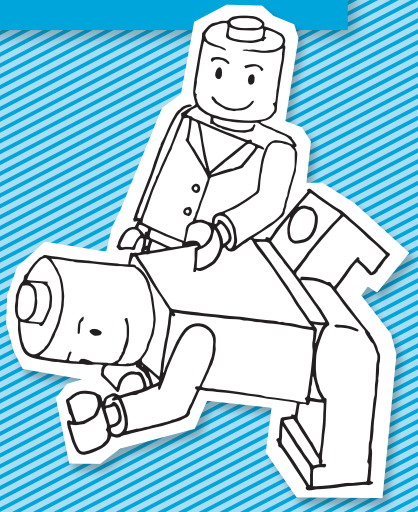
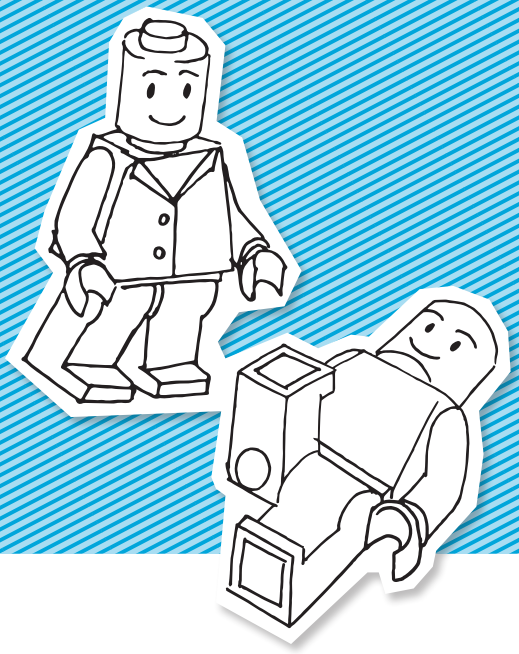
De positie van de fysio- en oefentherapeut in de wijk:

ONBEKEND MAAKT ONBEMIND?

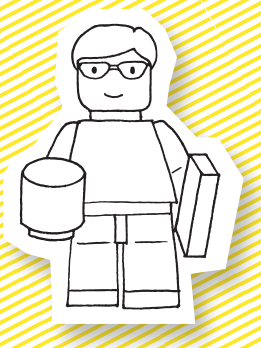




MOVES in de beweegzorg

Hoe ik de fysiotherapeut zie?
Aan positie verloren,
maar niet aan respect!

(medewerker sociaal welzijnsorganisatie,
interview mei 2018)



INHOUD

Waar hebben we het over? Begrippen en leeswijzer 4

Het vertrekpunt 5

MOVES: zet in op positionering 7

MOVES inzichten: De ontwerpruimte verandert 10

Let op de blik van stakeholders 12

Imago van de fysiotherapeut in de wijk 16

Netwerken en samenwerken als sleutel in de wijk 19

Hoe nu verder? 20

Literatuur 21

Colofon 22

Waar hebben we het over?

BEGRIPPEN EN LEESWIJZER

In deze publicatie gaat het veel en vaak om beweegzorg, uitgevoerd door beweegzorgprofessionals, als onderdeel van zowel het zorgaanbod als het beweegaanbod in de wijk.

Met **beweegzorg** wordt de paramedische zorg bedoeld voor mensen die problemen ervaren in hun bewegend functioneren.

Beweegzorg wordt uitgevoerd door **beweegzorgprofessionals**. Dit zijn fysiotherapeuten en/of oefentherapeuten Cesar/Mensendieck. Overal waar fysiotherapeut of fysiotherapiepraktijk staat wordt óók bedoeld oefentherapeut en oefentherapiepraktijk

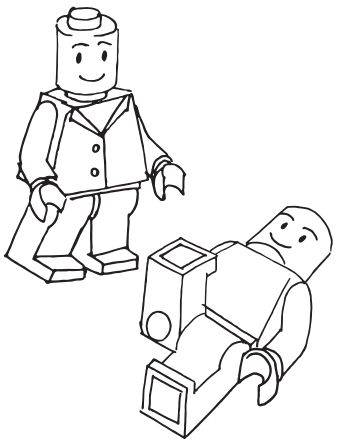
Zij vervullen een rol in het **zorg- en beweegaanbod** in de wijk. Het zorgaanbod is het geheel aan (eerstelijns) medische en paramedische zorg in de wijk. Het beweegaanbod bestaat uit alle sport- en beweegactiviteiten die in de wijk georganiseerd worden gericht op het welzijn van de burger.

