



Groen voor gezondheid: wat hebben gezondheidsprofessionals nodig?

Achtergronddocument

Tia Hermans, Lidwien Lemmens en Annette Postma

Groen voor gezondheid: wat hebben gezondheidsprofessionals nodig?

Achtergronddocument

Tia Hermans¹, Lidwien Lemmens² en Annette Postma³

1 Alterra

2 RIVM

3 Postma Advies

Dit onderzoek is uitgevoerd door Alterra Wageningen UR, RIVM en Postma advies en gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Economische Zaken, (projectnummer 5240636).

Alterra Wageningen UR
Wageningen, oktober 2015

Alterra-rapport 2665
ISSN 1566-7197

Hermans, Tia, Lidwien Lemmens en Annette Postma, 2015. *Groen voor gezondheid: wat hebben gezondheidsprofessionals nodig?; Achtergronddocument*. Wageningen, Alterra Wageningen UR (University & Research centre), Alterra-rapport 2665. 50 blz.; 2 fig.; 2 tab.; 37 ref.

Achtergrond en doelstelling

Natuur werkt positief op gezondheid & welbevinden van mensen. De werkingsmechanismen achter deze positieve relatie zijn bekend: stress vermindert, lichamelijke activiteit (wandelen, fietsen, sporten) neemt toe, de sociale cohesie in de buurt verbetert. Toch wordt natuur nauwelijks ingezet door professionals uit de eerste lijn of publieke gezondheid. Wat belemmert hen en zijn er oplossingen?

Methode

Interviews met vertegenwoordigers uit de beleidsomgeving van de gezondheidsprofessionals (NHG, KAMG, GGD GHOR Nederland, Menzis, NPCF, ROS Progez, VNG en ex vz GR) en vier focusgroepsgesprekken met gezondheidsprofessionals zijn gehouden, gestructureerd aan de hand van een theoretisch kader voor implementatie van innovatieve interventies. We beschouwen de inzet van groen voor gezondheid namelijk als een innovatieve interventie. De deelnemers aan de focusgroepsgesprekken zijn 'innovators' of 'early adopters'. Zij passen natuur voor gezondheid toe in hun praktijk of staan achter het idee om dit te doen. De interviews en gesprekken zijn vervolgens geanalyseerd.

Resultaten

Eerstelijnsprofessionals ervaren in hun eigen dagelijkse praktijk de meerwaarde van bewegen in het groen t.o.v. bewegen binnen: stress van patiënten vermindert, fitheid neemt toe, stemming en welzijn verbeteren, medicatiegebruik en zorgconsumptie verminderen, uitgaven/kosten voor de zorg verminderen, BMI neemt af, parameters in het bloed evalueren gunstig en het aantal sociale contacten neemt toe. De eerstelijnsprofessionals en professionals uit de publieke gezondheid ervaren wel knelpunten. Ze missen een overzicht van succesvolle 'groene interventies', ook van de mogelijkheden die zich voordoen in hun eigen omgeving. Ze hebben behoefte aan regie, zowel tussen de eerste lijn en de publieke gezondheid als tussen de eerste lijn en de groene sector. Ze lopen aan tegen gebrek aan tijd en geld. Ook missen ze handvatten om patiënten te motiveren om deel te nemen aan groene interventies. Hoewel ze zelf als innovator of 'early adopter' overtuigd zijn van het positieve effect van natuur, is bij hun collega's nog wel behoefte aan meer bewijs. Het zou de professionals bovendien helpen als de overheid goede voorbeelden zou agenderen en promoten en als er meer gegevens bekend worden over kosten en baten.

Conclusie/aanbevelingen

De belemmeringen die de gezondheidsprofessionals ervaren, kunnen ze zelf niet allemaal wegnemen. Ze suggereren wel oplossingen. Zo kan de gemeente een regisseur benoemen, die het overzicht heeft van groene initiatieven georganiseerd door beleidsmakers of burgers bij wie de professionals zich kunnen aansluiten. Ook kunnen professionals het effect van de groene interventies op gezondheid & welbevinden meten, zodat verzekeraars en beroepsorganisaties overtuigd raken van het nut van groen voor gezondheid en het opnemen in hun basispakket of richtlijnen. Met andere woorden: de professional, de burger en de beleidsmakers zullen de innovatieve interventie 'groen voor gezondheid' samen moeten oppakken.

Trefwoorden: groen, gezondheid, eerste lijn, publieke gezondheid

Dit rapport is gratis te downloaden van www.wageningenUR.nl/alterra (ga naar 'Alterra-rapporten' in de grijze balk onderaan). Alterra Wageningen UR verstrekt *geen* gedrukte exemplaren van rapporten.

 2015 Alterra (instituut binnen de rechtspersoon Stichting Dienst Landbouwkundig Onderzoek), Postbus 47, 6700 AA Wageningen, T 0317 48 07 00, E info.alterra@wur.nl, www.wageningenUR.nl/alterra. Alterra is onderdeel van Wageningen UR (University & Research centre).

- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking van deze uitgave is toegestaan mits met duidelijke bronvermelding.
- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking is niet toegestaan voor commerciële doeleinden en/of geldelijk gewin.
- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking is niet toegestaan voor die gedeelten van deze uitgave waarvan duidelijk is dat de auteursrechten liggen bij derden en/of zijn voorbehouden.

Alterra aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele schade voortvloeiend uit het gebruik van de resultaten van dit onderzoek of de toepassing van de adviezen.

Alterra-rapport 2665 | ISSN 1566-7197

Foto omslag: In Stijl Tekst I&foto

Inhoud

	Woord vooraf	5
	Kernboodschappen	7
1	Inleiding	9
	1.1 Probleemstelling	9
	1.2 Achtergrond	9
	1.3 Projectdoelstelling	10
	1.4 Afbakening	10
2	Aanpak	11
3	Theoretisch kader	12
	3.1 Kenmerken van de innovatieve interventie zelf	12
	3.2 Kenmerken van de beroepsbeoefenaren die de innovatieve interventie (gaan) doorvoeren	13
	3.3 Kenmerken van de sociale omgeving waarin de beroepsbeoefenaren werken	13
	3.4 Kenmerken van de beleidsomgeving waarin de innovatieve interventie wordt doorgevoerd en randvoorwaarden (die de beleidsomgeving moet realiseren)	14
4	Resultaten	15
	4.1 Boodschappen uit de interviews	15
	4.2 Boodschappen uit de focusgroepsgesprekken	20
	4.2.1 Goede voorbeelden zijn er!	20
	4.2.2 Is bewegen buiten beter dan binnen?	22
	4.2.3 Wat bevordert de inzet van groen voor gezondheid door gezondheidsprofessionals?	22
	4.2.4 Wat belemmert de inzet van groen voor gezondheid door gezondheidsprofessionals?	26
	4.2.5 Adviezen voor de onderzoekers	31
	4.2.6 Toets op resultaten tijdens bijeenkomst workshop NCVGZ2014	32
5	Beschouwing – leerpunten voor de pilots	35
	5.1 De belangrijkste resultaten samengevat	35
	5.2 Reflectie op de onderzoeksmethode	36
	5.3 Leerpunten voor de pilots	36
	Literatuur	40
	Bijlage 1 Geïnterviewde organisaties/personen	43
	Bijlage 2 Interview gezondheidssector	44
	Bijlage 3 Deelnemers focusgroepsgesprekken	45
	Bijlage 4 Focusgroepsgesprekken met gezondheidsprofessionals	47
	Bijlage 5 Gebruikte afkortingen	49

Woord vooraf

Dit achtergronddocument is een van de publicaties, horend bij het project Pilots natuur en gezondheid. Het doel van het project Pilots natuur en gezondheid is een bijdrage leveren aan de verbreding van de kennis van de relatie tussen natuur en gezondheid en welbevinden, in de veronderstelling dat professionals vervolgens op grote schaal gebruik gaan maken van natuur t.b.v. gezondheid. In een eerste deelproject worden gezondheidsgegevens van de Doetinchem-cohortstudie gekoppeld aan groengegevens uit het gebied en onderzocht of er een relatie bestaat tussen de hoeveelheid groen in de woonomgeving en gezondheid en welbevinden van omwonenden. In een tweede deelproject wordt onderzocht wat gezondheidsprofessionals nodig hebben om meer te doen met groen ten behoeve van gezondheid. In een derde deelproject worden de lessen uit de twee deelprojecten toegepast in een wijk in de gemeente Breda.

Dit achtergronddocument behoort bij het tweede deelproject. Een wetenschappelijke publicatie is ingediend met als titel: *What hinders and facilitates health professionals to use green in public health and healthcare?* Dit achtergronddocument geeft veel meer informatie.

Dit is een kwalitatief onderzoek met interviews met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen in de gezondheidssector en focusgroepsgesprekken met gezondheidsprofessionals uit de eerste lijn en uit de publieke gezondheidszorg. Gezien het krachtenveld rond het onderwerp van het onderzoek (behoeften gezondheidszorgprofessionals) maakt het veel uit 'wie' iets zegt. De uitspraken tijdens de interviews zijn daarmee essentiële informatie. Daarom is toestemming gevraagd aan elke geïnterviewde om de naam te vermelden bij zijn of haar uitspraken. Namen van de focusgroeppdeelnemers hebben we verwijderd wegens te veel tijd nodig om iedereen te vragen om toestemming. We hebben in Bijlage 3 een overzicht van de deelnemers gegeven en in de tekst alleen een categorie genoemd als publieke gezondheidszorger, huisarts, POH etc.

Kernboodschappen

In deze studie is onderzocht wat gezondheidsprofessionals nodig hebben om groen preventief en curatief in te zetten voor gezondheid en welzijn van burgers en patiënten. Op dit moment wordt er nauwelijks gebruikgemaakt van groen in de gezondheidszorg. Waarom niet? Wat belemmert de professionals, naar eigen zeggen, en waar zien zij de oplossing? Dat is uitgezocht aan de hand van interviews met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen in de gezondheidssector en focusgroepsgesprekken met gezondheidsprofessionals uit de eerste lijn en uit de publieke gezondheidszorg.

Gezondheidsprofessionals die ervaring hebben met groen en gezondheid, benoemen vanuit eigen waarneming de volgende positieve effecten van groen op gezondheid op hun patiënten:

- Kwaliteit van leven verbetert
- Stemming en welzijn verbeteren
- Stressniveau vermindert
- Fitheid neemt toe
- Een aantal parameters in het bloed evolueert in gunstige richting
- BMI daalt
- Medicatiegebruik neemt af
- Zorgconsumptie (bezoek aan huisarts) neemt af
- Uitgaven/kosten voor zorg nemen af
- Het aantal sociale contacten neemt toe

Uit de interviews en gesprekken zijn de volgende kernboodschappen gedestilleerd:

Onbekend maakt onbemind. Besteed in congressen en opleiding aandacht aan bewezen effectiviteit en praktische uitvoering van samenwerking rond groen, zodat meer professionals hiermee bekend raken: dit is nodig voor de implementatie.

Stimuleer en faciliteer de voorlopers met tijd en geld. Je moet het voorlopig van deze groep hebben. De gezondheidsprofessionals die een voortrekkersrol vervullen in Groen en Gezond zijn al overtuigd. Deze voorlopers blijken wel enthousiast maar hebben hiervoor tijd en geld nodig.

Overzicht van succesvolle groene interventies helpt de professionals op de werkvloer, evenals inzicht in succes- en faalfactoren. Gebruik succesvolle interventies om ze landelijk uit te rollen. Organiseer een digitaal overzicht van lokaal beschikbare groene interventies, via app of wijkkrant. Er is inmiddels een start gemaakt met een overzicht van lokaal beschikbare groene interventies www.beterinhetgroen.nl.

Bewijs overtuigt de beleidsmatige omgeving van de professionals en de volgers. Definieer bewezen effectieve, succesvolle groene interventies. Voor de landelijke vertegenwoordigers van de professionals zijn meer harde bewijzen nodig, evenals voor de grote massa gezondheidsprofessionals. Voor verzekeraars ontbreekt kennis over kosteneffectiviteit. Voer onderzoek uit zodat wetenschappelijk bewijs kan leiden tot aanpassing of aanvulling van de huisartsenrichtlijn en gebruik door de eerste lijn.

Sluit aan bij het denken in diagnose en wijze van financieren. Eerstelijns professionals werken en denken in diagnoses. Benader/verleid hen voor gebruik van groen via de diagnose lijn zoals in de NHG-standaarden:

- psychische problemen: ADHD, angst, depressie, dementie;
- luchtwegen: COPD;
- cardiovasculair risicomanagement: preventieconsult.

Onderzoek de mogelijkheid van financiering via zorgarrangementen. Of initieer een businesscase met gemeenten en verzekeraars.

Gezondheidsprofessionals, die een voortrekkersrol vervullen in Groen en Gezond, hebben - behalve aan tijd, geld en overzicht- vooral behoefte aan verbinding. Het gaat om:

- a. verbinding in de samenwerking tussen eerste lijn en publieke gezondheidszorg en
- b. verbinding in de samenwerking tussen groene sector en gezondheidssector.

Deze verbinding lijkt niet spontaan tot stand te komen en gezondheidsprofessionals ervaren dit als een gemis. Regie vanuit bestaande structuren zou mogelijk kunnen helpen, zoals JOGG of gezonde wijk, buurtsportcoach. Ook een organisatie als GGD GHOR Nederland of KAMG zou een rol kunnen spelen in het tot stand brengen van deze verbindingen.

Door als centrale overheid het goede voorbeeld te geven krijg je de gemeenten mee.

Commitment van overheden is belangrijk. Ministeries van Groen (EZ) en Gezond (VWS) geven het goede voorbeeld en zoeken samenwerking. Door de boodschap van het effect van groen op gezondheid op te nemen in eigen beleidsdocumenten volgen lokale overheden. Deze boodschap vervolgens systematisch communiceren is nodig om beroepsgroepen, verzekeraars en zorgaanbieders te informeren en te enthousiasmeren. Bewustwording is een eerste voorwaarde voor een succesvolle implementatie van een innovatie: als eerste is namelijk oriëntatie nodig bij de vele betrokkenen die er nu nog niet mee bezig zijn.

Hou rekening met de patiënt. Er is meer inzicht nodig in wat motiverend werkt en welke factoren bepalen welke patiëntcategorieën voor groene interventies wel of niet te motiveren zijn. Denk daarom na over selectie van patiënten i.p.v. het trachten te overtuigen van alle patiënten. Er is behoefte aan handvaten voor het selecteren van patiënten voor wie dit iets is. Er is in deze studie niet gekeken naar het perspectief van de patiënt, dit moet nader worden onderzocht.

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

Nederland verstedelijkt. In 2050 woont 70% van de bevolking in stedelijk gebied. Grote groepen mensen komen steeds minder in contact met natuur. Niet voor niets dat overheden meer aandacht krijgen voor de kwaliteit van de leefomgeving in stedelijk gebied. Met name speelt de vraag welke bijdrage groen kan leveren.

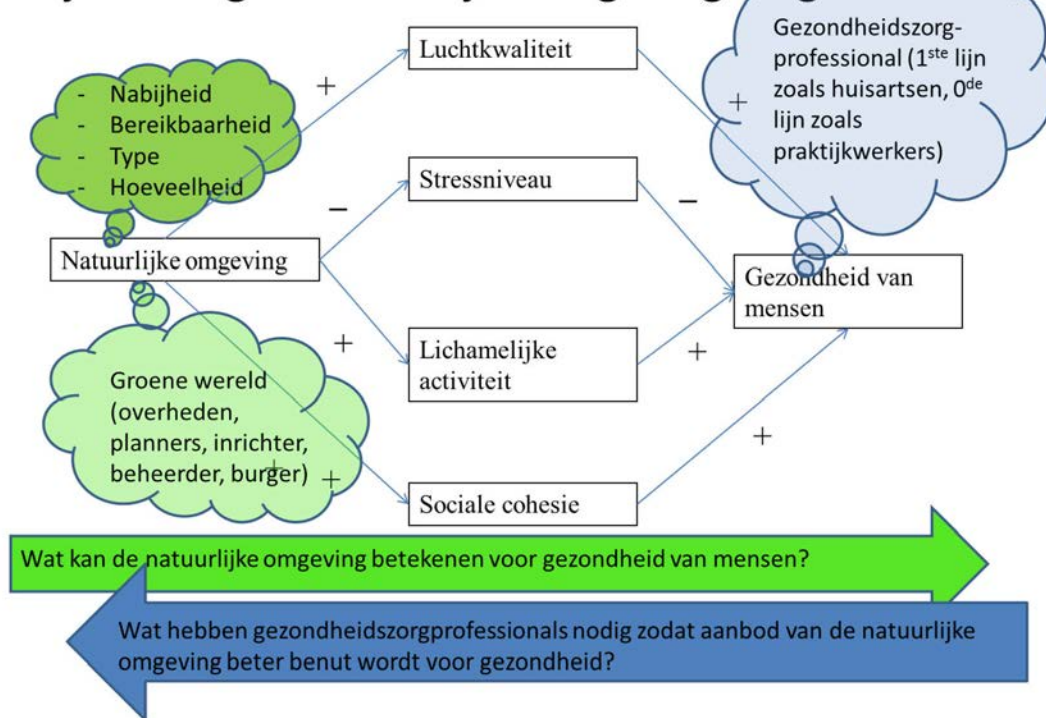
Groen kan positief bijdragen aan biodiversiteit in de stad (http://www.unep.org/urban_environment/issues/biodiversity.asp) en kan de effecten van klimaatverandering (hittestress en wateroverlast) temperen (Klemm *et al.*, 2015). Bovendien is er steeds meer informatie die bewijst dat toegang tot een groene omgeving belangrijk is voor gezondheid en welbevinden van bewoners (Hartig *et al.*, 2014; Marselle *et al.*, 2013; van den Berg *et al.*, 2010; Barton *et al.*, 2009; De Vries *et al.*, 2013, 2011, 2003; Maas *et al.*, 2009a,b,c, 2008, 2007, 2006). In een recent rapport adviseert KPMG (2012) meer onderzoek te doen naar de meerwaarde van groen voor gezondheid en welbevinden. Met name omdat ze verwachten, op basis van hun eerste berekeningen, dat investeren in groen kan leiden tot lagere kosten voor zorg en ziekteverzuim. In dit project ligt het accent op het effect van groen voor gezondheid.

1.2 Achtergrond

In het regeerakkoord van Rutte II (Rijksoverheid, 2012), bevestigd in de kamerbrief van maart 2013 van de staatssecretaris van EZ (ministerie EZ, 2013) en in het AO van mei 2013 door de minister van VWS, is aangegeven dat meer synergie gewenst is tussen natuur en gezondheid en welbevinden. De ministeries van VWS en EZ willen hieraan bijdragen door onderzoek te faciliteren naar de werking van groen voor gezondheid. Die intentie is herhaald in de recente Rijksnatuurvisie 'Natuurlijk verder' van het ministerie van EZ (2014) en het NPP 'Alles is gezondheid' van het ministerie van VWS (2014).

