stakeholders veel overlap was in de motieven en behoeften van de doelgroep om in beweging te komen en te participeren, de visie op stimulerende factoren om de participatie te bevorderen en behoeften op het gebied van integrale samenwerking.

5.1 Motieven en behoeften ten aanzien van het deelnemen aan beweeg- en welzijns activiteiten

Welke motieven en behoeften hebben kwetsbare groepen ten aanzien van het deelnemen aan beweeg- en welzijnsactiviteiten?

Uit het onderzoek in fase 1 is duidelijk naar voren gekomen dat de doelgroep, hetzij ouderen, volwassenen en/of mensen met een psychische aandoening, drie hoofdmotieven hebben om in beweging te komen: voor lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid en sociale contacten. Deze drie motieven sluiten aan bij het uitgangspunt van Positieve Gezondheid: *Het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.* Het is hierbij opvallend dat het grote belang van sociaal contact veelvuldig en vaak als eerste naar voren werd gebracht. Vaak gaan de motieven samen, waarbij het lichamenlijk in beweging zijn, alsmede de sociale contacten, bevorderlijk is voor zowel het lichamenlijke als het mentale welbevinden.

Kijkend naar het huidige bewegen en het beweegaanbod, blijkt dat er onderscheid kan worden gemaakt tussen drie

verschillende vormen van bewegen. Vaak als eerste genoemd is het functioneel bewegen voor dagelijks functioneren.

Ten tweede het recreatief bewegen zoals fietsen en wandelen, deze vorm is laagdrempelig voor mobiele inwoners. Het vergt geen lidmaatschap, verplichtingen en sociale vaardigheden/contacten. Deze vorm van beweging heeft als hoofdmotief de bevordering van de fysieke en mentale gezondheid. De derde vorm van bewegen gebeurt in groepsverband. Hier komt het motief van de sociale contacten ook sterker naar voren dan bij de vorige twee vormen. Bewegen en participeren in groepsverband lijkt een hogere drempel te hebben.

Het is dus zaak om als eerste te kijken naar de motieven en behoeften, alvorens een mogelijke vorm van bewegen kan worden gestimuleerd. Hierin is eigen regie cruciaal. De opmerking *“Ze moeten het wel zelf willen”* is meerdere keren de revue gepasseerd. Waar het ‘niet willen’ gebaseerd is op mogelijke belemmeringen, zijn er zeker mogelijkheden om participatie en bewegen toch te bevorderen door deze drempels weg te halen.

5.2 Stimulerende factoren

Welke stimulerende en belemmerende factoren ervaren kwetsbare groepen ten aanzien van het deelnemen aan beweeg- en welzijnsactiviteiten? Wat zijn volgens professionals uit zorg, sport en welzijn succesvolle manieren om kwetsbare inwoners te betrekken bij activiteiten?

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de professionals zorg en welzijn over het algemeen een goed beeld hebben van wat de doelgroep belemmert als wel kan stimuleren om in beweging te komen en te participeren. De antwoorden van beide, apart bevraagde, groepen komen grotendeels overeen. Vandaar dat ze ook samen genomen zijn in de conclusie. Waar veelal de belemmeringen in omgekeerde vorm terugkwamen als stimulerende facto-

ren, is ervoor gekozen om alleen deze laatste factoren te beschrijven, om overlap te voorkomen.

De stimulerende factoren kunnen volgens de niveaus van het Social Ecological Model van Bronfenbrenner (1970) ingedeeld worden: persoonlijk niveau, sociale omgeving en fysieke omgeving. Op deze manier ontstaat een bruikbaar overzicht van hoe de doelgroep op verschillende niveaus gestimuleerd kan worden om (meer) te bewegen en mee te doen.

Stimulerende factoren op persoonlijk niveau

Er zijn meerdere factoren genoemd om op persoonlijk niveau deelname en bewegen te stimuleren.

1. Kennis over en bewustwording van de invloed van een gezonde leefstijl, van bewegen en van sociale participatie op de persoonlijke veerkracht. Dit sluit aan bij het onderzoek van Gruijter et al. (2013) waaruit bleek dat een gebrekkige kennis over de gezondheid en gezondheidsvaardigheden belemmerend werken. Een grote rol is hierbij weggelegd voor de zorg- en welzijnsprofessionals en vrijwilligers die daadwerkelijk achter de voordeur komen.

In lijn met de theorie van de Sense of Coherence van Antonovsky (1997) en het model van Positieve Gezondheid, moet deze overgebrachte kennis begrijpelijk en hanteerbaar zijn voor het individu zelf. Daarnaast, zoals duidelijk naar voren komt uit de resultaten, moet de beoogde activiteit betekenisvol zijn; aansluiten bij de intrinsieke motieven en fysieke, mentale en sociale mogelijkheden van het individu. Eigen regie staat hierbij centraal.

2. Daarnaast heeft de doelgroep behoefte aan kennis over het aanbod in de omgeving. Ook hierin kunnen de zorg- en welzijnsprofessionals een rol spelen, maar dan is het van belang dat zij zelf ook goed geïnformeerd zijn over het formele en informele aanbod en de mogelijkheden. In paragraaf 5.3 wordt hier dieper op ingegaan.

3. Het is van belang om te kijken naar de financiële mogelijkheden en de beweeg- en participatieve activiteiten hierop aan te laten sluiten ofwel naar een oplossing te zoeken.

Stimulerende factoren in de sociale omgeving

Veel van de stimulerende factoren die naar voren kwamen uit de interviews zijn gericht op het verbeteren en toegankelijker maken van de sociale omgeving.

Verbinden aan een maatje in de buurt

Bij het leggen van verbindingen tussen inwoners kunnen stakeholders die achter de voordeur komen een belangrijke rol spelen. Samenwerking en uitwisseling tussen diverse stakeholders is hierbij van belang.

Laagdrempelige organisaties en activiteiten in de buurt

Op organisatie of activiteitsniveau zijn er meerdere factoren genoemd om de drempel tot deelname en om mee te blijven doen te verlagen.

1. Ten eerste is de stap om mee te gaan doen aan een activiteit laagdrempeliger als de samenkomst gekoppeld is aan een meer collectieve activiteit, iets samen doen, hiermee ligt er minder de nadruk op de sociale vaardigheden. Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek *Safe H(e)aven: Meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten*, waaruit blijkt dat het als groep iets samen doen een veilige en (sociaal) laagdrempelige manier is voor mensen om te participeren en aansluiting te vinden (Haarsma, A., Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Jager-Vreugdenhil, M. & Brede-wold, F., 2018). Gesprekken kunnen dan gaan over de activiteit, zoals bijvoorbeeld het eten, en niet direct over de persoon zelf.

2. Ten tweede is het van belang om een veilige omgeving te bieden. Dit houdt op het sociale vlak in, dat de groep overzichtelijk is, er geen nadruk is op presteren, er een leiding is die kennis heeft van en expliciet rekening houdt met de (on)mogelijkheden van de deelnemers en dat er vertrouwde gezichten zijn.

Dit sluit aan bij de bevindingen van Van den Dool (2019), waar jongere mensen met psychische klachten gevoelig zijn voor afwijzing door anderen, omdat ze bijvoorbeeld niet aan het niveau van de activiteit kunnen voldoen.

Eigen regie

Net als op het persoonlijke niveau is ook op dit niveau eigen regie van groot belang voor de deelnemers. Regie in de

vorm van zelf te kunnen bepalen wanneer je komt, geen verplichtingen. Deze druk wordt belemmerend ervaren om mee te gaan doen. Dit sluit aan bij de bevindingen van Van den Dool (2019). Daarnaast eigen regie in de vorm van zelf bepalen welke activiteit er wordt gedaan en deze activiteiten ook zelf vormgeven, al dan niet met hulp van een professional of vrijwilliger. Het moet passen bij wat de deelnemers zelf willen en als zinvol ervaren. Dit sluit aan bij het zingevingscomponent van Positieve Gezondheid.