In de wijk worden zorg- en welzijnvoorzieningen meer en dichtbij de burger aangeboden. Het onderscheid tussen zorg en welzijn (ook: leefstijl en bewegen) vervaagt. Namelijk, verschillende branches bieden zorg en ondersteuning in de wijk aan. Er is sprake van **branchevervaging**.

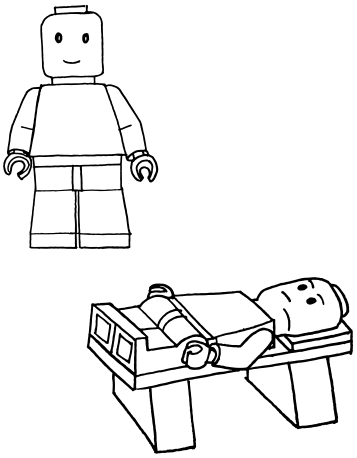
Leeswijzer: Dit is de eerste publicatie van **MOVES**, over de (gewenste) positionering van de fysiotherapeut in de wijk. Op basis van onderzoeksresultaten – literatuurstudie en veldwerk – wordt het net opgehaald van waar de fysiotherapeut staat: wat is het vertrekpunt, wat verandert er de komende jaren, welke uitdagingen zijn er in de wijk als het gaat om stakeholders, imago en samenwerking?

Een volgende publicatie zal gaan over de mogelijkheden en kansen voor positioneren en innoveren.

De hoofdtekst wordt afgewisseld met tekstboxen met meer verdieping en toelichting. Sneller door tekst? Volg de hoofdtekst.



HET VERTREKPUNT



Multi-morbiditeit, toenemende zorgdruk

Nederland vergrijst. Er is een groeiend aantal (met name oudere) personen met één of meer chronische aandoeningen[1] die tot beperkingen in het functioneren leiden. Een deel van hen bevindt zich, door een opeenstapeling van medische klachten en sociale problemen, in een kwetsbare situatie. Ze doen vaak en veel een beroep op zorg, zowel formele zorg als informele zorg[2]. De druk op alle vormen van zorgverlening neemt toe: een zorginfarct dreigt.

Kostenverlaging door zorg en preventie dichtbij

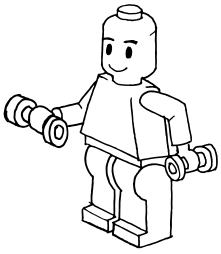
De Rijksoverheid probeert met hervormingen de stijgende zorgkosten en de druk op zorgprofessionals te bedwingen. Zo is er de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) gekomen waarin decentralisatie van de langdurige zorg plaatsvond. Ondersteuning voor (o.a.) ouderen komt sinds 2015 voor rekening van de gemeenten. De regie, coördinatie en bekostiging is overgeheveld van het rijk naar de gemeenten om zodanig de zorg effectiever, met minder bureaucratie en goedkoper te kunnen leveren. Veel gemeenten hebben gekozen om de langdurige zorg te organiseren in de wijk via (sociale) wijkteams. Deze wijkteams verlenen toegankelijke zorg en ondersteuning dichtbij de burger. Anno 2019 is de boodschap nog steeds: 'als het kan: zorg dichter bij huis bieden' en 'inzetten op preventie'[3].

Teamwerk gevraagd

Om deze zogenaamde 'wijkgerichte zorg' goed invulling te geven, is het nodig dat zorgprofessionals steeds meer interprofessioneel samenwerken in kleine, flexibele teams en dat allen vaardig zijn in een continuüm van bekwaamheden[4]. Zo ontstaat een zorgnetwerk om zorgvragers heen. Deze beweging is al volop gaande. Er zijn al meerdere best-practices te noemen van twee of drie professionals die, over de grenzen van het eigen domein, effectief en efficiënt samenwerken in de wijk. Tot op heden zijn beweegzorgprofessionals slechts bij uitzondering betrokken in dit soort interprofessionele samenwerkingsverbanden.

Het fundament van beweegzorg

En dat is opmerkelijk. Bekend is namelijk dat het bij het grootste deel van de functioneringsproblemen gaat om mobiliteitsproblemen. Dit is expliciet het terrein van de beweegzorgprofessionals. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn als beweegzorgprofessionals de experts op het gebied van houding en bewegen. Zij kunnen patiëntgericht en waarde-gedreven het bewegend functioneren van zorgvragers behouden en/of verbeteren. Hiermee is er een toename te verwachten voor zowel het belang als de waarde van beweegzorg[5].