In dat kader hebben beide ministeries RIVM en Alterra gevraagd een bijdrage te leveren aan de gewenste kennisverbreding via het project 'pilots natuur en gezondheid'. De vraag vanuit beide ministeries omvat twee kijkrichtingen op de relatie tussen natuur en gezondheid (Figuur 1). Kijkrichting 1, van links naar rechts (deelvraag 1): 'Wat kan natuur/groene omgeving betekenen voor gezondheid en welbevinden van mensen?' en kijkrichting 2, van rechts naar links (deelvraag 2): 'Wat hebben gezondheidszorgprofessionals nodig om te zorgen dat het aanbod van de groene omgeving beter wordt benut voor gezondheid?'

Kijkrichtingen natuurlijke omgeving en gezondheid



Figuur 1 Kijkrichtingen natuurlijke omgeving en gezondheid

De antwoorden op deze twee deelvragen worden vervolgens meegenomen in de uitwerking/opzet van een of twee pilots, in een of twee gemeenten. Criteria waaraan de pilots moeten voldoen, komen aan bod in Kruize *et al.* (2015). Belangrijk is dat er een groene interventie plaatsvindt, fysieke en/of gedragsinterventies, die getoetst kunnen worden op gezondheid en welzijn van de burgers. Voorafgaand aan de interventies wordt een nulmeting uitgevoerd. Er zal specifiek aandacht zijn voor depressie en overgewicht/obesitas. Dit alles om de wetenschappelijke basis onder de relatie tussen natuur en gezondheid te verbreden.

1.3 Projectdoelstelling

Dit project gaat over deelvraag 2 van het project 'pilots natuur en gezondheid': wat hebben gezondheidsprofessionals nodig om het aanbod van de natuurlijke omgeving te benutten voor gezondheid? Ondanks het algemeen erkende gevoel dat groen goed is voor gezondheid, wordt in de alledaagse praktijk van gezondheidszorgprofessionals groen nog nauwelijks toegepast en activiteiten in het groen nauwelijks voorgeschreven als middel tegen overgewicht/obesitas of depressie. We willen achterhalen wat de professionals op dit moment weerhoudt of wat hen stimuleert om groen of activiteiten in het groen te noemen in hun gezondheidsadvies aan burgers en patiënten, om vervolgens uit te zoeken hoe die obstakels uit de weg te ruimen.

1.4 Afbakening

Het accent ligt op de behoeften van de gezondheidsprofessionals. Kansen en knelpunten kunnen zowel het systeem van de groene sector als van de gezondheidszorg betreffen. Gesprekken worden gevoerd met gezondheidsprofessionals uit de eerste lijn of uit de publieke gezondheid.

Opvattingen of ervaringen van patiënten of de groene sector vallen buiten het bestek van dit onderzoek, evenals die van beroepsbeoefenaren in de medisch specialistische zorg (tweede lijn) en in de langdurige zorg (Care).

2 Aanpak

Centraal in dit deelproject staan interviews en focusgroepsgesprekken. Om die goed te kunnen voeren, hebben we een aanpak uitgewerkt in vier fasen. Die zijn niet volgtijdelijk doorlopen, maar hebben continu door elkaar heen gelopen.

Fase 1: bouw van theoretisch kader

Op dit moment wordt groen nauwelijks voorgeschreven of ingezet door gezondheidsprofessionals om gezondheid en welbevinden van mensen te bevorderen, preventief dan wel curatief. In die zin kan voorschrijven of inzetten van groen worden beschouwd als een innovatie in het werk van de betrokken professionals. Daarom is in de literatuur gezocht naar theorieën over succesvol doorvoeren van innovaties in de gezondheidszorg en succesvol implementeren van effectieve leefstijlinterventies. Op basis daarvan is een raamwerk opgesteld met factoren die de inzet van groene interventies in de gezondheidszorg kunnen stimuleren dan wel belemmeren. Deze factoren zijn beschreven en in categorieën ingedeeld. Ze waren onze leidraad tijdens de interviews en focusgroepsgesprekken. Gezien het sturende karakter van het kader voor de rest van de studie, wordt het kader in een volgende hoofdstuk kort toegelicht.

Fase 2: verkennende gesprekken met de gezondheidssector

De Nederlandse gezondheidszorg is complex georganiseerd en voortdurend in verandering (Boot, 2013; zie ook <http://digitalatlaseuropa.eu/resources/IAN---zorg-in-NL---0.89.jpg>). Genoemde bronnen zijn gebruikt bij de selectie van te interviewen personen en organisaties uit de (beleids)omgeving van de gezondheidszorgprofessionals. Er is gesproken met een vertegenwoordiger van de huisartsen (NHG), gemeenten (VNG), artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Patiëntenplatform (NPCF), GGD GHOR Nederland, verzekeringsmaatschappij (Menzis), Gezondheidsraad/medisch onderwijs (hoogleraar) en Regionale Ondersteuningsstructuur Eerstelijns (ROS). Het zijn allemaal mensen die invloed hebben en die invloed zo nodig willen inzetten om veranderingen door te voeren in het gezondheidszorgsysteem. Voor de lijst van geïnterviewde personen, zie Bijlage 1. De interviewvragen staan in Bijlage 2. De gesprekken zijn uitgeschreven en voor correctie en goedkeuring aangeboden aan de geïnterviewde. Vervolgens is de inhoud geanalyseerd aan de hand van het theoretisch kader.

Fase 3: (focusgroeps)gesprekken met gezondheidsprofessionals en enkele andere betrokkenen

Via contacten bij NHG, eigen netwerk en zoekacties via internet zijn professionals uit de eerste lijn en publieke gezondheid benaderd en gevraagd om deel te nemen aan een focusgroepsgesprek. We hebben veel afwijzingen ontvangen: 'moeten wij dit als prioriteit in ons werk zien?' of 'geen tijd'. Uiteindelijk zijn vier focusgroepsgesprekken gevoerd, op vier locaties in Nederland. Voor de deelnemers aan de focusgroepsgesprekken, zie Bijlage 3. Voor topics en vragen tijdens de focusgroepsgesprekken, zie Bijlage 4. De gesprekken zijn uitgeschreven en voor aanvulling en goedkeuring aangeboden aan de deelnemers. Vervolgens is de inhoud geanalyseerd aan de hand van het theoretisch kader.

Fase 4: analyse en rapportage

De analyseresultaten zijn tussentijds besproken met eerder geïnterviewde personen en professionals die tussentijds aanhaakten of waarmee we in contact kwamen tijdens congressen. Herkennen zij zich in het geschetste beeld van behoeften en ervaren kansen en belemmeringen en kunnen ze zich vinden in voorstelde aanpak om belemmeringen op te heffen en/of kansen te benutten? Aan de hand van hun opmerkingen zijn de resultaten aangescherpt. Er is een wetenschappelijk artikel geschreven. In dit rapport zijn de resultaten uitgebreider beschreven.

3 Theoretisch kader

Uit de literatuur (Cabana *et al.*, 1999; Rogers, 2003; Grol & Wensing, 2004, 2001; Fleuren *et al.*, 2012; Verhulst *et al.*, 2007) is duidelijk geworden dat succesvolle innovaties in de zorg en innovaties op het gebied van leefstijlbeïnvloeding een aantal gemeenschappelijke kenmerken hebben, te verdelen in de volgende hoofdcategorieën:

- kenmerken van de innovatieve interventie zelf;
- kenmerken van de beroepsbeoefenaren die de innovatieve interventie (gaan) doorvoeren;
- kenmerken van de sociale omgeving waarin de beroepsbeoefenaren werken;
- kenmerken van de beleidsomgeving waarin de innovatieve interventie wordt doorgevoerd en randvoorwaarden die de beleidsomgeving moet doorvoeren.

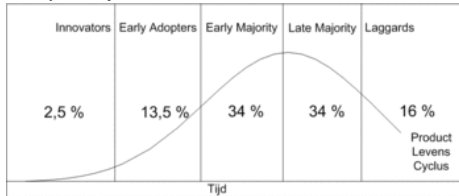
In het onderstaande is elke categorie nader uitgewerkt.

3.1 Kenmerken van de innovatieve interventie zelf

1. De innovatieve interventie is HELDER omschreven.
2. Er is voldoende bewijs voor effectiviteit: meer gezondheid/welzijn voor de patiënt en/of bewijs voor kostenreductie).
3. De nieuwe werkwijze past bij de bestaande praktijk van de zorgverlener:
 - a. De werkwijze past bij de opvattingen over gezondheid, welzijn, preventie van de zorgverlener en bij de in de beroepsgroep aanwezige opvattingen. Deze zijn gericht op het helpen bij het maken van eigen keuzes en het adviseren over meer bewegen;
 - b. De werkwijze biedt de professional persoonlijke voordelen (in tijd, gemak, etc.). De innovatie is daarmee een verbetering;
 - c. Integratie in de reguliere werkwijze van eerstelijns (bijv. in PreventieConsult, in huisartsconsult, in fysiotherapeutische of POH-begeleiding) is relatief eenvoudig;
 - d. Integratie van het vernieuwende aanbod Bewegen (in Natuur) in het bestaande regulier aanbod is mogelijk, zoals bijvoorbeeld BeweegKuur, Bewegen Op Recept, In de put-Uit de put, Grip op je Dip, Voluit Leven, etc.;
 - e. Integratie in bestaande werkwijzen in publieke settings zoals School, Wijk, Gemeente is mogelijk, zoals bijv. Gezonde School, JOGG;
 - f. Het is helder voor welke patiëntgroepen de interventie geschikt is en voor welke niet.
4. De innovatieve interventie beïnvloedt de professionele werkwijze in beperkte mate: hoe kleiner de invloed van de innovatie, hoe groter de kans op succes.
 - a. De innovatieve interventie kan eenvoudig worden ingepast in een bestaand zorgplan of richtlijn;
 - b. De innovatieve interventie is gemakkelijk uit te leggen, te begrijpen en toe te passen: duidelijk voor de arts aan patiënt;
 - c. Een aantrekkelijke presentatie van de innovatieve interventie is beschikbaar: toegankelijk, begrijpelijk, beknopt (gecondenseerde informatie bijv. op kaartje of checklist):
 - i. overzicht lokaal en regionaal aanbod
 - ii. opname in richtlijn of zorgplan;
 - d. De innovatieve interventie kan gefaseerd of in onderdelen uitgetest en ingevoerd worden (bij complexe innovatie);
 - e. De innovatieve interventie kan zonder risico voor arts en patiënt worden uitgetest en evt. zelfs stopgezet;
 - f. De innovatieve interventie is flexibel aan te passen aan de zorgprofessionals en aan de patiëntengroep/doelgroep of aan geschikte omgeving: geschikte natuur, dichtbij genoeg etc. Lokale aanpassing van *best practices* is mogelijk.
5. Zorgprofessionals zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn of het zorgplan.
6. De innovatieve interventie is specifiek gemaakt voor universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie en specifiek gemaakt voor zowel individuele als groepsgewijze/collectieve insteek.

3.2 Kenmerken van de beroepsbeoefenaren die de innovatieve interventie (gaan) doorvoeren

1. De innovatieve interventie is een veelvoorkomend (centraal dan wel perifeer) onderdeel van het werk.
2. De beroepsbeoefenaar is voor deze innovatieve interventie te beschouwen als innovator volgens Rogers (2003): de eerste groep die een innovatie oppakt, nog voor de vroege aanvaarders (early adopters).



3. De beroepsbeoefenaar is te beschouwen als ambassadeur met overtuigingskracht, die positief is over deze innovatieve interventie:
 - a. Hij/zij heeft een positieve attitude t.a.v.
 - i. leefstijlbeïnvloeding
 - ii. natuur
 - iii. innovatie
 - iv. uitkomstverwachting: (bewegen in de) natuur levert al dan niet gezondheidswinst, welzijns- of zelfredzaamheidswinst op;
 - b. Hij/zij heeft kennis van
 - i. leefstijl beïnvloeding
 - ii. effecten van natuur op welzijn, gezondheid en zelfredzaamheid;
 - c. Hij/zij heeft een taakopvatting rond:
 - i. signaleren risicogroepen overgewicht en depressie (geïndiceerde preventie naast zorg-gerelateerd
 - ii. leefstijladvisering wordt beschouwd als een wezenlijke taak: urgent, noodzakelijk en primaire. Huisartsen beginnen er vaak niet uit zichzelf over, terwijl de patiënt verwacht dat Huisarts het juist WEL doet. De taak kan zowel signalerend zijn, als bespreekbaar maken als adviseren en/of begeleiden (afhankelijk van welk type professional het betreft)
 - iii. kostenbewustzijn
 - iv. evidence-based medicine;
 - d. Self-efficacy: overtuiging dat men de innovatieve interventie daadwerkelijk kan uitvoeren.

3.3 Kenmerken van de sociale omgeving waarin de beroepsbeoefenaren werken

1. De collegiale omgeving is steunend voor de innovatieve interventie:
 - a. Aanwezigheid van rolmodellen, heersende professionele opvattingen en normen steunen de innovatieve interventie. De beroepsbeoefenaar ziet collega's de innovatieve interventie gebruiken. Hij kan rekenen op sociale steun uit zijn professionele werkomgeving;
 - b. Aanwezigheid van feedback over het professionele handelen. Dit bevordert het leren;
 - c. Collegiale opinieleiders steunen de innovatieve interventie;
 - d. Er is lokale consensus over de manier van werken;
2. Leiderschap is steunend voor de innovatieve interventie:
 - a. Leiderschapsstijl;
 - b. Soort macht;
 - c. Commitment van de leider;
3. De innovatieve interventie past bij beleving, voorkeuren en uitkomstverwachtingen van de patiënt. Ofwel: de patiënt is tevreden over de innovatieve interventie en wil meewerken.
 - a. Er is in de innovatieve interventie aandacht voor haalbaarheid/volhouden door patiënten: omgaan met moeilijke situaties, terugval etc.;

3.4 Kenmerken van de beleidsomgeving waarin de innovatieve interventie wordt doorgevoerd en randvoorwaarden (die de beleidsomgeving moet realiseren)

1. Het is helder hoeveel organisatorische, structurele, financiële en personele maatregelen doorvoering van de innovatieve interventie van de organisatie in de beleidsomgeving vraagt.
2. Deze middelen, zoals tijd en geld, zijn beschikbaar gesteld door betrokken partijen met besluitvormende bevoegdheid en met de benodigde middelen (zoals CVZ, gemeenten, verzekeraars):
 - a. Beschikbaarheid van 'durfgeld' in de beleidsomgeving: gelden waarmee innovatie en verbetering kunnen worden ingezet, zodat het risico niet bij de zorgverleners ligt;
 - b. Vergoeding van deze 'behandeling' (*geen tijd, geen geld, zoals artsen altijd roepen*) waaronder evt. een sluitende businesscase voor financiers (gemeenten, verzekeraars);
3. Er is sprake van brede betrokkenheid van landelijke en lokale partijen bij de innovatieve interventie: financiers, beleidsmakers, beroepsverenigingen, patiënten vertegenwoordigers.
 - a. Er is sprake van draagvlak: belangrijke partijen zien de meerwaarde en willen bijdragen aan de realisatie;
 - b. De betrokkenen werken samen: er is een lokale aanbieder, die waar nodig samenwerkt met andere professionals, de rollen worden lokaal verdeeld, er is een regievoerder, partijen investeren tijd en delen informatie, betrokkenheid in de keten van preventie en curatie bij overgewicht en depressie;
4. De opvatting in beleid van betrokken organisaties en professionals over gezondheid c.q. hun visie op gezondheid komt overeen met die van de innovatieve interventie zelf:
 - a. Positieve gezondheid, d.w.z. zelfredzaamheid, zelfmanagement, participatie e.d. is belangrijker dan oude 'harde' gezondheidsmaten, zoals afwezigheid van klachten en biomedische karakteristieken;
 - b. Erkenning van de invloed van de omgeving op gezondheid;
 - c. Eventueel erkenning van sociaaleconomische gezondheidsverschillen;
5. Er is sprake van zichtbaarheid van innovatieve interventies: er verschijnen nieuwsberichten over, er is sprake van voortdurende aandacht voor innovatieve interventies (in het algemeen, niet alleen op dit onderwerp), innovatieve interventies is een aandachtspunt binnen beleid.
6. Fasering in het implementatieproces: de beleidsomgeving bevindt zich ten minste in de fase van acceptatie. Er wordt bij de implementatie gebruikgemaakt van een min of meer vaste volgorde bij stapsgewijze invoering. In grote lijnen zijn deze stappen:
 - a. Oriëntatie:
 - a. informeren en laten kennismaken
 - b. betrokkenheid en interesse kweken
 - b. Inzicht:
 - a. begrip vergroten
 - b. inzicht in eigen bestaande routines kweken
 - c. Acceptatie:
 - a. positieve attitude ontwikkelen
 - b. positieve intenties / besluiten over de vernieuwing ontwikkelen
 - d. Veranderen:
 - a. randvoorwaarden regelen (tijd, geld, middelen, toestemming)
 - b. benodigde vaardigheden aanleren
 - c. uitproberen in de praktijk
 - d. waarde ervan vaststellen op basis van ervaring
 - e. Borgen:
 - a. integreren in bestaande routines
 - b. inbedden in organisatie

Op basis van de interviews zijn de organisaties en de geïnterviewden gescoord wat betreft de fase waarin ze zich bevinden. Dat is gedaan door de auteurs van dit rapport.

4 Resultaten

Achtereenvolgens worden de resultaten uit de interviews en uit de focusgroepsgesprekken besproken.

4.1 Boodschappen uit de interviews

Groen, natuur: iedereen heeft er een ander beeld bij. Het is heel persoonlijk

Het varieert van alles wat buitenshuis is, van verticaal groen in de stad tot natuurgebied Amelisweerd, bossen, duinen. Bovendien is het een relatief begrip. Een bewoner van de Bijlmer kan een grasveld tussen de flats al als natuur beschouwen. Belangrijk voor het onderzoek is dat we goed definiëren wat wij onder groen verstaan.

Ciska Koning: Natuur is heel breed, een persoonlijke opvatting, variërend van inrichting van ruimtelijke omgeving tot behoud van Amelisweerd. De natuurlijke omgeving, in de ruimte, datgene wat uitnodigt om te genieten van de omgeving.

Mieke Ansems: Iedereen heeft er een ander beeld bij. Groen, namens Menzis, is 'groen is gezond'. Het is onderdeel van de preventieaanpak met focus op bewegen en jeugd.

Ton Drenthen: In een drukke woonwijk buiten wandelen noem ik geen natuur, want er zijn ook allerlei omgevingsinvloeden die negatief kunnen werken. Overigens moet je het niet zo zwart-wit bekijken. De Bijlmerflatbewoner kan grasveld tussen de flatgebouwen al als natuur beschouwen. Het is toch een relatief begrip.

Gertrude van Driesten: Is bewust verticaal groen op wanden in wijken ook natuur? Binnen het onderzoek moet je focussen: richten we ons op stedelijk groen of juist ander groen? Van stedelijk groen is al veel bekend.