Stimulerende factoren in de fysieke omgeving:

De wijk/het dorp

Het blijkt dat de fysieke omgeving van de wijk van belang is voor het stimuleren van sociale contacten tussen inwoners. Een centrale ontmoetingsplek in de wijk, die laagdrempelig en uitnodigend is door een vriendelijk karakter; multifunctioneel (voor verschillende doelgroepen en doeleinden) is, en waar op één centrale plek informatie te vinden is over activiteiten. Deze uitkomsten sluiten aan bij onderzoek naar laagdrempelige plekken in de wijk waar mensen makkelijk naar binnen stappen en contacten leggen; een multifunctioneel karakter van een plek, de aankleding en gastvrijheid (iemand die je welkom heet, open deur) zijn een belangrijke voorwaarde voor inwoners om over de drempel te komen. Daarnaast is het voor sommige groepen belangrijk dat er een prikkelvrije ruimte is om even op zichzelf te kunnen zijn of om in de 'reuring' niet direct persoonlijk contact te moeten maken (Haarsma, A. et.al., 2018). Een 'stempel' op een gebouw, als zijnde voor een bepaalde doelgroep/doeleinde, blijkt één van de grootste struikelblokken voor de respondenten om er naar binnen te gaan.

Het lijkt zo evident, maar is zeker niet altijd de realiteit: de ontmoetingsplekken, hetzij een wijkgebouw, supermarkt of sportclub, moeten goed toegankelijk zijn voor de inwoners die minder mobiel zijn: qua openbaar vervoer/taxi én goed begaanbare stoepen en straten.

De activiteit

Ook bij de activiteit zelf moet er rekening worden gehouden met fysieke aanpassingen om aan de behoeften van de doelgroep tegemoet te komen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de temperatuur van het zwembad,

bankjes langs de loop/fietsroute of een prikkelarme omgeving

5.3.1 Integrale samenwerking

Hoe verloopt de onderlinge samenwerking tussen professionals uit zorg, sport en welzijn, gemeenten en inwoners op het gebied van het betrekken van kwetsbare inwoners bij activiteiten?

Individuele vs collectieve samenwerking

Er is binnen de gemeenten sprake van samenwerking tussen professionals uit zorg, sport en welzijn en verschillende beleidsterreinen binnen gemeenten. Waar er wordt samengewerkt wordt deze samenwerking gewaardeerd. Dit komt ook impliciet tot uiting in de wens om de samenwerking te versterken en te intensiveren. De samenwerking vindt voornamelijk plaats tussen professionals rondom individuele hulpvragen van inwoners. In de praktijk betekent dit dat er door individuele zorg- of welzijnsprofessional een probleem wordt gesignaleerd en vervolgens wordt er veelal binnen het eigen netwerk gezocht naar passende samenwerking. Er worden ook voorbeelden genoemd van samenwerking tussen organisaties onderling en tussen organisaties en gemeenten. In dit onderzoek komt samenwerking op het niveau van organisaties en gemeenten minder sterk naar voren dan de meer individuele vormen van samenwerking.

De wens om de samenwerking te intensiveren sluit aan bij de landelijke trend om rondom het sociale domein meer collectief samen te werken rondom hulpvragen van inwoners. Juist ook met verschillende beleidsterreinen, zoals Toegankelijkheid en Sport, waar ook mogelijkheden en oplossingen kunnen liggen. Kenmerkend voor een collectieve werkwijze is dat individuele hulpvragen worden gebundeld en dat op basis hiervan een collectief aanbod wordt ontwikkeld (Binkhorst, 2016). Het besef groeit dat preventie een belangrijk aandachtspunt is bij de ontwikkelingen van het sociaal domein. Uit de onderzoeksdata blijkt dat de focus binnen de verschillende gemeenten vooral gericht is op het op een individuele wijze beantwoorden van hulpvragen. Deze nadruk op de individuele beantwoording van hulpvragen binnen het sociale domein werd ook gevonden

onder sociaal werkers in Zwolle (Teekman, Kampen, Pruim & Algera, 2019).

Versterken, verdiepen en verbreden

Op basis van de resultaten kan de conclusie worden getrokken dat men de samenwerking wil versterken, verdiepen en verbreden. Zo wordt aangegeven dat men wil bouwen aan sterke netwerken waar men elkaar beter weet te vinden. Daarvoor is het nodig om beter op de hoogte te zijn van het onderlinge aanbod. Dit geeft de mogelijkheid om meer naar elkaar door te verwijzen zodat de lijnen binnen het netwerk meer worden verbonden. Hierbij wordt ook specifiek gekeken naar professionals die hierin een centrale verbindende rol zouden kunnen spelen. In dit verband wordt veelvuldig de huisarts(praktijk) genoemd. Ook wil men elkaar beter leren kennen en daarmee de samenwerking verdiepen. In dit kader wordt de wens geuit om meer te werken vanuit een gemeenschappelijke visie op bewegen en gezondheid. Het in beweging krijgen van kwetsbare inwoners wordt gezien als een multidisciplinaire uitdaging. Dit komt overeen met de bevindingen van Wijsbroek (2019) dat de meervoudige complexiteit van kwetsbare inwoners vraagt dat betrokken professionals elkaar opzoeken. Onderzoek van Polstra, Verkooijen, Brinkhorst, Van der Ende, Glasbergen, Van de Korput, Pruim en Teekman (2018) laat zien dat er bij alle verschillende betrokkenen (beleid, praktijk en inwoners) verschillende beelden leven over integraal samenwerken die niet altijd met elkaar overeen komen. De verbindingen tussen deze partijen, zeker die met inwoners, is vaak kwetsbaar. Ook in dit onderzoek wordt weinig gesproken over samenwerking van beleid en praktijk mét inwoners. Het is aannemelijk dat de verbinding met inwoners in de samenwerking dus nog fragiel is. Om deze te versterken is het van belang dat men elkaar vertrouwd, naar elkaars verhalen en perspectieven luistert en elkaars taal leert spreken.

Een gemeenschappelijke visie kan volgens de geïnterviewde professionals de samenwerking verdiepen en richting geven. Tot slot wordt ook de wens aangegeven om netwerken te verbreden. Men geeft aan verder te willen kijken dan de al bekende samenwerkingspartners. Voorbeelden die worden genoemd zijn het aangaan van samenwerkingen met onderwijs en religieuze instellingen. Het uiteindelijke doel van deze samenwerking is om te ko-

men tot een meer passend aanbod om inwoners te stimuleren tot bewegen. Ook verwacht men door meer intensieve samenwerking minder goed bereikbare inwoners meer in beeld te kunnen krijgen.

De AVG wordt door verschillende professionals genoemd als obstakel in de samenwerking. Het bemoeilijkt volgens hen de uitwisseling van informatie rondom individuele inwoners. Enkele professionals noemen echter dat dit geen groot probleem hoeft te zijn als inwoners toestemming geven voor het delen van informatie met andere professionals.

5.4 Discussie

Tijdens het onderzoeksproces kwamen er diverse zaken naar voren, die aanleiding geven voor verdere discussie. Het is onder andere nodig om door te spreken over de bruikbaarheid van het model van de Positieve Gezondheid als uitgangspunt voor de versterking van integrale samenwerking. Ook het gebruik van het woord 'kwetsbare' mensen en specifiek doelgroepenbeleid was regelmatig een punt van discussie. Daarnaast bleek het betrekken van de doelgroep bij de verdere samenwerkingsverbanden en het opstellen van de plannen van aanpak niet altijd even makkelijk.