Beweegzorg in de wijk: concurrenten en doelgroepen veranderen

Het veranderende zorgveld in de wijk door decentralisatie heeft gevolgen voor de beweegzorg. Naast fysio- en oefentherapeuten roert een aantal andere professionals zich in toenemende mate op de beweegzorgmarkt, zoals praktijkondersteuners van de huisarts en wijkverpleegkundigen. Ook vanuit het sociale domein is er beweging. Buurtsportcoaches, leefstijladviseurs en beweegmakelaars schieten als paddenstoelen uit de grond en bieden in toenemende mate beweegaanbod op maat, ook voor mensen met beperkingen in het bewegend functioneren.
Je zou kunnen zeggen dat de concurrentie voor beweegzorg in de wijk toeneemt.

Meer aan marketing

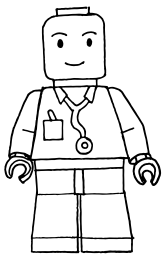
Het veranderende zorgveld en de toenemende concurrentie dwingen fysiotherapeuten zich te positioneren en te profileren in de wijk. Met behoud van hun fundament: de specialist in houding en beweging. Dit gaat gepaard met twijfels en vragen:

> Wat verwachten zorgvragers van praktijken als het gaat om beweegzorg? En andere zorgprofessionals? En beweegaanbieders? En gemeentes? Wat is de unieke bijdrage van fysiotherapeuten ten opzichte van andere aanbieders van beweegzorg in de wijk?

Dit type marketing-gerelateerde vragen zijn relevant voor de perspectieven van fysiotherapiepraktijken in de wijk.

"Huisartsen staan bovenaan in de hiërarchie en nemen initiatieven op het gebied van beweegzorg door praktijkondersteuners en beweegcoaches in te zetten. Waar is onze rol dan?"

**(uitspraak fysiotherapeut,
Workshop vraagarticulatie MOVES, 2016)**



Marketing, ondernemerschap, vernieuwing en samenwerking:

MOVES ZET IN OP POSITIONERING

Het tweejarige project 'MOVES in de beweegzorg' onderzoekt hoe fysiotherapeuten kunnen inspelen op en bijdragen aan de veranderende zorg in de wijken op een manier die -voor hen als MKB-organisaties- haalbaar en rendabel is. MOVES bestaat uit 22 fysiotherapiepraktijken, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie en drie onderzoeksgroepen van de Hogeschool Utrecht.

In deze publicatie wordt ingegaan op de onderzoekslijn gericht op positionering in de wijk. Er wordt een **actuele probleembeschrijving** gegeven van de **positie** van de fysiotherapeut in de **wijk** met een **doorkijkje naar de toekomst**. De stippen aan de horizon. Een volgende publicatie richt zich op de stappen daarnaartoe en betrekt innovatiekracht daarbij.

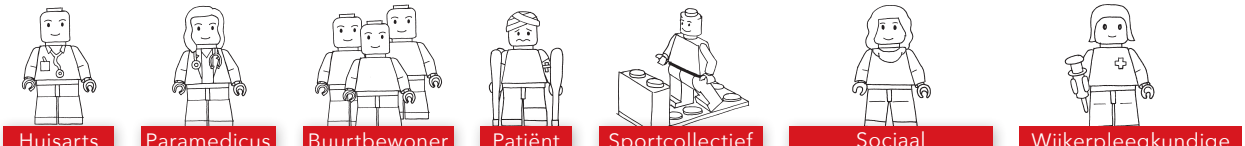
Het is belangrijk om te benadrukken dat het project MOVES 'de wijk' als context heeft. Uitspraken en conclusies gaan steeds over de beweegzorg, de behoeften en de spelers op wijkniveau. Het wijkniveau kan ook een dorp zijn of een stadsdeel, vergelijkbaar met het verzorgingsgebied van de (dichtstbijzijnde) huisarts.

MOVES IN UITVOERING

In de maanden februari t/m juli van 2018 zijn 55 diepte-interviews uitgevoerd. In eerste instantie met 10 fysio- of oefentherapeuten afkomstig uit 10 verschillende praktijken. Vanuit deze praktijken zijn 5 praktijken geselecteerd, met het idee om alle relevante stakeholders in 5 wijken te interviewen.