Henk Bloten: Groen is rustgevend. Voor de ene is het bos, voor de andere een grote vlakte. Je moet groen wel in de stad brengen. Niet eerst een kwartier moeten rijden eer je er bent.

Hubo Backx: Ik ben niet van groen of natuur, ik heb geen dogma. Maar ik zie enorm het belang. Een moestuin hoort er ook bij (project in Tilburg).

Ook gezondheid betekent voor iedereen iets anders

Niet alleen voor het begrip 'natuur', ook voor het begrip 'gezondheid' lopen de meningen uiteen. NHG hanteert de definitie van de WHO – een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek – hoewel de definitie van Machteld Huber – het vermogen van mensen om zich aan te passen en regie te voeren – aanspreekt. KAMG en NCPF hanteren de definitie van Machteld Huber (Huber *et al.*, 2011). 'In die definitie wordt preventie belangrijker', zoals Ton Drenthen zegt. Menzis kijkt gezondheid vanuit de bril van preventie. Hugo Backx gaat nog een stap verder: hoe kun je via maatschappelijke verankering gezondheid verbeteren voor groepen van mensen? Het gaat om participeren. VNG waarschuwt. 'Definieer het begrip vooraf, want voor je het weet, heb je het over medische dingen.'

Hugo Backx: Moeten we niet naar andere indicatoren? Je hoeft niet altijd tot resultaatmeting te komen via uitkomsten, maar neem procesmomenten als meetindicator. Bv. in de wijk: zijn mensen vaker uit huis gekomen? Hebben ze daardoor kennisgemaakt met hun buurman? Hebben ze uiteindelijk meer activiteiten ondernomen in de wijk? Dat is een eerste houvast.

Natuur is nog geen item in de wereld van gezondheidsprofessionals

Groen, natuur, zit over het algemeen wel in de denkwereld van de ondervraagden als belangrijk in relatie tot gezondheid. Ton Drenthen geeft aan dat 'natuur geen item is in de medische wereld. Of bewegen in de natuur moet, is dus niet duidelijk'.

Niet iedereen is bekend met de huidige wetenschappelijke stand van zaken/kennis over effect van groen/natuur voor gezondheid. Ton Drenthen heeft geen informatie. Wel heeft hij een aantal vaste samenwerkingspartners als het over bewegen gaat, o.a. NISB. Ook Hugo Backx heeft geen informatie, maar gaat uit van het positieve effect, gezien de uitspraken van de staatssecretaris.

... desondanks zijn vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen afwachtend positief

De geïnterviewde personen staan afwachtend positief tegenover het project. VNG is het meest kritisch en vraagt zich af wat er nieuw aan is. Gertrude van Driesten zegt: 'Wat maakt dat je het nu mag en moet en wil onderzoeken?'

Ciska Koning: Ik was erg enthousiast toen ik ervan hoorde. Met name omdat je merkt dat wij te benauwd in het VWS-kader zitten. Als ik als medisch adviseur in WMO werkzaam ben, dan merk ik dat de volle breedte van het publieke domein ingeschakeld moet worden, ook de sociale sector en ook groene ruimte.

Mieke Ansems: Er is een direct preventiebelang voor gezondheid, maar er is ook een maatschappelijk belang dat het groen blijft bestaan. De aandacht voor dit onderwerp dient dus twee doelen.

Ton Drenthen: Het idee bestaat bij mensen: als je moet afvallen of meer bewegen om gezondheidsredenen, dan moet je op fitness. NHG probeert de meest basale vorm van bewegen te promoten. Het hoeft helemaal niet veel te kosten; als we adviseren om te bewegen, dan kun je wandelen en fietsen in de buurt. Dat is het algemene principe van NHG: we proberen alles zo dichtbij mogelijk te houden. Bij iedere klacht of interventie beginnen met de minst ingrijpende behandeling.

Henk Bloten: Je moet een stap maken als je voor het eerst over inzetten van groen voor gezondheid hoort.

... en willen bewijs zien van de effectiviteit van groen voor gezondheid

Op de vraag wat bevorderend zou kunnen werken om het voorschrijven of inzetten van groen voor gezondheid in overweging te nemen, worden diverse opties gegeven.

Voor Menzis, NHG en ROS Progez is leveren van bewijs dat groen een positief effect heeft op gezondheid, nodig.

Ton Drenthen: Resultaten uit dubbelblind randomized control trial zal bij dit onderwerp niet gauw gebeuren. Voor dit soort 'softere' ontwerpen is er niet altijd huisartsgeneeskundig onderzoek gedaan. Maar als gerenommeerde instituten als de Gezondheidsraad of het Voedingscentrum aanbevelingen heeft die op consensus gebaseerd zijn, dan neemt NHG die wel meestal over. Dat geldt ook voor natuur en gezondheidsonderzoek.

Henk Bloten: Vóór iets in de zorgverzekeringswet komt, moet het bewezen effectief zijn. Dus het moet wel redelijk onderbouwd zijn. Hoewel, nu zijn ook niet alle interventies bewezen effectief.

KAMG wijst erop dat een totale gedragsverandering moet worden nagestreefd om effect te hebben.

Ciska Koning: Bij obesitas is het een totale gedragsverandering die je nastreeft en buiten bewegen is daar onderdeel van. Een obesogene samenleving bestaat uit meer onderdelen dan het feit dat je niet uitgedaagd wordt om te bewegen, het heeft ook te maken met McDonald's en met de automaat voor een Mars in de kantine. Bewegen zonder aangevuld programma op voeding is zinloos. Dus een structurele gedragsverandering is nodig.

Of groen voor gezondheid zou kunnen werken bij preventie en behandeling van overgewicht/obesitas en depressie, is NHG duidelijk. Het concept is breder toepasbaar.

Ton Drenthen: Adviezen die uit dit project komen, zullen breder toepasbaar zijn dan voor de aandoeningen of klachten overgewicht/obesitas en depressie. Het zijn generieke adviezen die voor iedereen van belang zijn, voor sommige groepen meer dan andere. Ik vind het generieke karakter belangrijker dan het ziekte-specifieke. Behalve voor depressie is het ook van belang voor stress, overspanning, burn-out etc. Obesitas is één ding, maar hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, diabetes, allerlei onderwerpen waarbij een gezonde leefstijl van belang is.

De ondervraagden kennen enkele initiatieven die nu al spelen op het gebied van natuur en gezondheid. Het aantal huisartsen dat hiermee aan de slag is, is op één hand te tellen (Ciska Koning). Ton Drenthen verwijst naar Nijkerk Fit!, en naar Houten. Houten is zodanig gebouwd, dat het autoverkeer ontmoedigd wordt en inwoners uit de wijken sneller met de fiets of lopend in de stad zijn dan via de auto. Gertrude van Driesten verwijst naar een pilot met populatiegerichte bekostiging in Zeeland en naar een convenant in Apeldoorn, dat gaat over gezondheid in de wijk. Hugo Backx kent diverse projecten in Brabant en Limburg: Tilburg met de moestuinen, Veghel JOGG en bedrijfsleven, de gemeente Bernheze doet een project op het gebied van gezondheidsbevordering en groen, gemeente Landert wil gezondheid als toetssteen voor de gemeente.

Geen van de ondervraagden kent bewezen effectieve interventies. Gertrude van Driesten geeft wel mee dat er al veel interventies zijn. Dat we ons moeten afvragen waarom ze niet gebruikt worden. Volgens haar hebben we eerder een implementatievraagstuk.

Vertegenwoordigers van de publieke gezondheid wijzen op het belang van betrekken van burgers bij (genereren van bewijs via) pilots

GGD en VNG wijzen op het belang van burgerkracht en verbinding van resultaten uit het project aan lokale initiatieven.

Gertrude van Driesten: Burgerkracht! Daar gaat de samenleving de komende jaren op varen. Wat komt uit mensen, wat kunnen mensen zelf, en wat doen ze ook zelf? Wat doen ze samen?

Hugo Backx: Niet iets doen wat er nog niet is, maar gebruik GGD's en het lokale welzijnswerk als een soort snuffelaar van wat er gaande is, en haak daar op aan. En onderschat niet de rol die een landelijke club kan hebben voor een lokaal probleem om het meer gewicht te geven.

Behalve bewijs moeten volgens de vertegenwoordigers van de beroepsvereniging ook andere aspecten geregeld worden, zoals:

... geld/vergoeding voor de professional en de patiënt

ROS Progez komt met heel praktische tips. Nog belangrijker dan effectiviteit is misschien wel oplossen van het financieringsprobleem en andere randvoorwaarden.

Henk Bloten: Als je wil dat zorgaanbieders dit structureel gaan doen, dan is misschien nog belangrijker dan effectiviteit dat je hun investering qua tijd goed inzet, dat je zorgt dat ze het mogen doen en dat het financieel haalbaar is. Anders is het leuk interessewerk, maar je krijgt het niet structureel binnen de zorg.

Nu mag je als fysiotherapeut groepstherapie geven, maar dat is dan aan een locatie gebonden. Maar als je het loshaalt van de locatie in specifieke gevallen, dan kan de fysiotherapeut ook naar buiten gaan.

... geschikt maken van/aanleggen van groen in de gemeente voor gebruik

De vraag wie invloed zou kunnen hebben op het voorschrijven van groen voor gezondheid, vindt VNG grappig. Ze stelt een retorische vraag: 'Wie gaat beslissen of regelen dat er meer verticaal groen of volkstuintjes of daktuinen komen? Dan is het makkelijk. In ieder geval de wethouder. Maar daarmee is het beschikbaar. Maar dat wil niet zeggen dat er wat mee gedaan wordt. Dat is het probleem van Nederland, dat wij denken dat we kunnen zeggen dat andere mensen daar iets moeten mee doen. Het is de wereld op z'n kop. Je kunt er technieken op inzetten. Maar je komt wel erg in de keuze van

mensen.' Er wordt vooral gekeken naar de gemeente, maatschappelijk werk en de burgers zelf. NPCF kijkt specifiek naar kinderen.

Gertrude van Driesten: Voor je beslist dat je verticaal groen of meer moestuin wilt, moet je onderzoeken in jouw wijk of jouw gemeente, voor die mensen die je op het oog hebt, wat ze er zelf van vinden. Zeker als het gaat om groen, staat of valt het met actieve burgers, en als die stoppen, zakt het allemaal in elkaar. Dus het moet iets van de mensen zelf zijn.

... de natuurlijke bondgenoten moeten samenwerken

Hugo Backx: Welzijnswerk, maatschappelijk werk zijn je grootste bondgenoten. Ook huisartsen. Daarom is de GGD de uitlezen partij omdat ze ook de medische expertise hebben om van de huisarts een bondgenoot te zijn. Het is makkelijker praten onder mensen die de medische code in acht moeten nemen. Dat is meer vertrouwd. De GGD is dus een goede partij om hier de regie te nemen.

André Knottnerus: Omgeving. Werkgever, gezondheidsprofessionals. Mensen die aan stadsontwikkeling doen. Je hebt ze allemaal nodig. Echt beleid nodig en neuzen allemaal dezelfde kant op.

... en preventie moet 'belegd' worden: wie is verantwoordelijk voor preventie?

Of en hoe verzekeraars invloed kunnen hebben, daarover verschillen de meningen. NPCF is heel duidelijk: niemand is echt verantwoordelijk voor preventie en dus betaalt de verzekeraar niet.

Wilna Wind: Iedereen heeft het over preventie, maar niemand is echt verantwoordelijk en niemand betaalt, dat is een ramp.

Henk Bloten: Preventie moet wat gaan opbrengen. Dat kun je voor elke partij verschillend benoemen. Het kan een invulling zijn voor het grensvlak gemeente en zorgverzekeraar, waar ze beide kunnen investeren.

Mieke Ansems: Voor een zorgverzekeraar is preventie geen businesscase. Je kunt beter zoeken naar de plekken waar rendement direct zichtbaar is. Dat is bijvoorbeeld bij de werkgever, omdat het verzuimpercentage daalt en verzuim de werkgever geld kost.

André Knottnerus: Ik kan me voorstellen dat de minister of een departement, of meer departementen, een inspirerende rol kunnen spelen: management by speech. En door stimuleringsprogramma's te financieren.

Diverse organisaties bieden aan een rol te willen spelen in preventie

Ton Drenthen ziet dat *huisartsen* een rol spelen bij preventie, maar die kunnen het volgens hem niet alleen. Met name omdat er een aantal achterliggende problemen moet worden aangepakt die veel eerder op het bord van de lokale overheid (*gemeente*) liggen. Bovendien moet de overheid de inrichting van de wijk aanpakken (bv. fietspaden). Gertrude van Driesten (VNG) pleit hierbij voor het betrekken van *bewonersgroepen uit de wijk*. Henk Bloten (ROS PRogez) en Hugo Backx (GGD) bieden aan het aanbod aan groen en beweegmogelijkheden te helpen organiseren en de verbinding te leggen tussen de verschillende domeinen. De ROS als adviseur voor de eerstelijnszorg, de GGD als adviseur voor de gemeente en de sportorganisatie als adviseur voor de sport. Wilna Wind (NPCF) merkt op dat 'preventie weliswaar geen item is voor de *zorgverzekeraar*, maar dat die wel kan worden aangesproken op het maatschappelijk belang van preventie. En ontwikkel een nationaal fonds dat zorgverzekeraars zouden moeten voeden. Met een beetje druk zullen ze het wel doen. De tijd is er rijp voor. Vanuit de premie kan daar een paar centen aan besteed worden. Daar kun je vervolgens projecten op maken. Dus premiebetalers leveren vanuit premie paar centen. Want het maatschappelijk belang is groot. Er zal weinig weerstand tegen zijn. En het is logisch'. Volgens Mieke Ansems (Menzis) denkt Menzis wel na over langduriger contracten aangaan met verzekerden waardoor je gericht kunt investeren in preventie waar groen en gezondheid een onderdeel van kan zijn. 'Dus inderdaad wel maatschappelijke verantwoordelijkheid van Menzis. Maar investeren in het ongewisse in groen en niet weten waar de rendementen komen, doen ze niet. Je kunt beter zoeken naar de plekken waar rendement direct zichtbaar is. Dat is bijvoorbeeld bij de werkgever, omdat het

verzuimpercentage de werkgever geld kost.' Zowel KAMG als GGD ziet hun organisatie als belangrijk om de regie te nemen. KAMG geeft daarbij wel aan dat ze momenteel in omvang klein zijn en er verschil is tussen ambities en werkelijkheid.

Preventie start bij de geboorte en gaat je hele leven door: begin met informatie bij consultatiebureau

Het begint bij de jeugd. Daarover zijn zowel KAMG, NCPF en VNG het eens.

Ciska Koning: Het is een gedragscomponent, en het begint bij de jeugd. Gezondheid op termijn begint bij het ontwikkelen van een levensconcept.

André Knottnerus: Met de vergrijzing en met de verwachting dat straks minder jonge mensen relatief meer ouderen moeten onderhouden, zowel professioneel als qua betalen van voorzieningen, moeten jonge mensen een goede start maken. Ze moeten gezond zijn. Dus is het een maatschappelijk belang. De eerste lijn klinkt vroeg erbij, maar in de levensloop is het te laat. Het begint bij consultatiebureaus, docenten, met name op de basisschool, en werkgevers, die kunnen ook belangrijke dingen doen.

Bovendien:

Ciska Koning: Ciska is overtuigd dat op korte termijn effecten te bereiken zijn bij ouderen. Je kan ze langer zelfredzaam houden. Een loopgroep voor ouderen, dan een hapje in het buurtcentrum. Het is sociaal goed, vitamine D-gehalte neemt toe, spieren oefenen, uit zichzelf doen ze het niet.

Op de vraag wie we nog hadden moeten interviewen, krijgen we een waslijst aan suggesties:

Ciska Koning:

- NPHF (Thomas Plochg, Hans Baijens);
- gemeenten VNG (Jantien Kriens, nieuwe dir);
- jeugdartsen (Lucy Smit, Ellen van Hoorn);
- MM (Henk Jans),
- Eindhoven (Lenie Scholten);
- ZN (via Albert Versteegte);
- bedrijfsartsen (Jurriaan Penders)

Mieke Ansems:

- Huisarts is een belangrijke speler.
- Nederlandse Vereniging van Verzorgenden en Verpleegkundigen. De wijkverpleegkundige. Krijgen veel meer direct contact met patiënten. Als dit gedachtegoed onderdeel wordt van hun zijn, dan kan het snel gaan. Zij worden vaak gemist. Zou een doelgroep kunnen zijn. Francis Bolle, lobbyist voor deze club.

Ton Drenthen:

- Fysiotherapeuten,
- Gemeenten: RO en sociale begeleiding nodig.
- ROSSEN, nieuwe landelijke verenigingen ineen (=LVG, VHN en LOK) en
- POH (onderdeel van NVVPO) en
- inhoudelijke patiëntenorganisatie van NPCF

Henk Bloten:

- NISB;
- BS&F, zet zich in voor verbeteren en verbinden van sociale zekerheid en zorg. Regelt collectiviteiten voor minima (mensen in bijstand), zorgverzekering, en zijn bezig preventie erin te fietsen. Maarten Broekema is directeur. Polsen of het een interessante interventie kan zijn die in de collectiviteit kan worden opgenomen. Collectiviteit is gezamenlijke afspraak van zorgverzekeraars en gemeenten om te kijken hoe je mensen in de bijstand voldoende zorg biedt. Vanuit VWS is er belangstelling voor. Het is ingewikkeld: hoe kun je zorgverzekeraars met 410 gemeenten afspraken laten maken? En in zo'n collectiviteit kan het makkelijker. BS&F doet het bij 300 gemeenten. En als het in de collectiviteit staat, hoe krijg je het dan vervolgens georganiseerd? Daar is ROS (Progez) weer voor.

Wilna Wind:

- Zorgbelang Nederland;
- huisartsen;
- onderwijs;
- mensen (patiënten);
- GGD;
- ouderenfonds (Bunnik)

André Knottnerus:

- Van Engelshoven (wethouder onderwijs Den Haag)
- Willem van Mechelen
- Jaap Seidell
- Fred Woudenberg
- Pieter Winsemius

Een aantal van deze suggesties hadden we al opgenomen in onze lijst van geïnterviewden of genodigden voor de focusgroep. Een aantal hebben we alsnog toegevoegd. Een aantal anderen hebben we niet meer benaderd.

4.2 Boodschappen uit de focusgroeps gesprekken

De boodschappen uit de gesprekken geven we gesorteerd naar de lijn van het interview weer. We geven eerst enkele voorbeelden van wat deelnemers in de praktijk nu al doen met groen voor gezondheid. Daarna geven we aan wat de deelnemers aangeven als extra effect van bewegen in het groen t.o.v. bewegen binnen. Vervolgens gaan we vooral in op wat gezondheidsprofessionals nodig hebben om meer met natuur voor gezondheid te doen. De 'quotes' zijn teruggebracht naar drie groepen: eerste lijn (Huisarts, praktijkondersteuner (POH), overig eerste lijn), publieke gezondheid, en overig.

