Iedereen kan meedoen!

Streven naar sporten, bewegen en leefstijlondersteuning op maat

Publicatie bij de rede van Jasmijn Holla, in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van de functie van lector Kracht van Sport en Bewegen aan Hogeschool Inholland in Haarlem op 23 juni 2022.

inholland hogeschool

Colofon:
Publicatie bij de rede van Jasmijn Holla, in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van de functie van lector Kracht van Sport en Bewegen aan Hogeschool Inholland in Haarlem op 23 juni 2022. Dit werk valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.

Hogeschool Inholland Domein Gezondheid, Sport en Welzijn. Redactie: Jolanda Verhaart.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 7

1.1 Kracht van sport en bewegen 8

1.2 Geschiedenis, naamswijziging en positie van het lectoraat 10

1.3 Leeswijzer 13

2. Leefstijl 15

2.1 Noodzaak van preventie 15

2.2 Eigen regie en complexiteit van gedragsverandering 16

2.3 Belang van een gecombineerde, integrale aanpak 17

2.4 Stigmatisering en medicalisering 19

2.5 Positieve Gezondheid en empowerment 20

3. Technologie 23

3.1 Persuasieve technologie 23

3.2 Standalone versus blended gebruik 23

3.3 Inzet van technologie door professionals 24

4. Inclusie 27

4.1 Mensen met een beperking of chronische aandoening 27

4.2 Mensen met een lage sociaal-economische status (SES) 33

5. Aangepast sporten en bewegen 35

5.1 Definitie, activiteiten en werkwijze 35

5.2 Speerpunten voor onderzoek 39

6. Sport en maatschappij 41

6.1 Aanpak en activiteiten 41

6.2 Speerpunten voor onderzoek 43

CLUB FOOS

7. Gezondheidsmanagement 45

7.1 Achtergrondinformatie en ons eerste project 45

7.2 Speerpunten voor onderzoek 49

8. Resumé en persoonlijke verbondenheid 51

9. Dankwoord 55

Referenties 57

Bijlage 1: Projecten en samenwerkingspartners 71

1. Inleiding

Het lectoraat Kracht van Sport en Bewegen doet praktijkgericht onderzoek naar sport, bewegen en een gezonde leefstijl. Zaken die mij met de paplepel zijn ingegeven, me een goed gevoel, en in het geval van sport en bewegen ook plezier, geven. Vermoedelijk geldt dit ook voor veel van jullie. Helaas zijn er ook mensen voor wie sport, bewegen en een gezonde leefstijl minder vanzelfsprekend zijn. Denk aan mensen die er niet mee zijn opgegroeid en aan mensen die sport en bewegen niet leuk (meer) vinden door negatieve ervaringen tijdens de gymles of sportbeoefening.

> *'Toen ik klein was, was ik een blij, vrolijk en creatief kind. Eigenschappen die ik gelukkig nooit echt verloren ben. Net als dat ik mijn intense hekel aan sport nooit kwijtgeraakt ben. Als ik terugdenk aan mijn gymjuf op de basisschool word ik nog misselijk. (…) Deze mevrouw met haar harde hand, die mij letterlijk wekelijks over de bok heen sleurde, heeft mijn plezier in bewegen voor eeuwig kapot gemaakt. Ondanks dat ik momenteel echt heel actief ben en lekker in mijn vel zit. Zo doe ik aan yoga, ga ik fietsend naar mijn werk en hou ik ervan om uren te tuinieren. Toch word ik nog steeds misselijk als iemand begint over 'sport' en dat ik dat zou moeten doen … de gruwel!' [1]*

Of denk aan mensen die om verschillende redenen belemmerd worden in het sporten, bewegen en gezond leven.

> *'Als ik dan in de kleedkamer zit met mijn kunstbeen voel ik mij niet fijn. Ik merk dat als ze langer bij het zwembad zijn en me kennen, het prima is. Maar als ze er voor de eerste keer zijn, dan word ik heel erg bekeken. Dat voelt niet lekker, je bent dan kwetsbaar.' [2]*

> *'Ik wilde eigenlijk weer gaan handbiken. Maar dat is ook een gebed zonder eind. Ik wacht al een half jaar op een goede stoel waar een handbike aan kan. Ik zou hem vorige week krijgen. Nu is dat weer een maand uitgesteld.' [3]*

> *'Ik weet ook te weinig van voeding om de juiste dingen te eten. Wat moet ik eten? Wat eet ik nu?' [4]*

Dit gaat mij aan het hart, sport, bewegen en een gezonde leefstijl zijn immers belangrijk voor onze gezondheid en welbevinden.

Vanuit mijn lectoraat Kracht van Sport en Bewegen wil ik er daarom samen met mijn kennis-kring en samenwerkingspartners (bijlage 1) aan bijdragen dat iedereen de kans krijgt om in een prettige, stimulerende omgeving mee te doen met passende sport- en beweeg-activiteiten, en dat iedereen op maat gesneden ondersteuning krijgt bij leefstijlgerelateerde hulpvragen. Dit komt zowel het individu als de samenleving ten goede.

Vandaag wil ik jullie meenemen in waarom we dit belangrijk vinden en hoe we hieraan willen bijdragen. Allereerst zal ik vertellen over de kracht van sport en bewegen en de positionering van ons lectoraat, omdat dit inzicht geeft in het belang van ons onderzoeksprogramma en de keuze voor onze inhoudelijke focus.

1.1 Kracht van sport en bewegen

Met ons onderzoek willen we bijdragen aan het optimaal benutten van de potentiële gezondheidswaarde en sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen. Eerst zal ik stilstaan bij de gezondheidswaarde. Volgens de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad hebben sport en bewegen gezondheidswaarde als volwassenen ten minste honderdvijftig minuten per week matig intensief bewegen en kinderen dagelijks minimaal zestig minuten. Beide groepen wordt aangeraden bovendien minimaal twee keer (volwassenen) of drie keer (kinderen) per week spier- en botversterkende activiteiten te doen en veel stilzitten te vermijden [5]. Onderzoek tijdens de COVID-19-pandemie ondersteunt deze richtlijnen. Tijdens de piek van de pandemie hadden mensen die aan de beweegrichtlijnen voldeden een sterk verlaagd risico op ernstige COVID-19 klachten [6]. Coronapatiënten met leefstijlgerelateerde aandoeningen hadden daarentegen een sterk verhoogd risico om op de intensive care (ic) te belanden. Van maart 2020 tot november 2021 had zo'n 80 procent van de mensen met COVID-19 op de ic overgewicht en ruim 20 procent diabetes [7].

De gezondheidswaarde van sport en bewegen wordt verder ondersteund door experimenteel wetenschappelijk onderzoek dat overtuigend aantoont dat bewegen een gunstig effect heeft op de spierkracht, aerobe fitheid, bloeddruk, lichaamssamenstelling, insulinegevoeligheid en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Onderzoek laat zien dat bewegen tevens het risico op overgewicht, diabetes type 2, hart- en vaatziekten en depressieve symptomen verlaagt [8–11]. Verder blijkt uit cohortonderzoek dat bewegen samenhangt met een lager risico op borstkanker, darmkanker en vroegtijdig overlijden [8]. Langdurig en veel zitten daarentegen verhoogt het risico op vroegtijdige sterfte aan cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes, en dient dus vermeden te worden [12].

Naast gunstige gevolgen kunnen sport en bewegen ook ongunstige gevolgen hebben voor de gezondheid. In 2020 raakten 3,8 miljoen Nederlandse sporters geblesseerd en rapporteerde 9 procent van de gebruikers van sportprestatieverhogende middelen hieraan toe te schrijven gezondheidsklachten [13,14]. Tot slot geldt net als voor veel andere zaken dat sporten en bewegen gezond is zolang het niet overdreven wordt. Dit zien we terug in een verhoogd risico op overbelastingsblessures en burn-outklachten onder jonge topsporters [15,16]. Deze gezondheidsrisico's wegen echter niet op tegen de vele gezondheidsvoordelen van regelmatig sporten en bewegen.

Op de tweede plaats wil ik stilstaan bij de sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen die prachtig is verwoord door Nelson Mandela: 'Sport heeft de kracht om de wereld te veranderen. Het heeft de kracht om te inspireren. Het heeft de kracht om mensen te verbinden zoals weinig anders dat kan. Het spreekt jongeren aan in een taal die ze begrijpen. Sport kan hoop scheppen, waar ooit alleen wanhoop was.' [17]. Hiervoor is echter slechts beperkt wetenschappelijk bewijs, omdat de sociaal-maatschappelijke effecten van sport en bewegen sterk afhankelijk zijn van de populatie, sociale en ruimtelijke context [18,19]. De woorden van Mandela worden wel ondersteund door resultaten van studies die erop wijzen dat sport en bewegen kunnen bijdragen aan het emotioneel welbevinden, persoonlijke groei, sociale verbondenheid, veiligheid en leefbaarheid van woonwijken [19–26]. Het is aannemelijk dat door trainen en gevarieerd bewegen de motorische vaardigheden en fitheid toenemen, met als gevolg een beter gemoed, een beter zelfbeeld, meer zelfvertrouwen en meer eigen-effectiviteit. Daarnaast kan sporten helpen bij het leren omgaan met normen en waarden, het ontwikkelen van sociale vaardigheden en het stellen en najagen van doelen [19,24]. Ten slotte kun je als sporter of sportvrijwilliger mensen met uiteenlopende achtergronden ontmoeten, hierdoor kunnen relaties, wederzijds begrip, vertrouwen en sociale betrokkenheid ontstaan [19,24].

Zoals gezegd dient de context wel ondersteunend te zijn om deze sociaal-maatschappelijke effecten van sport en bewegen te laten plaatsvinden [18,19]. Kinderen die getraind worden door een geschoolde, ervaren trainer die oog heeft voor een veilig sportklimaat hebben een grotere kans op positieve emotionele en sociale effecten dan kinderen die getraind worden door een startende vrijwilliger. Op de voetbalclub in Amsterdam zul je meer diversiteit tegenkomen dan op de hockeyclub in Bloemendaal en zal dus eerder verbinding ontstaan tussen mensen met uiteenlopende achtergronden. Naast positieve effecten op het emotioneel welbevinden en sociaal functioneren kan sporten ook negatieve effecten hebben. Misstanden, zoals pesten, agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag en sociale uitsluiting, komen ook in de sport voor [18,27].

Onze focus op de gezondheidswaarde en sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen hangt samen met de positionering van ons lectoraat en de 'kleur' van onze Sportkunde-opleiding. Deze focus heeft er ook toe geleid dat wij de naam van ons lectoraat per vandaag uitbreiden van Kracht van Sport naar Kracht van Sport en Bewegen. Ik zal dit toelichten.

1.2 Geschiedenis, naamswijziging en positie van het lectoraat

In 2015 is het lectoraat Kracht van Sport opgericht onder de vlag van Hogeschool van Amsterdam (HvA) en Hogeschool Inholland. Marije Deutekom werd de lector. In dit lectoraat heb ik met veel plezier gewerkt. Begin 2020 vertrok Marije als lector, zette Inholland zonder HvA het lectoraat onder dezelfde naam voort en mocht ik het stokje van lector op dit prachtige thema overnemen.

In voorbereiding op vandaag hebben we besloten om de naam van het lectoraat uit te breiden naar Kracht van Sport en Bewegen. Deze naam dekt beter de lading van onze onderzoeksprojecten en past bij de landelijke vermaatschappelijking en verbreding van sport. De World Health Organization (WHO) definieert sport als 'een activiteit met fysieke inspanning, vaardigheid en/of hand-oogcoördinatie als primaire focus, met elementen van competitie, waarbij formele door organisaties opgestelde regels en gedragspatronen gelden; en die zowel individueel als in teamverband beoefend kan worden' [12]. Bewegen (lichamelijke activiteit) heeft betrekking op 'elke vorm van lichaamsbeweging veroorzaakt door skeletspieren die resulteert in een toename van het energieverbruik' [12]. Voorbeelden van beweegactiviteiten zijn: wandelen, hardlopen, fietsen, dansen, zwemmen, yoga en tuinieren. Onder bewegen valt dus zowel sportbeoefening als lichaamsbeweging tijdens dagelijkse activiteiten. Het lectoraat wil zo laagdrempelig mogelijk aansluiten bij mensen die winst kunnen behalen met meer bewegen – deze mensen bereiken we moeilijker met de term sport alleen. Ook staat bewegen voor mij voor 'vernieuwen en meebewegen' zodat iedereen een leven lang op passende wijze lichamelijk actief kan zijn.

De kenniskring van het lectoraat bestaat uit een team van docent-onderzoekers die zowel onderzoeken als onderwijs geven. Ons lectoraat is nauw verbonden met de bacheloropleiding Sportkunde van onze hogeschool [28]. Een sportkundige is een hbo-geschoolde professional die sport en bewegen inzet als doel, maar ook als middel bij maatschappelijke, economische en gezondheidsvraagstukken. Bij Inholland leren studenten sport, bewegen en leefstijlinterventies in te zetten om de gezondheid en het welzijn van mensen te verbeteren, met de focus op de gezondheidswaarde en sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen. We willen zoveel mogelijk studenten en docenten de mogelijkheid geven om deel te nemen aan lectoraatsprojecten. Daarnaast willen we de opbrengsten van ons onderzoek goed kunnen laten terugvloeien naar het onderwijs.
De onderzoekslijnen van het lectoraat sluiten daarom aan bij de uitstroomprofielen van de opleiding: Aangepast sporten en bewegen, Sport en maatschappij en Gezondheidsmanagement. Leefstijl, inzet van technologie en inclusie lopen als een rode draad door onze Sportkunde-opleiding én zo ook door de onderzoekslijnen van het lectoraat.
Via deze meer overkoepelende onderzoeksthema's maakt het lectoraat ook verbinding met andere opleidingen van Inholland, zoals Social Work en Verpleegkunde.

Sportkunde

Het lectoraat is ingebed in het domein Gezondheid, Sport en Welzijn van Inholland, dat zich profileert met haar bijdrage aan een gezonde en inclusieve samenleving. Een samenleving waarin de mens centraal staat en professionals zelfmanagement en empowerment stimuleren. Een samenleving waarin naar elkaar wordt omgekeken, iedereen kan meedoen en een zo gezond, plezierig en betekenisvol mogelijk leven leidt. Hiertoe werken professionals interprofessioneel samen vanuit een integrale benadering van mensen in hun omgeving en maken zij optimaal gebruik van technologische ontwikkelingen [29,30]. De lectoraten van het domein, waaronder ons lectoraat, onderzoeken de kansen, uitdagingen en grenzen van deze samenleving. Dit doen wij niet alleen, maar samen met een groot aantal stakeholders zoals gemeenten, kennisinstellingen, sportorganisaties, zorginstellingen, welzijnsorganisaties, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en bedrijven. Op deze manier dragen we bij aan kennisontwikkeling, innovatie van de beroepspraktijk, kwaliteit van het onderwijs en professionalisering van medewerkers. Speciale aandacht gaat uit naar de verbinding tussen het zorg-, sociaal, sport- en fysiek domein. Voor ons sport- en beweeglectoraat is deze verbinding vanzelfsprekend omdat samenwerking tussen sport-, zorg- en sociaal professionals bijdraagt aan een leven lang bewegen.

In 2020 richtte het domein Gezondheid, Sport en Welzijn het Centre of Expertise (CoE) Preventie in Zorg en Welzijn op – een netwerkorganisatie waarin zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, overheidsinstanties, mkb- en technologiebedrijven, kennisinstellingen, burger-, cliënt- en patiëntfederaties, en kennis- en onderwijsinstellingen samenwerken aan praktische innovaties en kenniscirculatie. Binnen dit CoE zetten we onze gezamenlijke expertise in om gezondheidsverschillen te verkleinen en de (participatie)mogelijkheden van mensen in kwetsbare posities te vergroten [29]. De domeinoverstijgende projecten van het lectoraat worden ingebed in dit CoE. Bijlage 1 geeft een overzicht van de huidige projecten en samenwerkingspartners van het lectoraat.

Inholland staat voor persoonlijk en dichtbij opleiden en innoveren. Het onderzoek binnen de hogeschool draagt bij aan de praktijkgerichte kennisontwikkeling en helpt het onderwijs én de beroepspraktijk vooruit. Om samenwerking en kruisbestuiving tussen onderwijs en onderzoek te stimuleren zijn de kenniscentra dicht bij het onderwijs georganiseerd, dat meer en meer plaatsvindt in kenniswerkplaatsen en living labs buiten de muren van de hogeschool [31].

1.3 Leeswijzer

Nu ik heb verteld welke mogelijke gezondheids- en sociaal-maatschappelijke voordelen sport en bewegen hebben en waarom de onderzoekslijnen van het lectoraat zijn afgestemd op de uitstroomprofielen van onze bacheloropleiding Sportkunde, wil ik aan de hand van de overkoepelende onderzoeksthema's leefstijl, technologie en inclusie graag dieper ingaan op de achtergrond en visie van waaruit wij ons onderzoek doen. Daarna zal ik vertellen over onze huidige onderzoeksprojecten en speerpunten voor de komende jaren, waarbij ik jullie mee zal nemen langs onze onderzoekslijnen: Aangepast sporten en bewegen, Sport en maatschappij en Gezondheidsmanagement. Tot slot zal ik terugkomen op de titel van mijn rede en mijn persoonlijke verbondenheid.

2. Leefstijl

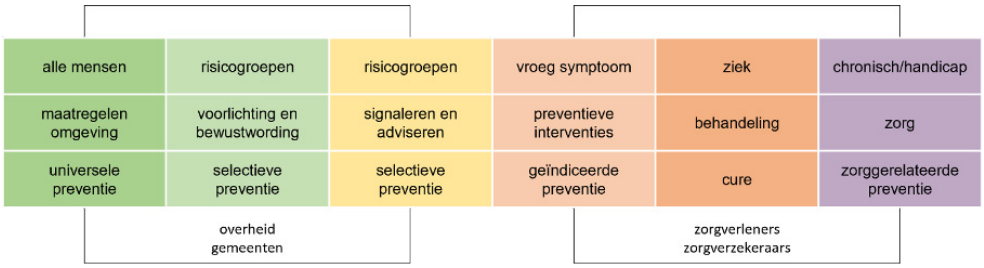
Aandacht voor leefstijl maakt onderdeel uit van gezondheidsbevordering – een divers en multidisciplinair vakgebied dat zich op verschillende doelgroepen, leefstijlfactoren en gezondheidsproblemen kan richten en in verschillende fysieke en sociale contexten kan plaatsvinden. Ons lectoraat ontwerpt en evalueert evidence- en practice-based interventies die gericht zijn op leefstijlverandering. Doel is de gezondheid en het welzijn te bevorderen. Hierbij gaan we uit van de complexiteit van gedragsverandering en streven we naar een integrale, waardegedreven benadering. Bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding, ontspanning, slaap, stress, drugsgebruik, schermverslaving, seksueel gedrag en zingeving zijn de bekendste leefstijlfactoren. Gezien de positionering van ons lectoraat dicht bij de bacheloropleiding Sportkunde ligt onze primaire focus op de leefstijlfactor bewegen. Daarnaast doen we ook onderzoek naar leefstijlinterventies die zich op meerdere factoren richten, zoals de combinatie bewegen, voeding, ontspanning en slaap. Het belang van preventief inzetten op een gezonde leefstijl zal ik nu eerst illustreren aan de hand van een aantal cijfers.