De 5 gekozen wijken hebben een spreiding naar:
- Mate van stedelijkheid (dorp, kleinstedelijk en grootstedelijk)
- Sociaal Economische Status van de bevolking
- Omvang van de praktijk (éénpitter, groepspraktijk, gezondheidscentrum)

Per wijk is gesproken met een huisarts en/of praktijkondersteuner van de huisarts (POH), een collega paramedicus, een actieve buurtbewoner of vrijwilliger, een chronische en niet-chronische patiënt, een afgevaardigde van een sportcollectief (zoals een buurtsportcoach), een afgevaardigde van een (gemeentelijke) sociaal welzijnsorganisatie en een wijkverpleegkundige. Naast de gesprekken in de wijk, is op overkoepelend niveau gesproken met 3 gemeentelijke beleidsmedewerkers, 3 verzekeraars en 2 medisch specialisten. →



DE PRAKTIJK POSITIONEREN

→ Tijdens de interviews met de fysiotherapeuten en hun stakeholders is gesproken over hún kijk op de behoeften aan beweegzorg, de trends (in de beweegzorg) en de mogelijke rol en waarde van de fysiotherapeut en andere beweegzorgaanbieders in hun wijk.

Voorafgaand aan de interviews is actuele literatuur geraadpleegd over positioneren in de zorg, zorgmarketing en stakeholdernetwerken om tot specifieke vraagpunten te komen. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd met het softwareprogramma Atlas.ti versie 8. De database wordt, geanonimiseerd, opengesteld voor onderwijsdoeleinden na afloop van het project.

De samenwerking tussen verschillende lectoraten van de HU resulteert in een unieke combinatie van kennis op het gebied van marketing en beweegzorg.

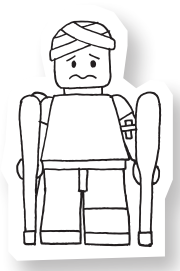
Een fysiotherapiepraktijk is een zorgorganisatie die zich beweegt op de zorgmarkt. Het is een bedrijf dat zich staande houdt, met een bedrijfsmodel en een gewenste positionering aan de hand. *Positioneren* gaat over het bepalen van je **doelgroep** en **de waarde** die je als organisatie aan deze doelgroep kunt bieden.

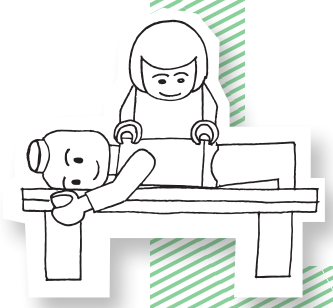
Na het vaststellen van de gewenste positionering wordt bekeken wat hiervan de gevolgen zijn voor activiteiten/diensten, resources, partners, kosten, inkomsten etc. Dit in zijn totaliteit is het bedrijfsmodel.

Een goed begrip van de omgeving helpt om sterkere, flexibele en meer concurrerende bedrijfsmodellen te maken. De externe omgeving is een soort *ontwerpruimte*[6].

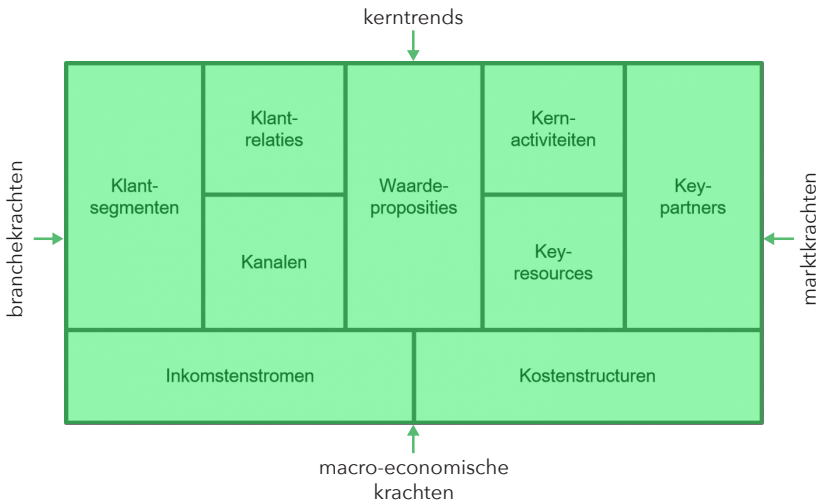
Eisen aan positioneren

Positioneren betekent letterlijk 'een positie krijgen'. Daarmee wordt bedoeld een mentale positie in het hoofd van de klant, ofwel het gewenste beeld van de organisatie bij anderen. Dat heeft alles te maken met het aanleren van gedachten over de organisatie die positief, uniek, relevant, en emotioneel zijn. Een goede positionering is het uitgangspunt voor het ontwikkelen van producten en diensten (innovatie), van promoties, prijszetting, plaats en inzet van het personeel.