4.2.1 Goede voorbeelden zijn er!

Niet iedereen heeft ervaring met de inzet van natuur voor gezondheid. Maar er zijn wel voorbeelden, van bijvoorbeeld de volgende twee huisartsen:

Huisarts 1: 'Ik heb vorig jaar met het gezondheidscentrum het project 'wandelen met de dokter' opgezet: 3x/week, gedurende 3 maanden wandelen met als doel om na 3 maanden een wandeltocht van 7,5 km te doen. Patiënten worden door huisarts of praktijkverpleegkundige geselecteerd. Drie begeleiders gaan mee, omdat er veel verschil zit in het niveau van de deelnemers. Om mensen te motiveren, wordt tijdens de wandelingen een aantal onderwerpen besproken, bijvoorbeeld een podotherapeut die een praatje houdt. Ook zijn er 3 momenten van meten tijdens de 3 maanden: een 6 minuten(wandel)test, aan het begin, midden en aan het eind zodat ze zien dat ze progressie maken. Er wordt een einddag georganiseerd, met koffie. Er loopt in principe elke keer een dokter mee naast andere begeleiders. Als het de huisarts een keer niet lukt, zie je onmiddellijk dat mensen zeggen: waar is de dokter, waarom loopt die niet mee? Komen mensen 2x niet, dan belt de huisarts na. Waar ben je? Dan zijn ze er weer de volgende keer. De band die je hebt, trekt mensen over de streep. In het begin zit je er bovenop, langzaam trek je je terug. Zaterdagloop doen ze zonder dokter, maar ze weten dat er altijd iemand is. Onze fysiotherapeut heeft schema's gemaakt. De laatste weken wordt de nadruk gelegd op gedragsveranderingen; zo hebben de POH-GGZ en beweegstijladviseur gezamenlijk een praatje gehouden (tijdens 6 minutentest) en ze hebben het voortouw genomen om te praten over: Hoe ga je nu verder? Ga je het volhouden? Waar loop je dan tegenaan? Waarom ga je het niet doen? Ze proberen om de knelpunten te pakken. En dan zie je mensen mekaar bevragen, en uit de groep komt het initiatief om verder te lopen. Nu lopen ook andere mensen mee.'



Wandelen met de huisarts (In Stijl Tekst & foto).

Huisarts 2: 'Ik geef bewegingsadvies aan mensen met een chronische aandoening, zoals diabetes, COPD, hartfalen. Ik voer veel gesprekken met mensen met een burn-out, depressieve klachten en tracht ze zo goed mogelijk bij therapeuten onder te brengen. Nu zijn wandelcoaches erg in zwang, dat werkt goed. Ik ben erg op bewegen ingesteld en probeer mensen mee te krijgen.'

Twee andere huisartsen zijn gericht op bewegen, maar niet per se buiten.

Praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en diabetesverpleegkundigen voelen zich afhankelijk van de huisarts in de praktijk om wel of niet iets met natuur te doen. 'Als die het niet doet, is het voor ons, ondersteuner of verpleegkundige, lastig.'

Praktijkverpleegkundige: 'Wij hebben met de beweegkuur meegedaan. Ik als praktijkverpleegkundige samen met een diëtiste en fysiotherapeut hebben een jaar lang mensen gratis 2x/week adviezen gegeven en laten bewegen. Ik heb bloedsuiker gemeten en andere effecten van bewegen. Geweldig, mensen waren afgevallen, één hoeft geen insuline meer te spuiten. Na één jaar was de financiering afgelopen, en iedereen is gestopt, op één na. Deelnemers wilden voor het gezondheidsvoordeel niet betalen. Met als gevolg dat nu drie mensen binnen de groep weer insuline spuiten, ze zijn allemaal dikker geworden.'

Een van de fysiotherapeuten heeft een wandelgroep opgericht en ging samen met patiënten wandelen. 'Ook na mijn vertrek naar het buitenland is die groep blijven bestaan.' Een fysiotherapeut verbonden aan een revalidatiecentrum: 'Ik voer momenteel gesprekken met Landschap Overijssel of ik de revalidatietherapie "groener" kan maken.'

Medewerkers uit de publieke gezondheidssector koppelen gezondheid aan maatschappelijk en welzijnswerk. 'Gezondheid staat bij onze belangrijkste doelgroepen helaas niet op de voorgrond. We richten ons op achterstandswijken, waar vaak een multiproblematiek heerst, en proberen preventie en

zorg te verbinden met inrichting van de wijk of bereikbaarheid van groen of leefbaarheid van de wijk en het gezellig hebben met elkaar, zodat mensen zich gaan inzetten voor de wijk.'

Groene organisaties zetten zich in om groen onder de aandacht te brengen van gezondheidsprofessionals. 'IVN biedt, samen met een zorgprofessional, "biowalking" aan. Mensen ervaren wat bewegen voor hen doet, en na een aantal keer gaan ze zelfstandig verder. Gewoon wandelen of iets anders, zoals tennissen, maar ze blijven bewegen.' Landschapsbeheer Nederland kijkt momenteel naar 'vrijwilligerswerk op recept'. 'Artsen schrijven het voor, in eerste instantie in de geestelijke gezondheidszorg: landschapsbeheer, wilgenknotten, boerenerfwandelingen. Het wordt populair. Hun motivatie is niet alleen ingegeven vanuit beweging en gezondheid, maar ook vanuit sociale cohesie. Landschapsbeheer Nederland voert hierover gesprekken met instellingen die al met arts samenwerken. In iets mindere mate zijn ze bezig met zorgverzekeraars om te kijken hoe die hiermee om willen gaan. En ook minder met politiek Den Haag.'

4.2.2 Is bewegen buiten beter dan binnen?

De deelnemers geven uit eigen ervaring aan wat de meerwaarde is van bewegen buiten t.o.v. bewegen binnen. Die positieve effecten van groen op gezondheid zijn te meten, volgens betrokkenen die er nu al mee aan de slag zijn. Zelf meten ze niet, men is al overtuigd van het effect (kent de literatuur) en ziet wat het doet voor de eigen patiënten.

	Effect	Te meten
1	Kwaliteit van leven verbetert	Vragenlijst (SF-36 of SF-12 of EQ-5D)
2	Fitheid neemt toe	Test, bv. 6 minuten(wandel)test
3	Stemming en welzijn verbeteren	Vragenlijst (CES-D, WHO-5)
4	Medicatiegebruik neemt af	(Herhaal)recepten
5	Zorgconsumptie (bezoek aan (huis)arts) neemt af	Aantal artsbezoeken per jaar
6	Stressniveau vermindert	Vragenlijst, cortisolniveau in speeksel
7	Een aantal parameters in het bloed evolueren in gunstige richting	Suiker, vitamine D,
8	BMI daalt	Gewicht, lengte
9	Het aantal sociale contacten neemt toe	Aantal contacten, vragenlijst eenzaamheid
10	Uitgaven/kosten voor zorg nemen af	€

Door te meten bij aanvang van de 'groen voor gezondheidsinterventie', gedurende de behandelperiode en nadien, kan het effect op korte, middellange en zelfs langere termijn bepaald worden. De effecten kunnen vergeleken worden met een controlegroep die geen gebruikmaakt van natuur voor gezondheid.

4.2.3 Wat bevordert de inzet van groen voor gezondheid door gezondheidsprofessionals?

We maken onderscheid tussen de patiënten, professionals, de beroepsgroep of organisatie van de professionals, het beleidskader en de interventie zelf.

Patiënt

Patiënt is intrinsiek gemotiveerd om te bewegen...

Huisarts: 'Ik werk nu alleen met gemotiveerden. Om anderen mee te krijgen, dat kost tijd. Ik probeer mensen eerst wel mee te krijgen, maar als ze zelf niet intrinsiek gemotiveerd zijn, is het trekken aan een dood paard.'

... of indirect omwille van sociale cohesie

Fysiotherapeut vervolgt: 'Aanvankelijk was mijn motivatie voor de oprichting van een wandelgroep laagdrempelig bewegen, maar intussen heeft de wandelgroep vooral een rol in een paar keer per week bij elkaar komen en verhalen uitwisselen.'

Advies sluit aan bij wat hem/haar past: er is maatwerk geleverd

En 'het is de kunst om aan te sluiten bij wat mensen leuk vinden, zodat ze zelfstandig verder gaan, en niet afhankelijk worden van de therapeut', zeggen diverse deelnemers. 'En hou daarbij rekening met de verschillende doelgroepen, jong, oud, mensen uit de stad of van het platteland, of mensen met beperkingen. Ze hebben verschillende behoeften.' Een huisarts vult aan: 'Je kan het 100x zeggen, maar het beklijft pas als iemand ervaart wat het doet. Dus de entourage aangenaam maken en de drempel zo laag, dat er geen excuses meer zijn om het niet te doen.' Of zoals een vertegenwoordiger van publieke gezondheid het zegt: 'Je moet mensen een op hun smaak, wensen en motivatie toegesneden iets bieden om dat bos als bestemming te krijgen.'

En bedenk: niets menselijks is patiënten vreemd

'Hou het simpel, zorg voor een beloningssysteem zoals een stempelkaart of diploma. Dat is fantastisch voor mensen, ze zijn trots dat ze iets afgemaakt hebben', zegt een huisarts. 'Concrete, herkenbare doelen voor patiënten stellen. Laagdrempelige doelen ook, zodat een patiënt ze ook haalt', zegt een diëtiste. 'En organiseer het dichtbij. Mensen verplaatsen zich geen kilometers om te komen', zegt zowel de huisarts als de praktijkondersteuner.

Hou het praktisch: wijs de weg en geef informatie

Publieke gezondheidszorg: 'In het Sloterparkgebied ligt een park midden in het centrum. Daar wonen de ongezondste mensen, en het park wordt niet gebruikt. Mensen kunnen het park niet eens vinden. Dus maak het toegankelijk. Zorg dat je weet hoe je er komt en wat je er kan doen. Zorg dat je er kan plassen.' Een collega vult aan: 'Geef informatie over de lengte van de route, zodat mensen weten hoe ver ze zijn.'

Professionals uit de eerste lijn

De professional is gemotiveerd om iets met groen te doen

'Er zijn voor huisartsen veel initiatieven. Het moet je interesse hebben. Misschien 3 op 10 heeft interesse', zegt een huisarts.

Het is ook leuk of heeft voordelen voor de professional

'Het heeft ons in de samenwerking wel heel veel meer opgeleverd. Je leert je collega's binnen de eerste lijn beter kennen. Je loopt allemaal een keer mee, met de fysiotherapeut, je gaat samen dingen ontwikkelen', zegt een huisarts. 'Ik ben zelf graag buiten', zegt een fysiotherapeut.

Het zou helpen als het in de NHG richtlijn staat

'Elke dokter zou het kunnen voorschrijven, door het als soort NHG-richtlijn te implementeren. Dan ben je al heel eind verder', zegt een huisarts.

... en als de professional zicht heeft op het concrete aanbod

'Ik heb behoefte aan een duidelijk en concreet inzicht in het aanbod. En niet slechts 'het zou goed zijn als u gaat wandelen', maar 'voor u zou goed zijn om te wandelen, we hebben wandelgroep hier en hier en hier, dit zijn telefoonnummers, ze trainen op volgende dagen, hier is briefje met website met gegevens, is het een idee om volgende week weer contact op te nemen om te vragen of het gelukt is', zegt een huisarts. Een andere huisarts vervolgt: 'Zo'n overzicht van het aanbod helpt mijn drempel te verlagen, hoe minder ik zelf moet uitzoeken, hoe lager mijn drempel. Doe iets digitaals, dan kan ik via mijn i-Pad iets laten zien'. Of zoals nog een collega-huisarts het formuleert: 'Als ik iemand individueel moet motiveren om te gaan bewegen op een bepaalde manier, in het groen, dan zou het makkelijker zijn om te zeggen: er is een groep gestart hier, etc.' 'Een sociale kaart met alle sportverenigingen in de omgeving zou helpen', zegt een POH. Ook een publieke gezondheidszorg deelt die zorg: 'Waar vinden mensen een overzicht?'

... en kan terugvallen op 'iemand die de kar trekt'

'Het moet beschikbaar zijn voor de welzijnswerker', gaat de publieke gezondheidszorg verder. 'En als de huisarts geïnteresseerd is, kan hij de welzijnswerker oproepen.' 'Maar het kan ook een sportservice of combinatiefunctionaris zijn. Ook die doen graag iets voor de doelgroep', zegt een collega.

Professionals uit de publieke gezondheid

GGD ziet samenwerken met relevante partijen als succesfactor

'Welzijnswerkers vinden het makkelijk als er gemeentelijk groen is waar wijkbewoners een moestuin mogen aanleggen. Ook vinden zij het prettig om dit voor bewoners aan te kunnen bieden. Voor sportservice of een combinatiefunctionaris geldt hetzelfde. Ze willen iets doen voor de doelgroep. Laat dus een combinatie van experts en bewoners samenwerken', zegt een publieke gezondheidszorg. 'Mensen met elkaar verbinden om de natuur die er is zo aantrekkelijk mogelijk in te richten, voor een zo groot mogelijke groep'.

... waarbij je burgers niet vroeg genoeg kunt betrekken

'Je moet juist bij planvorming al aanwezig zijn, bij het begin van het proces', zegt een ander. Dat wordt bevestigd door een collega: 'Ik zou erg graag willen dat burgers tijdig bij plannen, programmeren en ontwerpen, betrokken worden. De ontwikkeling in het land is wel dat burgers betrokken worden. En dat zijn niet de gemeenteambtenaren, maar mensen in de wijk, betrokken via wijkwerkers. Want we hebben te vaak de plank misgeslagen als ambtenaar of professionals.'

... naast coaching van burgers en patiënten

Een publieke gezondheidszorg: 'Wij bieden cursussen aan voor mensen die in budgettering of schuldhulpsanering zitten hoe je met weinig geld toch goed en gezond kunt eten. Dus niet met nadruk op gezondheid. Ze komen niet als ik een cursus gezonde voeding geef. Nu komt het anders binnen, en past het in behoefte, rondkomen van het inkomen'.

Beleidskader (zoals CVZ, politiek, gemeente)

Een aantal discussiepunten blijft op tafel

... Wel of niet gratis?

De meningen zijn verdeeld. Er wordt gewezen op het feit dat de groep die in beweging moet komen vaak financieel al beperkingen heeft. Dat is een reden voor een fysiotherapeut om begeleiding gratis aan te bieden. Fysiotherapeut: 'Want ook 2-3 euro per keer is voor deze mensen al vaak te veel. Dat is al een drempel'. Maar hij realiseert zich dat professionals ook hun brood moeten verdienen en niet alles gratis kunnen aanbieden. Een huisarts: 'Misschien moet het veel meer gezocht worden in vrijwilligheid, gezamenlijkheid.' Een andere huisarts zegt: 'Je moet iets gratis verzinnen, iets wat iedereen kan doen, met een paar schoenen, erop uitgaan. Naar buiten gaan.' Overige deelnemer: 'Nu betalen de deelnemers bij IVN iets, en verder wordt het IVN aanbod bekostigd met subsidie van de provincie'. Overige deelnemer: 'De Friesland heeft enkele jaren geleden een pilot nordic walking voor patiënten met fibromyalgie gedaan en heeft gezegd: je kan hier aan meedoen, wij betalen kosten, maar let wel: je maakt het af of je moet betalen. Want gratis is niks, dan heb je geen commitment.'

... en wel of niet in de verzekerde zorg trekken?

Een huisarts: 'De mensen zijn afhankelijk van de verzekeraar en krijgen maar een beperkt aantal handelingen vergoed. Als je niet ingaat op intrinsieke motivatie, haken ze af als de vergoeding stopt.' Eenzelfde verhaal van een praktijkverpleegkundige: 'Wij hebben met de beweegkuur meegedaan. Na één jaar was de financiering afgelopen. Iedereen is gestopt, op één na.' Publieke gezondheidszorg: 'De zorgverzekeraar heeft er geen baat bij om in het preventieve stuk te gaan financieren. Zo ver zijn ze nog niet. Het levert ze niets op.' Een eerstelijner bevestigt dat en vindt dat je het niet in de verzekerde zorg moet willen trekken: 'Dat gaat niet lukken, het is preventie en daarvoor betaalt de zorgverzekering niet. Tenzij je het als onderdeel van een bepaald programma ziet.' Een huisarts: 'Er zijn al jaren beweegprogramma's ontwikkeld voor obesitas en diabetes, maar ze zijn in de loop der jaren allemaal weer geschrapt, omdat ze geld kosten waarvan men achteraf zegt: niet hard te maken of te objectiveren. Het potje is weer geschrapt bij de meeste verzekeraars.' 'Ook de pilot bij De Friesland, nordic walking voor patiënten met fibromyalgie, is niet voortgezet in een structureel aanbod', aldus een overige deelnemer.

Commitment van overheden is belangrijk

De gemeente moet faciliteren voor de eerste lijn

Fysiotherapeut: 'Ik wilde met fysiotherapie en bewegen buiten aan de gang. Ik ben de hele gemeente rondgegaan (ruimtelijke ordening, sport, welzijn, jeugd) eer ik bij de juiste persoon was. De gemeente zou iemand moeten aanwijzen om te helpen.' Een huisarts: 'Wat ik mis, is één aanspreekpersoon die vervolgens de motor in werking zet om de juiste persoon te vinden, waarmee huisartsen in gesprek kunnen gaan om het los te trekken, om het vlot te trekken. Iemand die kan lobbyen in gemeente, die de juiste doelgroep kan proberen te vinden, die het breder kan trekken dan de ondernemer en je eigen praktijk en de paar patiënten die daar komen.' Een publieke gezondheidszorg: 'Ik zie het als mijn taak om te adviseren over een integrale aanpak. Nu zitten de ambtenaar sport, onderwijs, gemeentelijk gezondheidsbeleid elk achter hun eigen bureau. Door alle bezuinigingen en ontwikkelingen worden ze gedwongen om inderdaad met elkaar aan tafel te gaan zitten.' Een huisarts: 'Iemand van gemeente? Daar loop ik op vast.' Ook een POH zegt: 'Ik heb heel weinig contact met gemeente. Ik ken er niemand.'

... en ook om de doelgroep te benaderen

Publieke gezondheidszorgers zeggen: 'Door samenwerking van wijkwerkers, fysiotherapeuten met de gemeente.' Of: 'We zoeken burgers op, omdat gemeenten het van ons vragen. We vragen welke initiatieven zij hebben, want we willen ze ondersteunen. Bv. beweegtuin, speelbossen, allerlei voorzieningen die in wijken gerealiseerd worden door burgers.'

... en financiering beschikbaar stellen

Overig: 'Is groen voor gezondheid iets voor in de WMO? De gemeente krijgt extra middelen voor WMO-taken. Wat zou natuur voor kinderen kunnen betekenen? Dagbesteding in het groen, programma's, zodat kinderen structuur krijgen. Of voor eenzaamheid, sociale aspecten.'

