

Stimuleren van fietsgebruik door zorgverleners



Handreiking
Versie 1

FIETS  BERAAD

Publicatie 21

Handreiking voor stimuleren van het fietsgebruik door zorgverleners

Versie 1

Samenvatting en conclusies

Deze handreiking is opgesteld in opdracht van Fietsberaad en gemeente Zwolle. De centrale vraag is:

Op welke manier kunnen eerstelijns zorgverleners een rol spelen bij het stimuleren van fietsgedrag van hun patiënten?

Deze handreiking heeft aan de basis gelegen van de Zwolse pilot 'Fiets-je-Fit!'. De praktijkervaringen uit de pilot zullen in versie 2 van de handreiking verwerkt worden.

De handreiking is bedoeld voor een brede doelgroep zowel vanuit het veld van verkeer als vanuit gezondheid. Het is belangrijk om elkaars werelden te kennen. In het eerste deel wordt daarom een kader geschetst met informatie over recente ontwikkelingen in de eerstelijnszorg en over fietsstimulering. In het laatste hoofdstuk staat het plan van aanpak centraal dat als basis kan worden gebruikt voor een op te zetten project.

De situatie in de Zwolse wijk Holtenbroek wordt in het gehele document geïllustreerd in diverse tekstblokken.

De eerstelijns gezondheidszorg

Als we in deze handreiking spreken over zorgverleners gaat het om: huisartsen, de praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Zij maken deel uit van de wijkstructuur en kunnen patiënten middels een persoonlijke benadering stimuleren om meer te gaan bewegen in de wijk. Een belangrijke partij, die als een schakel tussen de zorgverleners fungeert, zijn de regionale ondersteuningsstructuren (ROS) die betrokken zijn bij lokale samenwerking en preventie.

De gezondheidszorg is breder dan de eerstelijns. Zo kan de vraag gesteld worden naar (versterking van) de rol van bedrijfsartsen en/of arbo professionals bij fietsen naar het werk. Veel van de fietsstimuleringsprojecten zijn immers op deze thematiek gericht. Veelal werken bedrijfsartsen niet wijkgericht en daarom zijn ze buiten beschouwing gelaten.

Leefstijl en beweegstimulering in de zorg

Zorgverleners in de eerstelijns houden zich steeds meer bezig met het stimuleren van een gezonde leefstijl. Zo is in de huisartspraktijk het PreventieConsult geïntroduceerd, bedoeld voor mensen die een verhoogd risico hebben op aandoeningen zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Het zijn chronische aandoeningen die via een meer actieve leefstijl beïnvloed kunnen worden. Eveneens een recente ontwikkeling is het aanbod rondom bewegen in de eerstelijns via inzet van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Ook de wijkverpleegkundige heeft hierbij een rol. Er worden verschillende varianten van GLI's ontwikkeld. Maar bij elk programma worden mensen begeleid door een coach, kiezen deelnemers een activiteit die ze leuk vinden en is het de bedoeling dat mensen in hun directe woonomgeving doorgaan met bewegen. Het gaat hierbij om volwassenen.

Tot nu toe speelt fietsstimulering geen grote rol in de GLI-ontwikkelingen. Het is duidelijk dat hiervoor wel kansen liggen gezien de grotere rol van leefstijlfactoren als aandachtspunt in de gezondheidszorg. Het lijkt derhalve van belang de komende jaren mogelijke fietsstimulering vanuit de eerstelijns niet geïsoleerd aan te pakken, maar te positioneren binnen deze ontwikkeling en de implementatie ervan.

Een bredere, meer integrale, aanpak lijkt ook geboden in de fase waarin mensen die, in het kader van een GLI begeleid zijn, moeten doorstromen naar het reguliere aanbod. Andere organisaties dan de eerstelijnszorg komen dan in beeld zoals lokale verenigingen en clubs op het terrein van sport en bewegen en organisaties uit de domeinen van sportstimulering en welzijnswerk.

Publiek-private samenwerking met plaatselijke bedrijven die belangstelling hebben voor “gezondheidszorg en bewegen” biedt zeker kansen voor mede financiering.

Fietsstimulering

Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk dat inactieve burgers gestimuleerd worden om meer te gaan bewegen. Meer bewegen verkleint de kans op chronische ziekten. In dit hoofdstuk worden enkele voorbeelden gegeven van fietsstimulering. De fietsersbond zet in op het verbeteren van de infrastructuur in krachtwijken. Voor de groep allochtone (vrouwen) zijn fietslessen een mogelijkheid om drempels weg te nemen. De lessen vergroten hun zelfvertrouwen om te gaan fietsen. De fiets met trapondersteuning kan voor sommige doelgroepen geschikt zijn om het fietsen voor dagelijks gebruik (weer) op te pakken.

Er zijn in Nederland nog geen fietsprojecten gedaan in nauwe samenwerking met zorgverleners. Lokale projecten in Engeland laten zien dat een community aanpak belangrijk is. Dat betekent dat door diverse partijen wordt samengewerkt om fietsactiviteiten aan te bieden, zowel individueel als op groepsniveau. Goed fietsmateriaal en blijvende stimulans richting de deelnemers zijn belangrijke randvoorwaarden.



Conclusies voor de pilots

Op basis van de eerste hoofdstukken kunnen de volgende conclusies getrokken worden voor de praktische uitvoering van de pilots:

1. Fietsen is gezond en kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voldoen aan de beweegnorm;
2. Fietsen is, zowel gezien vanuit het oogpunt van milieu als vanuit gezondheidszorg, duurzaam;
3. Via de eerstelijnszorg kunnen in principe doelgroepen worden bereikt die baat hebben bij een meer actieve leefstijl;
4. Omdat deze doelgroepen deels een lagere sociaal-economische positie hebben, kan fietsen een laagdrempelige en goedkope manier zijn om meer actief te worden of te blijven;

5. In het gezondheidsbeleid is de komende tijd het uitgangspunt dat mensen sterker eigen verantwoordelijkheid dragen voor hun gedrag maar dat er tegelijkertijd in de eigen buurt mogelijkheden moeten zijn voor een actieve leefstijl (sport en bewegen);
6. Gegeven ook de toename van chronische ziekten, is er een ontwikkeling waarbij in de eerstelijns aandacht komt voor preventie en leefstijl, deels via (gestandaardiseerde) gecombineerde leefstijlinterventies;
7. Fietsen is op dit moment nog nauwelijks een onderdeel van de aanpak via de gecombineerde leefstijlinterventies;

In een lokaal stimuleringsproject dient primair rekening te worden gehouden met de typische kenmerken (handelwijze, standaarden, financiering) van de (eerstelijns)zorg. Zorgverleners willen vooral korte en krachtige 'opdrachten', en duidelijke verwijsmogelijkheden.

In het laatste hoofdstuk wordt een aanzet gegeven voor een praktische uitwerking in een project of pilot.

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	5
<i>De eerstelijns gezondheidszorg.....</i>	5
<i>Leefstijl en beweegstimulering in de zorg.....</i>	5
<i>Fietsstimulering</i>	6
<i>Conclusies voor de pilots</i>	6
Inhoudsopgave	8
1 Inleiding en achtergrond	10
<i>Waarom deze handreiking?</i>	10
<i>Hoe is deze handreiking opgesteld?</i>	10
<i>Voor wie is deze handreiking bedoeld?</i>	10
<i>De verkeer- en vervoersector.....</i>	11
<i>Bewegen, fietsen en gezondheid.....</i>	11
<i>Aandachtsgroepen vanuit gezondheid.....</i>	12
<i>Gezond en duurzaam.....</i>	13
1.1 Leeswijzer	14
2 Eerstelijns gezondheidszorg	15
2.1 Eerstelijns zorgverleners.....	15
<i>Huisartsen</i>	15
<i>Praktijkondersteuner</i>	15
<i>Fysiotherapeuten</i>	16
<i>Wijkverpleegkundigen</i>	16
<i>Andere eerstelijnszorgverleners</i>	17
2.2 Regionale Ondersteuningsstructuur eerstelijns (ROS).....	17
2.3 Conclusie.....	17
3 Leefstijl en beweegstimulering in de zorg	18
3.1 Gecombineerde leefstijlinterventies	18
3.2 De brug tussen zorg en sport.....	21
3.3 De wijkverpleegkundige	22
3.4 Beweeg- en sportstimulering en welzijnswerk	22
3.5 Conclusie.....	23
4 Fietsstimulering	25
4.1 Fietsstimulering bij specifieke groepen	25
<i>Ruimtelijke ordening.....</i>	25
<i>Fietslessen</i>	25
<i>Technische innovaties.....</i>	26
4.2 Voorbeelden fietspromotie via zorgverleners.....	26
4.3 Conclusie.....	27

5	Aanzet tot praktische uitwerking	29
5.1	Verkennen.....	29
	<i>Wat is het gemeentelijk beleid?</i>	30
	<i>In welke wijk wordt het fietsproject uitgevoerd?</i>	30
	<i>Wie is de doelgroep?</i>	30
	<i>Hoe is het fietsklimaat in de wijk?</i>	31
	<i>Welke informatie kan helpen bij de verkenning?</i>	31
	<i>SWOT analyse</i>	31
5.2	Organiseren algemeen.....	33
5.3	Organiseren: de aanbieders van fietsactiviteiten.....	33
	<i>Welke fietsactiviteiten gebeuren er al?</i>	33
	<i>Welk activiteiten ontbreken er mogelijk nog?</i>	34
	<i>Wat is er nodig om het fietsaanbod te borgen?</i>	35
5.4	Organiseren: de zorgverleners.....	36
	<i>Welke zorgverleners kunnen worden betrokken?</i>	36
	<i>Bij welke zorgverleners is er draagvlak?</i>	36
	<i>Wat hebben zorgverleners nodig?</i>	36
	<i>Welke informatie is nodig?</i>	36
5.5	Organiseren: de gemeenten.....	37
	<i>Welke informatie kan helpen bij het organiseren?</i>	38
5.6	Uitvoeren.....	38
	<i>Communicatie-uiting richting patiënten</i>	38
	<i>Flowchart voor zorgverleners</i>	39
	<i>Persoonlijke doelen en reminder</i>	40
5.7	Evalueren.....	41
	<i>Proces- of effectevaluatie</i>	41
5.8	Verankeren.....	43
	<i>Positieve resultaten</i>	43
	<i>Coördinatie</i>	43
	<i>Financiële middelen</i>	44
	<i>Inbedding</i>	44
	Bijlage 1 Campagnemateriaal Fiets je fit!	46
	Bijlage 2 Overzicht ROS'en	51
	Bijlage 3 Big Move	52
	Bijlage 4 Landelijke organisaties rondom fietsstimulering	53
	Colofon	54
	Over het Fietsberaad	54

1 Inleiding en achtergrond

Waarom deze handreiking?

Deze handreiking is opgesteld in opdracht van Fietsberaad en gemeente Zwolle. De centrale vraag is:

Op welke manier kunnen eerstelijns zorgverleners een rol spelen bij het stimuleren van fietsgedrag van hun patiënten?

Het verbindt de velden van mobiliteit en gezondheid. Deze handreiking biedt handvatten hoe een dergelijke aanpak projectmatig vormgegeven zou kunnen worden en welke communicatie uitingen hierbij gebruikt zouden kunnen worden.

Hoe is deze handreiking opgesteld?

In april 2012 is in de Zwolse wijk Holtenbroek de pilot '*Fiets-je-Fit!*' gestart. Het is de eerste keer dat in Nederland een persoonlijke benadering door zorgverleners om fietsgebruik te stimuleren wordt uitgetoet.

Deze handreiking heeft aan de basis gelegen van de Zwolse pilot. Het is een weergave van een verkenning op basis van deskresearch en interviews. In de handreiking is ook een aantal suggesties voor campagne-middelen opgenomen, zoals een poster en een contract (zie bijlage 1). De gemeente Zwolle heeft hier een eigen invulling aan gegeven,

De praktijkervaringen uit de pilot zullen in versie 2 van de handreiking verwerkt worden.

Voor wie is deze handreiking bedoeld?

Deze handreiking is opgesteld voor:

- Gemeentelijke en provinciale verkeerskundigen, en ambtenaren mobiliteit en verkeer
- Ambtenaren volksgezondheid en medewerkers van lokale organisaties op het terrein van gezondheid (preventie), sport- en bewegen, sportstimulering en welzijnswerk.

De secundaire doelgroep van deze handreiking is:

- Actoren in de gezondheidszorg die hun patiënten/cliënten meer lichamelijk actief willen laten zijn.

Twee verschillende terreinen komen samen in deze handreiking namelijk mobiliteit en gezondheid. Het werk van gemeentelijke of provinciale verkeerskundigen concentreert zich op de gebieden van mobiliteit en verkeersveiligheid. Deze domeinen dragen bij aan het creëren van een beweegvriendelijke omgeving. Een goede infrastructuur en verkeersveiligheid zijn belangrijke voorwaarden voor fietsgebruik. Een gebrek aan goede fietspaden bijvoorbeeld, is een reden om een ander vervoermiddel te gebruiken en kan als excuus worden gebruikt om niet te fietsen.¹

¹ Anke Bergmans, Laurens Langendonck, Nicole Remmers. Uit de auto, op de fiets! Eindrapportage onderzoek 'Marktgericht fietsbeleid'. Blauw Research, in opdracht van Fietsberaad. 2009

De verkeer- en vervoersector

Binnen het verkeer- en vervoerbeleid heeft fietsbeleid diverse raakvlakken met andere onderdelen zoals infrastructuur en -parkeervoorzieningen, maar ook met het leefbaar houden van wijken en buurten, verkeersveiligheid, mobiliteitsmanagement, en gezondheid van de burger². Dit geeft ook aan dat fietsstimulering diverse doelen kan dienen, zoals optimaliseren van bereikbaarheid, een schoner milieu en ook verbeteren van gezondheid³.

De voordelen van fietsen liggen dan ook op diverse terreinen:

- Fietsen verhoogt fitheid
- Fietsen houdt mensen op gewicht
- Regelmatig fietsen geeft een goed gevoel
- Fietsen vermindert de kans op ziek zijn en heeft een positieve invloed op de levensverwachting
- Fietsen is gemakkelijk
- Meer fietsen betekent schonere lucht in de eigen omgeving
- Fietsen is stil
- Fietsen verbetert de bereikbaarheid op de korte afstand
- Fietsen is voordelig
- Meer fietsen betekent minder uitstoot van broeikasgassen

Er zijn veel voordelen voor fietsen te benoemen maar toch stapt niet iedereen op de fiets. Het is goed te weten dat de fietsmarkt een markt is, die is te segmenteren in de volgende categorieën⁴:

- Mensen die al fietsen (38%)
- Mensen die overwegen te fietsen (37%)
- Mensen die niet fietsen, alleen de auto gebruiken (25%)

De meeste winst valt te behalen bij de groep 'overwegers'. Immers degenen die fietsen, zijn al goed op weg. Ook blijkt het moeilijk te zijn automobilisten uit de auto te krijgen.