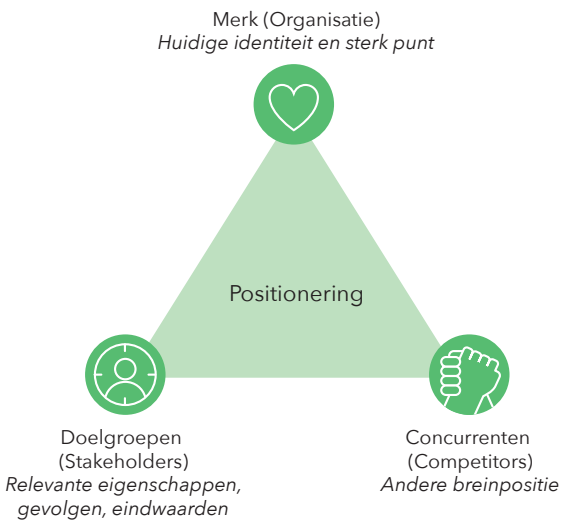
ALS BEDRIJF: EN BUSINESS MODEL



Figuur 1
Aangepast van Management-modellensite.nl en "Business Model Generatie", door Osterwalder, A., Pigneur, Y., & Clark, T., 2017, p. 200, Deventer: Vakmedianet.

Er is een aantal eisen aan een goede positionering[7]:

- Het moet **relevant zijn voor de doelgroep** van de organisatie. Binnen de zorgmarkt is er niet één doelgroep maar zijn er verschillende.
- Ten tweede moet de positionering **passen bij jezelf**. Het moet in lijn liggen met een sterkte die je bezit; iets wat in je eigen DNA aanwezig is.
- Ook is een positionering **onderscheidend**, dus anders dan het beeld bij een andere, vergelijkbare, zorgaanbieder.
- Tenslotte, bestaat er al een beeld van je organisatie bij de doelgroep. Het is belangrijk om deze boven tafel te hebben, om te weten waar je nu staat. Dat wordt ook wel het **huidige imago** genoemd.



Figuur 2
Aangepast van "Zorg met liefde en lef. Stappenplan voor effectieve zorgmarketing", door Alsem, K.J. & Klein Koerkamp, R., 2016 (2e herziene druk), p. 533, Bedum: Profiel Uitgeverij.

MOVES inzichten:

DE ONTWERPRUIMTE VERANDERT

Wat is er aan de hand in de wijk? De omgeving verandert voortdurend, maar een aantal trends komt opvallend naar voren.

Schaalvergroting

Het fysiotherapie-aanbod is ruim voor de vraag. De bedrijfstak reageert met een verschuiving naar grotere praktijken, al dan niet in samenwerking met andere eerstelijns zorgverleners[8]. De verzekeraar is hier blij mee, want vindt in een paar grote spelers *'betere gesprekspartners, dan alle kleine praktijken langs gaan'*.

"Er zijn meer praktijken dan supermarkten. In een aanbodmarkt kan je ook denken dat je doorzettingskracht hebt. Maar dat werkt niet meer, en dat kantelpunt is gekomen."

(verzekeraar, interview juni 2018)

"Ga die uitdaging aan om te werken met een huisarts, een diëtist... een hele andere dynamiek en flow. En dat is ook de toekomst, niet meer die praktijk op de hoek. Wel voor de specialist voor kinderen bijvoorbeeld, dat zijn er maar een paar, die zullen altijd wel blijven bestaan."

(verzekeraar, interview juni 2018)

Specialisatie is een algemeenheid

Door dubbele vergrijzing en stijging van het aantal chronische ziekten, zal de vraag naar fysiotherapie groeien. Met name voor specialismen 'Geriatrie' en 'Oncologie' liggen er kansen[8]. Maar een specialisme of kwaliteitsaccent wordt niet altijd onderscheidend gekozen door een praktijk. Er is concurrentie tussen fysiotherapiepraktijken op het gebied van innovatieve behandelingen, nieuwe diensten en ruimere openingstijden[8]. In de grotere praktijken zijn vaak meerdere specialismen vertegenwoordigd. Ongeveer een kwart van de markt is Pluspraktijk[9]. Specialisatie wordt een basisvoorwaarde – de norm - voor cliënten. Het is niet (meer) een unieke eigenschap waarmee praktijken zich kunnen onderscheiden in de wijk.

Water lijkt niet aan de lippen te staan...

Op dit moment heeft de fysiotherapeut in de wijk zijn inkomsten. De verzekeraar bekostigt een aanzienlijk deel van de behandelingen, en dat zal naar verwachting- onder maatschappelijke druk – voorlopig zo blijven. Maar met welke constructie doet de verzekeraar dit en voor welk deel van de behandelingen? Is de vergoeding dekkend voor de kosten? Op dit moment kan het antwoord op deze vragen nog 'ja' zijn, maar veel praktijken voelen dat de grond onder hun voeten natter wordt. De vraag naar fysiotherapie is namelijk conjunctuurgevoelig omdat zorgverzekeraars slechts een deel van de behandelingen vergoeden[8]. De grootste praktijken zijn in staat om efficiencyslagen te maken in werkwijzen en kosten te sparen. Zo bereiden ze zich al voor op mindere tijden. Maar zouden niet alle fysiotherapiepraktijken in de wijk dit nu al moeten doen?