Agenderen van het onderwerp is van belang, niet alleen door de gemeente, maar ook door het ministerie van VWS

Publieke gezondheidszorg: 'VWS kan wel veel proactiever zijn. Het programma 'Alles is gezondheid' is best nog vrijblijvend. Wie wil, mag meedoen, terwijl gezondheid in alle departement geagendeerd moet worden, en zeker bij collega-ministeries, horizontaal. Ze moeten integraal lobbyen.' Dat zegt ook een overige deelnemer. Publieke gezondheidszorg: 'Organiseer een keer een 'jaar of maand van het bewegen in de natuur' of 'zorg in de natuur' en maak er een landelijk programma van.' Overig: 'Het Ministerie kan aan kennisvergroting doen bij verschillende sectoren.'

Publieke gezondheidszorg: 'Als het in de preventienota staat, dan helpt het wel omdat gemeenten het in hun gezondheidsbeleid opnemen.' Een collega vult aan: 'De gemeente is belangrijk voor uitvoerende zorg. Ze is onze opdrachtgever.'

De beroepsgroep of organisatie

'Evidence', bewijs of sterke aanwijzingen, helpen

Hoewel in eerste instantie de aanwezige professionals aangeven dat bewijs voor hen niet belangrijk is (Fysiotherapeut: 'Ik ben wel nieuwsgierig naar bewijs, maar heb het niet nodig. Ik zie het gewoon aan mijn patiënten.'; Huisarts: 'Nee. Het is van belang dat een persoon het gaat doen omdat het goed voor hem is.'), wordt op de vraag van een overige deelnemer ('Iedereen hier zegt nee, bewijs is niet belangrijk. Maar zijn er niet veel van jullie collega's die bewijs wel belangrijk vinden? Liggen die percentages zo dat 90% het niet belangrijk vindt, of zijn jullie 10% die het niet belangrijk vindt?') toch toegegeven dat bewijs helpt. Huisarts: 'Mijn eerste nee is vanuit mijn persoon zelf. Duidelijke cijfers helpen wel om anderen over de streep te krijgen. Maar bewijs is lastig. De resultaten hangen af van hoe je het in onderzoek gaat gieten.' Een andere huisarts: 'Het zou prettig zijn als er bewijs komt dat buiten bewegen beter is, anders kun je het beter opgeven en heel Nederland volbouwen. Maar volgens mij is er al bewijs. Kijk ook even op <http://www.youtube.com/watch?v=aUaInS6HIGo>.'

Publieke gezondheidszorg: 'Er zijn altijd partijen die graag gefundeerde beslissingen willen nemen op basis van wetenschappelijke evidentie. Maar er is ook een tegenbeweging. Evidence-based is maar heel beperkt. Wat heb je er echt aan? In de publieke gezondheid willen we klein beginnen, met een klein clubje, een sneeuwbal effect creëren omdat iedereen kan aanhaken. Begin daarom met een

kleine parel en probeer er een groeidiamant van te maken.’ Publieke gezondheidszorger: ‘Ik kan mij voorstellen dat je uitkomsten hebt in termen van participatie. Of dat mensen er beter in slagen om verbindingen te maken. Gezondheidswinst is heel moeilijk te meten.’ Of een collega: ‘Waarom is hoogdravend wetenschappelijk bewijs nodig? Het is toch gewoon goed voor een kind? Ik wil liever nu beginnen, niet wachten tot er over 3 jaar iets van bewijs is.’ Een overige deelnemer relateert het belang van bewijs: ‘Wat is bewijs? Niet lang geleden stond een artikel in *de Volkskrant*, over ingrepen in de gezondheidszorg die veel voorkomen en die wij normaal beschouwen, maar waarvoor geen bewijs is dat het helpt of zinvol is.’

Nog een overige deelnemer geeft aan: ‘Voor ons is van belang dat je onder dit soort initiatieven een businesscase kunt zetten. Evidence-based onderzoek is nodig zodat je het op kunt nemen in de basisverzekering.’

De beroepsorganisatie moet zich achter het initiatief scharen

Huisarts: ‘Als bewegen gepromoot moet worden door de huisarts, dan gaat dat beter als LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) zich erachter schaaft dan wanneer provincie iets doet of beweegkuur promoot. ‘Samen in de wijk’ ligt er nu als pilot voor LHV om dat uit te rollen en daar past dit project wel mooi in.’

Overige deelnemer: ‘Het hoort eigenlijk in de opleiding van de huisarts en de praktijkondersteuner te zitten. Dat is nu niet het geval.’ Huisarts vult aan: ‘Je hebt als huisarts wel een voorbeeldfunctie, en dat zou in de huisartsenopleiding beter naar voren mogen komen. Als je zelf overgewicht hebt, of rookt, neemt patiënt ook geen goed advies aan.’

4.2.4 Wat belemmert de inzet van groen voor gezondheid door gezondheidsprofessionals?

Ook hier maken we weer onderscheid tussen de patiënten, professionals, de beroepsgroep of organisatie van de professionals, het beleidskader en de interventie zelf.

Patiënten

Patiënten zijn niet gemotiveerd

‘Veel patiënten hebben niets met gezondheid en laten zich niet aanspreken op ongezond gedrag. Ze zijn passief en onderschatten de mogelijkheid om te veranderen of hebben zelfs angst om te bewegen’, zegt een huisarts. ‘Ontbreekt de motivatie, dan zijn ze al snel geneigd om te stoppen met bewegen als de begeleiding stopt’, volgens een andere huisarts, ‘of als de vergoeding stopt’, volgens nog een huisarts.

... of hebben andere klachten of problemen

Een diabetesverpleegkundige: ‘Diabetespatiënten hebben een dubbele handicap. Ze worden belemmerd bij het bewegen door overgewicht, maar ook door pijnlijke gewrichten.’ Huisarts: ‘Bovenaan staat dat die patiënt weer in zijn gezin functioneert, binnen zijn/haar sociale context functioneert, en dat die kan gaan werken. Hoe doen we dat?’

Professionals uit de eerste lijn

Geen tijd en geen geld

Dit is een veelgehoorde belemmering. Alle professionals uit de eerste lijn geven aan dat hun inspanningen om groen voor gezondheid op te pakken, erop neerkomen dat ze in eigen tijd en met eigen geld werken. Huisarts: ‘Het kost tijd om mensen te motiveren. Vervolgens tijd om te achterhalen wat bij hem of haar past, uit te zoeken wat er beschikbaar is. Die tijd heb ik niet.’ Een therapeut beaamt dat: ‘Als ik iets opzet, voelt het als het wiel zelf uitvinden. Het kost tijd en ik verdien er niets aan.’ Een andere huisarts: ‘Ik wil graag wandelen met patiënten. Dus je dendert door. Je moet echt tijd plannen. Als je meer tijd wil creëren, moet je meer praktijkverpleegkundigen aannemen en daar is geen geld voor.’ Nog een huisarts: ‘De beperkende factor: het is eigen tijd die je er belangeloos in steekt, waar je niks voor krijgt en die concurreert met quality time voor je eigen

gezin.' Nog een huisarts: 'De vraag is of er echt een verpleegkundige mee moet wandelen, of de arts tijd vrij moet maken. Dat gaat niet lukken.' Een diabetesverpleegkundige bij biowalking komt met een oplossing: 'Het scheelt me in tijd. Ik heb een groep van 20 mensen, ik wandel anderhalf uur, en gedurende de wandeling loop ik telkens met iemand waarmee ik een gesprekje voer. Mensen bellen vervolgens niet meer, komen niet meer naar ziekenhuis. Als je dat kunt kwantificeren, dan kun je aantonen dat biowalking tijd oplevert voor zorg.'

Geen interesse van de beroepsgroep

Het is al eerder aan bod geweest. 'Er zijn voor huisartsen veel initiatieven. Het moet je interesse hebben. Misschien 3 op 10 heeft interesse', zegt een huisarts. Dat betekent dat de meerderheid dus geen interesse heeft.

Nog onvoldoende contacten tussen de eerste lijn en publieke gezondheid

Het verschilt per focusgroepsgesprek, maar wat opvalt, is dat de eerste lijn en de publieke gezondheid elkaar vaak niet kennen.

Een POH: 'Wij hebben in de praktijk helemaal geen contacten met de GGD. En als al contact gezocht wordt, dan is het van ons uit.' Een huisarts: 'Ik ben verder heel benieuwd naar de GGD. Ze zitten zo ver weg bij mij. Ik vraag mij af of ze iets kunnen betekenen.'

Beleidskader

Gemeenten en rijk werken niet altijd bevorderlijk

Er is geen aanspreekpunt waar huisartsen of andere eerstelijners terecht kunnen voor dit onderwerp. Hun beroepsorganisatie is er niet actief mee bezig (NHG, ROS). Bovendien zijn de gemeente en ook het rijk nog erg sectoraal georganiseerd wat de vereiste samenwerking tussen diensten bemoeilijkt. De ruimtelijke ordening van de gemeente is soms zodanig dat bewegen ontmoedigd wordt. Of het beschikbare groen is niet of slecht ontsloten. Daarnaast komt er op dit moment zo veel op de gemeente af door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de decentralisatie van de ouderenzorg, jeugdzorg en zorg in de wijk, dat gemeenten hier momenteel geen prioriteit aan kunnen geven.

Preventie wordt niet gefinancierd

Publieke gezondheidszorg: 'Ik worstel met de zorgverzekeraar en ook met de gemeente en hun rol binnen publieke gezondheid met universele en selectieve preventie. De zorgverzekeraar heeft er geen baat bij om in het preventieve stuk te gaan financieren. En er is geen gemeente die daar financiën voor vrijmaakt of heeft.' Dat wordt beaamd door een huisarts. Een overige deelnemer: 'Ik weet niet hoe andere verzekeraars erin zitten. Zorgverzekeraar De Friesland doet veel aan preventie. Maar tijdens de Groene Golflengte 2013 zegt Dijsselbloem dat preventie geen taak is van de verzekeraar.' Een huisarts: 'Dat is echt wel iets. Als ik kijk naar preventieve gezondheidszorg, dan zie ik dat GGD het geld voor preventieve zorg krijgt. Overheidstechnisch hoort preventie dus bij hen.'

Samengevat:

In bijgevoegde tabel worden de belemmeringen samengevat, aangegeven voor wie het een belemmering is, door wie het als belemmering ervaren wordt, wat de oplossing is en wie die oplossing zou kunnen bieden. Dit alles volgens de deelnemers aan de focusgroepsgesprekken.

Belemmering	Voor wie	Ervaren door	Oplossing	Door wie
Gebrek aan intrinsieke motivatie of passiviteit of onderschatten mogelijkheid om te veranderen Angst om te bewegen	Patiënt	HA/POH Oefentherapeut	• Coachen van patiënt • Aansluiten bij wat bij patiënt past/wat patiënt interesseert • Positieve ervaring geven/laten beleven • Lage drempel voor deelname • Haalbare doelen stellen • Onderliggende oorzaak passiviteit/gebrek aan motivatie/angst weghalen • Beloningsysteem uitwerken (stempelkaart, diploma) • Dichtbij organiseren, in de wijk • Variatie aanbieden in opties voor patiënt • In het systeem van de patiënt brengen (o.a. verplichten tot volgen van training) • HA dwingt/wat HA zegt, dwingt	• HA/POH • GGD • Gemeente
Geen geld	Patiënt	HA	• Komt in het basispakket van verzekering • Behandelingen toelaten los van specifieke locatie • Vrijwilligers inzetten voor begeleiding	• Verzekeraar • Vrijwilligers
Stopt met bewegen als begeleiding stopt	Patiënt	HA	• Achterdeur regelen: waar kunnen mensen terecht na afloop reguliere behandeling: criteria veiligheid en hechtheid • Programma maken voor overdracht	• POH • gemeente • LHV • (Samen in de wijk)
Sociaal disfunctioneren	Patiënt	HA	• Buiten bewegen integreren in herstelplan (want disfunctioneren herstellen is prioritair) • in het systeem van de huisarts brengen (NHG-richtlijn)	• HA/POH • GGD • LHV/NHG beroepsorganisatie
Heeft niets met gezondheid en laat zich niet aanspreken op ongezond gedrag	Patiënt	HA/POH/GGD	• Benoemen of motiveren vanuit sociale cohesie, eenzaamheid doorbreken, maatschappelijk werk	• HA • GGD
Weet niet wat er speelt op gebied van bewegen in groen/natuur en voor wie het geschikt is	HA/POH/fysio	HA/POH	• Concrete informatie krijgen over wat, waar en wanneer (digitale vorm) • Concrete informatie over voorzieningen ter plaatse (bank/toilet/conditie pad) (groene sociale kaart) • Terugmelding krijgen als HA van goede voorbeelden • Informatie uitwisselen binnen 1^{ste} lijn (fysio-bewegtherapeut → HA) • Informatie uitwisselen tussen 1^{ste} lijn en publieke gezondheid • In kleine gemeenten is aanbod overzichtelijk (want beperkt)	• Gemeente • Fysio • Wandelclubs • Commerciële partijen • landschapsbeheerders • IVN • HA zorgen dat er een interventie ontwikkeld wordt door bv. IVN, of landschappen

Belemmering	Voor wie	Ervaren door	Oplossing	Door wie
Geen tijd Voor het organiseren Om zelf mee te lopen	HA	HA	- Eén aanspreekpunt/regisseur - Buurtsportcoach aanstellen	- Gemeente - GGD - Aanspreekpunt zet alles en iedereen in werking (ook verzekeraar); telkens zelfde kapstok
Geen geld (inzet POH of assistenten uit marge van HA)	HA	POH/HA	Structureel/betrouwbare vergoeding verzekeraar voor werk HA, POH en assistenten	- Verzekeraar - Gemeente (GGD krijgt geld voor preventieve gezondheidszorg)
Geen interesse bij HA	HA	POH	- Coachen van HA - Achterhalen wat motieven zijn van HA	- ROS - HA zorggroep of kring - Kaderarts
Inkomsten mislopen door minder patiëntcontacten	HA	HA	Structureel/betrouwbare vergoeding	Verzekeraar
Te veel initiatieven voor HA, het moet 'toevallig' je interesse hebben	HA	HA/POH	HA informeren via voorlichting huisartsenkring	- LHV - HA - Onderzoekers
Hoge administratieve lasten bij deelname programma provincie 'bewegen op recept'	HA/POH	HA/POH	Voorwaarden en criteria minimaliseren: moet snel en concreet zijn	Provincie
Geen prioriteit door grote opgaven/transities/decentralisatie bij gemeente: ouderenzorg, zorg in de wijk, jeugdzorg	Gemeente	HA/patiënt	Meer geld naar gemeente (AWBZ overheveling)	Overheid (VWS)
Evidence ontbreekt Beweegprogramma's niet geëvalueerd op effectiviteit Geen bewijs dat bewegen in groen positief is	Verzekeraar	HA/POH/Fysio/ Patiënt	- Evidence opbouwen - Financieren van onderzoek - Evalueren op kosten- en gezondheidseffectiviteit	- Aanbieders van interventies - Onderzoekers - Vrijwilligers - Overheid - Verzekeraar
Regelgeving bemoeilijkt. O.a. fysiotherapie is locatie-gebonden; tuin voor buurtbewoners aan regels gebonden	Fysio Burger	Fysio Burger	- Soepele regelgeving wat betreft locatie en groepsgrootte voor therapie - Soepele regelgeving wat betreft aanleg buurttuin	- Verzekeraar - Gemeente
Geen geld voor aanleg en onderhoud/beheer van gemeentegroen voor organisatie van activiteiten	Gemeente	Gemeente	- Burgerinitiatieven faciliteren (wat wil burger kunnen doen in het groen) - Onderhoudsarm aanleggen - Opnemen in gemeentelijk gezondheids-/preventieplan - Inzet langdurig werklozen	- Buurtsportcoach - Burgers - Gemeente

Belemmering	Voor wie	Ervaren door	Oplossing	Door wie
Sectorale organisatie binnen gemeente en rijk	Gemeente/rijk	GGD Gemeente	• Samenwerking organiseren tussen de verschillende diensten van de gemeente: integraal werken. Met name met RO. • Samenwerking organiseren tussen de verschillende ministeries: gezondheid in alle beleidsnota's	• Gemeente • Overheid (Rijk): VWS
Beschikbare groen slecht ontsloten	Patiënt/Burger	HA/Fysio/GGD	• Groen ontsluiten • Bewegwijzering plaatsen	• Gemeente
Inrichting van gemeente ontmoedigt bewegen	Patiënt/Burger	HA/Fysio/GGD	• In planvorming al nadenken over en betrekken van gezondheid samen met burgers	• Gemeente • Burgers
Inconsistentie van beleid	Iedereen	Iedereen	• Consequent beleid uitvoeren (meerjarig)	• Rijk • Gemeente
Preventie zit niet in basispakket	Iedereen	Iedereen	• Preventie stimuleren vanuit de zorgverzekeraars • Ontschotten van financiering preventie tussen gemeente en verzekeraar	• Verzekeraars • VWS?/CVZ? • Gemeente
Onbekendheid bij grote publiek	Iedereen	Iedereen	• Rijk organiseert 'week/maand van bewegen in het groen' • Convenanten afsluiten tussen aanbod en vraag • Uitstraling organiseren door de overheid	• VWS • Groene organisaties
Men kent elkaar niet/vindt elkaar niet	• HA/POH • GGD • IVN	• HA/POH • IVN	• Groene netwerkborrel uitbreiden met gezondheidsprofessionals	• Groene organisaties

4.2.5 Adviezen voor de onderzoekers

De adviezen komen grotendeels overeen: maak het concreet, baken goed af, betrek de nodige partijen, en weet wat je wil bereiken.

Huisarts: 'Waar ligt het probleem? Wat is de oorzaak van depressiviteit, eenzaamheid? Waar ga je dan mee aan de gang? Het begint met vragen en informatie. Met welke doelgroep willen we aan de slag? Wie willen we bereiken? Je moet concreter worden: voor welke doelgroep moet je welke mensen aanspreken? Wanneer ben je tevreden? Wanneer heb je iets bereikt?'

Publieke gezondheidszorg: 'Natuur en gezondheid is breed. Maar waar willen jullie naartoe? Dat krijg ik onmiddellijk te horen van wethouders en ambtenaren. Aandacht voor depressie en overgewicht is voldoende klein. Dat zijn kretten waarmee een gemeente en het politieke veld vaker bestookt zijn, en ze moeten er wat mee. Misschien goed om van meet af aan in te vullen. Gezondheid is meer dan bewegen.'

Publieke gezondheidszorg: 'Ga ook praten met SB, EZ, PBL, NM. Ook met hen praten of hun beeld van gezondheid en wat zij denken te kunnen doen, overeenkomt met wat wij zeggen in deze focusgroepen. Wij hoeven geen gelijk te hebben. Zij ook niet. Mogelijk zit het gelijk ergens in het midden. De meerwaarde zit in de koppeling, in de verbinding, in de creativiteit die komt door uitwisseling van kennis. Ook landschapsarchitecten van gemeenten die over het kleinere groen gaan en over de parken in gesprek meenemen.'