Bewegen, fietsen en gezondheid

Onvoldoende bewegen is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting 6% van het totaal aantal sterfgevallen, en voor een aanzienlijk deel van de gevallen van coronaire hartziekten. De bijdrage aan de totale ziektelast van lichamelijke inactiviteit is vergelijkbaar met die van te weinig groente en fruit en teveel verzadigd vet in de voeding.

² Fietsbeleid. In: Mobiliteitsniveau op lokaal niveau: Wegwijzer voor gemeenten. Vereniging van Nederlandse Gemeenten 2009

³ Ingrid Hendriksen, René van Gijlswijk. Fietsen is groen, gezond en voordelig: Onderbouwing van 10 argumenten om te fietsen. TNO Kwaliteit van Leven, 2010.

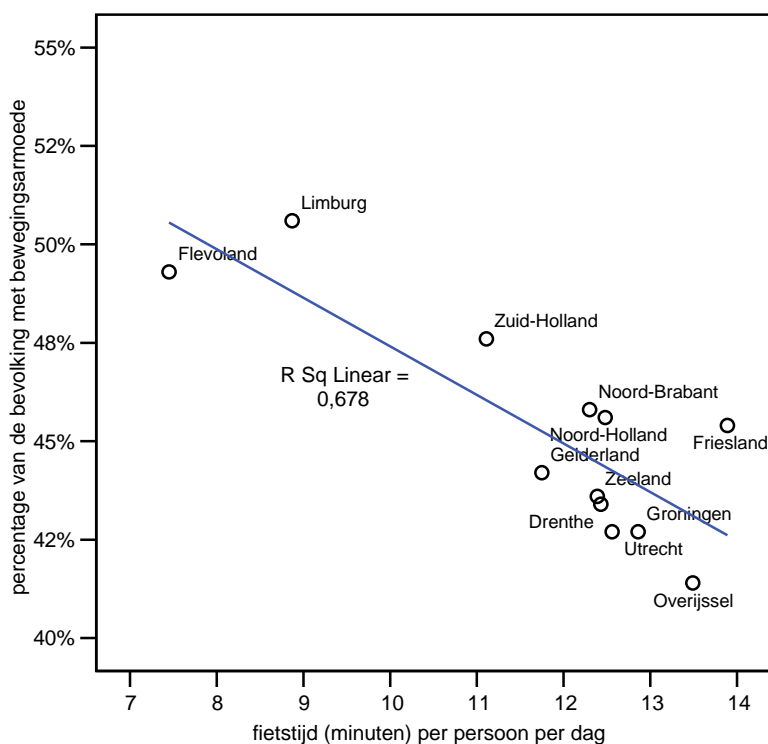
⁴ Anke Bergmans, Laurens Langendonck, Nicole Remmers. Uit de auto, op de fiets! Eindrapportage onderzoek 'Marktgericht fietsbeleid'. Blauw Research, in opdracht van Fietsberaad. 2009.

De Fietsersbond heeft in de publicatie 'Fietsen als medicijn' de positieve effecten geïnventariseerd van fietsen bij aandoeningen als overgewicht, hart- en vaatziekten, diabetes en depressie⁵. Voldoende bewegen draagt bij aan betere gezondheid en vermindert de kans op chronische ziekten. De wetenschappelijke literatuur bevestigt de gezondheidswinst van fietsen, ook indien rekening wordt gehouden met risico's die er aan zijn verbonden⁶. Ook internationaal is er vanuit de gezondheidssector toenemende interesse in de positieve effecten van fietsen op de gezondheid. Vooral ook omdat fysieke activiteit zoals lopen en fietsen onderdeel kunnen zijn van dagelijkse routine van mensen⁷.

De Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) is een richtlijn die aangeeft dat voor een gezonde leefstijl volwassenen dagelijks, op minimaal 5 dagen per week, minstens een half uur ten minste matig intensief lichamelijk actief moeten zijn, bijvoorbeeld stevig wandelen (5 km/uur) of fietsen (16 km/uur). Op dit moment voldoet ruim de helft van de Nederlandse bevolking aan deze norm⁸.

Aandachtsgroepen vanuit gezondheid

Vanuit gezondheidsoogpunt heeft de gemeente een taak die is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hieronder valt bijvoorbeeld uitvoering geven aan vaccinatieprogramma's en tegengaan van gezondheidschade door bijvoorbeeld verontreinigde lucht of straling. Ook het creëren van een gezonde leefomgeving valt onder deze taak. De Wpg richt zich op alle burgers van een gemeente, maar als het gaat om gezondheid zijn er lokaal wel risicogroepen of aandachtsgroepen te onderscheiden.



Bij het opstellen van het fietsbeleid vanuit gezondheidsoogpunt kan gekeken worden naar de groepen waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt. Gemiddeld genomen is deze te behalen bij de laag opgeleide Nederlanders. Er zijn nog grote verschillen in (gezonde) levensverwachting. Laag opgeleide mensen in Nederland overlijden gemiddeld 6,4 jaar (vrouwen) en

Bij het opstellen van het fietsbeleid vanuit gezondheidsoogpunt kan gekeken worden naar de groepen waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt. Gemiddeld genomen is deze te behalen bij de laag opgeleide Nederlanders. Er zijn nog grote verschillen in (gezonde) levensverwachting. Laag opgeleide mensen in Nederland overlijden gemiddeld 6,4 jaar (vrouwen) en

⁵ J. van Hoogdale, Fietsen als medicijn: Overgewicht, Hart- en vaatziekten, Diabetes, Depressie. Utrecht: Fietsersbond 2009

⁶ Jeroen de Hartog, Hanna Boogaard, Hans Nijland en Gerard Hoek. Do the health benefits of cycling outweigh the risks? Environmental Health Perspectives, vol 18, number 8, 2010.

⁷ L. Yang, S. Sahl, A. McMinn, S. Griffin, D. Ogilvie. Interventions to promote cycling: systematic review. British Medical Journal 2010; 341;c5923

⁸ Deze en de navolgende gegevens over de beweegnorm zijn gebaseerd op: N. Hoeymans, JM Melse, CG Schoemaker. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM 2010.

7,3 jaar (mannen) eerder dan hun hoger opgeleide seksegenoten. Veel risicofactoren komen vaker voor bij lager opgeleiden. Dit is bijvoorbeeld het geval met overgewicht. Dat heeft met meerdere factoren te maken. Eén daarvan is een ongezonde leefstijl. Gemiddeld genomen roken mensen met een lage opleiding vaker, eet men ongezonder en beweegt men minder. Uit onderzoek blijkt dat het terugdringen van ongezonde leefgewoonten onder laag opgeleide mensen stagneert.

Jongeren blijken minder vaak aan de beweegnorm te voldoen dan volwassenen. De norm bij jongeren onder de 18 jaar is steviger: dagelijks minstens één uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit, bijvoorbeeld aerobics, skateboarden of hardlopen (8 km/uur), waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie). Daarnaast blijken ook ouderen, laagopgeleiden, allochtonen, en mensen met ernstig overgewicht in mindere mate aan de beweegnorm te voldoen. Bij allochtonen moet wel opgemerkt worden dat de tweede generatie nauwelijks minder beweegt dan de autochtone Nederlanders.

Het blijkt dat fietsen en sporten maar voor 5-7% invulling geven aan deze beweegnorm. Veel minder dan activiteiten zoals tuinieren/klussen en lopen/wandelen (7-10%). De grootste bron van beweegactiviteiten zijn werk/school en huishoudelijk werk (60-70%). Fietsen als activiteit om aan de beweegnorm te voldoen, kan dus nog sterk worden bevorderd.

Dat lager opgeleiden minder bewegen kan deels komen door beperkte financiële mogelijkheden. Een sportschool abonnement is dan bijvoorbeeld bezwaarlijk. Echter een gezond beweegpatroon hoeft in principe niet duurder te zijn. Voldoende bewegen kan ook door wandelen of fietsen. Potentieel kan dus ook deze groep nog veel winst behalen als men meer gaat fietsen. De vraag is hoe men hiertoe gestimuleerd kan worden en op welke wijze dit door de zorgverlener kan worden opgepakt.

Fietsen is een goedkope en laagdrempelige manier om meer te bewegen. De groep waar de meeste winst te behalen is, zijn laagopgeleiden, kinderen, ouderen, allochtonen en niet-sporters. Het creëren van een fietsvriendelijke omgeving is belangrijk om de juiste voorwaarden te scheppen voor het fietsen. Maar voor veel mensen is meer nodig om te gaan bewegen op de fiets. Voor deze groep is een combinatie van aandacht voor fysieke omgeving en een gedragsmatige aanpak vereist. In deze handreiking wordt ingegaan op het gedragsmatige aspect.

Gezond en duurzaam

In de gezondheidszorg is duurzaamheid een opkomend thema. Uiteraard is fietsen, gezien vanuit het oogpunt van milieu, duurzaam. Maar het heeft ook meerwaarde als concretisering van dit thema in zorg: het is goedkoop, bereikbaar voor veel mensen, het kan worden geïntegreerd in het dagelijks leven. Het is geen ad hoc oplossing maar een duurzame manier om een bijdrage te leveren om gezond te blijven of door actief te worden weer gezonder te worden.

1.1 Leeswijzer

De handreiking is bedoeld voor een brede doelgroep zowel vanuit het veld van verkeer als vanuit gezondheid. Het is belangrijk om elkaars werelden te kennen. In de eerste hoofdstukken wordt daarom een kader geschetst met informatie over recente ontwikkelingen in de eerstelijnszorg en over fietsstimulering.

Hoofdstuk 2 gaat in op de structuur van het zorgveld. In het daaropvolgende hoofdstuk wordt informatie gegeven over bestaande leefstijlinterventies via zorgverleners. Dit dient als kapstok voor fietsstimulering binnen de zorg. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op enkele voorbeelden van fietsstimulering.

In het laatste hoofdstuk staat het plan van aanpak centraal dat als basis kan worden gebruikt voor een op te zetten project.

De situatie in de Zwolse wijk Holtenbroek wordt in het gehele document geïllustreerd in diverse tekstblokken.

2 Eerstelijns gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt aangegeven over welke zorgverleners we spreken in deze handreiking over fietsstimulering. Daarbij wordt nader ingegaan op de manier waarop zij werken en hoe zij zijn georganiseerd in de wijk Holtenbroek in Zwolle. In hoofdstuk 3 komen de ontwikkelingen rondom de eerstelijns aan de orde die een verband hebben met het opzetten van een fietsstimuleringsprogramma.

2.1 Eerstelijns zorgverleners

De basis voor de methodiek die in deze handreiking wordt uitgewerkt, is samenwerking met zorgverleners in de eerstelijns. Daarvoor is het belangrijk om inzicht te hebben in hun werkwijze en organisatiestructuur.

In deze handreiking richten we ons op eerstelijns zorgverleners, het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Daaronder vallen onder andere huisartsen, fysiotherapeuten, en oefentherapeuten etc. Ook wijkverpleegkundigen, formeel niet vallend onder de eerstelijns, worden meegenomen.

Huisartsen

Huisartsen zijn in Nederland het eerste aanspreekpunt voor mensen als het gaat om gezondheid en ziekte. Ze bieden laagdrempelige zorg aan in de wijk. Door de toename van chronische ziekten en de stijgende zorgvraag krijgen de huisarts een grotere rol in het bevorderen van een gezonde leefstijl en preventie.⁹ Hierop wordt in hoofdstuk 3 verder ingegaan.



Huisartsen werken soms solistisch maar de tendens is dat zij zich meer gaan vormen in samenwerkingsverbanden. Dit kunnen mono-disciplinaire samenwerkingsverbanden zijn zoals een HOED (huisartsen onder een dak) of een zorggroep. Bij een zorggroep zitten huisartsen niet per definitie op dezelfde locatie; het is een juridische constructie waarbij er één aanspreekpunt is voor de inkoop met de zorgverzekeraars. Daarnaast ontstaan ook steeds meer multi-disciplinaire samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld vormgegeven in een gezondheidscentrum. Hierbij werken meerdere medische en paramedische disciplines in een centrum. Zo'n centrum heeft vaak een wijkgerichte functie.

Praktijkondersteuner

Naast de huisarts werken er vaak ook praktijkondersteuners (POH) of praktijkverpleegkundigen (PVK) in een huisartsenpraktijk. Een praktijkondersteuner is in Nederland een paramedisch functionaris op HBO-niveau die is opgeleid om in huisartsenpraktijken bepaalde taken van de huisarts over te nemen. De praktijkondersteuner voert uitsluitend taken uit die protocollair (volgens praktisch uitvoerbare richtlijnen) van de huisarts kunnen worden overgeno-

⁹ Landelijke Huisartsen Vereniging. <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/visie-aanbod/Preventie-3.html>

men. Vaak betreft het de uitvoering van protocollen betreffende chronische ziekten.¹⁰ Praktijkondersteuners werken zelfstandig onder supervisie van de huisarts. Voor de methodiek die centraal staat in deze handreiking, zijn zij van belang aangezien hun functie er op is gericht de patiënt te ondersteunen bij zelfmanagement en leefstijladvisering en zij hiervoor ook meer tijd kunnen vrijmaken.

In de Zwolse wijk Holtenbroek zijn drie huisartspraktijken waar meerdere huisartsen praktijk voeren. In de praktijk zijn praktijkondersteuners werkzaam. Eén van de huisartspraktijken vormt samen met andere professionals een gezondheidscentrum. Naast de huisarts zijn ook fysiotherapeuten, verloskundigen, diëtisten en logopedisten werkzaam in het centrum.

Fysiotherapeuten

De verschillende samenwerkingsverbanden en organisatievormen bij huisartsen, zijn ook terug te zien bij fysiotherapeuten. Het kan zijn dat een praktijk fysiotherapie een uitgebreide oefenzaal heeft of soms verbonden is aan een (medische) fitness accommodatie. Deze fitnessfaciliteiten zijn (soms) ook een belangrijke bron van inkomsten. Daar bieden zij groepslessen aan voor bepaalde patiëntengroepen zoals bijvoorbeeld lage rugklachten, reuma en hartfalen.

In Holtenbroek zijn drie fysiotherapie praktijken waar meerdere fysiotherapeuten werkzaam zijn. Twee praktijken hebben ook een fitnesscentrum.

Wijkverpleegkundigen

Vanuit de landelijke overheid wordt de rol van de wijkverpleegkundige gestimuleerd. Deze werken voornamelijk in de thuiszorg. De taak van de verpleegkundige is meer dan alleen verplegen. Als één van de weinige beroepsgroepen in de gezondheidszorg komen zij bij cliënten achter de voordeur. Hierdoor kunnen zij een signalerende rol hebben en kunnen in principe overzicht houden over alle zorg die nodig is in de betreffende situatie.¹¹

Daarnaast zijn ook de consultatiebureaus voor ouderen in opkomst. Veelal worden deze door de thuiszorg opgezet en worden bemand door verpleegkundigen. Deze bureaus zijn bedoeld om op een laagdrempelige manier ondersteuning te bieden aan ouderen en gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren.¹²

Thuiszorgaanbieder Icare heeft in Holtenbroek zowel een wijkverpleegkundige als een consultatiebureau voor ouderen ingezet. Beide zijn op zoek naar mogelijkheden om patiënten door te verwijzen naar een passend aanbod onder andere gericht op bewegen voor ouderen in de wijk.