Bruikbaarheid model Positieve Gezondheid

In de meeste gemeenten betrokken bij Samen in Beweging wordt het model en de theorie van de Positieve Gezondheid omarmt als basis voor integrale samenwerking, onderliggend aan de gesprekken. Ook in de opzet en voorbereidingen voor de uitvoer van het onderzoek had het model, met de diverse assen en holistische visie op gezondheid, een prominente plek. Bij het spreken over de integrale samenwerking en gezondheid, tijdens de interviews en terugkoppelbijeenkomsten en werkgroepen, was het model echter lastig in te zetten als praktisch hulpmiddel voor gesprek en het formuleren van een gezamenlijke visie. Het blijkt dan niet verder te gaan dan het gezamenlijke uitgangspunt dat we gezondheid als breder beschouwen dan alleen het medische en dat ook zingeving en de sociale, mentale en het dagelijks functioneren daar een rol in spelen. Dit mag dan 'nieuw' zijn voor de strikt medisch georiënteerde beroepen, maar deze 'realiteit' is al ingebakken bij de gesproken stakeholders. Het is dan vooral '*stating the obvious*', deze

holistische benadering is al veel langer ingebakken in zowel het vak van verpleegkundigen als van welzijnswerkers. Het even benoemen van de assen, als illustratie wat gezondheid meer is dan niet-lichamelijk ziek zijn, werkte bij de doelgroep als verhelderend. Het explicieter willen betrekken van het model van Positieve Gezondheid, meer dan alleen het holistische uitgangspunt, leek in de gesprekken juist belemmerend omdat men het dan over precieze formuleringen ging hebben en afbakeningen. Bij de meeste stakeholders én respondenten van de doelgroep leidde het eerder tot verwarring bij de aanwezigen en non-respons. Pas toen de invloed van het model weer werd gereduceerd tot holistische achtergrondgedachte, kwam het gesprek weer op gang. De assen grijpen te veel op elkaar in, om ze te onderscheiden. Het model is ook ontwikkeld als gespreksinstrument voor één op één gesprekken en lijkt minder praktisch voor gesprekken over het collectief, toch de basis voor samenwerking, op wijk/gemeenteniveau. Het kan zijn dat het model van de Positieve Gezondheid wel geschikt is als instrument voor samenwerking tussen deelnemers die ieder er gedegen inhoudelijke kennis over hebben, maar dat vraagt dan nogal wat van al de deelnemers. Helemaal als de samenwerking zo inclusief mogelijk wil zijn en zich verder strekt dan beleidsmedewerkers en andere ingewijden.

Gebruik van de term 'kwetsbare mensen'

De wenselijkheid van het gebruik van de term 'kwetsbaar' als aanduiding van een specifieke doelgroep kwam tijdens het onderzoeksproces regelmatig voorbij. De voorkeur van de onderzoekers, en ook van menig betrokkene in het onderzoeksproces, gaat ernaar uit om de term kwetsbaar niet meer te gebruiken ter aanduiding van een specifieke doelgroep. Dat heeft de volgende redenen. De stempel 'kwetsbaar' wordt vaak aan mensen gegeven, ter definiëring van wie ze zijn. Dit doet naar onze mening geen enkel mens recht. Ieder meest heeft zijn of haar kwetsbaarheden, de één meer dan de ander. Maar de mens kan niet in zijn geheel weggezet worden als kwetsbaar. Aansluitend bij wat Marja Jager-Vreugdenhil en Lilian Linders hierover schrijven in hun conceptartikel 'Jeuk van Kwetsbaarheid. De Kwetsbaarheid van het concept kwetsbaar' (verwachte publicatie 2021, www.lectorensociaalwerk.nl) beamen we dat kwetsbaarheid niet iets structureels is, maar dat dit kan fluctueren

gedurende de tijd. Daarnaast zien we kwetsbaarheid niet als een individuele *state of being*, maar altijd in het licht van de omringende samenleving die vaak zorgt voor factoren die leiden tot kwetsbaarheid. De negatieve naam die kwetsbaarheid in onze geïndividualiseerde en meritocratische samenleving heeft, met onze sterke waardering voor onafhankelijkheid en zelfredzaamheid, maakt de stempel 'kwetsbaar' tot een negatieve labeling. Onbedoeld kan deze negatieve insteek invloed hebben op de benadering van de mensen die we willen bereiken. Daarnaast voegt de term kwetsbaar in de ogen van de onderzoekers weinig tot niets toe. Het maakt niet specifiek waarvoor ze kwetsbaar zijn, waar deze kwetsbaarheid door komt en geeft daardoor ook geen input voor een mogelijke aanpak.

Maar dan rijst de vraag op hoe we dan wel, in ieder geval binnen Samen in Beweging, kunnen spreken over mensen die zich nu in een kwetsbare positie bevinden om op sociaal, mentaal of fysiek vlak een slechte gezondheid te krijgen of te houden. Daarvoor moeten we terug naar het doel van Samen in Beweging, namelijk het versterken van het ervaren welzijn en de gezondheid van mensen die daar behoefte aan hebben. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen aan de ene kant mensen die al wel in beweging en met hun gezondheid bezig zijn (op meerderde vlakken), maar vanwege omstandigheden ondersteuning nodig hebben op dit te optimaliseren of in beweging te blijven. En aan de andere kant mensen die niet in beweging zijn, en een slechtere gezondheid hebben of dreigen te krijgen. Deze laatste groep kan onderscheiden worden in mensen die wel graag willen bewegen/aan hun gezondheid werken, maar waarbij het door omstandigheden niet zelf lukt. En aan de andere kant mensen die niet willen werken aan hun gezondheid, maar wel andere zaken belangrijk vinden, waarbij het in beweging komen kan helpen. In alle gevallen kan het gaan om nog gezonde mensen en mensen die al gezondheidsproblemen ondervinden (preventief en curatief).

Samen in beweging				
Mensen die al in beweging zijn		Mensen die niet in beweging zijn		
Mensen die uit zichzelf in beweging blijven	Mensen die gestimuleerd moeten worden in beweging te blijven of bewegen te optimaliseren	Mensen die niet in beweging willen komen.	Mensen die niet in beweging willen komen, maar wel andere dingen willen waar in beweging komen een oplossing voor kan zijn.	Mensen die wel in beweging willen komen of al in beweging waren maar dit niet (meer) kunnen.

Bij al deze potentiële doelgroepen kunnen kwetsbaarheden een rol spelen, bij gezond en ongezond, actieve en inactieve mensen. Daarbij is het van belang allereerst de relativiteit van kwetsbaar of niet kwetsbaar, gezond of ongezond, te erkennen. Antonovsky (in Lindstrom & Eriksson, 2010) ziet gezondheid als continuums waarop mensen zich bewegen, in plaats van gezondheid als staat van zijn. De mate van stress aan de ene kant en veerkracht aan de andere kant is bepalend voor de mate waarop men kwetsbaarheid ervaart. Daarnaast kunnen kwetsbaarheden zich bevinden op diverse vlakken, het sociale, mentale, fysieke, dagelijks functioneren e.d. Door te spreken over ‘de meest kwetsbare mensen’ in het algemeen, gaat de aandacht snel richting de mensen die nog helemaal niet of nauwelijks sociaal en/of fysiek bewegen en daar ook geen aanstalten toe blijken te (willen of kunnen) maken. Dat bleek ook uit de gevoerde gesprekken. We pleitten ervoor om de term ‘de kwetsbare mensen’ niet meer als doelgroepsaanduiding te gebruiken. Maar daarentegen de bovenstaande aanduidingen te gebruiken voor het definiëren en omschrijven van de doelgroep.

In de lijn van het woord ‘kwetsbaarheid’, zijn er tijdens het proces meer labels de revue gepasseerd die door de aangeduide groep zelf als negatief werden ervaren. Labels als ‘ouderen’, of ‘mensen met een psychische beperking’ zijn bijvoorbeeld twee categorisering die door de beoogde doelgroep zelf als onprettig werden ervaren. Ook hier gaven

in ieder geval de doelgroep van de laatste categorie aan dat ze benoemd wilden worden in relatie tot het onderwerp:

‘Mensen die niet mee kunnen doen met reguliere sportaanbod.’ Enkele respondenten die ‘ouderen’ werden genoemd, gaven aan liever met ‘senior’ of ‘op leeftijd’ te worden omschreven. Kortom, het is van belang dat de doelgroepen gekoppeld worden aan het doel van het project en de beoogde doelgroep moet worden betrokken in eventuele categorisering.