Een collega vult aan: 'En ook de harde sector, stenen sector, betrekken in het onderzoek, de woningcorporaties. Die zijn van het "kijkgroen".'

Een eerstelijner: 'En op tijd patiëntengroepen betrekken.'

Overige deelnemer: 'Haal vast de belangrijkste en meest praktisch toepasbare adviezen uit alle gesprekken' en 'Met z'n allen het momentum vastpakken. Hoe dat moet, weet ik ook nog niet. Daar moeten we goed over nadenken. Het begint met kwartiermakers, initiatiefnemers die enthousiasme kunnen uitdragen.'

Huisarts: 'Het is leuk om buiten de winkel met bekende wegen met jullie van gedachten te wisselen. Wel vooraf goed nadenken wat je wil bereiken. Je kunt veel bereiken, maar je moet het goed afbakenen. Als ik naar de huisartsen kijk, zou het leuk zijn als we weten, makkelijk toegang hebben tot een interessante interventie die leuk is, nut bewezen heeft, mensen stimuleert en in de toekomst mensen fit en gezond houdt.'

4.2.6 Toets op resultaten tijdens bijeenkomst workshop NCVGZ2014

De resultaten uit de focusgroeps gesprekken en interviews zijn gepresenteerd tijdens het NCVGZ2014. Aanvullend is er gediscussieerd in drie subgroepen: vertegenwoordigers van praktijk, onderzoek en beleid. De vraagstelling was: welk bewijs van het effect van groen op de gezondheid is voor uw werk nodig/relevant.

Over een aantal punten bestond overeenstemming, over enkele punten was meer discussie.

Praktijkmensen (Artsen, artsen Maatschappij en Gezondheid, GGD-gezondheidsbevorderaars):

- Wat is de bedoeling: advies aan patiënt of aan beleidsmakers?
- Als het om de patiënt gaat, heb je direct resultaat bij één casus, dat is voldoende. Er is daarom niet zo'n noodzaak om extra wetenschappelijk bewijs te hebben: je ziet het bewijs dagelijks voor je in je werkpraktijk.
- Voor beleid en onderwijs aan toekomstige artsen heb je meer handvatten nodig:
 - dan moet je het verband groen en gezondheid kunnen meten
 - breed: crowd-informatie verzamelen, niet gerelateerd aan specifieke gezondheidsmaten (zoals bloeddruk)
 - specifiek: specifieke informatie verzamelen zoals vitamine D-gehalte
 - algemeen: vaak is wetenschappelijk bewijs helemaal niet nodig. Neem een ervaren praktijkpersoon mee naar een wethouder (krachtenveld vs. hard bewijs). Vaak overtuigt een goed verhaal meer dan een cijfermatig document.
 - meten is ook van belang om tegengas te kunnen geven: er bestaan veel interventies in de curatieve hoek (ziekenhuizen, huisartsen) zonder dat er bewijs is. Door te meten, heb je argumenten en kun je de discussie aangaan waar tijd en geld naar toe moet.
- Beleid is niet zo rationeel, net zo min als de praktijk. Er zijn legio voorbeelden van lokaal, regionaal en landelijk beleid dat niet op wetenschappelijke gegevens is gebaseerd, maar op politieke wil, lokale initiatieven of persoonlijke voorkeur van een machtig iemand.

Conclusie: De aanwezige praktijkmensen hebben niet echt behoefte aan bewijs.

Onderzoekers willen nadere specificatie van de onderstaande zaken:

- Onder welke voorwaarden is welke interventie werkzaamheid?
- Zijn er negatieve bijeffecten?
- Wat is de kosteneffectiviteit?
- Hoe werkt de relatie tussen Natuur en Gezondheid? Welke werkingsmechanismen/verbanden zijn er?
- Welke andere factoren in de omgeving spelen een rol? Versterken of verstoren die?
- Waar moet je op aangrijpen?
- Beleving van groen door mensen: is dit concreet genoeg, hoe operationaliseren we dat?

Conclusie: De onderzoekers zijn zelf nieuwsgierig en willen graag bewijs ontwikkelen

Beleidsmedewerkers

- Richt je op geslaagde interventies → ga daar succes-/faalfactoren uit halen (zie ook onderzoek: welke voorwaarden en elementen spelen een rol).
- Aannemelijk maken dat je gebruikmaakt van bewijs dat al bestaat en dat je de problematiek aanpakt, of een punt van de maatschappelijke of politieke agenda. Ofwel: niet blijven onderzoeken, maar vooral agendasetting en overtuigen met bestaand bewijs en lokale interventies.
- Vanuit GGD-beleid meer doen dan louter aanbieden en opmerzaam maken, ook iets gaan doen: programmeringen en agenderen.
- Individueel brengen veel patiënten het niet langdurig op om te bewegen of te ontspannen in de natuur. Er is meestal een vorm van begeleiding of sociale stimulans nodig gedurende enige tijd.
- Hier ligt een rol voor de huisarts om de mensen naar (begeleide) groene interventies toe te leiden. Die huisartsen moet de mogelijkheden dan wel kennen. Info hierover moet up-to-date gehouden worden. Vanuit de collectiviteit opleiding van de POH regelen, financier de POH vanuit gemeente. Regel rolmodellen.

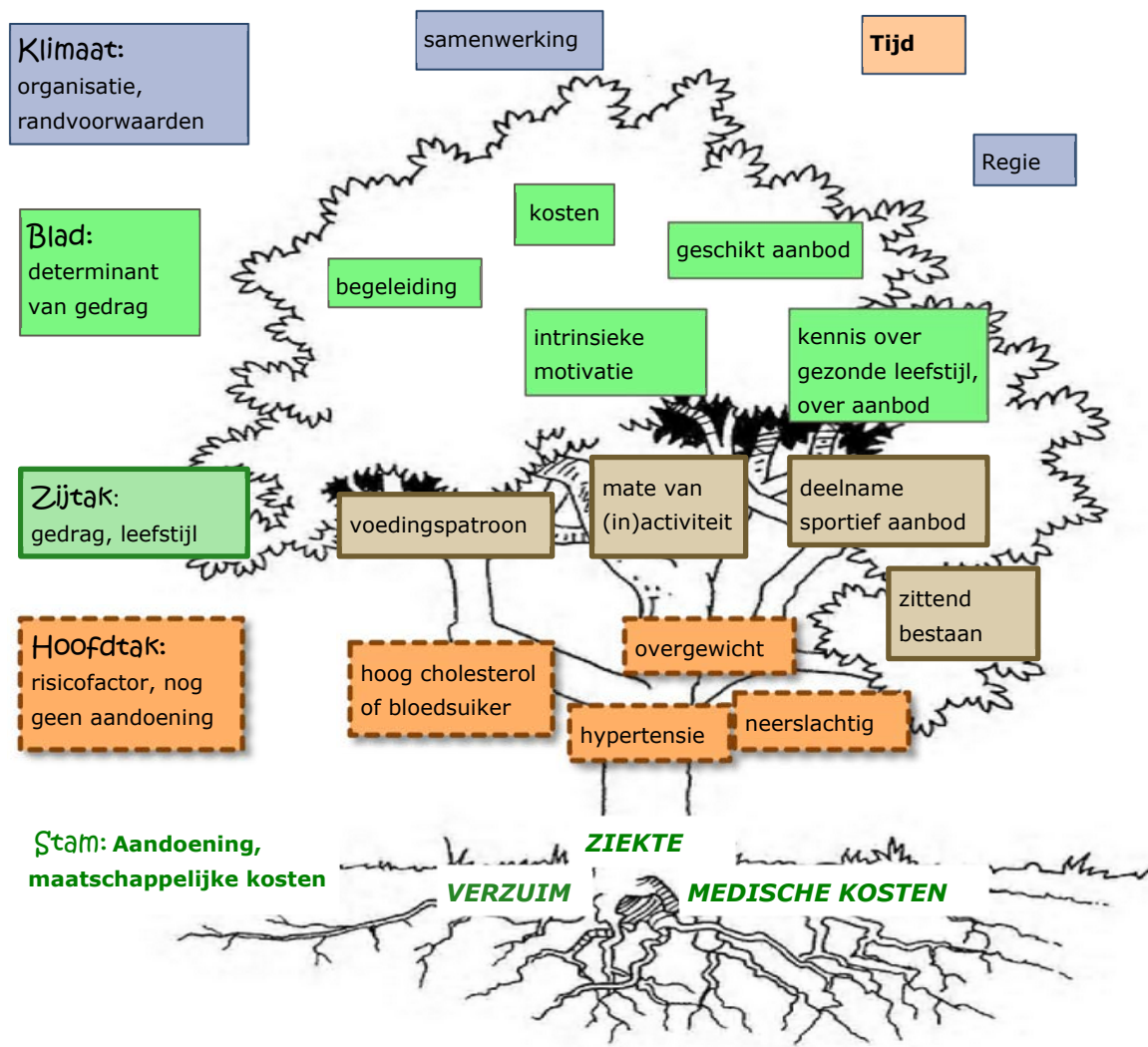
-
- Wat zijn mechanismen om Groen-Gezondheid in beweging te krijgen? En welk soort bewijs is nodig? Ook op beleidsniveau proberen te achterhalen, maar nog liever meteen in praktijk concreet maken. Zet invloedrijke personen in als opinieleider en ambassadeur bij besluitvormende gremia.

Conclusie: De beleidsmedewerkers zijn praktisch ingesteld met focus op in beweging krijgen van patiënten.

ALGEMENE PUNTEN uit de plenaire discussie:

- Deel ervaringen, creëer meer body. Het inspireert. Zorg ervoor dat mensen elkaar kennen en ervaringen kunnen uitwisselen. Een groen-gezonde netwerkborrel is een leuk initiatief, zeker als je het op een locatie doet waar je kunt illustreren wat er gedaan wordt.
- Succes- en faalfactoren uit voorbeelden halen. Momenteel weten we wel dát sommige interventies succesvol zijn, maar we weten onvoldoende waarom iets wel of niet werkt. En ook niet of er elementen zijn die altijd nodig zijn voor succes. Het is een interessante onderzoeksvraag: wat zijn de succes- en faalfactoren van bestaande groene interventies voor gezondheid?
- Natuur en bewegen is een te smalle afbakening van het gezondheidsbegrip: denk ook aan waardering (welbevinden), klimboom, vissen om te ontspannen... Er is veel meer aan positieve effecten uit de natuur te halen dan alleen via bewegen.

Ook is gediscussieerd over welke indicatoren gebruikt kunnen worden om het effect van natuur op gezondheid te meten en te onderbouwen. Direct effect is vaak pas op langere termijn te meten. Echter, gedragsverandering die moet leiden tot gezondheid is vaak sneller te meten. Dit fenomeen is in de gezondheidsbevordering algemeen bekend en wordt daar gevisualiseerd met de zgn. doelenboom (zie Figuur 2). Hiermee wordt gevisualiseerd dat meetbare eindeffecten op gezondheid, ziekte en kosten van zorg pas op langere termijn te bereiken zijn. Tussengelegen effecten zijn eerder meetbaar, bijvoorbeeld effect op gedrag (duurzaam meer bewegen in de natuur) en daarvóór effecten op determinanten van gedrag (bv. kennis over het belang van bewegen voor gezondheid en intrinsieke motivatie om iets aan de eigen gezondheid te doen). Deze effecten zijn alleen te bereiken als er op procesniveau eerst doelen behaald zijn, bv. voldoende aanbod van interventies, regie op samenwerking etc. Er is dus een volgtijdelijkheid in de doelen van de doelenboom.



Figuur 2 Doelenboom.

5 Beschouwing – leerpunten voor de pilots

5.1 De belangrijkste resultaten samengevat

Geïnterviewden en aanwezigen tijdens de focusgroepsgesprekken stonden positief tegenover het idee van groen voor gezondheid. Deelnemers aan de focusgroepsgesprekken zijn bovendien overtuigd van de werking van groen voor gezondheid. Ze zien het aan de gezondheid van hun patiënten. De kwaliteit van leven van patiënten verbetert, hun stemming en welzijn verbeteren, fitheid neemt toe, stress vermindert, het medicatiegebruik neemt af, zorgconsumptie neemt af, parameters in het bloed evalueren gunstig, BMI neemt af, het aantal sociale contacten neemt toe. Als gevolg daarvan nemen uitgaven/zorgkosten af, aldus de deelnemers, al kunnen zij dit door de kleine aantallen patiënten die het betreft, niet wetenschappelijk bewijzen. De professionals realiseren zich dat zij tot het kleine percentage professionals horen dat 'iets heeft met groen', zoals ze het zelf zeggen, m.a.w. overtuigd zijn van het effect van groen. Hun collega's hebben, vanuit hun opleiding aangeleerd, meer wetenschappelijk bewijs nodig dat groene interventies effectief zijn of zijn er überhaupt niet mee bekend.

Diverse kansen en belemmeringen worden door gezondheidsprofessionals genoemd om ze meer met groen voor gezondheid te laten doen. Meer doen met groen voor gezondheid is te beschouwen als een innovatieve interventie. De kansen en belemmeringen zijn terug te voeren op factoren die te maken hebben met kenmerken van de innovatieve interventie zelf, kenmerken van de gezondheidsprofessional, de sociale context van de gezondheidsprofessional die ermee aan de slag gaat en de beleidsomgeving van de gezondheidsprofessional.

Een van de knelpunten is dat groen voor gezondheid niet hetzelfde betekent voor de respondenten. De betekenis van groen loopt uiteen van verticaal groen langs een wand of een klein grasveld midden in de bebouwde kom tot een substantiële oppervlakte van nationaal park of natuurgebied. Ook de betekenis van gezondheid varieert van kunnen participeren in de maatschappij, ongeacht de aanwezigheid van een ziekte conform de definitie van Huber (Huber *et al.*, 2011), tot de meer traditionele betekenis als de afwezigheid van ziekten of klachten. Het is dus nodig dat er specificatie komt over de betekenis van groen, van gezondheid en van groen voor gezondheid.

Daarnaast is het gebrek aan motivatie bij veel patiënten een knelpunt, omdat zij met name bepalend zijn voor het succes van het doorvoeren van de innovatieve interventie. Het is daarom van belang om patiënten te betrekken bij de uitwerking van innovatieve groene interventies. Ook hier geldt dat specificatie nodig is: voor welke doelgroepen is groen interessant?

Gezondheidsprofessionals hebben, om meer met groen voor gezondheid te doen, een overzicht nodig van wat aan groene interventies beschikbaar is in de omgeving van de patiënt, een soort 'groene sociale kaart'. De huidige interventies die toegepast worden, hebben vooral te maken met bewegen. De eerstelijnsprofessionals doen aan: wandelen met de huisarts, bewegen in het groen met de fysiotherapeut, revalidatietherapie buiten, biowalking met diabetesverpleegkundige en IVN-gids of ze adviseren en sporen patiënten aan tijdens het consult om meer te bewegen (in het groen). De professionals uit de publieke gezondheid adviseren met name scholen en gemeenten over gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving, meer specifiek de ontwikkeling van speelnatuur en aanleg van groen. Een gewenste aanvulling is dat gezondheidsprofessionals kunnen doorverwijzen naar of advies inwinnen bij een regisseur/contactpersoon die het overzicht heeft van alle relevante partijen en contactpersonen. Dit vereist samenwerking tussen de eerste lijn en de publieke gezondheidsdienst. En ook tussen de gezondheidsprofessionals en de groene sector.

De belemmeringen die door de professional ervaren worden, moeten volgens hen vaak opgelost worden op een ander niveau, namelijk dat van de patiënt of dat van de beleidsomgeving. Dat is niet uniek, dat zien we ook in ander onderzoek naar implementatie van innovatieve interventies (Meijer

et al., 2012). Zo heeft de professional behoefte aan tijd en geldelijke vergoeding, iets wat via de beleidsomgeving tot stand moet worden gebracht. Omgekeerd heeft de beleidsomgeving behoefte aan bewijs voor de effectiviteit van de interventie, met name ook de kosteneffectiviteit. Dat bewijs moet gegenereerd worden door de professional, in samenwerking met onderzoekers.

5.2 Reflectie op de onderzoeksmethode

De analyse is uitgevoerd aan de hand van een theoretisch kader, geschikt voor analyse van implementatie van innovatieve interventies. De interviews en focusgroepsgesprekken geven veel en gedetailleerde informatie van hoe gezondheidsprofessionals en hun beleidsomgeving denken over de inzet van groen voor gezondheid. Toch geven hun uitspraken mogelijk een vertekend beeld. De betrokkenen die bereid waren om deel te nemen, waren (afwachtend) positief t.a.v. het onderwerp groen voor gezondheid: het waren de zogenaamde innovators of early adopters. Echter, de professionals die minder positief tegenover het onderwerp stonden, bleken niet bereid tot deelname aan de interviews. Dat betekent dat het hier geschetste beeld mogelijk rooskleuriger is dan de werkelijkheid. Oplossen van genoemde knelpunten is dan nog geen garantie dat grote groepen van zorgprofessionals meer zullen doen met groen voor gezondheid.

Algemeen gesproken krijgen we wel een goed beeld van waar professionals tegenaan lopen, zowel professionals uit de eerste lijn, uit de publieke gezondheidszorg als uit de beleidsomgeving van gezondheidsprofessionals. Het gaat bovendien niet alleen om knelpunten die te maken hebben met de groene sector, ook binnen het zorgsysteem zijn volgens betrokkenen aanpassingen nodig. Wat ook duidelijk wordt, is dat een positieve instelling van betrokkenen nog geen garantie voor succes is.

Slechts één patiëntvertegenwoordiger en twee groene professionals waren aanwezig bij de interviews of gesprekken. In die zin lijken zij ondervertegenwoordigd. Het onderwerp van de studie was echter om de behoeften van gezondheidsprofessionals in beeld te brengen, niet die van patiënten of de groene sector. Het is evenwel aan te bevelen om ook hun behoeften te analyseren, aangezien zij ook belangrijke doelgroepen zijn. De burgers/patiënten, omdat groen goed kan zijn voor hun gezondheid; de groene sector, omdat zij groen in de aanbieding hebben.

De samenstelling van en de dynamiek in de focusgroepen waren verschillend. Dat betekent dat een aantal aspecten van het theoretische kader niet in elke groep evenveel aandacht heeft gekregen. Met name de kenmerken van de gezondheidsprofessionals en de sociale omgeving waarin ze werken, verdienen meer aandacht in een vervolg.

5.3 Leerpunten voor de pilots

Wat betekent de opgedane kennis voor de verdere uitwerking van de pilots? De ambitie is namelijk om in pilots het effect van groene interventies op gezondheid en welzijn van burgers te toetsen en op die manier de bewijsvoering onder de relatie tussen groen en gezondheid te verbreden. Voor de keuze voor interventies sluiten we aan bij de plannen die er bestaan in de gemeente. Het gaat enerzijds om plannen die aanleg van nieuw en/of (her)ontwikkeling van bestaand groen betreffen. Anderzijds om plannen die te maken hebben met programmering of agendering van activiteiten in het groen.