¹⁰ Nederlandse Vereniging voor Praktijkondersteuners. www.nvvp.nl/modules/news/article.php?storyid=98

¹¹ Bussemaker, M.A. Wijkverpleegkundigen spil in aandachtswijken. Toespraak: Zetten 4-2-2010

¹² Els Bakker, Niels Jaspers, Marja Kraakman, Geraldine Visser. Consultatiebureau voor ouderen: Visiedocument. Utrecht: Platform Consultatiebureau voor Ouderen / Vilans, 2008.

Andere eerstelijnszorgverleners

Andere zorgverleners zoals oefentherapeuten en diëtisten zijn in omvang kleinere beroepsgroepen dan huisartsen en fysiotherapeuten. Ze werken veelal solistisch, zijn soms werkzaam in een gezondheidscentrum of werken in de thuiszorg. In zijn algemeenheid hebben zij minder relatie met beweegstimulering, en worden derhalve buiten beschouwing gelaten in deze handreiking. Dit wil echter niet zeggen dat het te ontwikkelen aanbod niet ingezet kan worden bij bijvoorbeeld een enthousiaste oefentherapeut.

2.2 Regionale Ondersteuningsstructuur eerstelijns (ROS)

Het werk van zorgverleners concentreert zich op het contact met patiënten of cliënten. Maar er wordt op projectmatig gebied steeds meer gevraagd van zorgverleners, bijvoorbeeld rondom multidisciplinaire samenwerking en preventieprogramma's. Onder andere hiervoor wordt de eerstelijns ondersteund door de regionale ondersteuningsstructuur, de ROS. Er zijn twintig van deze ROS organisaties in Nederland. Hun uitgangspunt is: "De ROS verbindt, verbetert en versterkt de eerste lijn ten behoeve van samenhangende zorg in de buurt". Vijf aandachtsgebieden staan hierbij centraal:



- Samenwerking
- Implementatie inhoudelijk kwaliteitsbeleid
- Ontwikkeling van bedrijfsvoering, management en organisatie
- Afstemming vraag en aanbod
- Preventie

In de afgelopen jaren is een landelijk dekkend netwerk ontstaan van ROS'en. De regionale ondersteuningsorganisaties zijn aangesloten bij de brancheorganisatie Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG).

In Zwolle is de ROS vormgegeven in de organisatie ProGez. Deze organisatie heeft als motto 'het verbinden, verbeteren en versterken van de eerstelijnszorg in Drenthe, Overijssel, Flevoland en Noordoost Veluwe'.

2.3 Conclusie

Als we in deze handreiking spreken van zorgverleners gaat het om: huisartsen, de praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Zij maken deel uit van de wijkstructuur en kunnen patiënten middels een persoonlijke benadering stimuleren om meer te gaan bewegen in de wijk. Een belangrijke partij, die als een schakel tussen de zorgverleners fungeert, zijn de regionale ondersteuningsstructuren (ROS) die betrokken zijn bij lokale samenwerking en preventie.

De gezondheidszorg is breder dan de eerstelijns. Zo kan de vraag gesteld worden naar (versterking van) de rol van bedrijfsartsen en/of arbo professionals bij fietsen naar het werk. Veel van de fietsstimuleringsprojecten zijn immers op deze thematiek gericht. Veelal werken bedrijfsartsen niet wijkgericht en daarom zijn ze buiten beschouwing gelaten.

3 Leefstijl en bewegestimulering in de zorg

In hoofdstuk 2 is omschreven om welke zorgverleners het gaat in deze handreiking. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op inhoudelijke ontwikkelingen binnen het zorgveld die als kapstok kunnen dienen voor fietsstimulering.

Het landelijke beleid vanuit het ministerie van VWS is kaderscheppend voor de lokale invulling van gezondheidsbeleid. Minister Schippers heeft aangegeven dat één van haar prioriteiten het creëren van sport- en beweefaciliteiten in de wijk is. In de recente beleidsbrief over sport en bewegen geeft ze aan dat jong en oud veilig moeten kunnen sporten en bewegen in de buurt.¹³ In het kader van het Olympisch plan wil zij de sportinfrastructuur verbeteren. Inmiddels is deze prioriteit ook bevestigd in de recente landelijke nota gezondheidsbeleid.¹⁴

Uiteraard weten zorgverleners dat bewegen gezond is. Maar het was tot voor kort niet gebruikelijk om patiënten daarop aan te spreken. Door de toename van chronische ziekten als COPD, diabetes en hartfalen wordt door het zorgveld meer prioriteit gegeven aan ketenzorg en preventie. Het ontstaan van deze chronische ziekten en verergering van de klachten kan deels voorkomen worden door aandacht te besteden aan leefstijlaspecten zoals meer bewegen, gezonde voeding, ontspanning en stoppen met roken. Er vindt dan ook een verschuiving plaats van het kijken vanuit ziekten naar kijken vanuit gezondheid. De aandacht moet minder gericht worden op zorg en ziekte en meer gaan naar gezondheid en gedrag: van zz naar gg.¹⁵

Zorgverleners in de eerstelijns hebben door hun specifieke relatie met de patiënt meerwaarde bij het stimuleren van gezond gedrag. Als een arts de patiënt aanzet tot gedragsverandering heeft dit meer effect dan een publiekscampagne.¹⁶

3.1 Gecombineerde leefstijlinterventies

Het stimuleren van een gezonde leefstijl wordt de laatste tijd meer dan voorheen als taak gezien voor zorgverleners. Uitingen daarvan zijn onder andere de recente introductie van het Preventieconsult in de huisartspraktijk en de ontwikkeling van gecombineerde leefstijlinterventies.

Het preventieconsult, voluit het PreventieConsult module Cardiometabool Risico, biedt de huisarts richtlijnen voor het in kaart brengen van het risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en nierschade bij mensen vanaf 45 jaar.¹⁷ Het PreventieConsult is bedoeld voor mensen die nog niet onder behandeling zijn, maar mogelijk wel een verhoogd risico

¹³ Zorg die werkt. Beleidsbrief van de Minister van Welzijn, Volkgezondheid en Sport, 2011

¹⁴ Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Ministerie van VWS 2011

¹⁵ RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Discussienota 2010.

¹⁶ Karien Vissers. Zwaan-kleef-aan. Curatie én preventieve interventies. Pre Post. 2010, nr 41. pp. 18

¹⁷ Dekker, JM et al. NHG Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool. Huisarts en Wetenschap, 2011: 54 (3), pp. 138-155.

hebben. Via een vragenlijst wordt het mogelijke risico ingeschat. Aan de hand daarvan krijgen mensen met een licht verhoogd risico leefstijladviezen op maat. Mensen met een verhoogd risico krijgen het advies naar de huisarts te gaan voor een PreventieConsult, gevolgd door leefstijladviezen en behandeling conform de NHG-Standaarden.

Een belangrijke parallelle ontwikkeling op interventiegebied is de totstandkoming en implementatie van zogenaamde gecombineerde leefstijlinterventies (GLI).¹⁸ De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit advies over en begeleiding bij voeding en eetgewoontes, beweging en gedragsverandering. Zij is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. De leefstijlinterventies zijn bedoeld voor volwassenen met een grotere kans op, of met een chronische aandoening zoals diabetes, hartfalen, COPD, depressie, overgewicht (obesitas). In Nederland komen ruim 1 miljoen mensen tussen de 30 en 70 jaar in aanmerking voor een GLI. Bereidheid voor deelname aan dit soort programma's is het hoogst bij de groep tussen de zestig tot zeventig jaar¹⁹.

Er zijn verschillende GLI ontwikkeld zoals:

- BeweegKuur: NISB www.beweegkuur.nl
- Big Move: Big Move Institute www.bigmove.nu
- Bewegen op recept (BOR): NISB en www.vanhageninbeweging.nl
- Beweeg je beter: www.beweegjebeter-amsterdam.nl
- Van klacht naar kracht: www.vanklachtnaarkracht.com



Elke GLI verschilt qua opzet, maar veelal zijn er vijf overeenkomsten.

- Een zorgverlener, veelal de huisarts, selecteert in aanmerking komende patiënten en motiveert om deel te nemen aan een leefstijlprogramma;
- De deelnemer kiest welke beweegactiviteit het beste bij hem/haar past. Iets wat je leuk vindt, kun je immers ook langer volhouden;
- De patiënt wordt gedurende een aantal weken begeleid, vaak door een daarvoor opgeleide fysiotherapeut;
- Het doel is dat de deelnemer na doorlopen van het programma zelfstandig het meer bewegen continueert;
- Soms wordt, naast het programma dat gericht is op beweegstimulering, ook een diëtist ingeschakeld voor voedingsadvies en/of de psycholoog om te werken aan gedragsverandering.

Uit de evaluatie van de BeweegKuur blijkt dat het belangrijk is dat zorgverleners voldoende tijd hebben om de patiënt te motiveren om deel te nemen. Het percentage van potentiële deelnemers dat weigert deel te nemen aan de BeweegKuur ligt op de meeste locaties tussen de 0-10% maar kan oplopen tot 50%. Meestal ontbreekt dan motivatie, mensen hebben

¹⁸ FM van der Meer et al. Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2009

¹⁹ Landwehr Johan. Wat beweegt mensen deel te nemen aan een leefstijlinterventie? Een onderzoek naar factoren die deelname aan de BeweegKuur beïnvloeden. NISB, 2010

geen tijd of vinden dat ze al voldoende bewegen. Ook het aspect van de kosten is een reden om niet deel te nemen.²⁰

Bij sommige interventies zoals Big Move (zie bijlage 2) gaan de deelnemers eerst in een groep onder begeleiding van een opgeleide bewegecoach bewegen. Veelal is het een fysiotherapeut die deze begeleiding geeft. In andere programma's, zoals de BeweegKuur, is er een leefstijladviseur die de deelnemers begeleidt. De deelnemers krijgen voedingsadvies van de diëtist en gaan bewegen. Dat kan zelfstandig of in groepsverband zijn. Niet iedereen wil deelnemen aan een groepsactiviteit. De groepsdynamiek kan wel een belangrijke factor zijn in het motiveren en stimuleren om aan de slag te gaan met verbeteren van de gezondheid.

Bij de beweegkuur vindt 40% van de zorgverleners het zelfstandig beweegprogramma niet geschikt voor allochtone deelnemers. Het begeleid beweegprogramma is volgens hen geschikter. Ook zouden de materialen vertaald moeten worden en aparte beweeggroepen voor vrouwen zou een verbetering zijn. Goedkope beweeg alternatieven zijn belangrijk omdat de kosten een struikelblok zijn voor allochtone deelnemers.²¹

De uitval bij deze programma's verschilt. Bij Big Move ligt deze rond de 43%²². Bij de BeweegKuur stopt bijna 14% van de deelnemers tussentijds.²³ Hierbij moet worden opgemerkt dat de Big Move programma's zich ook richten op mensen jonger dan 45 jaar.

Redenen voor uitval zijn:

- Programma voldoet niet aan verwachtingen;
- Geen gewichtsafname;
- Blessures;
- Onvoldoende basale stabiliteit (kinderopvang, financieel, psychisch);
- Gebrek aan motivatie;
- Onderbreking door verhuizing, werk, studie of ziekenhuisbezoek.

Omdat GLI ook overheadkosten met zich meebrengen, is extra financiering nodig. Deze financiering is nu versnipperd. Het wordt deels betaald vanuit het ministerie van VWS, deels door de zorgverzekeraars of gemeenten. Ook wordt een bijdrage gevraagd van de deelnemer. Het College van zorgverzekeringen (CVZ) heeft geadviseerd om de gecombineerde leefstijlinterventies volledig te laten vergoeden en in het basispakket op te nemen. Ook is geadviseerd dat er dan geen eigen bijdrage gevraagd moet worden. Aangezien de programma's vaak worden opgezet in wijken met een oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaal-economische status kan een eigen bijdrage drempelverhogend werken. Het

²⁰ Judith Helmink, Jeffie Meis, Stef Kremers. Een jaar Beweegkuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren. Universiteit Maastricht 2009

²¹ JHM Helmink, LC van Boekel, SPJ Kremers. Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners Najaar 2010. Universiteit Maastricht 2011.

²² L. Overgoor, M. Aalders, I. Stadius Muller. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (1): pp. 42-45.

²³ JMH Helmink, LC van Boekel, SPJ Kremers. Doorontwikkeling van de BeweegKuur voor Overgewicht & Obesitas. Universiteit Maastricht 2010.

is inmiddels duidelijk dat de huidige regering leefstijlinterventies niet of niet per 2012 laat opnemen in de basisverzekering. Uitblijven van structurele financiering betekent: ondanks dat zorgverleners gezonde leefstijl belangrijk vinden zijn er in de praktijk nauwelijks mogelijkheden voor om er tijd aan te besteden.

In Holtenbroek is er voor gekozen om met de Big Move methode aan de slag te gaan. De zorgverleners worden bij de opzet van Big Move ondersteund door GGD IJsselland. Bij dit programma is één fysiotherapiepraktijk betrokken. Vier fysiotherapeuten zijn geschoold om deze beweegactiviteiten te begeleiden. Het opstarten van Big Move verloopt moeizaam. Dit heeft mede te maken met het uitblijven van financiering door de zorgverzekeraar. Zodra circa 18 deelnemers gevonden zijn, wordt gestart. Men gaat 12 weken onder begeleiding en in groepsverband bewegen. De aard van de beweegactiviteiten wordt bepaald door de deelnemers zelf. Daarna is het de bedoeling dat mensen zelf bewegegroepjes voortzetten of overstappen naar beweegactiviteiten in de wijk. In andere wijken in Zwolle zijn zorgverleners gestart met de Beweegkuur. Hierbij worden ze ondersteund door ProGez.

3.2 De brug tussen zorg en sport

De gecombineerde leefstijlinterventies zijn vanaf het begin af aan gericht op het uiteindelijke zelfstandig bewegen. Deze overstap kan worden gefaciliteerd door oefen- of oriëntatielessen te volgen bij sportverenigingen of aanbieders van beweegactiviteiten in de wijk. Bij het programma 'Bewegen op recept' bleek dat gunstige openingstijden en adequate begeleiding belangrijk zijn bij de continuering van beweegactiviteiten. Een intimiderende sportomgeving heeft een negatieve invloed op de deelname aan beweegactiviteiten.

Belangrijk is dat de zorgverleners en de deelnemers een overzicht hebben van aantrekkelijke en goedkope beweegactiviteiten in de wijk. Een sociale kaart kan hierbij behulpzaam zijn.