2.1 Noodzaak van preventie

Een ongezonde leefstijl verhoogt het risico op tal van chronische aandoeningen en sterfte wereldwijd. In Nederland was ongezond gedrag in 2015 verantwoordelijk voor ongeveer 20 procent van de ziektelast, zo'n 35.000 sterfgevallen en bijna negen miljard euro aan zorguitgaven. Van de leefstijlfactoren bewegen, roken, alcohol en voeding is roken de belangrijkste veroorzaker van ziekte en sterfte (9,4 procent van de ziektelast en 20.000 sterfgevallen); gevolgd door ongezonde voeding (8,1 procent van de ziektelast en 12.900 sterfgevallen); weinig bewegen (2,3 procent van de ziektelast en 5800 sterfgevallen); en alcoholgebruik (1,5 procent van de ziektelast en 1800 sterfgevallen) [32]. Uit een groot onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat de levensverwachting op vijftigjarige leeftijd met wel negen jaar kan toenemen als men op meerdere leefstijlfactoren een laag risico scoort, dat wil zeggen niet roken, een body mass index (BMI) tussen de 18,5 en 25, regelmatig (3,5 of meer uren per week) matig tot hoog intensief bewegen, een gezond dieet en een matige alcoholinname [33]. Ook draagt een gezonde leefstijl bij aan de kwaliteit van leven, waaronder het mentaal welbevinden [34–37]. Samengevat verlengt een gezonde leefstijl het aantal levensjaren in goede gezondheid (fysiek en mentaal) en de algehele levensverwachting. Er is niet voor niets meer en meer aandacht voor preventie en leefstijlondersteuning.

Voorheen waren preventie en het stimuleren van een gezonde leefstijl het domein van de publieke gezondheidszorg en primair taak van de gemeentelijke gezondheidsdiensten en jeugdgezondheidszorg. Sinds een aantal jaar heeft echter ook de eerstelijns en tweedelijns curatieve gezondheidszorg hier groeiende belangstelling voor. Er is immers toenemend bewijs dat een gezonde leefstijl de fysieke fitheid en het herstel na ziekte of een medische ingreep bevordert [37,38]. Met deze ontwikkeling is het vroeger gehanteerde onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie vervangen door nieuwe terminologie [38]. Preventie beslaat een continuüm van universele preventie

tot zorggerelateerde preventie. Universele preventieactiviteiten richten zich op de hele bevolking, terwijl zorggerelateerde preventieactiviteiten zich richten op mensen met een chronische ziekte of beperking. Preventieve activiteiten voor risicogroepen en mensen met vroege symptomen bevinden zich hier tussenin (figuur 1).



Figuur 1. *Preventieactiviteiten beslaan een continuüm van universele naar zorggerelateerde preventie. Bron: overgenomen van de Vries & de Weijer, 2020, p.324 [38].*

Met het oog op het toegenomen bewustzijn van de risico's van een ongezonde leefstijl wordt in het Nationaal Preventieakkoord (2018) gesteld dat onze samenleving er klaar voor lijkt om meer in te zetten op gezondheidsbevordering. Dit betekent dat de overheid naast 'zachte' maatregelen, zoals het subtiel stimuleren van gezonde keuzes door middel van nudging, ook 'hardere' maatregelen kan gaan nemen, zoals belastingverhoging op ongezonde producten [39]. Volgens de Nederlandse Sportraad zet het huidige kabinet echter nog te weinig in op het behalen van de doelen uit het Preventieakkoord, inzetten op preventie is nog te vrijblijvend. Het realiseren van voor iedereen toereikend, toegankelijk en kwalitatief goed sport- en beweegaanbod zou een wettelijke taak van de overheid moeten worden [40]. Deze visie van de Nederlandse Sportraad wordt ondersteund door studies van het Mulier Instituut die aantonen dat mensen met een beperking en een lage sociaal-economische status (SES) nog altijd veel belemmeringen ervaren om te sporten [41,42]. Deze belemmeringen moeten gecoördineerd worden aangepakt zodat het makkelijker wordt om zelf de regie te nemen om te gaan bewegen.

2.2 Eigen regie en complexiteit van gedragsverandering

Sinds 1990 stimuleert de overheid eigen regie en doet zij een steeds groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken heeft de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek in 2018 kaders geschetst voor de verandering naar een waardegedreven zorgsysteem waarin de zelfredzaamheid en het functioneren van mensen centraal staan, en waarbij de zorg doelmatiger wordt georganiseerd. De essentie van deze kaders is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg naar dichter bij mensen thuis en het vervangen van traditionele zorg door bijvoorbeeld eHealthtoepassingen [43].

Ook bij het preventief inzetten op een gezonde leefstijl legt de overheid veel verantwoordelijkheid bij het individu. Het maken van gezonde keuzes is in de eerste plaats onze eigen keuze, maar dat is nog niet zo eenvoudig [44]. Zeker niet als de omstandigheden waaronder we deze keuzes moeten maken, belemmerend werken. Denk bijvoorbeeld aan een snackbar naast de school waardoor jongeren worden verleid om in de pauze hun boterham te verruilen voor een patatje of een wijk met weinig groen en speelmogelijkheden.

In de praktijk blijkt dan ook dat veel mensen wel willen veranderen, maar hier niet toe in staat zijn. Voor het aannemen en behouden van een gezonde leefstijl zijn motivatie, gelegenheid (een bevorderende fysieke en sociale omgeving) en capaciteit nodig. Schiet één van deze aspecten tekort dan lukt het niet [45]. Capaciteit kan worden onderverdeeld in lichamelijke en mentale vermogens. Lichamelijke vermogens zijn bijvoorbeeld motorische vaardigheden, spierkracht en uithoudingsvermogen. Mentale vermogens kunnen worden onderverdeeld in cognitieve capaciteiten, zoals het kunnen verzamelen, wegen en toepassen van kennis, én niet-cognitieve capaciteiten, zoals doelen kunnen stellen, een plan kunnen maken, in actie kunnen komen, verleidingen kunnen weerstaan, kunnen doorzetten en kunnen omgaan met tegenslag [44–46]. Het maken en uitvoeren van een plan om aan de beweegrichtlijnen te voldoen, vraagt bijvoorbeeld niet alleen om kennis over welke activiteiten matig intensief of spierversterkend zijn, maar ook om kennis over hoe je een plan opstelt en doorzettingsvermogen om het plan uit te voeren. Het mag duidelijk zijn dat weten niet simpelweg leidt tot doen. We moeten hiermee rekening houden in het ondersteunen van mensen bij het veranderen van hun gedrag [44].

2.3 Belang van een gecombineerde, integrale aanpak

Zoals ik al eerder aangaf, neemt de levensverwachting toe bij gezonde gewoonten op meerdere gebieden en is gezondheidsbevordering een divers, multidisciplinair vakgebied. Idealiter vraagt leefstijlondersteuning dus om een gecombineerde, integrale aanpak. Daarom doet het lectoraat niet alleen onderzoek naar beweeginterventies, maar ook naar interventies die zich op meerdere leefstijlfactoren richten. Een ongezonde leefstijl op één gebied gaat vaak samen met een ongezonde leefstijl op andere gebieden. Bij vermoeidheid of onvoldoende ontspanning is het bijvoorbeeld moeilijker om in beweging te komen en om ongezonde voedingsproducten buiten de deur te houden [47]. We zijn ervan overtuigd dat het beweeg-, voedings- en ontspanningsgedrag op elkaar afgestemd moeten worden voor een optimale gezondheid [48,49].

Bovendien hebben verschillende studies aangetoond dat een multi-component leefstijlprogramma, gericht op zowel beweeg- als voedingsgedrag, effectiever is voor het reduceren van overgewicht en het verbeteren van de gezondheid dan een programma dat zich slechts op één component richt [50,51]. Naar aanleiding van dit groeiend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van multi-component leefstijlprogramma's wordt de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) sinds 2019 onder voorwaarden vergoed uit de Nederlandse basisverzekering [52,53]. De GLI richt zich op gewichtsafname en verbetering van de fitheid en kwaliteit van leven door advies en begeleiding te geven over

voldoende bewegen, gezonde voedingsgewoonten en duurzame gedragsverandering. Momenteel zijn er vier GLI-programma's beschikbaar: BeweegKuur, SLIMMER, Cool en Samen Sportief in Beweging. Deze GLI-programma's hebben echter een paar beperkingen. Ten eerste is de GLI niet voor iedereen beschikbaar of geschikt.
Alleen volwassenen met obesitas (BMI ≥ 30 kg/m2) of overgewicht (BMI ≥ 25 kg/m2) én een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2, artrose of slaapapneu komen in aanmerking. Daarmee wordt het potentieel van deze interventie onnodig ingeperkt, want ook mensen zonder overgewicht kunnen veel baat hebben bij een gezondere leefstijl. Recente meta-analyses van cohortstudies laten bijvoorbeeld zien dat voldoende bewegen ook onder mensen met een gezond gewicht samenhangt met een lager sterfterisico [54,55]. Voor mensen met een beperking of lagere SES sluit een GLI niet altijd aan bij wat ze nodig hebben. Hierover later meer.

Een tweede beperking is dat de GLI wel het doel heeft om deelnemers meer te laten bewegen, maar het sporten en bewegen zelf niet altijd aanbiedt, omdat de basisverzekering de inzet van niet-paramedische sport- en beweegprofessionals niet vergoedt. Dit is een gemis omdat mensen sport en bewegen laten ervaren, helpt om hen in beweging te brengen [56]. Ten derde hebben de GLI-programma's, en vergelijkbare multi-component leefstijlprogramma's, op groepsniveau bescheiden effecten [57–61]. Niet alle deelnemers aan een GLI hebben er gezondheidsprofijt van [57]. Vervolgonderzoek zou zich dus kunnen richten op kenmerken van deelnemers die wel profiteren van de GLI. Vervolgens moet gekeken worden hoe deze kenmerken bij anderen die geen profijt hebben van een GLI gunstig beïnvloed kunnen worden. Ook zou verder onderzocht kunnen worden of de effecten van de GLI verbeterd kunnen worden met extra ondersteuning van eHealthtoepassingen. Ook kan gekozen worden voor een nog integralere aanpak door naast zorgprofessionals ook sociaal werkers en buurtsportcoaches te betrekken.

Hierbij blijft de vraag wat we van interventies die inzetten op gedragsverandering van mensen en hun sociale omgeving kunnen verwachten. Voor het terugdringen van de obesitas-epidemie is inzetten op gedragsverandering mijns inziens niet voldoende. Daarvoor zijn verdergaande preventieve maatregelen nodig. De openbare ruimte kan bijvoorbeeld beweegvriendelijker worden ingericht om bewegen te stimuleren.
Binnen een van onze projecten onderzoeken we samen met Haarlemse gemeenteprofessionals en Stichting SportSupport Kennemerland hoe professionals van verschillende afdelingen en uit verschillende domeinen dit gezamenlijker kunnen doen. Daarnaast moet de overheid voor een gezonde eetomgeving zorgen door de samenstelling, het aanbod, de prijs, marketing en etikettering van voedingsmiddelen te reguleren [57]. Bij de bewezen effectieve, integrale aanpak Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), maakt een lokaal samenwerkingsverband de leefomgeving waarin kinderen en jongeren opgroeien structureel gezonder. Wat mij betreft gaan we dit overal doen, waarbij ook aandacht is voor de leefomgeving van volwassenen.

Naast leefstijlprofessionals, sportkundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, verpleegkundigen, sociaal werkers en werkgevers die al dan niet lokaal met elkaar samenwerken, besteden artsen meer en meer aandacht aan het stimuleren van een gezonde leefstijl onder de noemer leefstijlgeneeskunde of 'leefstijl als medicijn' ('lifestyle as medicine'). Een wat problematische naam gezien het interprofessionele karakter van leefstijlbevordering, maar wel een goede ontwikkeling. Een life event zoals een hartinfarct of medische diagnose, het advies van een dokter (wittejasseneffect) en het bewustzijn dat fitheid van invloed is op de behandeluitkomst motiveren immers om ongunstig gedrag te veranderen [62–64]. Artsen kunnen dus een belangrijke rol spelen in het motiveren van mensen om gezonder te gaan leven. Steviger inzetten op leefstijlgeneeskunde brengt wel een aantal aandachtspunten met zich mee, waaronder het voorkomen van stigmatisering en medicalisering.

2.4 Stigmatisering en medicalisering

Mensen, ook zorgprofessionals, zijn geneigd om snel te oordelen over mensen met leefstijlproblematiek en overgewicht [65,66]. Zoals schrijver, columnist en wetenschapsjournalist Asha ten Broeke mooi maar pijnlijk verwoordt: '39.0 [BMI] is voor mij een uitermate belangrijk getal. Want het is niet alleen een – zeer ruwe – voorspeller van de gezondheidsrisico's, het bepaalt ook voor een belangrijk deel hoe ik behandeld word.' [67]. Niet alleen deze quote, maar ook onderzoek laat zien dat wijdverspreide aannames dat mensen met zichtbaar overgewicht geen zelfbeheersing hebben en niet gezonder willen zijn, leiden tot stigmatisering [66]. Overgewicht en een ongezonde leefstijl hebben echter vaak maatschappelijke, biologische of medische oorzaken waaraan bij een respectvolle en serieuze behandeling niet voorbij mag worden gegaan. Naast leefomgeving, werkloosheid, schulden, armoede, een psychische, lichamelijke of verstandelijke beperking, kunnen het gebruik van bepaalde medicijnen (bijvoorbeeld antipsychotica, corticosteroïden of insuline), een genetische afwijking (waardoor mensen altijd trek hebben) of een grote gewichtsafname (door complexe hormonale veranderingen wil het lichaam weer terug naar het oude, zwaardere gewicht) het aannemen van een gezonde leefstijl bemoeilijken of het effect van een gezonde leefstijl tegenwerken [65,66,68].

Een ander aandachtspunt bij het inzetten op leefstijlgeneeskunde is het risico op medicalisering: de gezondheidszorg krijgt te veel invloed op onze samenleving, waardoor deze zich te eenzijdig richt op risicovermijding en gezondheid. Ook wordt het begrip medicalisering gebruikt voor de ontwikkeling dat alledaagse klachten en normale variaties in psychische reacties meer en meer als afwijkend worden gezien en tot medisch ingrijpen leiden [69]. Dit gaat ten koste van de zelfredzaamheid van mensen. Het geven van beweegadvies op medische indicatie; het onnodig begeleid worden bij bewegen in een medische of paramedische setting door zorgprofessionals; en het bieden van medische oplossingen voor (deels) gedragsmatige invloeden, zoals maagverkleiningen bij ernstig overgewicht, zijn hier voorbeelden van [70].

Het tegenovergestelde van medicaliseren is normaliseren, het vergroten van het bereik van wat we normaal vinden. Professionals die normaliseren leggen uit dat veel klachten onschuldig zijn en dat perioden van gezondheidsklachten, tegenslagen en je niet zo lekker voelen bij het leven horen. Iedereen krijgt ermee te maken en de meeste mensen weten deze perioden het hoofd te bieden [69,71]. Als we kijken naar sport en bewegen dan is het een goede ontwikkeling dat de visie Exercise is Medicine (EIM)[1] wereldwijd wordt gepromoot en er in Nederland een Nationaal Center EIM in oprichting is [72].

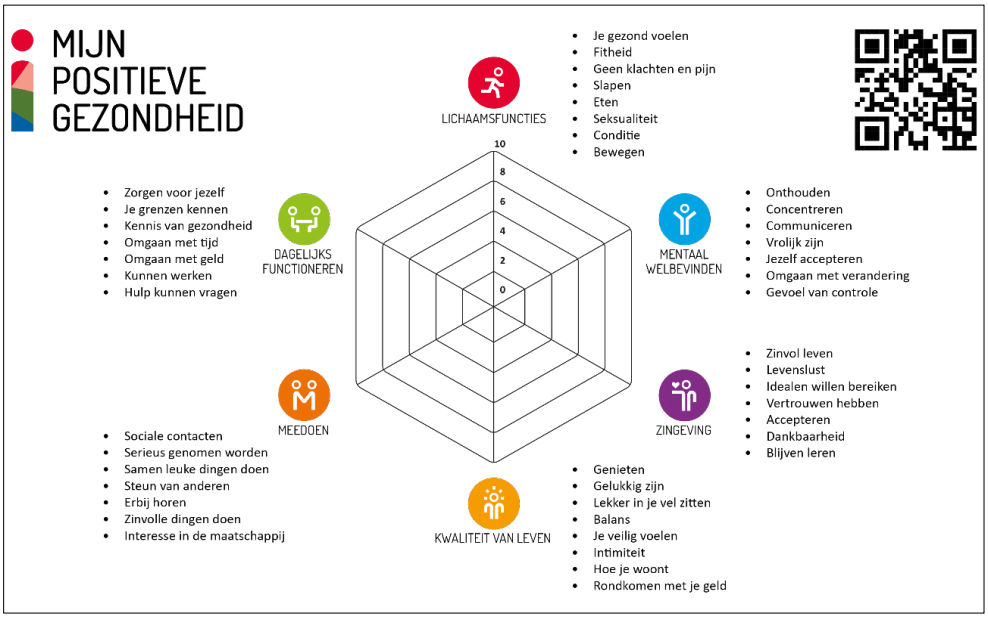
Aandacht voor bewegen in het behandelprogramma stimuleert immers het beweeggedrag [63,64]. Het is hierbij wel belangrijk dat we sport en bewegen niet onnodig in een medische setting aanbieden. Dit maakt van gewone mensen patiënten, gaat ten koste van de zelfredzaamheid en maakt bewegen onnodig duur [73]. En laten we ook niet uit het oog verliezen dat intrinsieke motivatie in de vorm van plezier in bewegen een sleutelfactor is om het vol te houden [64]. Dit vraagt om een normaliserende aanpak en een positieve blik op gezondheid.

2.5 Positieve Gezondheid en empowerment

Het lectoraat Kracht van Sport en Bewegen werkt vanuit het gedachtengoed van Positieve Gezondheid en empowerment. Positieve Gezondheid stelt de mens centraal en beschrijft gezondheid vanuit een brede integrale blik als 'het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' [74]. Het concept is uitgewerkt in 44 aspecten die zijn onderverdeeld in zes dimensies die de bouwstenen vormen voor een goede gezondheid: 1) lichaamsfuncties; 2) mentale functies en perceptie (mentaal welbevinden); 3) een spirituele/existentiële dimensie (zingeving); 4) kwaliteit van leven; 5) sociaal-maatschappelijke participatie (meedoen); en 6) dagelijks functioneren (figuur 2) [38,74,75]. Leefstijlbevordering draagt bij aan positieve gezondheid op meerdere dimensies. Binnen het lectoraat omarmen wij deze brede, dynamische benadering en zoeken we bij projecten rond het thema leefstijl de samenwerking met collega's en partners uit het zorg-, sociaal en sportdomein. Door de mensen om wie het gaat in een zo vroeg mogelijk stadium als volwaardig partner bij projecten te betrekken, doen we onderzoek naar wat voor hen betekenisvol is.