André Knottnerus: 'Als je met pilots start, moet je keuzes maken, want 'groen en gezondheid' is breed. Je moet er een paar dingen uit pikken, waarvan je zeker weet dat je een goede kans hebt om onder die condities je hypothese te bevestigen. Anders kan geen of een slecht resultaat tegen je gebruikt worden. Denk ook na over waar je geen prioriteit moet leggen in je pilots, omdat je niet over de huidige stand van kennis heen kunt, omdat er weinig méér is te zeggen; een studie méér levert niets extra op. De vraag die je jezelf moet stellen: wat zijn kandidaat interventies die relevant zijn, plausibel zijn en kansrijk zijn in evaluatie. Moet je 3x nee antwoorden, doe het dan niet.'

Lee & Maheswaran (2010) wijzen op dit probleem in hun review. Daaruit blijkt dat het merendeel van de studies naar effecten van natuur op gezondheid slecht is opgezet: 'Many studies were limited by

poor study design, failure to exclude confounding, bias or reverse causality and weak statistical associations.'

Leerpunt 1: Toets vooraf of de beoogde interventies die zullen worden uitgevoerd door de gemeente relevant zijn, plausibel zijn en kansrijk zijn in de evaluatie. En baseer je keuze van pilotgemeenten op deze toets.

Motiveren van patiënten is een grote uitdaging volgens de gezondheidszorgprofessionals. Met name voor onze doelgroep, de lage SES. Recent onderzoek levert aangrijpingspunten. Bukman *et al.* (2014) onderzochten hoe leefstijlinterventies geschikt gemaakt kunnen worden voor deelnemers uit lage en hogere SES-klassen, zodat ze duurzaam opgevolgd worden. Leefstijlinterventies betroffen gezond eten en fysieke activiteiten. De auteurs concluderen dat om lage SES-mensen te motiveren voor leefstijlverandering, het van belang is om hen visueel, met foto's, te sensibiliseren t.a.v. het eigen (over)gewicht en/of ongezondheid. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met eventuele bijhorende kosten van interventies voor de individuen. Mensen uit lage SES hebben een voorkeur voor groepsinterventies, t.t.z. mensen met gelijkaardige problemen gaan gezamenlijk aan de slag. Maar een goede interventie die blijvend effect heeft, blijft moeilijk, en vraagt om bijkomend onderzoek (Dalle Grave *et al.*, 2013).

Leerpunt 2: Organiseer gedragsinterventies die kosteloos zijn voor deelnemers; maak groepen met een gedeelde problematiek om motivatie voor deelname te vergroten.

De inzet van groen/natuur voor gezondheid is nog geen gemeengoed in de denkwereld van beroepsorganisaties van gezondheidsprofessionals. Evenmin zit het in de denkwereld van gezondheidsprofessionals zelf. De inzet is nu afhankelijk van de persoonlijke interesse van de professional. Hoe krijg je het in het voorhoofd van deze professionals? Volgens André Knottnerus en Hugo Bakcx: 'Door het in de professionele training op te nemen.'

Leerpunt 3: Onbekend is onbemind. Maak studenten en gezondheidsprofessionals in de betrokken wijken bewust van de werking van groen voor gezondheid. Leer hun de patiënten te selecteren waarbij goede effecten van groen te verwachten zijn en waarbij de mogelijkheden om hen te motiveren in ogenschouw zijn genomen.

In de literatuur zijn enkele artikelen beschikbaar die rapporteren over onderzoek naar de meerwaarde van interventies in het groen t.o.v. interventies binnen of in stedelijk gebied. De studies gaan met name over het effect van bewegen op de psychische gezondheid (Thompson Coon *et al.*, 2011). Barton *et al.* (2011) vergeleken het effect van deelname gedurende zes weken aan drie groepsactiviteiten – bewegen in het groen (in agrarisch gebied of in een park), zwemmen en deelnemen aan een sociale activiteit – voor 53 patiënten met mentale problemen in de UK, op hun zelf gerapporteerde gevoel voor eigenwaarde en stemming. Daaruit bleek dat alle interventies een positief effect hadden op het gevoel voor eigenwaarde en stemming. De verbetering in stemming was significant groter in de groep die in het groen bewoog. Marselle *et al.* (2013) onderzochten het effect van groepswandelingen op het welzijn van 708 patiënten in de UK die gedurende dertien weken deelnamen aan het 'walking for health'-programma. De wandelingen vonden plaats in een agrarische omgeving, een groene corridor (ruiterpad, fietspad of rivier) of een stedelijke omgeving. Deelnemers mochten zelf bepalen in welke omgeving ze wandelden. Patiënten die wandelden in een agrarische omgeving scoorden significant minder op stress, minder negatieve gevoelens en een hoger welzijn dan diegene die wandelden in een stedelijk gebied. Patiënten die wandelden in een groene corridor, scoorden significant minder op stress en negatieve gevoelens dan wandelaars in stedelijk gebied. De omgeving speelde geen rol in het effect op depressie of positieve gevoelens. Pasanen *et al.* (2014) onderzochten het effect van de frequentie van bewegen binnen of buiten, al dan niet in groene omgeving, op de zelf gerapporteerde gezondheid, het emotionele welzijn en de slaapkwaliteit van ca. 4000 deelnemers tussen 15 en 74 jaar. Het emotionele welzijn van deelnemers was consistent hoger bij regelmatig bewegen in een natuurlijke buitenomgeving. De ervaren gezondheid was positief geassocieerd met bewegen buiten, zowel in bebouwde als in de groene omgeving. De relatie tussen slaapkwaliteit en buiten bewegen was zwak. Akers *et al.* (2012) geven aan dat zelfs de kleur groen een positieve bijdrage levert aan het positieve effect van bewegen in het groen op stemming en de

ervaren inspanning. Bowler *et al.* (2010) bestudeerden 25 studies en komen tot de conclusie dat er sterke aanwijzingen zijn dat een wandeling of lopen in een natuurlijke omgeving direct (zelfs na enkele minuten) en positief werkt op het welzijn van mensen. Hartig *et al.* (2014) geven in hun overzicht een beeld van de mechanismen die een rol spelen in hoe natuur een effect heeft op gezondheid en welbevinden. Het advies van André Knottnerus is: 'Maak een goede systematische review over deze thema's en schrijf/vertel een overtuigend verhaal voor/aan gezondheidsprofessionals.'

Leerpunt 4: Maak een overtuigend verhaal voor professionals op basis van wat je al weet over welk groen voor welke gezondheidswinst kan zorgen. En breng dat verhaal laagdrempelig en actief naar de betrokken gezondheidsprofessionals.

Over het algemeen kennen noch de professionals, noch de vertegenwoordigers uit de beroepsorganisaties bewezen effectieve interventies. De interventiedatabase op de website www.loketgezondleven.nl bevat enkele honderden interventies, waarvan nauwelijks groene. Geen van deze groene interventies is geormerkt als bewezen effectief. De website www.beterinhetgroen.nl maakt informatie over gezond aanbod in de groene leefomgeving beschikbaar. De website maakt het gezond aanbod in het groen beter vindbaar, maar toetst niet op effectiviteit. Eerstelijnsprofessionals, aanwezig bij de focusgroepsgesprekken, zaten niet te wachten op wetenschappelijk bewijs. Uit hun dagelijkse praktijk kunnen deze professionals, door eigen waarneming, aangeven dat groen werkt. Deze professionals doen zelf aan 'wandelen met de huisarts', 'wandelen met de fysiotherapeut' of verwijzen mensen door naar beweegactiviteiten of sociale activiteiten. Zij zien vervolgens positieve effecten op het welbevinden van mensen (wordt beter), op hun stressniveau (wordt lager), fitheid (wordt beter) en sociale contacten (nemen toe). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze professionals positief stonden tegenover natuur voor gezondheid.

De groene interventies die professionals in de eerste lijn uitvoeren zijn vooral gericht op bewegen (fysieke activiteit) met als genoemd neveneffect dat de sociale cohesie verbetert en stress vermindert. Problemen met het bewegingsapparaat zijn de nummer 2 van de meest voorkomende aandoeningen (na luchtwegproblematiek) op het spreekuur van de huisarts. Bovendien is algemeen bekend dat bewegen goed is voor de gezondheid, voor preventie en/of verminderen van overgewicht/obesitas en voor preventie en verminderen van stress en depressieve klachten, maar ook veel breder (hart- en vaatziekten, kanker). Professionals zijn dus al gewend om adviezen m.b.t. bewegen te geven. Nu nog de stap zetten naar advies om buiten, in het groen, te bewegen.

Leerpunt 5: Laat goede praktijkvoorbeelden zien aan gezondheidsprofessionals in de wijken en geef aan hoe zij die eenvoudig kunnen toepassen in hun eigen werk.

Geen van de deelnemers geeft aan de effectiviteit van de interventie systematisch te toetsen/volgen. Dat zou echter mogelijk zijn aan de hand van de uitkomstmaten zoals gegeven in de tabel in paragraaf 4.2.2, zoals ze zelf aangeven.

De vertegenwoordigers uit de beroepsorganisaties geven aan behoefte te hebben aan bewijs. Zorgverzekeraars willen bovendien bewijs dat inzet van natuur voor gezondheid ook kosteneffectief is.

Leerpunt 6: Bedenk vooraf hoe je het effect van de interventie in de pilots wil meten. Welke effecten op gezondheid en welzijn kun je op welke termijn verwachten? Welke effecten op de zorgconsumptie kun je verwachten? En hoe meet je die? Hou bij de terugmelding rekening met de partij die om bewijs vraagt: ga in op voor hun relevante effecten.

Depledge *et al.* (2011) geven een suggestie om de mechanismen die een rol spelen bij het effect van natuur op de fysieke en mentale gezondheid systematisch te onderzoeken aan de hand van virtuele beelden van natuur. 'The evidence that emerges will help us to determine how outdoor health programs might be optimized for maximum health benefit and also provide the scientific underpinning to make the case for their use as alternatives to pharmaceutical interventions alone. At present, the medical establishment has been reluctant to adopt such measures for want of such evidence. Virtual

environments create the possibility of dissecting out at least some of the stimuli we receive from being outdoors in nature and ranking their relative importance.'

Leerpunt 7: Overweeg alternatieve meetmethoden om het effect van natuur op gezondheid te onderzoeken.

Afgaande op de informatie uit de interviews en de focusgroepsgesprekken, ervaren gezondheidszorgprofessionals knelpunten bij de inzet van groen voor gezondheid op alle niveaus van de zorgketen, te beginnen bij de patiënt, bij zichzelf en in de beleidsomgeving. Oplossingen voor die knelpunten moeten vaak gezocht worden op een ander niveau van de zorgketen.

Leerpunt 8: Analyseer welke partijen via de gemeente al betrokken zijn in de pilot, organiseer betrokkenheid van ontbrekende partijen en organiseer geregeld het gesprek tussen alle relevante partijen van de zorgketen die een rol spelen in de pilot. Sluit aan bij de dynamiek tussen deze partijen en de argumenten die voor hen overtuigend zijn. Stel je hierbij dus niet alleen op als de objectieve, onafhankelijke onderzoeker, maar positioneer je als een participerende en betrokken actie-onderzoeker die verbanden kan leggen en doorbraken in de samenwerking kan bewerkstelligen.

Literatuur

- Akers, A., J. Barton, R. Cossey, P. Gainsford, M. Griffin & D. Micklewright. 2012. Visual Color Perception in Green Exercise: Positive Effects on Mood and Perceived Exertion. *Environ. Sci. Technol.* 2012, 46, 8661–8666. dx.doi.org/10.1021/es301685g.
- Barton, J., R. Hine & J. Pretty. 2009. The health benefits of walking in green space of high natural and heritage value. *Journal of Integrated Environmental Sciences* 6.4, 1-18.
- van den Berg A.E., J. Maas, R.A. Verheij, & P.P. Groenewegen. 2010. Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science and Medicine*, 70, 1203-1210. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.002.
- Boot, J.M. 2013. De Nederlandse Gezondheidszorg. Gezondheid en eigen initiatief. Voorzieningen. Overheid en Beleid.
- Bowler, D.E., L. Buyung-Ali, T. Knight & A.S. Pullin. 2010. A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health* **2010**, 10, doi:10.1186/1471-2458-10-456.
- Bukman, A.J., D. Teuscher, E.J.M. Feskens, M.A. van Baak, A. Meershoek & R.J. Renes. 2014. Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socio-economic status. *BMC Public Health* 2014, **14**:1036 doi:10.1186/1471-2458-14-1036.
- Cabana, M.D., C.S. Rand, N.R. Powe A.W. Wu, M.H. Wilson, P.A.C. Abboud & H.R. Rubin. 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA*, October 20, 1999-vol 282, no 15, 1458-1467.
- Dalle Grave, R.D., E. Centis, R. Marzocchi, M.E. Ghoch & G. Marchesini. 2013. Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research and Behavior Management* 2013:6 101–110.
- M.D. Depledge, R. J. Stone & W. J. Bird. 2011. Can Natural and Virtual Environments Be Used To Promote Improved Human Health and Wellbeing? *Environ. Sci. Technol.* 2011, 45, 4660–4665. dx.doi.org/10.1021/es103907m.
- Fleuren, M.A.H., T.G.W.M. Paulussen, P. van Dommelen & S. van Buuren. 2012. Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI), TNO 2012. Via <https://www.tno.nl>.
- Grol, R. & M. Wensing. 2004. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA*, vol 180, 15 March 2004. S57-S60.
- Grol, R. & M. Wensing. 2001. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg.
- Hartig, T., R. Mitchell, S. de Vries & H. Frumkin. 2014. Nature and health. *Ann. Rev. Public Health* 2014. 35:21.1–21.22.
- Huber, M., A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, *et al.* 2011. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.

-
- Klemm, W., B.G. Heusinkveld, S. Lenzholzer, M.H. Jacobs & B. Van Hove, 2015. Psychological and physical impact of urban green spaces on outdoor thermal comfort during summertime in The Netherlands. *Building and Environment* 83, 120-128.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.buildenv.2014.05.013>
- KPMG, 2012. Groen, gezond en productief. The Economics of Ecosystems and biodiversity (TEEB NL): natuur en gezondheid.
- Kruize, H., T. van den Dop, T. Hermans, S. de Vries, W. Wendel-Vos & A. van den Berg. 2015. Het gebruik van natuur voor gezondheid in de praktijk. Onderzoek naar de invloed van een wijkpark in Breda op gezondheid en welbevinden van de bewoners (nulmeting). RIVM rapport (in voorbereiding).
- Lee, A.C.K. & R. Maheswaran. 2010. The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health*, Vol. 33, No. 2, pp. 212-222. doi:10.1093/pubmed/fdq068.
- Maas, J., P. Spreeuwenberg, M. van Winsum-Westra, R.A. Verheij, S. de Vries & P.P. Groenewegen. 2009a. Is green space in the living environment associated with people's feelings of social safety? *Environ. Plann. A* 41:1763-77.
- Maas, J., S.M. van Dillen, R.A. Verheij & P.P. Groenewegen. 2009b. Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health Place* 15:586-95.
- Maas, J., R.A. Verheij, S. de Vries, P. Spreeuwenberg, F.G. Schellevis & P.P. Groenewegen. 2009c. Morbidity is related to a green living environment. *J. Epidemiol. Community Health* 63:967-73.
- Maas, J. & R.A. Verheij. 2007. Are health benefits of physical activity in natural environments used in primary care by general practitioners in The Netherlands? *Urban Forestry & Urban Greening*, 6(2007) 227-233.
- Maas, J., R.A. Verheij, P.P. Groenewegen, S. de Vries & P. Spreeuwenberg. 2006. Green space, urbanity, and health: How strong is the relation? *J. Epidemiol. Community Health* 60:587-92.
- Maas, J., R.A. Verheij, P. Spreeuwenberg & P.P. Groenewegen. 2008. Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: a multilevel analysis. *BMC Public Health* 8:206.
- Marselle, M.R., K.N. Irvine & S.R. Warber. 2013. Walking for Well-Being: Are Group Walks in Certain Types of Natural Environments Better for Well-Being than Group Walks in Urban Environments? *Int. J. Environ. Res. Public* 10, 5603-5628.
- Meijer, S., A. Hesselink, & M. Martens. 2012. Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn: verkenning naar de ervaringen van zorgverleners. Rapport 255022001. CGL, RIVM, Bilthoven.
- Ministerie van EZ, 2014. Natuurlijk verder: Rijksnatuurvisie 2014. Uitgave Ministerie van EZ.
- Ministerie van EZ, 2013. Vooruit met het natuurbeleid. Kamerbrief 9 maart, 2013.
- Ministerie van VWS, 2014. NPP Nationaal preventie programma: Alles is gezondheid.
- Pasanen, T.P., L. Tyrvaäinen & K.M. Korpela, 2014. The Relationship between Perceived Health and Physical Activity Indoors, Outdoors in Built Environments, and Outdoors in Nature. *Applied Psychology: Health and well-being*. doi:10.1111/aphw.12031.
- Rijksoverheid, 2012. Regeerakkoord Rutte 2. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>.

Rogers, E.M. 2003. Diffusion of innovations. Simon & Schuster Ltd, 5th Revised edition, 2003. ISBN 10: 0743222091.

Thompson Coon, J., K. Boddy, K. Stein, R. Whear, J. Barton & M.H. Depledge. 2011. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. *Environ. Sci. Technol.* **2011**, 45, 1761–1772.

Verhulst, F.J.C.M., H.W. Borne & A. van den Mudde. 2007. State of the art. Doen en blijven doen. *Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie*. (2007)117(2):34-41.

de Vries, S., T. Claßen, S-M. Eigenheer-Hug, K. Korpela, J. Maas *et al.* 2011. Contributions of natural environments to physical activity. See Ref. 98, pp. 205–43. Dordrecht: Springer.

de Vries, S., S.M.E. van Dillen, P.P. Groenewegen & P. Spreeuwenberg. 2013. Streetscape greenery and health: stress, social cohesion and physical activity as mediators. *Soc. Sci. Med.* 94:26–33. www.annualreviews.org • *Nature and Health* 21.17.

de Vries, S., R.A. Verheij, P.P. Groenewegen & P. Spreeuwenberg. 2003. Natural environments—healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environ. Plann. A* 35:1717–31.

Websites

<http://www.zorgvoorinnoveren.nl> dossier Opschaling. Platform Innovaties in de Zorg.