Uit de evaluatie van de Beweegkuur blijkt dat hier nog verbetering in te behalen is. Dat geldt zowel voor de aanwezigheid van een sociale kaart als voor het aanbod dat er op te vinden is. Van belang is dat²⁴:

- er goedkope alternatieven op staan;
- het niet alleen moet gaan om sport maar ook om laagdrempelige beweegactiviteiten;
- er voldoende activiteiten zijn in de wijk;
- sportverenigingen of aanbieders van beweegactiviteiten zoals het welzijnswerk kennis hebben over patiënten met (chronische) aandoeningen.

Ook geeft de evaluatie van de Beweegkuur aan dat het contact tussen de zorgverleners en de aanbieders van het lokale beweegaanbod verbeterd kan worden. In geval de leefstijladviseur en/of fysiotherapeut beperkt zicht hebben op het lokale beweegaanbod, bestaat de kans dat deelnemers onnodig in het medische circuit blijven hangen.



²⁴ JHM Helmink, LC van Boekel, SPJ Kremers. Implementatie van de Beweegkuur: Monitorstudie onder zorgverleners Najaar 2010. Universiteit Maastricht 2011.

3.3 De wijkverpleegkundige

Naast de gecombineerde leefstijlinterventies is er landelijk een impuls gegeven om de verpleegkundige met haar brede taak weer in te zetten in de wijk. Doel is dat wijkverpleegkundigen een belangrijke signalerende functie krijgen en verbanden leggen tussen zorg, wonen en welzijn op wijkniveau. Hiervoor is een financieringsprogramma opgezet 'de zichtbare schakel'.

Omdat de wijkverpleegkundige achter de voordeur komt, kan zij een belangrijke signalerende functie krijgen. Met het programma 'de zichtbare schakel' wordt beoogd deze signalerende rol van de wijkverpleegkundige weer te versterken en ook de mogelijkheid te geven in te spelen op bevorderen van participatie en tegengaan van vereenzaming. Ook leefstijl vormt een aandachtspunt bij de wijkverpleegkundige. Beweegstimulering kan in het kader van overgewicht, diabetes, COPD of depressie aan de orde komen in het gesprek met cliënten. De wijkverpleegkundige biedt zelf geen beweegactiviteiten aan en verwijst door naar (passend) aanbod in de wijk.

De inzet van de wijkverpleegkundige door het landelijke stimuleringsprogramma loopt tot 2012. Structurele financiering na die tijd is onzeker en zal dan waarschijnlijk via de gemeente en zorgverzekeraar verlopen.

3.4 Beweeg- en sportstimulering en welzijnswerk

De gecombineerde leefstijlinterventies zijn er op gericht inactieve mensen weer te laten bewegen, minimaal op het niveau van de beweegnorm. Dat impliceert dat bij het zelfstandig continueren van een meer actieve leefstijl, er ook andere organisaties dan de eerstelijnszorg in beeld komen. In dit hoofdstuk willen we met name wijzen op organisaties op het terrein van sportstimulering en welzijnswerk.

Sportstimulering is het geheel aan maatregelen waarmee mensen worden aangespoord om te gaan sporten. De gezondheidswaarde van een actieve leefstijl is de belangrijkste reden voor het voeren van een actief beleid. Eind jaren zeventig is vanuit de overheid gestart met sportstimuleringsbeleid met name gericht op kwetsbare groepen. Door de invoering van de Breedtesportimpuls is de sportstimulering de laatste tien jaar sterk gegroeid. Het beleid is vooral gericht op doelgroepen zoals jeugd, werknemers, mensen met een beperking, allochtonen en senioren. Provinciale sportservicecentra bevorderen het aanbod van beweeg- en sportactiviteiten en richten zich op de toename van mensen dat structureel deelneemt aan sport- en beweegactiviteiten²⁵. Landelijk heeft het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) een impuls gegeven aan sport en beweging in Nederland. Het doel van het NASB is om weinig actieven meer en structureel in beweging te brengen.²⁶ Vanuit het NASB worden middelen beschikbaar gesteld die gemeenten helpt bij het opzetten van beweegbeleid. Daarnaast worden interventie-eigenaren ondersteund bij het verder ontwikkelen van beweegprojecten. De doelstellingen zijn direct gerelateerd aan gezondheid, met name via het terugdringen van bewegingsarmoede verminderen van overgewicht, en het terugdringen van andere gezondheidsproblemen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en depressie.

²⁵ Jeroen Hoyng en Iwan de Jong. Beleidswijzer Sport en Bewegen. Bennekom, NISB 2007.

²⁶ NASB.nl

Zorg- en bewegestimulering voor kwetsbare groepen is lokaal ook een onderdeel van het welzijnswerk. Welzijnswerk in Nederland beslaat een breed terrein en wil mensen zich laten ontplooiën en laten deelnemen in de maatschappij. Dit gebeurt door het aanbieden van maatschappelijke hulp, vorming, mogelijkheden voor vrijetijdsbesteding en opvang. Ook worden mensen die in problemen zijn geraakt, ondersteund. Op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zijn gemeenten verantwoordelijk. Uitvoering wordt meestal georganiseerd in samenwerking met particuliere instellingen. Het welzijnswerk in Nederland omvat onder andere het sociaal-cultureel werk (bijvoorbeeld club- en buurtshuiswerk), maatschappelijke dienstverlening (zoals maatschappelijk werk en reclassering) en maatschappelijke opvang (zoals daklozenprojecten). Voor het onderwerp van dit project is het welzijnswerk vooral van belang voor beweegactiviteiten met doelgroepen zoals vrouwen, meer specifiek allochtone vrouwen en ouderen. Vooral de stichtingen welzijnswerk ouderen (SWO) hebben beweegactiviteiten in hun aanbod. Bijna alle lokale stichtingen bieden bijvoorbeeld de interventie Meer Bewegen voor Ouderen aan. Ook projecten gericht op valpreventie bij ouderen zijn sterk vertegenwoordigd in het aanbod. In 2007 beschouwden bijna alle SWO's het zeker of enigszins tot hun taak om extra inspanningen te verrichten voor 55-plussers die te weinig bewegen en dit beeld is de afgelopen jaren niet gewijzigd²⁷. Er is geen algemeen beeld van fietsactiviteiten als onderdeel van beweegactiviteiten voor ouderen bij SWO's.



Recentelijk zijn er integrale lokale stimuleringsprogramma's gekomen op het terrein van beweegstimulering zoals JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) en Lokaal Actief²⁸. Zwolle is een JOGG-gemeente. Hoewel kinde-

ren/jongeren niet de doelgroep vormen van deze handreiking, is het belangrijk om bij implementatie af te stemmen op de diverse initiatieven. Vooral omdat er duidelijke raakvlakken liggen tussen de gewichtsproblemen bij jongeren en het gedrag van de ouders/opvoeders. JOGG Zwolle initieert bijvoorbeeld publieke-private samenwerking en benadert bedrijven daarvoor.

3.5 Conclusie

Zorgverleners in de eerstelijns houden zich steeds meer bezig met het stimuleren van een gezonde leefstijl. Zo is in de huisartspraktijk het PreventieConsult geïntroduceerd, bedoeld voor mensen die een verhoogd risico hebben op aandoeningen zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Het zijn chronische aandoeningen die via een meer actieve leefstijl beïnvloed kunnen worden. Eveneens een recente ontwikkeling is het aanbod rondom bewegen in de eerstelijns via inzet van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Ook de wijkverpleegkundige heeft hierbij een rol. Er worden verschillende varianten van GLI's ontwikkeld. Maar bij elk programma worden mensen begeleid door een coach, kiezen deelnemers een activiteit die ze leuk vinden en is het de bedoeling dat mensen in hun directe woonomgeving doorgaan met bewegen. Het gaat hierbij om volwassenen.

²⁷ JH Stubbe, AMJ Chorus. Monitor onder professionals in het werkveld van sport en bewegen. TNO Preventie en Zorg. Leiden 2010

²⁸ www.jongerenopgezondgewicht.nl en www.lokaalactief.nl

Tot nu toe speelt fietsstimulering geen grote rol in de GLI-ontwikkelingen. Het is duidelijk dat gezien de grotere rol van leefstijlfactoren als aandachtspunt in de gezondheidszorg, hiervoor wel kansen liggen. Het lijkt derhalve van belang de komende jaren mogelijke fietsstimulering vanuit de eerstelijns niet geïsoleerd aan te pakken, maar te positioneren binnen deze ontwikkeling en de implementatie ervan.

Een bredere, meer integrale, aanpak lijkt ook geboden in de fase waarin mensen die, in het kader van een GLI begeleid zijn, moeten doorstromen naar het reguliere aanbod. Andere organisaties dan de eerstelijnszorg komen dan in beeld zoals lokale verenigingen en clubs op het terrein van sport en bewegen en organisaties uit de domeinen van sportstimulering en welzijnswerk.

Publiek-private samenwerking met plaatselijke bedrijven die belangstelling hebben voor “gezondheidszorg en bewegen” biedt zeker kansen voor mede financiering.

4 Fietsstimulering

Er is in Nederland aandacht voor het stimuleren van fietsgebruik en er zijn diverse lopende programma's en projecten. Veel projecten zijn gericht op fietsen naar het werk, maar er zijn ook meer algemene projecten zoals het landelijke Heel Nederland Fietst of Fietsen Scoort. In deze projecten en programma's spelen gezondheidsargumenten (bewegingsarmoede) in veel gevallen een rol. In deze handreiking staat echter het stimuleren van het gebruik van de fiets via de professionals in de sector van de gezondheidszorg, meer in het bijzonder de eerstelijns, centraal. In de inleiding is aangegeven dat de gezondheidswinst vooral te behalen is bij laagopgeleide mensen, allochtonen, ouderen en niet-sporters. In dit hoofdstuk worden voorbeelden gegeven van fietsstimulering voor deze groepen. In Nederland is fietsstimulering vanuit het zorgveld projectmatig nog niet opgepakt. We kunnen wel een voorbeeld uit Engeland geven.

4.1 Fietsstimulering bij specifieke groepen

In deze handreiking gaat het met name om ouderen, allochtonen en inactieven in wijken met een lage sociaal economische status. We geven een drietal voorbeelden van fietsstimulering van deze groepen.

Ruimtelijke ordening

De Fietsersbond besteedt aandacht aan de wijken met een lagere sociaal economische status (krachtwijken) omdat daar minder wordt gefietst. In deze wijken is het project 'Wijken voor fietsen' gestart. Daarbij wordt gezorgd voor een veilige verkeerssituatie en een fietsroute netwerk. Samen met bewoners, gemeenten en woningcorporaties wordt gekeken hoe de wijk aantrekkelijker gemaakt kan worden voor fietsers. Er wordt aandacht besteed aan meer fietspaden, betere fietsenstallingen, veiliger oversteekplaatsen, en een goed wegdek. Hierbij is de focus met name gericht op ruimtelijke ordening en verkeersveiligheid.

Fietslessen

Uit onderzoek komt naar voren dat de allochtone groepen minder bewegen en ook minder fietsen. De verklaringen daarvoor zijn:

- Vanuit het land van herkomst onbekend met de fietscultuur;
- Het hebben van onvoldoende fietsvaardigheden en het gevoel dat fietsen niet veilig is;
- Het ontbreken van een fietsend voorbeeldfiguur bijvoorbeeld in de opvoeding;
- Onbekendheid met fietsroutes en fietspaden;
- De fiets wordt gezien als tweederangs vervoersmiddel en de auto als statussymbool.

Fietslessen kunnen de beperkte fietsvaardigheden en het gevoel van onveiligheid verminderen. Deze fietslessen zijn vooral ingezet bij allochtone vrouwen. Als deze allochtone vrouwen wel kunnen fietsen, vinden zij het vaak gevaarlijk om te fietsen met name in de stad. Op dit aspect valt nog winst te behalen bijvoorbeeld door tijdens de fietslessen en eventuele herhalingslessen aandacht te besteden aan praktijksituaties.

In kleinere gemeenten staat het fietsgebruik onder allochtonen nog nauwelijks op de beleidsagenda. In grotere steden wordt het wel genoemd maar nog niet altijd tot uitvoering gebracht. Hier komt wel verandering in. Een belangrijk aspect hierbij is het achterblijven van de intersectorale samenwerking binnen de gemeenten. Op dit moment worden fietslessen ook wegbezuinigd. In Zwolle worden door het welzijnswerk fietslessen voor allochtone vrouwen gegeven.

Technische innovaties

Voor sommige groepen bijvoorbeeld COPD patiënten of ouderen kunnen nieuwe technische ontwikkelingen de drempel wegnemen om te gaan fietsen, of een uitkomst bieden om te kunnen blijven fietsen. Vooral de fiets waarbij de fietser zelf moet trappen maar wel ondersteuning krijgt is in opmars, vooral onder ouder wordende fietsers. Uit onderzoek van TNO blijkt dat bewegen met elektrische fietsen intensief genoeg is om gezondheidseffecten te bereiken. Dit type fiets wordt nu vooral gebruikt voor recreatieve fietstochten en winkelen/boodschappen doen. De elektrische fiets zorgt dat men sneller, vaker en langere afstanden gaat fietsen. De prijs van de fiets zal waarschijnlijk in de komende jaren afnemen, maar ligt voor een gemiddelde bewoner van een achterstandswijken aan de hoge kant.

4.2 Voorbeelden fietspromotie via zorgverleners

Zoals aangegeven is ons geen Nederlands project bekend waarbij een persoonlijke benadering door zorgverleners expliciet wordt ingezet om fietsgebruik te stimuleren. Er zijn wel programma's waarbij zorgverleners patiënten stimuleren om meer te gaan bewegen, maar fietsstimulering is daarvan voor zover bekend geen onderdeel.

In Engeland is in enkele lokale projecten enige ervaring opgedaan om fietsen via zorgverleners te bevorderen. Een van die projecten is "cycle on prescription" (fietsen op recept), onderdeel van Tower Hamlets Active Travel. Bij dit project werden mensen via huisartsenpraktijken doorverwezen naar fietsactiviteiten. Deze activiteiten bestonden uit:

- Eén-op-één sessie met een buddy die mensen begeleidt om op een veilige manier op de fiets te gaan in het dagelijks leven;
- Georganiseerde groepslessen;
- Een Dr Bike sessie waarbij mensen de basiskennis leren over fietsonderhoud.

Het Cycling for Health program is een onderdeel van een Brits fietsproject van RideWise in Nottingham om meer mensen op de fiets te krijgen in achterstandswijken²⁹. Een onderdeel hiervan was gericht op gezondheid. Voor dit project werd een projectleider en betaalde fietsinstructeurs aangesteld. Dit community project is opgezet samen met de lokale eerstelijnszorg (Primary Care Trust). Vertaald naar de Nederlandse situatie is het een wijkgerichte benadering waarbij wordt samengewerkt met een gezondheidscentrum. In 18 maanden kregen 2.000 volwassenen fietslessen; 400 mensen werden door de zorgverleners doorverwezen naar het 'cycling for health' program.



²⁹ Tower Hamlets Active Travel. Newsletter Autumn 2009

Dit programma bestond uit het volgen van fietslessen onder begeleiding. Barrières om mee te doen aan de fietslessen waren: het ontbreken van een fiets, en het niet kunnen fietsen. Er was een hoge uitval van deelnemers (30%). Dit werd veroorzaakt door omstandigheden zoals:

- tekort aan fietsen;
- lage motivatie van patiënten ;
- weinig oefening tussen de lessen door;
- lange tijd tussen de aanmelding en het contact met de instructeur.