...dus MOVES komt op het goede moment

Het businessmodel van de fysiotherapeut in de wijk moet toekomstbestendig zijn. Praktijken werken hier zeker al aan via de genoemde strategische opties die gaan over specialiseren en excelleren ('product leadership') of schaalvergroting en efficiëntie ('operational excellence'). Maar daarmee zullen niet álle fysiotherapiepraktijken in de wijk aan boord blijven. Er is – vooral in de wijk – nog een derde perspectief waar ruimte is, namelijk

"Elke praktijk wil de nieuwste behandeling, zich aanmelden voor de volgende keten, maar wat levert het nou op per jaar aan cliënten."

(fysiotherapeut, interview februari 2018)

"Het meest interessant in de komende jaren is een sterk integraal team van zorggezondheid, het liefst gezamenlijk als buurtcoöperatie. In het team zit gezondheid, tijdelijk ziek en chronisch ziek. De fysiotherapeut is expert in alle drie de rollen [...] De fysio als wijkexpert, ook preventief."

(gemeente, interview juli 2018).

'klantaandacht'. In relatie tot de fysiotherapeut in de wijk is klantaandacht te vatten onder:

- de zorg dichterbij, beter en persoonlijker
- de zorg meer focussen op functioneren en preventie, dan op ziekte en zorg. Multimorbiditeit, het stapelen van ziektes (en ketens) is geen (financieel) houdbare ingang; wat kan de mens (met de ziekte) wél *
- zorg sámen, in de eerste lijn

*Gezondheid als: het vermogen om je aan te passen aan je sociale, fysieke en emotionele uitdagingen. Vertaald naar: *Huber et al*. How should we define health? BMJ 2011;343 (4163):235-7.

In box 1 staat een volledig beeld van de krachten die er volgens de geïnterviewden spelen in de wijk. Er zijn vanzelfsprekend verschillen per wijk, maar deze zijn kleiner dan je zou verwachten.

BOX 1 KRACHTENVELD BEWEEGZORG IN DE WIJK

Kerntrends en macro-economische krachten

- dubbele vergrijzing
- langer zelfstandig wonen
- vereenzaming
- individualisering
- gezondheidsbewustzijn
- digitalisering
- toename overgewicht
- stress
- armoede
- stretch van de participatiesamenleving

Branchekrachten

- ketenintegratie (anderhalvelijnszorg)
- opkomst regiefuncties
- preventiefocus met onduidelijke financiering
- groei in behoefte van onderlinge samenwerking
- gebrek aan accommodaties (met name stedelijk)
- komst geïntegreerde leefstijlinterventie (nieuwkomer en concurrent)
- huisartsen als managers van de zorg (praktijken breiden uit met professionals/ POH's, verzekeraar vergoed eerste lijn steeds meer via huisarts
- grote rol sociale wijkteams/ gemeente)
- specialisaties nemen toe
- opkomst buurtsportcoach en beweegmakelaar

Marktkrachten

- sporten en bewegen worden steeds belangrijker inclusief het gewone bewegen zoals wandelen en naar buiten gaan
- een integrale vraag fysiek-mentaal wordt groter, mensen worden zelfstandiger, 'digitaler' en doen meer aan zelfzorg
- zorg wordt zwaarder en complexer doordat men bijvoorbeeld eerder uit het ziekenhuis komt

LET OP DE BLIK VAN VERSCHILLENDE STAKEHOLDERS

Heeft de praktijkhouder genoeg aandacht voor de markt, de wijk, de klant? Er is al jaren sprake van een hoge patiëntwaardering en dat is mooi! Praktijkhouders gebruiken deze ervaringen van patiënten om hun zorg continu te verbeteren én hun praktijk te profileren. Maar naast patiëntervaring is er méér kennis over klanten (patiënten / cliënten) die de praktijkhouder kan gebruiken om zich te positioneren. Een schat aan gegevens is beschikbaar in het klantsysteem van de praktijk: wie zijn deze mensen, hoe vaak komen zij, waar vandaan, wat willen zij?

Bovendien is er het gegeven dat de klant niet de énige en ook niet altijd de belangrijkste stakeholder is in de wijk. Er zijn bijvoorbeeld ook collega zorgprofessionals, financiers, beleidsmakers en vrijwilligers actief. Een complexe setting als de wijk vraagt daarom om 'stakeholdermarketing' (box 2).