Betrokkenheid inwoners

De wens om meer integraal te gaan samenwerken lijkt zich vooralsnog vooral te richten op samenwerking tussen welzijn- en zorgorganisaties. Daarnaast krijgen soms ook afgevaardigden van formeel georganiseerde vrijwilligersorganisaties een plek in de samenwerking. Er is echter nog weinig aandacht voor samenwerken met meer informele vrijwilligersinitiatieven en burgers.

Het bleek tijdens het onderzoeksproces erg lastig om binnen de doelgroep diegenen te bereiken die sociaal en/of fysiek zich niet bewegen in georganiseerd verband. We hebben met name de mensen gesproken die deelnamen aan een sociale groep of een sportclub. Daarnaast bleek dat de terugkoppelbijeenkomsten, waar zowel de doelgroep als stakeholders samen kwamen om uitkomsten uit de interviews te bespreken, het niet goed te lukken om nieuwe input te krijgen van de deelnemers uit de doelgroep en hen te betrekken bij de daaruit voortkomende werkgroepen. Ondanks activerende methodieken en verder spreken in

kleinere groepen. Dit resulteerde in dat bij het opstellen van de specifieke Plannen van aanpak veelal geen representanten vanuit de doelgroep betrokken waren. Tijdens de terugkoppelbijeenkomsten was een kloof tussen in ieder geval het jargon van doelgroep en stakeholders alsmede de niveaus (individueel/directe leefomgeving versus meer institutioneel/systeem) waarop zij spreken. Het kan natuurlijk ook zo zijn dat wij als onderzoekers/projectteam vooral ons onbewust te veel focussen op de input van de stakeholders (e.g. spreken over integrale samenwerking; doelgroepen; interventies e.d.). Er is nog niet expliciet bevraagd naar het waarom van de terughoudendheid van de representanten van de doelgroep. Hier moet extra aandacht aan worden besteed en gezocht worden naar oplossingen om het vervolgproces meer inclusief te maken.

Zoals in de analyse beschreven, is eigen regie en gevoel van eigenaarschap van de doelgroep erg belangrijk. Juist activiteiten die vanuit inwoners zelf zijn geïnitieerd, waarbij er sprake is van intrinsieke motivatie, aansluitend bij de motieven en gevoel van eigenaarschap, zorgt voor een duurzaam resultaat. Zowel op microniveau; welke specifieke activiteiten er worden georganiseerd, als op meso/macroniveau; hoe dit te organiseren (financiering, gebruik van gebouw etc.). Dan is het gevoel van solidariteit en betrokkenheid het grootst. Daarbij kwam sterk naar voren dat vrijwilligers geen verplichtingen willen van buitenaf, maar vrij willen zijn in de invulling van hun eigen agenda. Dit onderstreept het belang de input van de doelgroep prominenter op de agenda te zetten en in fase 2 naar manieren te zoeken waarop de doelgroep niet alleen betrokken raakt bij de uitvoering van de activiteiten, maar ook bij het ontwerp en evaluatie/aansturing daarvan.

5.5. Aanbevelingen

- Betrek inwoners bij het opzetten en ontwikkelen van (beweeg)activiteiten en interventies. Gebruik hun motieven als leidraad. Heb daarbij aandacht voor het gegeven dat in beweging zijn en sociale samenzijn invloed hebben op elkaar: in beweging zijn is bevorderlijk voor zowel het lichamenlijk als mentale welbevinden. Tegelijkertijd is sociaal con-

tact ook bevorderlijk voor het lichamenlijke en mentale welbevinden.

Voor gemeenten en andere professionals betekent dit dat zij integraal werken ook gaan zien als *samenwerken met inwoners*. Dit kan gedaan onder andere gedaan worden door aan te sluiten bij vrijwilligers- en buurtinitiatieven, maar ook door in gesprek te gaan met inwoners ‘achter de voordeur’. Professionals zoals thuiszorgmedewerkers, welzijnswerkers, huisartsen en fysiotherapeuten komen met regelmaat bij de mensen thuis en zouden deze rol op zich kunnen nemen. Door inwoners actief te betrekken wordt het eigenaarschap en daarmee de betrokkenheid van inwoners vergroot en versterkt. Het is van belang hierbij aandacht te hebben voor verschillende niveaus.

- Persoonlijk: wat zijn persoonlijke behoeften als het gaat om in beweging komen? Waar haalt deze persoon zijn ‘zin’ uit, wat is van betekenis?
- Sociaal: hoe ziet het sociale netwerk van betreffend persoon eruit? Want zijn iemands wensen en voorkeuren op dat gebied?
- Fysiek: wat zijn lichamenlijk (on)vermogens en op welke passende wijze kan bewegen gestimuleerd worden?

Wanneer het gaat om het bereiken en betrekken van de kwetsbare inwoners die nog niet actief deelnemen in georganiseerd verband doen Algera, Velvis, Jager-Vreugdenhil en Stouten-Hanekamp (2019) de volgende handreikingen:

- Zet actieve en initiatiefrijke (buurt)bewoners in: waardeer het contact tussen deze inwoners en de meer onbereikbare inwoners. Hun inzet is vaak waardevol en minstens zo effectief als professionele inzet. Ook Lezwijn, Naaldenberg, Vaandrager & Van Woerkum (2015) concluderen het belang van deze inzet in hun casestudy naar de inzet van project Voor Elkaar in de Buurt.

- Zorg dat signalen (van buurtbewoners) over deze inwoners niet verloren gaan maar opgepakt worden door bijvoorbeeld actieve (buurt)bewoners of welzijnsprofessional.
 - Werk outreachend, dat wil zeggen: ga er op af! Preventief huisbezoek kan gedaan worden door bijvoorbeeld een actieve buurtbewoner, welzijnswerker, maar kan indien passend ook de huisarts zijn. Kijk waar de ingang tot (meer) contact ligt en sluit daar bij aan.
 - Sluit in het contact aan bij de leefwereld van de inwoner. Ga open in het gesprek, zonder agenda. Neem tijd om contact te maken en investeer hierin. De stap tot het werkelijk (meer) in beweging komen kan pas veel later komen.
- Bouw interdisciplinaire netwerken rondom deze thematiek om de uitvoering te versterken en verbeteren. Welzijn op Recept als interventie is hier een goede aanleiding en manier voor. Heb in dit proces van integraal samenwerken aandacht voor gezamenlijke doelstellingen, gezamenlijke belangen en leren met en van elkaar. Naar integraal samenwerken in het sociaal domein is en wordt veel onderzoek gedaan: maak gebruik van deze expertise en ga aan de slag met aanbevelingen.
 - Ga vanuit deze interdisciplinaire netwerken collectief aan de slag. Bundel signalen, die vaak op basis van individuele casussen worden gedaan, tot collectieve oplossingen en initiatieven. Sluit hierbij aan bij bestaande collectieve activiteiten en bestaande ontmoetingsplekken.

Hoofdstuk 6 Vooruitblik projectfase 2

Fase 1 heeft geleid tot een goed inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen en de kansen voor integraal samenwerken. De belangrijkste lessen en aanbevelingen (hoofdstuk 5) vormen de basis van het plan van aanpak per gemeente dat bijdraagt aan gezondheid en participatie van kwetsbare inwoners in de zes gemeenten. In fase 2 vindt de implementatie van het plan van aanpak plaats. In elk plan staan interventies die passen binnen de gemeentelijke context. Er zijn ook overeenkomsten tussen de zes plannen voor wat betreft doelgroep, doelen en interventies. In dit hoofdstuk beschrijven we op basis van deze overeenkomsten de opzet van de implementatiefase en het onderzoek.

6.1. Implementatie in fase 2 - interventiemix

Het proces in fase 1 van data-analyse, interviews en samen leren heeft in elke gemeente geleid tot een keuze voor een mix van (erkende) interventies.

De gemeenten en betrokkenen zijn ieder in het proces tot de conclusie gekomen, dat de erkende interventie Welzijn op Recept (zie 6.1.1) een goede inhoudelijke basis en structuur biedt waar zij samen op in kunnen zetten. Ook biedt Welzijn op Recept ruimte voor lokale invulling, aanpassing aan de eigen context en een goede mogelijkheid voor het samen leren in fase 2.