Om deze barrières weg te nemen werd een fietsrecycle programma opgezet met behulp van fondsen en vrijwilligers. Afgedankte fietsen werden opgeknapt en uitgeleend. Leerpunt bleek dat fietsverhuur een 'job' op zich is en heel wat werk met zich meebrengt. Er werd een vrijwilliger ingezet om de fietsverhuur te regelen. Het bleek belangrijk om de deelnemers te blijven motiveren en stimuleren.

Een korte verkenning naar projecten in Denemarken, dat naast Nederland als fietsland bij uitstek bekend staat, heeft geen informatie opgeleverd over specifieke projecten voor fietsstimulering door hulpverleners in de primaire gezondheidszorg. Wel zijn er lokale campagnes geweest waar mensen werden gewezen op de positieve effecten van fietsen voor hun gezondheid. Een dergelijke affiche campagne (motto: "Niet te geloven! U bent veiliger op de fiets dan thuis op de bank") werd in Kopenhagen bijvoorbeeld via de afdeling gezondheid van de gemeente uitgevoerd³⁰. In een nog te verschijnen publicatie van de Cycling Embassy of Denmark met goede voorbeelden van Deense fietsstimulering, komt een specifiek project met zorgverleners niet voor. Bewegen op Recept programma's zijn in Denemarken bekend, maar contactpersonen gaven aan dat fietsen geen onderdeel is van deze 'individual exercise counselling to adults with sedentary lifestyle'. Aangetekend werd wel dat in Denemarken veel aandacht wordt besteed aan fietsen als actieve optie voor transport in de stad.

4.3 Conclusie

Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk dat inactieve burgers gestimuleerd worden om meer te gaan bewegen. Meer bewegen verkleint de kans op chronische ziekten. In dit hoofdstuk werden enkele voorbeelden gegeven van fietsstimulering. De fietsersbond zet in op het verbeteren van de infrastructuur in krachtwijken. Voor de groep allochtone (vrouwen) zijn fietslessen een mogelijkheid om drempels weg te nemen. De lessen vergroten hun zelfvertrouwen om te gaan fietsen. De fiets met trapondersteuning kan voor sommige doelgroepen geschikt zijn om het fietsen voor dagelijks gebruik (weer) op te pakken.

Er zijn in Nederland nog geen fietsprojecten gedaan in nauwe samenwerking met zorgverleners. Lokale projecten in Engeland laten zien dat een community aanpak belangrijk is. Dat betekent dat door diverse partijen wordt samengewerkt om fietsactiviteiten aan te bieden, zowel individueel als op groepsniveau. Goed fietsmateriaal en blijvende stimulans richting de deelnemers zijn belangrijke randvoorwaarden.

³⁰ <http://www.copenhageneze.com/2010/10/youre-safer-on-bicycle-than-on-sofa.html>

In het volgende hoofdstuk staat een meer praktische uitwerking voor fietsstimulering door zorgverleners centraal als opmaat voor de uitvoeringsfase van een dergelijk project in Zwolle. Ter afsluiting van dit eerste deel van de handreiking formuleren we enige centrale conclusies die wij op basis van de voorafgaande hoofdstukken trekken:

1. Fietsen is gezond en kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voldoen aan de bewegnorm;
2. Fietsen is, zowel gezien vanuit het oogpunt van milieu als vanuit gezondheidszorg, duurzaam
3. Via de eerstelijnszorg kunnen in principe doelgroepen worden bereikt die baat hebben bij een meer actieve leefstijl;
4. Omdat deze doelgroepen deels een lagere sociaal-economische positie hebben, kan fietsen een laagdrempelige en goedkope manier zijn om meer actief te worden of te blijven;
5. In het gezondheidsbeleid is de komende tijd het uitgangspunt dat mensen sterker eigen verantwoordelijkheid dragen voor hun gedrag maar dat er tegelijkertijd in de eigen buurt mogelijkheden moeten zijn voor een actieve leefstijl (sport en bewegen);
6. Gegeven ook de toename van chronische ziekten, is er een ontwikkeling waarbij in de eerstelijns aandacht komt voor preventie en leefstijl, deels via (gestandaardiseerde) gecombineerde leefstijlinterventies;
7. Fietsen is op dit moment nog nauwelijks een onderdeel van de aanpak via de gecombineerde leefstijlinterventies;
8. In een lokaal stimuleringsproject dient primair rekening te worden gehouden met de typische kenmerken (handelwijze, standaarden, financiering) van de (eerstelijns)zorg. Zorgverleners willen vooral korte en krachtige 'opdrachten', en duidelijke verwijsmogelijkheden.

5 Aanzet tot praktische uitwerking

Het is belangrijk om zorgverleners iets in handen te geven om patiënten naar toe door te verwijzen. In Engeland bleek dat er een divers activiteiten aanbod nodig is, de deelnemers een stok achter de deur nodig hebben en randvoorwaarden zoals een goede fiets moeten geborgd zijn.

Nu verduidelijkt is om welke zorgverleners het gaat, bij welke ontwikkelingen in de zorg fietsen kan aansluiten en enkele voorbeelden van fietsstimulering zijn gegeven, wordt hierna in dit handboek verder ingegaan op de mogelijke uitvoering. Deze uitvoering wordt beschreven aan de hand van het klaverblad model. Dit model kent vijf fasen. Eerst wordt een korte uitleg gegeven over wat een fase inhoudt.

De vijf fasen in het klaverblad zijn:

1. Verkennen: hieronder vallen oriëntatie op het onderwerp, probleem en achtergronden waardoor een analyse gemaakt kan worden over de kans van slagen.
2. Organiseren: in deze fase wordt de doelgroep betrokken, samenwerking gecreëerd en randvoorwaarden bekeken zodat een projectplan kan worden opgesteld.
3. Uitvoeren: dit is de fase waarin het plan wordt uitgevoerd en informatie bijgehouden voor de evaluatie.
4. Evalueren: Met de verkregen gegevens wordt nagegaan of de gestelde doelen zijn gerealiseerd. Op procesniveau worden succesfactoren en leerpunten opgesteld.
5. Verankeren: hierin gaat het om het vieren van successen, indien mogelijk aanpassen op basis van de leerpunten en voorbereiden van een nieuwe fase waarbij ook financiering belangrijk is.



Voor een deel zijn deze fasen doorlopen bij de ontwikkeling van deze handreiking voor fietsstimulering voor de wijk Holtenbroek in Zwolle. We nemen u mee in de stappen die zijn genomen. Deze fasen kunnen in meer of mindere mate ook doorlopen worden indien een fietsproject in een andere plaats of wijk wordt opgezet.

5.1 Verkennen

Voordat gestart kan worden met het opzetten van het project fietsstimulering is het van belang om richtinggevende informatie te verzamelen. Vragen die centraal staan zijn:

- Wat is het gemeentelijk beleid?
- Welke wijk komt in eerste instantie in aanmerking voor het fietsproject?
- Wie is de doelgroep?
- Hoe is het fietsklimaat in de wijk?

De diepgang van de verkenning hangt af van de insteek, tijd en budget. In hoeverre wordt er van bestaande gegevens uitgegaan of moet er nieuw onderzoek uitgevoerd worden om gegevens boven tafel te krijgen.

Wat is het gemeentelijk beleid?

Idealiter staat een fietsstimuleringsprogramma niet op zichzelf en wordt het geborgd binnen het gemeentelijk beleid. Zwolle investeert veel in mobiliteit en staat in de top drie van fietssteden in Nederland. Een andere ontwikkeling is het beleid rondom gezondheid dat tot uiting komt in het programma Zwolle Gezonde Stad. Hier is binnen het college B&W breed draagvlak voor. Samen met veel lokale partijen en het bedrijfsleven wil Zwolle investeren in gezondheid. Deze investering richt zich met name op Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Dit betekent dat overgewicht tegengaan bij kinderen het speerpunt is. Fietsactiviteiten voor volwassenen hebben vanuit dit beleid minder prioriteit.

Beleid provincie Overijssel en gemeente Zwolle

Zwolle werkt al jaren aan het structureel en met continuïteit verbeteren van de voorzieningen voor fietsers om zo het fietsgebruik aantrekkelijker te maken. Dit beleid wordt gecontinueerd: de gemeente Zwolle en de Provincie Overijssel investeren samen een miljoen in fietsprojecten. Hiermee willen ze het fietsgebruik onder met name werknemers en scholieren stimuleren. Het gaat daarbij onder andere om het aanleggen van fietsparkeervoorzieningen bij bedrijventerreinen en betere routes. Ook is er een fietsrouteplanner ontwikkeld (www.fietsersbond.nl/fietsrouteplanner). Met deze routeplanner kunnen fietsers eenvoudig een route plannen in Overijssel.

In welke wijk wordt het fietsproject uitgevoerd?

Het verdient de aanbeveling om het project per wijk uit te rollen en daarbij te bekijken waar de meeste gezondheidswinst te behalen is. Deze vraag was voor Zwolle al beantwoord, er was gekozen voor de wijk Holtenbroek. Deze wijk is één van de twee aandachtswijken in Zwolle waar ook Zwolle Gezonde Stad op inzet. Holtenbroek is een wijk ten noordwesten van het stadcentrum van Zwolle waar al geruime tijd achterstand op diverse gebieden heerst. Daarom is het opgenomen in het Grootstedenbeleid en sindsdien is er flink aangepakt om dit deel van de stad weer een positief imago te geven. Verbetering van huisvesting is bijvoorbeeld één van de speerpunten.

Wie is de doelgroep?

Een groot deel van de mensen in Holtenbroek heeft een lage sociaal economische status. Het is een wijk met veel mensen met een laag opleidingsniveau, veel werkloosheid en een grote groep niet westerse allochtonen vanuit verschillende culturele achtergronden. Zorgverleners zien dit ook terug in hun praktijk en geven aan dat niet iedereen de Nederlandse taal goed beheerst, wat communicatieproblemen oplevert.

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven kan fietsstimulering aansluiten bij de gecombineerde leefstijlinterventies en de inzet van de wijkverpleegkundige. De zorgverleners richten zich hierbij op volwassenen die een grote kans hebben op chronische ziekten of vaker terugkomen met 'vage klachten'. Het is belangrijk om rekening te houden met:

- de inactieve leefstijl van de betreffende groep;
- beperkte financiële middelen van de doelgroep;
- de inzet van lokale sleutelfiguren bijvoorbeeld imam, wijkverpleegkundige, bezoekvrouw die belangrijk zijn om de doelgroep te bereiken;
- gebruik van eenvoudig Nederlands om aan te sluiten bij degenen die de Nederlandse taal minder machtig zijn.

Hoe is het fietsklimaat in de wijk?

In Zwolle is veel aandacht besteed aan fietsroutes en verkeersveiligheid. Holtenbroek is grotendeels ingericht als 30 km-gebied. Door de wijk lopen drie hoofd fietsroutes die de wijk verbinden met het centrum en de omliggende wijken. Bij het centraal gelegen winkelcentrum in de wijk zijn veel fietsenrekken aanwezig. De afstand tot het centrum van Zwolle is circa 2 km. Daarom kan gezegd worden dat het een gunstig fietsklimaat heeft. Enkele slechte fietspaden en onveilige verkeerssituaties zijn voor sommige bewoners redenen om niet te fietsen. Uit enkele gesprekken met sleutelfiguren in de wijk kwam naar voren dat er geen 'aan-trekkelijke' fietsroute is door / rond wijk.

Welke informatie kan helpen bij de verkenning?

Voor de verkenning in Zwolle zijn diverse bronnen gebruikt. Hierbij een weergave die niet uitputtend is maar slechts een indicatie geeft waaraan gedacht kan worden.

- Gezondheidsinformatie: GGD monitor (jeugd, volwassenen of ouderen) of een interview met GGD epidemioloog of beleidsmedewerker;
- Gegevens inwoners: CBS gegevens of gegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA);
- Gegevens beleving van inwoners in de wijk: Buurt-voor-Buurt onderzoek en interviews met de wijkmanager of welzijnswerk.

SWOT analyse

Aan het einde van deze fase kan een SWOT analyse gemaakt worden om de haalbaarheid van een project rond fietsstimulering in kaart te brengen. SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats, ofwel Sterke en Zwakke punten, Kansen en Bedreigingen. De kansen en bedreigingen verwijzen naar wat er intern bepaald is en in dit kader door de gemeente te beïnvloeden is. Sterktes en zwaktes verwijzen naar extern bepaalde factoren die niet of nauwelijks door de gemeente te beïnvloeden zijn.

Het doel van het maken van een SWOT-analyse is te komen met een lijst van kansrijke ideeën die uitgewerkt kunnen worden tot (strategische) doelstellingen voor een organisatie. Hiervoor worden de sterke punten verbonden met de kansen op zo'n manier dat de zwakke punten worden gecompenseerd.

<p><i>Kansen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwolle heeft een goede fietsinfrastructuur • Het winkelcentrum in Holtenbroek heeft veel fietsstallingen • Fietsafstand van Holtenbroek naar het centrum van Zwolle blijft beperkt tot circa 2km. Dat is een fietsbare afstand • In Holtenbroek is aanbod aan (goedkope) fietsactiviteiten (met name voor vrouwen en ouderen) 	<p><i>Sterktes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners geven de laatste tijd meer prioriteit aan leefstijl • Fietsen is goedkoop • Fietsen is laagdrempelige manier om te bewegen • Fietsen kan op veel verschillende manieren (alleen, groep, recreatief, competitief) • In de wijk zijn enkele zorgverleners die aanspreekbaar c.q. gemotiveerd zijn om het fietsen te stimuleren • Technische innovaties maken fietsen meer en meer aantrekkelijk • Mensen kiezen vaak voor fietsen en wandelen als beweegactiviteit
<p><i>Bedreigingen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwolle richt zich sterk op jongeren (Jongeren op Gezond Gewicht) • Huidige fietsaanbod is niet specifiek afgestemd op patiënten • Geen fietsactiviteiten voor allochtone mannen • Stopzetten sponsoring van de Leontien Lady's Ride door de gemeente Zwolle • Veel woningen zijn op loopafstand van het winkelcentrum gevestigd • Busvervoer in Holtenbroek is goed geregeld. 	<p><i>Zwaktes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allochtone doelgroep is minder fietsminded (geen fietscultuur) • Niet iedereen beschikt over een geschikte fiets • Financiële beperkingen zijn snel een drempel bij deze doelgroep • Oudere mensen zijn mogelijk bang om te fietsen • Er wordt op dit moment veel van zorgverleners gevraagd rondom bewegen en preventie • Gecombineerde leefstijlinterventies worden in 2012 niet bekostigd vanuit de basisverzekering

5.2 Organiseren algemeen

Nadat aan de hand van de analyse van gegevens de situatie in kaart is gebracht, kan de volgende stap worden genomen, het organiseren. Bij het organiseren zijn drie groepen actoren betrokken.