Een belangrijke start bij stakeholdermarketing is het in kaart brengen van het complexe netwerk. Welke stakeholders zijn er in de wijk? Hoe ziet de structuur van het stakeholdernetwerk eruit? Wat is het karakter van iedere stakeholder? Welke belangen spelen er, ook ten opzichte van elkaar?[13].

Stakeholders van beweegzorg in de wijk; allen zijn klant én partner

MOVES ging met 10 fysiotherapeuten en 55 stakeholders in gesprek om het uitgebreide stakeholdernetwerk van beweegzorg in de wijk in kaart te krijgen. Dit werd gedaan door via Lego© poppetjes een wijkopstelling te maken. We vroegen onder andere: wie zit er in het netwerk, wie

BOX 2 DE WIJK ALS STAKEHOLDER MAP

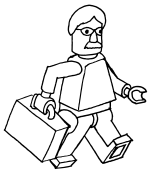
Stakeholdermarketing is een gebied binnen de marketing dat actueel is en de afgelopen jaren in de belangstelling staat. Het stakeholderperspectief gaat over het verbreden van de focus van een bedrijf, verder dan alleen de consument, naar: 'elk persoon, elke groep of organisatie die de beslissingen van het bedrijf kan beïnvloeden of erdóór wordt beïnvloed'[10].

De stakeholdergedachte sluit goed aan bij het domein 'health' en 'care', als zijnde publiek goed[11]. Er valt te denken aan de complexe netwerkstructuren van zorgverleners - zowel cure als care, zowel professioneel als vrijwillig - op lokaal gebied. Zo lokaal en fijnmazig als een gemeente, wijk of buurt. Het zorgnetwerk in de wijk waar het sinds 2015, de decentralisatie van de zorg, om gaat. Gemeenten brengen de zorg dichtbij de burger in de wijk, en zorg wordt verleend via wijkteams[12]. De spelers transformeren zich en hergroeperen, zoals dat binnen stakeholdernetwerken gebruikelijk is.

De focus van stakeholdermarketing ligt op co-creatie in netwerken en relaties. Het gaat niet zozeer om de relatie tussen twee partijen onderling, maar meerzijdige relaties. Deze relaties zijn complex, vol van spanning (er kunnen meerdere waarheden zijn) en er is niet één partij met de volledige controle. Het netwerk van actoren creëert gezamenlijke waarde[13].

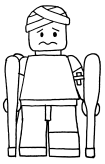
staat er dichter bij, wie staat er verder af, hoe typeren de verschillende stakeholders zich als het gaat om macht en actieve participatie? De meeste respondenten maakten spontaan gebruik van de gehele (tafel) ruimte en gingen concentrisch te werk. De samenvattende figuur toont de onderlinge posities en relaties in de wijk die verrassend eenduidig zijn; de (beweeg) zorg draait om de patiënt, maar andere stakeholders nemen ook een vaste plaats in in het beweegzorgnetwerk in de wijk.

Met de theorie[14] als achtergrond, is naar een praktische indeling gezocht (en gevonden) van stakeholders in de wijk:

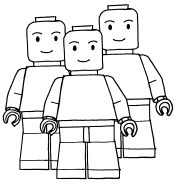


De machtigen:
Zij zijn de beïnvloeders, hebben een groot belang in de zorg, kunnen een claim leggen op het netwerk (formeel, contractueel), en hebben daartoe ook een bepaald recht om dat te doen. Ze zijn vaak actief, hebben een actieve beïnvloedingsstrategie, alhoewel dat niet altijd het geval hoeft te zijn.

Morele claimers:
Een niet te onderschatten groep, hier zijn dat de mantelzorgers, die weliswaar geen overredingsmacht hebben, maar wel sterk staan voor wat sociaal en moreel goed is. De relatie is informeel.



Passieve ontvangers:
Degene die de activiteiten en resultaten van het netwerk 'ontvangen'. Genieten van de baten maar ook van de lasten. De patiënten/ cliënten kunnen als zodanig bestempeld worden. Die 'worden' verwezen en luisteren vaak ook graag naar de 'autoriteit': de dokter. Er is echter een (groeiende) groep (steeds) mondiger patiënten die de macht over hun eigen lijf wil houden en daar actief op acteert.