De eigen regie die we nastreven heeft raakvlakken met het concept empowerment, een veel gebruikt begrip in het sociaal domein. Empowerment kan worden beschreven als 'een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit bereiken via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie'

[1] De visie Exercise is Medicine is een wereldwijd gezondheidsinitiatief dat ervoor pleit om het meten en stimuleren van fysieke activiteit op te nemen in de klinische behandeling en patiënten door te verwijzen naar evidence-based trainingsprogramma's en gekwalificeerde sport- en beweegprofessionals. Het beheer van het initatief ligt bij het American College of Sports Medicine (ACSM) [180].



Figuur 2. *Spinnenwebdiagram van het concept Positieve Gezondheid. © Institute for Positive Health (iPH). Bron: overgenomen van Institute of Positive Health (iPH). www.iph.nl [76].*

[77]. Sterk aan het begrip empowerment is dat het aandacht heeft voor de rol van de maatschappij en de sociale omgeving bij het kunnen voeren van eigen regie [64,65]. Iets waar in de dagelijkse praktijk van het leefstijlcoachen weleens aan voorbij wordt gegaan.

Empowerment is een gelaagd construct met meerdere, met elkaar verweven niveaus: een politiek-maatschappelijk niveau, een collectief niveau en een individueel niveau. Op politiek-maatschappelijk niveau verwijst empowerment naar de macht om veranderingen door te voeren, zoals het beter toegankelijk maken van voorzieningen en hulpbronnen en het beïnvloeden van wetten en beleid. Op collectief niveau verwijst het begrip naar het mobiliseren van hulpbronnen in de eigen omgeving, zoals sociale steun van familie, buren en vrienden of lotgenotencontact. Op individueel niveau ten slotte, verwijst empowerment naar het aanspreken van eigen kracht en kwaliteiten, het geloof in eigen kunnen en het gevoel controle te hebben over het eigen leven [77–79]. Dit laatste niveau wordt ook wel beschreven met behulp van de psychologische constructen locus of control en eigen-effectiviteit (self-efficacy) [80]. Locus of control gaat over de mate waarin men gelooft dat wat men overkomt, wordt bepaald door interne factoren (interne locus of control) dan wel externe factoren (externe locus of control) [81]. Eigen-effectiviteit gaat over het vertrouwen in eigen kunnen [82]: een belangrijke gedragsdeterminant waar veel leefstijlinterventies op ingrijpen. Het denk- en handelingskader van empowerment sluit zeer goed aan op onze visie op leefstijl en op het werken vanuit het concept Positieve Gezondheid.

Day
Week
Months
Year
Days Activity
Walking
2586
steps
12,7
Kilometers
839
Calories
54:28
Minutes
Heart rate 54-96 bpm
Stairs 23

3. Technologie

Net als leefstijl loopt technologie als een rode draad door onze Sportkunde-opleiding en onderzoekslijnen. In onze visie op een gezonde, inclusieve samenleving maken professionals optimaal gebruik van technologische ontwikkelingen om sport en een gezonde leefstijl te bevorderen, en om interprofessionele samenwerking en sociale binding te ondersteunen. In ons werkveld worden de termen eHealth (electronic health) en mHealth (mobile health) veel gebruikt. Deze termen hebben betrekking op het gebruik van technologie (bijvoorbeeld internet, mobiele applicaties, activiteitenmonitors of wearables) bij het ondersteunen of verbeteren van de gezondheid. Technologische toepassingen die zich richten op gedragsverandering worden ook wel behavioral intervention technologies (BITs) genoemd [83,84].

3.1 Persuasieve technologie

In BITs wordt gebruikgemaakt van persuasieve technologie die erop is gericht de gebruiker te verleiden om zijn of haar attitude en gedrag positief te veranderen. Voorbeelden van persuasieve technieken zijn zelfmonitoring, personalisatie en het sturen van beweegherinneringen [85–87]. Er zijn verschillende theoretische modellen die gebruikt kunnen worden om BITs te ontwikkelen. Wij hebben ervaring met het gebruik van het Persuasive Systems Design model en het Fogg Behavior model [85–87]. Volgens het Persuasive Systems Design model is informatietechnologie nooit neutraal, het wordt doelbewust ontworpen om attitudes en gedragingen te versterken en dient te worden afgestemd op de context [86,87]. Het Fogg Behavior Model stelt dat er sprake moet zijn van motivatie (willen), vaardigheid (kunnen) en prompts of triggers (uitlokkende prikkels) om tot gedragsverandering te komen [85]. Van deze modellen leren we dat leefstijlapps en wearables afgestemd moeten worden op de gebruikscontext en intuïtief en aantrekkelijk moeten zijn, anders haakt de gebruiker af.

3.2 Standalone versus blended gebruik

Hoewel de inzet van technologie bij leefstijlverandering grote mogelijkheden biedt, kent de inzet ervan ook haar grenzen. Zo kan bijvoorbeeld niet iedereen van BITs profiteren omdat digitale vaardigheden en gezondheidsvaardigheden (eHealth en mHealth literacy) nodig zijn om BITs te kunnen begrijpen en gebruiken [88]. Gebrek aan deze vaardigheden wordt vaker gezien bij mensen met een lage SES, mensen met een migratieachtergrond, ouderen en mensen met een lichamelijke, psychische of verstandelijke beperking [88–90]. Hier dient rekening mee te worden gehouden bij het gebruik van BITs, bijvoorbeeld door ze blended in te zetten [89]. Blended gebruik van technologische toepassingen betekent dat een online toepassing niet geïsoleerd (standalone) wordt aangeboden, maar wordt gecombineerd met een begeleidingselement [91]. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van een leefstijlapp in aanvulling op een face to face begeleidingstraject [83]. Niet alleen voor mensen met minder digitale en gezondheidsvaardigheden, maar voor meer mensen geldt dat ze bij het gebruik van technologische toepassingen behoefte hebben aan begeleiding van

een professional, bijvoorbeeld om vragen aan te stellen of als stok achter de deur [83,92]. Technologie kan menselijke interactie, zoals empathie tonen en menselijke eigenschappen, immers niet geheel vervangen. Blended gebruik van BITs lijkt geschikter voor deze mensen dan standalone gebruik. Bovendien lijken blended interventies effectiever te zijn in het veranderen van gedrag dan standalone interventies [89,93–95].

Blended interventies bestaan dus uit een online-element en een begeleidingselement, maar er is een grote variatie in de manier waarop de verschillende onderdelen worden aangeboden en gecombineerd. Het online-element kan bijvoorbeeld worden aangeboden via een website met alleen tekst, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van activity trackers, filmpjes, virtual reality brillen, spelletjes, groepsactiviteiten, opdrachten en links naar relevante websites. De begeleiding kan face to face worden aangeboden, maar ook telefonisch, via e-mail, chat of met videobellen. Tot slot zijn er verschillen in hoeverre het online-element en het begeleidingselement geïntegreerd zijn. Idealiter is een eHealth-platform of een mobiele applicatie niet alleen ondersteunend voor de begeleiding, maar vormt het een wezenlijk onderdeel van de interventie als geheel [91].

3.3 Inzet van technologie door professionals

Ondanks de ondersteuningspotentie van BITs bij leefstijlinterventies gebruiken nog relatief weinig professionals eHealth- en mHealthtoepassingen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat het hen ontbreekt aan voldoende kennis, motivatie, digitale vaardigheden en vertrouwen in de kwaliteit en meerwaarde van de beschikbare toepassingen [96–100]. Het betrekken van professionals bij de ontwikkeling en implementatie van BITs, aandacht voor gebruiksgemak en inpasbaarheid in het werkproces, plus ondersteuning en scholing kunnen het gebruik van technologie door leefstijlprofessionals bevorderen [96–100]. Immers, het optimaal inzetten van BITs bij de leefstijlondersteuning of leefstijlbegeleiding van mensen vraagt om aanvullende competenties en een nieuwe werkwijze. In verschillende lectoraatsprojecten proberen we sportkundigen, sociaal werkers en leefstijlprofessionals te ondersteunen bij het ontwikkelen en zich eigen maken van deze nieuwe werkwijze, waarin (het overwegen van) de inzet van technologie vanzelfsprekend is.

In de projecten waarin technologie een rol speelt houden we rekening met het belang van goede begeleiding, eHealth en mHealth literacy, en zoeken we samenwerking met het lectoraat Medische Technologie, ICT-opleidingen en het bedrijfsleven.

4. Inclusie

Een derde thema dat als een rode draad door onze Sportkunde-opleiding en onderzoekslijnen heen loopt is inclusie. Er bestaan verschillende definities van inclusie. Hieruit kan worden opgemaakt dat inclusie wordt gekenmerkt door gelijke kansen en mogelijkheden, mee kunnen doen, bewustzijn van verschillen, het aangaan van wederkerige en gelijkwaardige relaties en erbij horen [101,102]. In de context van sport, bewegen en leefstijlprogramma's zijn er groepen die minder kansen en mogelijkheden hebben om mee te doen. Voor deze groepen zet het lectoraat zich in het bijzonder in, om te beginnen voor mensen met een beperking of chronische aandoening(en).

4.1 Mensen met een beperking of chronische aandoening

In Nederland hebben ongeveer 9,9 miljoen mensen één of meerdere chronische aandoeningen [103]; hebben 2 miljoen mensen een lichamelijke beperking [104]; 2,7 miljoen mensen een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid [105] en hebben 281.000 mensen een ernstige psychiatrische aandoening [106]. Sport en bewegen bieden ook deze mensen talloze gezondheids- en welzijnsvoordelen [107–110], maar toch doen zij dit gemiddeld genomen minder dan de algemene bevolking (figuur 3) [111–114].

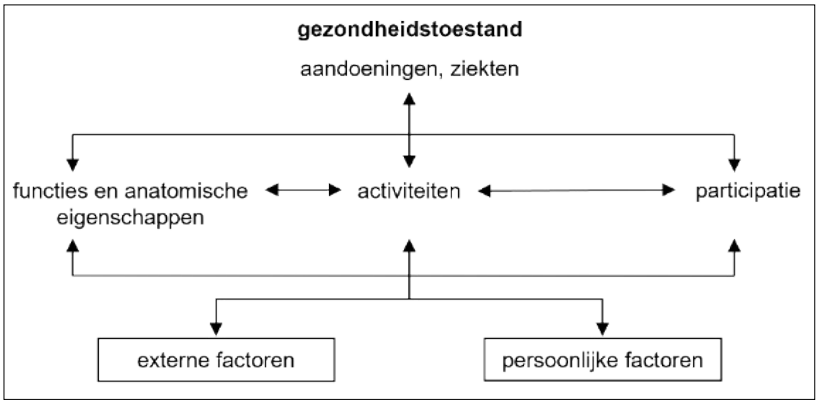
Figuur 3. *Percentage Nederlanders met een lichamelijke beperking, met een chronische aandoening en zonder aandoening of beperking dat in 2020 aan de beweegrichtlijnen voldeed en wekelijks sportte [113,114]. Voor Nederlanders met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid en mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zijn geen vergelijkbare data voorhanden.*

Naast te weinig bewegen komen ook andere leefstijlproblemen en leefstijlgevolgen bij deze groep meer dan gemiddeld voor, zoals ongezond eten, roken, alcoholgebruik, stress, slaapproblematiek, overgewicht en het metabool syndroom (een combinatie van een grote buikomtrek, hoge bloeddruk, hoge bloedsuikerspiegel, te laag 'goed' cholesterol en te veel bloedvetten) [39,68,112,115,116]. Van de mensen die met een dwarslaesie worden opgenomen in de Nederlandse revalidatiecentra heeft zo'n 75 procent vijf jaar na de klinische opname overgewicht [117]. Bij ruim 20 procent van de mensen met een verstandelijke beperking is er sprake van het metabool syndroom. Mensen met een

psychische aandoening hebben een 1,4- tot 2-voudig verhoogd risico op obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten in vergelijking met de algemene bevolking [68,115]. Bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening draagt een ongezonde leefstijl er samen met andere factoren aan bij dat zij vijftien tot twintig jaar korter leven [68]. Er zijn verschillende verklaringen voor het ontstaan van leefstijl- en gezondheidsproblemen bij deze groepen. Bij ons onderzoek naar de relaties tussen leefstijl, beweeggedrag, sportparticipatie en gezondheid bij mensen met een beperking of chronische aandoening gaan wij uit van een biospychosociaal perspectief op gezondheid en ziekte.

Terminologie, denk- en handelingskader

Volgens het biopsychosociaal model op gezondheid en ziekte ontstaan gedrag, beperkingen en handicap uit een complex van factoren en hun interacties [118]. Dit perspectief is terug te vinden in het concept Positieve Gezondheid en ligt aan de basis van de International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO) [119,120]. De ICF beschrijft de gezondheidstoestand van mensen aan de hand van vijf componenten: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren (figuur 4), waar ook de aspecten van Positieve Gezondheid (zie pagina 14) kunnen worden ondergebracht [119,120].
In de literatuur wordt in plaats van het woord beperking (impairment) vaak het woord handicap (disability) gebruikt. Een handicap komt voort uit de interactie tussen gezondheidstoestand, persoonlijke en omgevingsfactoren, zoals negatieve attitudes van anderen, gebrek aan sociale steun en ontoegankelijkheid van het openbaar vervoer en openbare gebouwen [121]. In deze rede gebruik ik de term mensen met een beperking, maar ik ben me ervan bewust dat het hebben van een beperking niet op zichzelf, maar in interactie met fysieke en sociale omgevingsfactoren bepaalt in hoeverre men op voet van gelijkheid met anderen kan meedoen in de samenleving [122]. Ons lectoraat gebruikt bewust 'people-first language' – we stellen de persoon centraal en niet de beperking.



Figuur 4. *Wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand, externe en persoonlijke factoren volgens de International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). Bron: overgenomen van WHO (z.d.) [123].*

Belemmeringen voor sport- en beweegdeelname
De relatief geringe sportparticipatie en lichaamsbeweging onder mensen met een beperking of chronische aandoening kan worden verklaard doordat zij meer belemmeringen ervaren bij het (gaan) sporten en bewegen dan de algemene bevolking. Kathleen Martin Ginis en collega's (2016) hebben de wetenschappelijke kennis over deze belemmeringen, maar ook de stimulansen voor beweegdeelname door mensen met een lichamelijke beperking overzichtelijk samengevat [63]. In tabel 1 heb ik hun resultaten vertaald naar het Nederlands en de Nederlandse situatie.

Tabel 1. Determinanten van sport- en beweegdeelname door mensen met een lichamelijke beperking, ingedeeld aan de hand van het sociaal ecologisch model voor gezondheidsbevordering [63,124]

Individueel niveau
- Lichaamsfuncties en -structuren, bijvoorbeeld ziektesymptomen, pijn, vermoeidheid, energie, conditie, spierkracht
- Psychologische factoren, bijvoorbeeld depressie, angst, attitude t.a.v. bewegen, eigen-effectiviteit, uitkomstverwachtingen
- Arbeidssituatie

Interpersoonlijk niveau
- Sociale steun van familie, vrienden, lotgenoten, professionals, etc.
- Attitudes van belangrijke anderen
- Gebrek aan bewustzijn van mensen zonder beperking over hoe ze mensen met een beperking op gepaste wijze kunnen betrekken
- Sociale processen zoals het hebben van een rolmodel

Institutioneel niveau
- Kennis (over sport en bewegen in relatie tot lichamelijke beperkingen) van zorg- en sportprofessionals in zorginstellingen en organisaties
- Revalidatie- en zorgprocessen, bijvoorbeeld aandacht voor sport- en bewegen in behandelprogramma's
- Toegankelijkheid van gebouwen
- Programmafactoren, bijvoorbeeld een passend, aantrekkelijk ('leuk') beweeg- en sportaanbod

Gemeenschapsniveau

- Passend sport- en beweegaanbod (toegankelijke en geschikte faciliteiten en activiteiten)
- Beweegvriendelijke openbare ruimte
- Informatie over sport- en beweegmogelijkheden met een lichamelijke beperking (sport- en beweegloket of buurtsportcoach)
- Klimaat/weer
- Relaties/samenwerking tussen organisaties die een rol (kunnen) hebben in de sport- en beweegtoeleiding

Beleidsniveau

- Gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld vergoeding van beweegprogramma's door de zorgverzekeraar, sportpas
- Vervoersdiensten, -systemen en -beleid, bijvoorbeeld beschikbaarheid van stadsmobiel of aanvullend openbaar vervoer
- Verenigings- en organisatiebeleid, bijvoorbeeld financiële kosten sport- en beweegdeelname en beschikbaarheid van professionals met expertise in aangepast sporten en bewegen
- Architectuur en bouwbeleid

Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap

Het feit dat het door belemmeringen minder makkelijk is om een passende sport- en beweegactiviteit te vinden en beoefenen is niet in lijn met het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (2006) dat Nederland op 14 juli 2016 ratificeerde en dat volledige inclusie van mensen met een beperking beoogt [125]. In dit verdrag staat dat mensen met een beperking het recht hebben om op voet van gelijkheid met anderen deel te nemen aan recreatie, vrijetijdsbesteding en sportactiviteiten. Hiertoe dient de overheid passende maatregelen te nemen die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft uitgewerkt in het programma Onbeperkt meedoen! [126]. In zowel het landelijk als regionaal beleid zien we dat de overheid in samenwerking met (semi)publieke organisaties en bedrijven maatregelen neemt om de sport- en beweegmogelijkheden van mensen met een beperking te verbeteren. In deelakkoord 1 van het Sportakkoord, genaamd Inclusief sporten & bewegen, vinden we bijvoorbeeld deze maatregelen terug: investeren in buurtsportcoaches die mensen met een beperking gaan helpen om te kunnen sporten; investeren in regelingen om sporthulpmiddelen beter beschikbaar te maken; en het verbeteren van de randvoorwaarden voor inclusief sporten en bewegen, zoals bijvoorbeeld het regelen van vervoer voor teamsporters met een ernstige lichamelijke beperking [27].