Per gemeente is de invulling van de verdere activiteiten, de interventie-mix, anders ingevuld op basis van specifieke wijkenmerken en hetgeen inwoners en professionals belangrijk vinden. Ook is rekening gehouden met het gemeentelijk beleid rond ouderen en eenzaamheid, gezondheid en kwetsbare inwoners.

In al deze interventies/activiteiten zullen de belangrijke lessen en aanbevelingen aan de orde komen:

- Er is aandacht voor zowel het lichamelijke (in beweging zijn) als het sociale aspect (koffie drinken na afloop en sporten met een maatje stimuleren).
- Betrekken van de inwoners.
- Daarnaast is bewustwording van het belang van bewegen en kennis van het aanbod bij zowel de professional als de inwoner belangrijk. In een aantal gemeenten wordt voorlichting over het belang van bewegen in het communicatieplan opgenomen en sluiten we aan bij de ontwikkeling van een online sport-, beweeg- en welzijnsaanbod.
- De positieve invloed van de fysieke omgeving zien we terug in het inzetten van sleutelpersonen en verbinding maken met bestaande laagdrempelige activiteiten en ontmoetingsplekken in de buurt, waar inwoners makkelijk naar binnen stappen of al bekend zijn (bijv. buurtkamer of multifunctionele accommodatie).
- Samenwerking versterkten, verdiepen en verbreden: door goed op de hoogte te zijn van elkaars aanbod, elkaar beter te leren kennen en het uitdragen van een gemeenschappelijke visie bereiken we meer kwetsbare inwoners met een passend aanbod.

Deze verschillende, elkaar aanvullende interventies combineren we om tot een effectieve aanpak te komen van Welzijn op Recept. Ze zorgen voor agendasetting, draagvlak en netwerkontwikkeling.

Daarbij zullen we de inwoners blijven betrekken bij de vormgeving en uitvoering van de activiteiten, om zo de effectiviteit van de activiteiten te bevorderen.

In elke gemeente zal een projectgroep Samen in Beweging de implementatie uitvoeren en bewaken. De projectgroep bestaat uit de projectleider, betrokken beleidsmedewerkers

en in een aantal gemeenten ook de welzijnsorganisatie. Voor de activiteiten zullen tijdelijke werkgroepen draaien. De projectleiders ondersteunen de implementatie in de gemeenten. Bij de implementatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande gemeentelijke en regionale initiatieven en netwerken. Via de leernetwerken zullen in en tussen gemeenten de geleerde lessen worden gedeeld en zo de implementatie versterken.

6.1.1 Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een kortdurende interventie en een methodische aanpak waarbij mensen met psychosociale klachten verwezen worden naar het welzijn. Het gaat hier om klachten zoals bijvoorbeeld piekeren, slecht slapen, vermoeidheid, rug-schouder-neklachten, hoofdpijn, etc. Deze mensen komen hiervoor (met regelmaat) bij hun zorgverlener en vaak hebben zij voor deze klachten geen pilletje of verwijzing naar fysiotherapeut, psycholoog of medisch specialist nodig. Een verwijzing naar de welzijnscoach is voldoende; de welzijnscoach gaat samen met hen op zoek naar een geschikte activiteit die positieve ervaringen en sociale contacten oplevert.

Welzijn op Recept heeft een relatie met Positieve Gezondheid; er wordt uitgegaan van vermogens in plaats van beperkingen en de focus verschuift van klacht naar kracht en eigen regie.

6.1.2 Logisch model

Voor projectfase 2 van Samen in Beweging is een logisch model (zie bijlage E) opgesteld, waarin de interventieactiviteiten van Samen in Beweging, de veranderingsmechanismen (korte termijn uitkomsten), verwachte gedragingen (middellange termijn uitkomsten) en lange termijn uitkomsten in een logische volgorde aan elkaar gelinkt zijn. Een logisch model ondersteunt het inzicht in de effectiviteit van de interventie(s) en biedt inzichten voor verdere verbeteringen (Bartholomew & Mullen, 2011, Johnston, Francis, Hardeman & Eccles, 2008).

6.2 Onderzoek projectfase 2

De implementatie van het plan van aanpak in fase 2 wordt begeleid met actieonderzoek. Academische werkplaats AGORA en Hogeschool Viaa/Werkplaats Sociaal Domein voeren gezamenlijk de evaluatie uit.

Het doel van de evaluatie is om zowel het proces van het project te evalueren, als om het effect van het project in kaart te brengen. De procesevaluatie brengt in kaart wat de hoofddoelgroep (kwetsbare inwoners) en intermediaire doelgroep (professionals en vrijwilligers) van Samen in Beweging vinden, in welke mate de beoogde doelgroepen worden bereikt en hoe de uitvoering (o.a. de samenwerking) van het project verloopt. Deze informatie wordt gebruikt voor (tussentijdse) bijstelling van het programma, indien nodig. Met de effectevaluatie wordt onderzocht of de beoogde doelen van het project (zie het logisch model) daadwerkelijk worden behaald. Draagt Samen in Beweging bij om kwetsbare groepen optimaal te laten participeren in de samenleving en langer thuis te laten wonen in goede gezondheid? De effectevaluatie richt zich op deelnemers en betrokkenen van Welzijn op Recept.

6.2.1 Evaluatievragen

Voor de evaluatie is een evaluatieplan opgesteld, waarin de doelstellingen van het project als uitgangspunt zijn genomen. De evaluatie moet antwoord geven op de volgende evaluatievragen:

Procesevaluatie

- Bereik: Hoeveel inwoners/professionals zijn bereikt met Samen in Beweging?
- Waardering: Vinden de interventies/activiteiten aansluiting bij de primaire en secundaire doelgroep?
- Uitvoering (o.a. uitgevoerde activiteiten, samenwerking): Wat zijn randvoorwaarden voor een goede uitvoering van Welzijn op Recept, en wordt aan deze randvoorwaarden voldaan? En wat zijn succes- en faalfactoren bij de uitvoering van Samen in Beweging?

Effectevaluatie

- Gezondheidsuitkomsten: Voelen kwetsbare inwoners zich na afloop van fase 2 van de interventie vitaler / gezonder dan bij aanvang van de interventie? Dit wordt bepaald aan de hand van de zes aspecten van positieve gezondheid (lichamelijke gezondheid, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren)
- Gedrag van inwoners en professionals: Zijn onderstaande aspecten verbeterd na afloop fase 2 ten opzichte van de aanvang van de interventie? Zijn kwetsbare inwoners meer gaan bewegen? Zijn kwetsbare inwoners beter in staat zelfstandig hulp te zoeken (eigen regie)? Maken professionals meer/ beter gebruik van de sociale kaart? Verwijzen professionals kwetsbare inwoners beter door?
- Kennis van inwoners en professionals: Is de volgende kennis toegenomen ten opzichte van de aanvang van de interventieperiode? Kennen meer kwetsbare inwoners het belang van beweging? Weten meer inwoners waar informatie te vinden is over bewegen? Kennen meer professionals de sociale kaart en weten meer professionals elkaar te vinden?

6.2.2 Aanpak evaluatie

Om de evaluatievragen te beantwoorden, worden zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt, zoals activiteitenmonitor, evaluatieformulieren, vragenlijstonderzoek, interviews met professionals en leernetwerkbijeenkomsten.

6.2.3 Samen leren

Binnen het project Samen in Beweging is samen werken en samen leren een belangrijk onderdeel. In de gemeenten gaat het heel duidelijk om een reflectieve praktijk, zoals in H3.1.2. van dit rapport beschreven. Dit wordt georganiseerd door Hogeschool Viaa (WSD) in zogenaamde leernetwerken die bijeenkomen in halfjaarlijkse leernetwerkbijeenkomsten. Het concept transformatieleren (Stam en Wilken, 2015) dat in H2.2. van dit rapport is toegelicht, ligt ten grondslag aan dit samen leren.