- Aanbieders fietsactiviteiten;
- Zorgverleners;
- Gemeente.

Daarbij gaat het om samenwerking, draagvlak, borgen van randvoorwaarden en het opstellen van een plan van aanpak.

5.3 Organiseren: de aanbieders van fietsactiviteiten

In elke gemeente wordt het fietsaanbod weer anders ingevuld. In het aanbod is belangrijk om rekening te houden met:

- mensen die nog geen (goede) fiets hebben;
- beperkte financiële middelen;
- mensen die niet kunnen fietsen;
- een divers activiteitenaanbod.

Welke fietsactiviteiten gebeuren er al?

In Holtenbroek of in de naburige wijk worden door diverse partijen fietsactiviteiten aangeboden (tabel 1) : Travers Welzijn, Stichting WijZ, vrijwilliger van lokale fietsersbond en Veilig Verkeer Nederland. Daarnaast is tourclub Swolland actief in Zwolle. Landelijk is in 2010 en 2011 een campagne gestart door NISB: Heel Nederland Fietst (meer informatie in bijlage 4).



Tabel 1 Fietsactiviteiten Holtenbroek

Organisatie	Activiteit	Informatie	Kosten
Travers Welzijn	Fietslessen voor vrouwen	Vrouwelijke docenten oefenen met de cursisten zowel de theorie als praktijk van het fietsen	20 lessen voor € 50,00 inclusief het gebruik van fietsen, diploma en theoriemap.
Travers Welzijn	Fietsclub voor vrouwen	In een groep wordt gezamenlijk gefietst (met als einddoel een fietstocht)	Nog onduidelijk
Stichting WijZ & Swolland	Fiets & Geniet voor ouderen	Recreatieve tocht van circa 30 km elke woensdag onder begeleiding van vrijwilliger van Swolland. Er wordt niet harder gereden dan 15 km/uur	€ 2,50 euro inclusief koffie / thee
Stichting WijZ & Swolland	Fiets & Geniet voor ouderen	Recreatieve tocht van circa 40 km een keer per maand op woensdag. Begeleid door vrijwilliger van Swolland. Er wordt niet harder gereden dan 15 km/uur	€ 2,50 euro inclusief koffie / thee
Stichting WijZ & Swolland	Fietsvierdaagse	Fietstocht van 40 km	€ 2,50 per rit
Fietsersbond	Fietslessen	Mannelijke vrijwilliger biedt fietslessen aan om te leren fietsen.	€ 18,00 per persoon per keer
Veilig Verkeer Nederland	Zonder angst op de fiets	Een cursus die bevordert dat mensen zich met meer vertrouwen en durf in het verkeer gaan bewegen. De cursus richt zich zowel op theorie (uitsluitend in het Nederlands) als praktijk.	€ 5,00 euro inclusief consumpties en een lunch.

Welk activiteiten ontbreken er mogelijk nog?

Vanuit gesprekken met personen in de wijk, bijvoorbeeld welzijnswerkers, kwam naar voren dat er nog bepaalde activiteiten ontbreken. Hierbij valt te denken aan:

- Activiteiten voor allochtone mannen;
- Fietsroutes van verschillende afstanden in en om de wijk;
- Fietsactiviteiten voor mensen die niet zelfstandig kunnen fietsen;
- Manieren om een fietsmaatje te vinden bijvoorbeeld regionale site van www.beweegmaatje.nl
- Naast fietsactiviteiten kan er ook gedacht worden aan het beschikbaar stellen van leenfietsen of het geven van korting op fietsreparaties. Voor de uitvoering hiervan kan samenwerking gezocht worden met de lokale fietsmaker of ROC.



Een activiteit die door veel mensen genoemd werd is de Leontiens Lady's Ride. Deze is drie keer gehouden in Zwolle en met groot succes. In Holtenbroek werden vooral allochtone

vrouwen hierdoor gemotiveerd om op de fiets te stappen. Het welzijnswerk verbond hier fietstrainingen aan. Deze ride is in 2011 komen te vervallen. Hierdoor is voor de vrouwen de deelname aan fietsactiviteiten van het welzijnswerk een stimulans weggevallen om op de fiets te stappen.

Wat is er nodig om het fietsaanbod te borgen?

Een aanbod hebben betekent niet dat dit aanbod jaarlijks blijft bestaan. Het is belangrijk om continuïteit te bieden. Om dit te garanderen hebben organisaties bepaalde voorwaarden. Het volgende kwam op basis van interviews in Holtenbroek naar voren:

Tourclub Swolland wil graag maatschappelijk betrokken zijn en werkt daarom ook samen met het ouderenwerk. Vrijwilligers vanuit Swolland begeleiden de fietsactiviteiten aan ouderen. Echter Tourclub Swolland is er in eerste instantie voor de sportieve fietser of wielrenner. Vanuit de activiteiten die zij in de wijk organiseren hopen ze nieuwe leden te werven.

- Een goed vrijwilligersbeleid is noodzakelijk.
- Verwachtingsmanagement is belangrijk: de tourclub heeft de ambitie om met de activiteiten die zij doen in de wijk nieuwe leden te werven. Is dat realistisch voor de doelgroep ouderen en chronisch zieken?

Het welzijnswerk en ouderenwerk (Travers en WijZ) bieden fietsactiviteiten aan. Dit is een klein onderdeel van hun activiteiten aanbod. Zij spelen in op de wensen van de klant. Het kan daarom zijn dat fietsactiviteiten vervallen indien de klant andere beweegactiviteiten preferreert. Daarnaast is de menskracht beperkt voor de opzet van activiteiten. Gemeentelijke bezuinigingen spelen mee. De samenwerking met HBO en ROC om stagiaires in te zetten voor de organisatie en uitvoering van activiteiten kan daarbij behulpzaam zijn. Omdat er steeds meer wordt ingezet op eigen verantwoordelijkheid van de burger verandert ook de rol van het welzijnswerk. Er zullen minder activiteiten worden aangeboden en meer worden ingezet op ondersteuning van burgers die zelf activiteiten opzetten en uitvoeren.

- Inzet van bijvoorbeeld stagiaires is een randvoorwaarde om fietsactiviteiten uit te voeren.
- Kanteling van aanbod- naar vraaggericht werken, geeft veranderingen in het activiteiten aanbod.

De Fietsersbond en Veilig Verkeer Nederland zijn landelijke partijen die regionaal projecten uitzetten of geschoolde vrijwilligers kunnen inzetten bijvoorbeeld voor fietslessen. Zij kunnen ingeschakeld worden, maar rekening moet worden gehouden met hun beperkte capaciteit. De vrijwilligers van de Fietsersbond mogen zelf aangeven wat de bijdrage is die ze vragen. Voor Zwolle betekent dit dat individuele fietslessen circa € 18,00 per persoon per keer kosten. Dat kan een drempel zijn voor de bewoners van een achterstandswijk. De lessen die Veilig Verkeer Nederland aanbiedt over verkeersveiligheid vergen een goede beheersing van de Nederlandse taal. Dat kan vooral bij de eerste generatie allochtonen problemen opleveren.

- Er moet rekening worden gehouden met de beperkte capaciteit van vrijwilligers.
- Het aanbod is soms onvoldoende gericht op de bewoners met een laag sociaal economische status

5.4 Organiseren: de zorgverleners

Het gaat hier om huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. De huidige ontwikkelingen in het zorgveld en de aandacht voor leefstijl is eerder in dit handboek aan de orde gekomen. De tendens is dat de zorg zich meer bezig houdt met gezond blijven. Daarbij kan fietsen aanhaken.

Welke zorgverleners kunnen worden betrokken?

Zeker voor partijen buiten het zorgveld kan het lastig zijn om zorgverleners te betrekken. Een ROS of GGD kunnen in deze fase behulpzaam zijn (zie bijlage 1). Deze organisaties richten zich meestal op de coördinatie van projecten en houden overzicht over wat er gebeurt op het gebied van zorg en preventie. Het is dan ook belangrijk om deze partijen hierbij te betrekken. Ze kunnen hun expertise inbrengen en ook ondersteunen bij het vinden van de enthousiaste zorgverleners. Soms zijn organisaties in deze schil ook wat terughoudend. Dit kan te maken hebben met eigen projecten. Aan de andere kant fungeren ze ook als buffer naar het zorgveld toe om een overload van projecten te voorkomen

In Zwolle is een netwerk van gecombineerde leefstijl interventies opgezet. Daarin participeren: Progez (ROS), GGD IJsselland, Icare (thuiszorg), sportservice Zwolle en Overijssel, de gemeente en stichting MEE.

Bij welke zorgverleners is er draagvlak?

Voor dit project heeft de ROS aangegeven welke zorgverleners in Holtenbroek enthousiast waren om aan de slag te gaan met fietsen. De ROS heeft geholpen met het leggen van de contacten met de fysiotherapeut en huisarts die meewerken aan Big Move, twee praktijkondersteuners en de wijkverpleegkundige.

Wat hebben zorgverleners nodig?

Zorgverleners hebben als eerste prioriteit de behandeling van hun patiënt. Ook de honorering is daarop afgestemd en honoreringsmogelijkheden voor meer projectmatige werkzaamheden zijn beperkt. Ook heeft men, vooral de huisarts, maar beperkte tijd per patiënt. De eerstelijns geeft wel aan het belang te zien van het verbeteren van de leefstijl van patiënten. Fietsen is daarbij een voor de hand liggende activiteit. In principe is er draagvlak dit met patiënten te bespreken, maar men wil niet met lege handen staan. Men wil de patiënt iets te bieden hebben. Informatie hierover wil men makkelijk kunnen vinden.

Welke informatie is nodig?

- Geef aan voor welke patiënten het aanbod bedoeld is (inclusief criteria). Volwassenen en ouderen die:
 - inactief zijn en meer willen bewegen.
 - een chronische aandoening hebben zoals COPD, diabetes, hartfalen, reuma en waarvoor (recreatief) fietsen een geschikte beweegactiviteit is.
 - meer sociale contacten willen leggen in de wijk.
 - in staat zijn om zonder medische begeleiding te fietsen of te leren fietsen.

- Geef aan met wat voor boodschap men patiënten moet benaderen: Dat fietsen een makkelijke en goedkope manier is om te gaan bewegen. Dat er in de wijk verschillende activiteiten worden aangeboden afhankelijk van de wens van de patiënt. Dat samen met de patiënt gekeken wordt welke activiteit het beste aansluit. En dat de zorgverlener met de patiënt afspraken maakt over doelen (zie paragraaf 5.6)
- Maak voor de zorgverleners helder wat het aanbod inhoudt:
 - Wat is de samenstelling van de groep? (man/vrouw, volwassenen/ouderen)
 - Wanneer start het?
 - Waar aanmelden?
 - Wat zijn de kosten?
 - Is de instroom eenmalig of is continue instroom mogelijk?
 - Waar vindt het plaats?
 - Hoe vaak vindt de activiteit plaats?
 - Hoe lang wordt er gefietst? (tijdsduur, km)
 - Is er begeleiding? En zo ja wat voor begeleiding? (vrijwilliger, mate van medische kennis, man/vrouw etc)
 - Hoe groot is de groep?
- Denk bij de communicatie richting de zorgverlener ook aan:
 - Zorg dat het hogere doel helder is (fietsen is geen doel op zich)
 - Zorgverleners hebben weinig tijd naast hun zorgtaken, dus houdt bijeenkomsten kort en op een locatie dicht bij de praktijk.
 - Vergoed eventuele overheadkosten.
 - Maak de verwachtingen aan de zorgverlener duidelijk. Ben daarin zo concreet mogelijk.
 - Geef zorgverleners iets in handen om naar door te verwijzen.
 - Sluit aan bij bestaande (beweeg)programma's.
 - Ga bij de praktijk langs om kort informatie te geven over het fietsproject. Blijf monitoren hoe het verloopt.
 - Geef een terugkoppeling over het verloop van de activiteiten.

5.5 Organiseren: de gemeenten

Voor een gemeente is fietsen niet alleen inzetbaar vanuit het oogpunt van gezondheid maar fietsstimulering kan ook bijdragen aan duurzaamheid en participatie. O.a. door vermindering van CO2 uitstoot en toename van een aantrekkelijke woon- en leefomgeving. Hiermee draagt fietsen bij aan de doelen van diverse beleidsterreinen. Binnen de gemeente is het daarom belangrijk om na te gaan hoe beleidsterreinen elkaar kunnen versterken. Om fietsstimulering steviger in te bedden binnen de gemeente moet het geen doel op zich zijn maar een middel om doelen van diverse beleidsterreinen te bereiken. De implementatie daarvan binnen de wijken valt in het domein van wijkzaken.

Welke aandachtspunten zijn er op gemeentelijk niveau?

- Schep goede fietsomstandigheden met een fietsvriendelijke omgeving en verkeersveiligheid.
- Zorg dat er afstemming is tussen mobiliteit/verkeer, gezondheid en welzijn (evt. andere relevante beleidsterreinen) en bekijk aan welke doelen fietsen kan bijdragen.
- Betrek de medewerkers in de wijk bij de voorbereiding en uitvoering.

- Laat de fietsactiviteiten gericht op patiënten een onderdeel zijn van een groter geheel om mensen op de fiets of aan het bewegen te krijgen.
- Welke financiële middelen zijn er beschikbaar voor materialen en communicatie-uitingen maar mogelijk nog belangrijker voor uitvoering van activiteiten of organiseren van nieuwe activiteiten.

Welke informatie kan helpen bij het organiseren?

Hierbij een weergave die niet uitputtend is, mede omdat het project nog niet is uitgevoerd in Holtenbroek. Er is slechts een begin gemaakt met de organisatie.

Overzicht van activiteiten:

- Sociale kaart
- Folders in het wijkcentrum
- Interviews welzijnswerk, ouderenwerk, fietsvereniging, GGD gezondheidsbevorderaar, sportservice
- <http://www.heelnederlandfietst.nl/>
- <http://www.veiligverkeernederland.nl/>
- Fietsscholen <http://www.fietsersbond.nl/>

Informatie over het zorgveld

- Interview ROS, GGD beleidsmedewerker of gezondheidsbevorderaar, Thuiszorg

5.6 Uitvoeren

Deze paragraaf beschrijft de aanpak voor het uitvoeren van een pilot in de wijk om fietsgebruik te stimuleren door zorgverleners. Aangezien er nog geen uitvoering heeft plaatsgevonden is de informatie beperkt. De uitwerking van het communicatie concept, dat gebruikt kan worden bij de uitvoering, wordt hier beknopt weergegeven. Deze uitwerking is mede vormgegeven door het communicatiebureau De Vormers. Het communicatie concept uitgewerkt door het communicatie bureau is een apart document.

Communicatie-uiting richting patiënten

De patiënt wordt in de wachtkamer of in het wijkcentrum geattendeerd op de fietsactiviteiten. Daarvoor kan een poster worden gebruikt. Er is voor gekozen om op deze poster aan te geven dat fietsen niet alleen gezond maar ook handig en gezellig is. De foto's zijn gekozen omdat:

- zowel mannen als vrouwen worden aangesproken;
- Holtenbroek een multiculturele wijk is;
- mensen fietsen in een wijksetting;
- fietsen gestimuleerd wordt in het kader van gezondheid en daarnaast een gezellige en een gemakkelijke uitstraling moet hebben.