<http://www.beterinhetgroen.nl>

<http://www.loketgezondleven.nl>

Bijlage 1 Geïnterviewde organisaties/personen

Zowel organisaties uit de publieke gezondheid als uit de eerste lijn zijn benaderd. Bovendien zijn het mensen die op beleidsmatig niveau invloed hebben en die invloed willen inzetten om veranderingen door te voeren in het gezondheidszorgsysteem. Omdat GGD's worden aangestuurd door de gemeenten, is VNG toegevoegd aan te interviewen organisaties. Ook is een vertegenwoordiging van patiënten meegenomen. In een aantal gevallen kostte het behoorlijk wat overredingskracht om de organisaties te verleiden om mee te werken. Enkele hebben geweigerd, omdat ze het niet als hun taak zagen om iets met groen i.r.t. gezondheid voor elkaar te krijgen. Andere waren onmiddellijk enthousiast. De geïnterviewde personen antwoordden op persoonlijke titel. Er is wel gevraagd in hoeverre hun mening afwijkt van de mening binnen de organisatie. Op advies van de wetenschappelijke begeleidingscommissie is ook een voormalig voorzitter van de Gezondheidsraad toegevoegd.

De volgende organisaties zijn geïnterviewd:

Organisatie	Naam	Functie	Datum
KAMG Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid	Ciska Koning	Voorzitter	12-11-2013
GGD ¹ Gemeentelijke Gezondheidsdienst	Hugo Backx	Directeur	19-11-2013
VNG Vereniging Nederlandse gemeenten	Gertrude van Driesten	Sen beleidsmedewerker publieke gezondheid en secretaris van de bestuurders van GGD-en	2-12-2013
ROS Progez Regionale ondersteuningsstructuur	Henk Bloten	Coördinator preventie voor alle ROSSen	13-11-2013
NHG Nederlands Huisartsen Genootschap	Ton Drenthen	Teamleider preventie en patiëntenvoorlichting	27-11-2013
NPCF Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	Wilna Wind	Algemeen Directeur	21-11-2013
Menzis	Mieke Ansems	Sen adviseur public affairs	26-11-2013
WRR	André Knottnerus	Vm voorzitter Gezondheidsraad; tevens hoogleraar huisartskunde en voorzitter WRR	28-9-2014

¹ GGD en GHOR zijn sinds 1 januari 2014 één juridische vereniging: Vereniging voor Publieke Gezondheid en Veiligheid.

Bijlage 2 Interview gezondheidssector

Interview van 1 uur max 1.5 uur

Kennismaken: functie/rol van geïnterviewde in zijn/haar organisatie
Kort het project toelichten

Wat verstaat u onder 'groen'? Wat is uw definitie van gezondheid?
Wat vindt u van onze definitie van groen? Groen = <invullen>
Zit 'groen' in denkwereld/focus van uw organisatie als belangrijk in relatie tot gezondheid of als mogelijkheid voor preventie en behandelen? (Definitie preventie=eigen definitie) Of in die van uw achterban?

Doorvragen: in hoeverre, waarom wel, waarom niet
Zit 'groen' in uw persoonlijke denkwereld als belangrijk in relatie tot gezondheid?
Bent u op de hoogte van de wetenschappelijke stand van zaken rond het effect van natuur/groen op gezondheid?
Hoe kijkt u tegen dit project aan/relatie gezondheid en natuur?

Wat zou bevorderend werken om het voorschrijven/inzetten van groen voor gezondheid in overweging te nemen?

Wie hebben mogelijk invloed op het voorschrijven/inzetten van groen door een zorgprofessional (idem: ook eerst zelf laten noemen)? De patiënten, de gemeente, de verzekeraar, beroepsvereniging, landelijke ondersteuningsorganisaties, artikelen in vakbladen?

Voor welke patiëntgroepen zou het voorschrijven/inzetten van groen geschikt zijn?

Mensen met depressieve klachten/depressie,
mensen met overgewicht/obesitas?

En wat zou het voorschrijven van groen kunnen zijn? Hoe ziet het er dan uit?

Kent u initiatieven die al op dit gebied lopen?

Welke/waar lopen deze initiatieven?

Wie heeft deze geïnitieerd? Waarom en voor wie/welke hoog risico of patiëntgroepen?

Wat zijn volgens u kenmerken van deze initiatiefnemers/vroege volgers? Wat maakt dat zij het 'groene' initiatief van de grond hebben gekregen (of niet)?

Heeft u naam/adres voor ons?

Kent u gemotiveerde achterblijvers? Wat zijn de motieven van deze achterblijvers/weigeraars? Hoe zou je hun benaderen/aanpakken?

Kent u interventies? Ook bewezen effectieve interventies?

Wie wordt daar, behalve de patiënt, beter van, met name in financiële zin? Of anderszins (bv. imago)?

Wat is nodig in het krachtenveld om groen op het agenda te krijgen?

Wat is nodig om innovatie als dit op agenda te krijgen?

Is het interessant voor uw organisatie?

Hoe krijg je professionals in beweging?

Welke rol kan uw organisatie in toekomst spelen t.a.v. gezondheid en natuur?

Verantwoordelijkheid, geld, proces, ambitie?

Welke beroepsgroepen/organisaties kunnen of moeten volgens u hierbij een rol spelen?

Welke organisaties zouden we volgens u nog moeten interviewen over dit onderwerp?

Wilt u meewerken aan werving van professionals voor de focusgroepen/gestructureerde interviews?

Het lijkt ons zinvol om hier al in te zoomen op overgewicht/obesitas en depressie (i.v.m. de relatieve bijdrage van groen aan oplossing van het probleem). Gaat dit abstractieniveau ons helpen? Of moeten we hoger insteken?

Bijlage 3 Deelnemers focusgroepsgesprekken

Focusgroepsgesprekken zijn gevoerd met gezondheidszorgverleners, zowel publiek (6) als eerstelijns (9). Daarnaast waren 2 vertegenwoordigers van groene organisaties, 1 zzp'er en 1 vertegenwoordiger van een verzekeringsmaatschappij. 1 Huisarts voor wie de afstand tot de bijeenkomst een probleem was, maar wel graag mee wilde doen, is apart geïnterviewd.

Er hebben 4 focusgroepsgesprekken plaatsgevonden. Aanvullend is een workshop georganiseerd tijdens het NCVGZ2014 waar de resultaten zijn gepresenteerd en aanvullende vragen gesteld zijn. Ten slotte zijn de eerstelijnsdeelnemers nog een keer bevraagd per mail.

Focusgroepsgesprek Zaandam

Gesprek vond plaats op 5 maart, bij GGD Zaanstreek-Waterland te Zaandam.

Naam	Beroep	Plaats	
Marcel Pool	Fysiotherapeut	Castricum	1 ^{ste} lijn
Jurriaan Galavazi	Huisarts	Naarden	1 ^{ste} lijn
Willy Verduijn	Psychosomatisch oefentherapeut	Schagen	1 ^{ste} lijn
Sandra Bleeker	Beleidsmedewerker GGD	Zaandam	Publieke gezondheid
Anna de Haan	Gezondheidsbevorderaar	Schagen	Publieke gezondheid
Sandra Heemstra	Diëtiste	Regio Zaandam Purmerend	1 ^{ste} lijn
Marieke van Duijn	Landschapsbeheer Nederland (public affairs)	De Bilt	Overig

Focusgroepsgesprek Zwolle

Gesprek vond plaats op 10 maart, bij Dominicanenklooster te Zwolle

Naam	Beroep	Plaats	
Henk Bloten	Medewerker Progez	Zwolle	1 ^{ste} lijn
Frans van Zoest	ZZP'er	Maarssen	Overig
Elles Kombrink	Fysiotherapeut de Vogellanden	Zwolle	1 ^{ste} lijn
Annelies Acda	Coördinator gezonde wijk	Amsterdam	Publieke gezondheid
Ingrid Bakker	JOGG coach, gezondheidsbevorderaar	Zwolle	Publieke gezondheid
Jan Waling Huisman	Huisarts	Harlingen	1 ^{ste} lijn

Focusgroepsgesprek Zutphen

Gesprek vond plaats op 11 maart, bij Huisartsenpraktijk Zutphen

Naam	Beroep	Plaats	
Dianne Jaspers	Huisarts	Barneveld	1 ^{ste} lijn
Hanneke de Caluwé	Diabetesverpleegkundige en praktijkverpleegkundige	Zutphen	1 ^{ste} lijn
Christa Oostenrijk	Diabetesverpleegkundige	Apeldoorn	1 ^{ste} lijn
Tjisse Brookman	De Friesland	Leeuwarden	Overig

Focusgroepsgesprek Eindhoven

Gesprek vond plaats op 20 maart, bij GGD Brabant-Zuidoost, in Eindhoven

Naam	Beroep	Plaats	
Ad de Boer	Huisarts	Valkenswaard	1 ^{ste} lijn
Mieke van Paassen	Preventiefunctie	GGD Brabant Zuidoost	Publieke gezondheid
Inge van den Broek	Beleidsadviseur	GGD West Brabant	Publieke gezondheid
Jose de Jonge	IVN Brabant	Boxtel	Overig

Bijeenkomst NCVGZ2014

De bijeenkomst vond plaats op 11 april in Rotterdam. Deels een toets op de resultaten uit de interviews en focusgroepsgesprekken. Daarnaast doorgepraat over wat je nodig hebt aan bewijs in je eigen setting om natuur in te zetten voor gezondheid.

Naam	Beroep	Plaats
Marinka Brosens	Voedingskundig onderzoeker RIVM	Bilthoven
F van Heertum	Bedrijfsarts	
Elze Hemke	Beleidscoördinator Min EZ	Den Haag x
P Smitsen	Programma manager	GGD West Brabant x
Rita van der Meulen	Beleidsmedewerker volksgezondheid gemeente Utrecht	Utrecht x
Yvon Milder	Onderzoeker	Bilthoven
Jos van de Sande	Directeur GGD Hart van Brabant	GGD Hart van Brabant x
Inge van den Broek	Beleidsadviseur	GGD West Brabant x
Eveline van der Wilk	Projectleider Nationaal Kompas RIVM	Bilthoven
Rob van Kleef	Beleidsadviseur	Den Haag x
Dorine Entius	Begeleider Sherpa	Baarn x
Femke de Zwart	Medisch milieukundige/arts maatschappij en Gezondheid i.o.	GGD Regio Utrecht x
Anna van Leeuwen		GGD Haaglanden x
J. Muijselaar-Jellema	Arts Leiden Universitair Medisch Centrum	LUMC x
C. Eiken	Adjunct directeur GGD Drenthe	GGD Drenthe x

Bijlage 4 Focusgroepsgesprekken met gezondheidsprofessionals

16.00	WELKOM EN PROGRAMMA (5-10 min) 1. Welkom en toelichting op onderzoek, voorstellen onderzoekers verslaglegging: i. Opname en toestemming vragen ii. we maken puntsgewijs verslag met reactieronde: vragen om aanvullingen en correcties. 2. Toelichting programma: - doel van focusgroep - lijn van het interview: eerst eigen ervaringen en associaties. op zoek naar bevorderende en belemmerende factoren. Waar hebt u behoefte aan om inzetten van natuur/groen voor gezondheid in overweging te nemen of te kunnen uitvoeren? - Wat moet daarvoor gebeuren: uzelf, uw beroepsgroep, de beleidsomgeving? Wie moet in actie komen? - Pauze na ca. anderhalf uur, uiterlijk half uur voor eindtijd komt er een broodje. 3. Verschillen van mening zijn interessant, dus graag eerlijk en open zijn, juist als je iets anders vindt. Opvattingen en ervaringen ZIJN anders, werkwijzen en contacten met cliënten ook. Reageren op elkaar: GRAAG! wel om de beurt i.v.m. opname. 4. Kort rondje voorstellen, i.v.m. herkenning stemmen op de band.
16.10	Voorstelronde (20 min) Naam, organisatie en vertel wat je zelf al doet aan Natuur/Gezondheid (indien geen ervaring: affiniteit met onderwerp en wat je ziet bij anderen) <i>Nu nog niet doorvragen en reageren, want eerst stemmen op band en kort introduceren</i>
16.30	Tweede ronde: reacties op elkaar, en doorvragen: (20 min) • Bekend met evidence, met verschillende vormen? • In uw praktijk onderzoek naar, wat voor soort? Mogen wij dat evt. inzien? • Ervaringen met werkwijze, met resultaten bij deelnemers/patiënten • Waar zit voor u het voordeel? ○ Resultaat voor cliënt (wat is effect) ○ Taak/rol als professional, bijv. preventieve insteek belangrijk vinden. ○ Werkplezier, gemak, opvatting over gezondheid
16.50	Welk van de onderstaande voorbeelden is/zijn interessant om zelf in te zetten/bij te dragen aan planvorming en/of uitvoering? (waarschijnlijk zijn deze vormen al genoemd door deelnemers bij eerdere rondjes) (overzicht op papier/flap/dia tonen) 1. Algemeen advies aan patiënten om BUITEN in de natuur actief te zijn 2. Gericht advies/tip/verwijzing aan patiënt /cliënt groep naar specifieke plaatsen in de buurt met toegankelijke, veilige en aantrekkelijke natuur, evt. met begeleiding door bijv. sportvereniging of paramedici of vrijwilligers 3. Zelf begeleiden van groepjes patiënten/cliënten bij activiteit in natuur, zoals wandelgroep voor diabetici, depressieve mensen, patiënten met diverse klachten waarvoor bewegen van belang is. 4. Aanleg moestuinen of beweegtuinen voor specifieke doelgroepen, zoals kinderen, groepen met lage SES, dementerende ouderen, etc.
17.15	PAUZE

17.30	Wat heb je NODIG, wat BEVORDERT het inzetten van natuur voor gz? (30 min) - vanuit beroepsgroep of organisatie - richtlijnen of protocollen, geschikte interventies, best practices of goede voorbeelden - evidence, kennis, scholing (overzicht) geschikte natuur, Verwijsadressen, overzicht lokale mogelijkheden en samenwerkingsopties - tijd, middelen, mandaat of toestemming van directie - steun van collega's - vanuit beleidskader (welk: CVZ, politiek, gemeenten??) - vergoeding c.q. opname in pakket of beleid - samenwerking met relevante partijen (welke) - toestemming, ondersteuning, publieke uitspraken - als persoon - opvatting over natuur, over gezondheid, over taak, over verantwoordelijkheid van patiënten - early adopter of late majority - self-efficacy - vaardigheden, zoals motiveren, onderwerp bespreekbaar maken - Overig: bepaald type patiëntgroepen - Interventies zelf: aan te passen aan eigen situatie
18.00	Wat BELEMMERT je om natuur in te zetten? (20 min, veel is al eerder besproken) - vanuit beroepsgroep of organisatie - zie onderwerpen hierboven - vanuit beleidskader - zie onderwerpen hierboven - als persoon - zie onderwerpen hierboven - bepaalde patiëntgroepen - starre interventies
18.20	WELK INITIATIEF IN UW REGIO ZOU ER VAN DE GROND MOETEN KOMEN? (10 min) OF: waarvoor zou u zich willen inzetten/ aanhaken? (peilen voor pilotregio)
18.30 (broodjes serveren)	OVERIGE OPMERKINGEN / ADVIEZEN (10 min) - adviezen aan onderzoekers - adviezen aan vragers vh onderzoek - ideeën voor eigen regio
18.40	AFRONDING INTERVIEW (5 min) - Vervolg van het onderzoek (nulmeting) vertellen en bedanken. - Procesevaluatie, monitoring - Nogmaals uitleg verslag, vragen? - Bedanken en boek/presentje uitreiken - Bandopname stoppen

Bijlage 5 Gebruikte afkortingen

AO	Algemeen Overleg
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BMI	Body Mass Index
BS&F	www.bsenf.nl
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor zorgverzekeringen (heet inmiddels Zorginstituut Nederland)
EQ-5D	www.euroqol.org 'a standardised instrument for use as a measure of health outcome'
EZ	ministerie van Economische zaken
GGD	Gemeentelijke Gezondheid Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HA	huisarts
I&M	ministerie van Infrastructuur en Milieu
IVN	Instituut voor Natuureducatie
JOGG	jongeren op gezond gewicht
KAMG	Koepel Artsen maatschappij en Gezondheid
KPMG	Klynveld, Peat, Marwich, Goerdeler
LOK	Landelijke organisatie voor Ketenzorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MM	medisch milieukundige
NCVGZ	Nederlands Congres Volksgezondheid
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NISB	Nederlands Instituut Sport en Bewegen
NM	Natuurmonumenten
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NPHF	Federatie voor Gezondheid
NPP	Nationaal Preventie Programma
NVVPO	Nederlandse Vereniging van Praktijk Ondersteuners
PBL	Planbureau voor de Leefomgeving
POH	praktijkondersteuner huisarts
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RO	ruimtelijke ordening
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
SB	Staatsbosbeheer
SES	sociaaleconomische status
SF-36	short form health survey (36 items)
SF-12	short form health survey (12 items)
TEEB-NL	The Economics of Ecosystems and Biodiversity - Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet maatschappelijke Ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
zzp	zelfstandige zonder personeel

Alterra Wageningen UR
Postbus 47
6700 AA Wageningen
T 0317 48 07 00
www.wageningenUR.nl/alterra

Alterra-rapport 2665
ISSN 1566-7197



Alterra Wageningen UR is hét kennisinstituut voor de groene leefomgeving en bundelt een grote hoeveelheid expertise op het gebied van de groene ruimte en het duurzaam maatschappelijk gebruik ervan: kennis van water, natuur, bos, milieu, bodem, landschap, klimaat, landgebruik, recreatie etc.

De missie van Wageningen UR (University & Research centre) is 'To explore the potential of nature to improve the quality of life'. Binnen Wageningen UR bundelen 9 gespecialiseerde onderzoeksinstituten van stichting DLO en Wageningen University hun krachten om bij te dragen aan de oplossing van belangrijke vragen in het domein van gezonde voeding en leefomgeving. Met ongeveer 30 vestigingen, 6.000 medewerkers en 9.000 studenten behoort Wageningen UR wereldwijd tot de aansprekende kennisinstellingen binnen haar domein. De integrale benadering van de vraagstukken en de samenwerking tussen verschillende disciplines vormen het hart van de unieke Wageningen aanpak.

To explore
the potential
of nature to
improve the
quality of life



Alterra Wageningen UR
Postbus 47
6700 AA Wageningen
T 317 48 07 00
www.wageningenUR.nl/alterra

Alterra-rapport 2665
ISSN 1566-7197

Alterra Wageningen UR is hét kennisinstituut voor de groene leefomgeving en bundelt een grote hoeveelheid expertise op het gebied van de groene ruimte en het duurzaam maatschappelijk gebruik ervan: kennis van water, natuur, bos, milieu, bodem, landschap, klimaat, landgebruik, recreatie etc.

De missie van Wageningen UR (University & Research centre) is 'To explore the potential of nature to improve the quality of life'. Binnen Wageningen UR bundelen 9 gespecialiseerde onderzoeksinstituten van stichting DLO en Wageningen University hun krachten om bij te dragen aan de oplossing van belangrijke vragen in het domein van gezonde voeding en leefomgeving. Met ongeveer 30 vestigingen, 6.000 medewerkers en 9.000 studenten behoort Wageningen UR wereldwijd tot de aansprekende kennisinstellingen binnen haar domein. De integrale benadering van de vraagstukken en de samenwerking tussen verschillende disciplines vormen het hart van de unieke Wageningen aanpak.