Zoals ik aan het begin van deze rede vertelde, (zie pagina 10) vindt de Nederlandse Sportraad deze maatregelen te vrijblijvend en adviseert zij de overheid om sport en bewegen te beschouwen als publieke voorziening. De rijksoverheid moet daarvoor een stelsel opzetten waarin sport voor iedereen beschikbaar, toegankelijk en van kwalitatief goed niveau is en de verantwoordelijkheid voor dit stelsel wettelijk vastleggen [40,127]. Organisaties die zich inzetten voor het vergroten van de sport- en beweegmogelijkheden van mensen met een beperking bevestigen behoefte te hebben aan landelijke sturing. Zij willen meer afstemming, betere samenwerking en een heldere taakverdeling en verdeling van financiële en personele middelen. Zij vinden het bovendien belangrijk om meer ervaringsdeskundigheid in te zetten bij het nastreven van een inclusieve sport- en beweegomgeving [128].

Inclusie van mensen met een beperking in de sport- en beweegcontext
Eerder vertelde ik dat er diverse definities van inclusie in omloop zijn, ook in de sport- en beweegcontext bestaan verschillende interpretaties ervan. In het Sportakkoord wordt onder andere gesproken over het loslaten van hokjesdenken, wegnemen van belemmeringen, verbeteren van toegankelijkheid, tegengaan van uitsluiting en inruilen van aangepast sporten [27]. Artikel 30.5 uit het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap schetst een spectrum van maatregelen aan de hand waarvan inclusie in sport en bewegen gerealiseerd kan worden [125]. Dit spectrum beslaat zowel reguliere als aangepaste sportactiviteiten. Het Sportakkoord sluit daar dus niet bij aan met z'n slogan dat we aangepast sporten inruilen voor inclusief sporten en bewegen [27].

Sport hangt niet alleen samen met sociale inclusie, maar ook met het lichamelijk en psychisch welbevinden. Florian Kiuppis (2018) stelt daarom dat het cruciaal is om sport als een recht te zien en om toegang tot en deelname aan sport te beschouwen als een individuele keuze uit een continuüm van gescheiden, geïntegreerde en inclusieve benaderingen [102]. De resultaten uit ons Sport Empowers Disabled Youth (SEDY) II project ondersteunen dit. In dit project hebben we in Nederland, Finland, Portugal en Litouwen focusgroepsgesprekken gehouden met kinderen met een beperking, hun ouders en professionals die met ze werken, over wat inclusief sporten voor hen betekent. Volgens hen gaat inclusie in de sportpraktijk over het hebben van een keuze, voelen dat je erbij hoort, over gelijkheid en dezelfde rechten hebben, ervoor zorgen dat iedereen mee kan doen en erkennen dat iedereen uniek is. Verder gaven de betrokken professionals aan dat het komen tot inclusie in de sportcontext een continu proces is en dat gebruik van verschillende definities van inclusie belemmerend is [26]. Onduidelijkheid over wat we onder inclusief sporten en bewegen verstaan maakt dat sport- en beweegprofessionals het gebruik van het woord inclusie vermijden en zich soms onzeker voelen of zij het in de praktijk wel goed doen.

Het inclusiespectrum van Ken Black en Pam Stevenson (2011) is een praktisch model dat sport- en beweegprofessionals kunnen gebruiken bij het realiseren van een inclusief sport- en beweegaanbod [102,129]. Het model beschrijft vijf manieren waarop sport- en beweegactiviteiten aan zowel mensen met een beperking als mensen zonder beperking kunnen worden aangeboden: 1) open activiteiten waaraan iedereen zonder aanpassingen of met minimale aanpassingen kan meedoen; 2) aangepaste activiteiten die voor zowel mensen met als zonder beperkingen ontwikkeld zijn; 3) parallelle activiteiten waarbij mensen met een beperking apart trainen van mensen zonder beperking maar wel bij dezelfde sportclub of sportvereniging; 4) afzonderlijke activiteiten die speciaal ontwikkeld zijn voor mensen met een beperking en apart worden beoefend; en 5) sportactiviteiten voor mensen met een beperking, bijvoorbeeld zitvolleybal of boccia, waaraan ook mensen zonder beperking meedoen (omgekeerde integratie). Inclusie in sport gaat dus over het creëren van een scala aan mogelijkheden.

4.2 Mensen met een lage sociaal-economische status (SES)

Ons lectoraat spant zich niet alleen extra in voor het creëren van een verscheidenheid aan sport-, beweeg- en leefstijlondersteuningsmogelijkheden voor mensen met een beperking of chronische aandoening, maar ook voor mensen met een lage SES, dat wil zeggen mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen (9 procent van de Nederlandse bevolking ≤ 65 jaar) [130]. Dit doen we altijd samen met mensen uit deze groepen. Mensen met een lage SES hebben vaker gezondheidsproblemen dan mensen met een hoge SES: zij leven gemiddeld achttien jaar in minder goede gezondheid, zeven jaar korter, bewegen minder, eten ongezonder, roken meer en hebben vaker overgewicht en chronische stress [39,130–132]. Deze problemen staan meestal niet op zichzelf, maar zijn onderdeel van achterliggende problematiek zoals werkloosheid, schulden en armoede. Hierdoor heeft het verbeteren van de gezondheid vaak geen prioriteit. Beweeg-, sport- en leefstijlprogramma's voor deze mensen moeten hier rekening mee houden [131]. Met een integrale, op maat gerichte aanpak – waarin aandacht is voor gedrag en context door preventie, zorg, welzijn, sport en leefomgeving te verbinden – valt winst te behalen in het terugbrengen van deze gezondheidsverschillen [71,133].

5. Aangepast sporten en bewegen

Nu jullie meer weten over de achtergrond en visie van waaruit wij onderzoek doen, presenteer ik graag onze onderzoekslijnen. Zoals ik eerder vertelde heeft ons lectoraat drie onderzoekslijnen, waarvan de eerste Aangepast sporten en bewegen is. Het onderzoek binnen deze onderzoekslijn sluit aan bij het gelijknamige uitstroomprofiel van onze Sportkunde-opleiding. Dit profiel bereidt voor op de functie van sport- of leefstijlprofessional in een zorgsetting of van buurtsportcoach met aangepast sporten als aandachtsgebied. Met de activiteiten binnen deze onderzoekslijn proberen we professionals met deze functies te ondersteunen. Ik zal nu eerst vertellen wat wij onder aangepast sporten en bewegen verstaan. Daarna zal ik onze activiteiten en speerpunten voor onderzoek binnen deze lijn bespreken.

5.1 Definitie, activiteiten en werkwijze

Binnen deze onderzoekslijn hanteren we een ruime definitie van aangepast sporten en bewegen, en richten we ons met scholing en onderzoek op de sport-, beweeg- en leefstijlprofessionals die mensen, ongeacht hun beperkingen, ondersteunen, begeleiden en stimuleren om te sporten en bewegen.

Wat verstaan we onder aangepast sporten en bewegen?
Als we het over aangepast sporten en bewegen hebben dan gaan wij uit van de ruime definitie van de International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA). Aangepast sporten en bewegen is een multidisciplinair vakgebied dat zich richt op stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen bij fysieke activiteit. Het vakgebied maakt zich hard voor de acceptatie van individuele verschillen en gelijke toegang tot sport en een actieve leefstijl en bevordert innovatie, samenwerking en empowerment. Aangepast sporten en bewegen omvat, maar is niet beperkt tot, lichamelijke opvoeding, sport, recreatie, dans, creatieve kunsten, voeding, geneeskunde en revalidatie. [134].

Meestal richt aangepast sporten en bewegen zich op mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Echter, de principes die gebruikt worden, zijn ook toepasbaar bij andere doelgroepen die een op maat gesneden aanpak behoeven, zoals mensen met overgewicht, chronische aandoeningen, psychiatrische aandoeningen of ouderen. Aangepast sporten en bewegen gaat over het personaliseren van instructies en het afstemmen van activiteiten op individuele mogelijkheden en behoeften. Het gaat over het aanpassen van de omgeving om een gelijkwaardige deelname aan sport en bewegen te bevorderen [135]. De ruime definitie van aangepast sporten en bewegen van IFAPA sluit zeer goed aan bij het werken vanuit de concepten Positieve Gezondheid en empowerment. Om de principes die gebruikt worden in het aangepast sporten en bewegen goed te kunnen toepassen, zijn de juiste competenties en een faciliterende omgeving nodig.

Verzorgen van scholing
Zorg-, sport- en welzijnsprofessionals hebben een belangrijke rol in de duurzame toeleiding naar een actieve leefstijl van mensen met een beperking of chronische aandoening. Echter, door gebrek aan tijd, bewustzijn en kennis over sport- en beweegmogelijkheden zijn er weinig zorgprofessionals en sociaal werkers die het belang van sport en bewegen bij hun patiënten ter sprake brengen [63,136–139]. Sport- en beweegprofessionals in de recreatiesector worden vaak bekritiseerd vanwege een gebrek aan kennis en vaardigheden om voor een inclusief sportklimaat te kunnen zorgen en de activiteiten, instructie en begeleiding aan te kunnen laten sluiten bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van mensen met een beperking [63].

Als we breder kijken naar leefstijlondersteuning dan zien we in de zorgpraktijk dat er nog veel vragen zijn over welke leefstijlaspecten, bij welke patiënt, door welke professionals moeten worden opgepakt en hoe het domeinoverstijgend samenwerken hierbij georganiseerd kan worden. Wederzijds respect en vertrouwen, accepteren dat visies kunnen verschillen en elkaar aanvullen op expertise zijn factoren die deze samenwerking kunnen bevorderen [140,141]. Daarentegen kunnen stereotiepe opvattingen over elkaars beroep en een gebrek aan waardering van elkaars competenties en activiteiten deze samenwerking belemmeren [140]. Mede hierdoor komt een structurele samenwerking en goede overdracht tussen zorgprofessionals, welzijnsprofessionals en sport- en beweegaanbieders maar moeizaam op gang [72].

Daarom besteden we met het lectoraat aandacht aan scholing van (toekomstig) professionals op het gebied van aangepast sporten en bewegen én het verbeteren van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en sportdomein. Met de netwerkorganisatie Centrum voor Aangepast Sporten Amsterdam (CASA), onderdeel van de netwerkorganisatie Amsterdam Institute of Sport Science (AISS), ontwikkelen we bijvoorbeeld een verdiepingsstage voor medisch specialisten in opleiding om hun competenties ten aanzien van aangepast sporten en bewegen te vergroten. Daarnaast organiseren we themabijeenkomsten en ontwikkelen we samen met verschillende partners een scholingsaanbod voor een breed publiek om zowel wetenschappelijke kennis als praktijkkennis over aangepast sporten en bewegen te verspreiden.

Integraal samenwerken bij leefstijlondersteuning
Naast scholing besteden we met het lectoraat aandacht aan het integraal samenwerken bij het ontwikkelen en implementeren van leefstijlinterventies. Een eerste voorbeeld betreft mensen met een chronische aandoening. In de behandelrichtlijnen voor mensen met leefstijlgerelateerde aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en artrose, staat dat er in het behandeltraject aandacht moet zijn voor leefstijl. Naast de huisartsenpraktijk lijkt het ziekenhuis een geschikte plek om een start te maken met gedragsverandering naar een gezonde leefstijl, omdat angst voor ziekteprogressie en de behoefte aan regie over de eigen gezondheid mensen motiveren om gezonder te gaan leven [62].

Echter, wegens gebrek aan tijd en prioriteit besteden tweedelijns zorgprofessionals hier nog altijd te weinig aandacht aan in hun dagelijkse praktijk [138,139]. Daarom zijn in het Lifestyle front Office For Integrating lifestyle medicine in the Treatment of patients (LOFIT) project (penvoerder Amsterdam UMC) leefstijlloketten ingericht in twee academische ziekenhuizen waar medisch specialisten hun patiënten met leefstijlproblematiek naar kunnen doorverwijzen [142]. De leefstijlmakelaar die het loket bemenst, kijkt samen met de patiënt naar passende en haalbare leefstijlinitiatieven in diens woonomgeving en regelt doorverwijzing. In dit project worden naast vragen over de (kosten)effectiviteit van het leefstijlloket, diverse andere vragen onderzocht, waaronder vragen over belemmeringen en stimulansen voor de implementatie van het leefstijlloket. Ons lectoraat is als partner betrokken en focust onder andere op de samenwerking tussen het leefstijlloket en eerstelijnszorgprofessionals, sportprofessionals en sociaal professionals die leefstijlinitiatieven aanbieden.

Een tweede voorbeeld betreft mensen met een lichamelijke beperking die onder andere in de medisch specialistische revalidatie worden gezien. Veel van deze mensen hebben een verhoogd risico op leefstijlgerelateerde aandoeningen omdat een lichamelijke beperking veroorzaakt door bijvoorbeeld een spierziekte of hersenletsel het energieverbruik kan beïnvloeden [143,144]. Een gezonde leefstijl kan dit gezondheidsrisico verminderen en het herstel positief beïnvloeden [37]. Daarom krijgt leefstijl aandacht in de medisch specialistische behandeling. Deze aandacht stopt echter als het revalidatietraject is afgelopen. Vaak is er dan nog geen sprake van duurzame gedragsverandering, dus idealiter wordt de leefstijlondersteuning dan voortgezet door professionals in de woonomgeving van de revalidant. Ook onder mensen met een lichamelijke beperking die buitenbeeld zijn van de revalidatiegeneeskunde is behoefte aan leefstijlondersteuning in de woonomgeving. Om deze ondersteuning te kunnen bieden, dient de leefstijlprofessional voldoende kennis te hebben van de mogelijke problematiek waarop de leefstijl en leefstijlondersteuning afgestemd moeten worden.
Bij een dwarslaesie kan er bijvoorbeeld sprake zijn van decubitus (doorzitwonden), darmproblematiek, verminderde rompstabiliteit en een relatief laag energieverbruik door verlies van spiermassa. Kennis hiervan is van belang om de juiste leefstijladviezen te kunnen geven.

Bij leefstijlbegeleiding aan mensen met een lichamelijke beperking door leefstijlprofessionals in de eigen woonomgeving speelt echter het probleem dat een groot deel van deze groep niet in aanmerking komt voor de uit de basisverzekering vergoede GLI-programma's. Deze GLI's houden daarenboven onvoldoende rekening met de behoeften en mogelijkheden van deze groep. Mensen met een dwarslaesie of spierdystrofie en een BMI < 25 kg/m2 voldoen bijvoorbeeld niet aan de inclusiecriteria voor deelname, terwijl er door veranderingen in lichaamssamenstelling wel al sprake kan zijn van gezondheidsrisico's [145,146]. Daarom onderzoeken we samen met mensen met een lichamelijke beperking, kennispartners en andere stakeholders, hoe we het aanbod aan leefstijlondersteuning en leefstijlprogramma's geschikter en toegankelijker kunnen maken voor deze groep en hierbij integraal kunnen samenwerken.

Een derde en laatste voorbeeld betreft mensen met een psychische aandoening. Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft leefstijl de afgelopen jaren veel meer aandacht gekregen [68]. In 2015 is een multidisciplinaire richtlijn gepubliceerd waarin ggz-professionals wordt aangeraden om mensen met een ernstige psychische aandoening regelmatig te screenen op leefstijl en lichamelijke gezondheid en om hen op indicatie leefstijlondersteuning te bieden [147]. De implementatie van deze richtlijn is niet eenvoudig en professionals hebben veel vragen over het interdisciplinair samenwerken hierbij [148]. Daarom zijn we met meerdere lectoraten, opleidingen en praktijkpartners een interdisciplinair leer- en innovatienetwerk (lin) gestart met het doel om interprofessionele vraagstukken rondom ggz en leefstijl te beantwoorden. Vanuit dit lin ondersteunen we momenteel een ggz-afdeling bij het implementeren van bovengenoemde richtlijn. Daarnaast exploreren we de waarde van het toevoegen van boks-workshops aan ggz-programma's voor jongeren met een ouder met psychische of verslavingsproblemen. We hebben de ambitie om dit lin in de toekomst te verbreden naar mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. Bij deze groep komen psychische aandoeningen relatief vaak voor en is sprake van vergelijkbare problematiek en vraagstukken.

Naast scholings-, ontwerp- en samenwerkingsvraagstukken richten we ons op het ontwikkelen van kennis die nodig is om mensen met een beperking of chronische aandoening een scala aan passende sport- en beweegmogelijkheden te kunnen bieden.

Kennishiaten dichten met onderzoek

Soms ontbreekt het professionals aan kennis door lacunes in wetenschappelijk onderzoek of door een gebrek aan vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk. Voor het stimuleren van inclusie in sport is bijvoorbeeld inzicht nodig in hoe groepen die minder goed mee kunnen doen in de sport idealiter mee willen doen. Bijvoorbeeld voor kinderen en jeugd met een beperking was hierover nog weinig bekend, daarom hebben we dit zoals ik eerder vertelde onderzocht in het SEDY II project (zie pagina 22). Hardlopen met ontstekingsreuma is een ander voorbeeld. Omdat hier nog weinig onderzoek naar is gedaan, adviseren zorgprofessionals verschillend over de geschiktheid van deze sport en zijn er vragen over mogelijke gezondheidsrisico's en aanpassingen in materiaal en trainingsopbouw [149]. Daarom zijn we met verschillende partners een project gestart met de lange termijn ambitie om de gezondheidseffecten en -risico's van hardlopen met ontstekingsreuma te onderzoeken en om scholings- en voorlichtingsmaterialen te ontwikkelen. Hiermee willen we de voorlichting en begeleiding van deze groep bij hardlopen verbeteren, zodat zij niet onnodig het advies krijgt om deze populaire sport te vermijden.

Systematische aanpak
Bij het ontwikkelen, evalueren en implementeren van leefstijlprogramma's gaan we systematisch te werk waarbij we gebruikmaken van verschillende methodieken en ontwerpkaders. Voorbeelden hiervan zijn het Intervention Mapping protocol [150], het Behaviour Change Wheel [45], het Medical Research Council (MRC) framework en de Centre for eHealth Research and Disease Management (CeHRes) Roadmap [151,152]. Bij al deze methodieken wordt gebruikgemaakt van theorie en wetenschappelijke evidentie over gedragsverandering en wordt rekening gehouden met de sociale en fysieke context waarin het gezondheidsprobleem zich voordoet en de interventie zal worden uitgevoerd. Gebruik van deze stappenplannen vergroot de kans op een goed werkende, succesvolle interventie.

5.2 Speerpunten voor onderzoek

Nu ik het een en ander verteld heb over onze activiteiten en werkwijze vertel ik graag kort wat onze speerpunten voor onderzoek zijn op dit thema. Het onderzoek binnen de onderzoekslijn Aangepast sporten en bewegen heeft de ambitie om bij te dragen aan het verbeteren van de sport- en beweegmogelijkheden en leefstijlondersteuning van mensen met een beperking of chronische aandoening. Hiertoe doen we wensen- en behoeftenonderzoek onder belanghebbenden; bestuderen we hoe technologie leefstijlondersteuning kan verrijken of laagdrempeliger kan maken; en ontwikkelen, implementeren en evalueren we passende sport- en leefstijlinterventies. Dit doen we altijd in co-creatie met de eindgebruikers. Daarnaast ontwikkelen we oplossingen voor handelingsverlegenheid van professionals, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een onderwijsmodule gericht op het inzetten van technologie bij leefstijlondersteuning.