Samen leren krijgt in fase 2 vorm in de leernetwerkbijeenkomsten, waarin beleidsmedewerkers, professionals en inwoners (allen betrokken bij de interventie en bijbehorende activiteiten) samenkomen.

In deze halfjaarlijkse bijeenkomsten wordt o.a. integrale samenwerking vormgegeven én wordt er gereflecteerd op hoe de samenwerking tussen verschillende partijen in de gemeente verloopt. Vanuit deze leerbijeenkomsten kunnen acties opgesteld worden om de samenwerking te verbeteren. De opbrengsten van de hierboven genoemde onderdelen van de evaluatie (namelijk activiteitenmonitor, evaluatieformulieren en interviews) dienen als input voor deze ontwikkelbijeenkomst.

6.2.4 Opbrengst evaluatie

Alle verzamelde gegevens binnen de proces- en effectevaluatie worden geanalyseerd en samengevat in een eindrapportage. Zo ontstaat zicht op achterliggende redenen waarom resultaten wel of niet behaald worden en welke onderdelen succesvol zijn. Voor zowel de deelnemende gemeenten, als andere gemeenten in het land biedt dit handvatten voor het starten, aanpassen en/of continueren van integrale preventieactiviteiten en het structureel inbedden van integraal gezondheidsbeleid.

Literatuur

Algera, M., Velvis, A., Jager-Vreugdenhil, J. & Stouten-Hanekamp, M. (2019). Hoe geïsoleerde bewoners geholpen worden door andere bewoners. Wat zou je moeten weten als je bewoners elkaar wilt laten ondersteunen om mee te doen in de samenleving? Zwolle: Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Bartholomew, L.K. & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry* 71(1): 20-33.

Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen RIVM Briefrapport 2016-0201 M.P. Hoogendoorn | E.L. de Hollander

Binkhorst, J. (2016). Op zoek naar balans tussen individuele en collectieve benaderingen in de wijk. Wmo wijzer.

Bolks, T., Bos-de Groot, E., Jager-Vreugdenhil, M. & van der Vinne, T. (2019). Kaderdocument Master Interprofessioneel werken met Jeugd. Zwolle: Hogeschool Viaa.

Cooperrider D.L. & Whitney, D. (2005). Appreciative inquiry: a positive revolution in change. Berrett-Koehler Publishers Inc., San Francisco California.

Deelen, I., Özgül, P., Lagendijk, E., & Duijvestijn, P. (2018). Wat beweegt kwetsbare groepen in Utrechtse wijken?: kwalitatief onderzoek naar motieven en belemmeringen om te sporten en bewegen. Amsterdam: DSP-groep

De Gruijter, M., Hermens, N., Nederland, T. & van den Toorn, J. (2013). Meer senioren bewegen en sporten in Rotterdam. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.

Dool, R. van den (2019). Motivatie volwassenen om te sporten en bewegen: factsheet 2019/2. Utrecht: Mulier Instituut.

Haarsma, A. & Stouten-Hanekamp, M. (2019). Visiedocument Inclusieve Samenleving 2018-2022. Zwolle: Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

Haarsma, A., Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Jager-Vreugdenhil, M. & Bredewold, F. (2018). Safe h(e)aven: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten. Zwolle: Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

Huber M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout D., et al. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 343(463), 235-237.

Lindström B. & Eriksson M. (2006) Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* 21, 238-244.

I. Storm, F. van Zoest en L. den Broeder (2007). Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Jager-Vreugdenhil, M., Van Leeuwen, R. & Spoelstra, T. (2018). Jager-Vreugdenhil, Van Leeuwen & Spoelstra, (2018) Viaa onderzoeksbeleid 2018 – 2022. *Inhoudelijke en organisatorische kaders voor praktijkgerichte kennisontwikkeling in zorg, welzijn, theologie en onderwijs*. Zwolle: Hogeschool Viaa.

Jager-Vreugdenhil, M. & Linders, L. (in druk). *Jeuk van Kwetsbaarheid. De Kwetsbaarheid van het concept kwetsbaar*. Platform Lectors Sociaal Werk. Verwachte publicatie 2021, www.lectorensociaalwerk.nl

Jager-Vreugdenhil, M., 2011. Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), pp.76–99. DOI: <http://doi.org/10.18352/jsi.251>

Jehoel-Gijsbers, G. (2004). Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Kenniscentrum Sport en Bewegen, Verwey-Jonker Instituut, & Gemeente Amsterdam (2014). Sport en bewegen als middel in het gezondheidsbeleid. Ede: Kenniscentrum Sport en Bewegen.

Lezwijn, J., Naaldenberg, J., Vaandrager, L. & Van Woerkum, C. (2015). Neighbors Connected: the interactive use of multi-method and interdisciplinary evidence in the development and implementation of neighbors connected. *Global Health Promotion* 18(1), 27-30. <https://doi.org/10.1177/1757975910393167>

Linders, L. & Verharen, L. (2018). Missie Sociaal Werk. In: Platform Lectors Sociaal Werk. Denken over professionaliteit van het sociaal werk. Opgehaald van: <https://lectorensociaalwerk.nl/wp-content/uploads/2018/05/20180412-Missie-Sociaal-Werk.pdf>

Lindström B & Eriksson M. (2010). The hitchhikers guide to Salutogenesis. Helsinki: Folkhalsan Research Center; Research report 2010:2.

Meurs, P. (12-11-2019). *Interprofessioneel werken met jeugd: de professional out of the box* gepresenteerd op Interprofessioneel samenwerken rondom jeugdigen, Zwolle.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W & Eccles, M. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology* 57(4): 660-80.

Nederland, T., Van Vliet, K. (2009). Gezond en wel ouder worden. Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering. Verwey-Jonker Instituut.

Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Polstra, L., Verkooijen, L., Brinkhorst, J., van der Ende, P. C., Glasbergen, P., Van de Korput, J., Pruim, E. & Teekman, C. (2018). De vele beelden van integraal werken: rapport van het onderzoeksproject Integraal aan het werk. Groningen: Marian van Os Centre of Expertise Ondernemen.

Roller, M. te. (2017). Samen (blijven) leren. De casus als kapstok voor integraal (leren) werken in het sociaal wijkteam. Zwolle: Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

SCP. (2014). Verschil in Nederland, H10. Den Haag.

Simplican, S.C., Leader, G., Kosciulek, J. & Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38.

Stam, M. en Wilken, J.P. (2015). Zeven principes van transformatieleren. In: Kooiman, A., Wilken, J.P., Stam, M., Jansen, E. & Van Biene, M. (Red.), *Leren transformeren* (pp. 108-122). Uitgave WMO Werkplaatsen, Utrecht: Movisie.

Standing, G. (2011). *The Precariat: The New Dangerous Class*. Bloomsbury Academic.

Teekman, C., Kampen, E. V., Pruim, E., & Algera, M. (2019). *Collectief en individueel werken in balans: Hoe werkt het?* (Doctoral dissertation, Viaa). Zwolle: Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

Tol M., Wagemakers A. & LEZWIJN J. (2015). De ActiviteitenDialoog: plannen maken doe je samen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 93: 209-212.

Wierdsma, A. & Swieringa, J. (2011 3^e druk). *Lerend organiseren en veranderen, als meer van hetzelfde niet werkt*. Groningen/houten: Noordhoff.

Wijsbroek, S. (12-11-2019). *Natuurlijk samenwerken*, gepresenteerd op Interprofessioneel werken met jeugd. De professionele 'out of the box', Zwolle.

(2011) Bronfenbrenner's Theory. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Springer, Boston, MA

Bijlage A Vragenlijsten

Professionals/Stakeholders

OPENINGSVRAAG

Ten aanzien van het beweegaanbod binnen mijn gemeente ben ik positief over...
Laat deelnemers de reactie op een post-it schrijven en voorlezen. Post-its verzamelen.