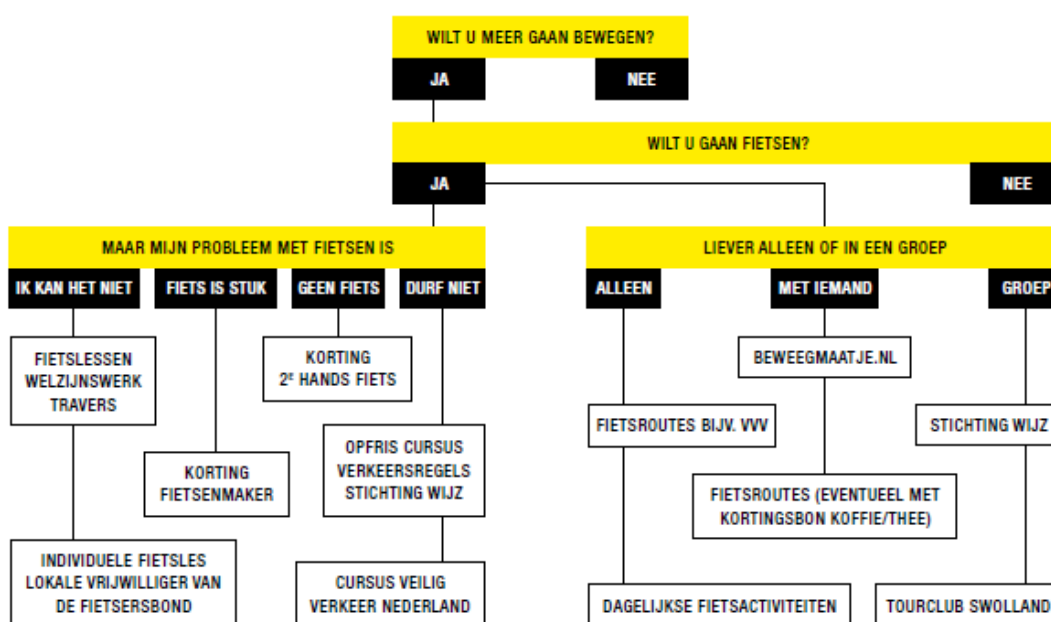


Er kan voor gekozen worden om op de communicatie uitingen zorgverleners of een 'bekende' wijkbewoner als voorbeeldpersoon neer te zetten. Dit geeft een lokaal tintje en geeft mogelijk een extra stimulans voor de deelnemers. Iemand kan als een rolmodel fungeren. Hierbij dient wel rekening te worden gehouden dat:

- dit rolmodel in de praktijk ook het goede voorbeeld uitdraagt, gezien de geloofwaardigheid
- deze persoon voor een brede (multiculturele) groep herkenbaar is
- foto's laten maken op locatie een prijskaartje met zich meebrengt
- per wijk of praktijk andere foto's gemaakt moeten worden

Flowchart voor zorgverleners

Dit is een handvat voor zorgverleners om snel te bepalen welk aanbod past bij de wens van de patiënt. Bij de flowchart krijgen de zorgverleners inhoudelijke informatie over de activiteit. En informatie folders of flyers van de betreffende fietsactiviteit kunnen meegegeven worden aan de patiënt. De flowchart kan er als volgt uitzien:



Persoonlijke doelen en reminder

Aan de ene kant moet fietsen leuk en gezellig zijn. Aan de andere kant heeft de groep patiënten die je wil bereiken juist de stok achter de deur nodig (fysiotherapeut uit Holtenbroek).

De toegevoegde waarde van de zorgverlener is het persoonlijke contact. In dat persoonlijke contact kunnen doelen gesteld worden (tabel 2). Zo kan de patiënt aangezet worden om daadwerkelijk aan de slag te gaan. Met de aanbieders van fietsactiviteiten kan worden afgesproken dat activiteiten worden afgestempeld. Voor het behalen van een doel kan een beloning worden toegevoegd. Bijvoorbeeld het gratis ophalen van een fietstas bij de fietsenmaker.

Tabel 2 voorbeelden van doelen

Groep	Afspraak
Mensen die geen (goede) fiets hebben	<ul style="list-style-type: none">Ik ga voor <datum> kijken of de fietsenmaker een geschikte fiets heeft.Ik vraag aan mijn <kennis, familielid> of ik zijn/haar fiets mag lenen.
Mensen die niet kunnen fietsen of mensen die onzeker zijn in het verkeer	<ul style="list-style-type: none">Ik meld me voor <datum> aan voor een fietsles bij <organisatie>.Over <x weken> durf ik weer op de fiets naar <plaats>
Mensen die alleen willen fietsen	<ul style="list-style-type: none">Ik ga <x keer> per week op de fiets boodschappen te doen.Ik ga <x keer> een route van <x km> fietsen.Ik ga <x keer> per week op de fiets naar mijn werk.
Mensen die samen met iemand willen fietsen	<ul style="list-style-type: none">Ik vraag <datum> of <naam> met mij wil fietsen.Ik ga bij de VVV een fietsroute kaart kopen en <x keer> per week een route fietsen met <naam>
Mensen die graag in een groep willen fietsen	<ul style="list-style-type: none">Ik ga <namen> vragen om met mij een fietsclubje te vormen.Ik ga elke woensdag meedoen aan de fietsgroep van WijZ.

Omdat gedragsverandering niet vanzelf gaat, kan een reminder helpen. Daarom krijgen mensen een reminder kaartje mee naar huis. Daarop staat de gemaakte afspraak met de zorgverlener. Dit kaartje kan aan de deurklink worden gehangen.



NAAM: _____
LEEFTIJD: _____
ZORGVERLENER: _____
STARTDATUM: _____
ADRESGEGEVEN: _____

JE HOOPWENDE:	JE BELOFDE:
<input checked="" type="checkbox"/> 20 MIN	→ <i>[Handwritten signature]</i>
<input checked="" type="checkbox"/> 20 MIN	→ <i>[Handwritten signature]</i>
<input checked="" type="checkbox"/> 30 MIN	→ <i>[Handwritten signature]</i>
<input checked="" type="checkbox"/> 60 MIN	→ <i>[Handwritten signature]</i>
<input type="checkbox"/> MIN	→ _____

JE KANNT YULI
 DAN BIJ HET BEGIN VAN
 DEZE BIJZONDERE KANNT
 IS DE BIJZONDERE BIJ
 DE BIJZONDERE BIJ
 DE BIJZONDERE BIJ

5.7 Evalueren

Als een project wordt uitgevoerd is het ook de vraag hoe het loopt en wat het oplevert. Het klaverblad is een cyclisch model, dat betekent dat in elke fase kan worden begonnen. Evalueren is dus niet een onderdeel dat pas in de laatste fase van het project of interventie opgepakt wordt. Al aan het begin van het project moet rekening gehouden worden met hoe en wat geëvalueerd gaat worden. Het resultaat wordt vergeleken met het vooraf gestelde doel, en er wordt nagegaan hoe succesvol de interventie was en vooral ook waarom.

Proces- of effectevaluatie

Bij het evalueren is er een onderscheid te maken tussen een procesevaluatie en een effectevaluatie.

Het doel van een procesevaluatie is om een goed beeld te krijgen van de verschillende uitvoeringsaspecten van een project. De sterke en zwakke kanten. De procesevaluatie zorgt voor een leerervaring die gebruikt kan worden om de interventie tijdens en achteraf te verbeteren.

Tabel 3 procesevaluatie

Voorbeeld vragen zorgverlener	Voorbeeld vragen patiënt	Metten
<ul style="list-style-type: none"> • Hoe verliep de werving van de patiënten? • Is het onderwerp fietsen makkelijk bespreekbaar te maken tijdens het consult? • Kost het uitvoeren van de interventie veel extra tijd? • Welke knelpunten waren er bij de doorverwijzing? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat vindt u ervan dat uw zorgverlener het onderwerp fietsen benoemt in het consult? • Wat vindt u van de informatie materialen die u heeft ontvangen? • Wat vindt u van de fietsmogelijkheden die u geboden zijn? • Was de informatie die u kreeg duidelijk? • Kon u zo snel als u wilde deelnemen aan activiteiten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gegevensverzameling kort en praktisch • Korte vragenlijst (papier of online) • Een interview van maximaal 10 minuten. • Bij gebruik van online vragenlijsten is het belangrijk om tijdig e-mail adressen te verzamelen van de deelnemers.

Met een effectevaluatie wordt de effectiviteit van een interventie nagegaan en wordt aange- toond wat de eventuele bijdrage van het project is aan het bereiken van de doelen. Wanneer een effectevaluatie wordt uitgevoerd, moet een voormeting gedaan worden om te bepalen hoe de stand van zaken was op een bepaald moment en of die veranderd is na afloop van de interventie. Om echter aan te tonen of de gemeten verandering teweeg is gebracht door de interventie kunnen resultaten vergeleken worden met een controlegroep. Voor het soort projecten dat centraal staat in deze handreiking, voert dit echter te ver.

Tabel 4 effectevaluatie

Voorbeeld vragen zorgverlener	Voorbeeld vragen patiënt	Metten
<ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel zorgverleners deden mee? • Hoe vaak verwijzen zorgverleners door naar fietsactiviteiten? • Zijn zorgverleners door deze interventie meer gemotiveerd om samen te werken met andere organisaties in de wijk (die beweegactiviteiten aanbieden)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel patiënten deden mee? • Is de attitude van de patiënten ten opzichte van fietsen veranderd? • In hoeverre zien patiënten na het project meer mogelijkheden voor zichzelf om fietsen in te bedden in het dagelijks leven? • Zijn patiënten meer gaan fietsen? • Zijn patiënten een langere afstand gaan fietsen? • Zijn patiënten door fietslessen minder bang om zich op de fiets te begeven in het verkeer? 	<ul style="list-style-type: none"> • Voormeting • Eventueel gebruik controle groep • Registeren deelnemende patiënten • Registratie van fietsactiviteit door patiënt • Vragenlijst of interviews

Bij vragenlijst onderzoeken maar ook bij andere registratie manieren is het van belang om rekening te houden met het taalniveau van de deelnemers. Zeker in achterstandswijken is dit een aandachtspunt. Tips van Bureau Taal kunnen hierbij helpen. www.bureautaal.nl

Voor hulp bij de evaluatie: www.preffi.nl

5.8 Verankeren

Zoals is aangegeven is in Holtenbroek nog geen fietsproject uitgevoerd. De resultaten daarvan zullen aanpassingen geven in de uitvoeringsfase. Maar als het fietsproject wordt uitgevoerd wat is er dan voor nodig om dit te blijven doen?

- Positieve resultaten
- Coördinatie
- Financiële middelen
- Inbedding

Positieve resultaten

Deze geven altijd een drive om iets nogmaals te organiseren. Daarom is het belangrijk om deze te communiceren naar betrokkenen. Dit kan bijvoorbeeld via een nieuwsbrief, tijdens een persoonlijk gesprek, door middel van een bedankje of door een (slot)bijeenkomst.

Coördinatie

Een belangrijk punt is de lokale coördinatie. Het huidige aanbod van fietsactiviteiten wordt aangeboden van maart tot oktober. Dat zorgt ervoor dat de kans bestaat dat het project in de winter stil komt te liggen. Daarnaast kunnen fietsactiviteiten jaarlijks wijzigen. Daarom moet rond maart weer een nieuwe impuls gegeven worden aan het project. Welke activiteiten moeten daarvoor worden uitgevoerd?

- Updaten inventarisatie van het fietsaanbod in de wijk
- Afspraken maken met aanbieders van fietsactiviteiten
- Informeren van zorgverleners
- Verspreiden van materialen onder zorgverleners
- Continueren, samenhang en afstemming verzorgen
- Terugkoppelen naar betrokkenen over verloop van activiteiten
- Evalueren

Wie kan lokale coördinatie op zich kan nemen?

- GGD: De GGD IJsselland heeft aangegeven dat bovengenoemde activiteiten passen bij haar taak. Een GGD zorgt voor verbinding van organisaties op het gebied van volksgezondheid en beheer vaak een sociale kaart. Daarnaast heeft men contacten met organisaties in de wijk en op gemeentelijk niveau. Om deze taken onder te brengen bij de GGD is een opdracht nodig (vanuit de gemeente) alsook financiële middelen voor de ureninzet van een medewerker (veelal gezondheidsbevorderaar).
- Wijkbeheerders. Vanuit de gemeente krijgen wijkbeheerders steeds meer een breder coördinerende functie in de wijk. Als spil in de wijk zouden ook zij zorg kunnen dragen voor de implementatie. Op dit moment richten wijkbeheerders zich op de fysieke aspecten in de wijk. Deze rol zal zich verder uitbreiden richting sociale facetten. Voor een goede rolneming moeten deze personen contacten hebben met de eerstelijnszorgverleners in een wijk.

Financiële middelen

Uiteraard is er voor de uitvoering een budget nodig. Hierbij kan gedacht worden aan kosten voor coördinatie, uitvoering van activiteiten, communicatie uitingen en te winnen beloningen.

Geschat wordt dat de coördinatie 60-80 uren per jaar in beslag neemt. Dit hangt af van het netwerk dat de coördinator heeft in de wijk. In hoeverre is deze persoon bekend met de zorgverleners en aanbieders van fietsactiviteiten? En in welke mate heeft het overlap met bestaande werkzaamheden?

Ook voor de uitvoering van fietsactiviteiten is menskracht nodig. In hoeverre dit vanuit het project betaald moet worden, is afhankelijk van het huidige aanbod in wijk en de mogelijkheden om de fietsactiviteiten in te brengen in (lopende) subsidiecontracten. Activiteiten vanuit welzijnswerk worden veelal gesubsidieerd. Indien deze activiteiten onvoldoende aanwezig zijn, zal hierin geïnvesteerd moeten worden. Inzet van vrijwilligers kan deze kosten minimaliseren. Gezien de financiële situatie van bewoners van achterstandswijk kan worden gekozen om alle activiteiten kosteloos of voor een zeer laag tarief aan te bieden.

Voor de te winnen beloningen kunnen (lokale) bedrijven worden gevraagd voor sponsoring. Zo heeft de NISB voor Heel Nederland Fietst een samenwerking met Gazelle en werkt Sparta samen met de Diabetes Vereniging Nederland. Voor landelijke organisaties is een groot bereik meestal een voorwaarde. Een project op wijkniveau is minder interessant. Lokale bedrijven en winkeliers zijn mogelijk sneller bereid daarin bij te dragen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en/of in ruil voor reclame uitingen. Zo nemen Zwolse bedrijven deel in het programma Zwolle Gezonde Stad.

Inbedding

Zoals eerder aangegeven is fietsen geen doel op zich. Het is belangrijk om de fietsactiviteit in te bedden in een groter geheel.