Voor twee vraagstukken hebben we speciale aandacht. Allereerst hoe we patiënt- of cliëntvertegenwoordigers met minder affiniteit voor sport en bewegen kunnen betrekken. Ik doel hier op mensen uit de groep die de meeste gezondheidswinst kan behalen met meer gaan bewegen en gezonder gaan leven. Ten tweede hebben we bijzondere aandacht voor de vraag hoe we de interprofessionele samenwerking tussen sport- en beweegprofessionals, zorgprofessionals en sociaal werkers op het gebied van leefstijlondersteuning en sporttoeleiding kunnen verbeteren.

adidas

6. Sport en maatschappij

De tweede onderzoekslijn waarbinnen wij onderzoek doen is Sport en maatschappij. Ook deze onderzoekslijn sluit aan bij een gelijknamig uitstroomprofiel van onze Sportkunde-opleiding, dat in dit geval voorbereidt op het benutten van de gezondheidswaarde en sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen (zie paragraaf 1.1), in een functie als sportbeleidsmedewerker of buurtsportcoach. Met onze activiteiten en speerpunten binnen deze lijn willen we professionals in deze functies ondersteunen. Voordat ik deze activiteiten en speerpunten bespreek, zal ik eerst kort vertellen welke aanpak we binnen deze onderzoekslijn gebruiken.

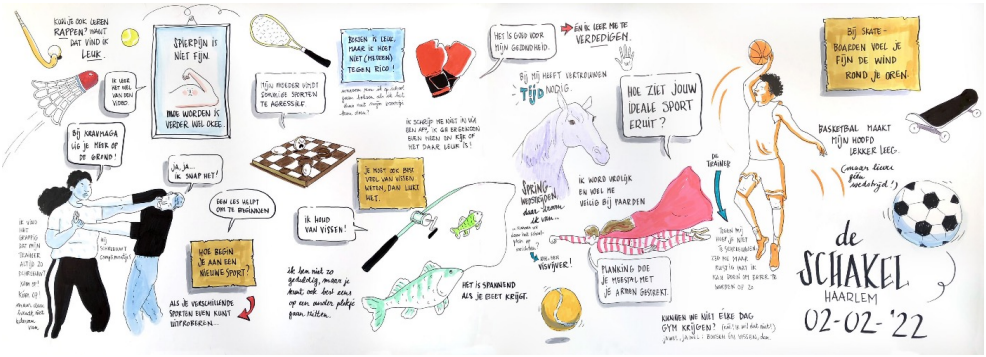
6.1 Aanpak en activiteiten

Binnen de onderzoekslijn Sport en maatschappij gebruiken we verschillende aanpakken en onderzoeksmethoden.

Onderzoek in living labs
Ons onderzoek naar de sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen vindt plaats in zogenaamde living labs. Een living lab is een levensechte leer- en innovatieomgeving die wordt gekenmerkt door zowel een fysieke locatie als een gezamenlijke aanpak, waarin verschillende partijen co-creëren, experimenteren en implementeren [153]. Praktijkprofessionals, onderzoekers, docenten, studenten, cliënten, patiënten en burgers werken er gelijkwaardig samen aan complexe maatschappelijke vraagstukken, ondanks dat er grote verschillen in inbreng zijn [154]. We zijn samen met gemeente Haarlem en Stichting SportSupport Kennemerland trekker van het Sport- en Beweeglab Haarlem en als kennis- en onderwijspartner betrokken bij het Sluislab op Zeeburgereiland in Amsterdam. In beide living labs staat sociale innovatie centraal. Onderzoeksmethoden die hierbij aansluiten en die we in deze labs inzetten, zijn participatief actieonderzoek en ontwerpgericht onderzoek.

Uitvoering en monitoring van het lokaal Sportakkoord
De onderzoeks- en innovatieprojecten binnen het Sport- en Beweeglab Haarlem staan ten dienste van de uitvoering van het lokaal Sportakkoord dat zich op dezelfde thema's richt als het Nationaal Sportakkoord: inclusief sporten en bewegen; duurzame sportinfrastructuur; vitale sport- en beweegaanbieders; positieve sportcultuur; van jongs af aan vaardig in bewegen; en topsport die inspireert [27,155]. De projecten vinden op wijkniveau plaats, waardoor we integraal kunnen samenwerken in de wijk. In Haarlem Noord experimenteren we bijvoorbeeld met een innovatief sport- en beweegaanbod voor jongeren op scholen voor praktijkonderwijs en vmbo (thema's inclusief sporten en bewegen en vitale aanbieders). Zowel scholen, gemeenteprofessionals als sport- en welzijnsprofessionals zijn bij dit project betrokken.

De jongeren zelf hebben prachtige moodboards gemaakt om hun sportwensen uit te drukken. In een interactieve sessie hebben we deze mood-boards vertaald naar een tekening die als input is gebruikt voor het te ontwerpen aanbod (figuur 5). Momenteel organiseren we laagdrempelige sportclinics op school, waarna we over gaan op het leiden naar sport- en beweegactiviteiten in de wijk. Parallel hieraan werken we aan het ontwikkelen van een netwerkabonnement, waarmee de jongeren duurzaam en flexibel gebruik kunnen maken van een gezamenlijk sportaanbod van lokale sportaanbieders en het jongerenwerk. Dit project zal worden afgesloten met een effect- en procesevaluatie.



Figuur 5. *Tekening die de sportwensen van jongeren betrokken bij een innovatieproject van het Sport- en Beweeglab Haarlem laat zien.*

Beweegvriendelijke openbare ruimte

In Haarlem Schalkwijk doen we onderzoek naar de beweegvriendelijkheid van de openbare ruimte, wat aansluit bij het thema duurzame sportinfrastructuur van het Sportakkoord. Als onderliggend model gebruiken we het model Beweegvriendelijke Omgeving (BVO-model) dat illustreert dat de beweegvriendelijkheid van de omgeving wordt bepaald door de fysieke leefomgeving, het sport- en beweegaanbod en de organisatie van het zichtbare aanbod [141]. We evalueren onder andere het gebruik van de KWIEK-beweegroute, dit is een wandelroute die gebruikmaakt van straatmeubilair om oefeningen mee te doen. Daarnaast bestuderen we de samenwerking tussen professionals die betrokken zijn bij de opzet, het onderhoud en het gebruik van de route. In het Amsterdamse Sluislab hebben we ook de intentie om onderzoek te gaan doen naar het beweegvriendelijk inrichten van de omgeving. Het leuke en uitdagende van de Sluisbuurt is dat het een nieuw stuk stad is waar nog niet alles is ingevuld. Inholland wordt de eerste bewoner en is met het lab actief betrokken bij de ontwikkeling van de wijk [156]. De wens is om op termijn ook de buurtsportcoach bij dit lab te betrekken.

Erkenning en professionalisering van de buurtsportcoach
Bij het integraal werken en het stimuleren van de sociaal-maatschappelijke waarde van sport speelt de buurtsportcoach, één van de beroepen waar de bacheloropleiding Sportkunde toe opleidt, een belangrijke rol. Deze functie is in 2012 geïntroduceerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met het doel om een leven lang bewegen te stimuleren door de sport- en beweegsector met andere sectoren te verbinden [157]. Het takenpakket van een buurtsportcoach is niet strak omlijnd, gemeenten hebben de vrijheid om de buurtsportcoach in te bedden op een manier die past bij de lokale context [158]. Hierdoor zien we bij deze beroepsgroep een grote variatie in werkomstandigheden en werkzaamheden. Grofweg hebben buurtsportcoaches drie rollen. In de eerste rol, van makelaar of verbinder, brengen zij lokale samenwerkingen tussen organisaties in de sport-, welzijns-, zorg-, onderwijs- en culturele sector, de kinderopvang en het bedrijfsleven tot stand en breiden deze samenwerkingen uit. In de tweede rol, van doorverwijzer, ondersteunen ze zorg- en welzijnsorganisaties bij de sport- en beweegtoeleiding van mensen door ze in contact te brengen met lokale sport- en beweegaanbieders met passend aanbod. In de derde rol van organisator organiseert de buurtsportcoach kennismakingsactiviteiten, evenementen of fittesten in samenwerking met lokale sport- en beweegaanbieders en zorgorganisaties. Daarnaast kunnen buurtsportcoaches bijdragen aan het bieden van verenigingsondersteuning en het vertalen van beleid naar uitvoeringsplannen [159].

In het Sport- en Beweeglab Haarlem werken wij zeer nauw samen met de lokale buurtsportcoaches en profiteren we volop van hun kwaliteiten als netwerkverbinder, doorverwijzer en organisator. Doordat de functie van buurtsportcoach relatief jong is en het functieprofiel de afgelopen jaren flink is verbreed hebben buurtsportcoaches behoefte aan meer zichtbaarheid, meer erkenning en betere professionaliseringsmogelijkheden [159]. Met het lectoraat dragen wij hier graag aan bij, momenteel met onderzoek naar de kwaliteiten van de buurtsportcoach als aanjager van een lerend beweegstimuleringsnetwerk.

6.2 Speerpunten voor onderzoek

Tot slot vertel ik graag nog kort over onze speerpunten binnen de onderzoekslijn Sport en maatschappij. Ons onderzoek richt zich op de vraag hoe we de sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen optimaal kunnen benutten en zichtbaar kunnen maken. Hiertoe doen we participatief, wijkgericht onderzoek en werken we integraal samen met praktijk- en kennispartners in het sport-, sociaal- en zorgdomein. Samen met studenten en alle belanghebbenden onderzoeken we hoe we het sport- en beweegaanbod, de sport- en beweegcultuur (het sociale klimaat) en de sport- en beweeginfrastructuur kunnen laten aansluiten bij de lokale behoeften, en inclusief en toekomstbestendig kunnen maken. Op basis hiervan ontwerpen we doelgerichte interventies die we evalueren op proces en effect. Met ons motto ‘iedereen kan meedoen’ hebben we speciale aandacht voor groepen voor wie sport en bewegen minder vanzelfsprekend zijn.

7. Gezondheidsmanagement

Onze derde onderzoekslijn heet Gezondheidsmanagement en richt zich op het fit, vitaal en gezond houden van werkenden. In Nederland hebben zo'n 9,4 miljoen mensen (71 procent) in de leeftijdscategorie 15-75 jaar betaald werk [160]. Een groot deel van hen brengt veel tijd door op het werk, waardoor het belangrijk is om ook daar aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl. Zeker omdat dit de kans biedt om mensen te bereiken die doorgaans minder meedoen aan gezondheidsbevorderingsprogramma's, zoals jonge mannen en mensen met een lagere SES [161]. Ook deze onderzoekslijn heeft een gelijknamig uitstroomprofiel: Gezondheidsmanagement. Dit richt zich op het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbeleid binnen organisaties. We leiden sportkundig preventiemedewerkers op die we met het onderzoek ondersteunen. Een preventiemedewerker ondersteunt werkgevers bij het waarborgen van de dagelijkse gezondheid en veiligheid van de medewerkers en het realiseren van optimale arbeidsomstandigheden. Anders dan bij de twee voorgaande onderzoekslijnen vertel ik eerst wat meer over het belang van gezondheidsmanagement, de relaties tussen werk, vitaliteit en gezondheid en gezondheidsbevorderende programma's in de werkcontext. Daarna zal ik onze activiteiten en speerpunten binnen deze onderzoekslijn bespreken. Allereerst sta ik stil bij het belang van duurzaam inzetbare, vitale werknemers.

7.1 Achtergrondinformatie en ons eerste project

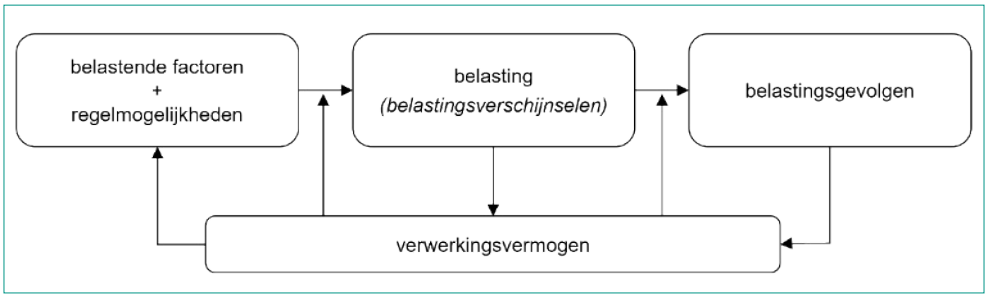
Door krapte op de arbeidsmarkt als gevolg van vergrijzing en een groeiende economie probeert de overheid iedereen die kan werken zo veel en lang mogelijk aan het werk, ofwel 'duurzaam inzetbaar', te houden. Duurzame inzetbaarheid betekent dat medewerkers in hun arbeidsleven doorlopend over realiseerbare mogelijkheden en voorwaarden beschikken om met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren [162]. De Sociaal-Economische Raad spreekt in dit verband over 'mensen tot hun pensioen gezond, gelukkig en bekwaam aan het werk houden' door aandacht te hebben voor 'arbeidsomstandigheden, vitaliteit en een leven lang ontwikkelen' [163]. Naast de vergrijzing brengen globalisering en technische ontwikkelingen de duurzame inzetbaarheid van werknemers in gevaar. In sommige branches raken de vaardigheden van medewerkers snel verouderd, waardoor zij zich continu moeten blijven ontwikkelen om mee te kunnen blijven doen op het werk. Aandacht voor duurzame inzetbaarheid van werknemers is van groot belang om ziekteverzuim te voorkomen.

Werkgerelateerd ziekteverzuim en gezondheidsmanagement
In Nederland is ongeveer een kwart van het ziekteverzuim gerelateerd aan werk. Klachten aan het bewegingsapparaat, met name in de rug, schouders en armen, en psychische klachten, overspannenheid en burn-out, worden relatief vaak (gedeeltelijk) aan het werk toegeschreven. Ze zijn verantwoordelijk voor meer dan de helft van het totaal aantal ziekteverzuimdagen in Nederland [164]. In de bouw, het onderwijs, het vervoer, de gezondheidszorg en de industrie komt werkgerelateerd ziekteverzuim

het meest voor. Verschillen in ziekteverzuim tussen sectoren hangen deels samen met verschillen in sociaal-demografische kenmerken van werknemers en verschillen in psychosociale en fysieke arbeidsbelasting. Het ziekteverzuimpercentage is hoger onder vrouwen dan mannen, onder laag opgeleiden dan hoogopgeleiden en loopt op met de leeftijd. Verder valt op dat lichamelijke beroepsziekten aan het bewegingsapparaat meer voorkomen bij oudere werknemers in de leeftijd 55 tot 75 jaar, terwijl psychische beroepsziekten meer voorkomen bij werknemers tussen de 25 en 54 jaar [164]. Ziekteverzuim als gevolg van bovengenoemde klachten hangt samen met weinig bewegen en overgewicht. Preventief inzetten op een gezonde leefstijl en gezond werken, heeft dus de potentie om het ziekteverzuim terug te dringen [165].

Relatie tussen werk, vitaliteit en gezondheid

De wisselwerking tussen werk, vitaliteit en gezondheid kan worden beschreven aan de hand van verschillende theoretische modellen, waarvan ik er hier twee bespreek. Het eerste model betreft het model Arbeidsbelasting dat veel wordt gebruikt in de sociale geneeskunde en bedrijfsgezondheidszorg (figuur 6) [166]. Dit model veronderstelt dat het verwerkingsvermogen – de belastbaarheid van een persoon – veranderlijk is en zelfs binnen een werkdag kan variëren onder invloed van belastende factoren; regelmogelijkheden; kortdurende belastingsgevolgen (bijvoorbeeld tijdelijke vermoeidheid); en langdurigere belastingsgevolgen (uitputting en ziekte, maar ook positieve gevolgen zoals verbeteringen in kennis, vaardigheden en fysieke fitheid).



Figuur 6. *Model Arbeidsbelasting. Bron: overgenomen van Van Dijk et al. (1990) [166].*

Het tweede model betreft het Job Demands-Resources (JD-R) model, ook wel bekend als het Werkstressoren en Energie-Bronnen (WEB) model, dat veel wordt gebruikt in de arbeids- en gezondheidspsychologie [167,168]. Volgens het JD-R model heeft elke baan aspecten die aanhoudende fysieke of mentale energie kosten (werkeisen) én aspecten die energie geven omdat ze bijvoorbeeld bijdragen aan het bereiken van werkdoelen of persoonlijke groei (energiebronnen). Een disbalans tussen hoge werkeisen en onvoldoende energie- of hulpbronnen kan via een burn-out tot negatieve werk- en gezondheidsuitkomsten leiden, zoals ondermaatse prestaties en ziekteverzuim. Daarentegen kan een overvloed aan energiebronnen via bevlogenheid (work engagement) – een gevoel van voldoening dat wordt gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie – tot positieve uitkomsten leiden, zoals het uitvoeren van extra taken en uitmuntende werkprestaties [168]. Het belang van het hebben van regelmogelijkheden, autonomie (één van de energiebronnen uit het JD-R model) en vitaliteit pleit ook op de werkvloer voor werken vanuit het concept Positieve Gezondheid, waarbij zowel werkgevers als werknemers aandacht hebben voor zingeving, veerkracht en eigen regie.

Verhogen van vitaliteit met interventies

Deze verklaringsmodellen geven sturing aan waar interventies ter bevordering van de vitaliteit, gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden zich op kunnen richten en rekening mee moeten houden. Door eigen regie, een gezonde leefstijl en fysieke fitheid te stimuleren nemen het verwerkingsvermogen en de vitaliteit toe. Dit komt ten gunste aan de gezondheid, werkparticipatie, werkprestaties en duurzame inzetbaarheid. Er is al veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van leefstijlinterventies op de werkvloer. Afhankelijk van het type werk richten dit soort interventies zich veelal op het verhogen van de fysieke activiteit en gezond voedingsgedrag, maar ook op het verminderen van sedentair gedrag. Onder sedentair gedrag worden activiteiten verstaan die worden uitgevoerd in wakkere toestand met een energieverbruik niet veel hoger dan in rust, zoals zitten en liggen. Volwassen Nederlanders in de leeftijdsgroep 18-64 jaar zitten gemiddeld 9,3 uur per dag waarvan een groot deel op hun werk [169]. Dat is veel ten opzichte van andere Europese landen, we worden zelfs gekscherend Europees kampioen zitten genoemd [170,171].