CENTRALE TOPICS

Topic 1: Inventarisatie huidig beweegaanbod (staat i.r.t. openingsvraag)

Voorbeeld introductievraag

- Welke sport- en beweeginterventies worden er binnen de gemeente aangeboden?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wat werkt
- Wat zijn de succesfactoren van het huidige aanbod

Topic 2: Participatie kwetsbare burgers

Voorbeeld introductievraag

- Hoe stimuleert u kwetsbare deelnemers deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteiten

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wat werkt hierin volgens het beste? Wat maakt dat dit werkt (succesfactoren)?
- Op welke manier wordt er rekening gehouden met kwetsbaarheid?
- Hoe probeert men aan te sluiten bij de kwetsbaarheid van de deelnemers?

Topic 3: Inschatting behoeften doelgroep

Voorbeeld introductievraag

- Waar hebben kwetsbare burgers behoefte aan t.a.v. deelname aan sport- en (beweeg)activiteiten?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Fysieke behoeften? (omgeving/lichamelijk)
- Sociale behoeften? (steun omgeving/groepsgevoel)
- Economisch (kosten)
- Beleid vanuit gemeente
- Wat kan bewegen volgens u bijdragen aan andere dimensies van Positieve Gezondheid?
- Houdt u daar rekening mee in uw aanbod/benadering?

Topic 4: Integrale samenwerking

Voorbeeld introductievraag

- Hoe wordt er samengewerkt met verschillende disciplines (huisarts, buurtsportcoaches, vrijwilligersorganisaties, ect?)

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wat merkt u van het beleid van de gemeente? Waar heeft u waardering voor?
- Verloop van samenwerking
- Succesfactoren
- Belemmeringen

DISCUSSIE

Topic 5: Toekomstdroom/verwachting

Voorbeeld introductievraag

- Waar willen jullie over 5 jaar staan? Hoe ziet het ideale beweegaanbod binnen uw gemeente eruit?

Deelnemers hier individueel over na laten denken en laten noteren op post-it. Kort rondje waarbij de deelnemers de post-it's voorlezen.

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wensen
- Wat is nodig om de droom te verwezenlijken

Doelgroepen

OPENINGSVRAAG

Maak de volgende zin af: Bewegen is voor mij....

Laat deelnemers de reactie op een post-it schrijven en voorlezen. Post-its verzamelen (plakken op flap of muur)

CENTRALE TOPICS

Topic 1: Motieven (en belemmeringen) om te bewegen

Voorbeeld introductievraag

- Wat is voor u de belangrijkste reden om te bewegen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Fysiek/sociaal (uitbreiding netwerk)/...
- Belemmeringen
- Welke activiteiten zijn zinvol
- Beweeggeschiedenis (heeft men vroeger ook gesport)

Topic 2: Bekendheid met het beweegaanbod

Voorbeeld introductievraag

- Bent u bekend met het beweegaanbod binnen uw gemeente? ZO ja; kan u hier voorbeelden van noemen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Voorbeelden van (beweeg)activiteiten
- Via welke weg wordt men op de hoogte gehouden van het aanbod

Topic 3: Behoeften t.a.v. het beweegaanbod/in beweging komen

Voorbeeld introductievraag

- Wat is voor u belangrijk om in beweging te kunnen komen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Factoren die stimuleren deel te nemen aan activiteiten
- Wat onderneemt de deelnemer zelf
- Fysieke omgeving (bijvoorbeeld bereikbaarheid)
- Economische aspecten (kosten)
- Sociale omgeving (steun/stimulans/belemmering)
- Verwachtingen werkwijze/houding van begeleider van (beweeg)activiteit
- Randvoorwaarden van de activiteit

DISCUSSIE

Topic 4: Wensen

Voorbeeld introductievraag

- Doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een passend beweegaanbod. Hoe moet de dienst/voorziening/activiteit eruit zien om er gebruik van te willen maken?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wensen
- Waar moet het aan voldoen
- Hoe zou u hier zelf aan willen/kunnen bijdragen

Bijlage B Bijeenkomsten en betrokkenen per gemeente

Gemeente	Bijeenkomsten via bestaande structuren	Georganiseerde bijeenkomsten	Betrokken partijen in de bijeenkomsten en gesprekken
Hardenberg	Beleidsoverleg gemeente	Groepsinterview met stakeholders, groepsinterview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (20 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers sport en gezondheid, huisarts, welzijnsorganisatie De Stuw, fysiotherapeut, Samen Doen Team, Thuiszorg, vrijwilligersorganisatie Krimse Kracht, Netwerk Gewoon Gezond, ouderen, leider - Meer Bewegen voor Ouderen
Kampen	Beleidsoverleg gemeente Multidisciplinair overleg Stichting Eerstelijns zorg Werkgroep laagdrempelige wandelgroep door integrale samenwerking	2 groepsinterviews met stakeholders, interview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (18 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid, sport en sociaal domein, WMO-consulent, Sportservice Kampen, sportcentrum, welzijnsorganisatie Welzijn Kampen, fysiotherapeut, POH, Humanitas, Buurtzorg, Maatschappelijk werk, raadsleden
Oost Gelre	Beleidsoverleg gemeente Aansluiting bij Achterhoek in Beweging	2 groepsinterviews met ouderen en stakeholders; Groepsinterview met professionals; Bijeenkomst over analyseresultaten en interviews samen met Winterswijk; Activiteitendialoog; Bilaterale gesprekken	Beleidsmedewerkers publieke gezondheid en sport, Achterhoek in Beweging, inwoners Mariënveld, WMO-raad, Ouderenbond, Zorginstellingen Marga Klompé en Careaz, Seniorenbelang, POH, wijkverpleegkundige
Steenwijkerland	Beleidsoverleg gemeente Netwerk Inclusief Wonen 2x Inloopochtenden Sociaal Werk De Kop 3x	Groepsinterviews met stakeholders, 2 groepsinterviews met inwoners, 3 1-op-1 interviews met inwoners, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid en sport, welzijnsorganisatie Sociaal Werk de Kop, buurtwerker sport, procesmanager Inclusief Wonen
Winterswijk	Beleidsoverleg gemeente Aansluiting bij Achter-	Groepsinterview met inwoners; 2 groepsinterviews met stakeholders en professionals; Bijeenkomst over analy-	Beleidsmedewerkers publieke gezondheid, sport en ouderen, buurtsportcoach, wijkverpleegkundige, zorginstelling Sensire,

	hoek in Beweging	seresultaten en interviews samen met Oost Gelre; Activiteitendialoog; Bilaterale gesprekken	Achterhoek in Beweging, sportcentrum de Tuunte, Seniorenraad, ouderenadviseur, zwembad, sociaal team
Zwartewaterland	Beleidsoverleg gemeente Netwerk Samen Zwartewaterland Samenwerken in de Wijk in Genemuiden	2 groepsinterviews met stakeholders, groepsinterview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (15 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid, sociaal domein, sport en participatie, buurtsportcoach, welzijnsorganisatie, Philadelphia Wonen, MEE, deelnemers Back on Track, WMO-consulent, POH, Therafit, Maatschappelijk werk, JP van den Bent, Fytac PMT, In Balans, RIBW

Bijlage C Codeboom Samen in Beweging met kwetsbare inwoners fase 1

Codeboom doelgroep inwoners

huidig aanbod: ind./org./bel. + vrije code
stimulerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
belemmerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
behoeften: ind./org./bel. + vrije code
motieven: ind. + vrije code
beweeggeschiedenis: ind.
huidig bewegen: ind. + vrije code
mobiliteit: ind./org./bel. + vrije code (*)
integrale samenwerking: ind./org./bel. + vrije code
ideaal beweegaanbod: ind./org./bel. + vrije code