Binnen het beleidsterrein mobiliteit kan dat door een fietspromotieplan waarbij meerdere doelgroepen op verschillende momenten worden aangesproken om de duurzaamheid te vergroten.

En in het wijkgerichtwerken vormen ze een onderdeel van het integrale pakket waarmee de participatie in de wijk wordt verhoogd.

De SWOT analyse (paragraaf 5.1 verkenning) kan belemmeringen en kansen voor implementatie in beeld brengen. Betreft het gezondheidsbeleid in Zwolle ligt de focus op dit moment op Zwolle Gezonde Stad. Daarbij zijn jongeren de belangrijkste doelgroep. Dat is een belemmering voor de implementatie van een interventie voor volwassenen. Wel kan een fietsmodule eraan bijdragen dat de ouders en grootouders van deze jongeren meer gaan fietsen. Zo geven zij het goede voorbeeld. Tevens zijn kleine kinderen vaak afhankelijk van het beweeggedrag van hun opvoeders bijvoorbeeld in het naar school gaan.

De projectleider van de beweegkuur bij ProgeZ gaf aan:

“Persoonlijk denk ik dat inbedding bij de Beweegkuur kansrijk zal zijn omdat daar de sociale kaart en de begeleiding bij zelfstandig bewegen op de voorgrond staat bij de leefstijladviseur (POH). Echter de Beweegkuur wordt niet in Holtendoorn aangeboden, ook niet in een pilot”.

In de pilot wijk (Holtenbroek) wordt Big Move geïmplementeerd. De aansluiting met dat programma is lastiger omdat er altijd in groepsverband wordt bewogen. De fietsmodule geeft wel mogelijkheden om de deelnemers van de Big Move na afloop aan het bewegen te houden. Het kan ingezet worden als vervolg op Big Move.

Naast lokaal kan ook op landelijk niveau bekeken worden of een fietsmodule ingebed kan worden bij (enkele) gecombineerde leefstijlinterventies. De programmaleider van Beweegkuur zegt hierover:

“Ik zie geen enkel bezwaar tegen een ‘fietsmodule’ bij de Beweegkuur. Sterker nog, hierover is al een keer gesproken met de Fietsersbond, maar het blijkt erg lastig om lokale fietsprogramma’s te koppelen aan Beweegkuur locaties. Onderzoek laat wel zien dat een aanzienlijk deel van de deelnemers van de Beweegkuur fietsen ziet als goede manier om meer te bewegen. Als belangrijkste dilemma zie ik dat fietsen algemeen geaccepteerd is als goed middel om te bewegen en gezonder te leven, maar er lijkt onvoldoende aanbod van programma’s / georganiseerde groepen t.a.v. fietsen. Of je daarmee de juiste doelgroep bereikt (inactieve mensen met een chronische aandoening) is een belangrijk vraagstuk”.

Zowel lokaal als landelijk lijkt draagvlak te zijn om een fietsmodule in te bedden bij de Beweegkuur.

Bijlage 1 Campagnemateriaal Fiets je fit!

De personen op de foto's zijn werkzaam (in de gezondheidszorg) in de wijk Holtenbroek.



✓ FIETS JE FIT!

FIETSEN IS HANDIG

FIETSEN IS GEZELLIG

ÉN FIETSEN IS GEZOND

JE ZORGVERLENER VERTELT JE ALLES OVER DE VOORDELEN!

Info en opgave voor de actie "Fiets je Fit":
Website: www.zwolle.nl/fietsjefit
Wijkcentrum Holtenbroek, Bachlaan 20
t: 038 7518401
@: n.stremmelaar@travers.nl

travers
welzijn cortina Zwolle

dé Fietsspecialist  **Ton Kamp**



FIETS JE FIT!



FIETSEN IS MAKKELIJK

FIETSEN IS GOEDKOOP

ÉN FIETSEN IS GEZOND

JE ZORGVERLENER VERTELT JE ALLES OVER DE VOORDELEN!

Info en opgave voor de actie "Fiets je Fit":
Website: www.zwolle.nl/fietsjefit
Wijkcentrum Holtenbroek, Bachlaan 20
t: 038 7518401
@: n.stremmelaar@travers.nl



travers
welzijn cortina Zwolle
de Fietsspecialist  **Ton Kamp**

FIETS JE FIT!



FIETSEN IS HANDIG

FIETSEN IS GEZELLIG

ÉN FIETSEN IS GEZOND

JE ZORGVERLENER VERTELT JE ALLES OVER DE VOORDELEN!



Woon je in Holtenbroek, ben je 18 jaar of ouder en wil je eigenlijk meer bewegen, maar lukt het je niet in je eentje?

Meld je dan aan voor de actie “Fiets je Fit” met een prachtige beloning voor de deelnemers die ervoor gaan! De actie loopt van 26 april tot 1 november 2012.

Je kunt je aanmelden via je huisarts, je praktijkondersteuner, je fysiotherapeut, je diëtiste of de wijkverpleegkundige van de Zichtbare Schakel. Je kunt ook rechtstreeks contact opnemen met Nicole Stremmelaar, de projectcoördinator van “Fiets je Fit” in het wijkcentrum Holtenbroek. Tel. nr 038 7518401 of e-mail n.stremmelaar@travers.nl

Nicole doet de check-in van de deelnemers. Zij bespreekt met je hoe vaak je wilt gaan fietsen, alleen of in een groep en met of zonder fietsmaatje. Alle deelnemers krijgen een fietscomputer in bruikleen die je mag houden als je de proef voltooid hebt. Heb je geen fiets dan hebben wij een leenfiets voor jou om te gebruiken tijdens de proefperiode. Wil je meedoen maar heb je een lekke band, de ketting eraf of de verlichting stuk? Ook daarvoor bieden wij een oplossing.

Meld je aan en doe mee met “Fiets je fit”

Voor de meest succesvolle deelnemers zijn aan het einde van de actie drie prijzen beschikbaar:

- een stadsfiets met accessoires
- een stadsfiets
- € 100,- fietsaccessoires



cortina

Fietspecialist Ton Kamp

travers
welzijn

Zwolle



Fiets je Fit-contract



- De deelnemer maakt minimaal 40 dagen, gedurende minimaal 20 minuten per dag gebruik van de fiets en noteert zijn/haar fietsprestaties in het Fiets je Fit dagboek. Het inschrijfgeld voor elke deelnemer bedraagt €5,-
- De deelnemer krijgt een fietscomputer die door Ton Kamp de Fietsspecialist gratis wordt geleverd en gemonteerd.
- De deelnemer die graag wil deelnemen maar geen fiets heeft, komt in aanmerking voor van een gratis leenfiets met fietscomputer, die zij/hij kan gebruiken tijdens de 40 dagen. Zij/hij tekent daarvoor een huurovereenkomst.
- De deelnemer die voldoet aan de 40 dgn/20 min prestatie mag de fietscomputer aan het einde van de proef houden
- De deelnemer die een fiets heeft die gerepareerd moet worden, kan kleine reparaties (lekke band, verlichting e.d.) tot een maximum van €30,- gratis laten repareren bij de Ton Kamp de Fietsspecialist.
- De deelnemer die de proef afrondt maakt kans op één van de drie prachtige prijzen.
- De deelnemer rapporteert tussentijds regelmatig aan de projectcoördinator over het verloop van de fietsprestaties. De frequentie wordt in onderling overleg bepaald.

Datum:

Projectcoördinator:

Deelnemer:

.....

.....

.....

Bijlage 2 Overzicht ROS'en

Overzicht regionale ondersteuningsstructuren in Nederland
http://www.lvg.org/leden/ros_kaart/content.htm



Bijlage 3 Big Move

Big move is een gecombineerde leefstijl interventie die door een zorgverlener aangeboden wordt. Dit houdt in dat een persoon die bijvoorbeeld aan overgewicht of diabetes mellitus leidt, geholpen wordt aan de gezondheidsklachten door middel van een interventie. Deze interventie is uniek doordat het zich niet op één aspect van de gezondheid richt, zoals alleen bewegen, maar op meerdere aspecten, zoals voeding, bewegen en psychische hulp (= multidisciplinair).

Wanneer een patiënt bij de huisarts komt en aan het risicoprofiel voldoet, kan de huisarts een 'beweegrecept' voorschrijven en doorverwijzen naar het programma. Meedoen aan zo'n interventie heeft alleen zin wanneer de patiënt zelf ook gemotiveerd is. Het doel van dit programma is iets aan de (ongezonde) leefstijl doen, zonder hulp van extra medicijnen, maar door zelf actief te zijn. Door deze leefstijlinterventie word je fitter, verminderen gezondheidsklachten, krijg je plezier in bewegen, doe je veel sociale contacten op en weet je hoe je gezond kan blijven.

Wanneer je aan het risicoprofiel voldoet en je gemotiveerd bent, word je binnen een week door een Big Move medewerker gebeld voor een intake gesprek. Tijdens dit intake gesprek worden enkele conditietesten uitgevoerd en het programma besproken. Dit programma bestaat uit drie fasen.

In fase 1 ga je één keer per week bewegen in een groep van 10 tot 15 personen door bijvoorbeeld te zwemmen, wandelen of dansen. Daarnaast voer je één keer per maand een gesprek met je persoonlijke Big Move begeleider, gericht op je gezondheid en functioneren, en voer je één keer per maand een gesprek met je persoonlijke behandelaar, gericht op het verhelpen van de ziekte/klacht. Het doel hiervan is zelfverzekerder te worden en bekend te raken met bewegen. Deze fase duurt 12 weken.

Fase 2 richt zich op het oriënteren van beweegmogelijkheden in de buurt. In overleg met de begeleider wordt er gezocht naar een passende activiteit met als doel lid worden van een vereniging. Dit kan heel laagdrempelig zijn zoals een wandelclub, maar ook een echte sportclub behoort tot de mogelijkheden. Tijdens deze fase is de begeleiding van Big Move nog steeds aanwezig. Ook deze fase duurt 12 weken

Het doel van fase 3 is doorgaan en volhouden met het huidige beweeggedrag

Momenteel is Big Move al op verschillende plaatsen in Amsterdam, Almere, Utrecht Overvecht, Arnhem, Lisse en Zwolle actief.

De financiering van Big Move is in 2011 aangepast. Er is een nieuwe financieringsstructuur gekomen via een GGZ DBC (diagnosebehandelcombinatie) die per patiënt wordt geopend.

Bijlage 4 Landelijke organisaties rondom fietsstimulering

Ook landelijke organisaties rondom fietsstimulering hebben mogelijk een aanbod aan fietsactiviteiten (in de wijk) Hieronder een overzicht van de drie belangrijkste organisaties.

Fietsersbond <http://www.fietsersbond.nl/>

De fietsersbond is een vereniging met 150 lokale afdelingen. Deze lokale afdelingen worden gerund door vrijwilligers. Deze beïnvloeden het gemeentelijk verkeersbeleid door inspraak, actie, publiciteit en overleg. Op het Landelijk Bureau van de Fietsersbond werken momenteel ca. 40 medewerkers, deels parttime die de lokale vrijwilligers ondersteunen. De fietsersbond heeft ook een fietsschool waar fietslessen aangevraagd kunnen worden. Getrainde vrijwilligers bieden fietslessen aan voor kinderen, volwassenen en specifiek voor allochtonen. Via de website kan per regio bekeken worden welke vrijwilligers fietslessen aanbieden.

Veilig Verkeer Nederland <http://www.veiligverkeernederland.nl/>

Veilig Verkeer Nederland is de maatschappelijke organisatie, die zich inzet voor dat recht, door zoveel mogelijk mensen te inspireren, te stimuleren en actief te betrekken bij verkeersveiligheid. Ook VVN biedt cursussen aan rondom fietsen. Deze gaan niet over leren fietsen maar richten zich op veiligheid in het verkeer en (weer) vertrouwen krijgen in het fietsen.

Heel Nederland Fietst <http://www.heelnederlandfietst.nl/>

Heel Nederland Fietst is een driejarige campagne van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en de Fietsersbond om het fietsen in Nederland een extra impuls te geven. De campagne laat de komende jaren zien welke voordelen fietsen voor iedereen heeft. Het bundelt fietsinitiatieven onder één vlag, media-aandacht en consumentenacties. Vanuit deze

campagne kan bijvoorbeeld het Stalen Ros worden aangevraagd. Een echte eyecatcher.



Het Stalen Ros staat op een kar en wordt voortgetrokken door een auto, het Ros is 6.65 m. lang, 2.04 m. breed en 3.70 m. hoog (vanaf de grond). De fiets en aanhanger wegen gezamenlijk 860 kg.

De huurprijs van het Stalen Ros is €100,- per dag, exclusief chauffeur. Het Ros mag maximaal 7 dagen achtereenvolgens worden gereserveerd. Indien u het Ros niet zelf op kunt halen, kunt u deze laten brengen en halen. De vervoerskosten bedragen € 65,00 per uur en daarnaast wordt € 0,60 per kilometer berekend. Vier uur is het minimum aantal uren dat gefactureerd wordt. Als u in het bezit bent van rijbewijs BE en u heeft beschikking over een bus (geschikt voor een aanhanger van min. 860 kg.), dan kunt het Stalen Ros ook zelf vervoeren. U kunt het Stalen Ros aanvragen via www.heelnederlandfietst.nl.

Colofon

Uitgave:

Fietsberaad, Utrecht, april 2012

Inhoud:

Otto van Boggelen (Fietsberaad), Sarah Pos (NIGZ), Mariëlle Schipperen (NIGZ), Gerard van der Zanden (NIGZ)

Over het Fietsberaad

Doelstelling

Het Fietsberaad helpt gemeenten, kaderwetgebieden en provincies om voorzieningen voor fietsverkeer te realiseren en te onderhouden. Het beraad doet dit door kansen, knelpunten en bedreigingen voor het fietsgebruik te analyseren en oplossingen te zoeken. Het Fietsberaad helpt zijn doelgroepen door kennis, statistische gegevens, ervaringen en andere informatie te (laten) verzamelen en in toepasbare vorm te verspreiden.

Samenstelling

- Otto van Boggelen, coördinator Fietsberaad
- Bo Boormans, DTV Consultants
- Wim Bot, Fietsersbond
- Bas Braakman, gemeente Eindhoven
- Ruud Diteweg, gemeente Utrecht
- Louis Eggen, gemeente Den Haag
- Jochem Groothuis, gemeente Almelo
- Monique de Jong, gemeente Winterswijk
- Cor van der Klaauw, gemeente Groningen
- Jan-Albert de Leur, gemeente Heerhugowaard
- Martijn te Lintelo, gemeente Nijmegen
- Kees Miedema, NS Commercie
- Victor Molkenboer (voorzitter), gemeente Leerdam
- Erik Nijland, Stichting Landelijk Fietsplatform
- Kees Slabbekoorn, waterschap Zeeuwse Eilanden
- Hillie Talens, CROW
- Paul van Weenen, provincie Utrecht
- Bert Zinn, Verkeer en Waterstaat

Het Fietsberaad is onderdeel van het Kennisplatform Verkeer en Vervoer (KpVV).