Systematisch literatuuronderzoek naar het effect van beweeg, voedings- en gewichtsmanagementinterventies op het werk laat een grote variatie zien in de mate waarin deze interventies tot de gewenste leefstijl-, gezondheids- en werkgerelateerde uitkomsten leiden [161,172–175]. Het is dus belangrijk om verder te onderzoeken welke componenten precies in welke setting het meest effectief zijn. Hiervoor is meer onderzoek nodig naar de inzet van verschillende gedrags- en omgevingsveranderingsstrategieën in verschillende branches en organisaties. Volgens de literatuur zijn counseling met gebruik van motiverende gespreksvoering; voorlichting; het aanbieden van groepsactiviteiten; en belonen van gezond gedrag werkzame elementen voor het veranderen van voedings- en beweeggedrag op de werkvloer [173]. Omdat gezondheidsgedrag voortkomt uit de interactie tussen het individu en de omgeving moet een op het werk aangeboden leefstijlinterventie idealiter ook aanpassingen in de fysieke werkomgeving en organisatiestructuur bevatten [161]. De CHRODIS PLUS Toolkit voor werkgevers bevat talrijke evidence-based maatregelen die werkgevers kunnen nemen om de fysieke en sociale omgeving te veranderen en een gezonde leefstijl onder werknemers te stimuleren [176].

Implementatieonderzoek en participatieve aanpak
Bedrijven die gezondheids- en welzijnsbevorderende interventies aanbieden, staan voor de uitdaging om werknemers voor deelname te enthousiasmeren. Barrières zoals gebrek aan interesse, tijd of motivatie, beperkte middelen en onvoldoende steun van het management kunnen ervoor zorgen dat interventies nauwelijks gebruikt worden en hierdoor weinig impact hebben [174]. Dit zien we ook in onze eigen organisatie. We hebben een uitgebreid gezondheids- en vitaliteitsbeleid op basis waarvan allerlei interventies en activiteiten worden aangeboden, zoals stoelyoga, fysieke en mentale coaching. Slechts een beperkte groep collega's maakt hier gebruik van. Uit navraag bij de afdeling Human Resource Management (HRM) blijkt dat het implementatieproces vluchtig is doorlopen, een gedegen implementatieonderzoek lijkt nodig. Implementatieonderzoek is wetenschappelijk onderzoek naar methoden om de systematische opname van onderzoeksresultaten en andere evidence-based handelingen in de dagelijkse praktijk te bevorderen om daarmee de kwaliteit en effectiviteit van gezondheidsdiensten en zorg te verbeteren [177]. Succesvolle implementatie van gezondheidsbevorderende interventies op het werk vereist een planmatige aanpak waarbij werknemers in alle stappen betrokken worden [178]. Dit is om drie redenen van belang. Ten eerste voor het afstemmen van de interventie op de organisatiecontext en organisatiecultuur. Ten tweede voor het empoweren van werknemers – het samen leren en innoveren middels een participatieve aanpak is een op zichzelf staand werkzaam element. Ten derde vergemakkelijkt een participatieve aanpak het veranderproces en het onder de aandacht brengen van de interventie [178].

In oktober 2021 startten we daarom samen met de afdeling HRM en het lectoraat HRM en Persoonlijk Ondernemerschap met het implementatieproject Vitaal Inholland. Een participatief actieonderzoek mét en onder collega's. We nemen hierin de match tussen de wensen en behoeften van medewerkers en het vitaliteitsaanbod onder de loep en onderzoeken belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van dit aanbod. Een volgende stap is het selecteren van passende evidence-based oplossingen en implementatiestrategieën. We verwachten zo tot een effectiever en breed gedragen vitaliteits- en gezondheidsaanbod te komen. Parallel hieraan zijn we een interdisciplinaire leer- en innovatiegemeenschap aan het vormen, waarin medewerkers, studenten en onderzoekers met én van elkaar kunnen leren en innoveren op dit belangrijke thema binnen de hogeschool.

7.2 Speerpunten voor onderzoek

Nu ik wat achtergrondinformatie heb gegeven en ons eerste project binnen de onderzoekslijn Gezondheidsmanagement heb toegelicht, deel ik graag onze speerpunten voor onderzoek. Activiteiten binnen de onderzoekslijn Gezondheidsmanagement richten zich op het ondersteunen van preventiemedewerkers en werkgevers bij het fit, vitaal en gezond houden van werknemers. Hiertoe doen we wensen- en behoeftenonderzoek onder belanghebbenden; bestuderen we effectieve maatregelen voor het preventief verminderen van de fysieke en mentale arbeidsbelasting; verkennen we welke interventies in welke context bijdragen aan de fitheid, vitaliteit, gezondheid en het welzijn van werknemers en doen we implementatie- en evaluatieonderzoek.

12
2
5

8. Resumé en persoonlijke verbondenheid

Nu ik de thematiek waarnaar wij onderzoek doen en onze onderzoekslijnen heb gepresenteerd is het tijd voor een korte samenvatting. Met ons onderzoek beogen we een bijdrage te leveren aan:

1. het vergroten van de sport- en beweegdeelname van groepen die relatief inactief zijn;
2. het succesvol ontwikkelen en implementeren van evidence-based en practice-based sport-, beweeg- en leefstijlinterventies in de werk-, wijk- en gezondheidszorgsetting in samenwerking met alle belanghebbenden;
3. het effectief en duurzaam inzetten van de sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen;
4. het verbeteren van de integrale samenwerking tussen sport-, zorg-, sociaal en gemeenteprofessionals bij het bevorderen van duurzaam beweeggedrag; en
5. de positionering en professionalisering van sport-, beweeg- en leefstijlprofessionals, in het bijzonder sportkundigen.

Bevorderen van inclusief sporten en bewegen en inclusieve leefstijlondersteuning, daar gaan we voor. In nauwe samenwerking met de mensen om wie het gaat, het werkveld, studenten, docenten, kennispartners, overheden en bedrijfsleven dragen we bij aan de implementatie van evidence-based en practice-based interventies om de gezondheidswaarde en sociaal-maatschappelijke waarde van sport en bewegen optimaal te benutten. Hierbij werken we vanuit het gedachtengoed van Positieve Gezondheid en empowerment en maken we gebruik van technologie waar dit haalbaar en van meerwaarde is. We stellen de mens centraal en hebben oog voor de rol van de omgeving en samenleving bij het kunnen voeren van eigen regie op het gebied van sport, bewegen en gezondheid.

Iedereen kan meedoen!

Vlak voor het einde van mijn rede wil ik graag nog even terugkomen op de titel 'Iedereen kan meedoen!'. Deze titel is geïnspireerd op resultaten van focusgroeponderzoek binnen het SEDY II project naar de betekenis van inclusie in sport voor kinderen met een beperking [179]. Eerder in deze rede heb ik hier al over verteld.

Iedereen mee kunnen laten doen, loopt ook als een rode draad door mijn eigen professionele ontwikkeling. Tijdens mijn bacheloropleiding aan de Academie voor Lichamelijke Opvoeding van de Hogeschool van Amsterdam (2000-2004) koos ik voor de afstudeerrichting Speciaal Onderwijs. Ik wilde leren hoe je het bewegingsonderwijs en sportactiviteiten kan afstemmen op de wensen en behoeften van mensen met een ziekte of beperking. Aan de Faculteit Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit studeerde ik af in de richting Revalidatie (2004-2006). Hier had ik de ambitie om met wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan het vergroten van de beweeg- en sportmogelijkheden van revalidanten. Vervolgens ging ik in 2006 als sportmedewerker aan de slag in het nieuwe sportcentrum van het toenmalig Jan van Breemen Instituut (nu Reade), waar we sportaanbod creëerden voor patiënten, revalidanten en andere

Amsterdammers met een beperking of chronische ziekte. Bij alle activiteiten konden de deelnemers naar eigen mogelijkheden meedoen. In 2013 stapte ik gedeeltelijk over naar Inholland, waar ik als docent en later ook als onderzoeker aan de opleiding Sportkunde in de expertgroep Aangepast sporten en bewegen belandde. Deze expertgroep werkt samen met toekomstige sport- en beweegprofessionals aan de benodigde competenties om mensen met chronische aandoeningen of beperkingen toe te kunnen leiden naar en begeleiden bij sport- en beweegactiviteiten. Ook het promotieonderzoek dat ik in de periode 2009-2014 deed, heeft een connectie met mee kunnen doen, zij het wat minder direct. Dit onderzoek richtte zich op het voorspellen en verklaren van beperkingen in activiteiten bij mensen met een vroeg stadium van knie- of heupartrose. De onderzoeksresultaten geven richting aan interventies ter preventie van beperkingen in activiteiten bij deze populatie, waardoor zij optimaal kunnen blijven participeren in de maatschappij.

Ten slotte geldt het thema Iedereen kan meedoen ook voor de activiteiten van ons lectoraat. Docenten, studenten en praktijkprofessionals kunnen participeren in onze praktijkgerichte onderzoeksprojecten op een manier die bij ze past en waarbij ze in hun kracht staan.

holland
Sportkunde

9. Dankwoord

Na dit uitstapje over de titel en mijn persoonlijke verbondenheid ben ik aan het einde gekomen van mijn rede. Ik wil iedereen die vandaag aanwezig is hartelijk danken voor de belangstelling. Daarnaast wil ik graag iedereen bedanken met wie ik samenwerk en die mij geholpen heeft om hier nu als lector Kracht van Sport en Bewegen te staan. Allereerst de leden van mijn kenniskring voor hun inzet en teamspirit: Anass Arrogi, Koen Baars, Katja Braam, Joan Dallinga, Vera Dekkers, Sheila Gopi, Liesbeth Groenesteijn, Afke Kerkstra, Willemijn Langkamp, Leonie te Loo, Evert van Rest, Guus Rougoor en Tim Vreeburg. Wat ben ik blij met jullie en wat is het fijn om dit lectoraat samen invulling te geven. Marga Buurman, natuurlijk ook veel dank aan jou voor je hulp en steun, in het bijzonder bij het organiseren van deze dag.

Het college van bestuur van Hogeschool Inholland wil ik bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen als lector. In het bijzonder Marije Deutekom, met wie ik een paar jaar geleden nog mooie onderzoeksprojecten uitvoerde in het lectoraat. Dank voor de samenwerking en de kans die je me hebt gegeven om me verder te ontwikkelen, en voor de stappen die je als voormalig directeur van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn hebt gezet om het onderzoek binnen ons domein te versterken.

Carla Rinkel, manager onderwijs en onderzoek van het cluster Social Work Noord en Sportkunde, bij jou kan ik altijd terecht met vragen of om gewoon even te sparren, dat waardeer ik enorm. Dank voor het vertrouwen, het meedenken en je collegialiteit. Ans Konijn, teamleider Sportkunde, wil ik bedanken voor de fijne samenwerking en afstemming. Onze gezamenlijke leer- en innovatiegemeenschappen krijgen steeds meer vorm en ik kijk ernaar uit om na de zomer met hernieuwde energie verder te bouwen. Uiteraard wil ik ook mijn Sportkunde-collega's bedanken voor de samenwerking. Jullie betrokkenheid bij onze studenten en gedrevenheid zijn inspirerend, ik ben trots dat ik deel uit mag maken van het team.

Dankbaar ben ik ook dat ik samen met lectoren Berno van Meijel, Robbert Gobbens, Harmen Bijwaard, Wilma Swildens, Lilian Linders, Femke Kaulingfreks, Richard de Brabander en associate lector Laurence Alpay het Kenniscentrum Preventie in Zorg en Welzijn mag vormen. Met een aantal van jullie werkt ons lectoraat inmiddels samen in één of meerdere projecten. We vullen elkaar mooi aan en het is interessant en leerzaam om elkaars onderzoeksgebieden en werkwijzen beter te leren kennen. Lilian Linders en Berno van Meijel ontzettend bedankt voor het kritisch meelezen met de tekst voor mijn rede, jullie constructieve feedback en bemoedigende woorden hebben mij geholpen. Noor Christoph en Leonie Fotiadis, wil ik bedanken voor de ondersteuning, toewijding en energie waarmee jullie ons Centre of Expertise Preventie in Zorg en Welzijn laten groeien en bloeien. Floor Aarts en Esmeralda van Heijningen hebben mij heel fijn geholpen bij het plannen en toewerken naar vandaag. Veel dank hiervoor!

Ook wil ik een aantal collega's van Reade bedanken. De raad van bestuur voor het vertrouwen. Annelies Jonkman en Wilma Zinger voor de waardering voor het praktijkgerichte karakter en de thematiek van ons onderzoek. Fijn dat we elkaar het afgelopen jaar wat vaker hebben gesproken en Reade-breed meer verbinding aan het maken zijn op het thema leefstijl. Olivia Andiel, leuk om met jou en andere collega's hiermee aan de slag te zijn. Thomas Janssen, Sonja de Groot en Marike van der Leeden wil ik bedanken voor de samenwerking in mooie projecten en het feit dat ik met inhoudelijke vragen altijd bij jullie terechtkan.

Ik ben trots dat ik deel uit mag maken van de krachtige netwerkorganisatie Amsterdam Institute of Sport Science (AISS) en wil Peter Beek, Evert Verhagen en alle andere betrokkenen bedanken voor de waardevolle samenwerking. Het is een mooi vooruitzicht om elkaar na de zomer vaker te gaan ontmoeten in het Amsterdam Performance and Health Center op de VU-campus. Collega's met wie ik samenwerk binnen het onderdeel Centrum voor Aangepast Sporten Amsterdam (CASA AISS) zijn Vera Dekkers, Raoul Engelbert, Herman Holtslag, Thomas Janssen, David Mann, Hidde van der Ploeg, Bart Visser en een team van ervaringsdeskundigen en praktijkpartners. Dank voor jullie toewijding en de manier waarop we samen het aangepast sporten en bewegen behartigen. Extra dank aan Judith Jelsma, Willem van Mechelen, Joske Nauta, Hidde van der Ploeg, Evert Verhagen en Bart Visser, met wie ik net als met Marike, Sonja en Thomas, inhoudelijk ook samenwerk in onderzoeksprojecten en van wiens ervaring en expertise ik veel leer.

Een ander netwerk waar ik deel van uitmaak betreft het Lectorenplatform Sport en Bewegen. Sanne de Vries, Remo Mombarg, Frank van Eekeren, Ivo van Hilvoorde, Johan Pion, Mirka Janssen, Olaf Timmermans en Steven Vos wil ik bedanken voor de warme ontvangst en de samenwerking bij het positioneren en valoriseren van ons onderzoek. Johan Koedijker en Cees Vervoorn van het Kenniscentrum Sport en Bewegen bedank ik voor hun betrokkenheid hierbij.

Het onderzoek binnen het lectoraat doen we niet alleen met kennispartners, maar ook met praktijkpartners, vertegenwoordigers van de groep naar wie we onderzoek doen en studenten (bijlage 1). Deze partijen zijn minstens zo belangrijk en ben ik zeer dankbaar. In het bijzonder wil ik de gemeente Haarlem, Stichting SportSupport Kennemerland, gemeente Amsterdam, Stichting Special Heroes Nederland, ReumaNederland, Gehandicaptensport Nederland, Fonds Gehandicaptensport en Team SportService bedanken.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle support. Met name mijn ouders, schoonouders, Luuk, Mayra, Joël en Morris. Zonder jullie had ik hier nu niet gestaan en was mijn leven niet zo rijk als het nu is.

Dank!

Referenties

1. Bannink K. *Zingend een rondje rennen?* https://www.burobannink.nl/blog-zingend-een-rondje-rennen/ [geraadpleegd op 4 maart 2022].
2. van Impelen J, Claringbould I, van Lindert C. *De sportaccommodatie nader verkend: over de belemmeringen die sporters met een beperking tegenkomen op het gebied van toegankelijkheid.* Sport Knowhow XL. https://www.sportknowhowxl.nl/nieuws-en-achtergronden/column-xl/item/110705 [geraadpleegd op 4 maart 2022].
3. van den Akker LE, Holla JFM, Dadema T, Visser B, Valent LJ, de Groot S, et al. Determinants of physical activity in wheelchair users with spinal cord injury or lower limb amputation: perspectives of rehabilitation professionals and wheelchair users. *Disabil Rehabil.* 2020;42(14). https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1577503.
4. Holla JFM, van den Akker LE, Dadema T, de Groot S, Tieland M, Weijs PJM, et al. Determinants of dietary behaviour in wheelchair users with spinal cord injury or lower limb amputation: perspectives of rehabilitation professionals and wheelchair users. *PLoS ONE.* 2020;15(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228465.
5. Gezondheidsraad. *Beweegrichtlijnen 2017.* Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer: 2017/08; 2017.
6. Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q, et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med.* 2021;55(19):1099–105. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080.
7. Stichting NICE. *COVID-19 op de Nederlandse Intensive Cares; Patiëntkarakteristieken en uitkomsten vergeleken met pneumonie patiënten op de IC in 2017-2019.* Stichting NICE; 2022.
8. Gezondheidsraad. *Physical activity and risk of chronic diseases. Background document to the Dutch physical activity guidelines 2017.* Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienummer: 2017/08B; 2017.
9. Sweegers MG, Altenburg TM, Chinapaw MJ, Kalter J, Verdonck-de Leeuw IM, Courneya KS, et al. Which exercise prescriptions improve quality of life and physical function in patients with cancer during and following treatment? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2018;52(8):505. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-097891.
10. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, Makaruk H, Könsgen N, Neuhaus AL, et al. Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1724. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3.
11. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med.* 2015;49:1554-1557. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2015-095424.
12. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world.* Genève: World Health Organization; 2019. https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722.

13. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Sportprestatieverhogende middelen*. Kernindicatoren sport en bewegen. https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/sportprestatie-verhogende-middelen [geraadpleegd op 18 maart 2022].
14. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Sportblessures*. Kernindicatoren sport en bewegen. https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/blessurerisico [geraadpleegd op 18 maart 2022].
15. Giusti NE, Carder SL, Vopat L, Baker J, Tarakemeh A, Vopat B, et al. Comparing burnout in sport-specializing versus sport-sampling adolescent athletes: a systematic review and meta-analysis. *Orthop J Sports Med*. 2020;8(3). https://doi.org/10.1177/2325967120907579.
16. DiFiori JP, Benjamin HJ, Brenner J, Gregory A, Jayanthi N, Landry GL, et al. Overuse injuries and burnout in youth sports: a position statement from the American Medical Society for Sports Medicine. *Clin J Sport Med*. 2014;24(1). http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-093299.
17. Laureus Sport for Good. *Nelson Mandela - Laureus World Sports Awards 2000* [Video] 2000. https://www.laureus.com/sport-for-good/about [geraadpleegd op 4 maart 2022].
18. Pulles I. De maatschappelijke waarde van sport en bewegen. Christen Democratische Verkenningen. 2021;2:102–7.
19. Bailey R, Hillman C, Arent S, Petitpas A. Physical activity: an underestimated investment in human capital? *J Phys Act Health*. 2013 Mar;10(3):289–308. https://doi.org/10.1123/jpah.10.3.289.
20. Collins H, Booth JN, Duncan A, Fawkner S, Niven A. The effect of resistance training interventions on "The Self" in youth: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med Open*. 2019;5(1):29. https://doi.org/10.1186/s40798-019-0205-0.
21. Hale GE, Colquhoun L, Lancastle D, Lewis N, Tyson PJ. Review: Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(4):357–68. https://doi.org/10.1111/camh.12485.
22. Whitley MA, Massey W v, Camiré M, Blom LC, Chawansky M, Forde S, et al. A systematic review of sport for development interventions across six global cities. *Sport Management Review*. 2019;22(2):181–93. https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.06.013.
23. Jugl I, Bender D, Lösel F. Do sports programs prevent crime and reduce reoffending? a systematic review and meta-analysis on the effectiveness of sports programs. *J Quant Criminol*. 2021. https://doi.org/10.1007/s10940-021-09536-3.
24. Taylor P, Davies L, Wells P, Gilbertson J, Tayleur W. *A review of the Social Impacts of Culture and Sport*. Sheffield Hallam University, 2015. http://shura.shu.ac.uk/9596/.
25. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, Muñoz NE, Mora-Gonzalez J, Migueles JH, et al. Role of physical activity and sedentary behavior in the mental health of preschoolers, children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2019;49(9):1383–410. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5.