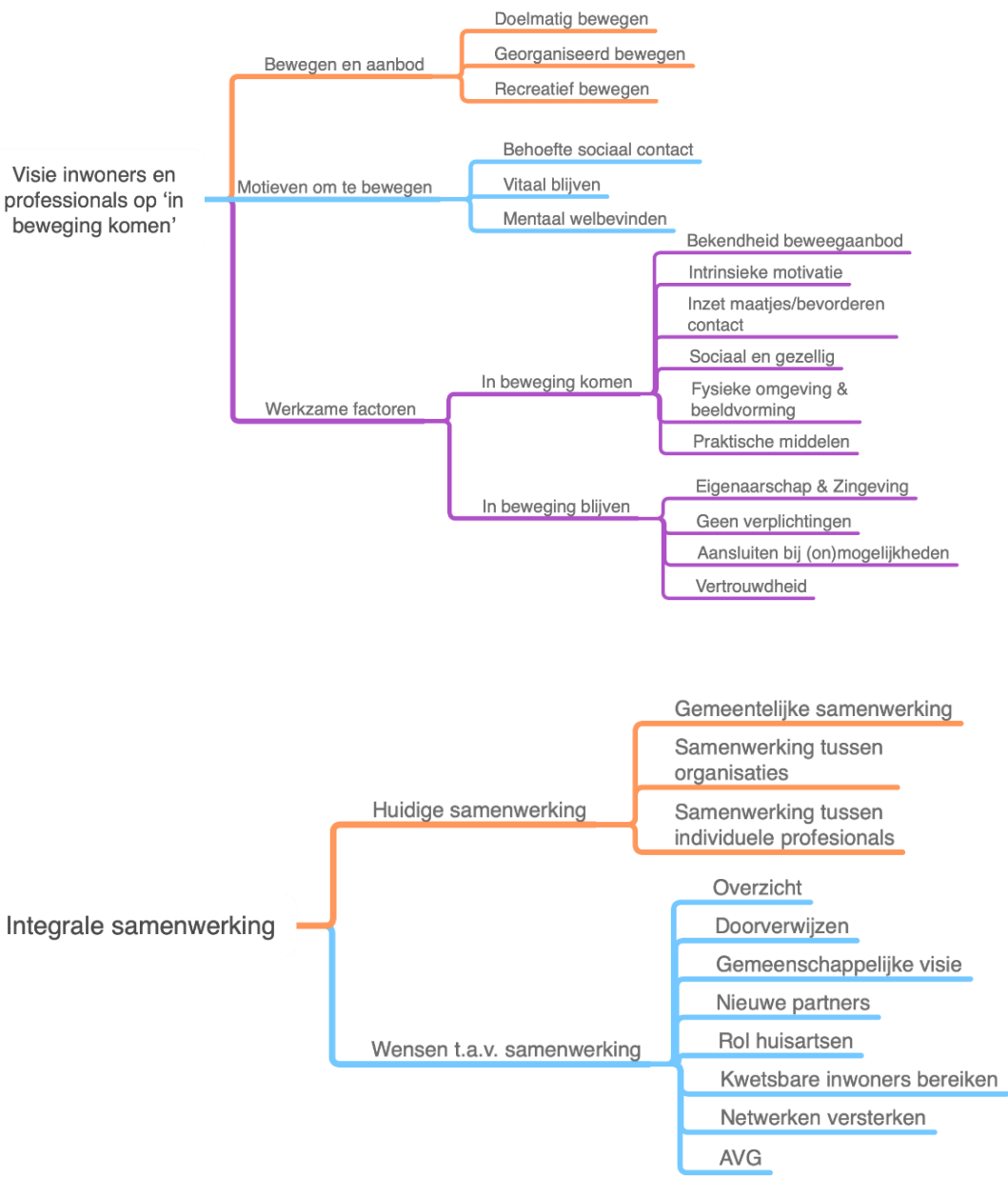
Codeboom professionals (stakeholders)

huidig aanbod: ind./org./bel. + vrije code
stimulerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
belemmerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
Behoeften: ind./org./bel. + vrije code
integrale samenwerking: ind./org./bel. + vrije code
ideaal beweegaanbod: ind./org./bel. + vrije code

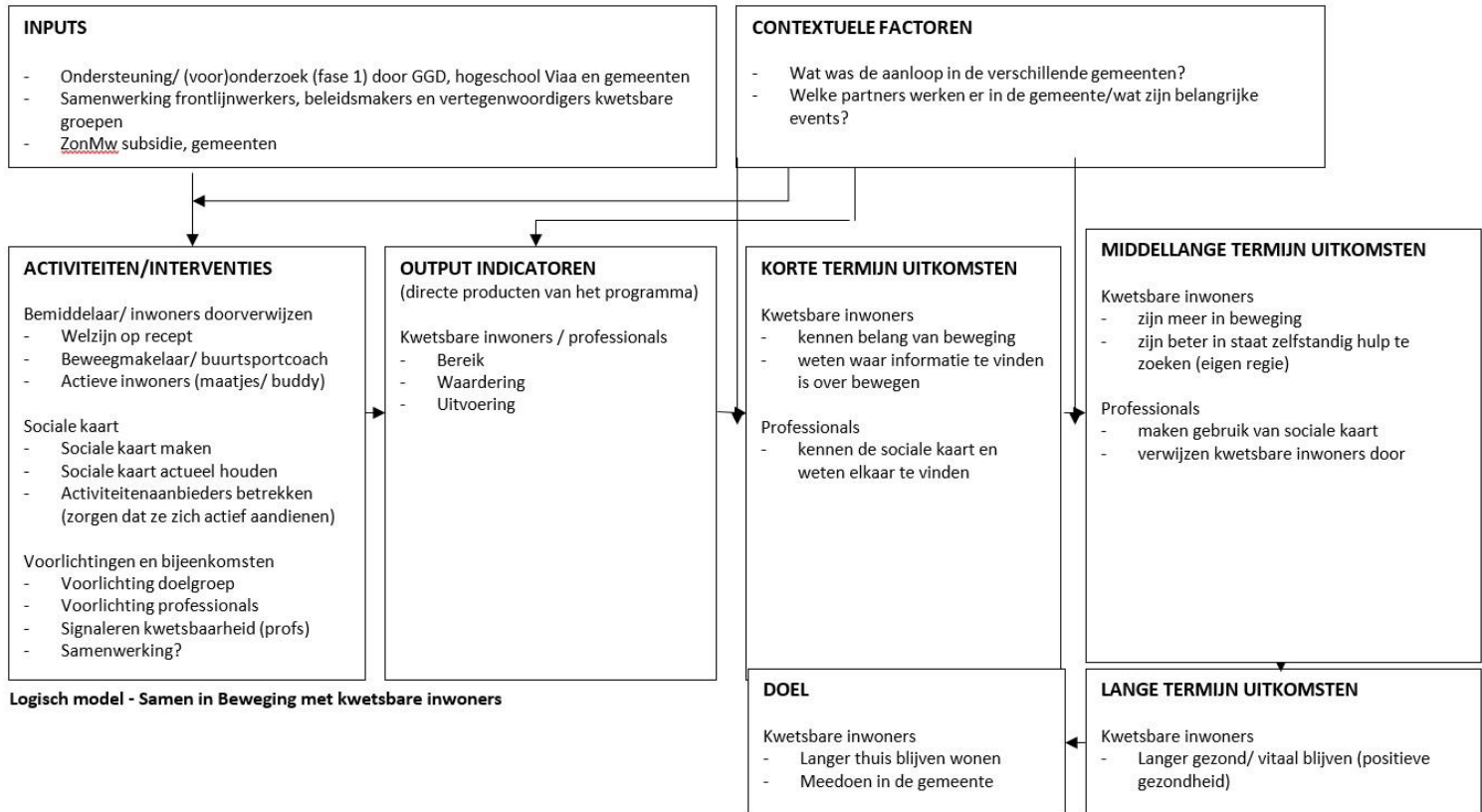
N.a.v. analysesessie onderzoekers 03-04-2019:

- Code stimulerende factoren: moeten zo feitelijk mogelijk uit context af te leiden zijn. Er moet een bepaald genoemd 'effect' waarneembaar zijn.
- Vrije code waar mogelijk zoveel mogelijk achterwege laten: gelabelde tekst moet duidelijk illustreren waar het over gaat

Bijlage D Schematische weergave resultaten



Bijlage E Logisch model



Logisch model - Samen in Beweging met kwetsbare inwoners