26. ten Hoor GA, Kok G, Peters GY, Frissen T, Schols AMWJ, Plasqui G. The psychological effects of strength exercises in people who are overweight or obese: a systematic review. *Sports Med*. 2017;47(10):2069–81. https://doi.org/10.1007/s40279-017-0748-5.
27. Team Sportakkoord. *Nationaal Sportakkoord: Sport verenigt Nederland*. Utrecht: Kenniscentrum Sport en Bewegen; 2018. https://www.sportakkoord.nl/sportakkoord/.
28. Hogeschool Inholland. Sportkunde voltijd. https://www.inholland.nl/opleidingen/sportkunde-voltijd/ [geraadpleegd op 15 april 2022].
29. Hogeschool Inholland. *Centre of Expertise Preventie in Zorg & Welzijn*. https://www.inholland.nl/onderzoek/centre-of-expertise-preventie-in-zorg-welzijn/ [geraadpleegd op 15 april 2022].
30. Hogeschool Inholland. *De Gezonde Samenleving*. https://www.inholland.nl/onderzoek/inholland-themas/de-gezonde-samenleving/ [geraadpleegd op 15 april 2022].
31. Hogeschool inholland. *Denken én doen: Ontwikkelagenda onderzoek 2020-2024*. Den Haag: Hogeschool Inholland; 2020.
32. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 – Leefstijl en omgeving*. https://www.vtv2018.nl/leefstijl-en-omgeving [geraadpleegd op 18 maart 2022].
33. Li Y, Schoufour J, Wang DD, Dhana K, Pan A, Liu X, et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;368:l6669. https://doi.org/10.1136/bmj.l6669.
34. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary patterns and quality of life in older adults: a systematic review. *Nutrients*. 2018;10(8). https://doi.org/10.3390/nu10080971.
35. Wu XY, Zhuang LH, Li W, Guo HW, Zhang JH, Zhao YK, et al. The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. 2019;28(8):1989–2015. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02162-4.
36. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, Makaruk H, Könsgen N, Neuhaus AL, et al. Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health. 2020;20(1):1724*. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3.
37. Molema H, van Erk M, van Winkelhof M, van 't Land K, Jong JK de, van Ommen B, et al. *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneeskunde*. Leiden: Lifestyle 4Health Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde; 2019. https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3Ada0c1440-5446-46ae-83b0-e31ff6dccef6.
38. de Vries M, de Weijer T. (Reds.). Handboek leefstijlgeneeskunde: *De basis voor iedere praktijk. 1ste druk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020.
39. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord.

40. Nederlandse Sportraad. *Nederlandse Sportraad teleurgesteld in regeerakkoord*. https://www.nederlandse-sportraad.nl/actueel/nieuws/2021/12/15/nederlandse-sportraad-teleurgesteld-in-regeerakkoord [geraadpleegd op 7 maart 2022].
41. van Stam W, van den Dool R. *Sociaaleconomische status en deelname aan sport en bewegen van volwassenen*. Utrecht: Mulier Instituut; 2020.
42. de Jonge M, van Lindert C, van den Dool R. *Behoeftenonderzoek mensen met een beperking*. Utrecht; Mulier Instituut; 2020.
43. Taskforce juiste Zorg op de Juiste Plek. *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?* Den Haag; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.
44. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Weten is nog geen doen. *Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Publicatienummer: 97; 2017.
45. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42.
46. Brug J, van Assema P, Lechner L. (Reds.). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: *Een planmatige aanpak*. 9de druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2017.
47. Chaput JP. Sleeping more to improve appetite and body weight control: dream or reality? *The Am J Clin Nut*. 2015;101(1):5–6. https://doi.org/10.3945/ajcn.114.101543.
48. Dutton GR, Napolitano MA, Whiteley JA, Marcus BH. Is physical activity a gateway behavior for diet? Findings from a physical activity trial. *Prev Med*. 2008;46(3):216–21. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.12.012.
49. Hajat C, Kotzen D, Stein E, Yach D. Physical activity is associated with improvements in other lifestyle behaviours. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2019;5(1). http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000500.
50. Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(9):1447–63. https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.02.031.
51. Kirk SFL, Penney TL, McHugh TL, Sharma AM. Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. *Int J Obes*. 2012;36(2):178–85. https://doi.org/10.1038/ijo.2011.80.
52. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Gecombineerde leefstijlinterventie*. https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie [geraadpleegd op 18 maart 2022].
53. Latta J, van der Meer F. *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken. Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009*. Zorginstituut Nederland. Publicatienummer: 2017053061; 2017.

54. Tarp J, Fagerland MW, Dalene KE, Johannessen JS, Hansen BH, Jefferis BJ, et al. Device-measured physical activity, adiposity and mortality: a harmonised meta-analysis of eight prospective cohort studies. *Br J Sports Med.* 2021;bjsports-104827. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104827.
55. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet.* 2017;389(10075):1229–37. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7.
56. Ros M, Preller L. *Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI): wat is het en hoe werkt het?* https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-wat-is-het-en-hoe-werkt-het/ [geraadpleegd op 8 maart 2022].
57. Brauw LM. De gecombineerde leefstijlinterventie. Een papieren tijger in de strijd tegen obesitas? *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2021;165(D5885). https://www.ntvg.nl/artikelen/de-gecombineerde-leefstijlinterventie.
58. Middleton KR, Anton SD, Perri MG. Long-term adherence to health behavior change. *Am J Lifestyle Med.* 2013;7(6):395–404. https://doi.org/10.1177/1559827613488867.
59. Aguiar EJ, Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, Callister R. Efficacy of interventions that include diet, aerobic and resistance training components for type 2 diabetes prevention: a systematic review with meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014; 11:2. https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-2.
60. Fjeldsoe B, Neuhaus M, Winkler E, Eakin E. Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychol.* 2011;30(1):99–109. https://doi.org/10.1037/a0021974.
61. Hutchesson MJ, Rollo ME, Krukowski R, Ells L, Harvey J, Morgan PJ, et al. eHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(5):376–92. http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12268.
62. Astin F, Horrocks J, Closs SJ. Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC Cardiovasc Disord.* 2014;14:96. https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96.
63. Martin Ginis KA, Ma JK, Latimer-Cheung AE, Rimmer JH. A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities. *Health Psychol Rev.* 2016;10(4):478–94. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1198240.
64. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: an umbrella review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):2023. https://doi.org/10.3390/ijerph18042023.
65. Boon M, van Rossum L. *Vet belangrijk: Feiten en fabels over voeding, vetverbranding en verborgen dikmakers.* Amsterdam: Ambo|Anthos; 2020.

66. Cohen R, Shikora S. Fighting weight bias and obesity stigma: a call for action. *Obes Surg.* 2020;30(5):1623–4. https://doi.org/10.1007/s11695-020-04525-0.
67. ten Broeke A. Lezing: *"Dun zijn is goed, dik zijn is slecht"*. https://ashatenbroeke.nl/1914/ [geraadpleegd op 8 maart 2022].
68. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(8):675–712. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4.
69. van der Horst HE. Medicaliseren of normaliseren? De arts als evenwichtskunstenaar. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2018;162(51–52). https://www.ntvg.nl/artikelen/medicaliseren-normaliseren#.
70. Horstman K, Slatman J. Het morele belang van bewegingsvrijheid. *Bijblijven.* 2011;26(10):31–6. https://link.springer.com/article/10.1007/s12414-010-0131-z.
71. Polder J, van der Lucht F. *Leefstijlgeneeskunde als maatschappelijk medicijn.* In: de Vries M, de Weijer T. (Reds.). Handboek Leefstijlgeneeskunde. De basis voor iedere praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020. p. 319–25.
72. Zwerver J. Op naar een Nederlands National Center Exercise is Medicine. *Sport en Geneeskunde.* 2021;3:54–6.
73. Westendorp RGJ, van Bodegom D. De medicalisering van dagelijks bewegen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2019;163(D4345). https://www.ntvg.nl/artikelen/de-medicalisering-van-dagelijks-bewegen.
74. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open.* 2016;6(1):e010091. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091.
75. Institute for Positive Health. *Doorontwikkeling Mijn Positieve Gezondheid.* https://www.iph.nl/kennisbank/doorontwikkeling-mijn-positieve-gezondheid/ [geraadpleegd op 11 april 2022].
76. Institute for Positive Health. *Aan de slag met Positieve Gezondheid - gratis downloads*.* https://www.iph.nl/meedoen/gratis-downloaden/ [geraadpleegd op 11 april 2022].
77. Regenmortel T. Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice.* 2009;18(4): 22–42. https://doi.org/10.18352/jsi.186.
78. Boumans J. *Naar het hart van empowerment Deel 1.* 2de druk. Movisie; 2016.
79. Linders L. *Op zoek naar houvast.* Hogeschool Inholland; 2019.
80. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186458–e0186458. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458.

81. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;80 1:1–28. https://doi.org/10.1037/h0092976.
82. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther.* 1978;1(4):139–61. https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4.
83. Schueller SM, Tomasino KN, Mohr DC. Integrating human support into behavioral intervention technologies: the efficiency model of support. *Clin Psychol: Science and Practice.* 2017;24(1):27–45. https://doi.org/10.1111/cpsp.12173.
84. Mohr DC, Schueller SM, Montague E, Burns MN, Rashidi P. The behavioral intervention technology model: an integrated conceptual and technological framework for eHealth and mHealth interventions. *J Med Internet Res.* 2014;16(6):e146. https://doi.org/10.2196/jmir.3077.
85. Fogg BJ. A behavior model for persuasive design. In: *Proceedings of the 4th International Conference on Persuasive Technology (Persuasive '09).* Association for Computing Machinery, New York, NY, USA; 2009. Article 40, p. 1–7. https://doi.org/10.1145/1541948.1541999.
86. Lehto T, Oinas-Kukkonen H. Persuasive features in web-based alcohol and smoking interventions: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res.* 2011;13(3):e46. https://dx.doi.org/10.2196%2Fjmir.1559.
87. Oinas-Kukkonen H, Harjumaa M. Persuasive systems design: key issues, process model, and system features. *Communications of the Association for Information Systems.* 2009;24:485–500. https://doi.org/10.17705/1CAIS.02428.
88. Rademakers J. *Kennissynthese gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend.* Utrecht; Nivel; 2014.
89. Marx P. Catherine Bolman: "De kwetsbare kant van e-health is onderbelicht. *Huisarts Wet.* 2019;11:64–6. https://www.henw.org/artikelen/catherine-bolman-de-kwetsbare-kant-van-e-health-onderbelicht.
90. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res.* 2012;14(1). https://doi.org/10.2196/jmir.1619.
91. Kloek C, Bossen D, Bakker DHD, Veenhof C, Dekker J. Blended interventions to change behavior in patients with Chronic somatic disorders: systematic review. *J Med Internet Res.* 2017;19(12):e418. https://doi.org/10.2196/jmir.8108.
92. Hoevenaars D, Holla JFM, Loo L te, Koedijker JM, Dankers S, Houdijk H, et al. Mobile app (WHEELS) to promote a healthy lifestyle in wheelchair users with spinal cord injury or lower limb amputation: usability and feasibility study. *JMIR Form Res.* 2021;5(8):e24909. https://doi.org/10.2196/24909.
93. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2009;38(4): 196–205. https://doi.org/10.1080/16506070903318960.

94. Talboom-Kamp EP, Verdijk NA, Kasteleyn MJ, Harmans LM, Talboom IJ, Numans ME, et al. High level of integration in integrated disease management leads to higher usage in the e-Vita study: self-management of chronic obstructive pulmonary disease with web-based platforms in a parallel cohort design. *J Med Internet Res.* 2017;19(5):e185. https://doi.org/10.2196/jmir.7037.
95. Webb TL, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the Internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res.* 2010;12(1):e4. https://doi.org/10.2196/jmir.1376.
96. Gagnon MP, Ngangue P, Payne-Gagnon J, Desmartis M. m-Health adoption by healthcare professionals: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1): 212–20. https://doi.org/10.1093/jamia/ocv052.
97. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci.* 2016;11(1):146. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7.
98. Zakerabasali S, Ayyoubzadeh SM, Baniasadi T, Yazdani A, Abhari S. Mobile health technology and healthcare providers: systemic barriers to adoption. *Healthc Inform Res.* 2021;27(4):267–78. http://dx.doi.org/10.4258/hir.2021.27.4.267.
99. Hennemann S, Beutel ME, Zwerenz R. Ready for eHealth? Health professionals' acceptance and adoption of eHealth interventions in inpatient routine care. *J Health Commun.* 2017;22:274–84. https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1284286.
100. Schreiweis B, Pobiruchin M, Strotbaum V, Suleder J, Wiesner M, Bergh B. Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: systematic literature analysis. J *Med Internet Res.* 2019;21(11):e14197–e14197. https://doi.org/10.2196/14197.
101. Kastelein C. Inclusie en diversiteit. *Wat, waarom en hoe?* Blom C, van Haastert D. (Reds.) Movisie; 2021.
102. Kiuppis F. Inclusion in sport: disability and participation. *Sport Soc.* 2018;21(1):4–21. https://doi.org/10.1080/17430437.2016.1225882.
103. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht.* https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht [geraadpleegd op 10 maart 2022].
104. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Functioneringsproblemen.* https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/functioneringsproblemen/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-beperkingen-naar-leeftijd [geraadpleegd op 10 maart 2022].
105. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Verstandelijke beperking | Leeftijd en geslacht.* https://www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking/leeftijd-en-geslacht [geraadpleegd op 10 maart 2022].
106. Akwa GGZ. *Generieke module EPA (ernstige psychische aandoeningen).* https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/introductie [geraadpleegd op 10 maart 2022].

107. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451–62. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955.
108. Osthoff AKR, Juhl CB, Knittle K, Dagfinrud H, Hurkmans E, Braun J, et al. Effects of exercise and physical activity promotion: meta-analysis informing the 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with rheumatoid arthritis, spondyloarthritis and hip/knee osteoarthritis. *RMD Open.* 2018;4(2):e000713. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2018-000713.
109. Todd KR, Lawrason SVC, Shaw RB, Wirtz D, Ginis KAM. Physical activity interventions, chronic pain, and subjective well-being among persons with spinal cord injury: a systematic scoping review. *Spinal Cord.* 2021;59(2):93–104. https://doi.org/10.1038/s41393-020-00550-z.
110. van der Scheer JW, Ginis KAM, Ditor DS, Goosey-Tolfrey VL, Hicks AL, West CR, et al. Effects of exercise on fitness and health of adults with spinal cord injury. *Neurology.* 2017;89(7):736–45. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004224.
111. Dairo YM, Collett J, Dawes H, Oskrochi GR. Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Prev Med Rep.* 2016;4:209–19. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.06.008.
112. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2017;16(3):308–15. https://doi.org/10.1002/wps.20458.
113. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Beweegrichtlijnen.* Kernindicatoren sport en bewegen. https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen [geraadpleegd op 10 maart 2022].
114. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Sportdeelname wekelijks.* Kernindicatoren sport en bewegen. https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/sportdeelname-wekelijks [geraadpleegd op 10 maart 2022].
115. Vancampfort D, Schuch F, Damme T van, Firth J, Suetani S, Stubbs B, et al. Metabolic syndrome and its components in people with intellectual disability: a meta-analysis. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(10):804–15. https://doi.org/10.1111/jir.12772.
116. Gater DR, Farkas GJ, Berg AS, Castillo C. Prevalence of metabolic syndrome in veterans with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2019;42(1):86–93. https://dx.doi.org/10.1080%2F10790268.2017.1423266.
117. de Groot S, Post MWM, Postma K, Sluis TA, van der Woude LHV. Prospective analysis of body mass index during and up to 5 years after discharge from inpatient spinal cord injury rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2010;42(10):922–8. https://doi.org/10.2340/16501977-0605.
118. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–36. https://doi.org/10.1126/science.847460.

119. WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. *Nederlandse vertaling van de "International Classification of Functioning, Disability and Health."* Bilthoven: RIVM; 2002.
120. Stallinga G, Heerkens Y, Huber M. *Samenhang tussen de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en het begrip Positieve Gezondheid (PG).* Public Private Partnership (PPP) Gezondheid; 2020.
121. World Health Organization. *Disability.* https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 [geraadpleegd op 11 maart 2022].
122. Smith B, Mallick K, Monforte J, Foster C. Disability, the communication of physical activity and sedentary behaviour, and ableism: a call for inclusive messages. *Br J Sports Med.* 2021;55(20):1121–2. http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-103780.
123. World Health Organization. *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health.* https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf [geraadpleegd op 11 maart 2022].
124. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* 1988;15(4):351–77. https://doi.org/10.1177/109019818801500401.
125. Verenigde Naties. *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.* Verenigde Naties; 2006. https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14.
126. Rijksoverheid. *Programma Onbeperkt meedoen!.* https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-mensen-met-een-handicap/programma-onbeperkt-meedoen [geraadpleegd op 11 maart 2022].
127. Nederlandse Sportraad. *De opstelling op het speelveld: Naar een sterke sportbranche voor een vitale samenleving.* Nederlandse Sportraad; 2020.
128. van Lindert C, de Jonge M. *Inclusief sporten en bewegen voor mensen met een beperking.* Utrecht: Mulier Instituut; 2022.
129. Black K, Williamson D. *Designing inclusive physical activity games.* In: Cereijo Roibas A, Stamatakis W, Black K. (Reds.). Design for sport. Surrey: Gower Publishing Limited; 2011. p. 199–230.
130. Schwartz T, Luiten W, Kok L. Gezondheidsproblemen personen met een lage sociaal-economische status. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek; 2020.
131. Mulderij L, Verkooijen K, Wagemakers A. Gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES? *TSG.* 2019;97(1):9–10. https://doi.org/10.1007/s12508-019-0225-7.
132. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Gezondheidsverschillen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning.* https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen [geraadpleegd op 11 maart 2022].
133. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. *Een eerlijke kans op gezond leven.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Publicatienummer: 2021-04; 2021. https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2021/04/07/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven.
134. International Federation of Adapted Physical Activity. *What is APA | Definition.* https://ifapa.net/definition/ [geraadpleegd op 11 maart 2022].

135. International Federation of Adapted Physical Activity. *What is APA*. https://ifapa.net/what-is-apa/ [geraadpleegd op 11 maart 2022].
136. Bassett-Gunter R, Angevaare K, Tomasone J, Leo J, Varughese B, Langvee J, et al. A systematic scoping review: resources targeting the training and education of health and recreation practitioners to support physical activity among people with physical disabilities. *Disabil Health J*. 2019;12(4):542–50. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.06.007.
137. Williams TL, Ma JK, Ginis KAM. Participant experiences and perceptions of physical activity-enhancing interventions for people with physical impairments and mobility limitations: a meta-synthesis of qualitative research evidence. *Health Psychol Rev*. 2017;11(2):179–96. https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1299027.
138. Smock C, Alemagno S. Understanding health care provider barriers to hospital affiliated medical fitness center facility referral: a questionnaire survey and semi structured interviews. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):520. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2474-y.
139. Harkin N, Johnston E, Mathews T, Guo Y, Schwartzbard A, Berger J, et al. Physicians' Dietary knowledge, attitudes, and counseling practices: the experience of a single health care center at changing the landscape for dietary education. *Am J Lifestyle Med*. 2018;13(3):292–300. https://doi.org/10.1177/1559827618809934.
140. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A. The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Fam Pract*. 2012;29(suppl_1):i132–8. https://doi.org/10.1093/fampra/cmr088.
141. Calancie L, Frerichs L, Davis MM, Sullivan E, White AM, Cilenti D, et al. Consolidated Framework for Collaboration Research derived from a systematic review of theories, models, frameworks and principles for cross-sector collaboration. *PLoS One*. 2021;16(1):e0244501. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244501.
142. LOFIT project. *LOFIT leefstijlloket*. https://www.lofitleefstijlloket.nl/over/ [geraadpleegd op 23 maart 2022].
143. de Groot S, Adriaansen JJ, Tepper M, Snoek GJ, van der Woude LHV, Post MWM. Metabolic syndrome in people with a long-standing spinal cord injury: associations with physical activity and capacity. *Appl Physiol, Nutr Metab*. 2016;41(11):1190–6. https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0269.
144. Ejtahed HS, Soroush MR, Hasani-Ranjbar S, Angoorani P, Mousavi B, Masumi M, et al. Prevalence of metabolic syndrome and health-related quality of life in war-related bilateral lower limb amputees. *J Diabetes Metab Disord*. 2017;16(1):17. https://doi.org/10.1186/s40200-017-0298-2.
145. Laughton G, Buchholz A, Martin Ginis K, Goy R. Lowering body mass index cutoffs better identifies obese persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009;47:757–62. https://doi.org/10.1038/sc.2009.33.
146. Merlini L, Vagheggini A, Cocchi D. Sarcopenia and sarcopenic obesity in patients with muscular dystrophy. Front Aging Neurosci. 2014;6:274. https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnagi.2014.00274.

147. Meeuwissen JAC, van Meijel B, van Gool R, van Hamersveld S, Bakkenes M, Risseeuw AH, et al. *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; 2015.
148. van Meijel B, van der Kellen D, van Hamersveld S. *Gezond in lichaam en leefstijl*. Nurse Academy GGZ; 2020.
149. Holla JFM, Peter WF, Brontsema J, Fluit M, Bultink IEM. *Hardlopen met reuma*. NTVR. 2018;2:9–13.
150. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Educ Behav*. 1998;25(5):545–63. https://doi.org/10.1177/109019819802500502.
151. University of Twente. *CeHRes Roadmap Toolkit*. https://www.utwente.nl/en/bms/ehealth/cehres-roadmap-toolkit/ [geraadpleegd op 23 maart 2022].
152. van Gemert-Pijnen JEWC, Nijland N, van Limburg M, Ossebaard HC, Kelders SM, Eysenbach G, et al. A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*. 2011;13(4):e111. https://doi.org/10.2196/jmir.1672.
153. Maas T, van den Broek J, Deuten J. *Living labs in Nederland - Van open testfaciliteit tot levend lab*. Den Haag: Rathenau Instituut; 2017.
154. Fransen J. *Naar maatwerk in toekomstgericht onderwijs*. Hogeschool Inholland; 2020.
155. Kerngroep Haarlems Sportakkoord. *Sport verenigt Haarlem - Sportakkoord Haarlem 2020-2021*. Haarlem: Stichting SportSupport Kennemerland; 2019.
156. Hogeschool Inholland. *SLUISlab Amsterdam*. https://www.sluislab.nl/ [geraadpleegd op 13 april 2022].
157. de Jeu A, Stroet M. Het succes van de buurtsportcoach: vertrouwen, maatwerk en continuïteit. *TSG*. 2021;99(1):3–6. https://doi.org/10.1007/s12508-021-00300-3.
158. Leenaars K, Smit E, Molleman G, Koelen M, Wagemakers A. Een verkenning van de impact van buurtsportcoaches en hun structurele inbedding op de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en sport- en beweegsector. *TSG*. 2021;99(1):15–24. https://doi.org/10.1007/s12508-021-00302-1.
159. Aalbers M, de Wit B. De buurtsportcoach, van uitvoerder tot verbinder pur sang. *TSG*. 2021;99(1):7–10. https://doi.org/10.1007/s12508-021-00301-2.
160. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Dashboard arbeidsmarkt | Werkenden*. https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden [geraadpleegd op 13 april 2022].
161. Grimani A, Aboagye E, Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1676. https://doi.org/10.1186/s12889-019-8033-1.
162. van der Klink JJL, Bültmann U, Brouwer S, Burdorf A, Schaufeli WB, Zijlstra FRH, et al. Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag & Organisatie*. 2011;24(4):342–56.

163. Sociaal-Economische Raad. *Leven lang ontwikkelen | Duurzame inzetbaarheid*. https://www.ser.nl/duurzame-inzetbaarheid [geraadpleegd op 13 april 2022].
164. Venema A, de Vroome E, Hulsegge G, Houtman I, Gielen W, Kraan K, et al. Arbobalans 2020. *Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Leiden: TNO; 2020.
165. Virtanen M, Ervasti J, Head J, Oksanen T, Salo P, Pentti J, et al. Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *Lancet Public Health*. 2018;3(11):e545–54. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30201-9.
166. van Dijk FJH, van Dormolen M, Kompier MAJ, Meijman TF. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. *Tijdschr Soc Gezondheidsz*. 1990;68:3–10.
167. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512. https://content.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.86.3.499.
168. Schaufeli WB. Applying the Job Demands-Resources model: A 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organ Dyn*. 2017;46(2): 120–32. http://dx.doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008.
169. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Zitgedrag*. Kernindicatoren sport en bewegen. https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/zitgedrag [geraadpleegd op 13 april 2022].
170. Jelsma JGM, Gale J, Loyen A, van Nassau F, Bauman A, van der Ploeg HP. Time trends between 2002 and 2017 in correlates of self-reported sitting time in European adults. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225228. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225228.
171. Loyen A, van der Ploeg HP, Bauman A, Brug J, Lakerveld J. European sitting championship: prevalence and correlates of self-reported sitting time in the 28 European Union member states. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149320. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149320.
172. Commissaris DACM, Huysmans MA, Mathiassen SE, Srinivasan D, Koppes LLJ, Hendriksen IJM. Interventions to reduce sedentary behavior and increase physical activity during productive work: a systematic review. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(3):181–91. https://doi.org/10.5271/sjweh.3544.
173. Hutchinson AD, Wilson C. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int*. 2012 Jun;27(2):238–49. https://doi.org/10.1093/heapro/dar035.
174. Wolfenden L, Goldman S, Stacey FG, Grady A, Kingsland M, Williams CM, et al. Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD012439. https://doi.org/10.1002/14651858.cd012439.pub2.
175. Weerasekara YK, Roberts SB, Kahn MA, LaVertu AE, Hoffman B, Das SK. Effectiveness of workplace weight management interventions: a systematic review. *Curr Obes Rep*. 2016;5(2):298–306. https://doi.org/10.1007/s13679-016-0205-z.
176. Rantala E, Lindström J, Valve P, Leonardi M, Silvaggi F, Scaratti C, et al. *Stimuleer gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid van uw medewerkers: Toolkit voor werkgevers*. CHRODIS PLUS; 2020. http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2020/10/chrodis-plus_toolkit_nl_20201027.pdf

177. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci.* 2006;1(1):1. https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1.
178. Nielsen K, Randall R, Holten AL, González ER. Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work & Stress.* 2010;24(3):234–59. https://doi.org/10.1080/02678373.2010.515393.
179. Hogeschool Inholland. *SEDY 2 | Inclusion in sport.* https://www.inholland.nl/inhollandcom/about-inholland/sedy2/inclusion/ [geraadpleegd op 4 maart 2022].
180. American College of Sports Medicine. Exercise is Medicine®: A Global Health Initiative. https://www.exerciseismedicine.org/ [geraadpleegd op 8 april 2022].

Bijlage 1: Projecten en samenwerkingspartners

Projecten	Rol en samenwerkingspartners
Aangepast sporten en bewegen	
From Data to ACTive lifestyle in Wheelchair users (D-ACT Wheel) **Doel:** Doorontwikkelen van een leefstijlapp voor rolstoelgebruikers (WHEELS) en evalueren van het gebruik van deze app in combinatie met een wearable. **Fase:** afrondend	**Penvoerder:** Vrije Universiteit **Rol:** partner **Financiering:** NWO, SIA **Consortium:** Vrije Universiteit, Universiteit Leiden, Hogeschool Inholland, Hogeschool van Amsterdam, Reade, UMC Groningen, Erasmus MC, Virtuagym
Sport Empowers Disabled Youth (SEDY) 2 **Doel:** Onderzoeken wat inclusief sporten betekent voor kinderen met een beperking, hun ouders en sportbegeleiders. Ontwikkelen van een 'gereedschapskist' met praktische materialen en interventies die bijdragen aan inclusie van kinderen met een beperking in sport. **Fase:** loopt t/m december 2022	**Rol:** penvoerder **Partners:** Finnish Paralympic Committee, Pajulahti Olympic Training Center, Lithuanian Sports University, Lithuanian Paralympic Committee, Polytechnic Institute of Santarém, Portuguese Federation for Disability Sports, Gehandicaptensport Nederland, European Network of Sport Education Financiering: Erasmus+ **Betrokken opleidingen:** Sportkunde
Lifestyle front Office For Integrating lifestyle medicine in the Treatment of patients (LOFIT) **Doel:** Onderzoek ten behoeve van het implementeren en evalueren van een leefstijlloket in het ziekenhuis. **Fase:** loopt t/m oktober 2023	**Penvoerder:** Amsterdam UMC **Rol:** partner **Financiering:** ZonMw en Inholland GSW **Consortium:** Amsterdam UMC, Hanzehogeschool Groningen, UMC Groningen, Hogeschool Inholland, Zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Menzis, Team Sportservice Noord-Holland, Huis voor de Sport Groningen, NL Actief
Tailored Injury Prevention in Adapted Sports (TIPAS) **Doel:** Ontwikkelen en evalueren van een blessurepreventie-interventie voor sporters met een lichamelijke beperking. **Fase:** loopt t/m oktober 2023	**Penvoerder:** Amsterdam UMC **Rol:** partner **Financiering:** ZonMw **Consortium:** Amsterdam UMC, Hogeschool Inholland, Reade, Oslo Sports Trauma Research Center, Vrije Universiteit, De Sportartsen Groep Amsterdam
Hardlopen met reuma **Doel:** Onderzoek naar de percepties en ondersteunings-behoeften van mensen met ontstekingsreuma, zorg- en sportprofessionals ten aanzien van hardlopen met ontstekingsreuma. **Fase:** loopt t/m december 2022	**Rol:** penvoerder **Partners:** Hogeschool Saxion, Amsterdam UMC, Reade, Voetencentrum Wender, Fysiotherapie J. Bouman, Atletiekvereniging Phanos, Kenniscentrum Sport en Bewegen, ReumaNederland, twee ervaringsdeskundigen (hardlopers met reuma) **Financiering:** Inholland CoE Preventie in Zorg en Welzijn **Betrokken opleidingen:** Sportkunde, Verpleegkunde, Podotherapie (Saxion)

Inzet Technologie door Leefstijl Coaches (iTLC) **Doel:** Ontwikkelen van een methodiek en onderwijsmodule om hbo-geregistreerde leefstijlcoaches te ondersteunen bij het inzetten van e-coaching. **Fase:** loopt t/m juni 2022	**Penvoerder:** Hogeschool van Amsterdam **Rol:** partner **Financiering:** SIA **Consortium:** Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool Inholland, Haagse Hogeschool, Kenniscentrum Sport en Bewegen, Huis voor Beweging Groningen, Team Sportservice, LIJFSTIJL Coaches, Fitmo, Visiom, Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Cliëntenbelang Amsterdam **Betrokken opleidingen:** Sportkunde, Fysiotherapie (HvA), Oefentherapie (HvA), Voeding en Diëtetiek (Haagse Hogeschool/HvA)
Train4Health **Doel:** Ontwikkelen van (digitale) onderwijsmodules gericht op leefstijlverbetering en zelfmanagement. **Fase:** loopt t/m augustus 2022	**Penvoerder:** ESEL Nursing School of Lisbon **Rol:** partner **Financiering:** Erasmus+ **Consortium:** ESEL Nursing School of Lisbon, Hogeschool Inholland, Royal College of Surgeons in Ireland, University of Maribor, European Students' Union, University of Lisbon, Polytechnic Institute of Santarém
Leer- en innovatienetwerk (LIN) **Leefstijl in de ggz** **Doel:** Leren en innoveren op het thema integrale leefstijlondersteuning in de ggz. **Fase:** loopt t/m december 2022	**Rol:** penvoerder **Partners:** Inholland lectoraten GGZ-Verpleegkunde, Interprofessionele zorg in de GGZ en Empowerment en Professionalisering en ggz-aanbieders GGZ inGeest, Altrecht, Lister, Arkin **Financiering:** Inholland CoE Preventie in Zorg en Welzijn **Betrokken opleidingen:** Social Work, Verpleegkunde, Sportkunde

Sport en Maatschappij	
Verankering Sport- en Beweeglab Haarlem Via het vmbo en praktijkonderwijs naar een passend sportaanbod in de wijk **Doel:** Verankeren van het Sport- en Beweeglab Haarlem en experimenteren met innovatief sport- en beweegaanbod dat aansluit op de wensen en behoeften van de inwoners van Haarlem. Bijdragen aan de ambities van het lokale Sportakkoord om de inwoners te activeren meer te bewegen, de lokale sportorganisaties te versterken en netwerkvorming en co-creatie te bevorderen. **Fase:** loopt t/m juni 2022	**Rol:** penvoerder **Partners:** Gemeente Haarlem, Stichting SportSupport Kennemerland, Stichting Haarlem Effect, Jeugdfonds Sport & Cultuur Haarlem, Praktijkcollege de Schakel, Het Schoter, New Sport Challenge, Krav Maga Instituut, BuitenFit Haarlem, HFC EDO **Financiering:** ZonMw **Betrokken opleidingen:** Sportkunde en Social Work
Heel Haarlem wandelt! **Doel:** Evalueren van twee interventies in de openbare ruimte: KWIEK-beweegroute en Nationale Diabetes Challenge. We zoomen in op succes- en faalfactoren van deze interventies en op werkzame elementen in de integrale samenwerking tussen betrokken professionals. **Fase:** loopt t/m januari 2023	**Rol:** penvoerder **Partners:** Gemeente Haarlem, Stichting SportSupport Kennemerland, Welzijnsorganisatie DOCK Haarlem Financiering: SIA **Betrokken opleidingen:** Sportkunde
Doorontwikkelen van evaluatie en lerende aanpak Sportakkoord Haarlem **Doel:** Doorontwikkelen van de methodiek die gebruikt wordt bij het evalueren en het met elkaar leren gedurende de uitvoering van het Haarlems Sportakkoord. Professionaliseren van de buurtsportcoach. **Fase:** loopt t/m januari 2023	**Rol:** penvoerder **Partners:** Team Sportservice, Kerngroep Sportakkoord Haarlem **Financiering:** Gemeente Haarlem **Betrokken opleidingen:** Sportkunde
Sluislab **Fase:** opstart	**Rol:** partner **Projectteam Inholland:** Lectoraten Inclusion and the Creative Industries, Societal Impact Design, Design Thinking, Sociale Innovaties in het Groene Domein, Jeugd en Samenleving, Kracht van Sport en Bewegen

Gezondheidsmanagement	
Vitaal Inholland **Doel:** Participatief actieonderzoek in onze eigen hogeschool. Doel: inzicht krijgen in wat nodig is om een gedragen implementatie te realiseren van gezondheidsbevorderende programma's en maatregelen. Vormen van een leer- en innovatiegemeenschap waarin docent-onderzoekers, HR-medewerkers, leidinggevenden en studenten met en van elkaar leren op dit thema. **Fase:** loopt t/m september 2022	**Rol:** gedeeld penvoerder **Projectteam Inholland:** Lectoraten HRM en Persoonlijk Ondernemerschap en Kracht van Sport en Bewegen, docenten, leidinggevenden en HR-professionals van Inholland **Financiering:** Inholland CHR
Netwerken	**Partners**
Amsterdam Institute of Sport Science (AISS) Netwerkorganisatie waarbinnen sportpraktijk, sportonderzoek en sportmedische zorg samenkomen. Het Centrum voor Aangepast Sporten Amsterdam (CASA) behartigt het aangepast sporten binnen het AISS. Het lectoraat Kracht van Sport en Bewegen is een van de trekkers van dit onderdeel. **www.aiss.nl**	Vrije Universiteit, Amsterdam UMC, Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool Inholland, OLVG, Reade, Topsport Amsterdam
Lectorenplatform Sport en Bewegen Het lectorenplatform brengt praktijkgericht onderzoek op het gebied van sport en bewegen dichter bij de maatschappij en het onderwijs. **www.sportenbeweegonderzoek.nl**	Haagse Hogeschool, Hanzehogeschool Groningen, Fontys Sporthogeschool Eindhoven, Hogeschool Windesheim Zwolle, Hogeschool Inholland, Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool Arnhem Nijmegen, Hogeschool Zeeland
Centre of Expertise Preventie in Zorg en Welzijn Netwerkorganisatie waarin zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, overheidsinstanties, mkb- en technologiebedrijven, kennisinstellingen, burger-, cliënt- en patiëntfederaties, kennis- en onderwijsinstellingen samenwerken aan praktische innovaties en kenniscirculatie. Binnen dit CoE zetten we onze gezamenlijke expertise in voor een gezonde en inclusieve samenleving. **http://www.inholland.nl/coe-preventie**	**Hoofdpartner:** Hogeschool Inholland, domein Gezondheid, Sport en Welzijn **Partners:** vereniging samen Voor Betere Zorg

Iedereen kan meedoen!

Streven naar sporten, bewegen en leefstijlondersteuning op maat

Lectorale rede
Jasmijn Holla

Voor digitale informatie:
inholland.nl/krachtvansportenbewegen