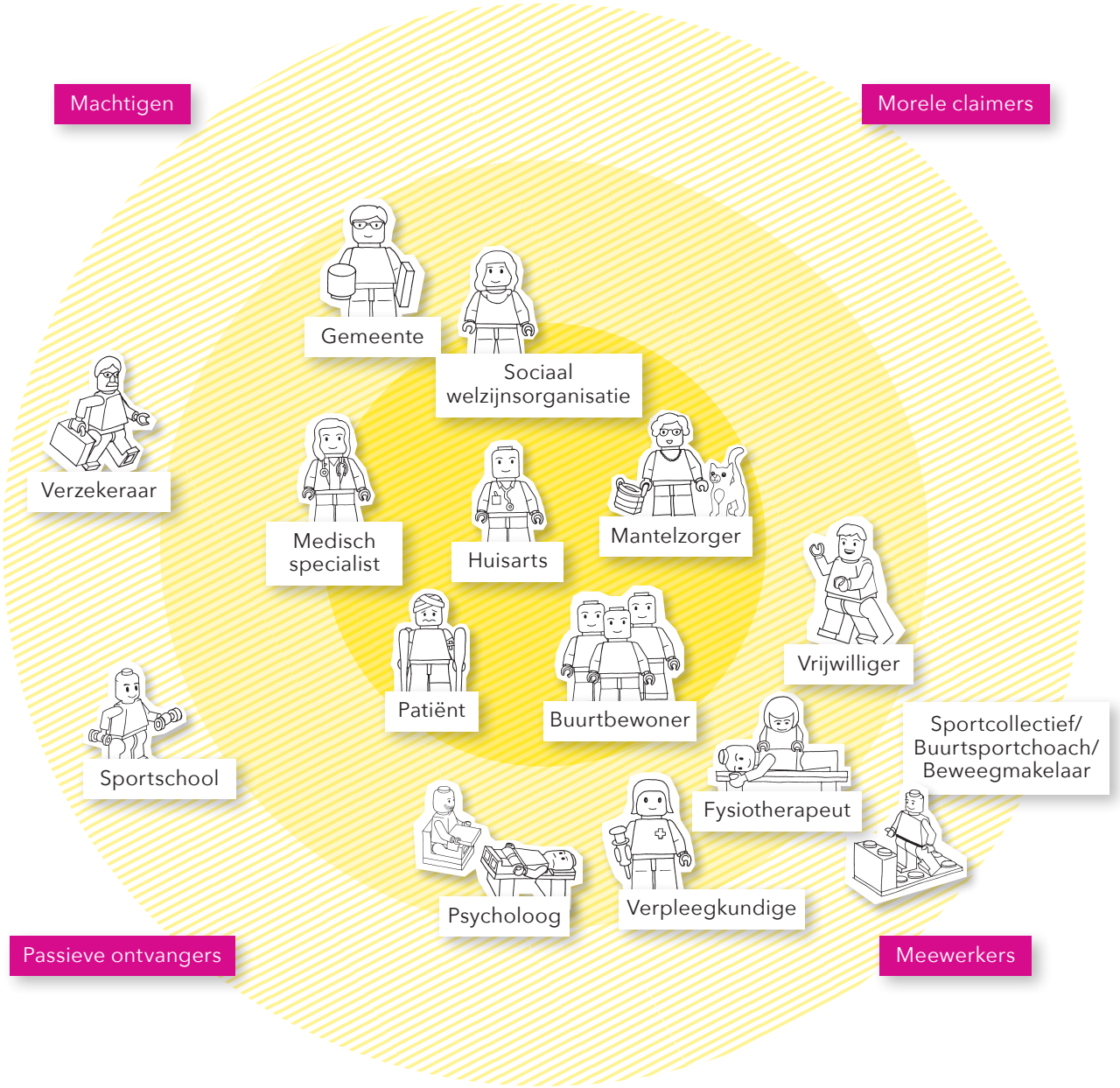


De meewerkers:
Het zijn actievelingen, werken mee en werken samen, maar hun mate van beïnvloeding is erg beperkt. Soms hebben ze ook geen belang of interesse om de anderen te beïnvloeden.

"Je hebt wel de betrokken mantelzorgers, de mondige zoons of dochters die weten hoe de routes lopen."

(fysiotherapeut, interview februari 2018)

Machtig



Minder machtig

"De gemeente zorgt voor toestemming voor mijn parkeerplaats voor de deur. Ik kan niet zonder, dan kom ik sowieso de deur niet uit."

(patiënt, interview mei 2018)

De vier groepen stakeholders, daar vallen de volgende stakeholders onder:

Meewerkers

- Buurtbewoners: naast bestaande klanten zijn er potentiële klanten: de mensen in de wijk die op enig moment een fysiotherapeut nodig kunnen hebben. We noemen ze buurtbewoners. Het onderzoek wijst uit dat buurtbewoners belangrijke spelers zijn in de wijk. Zo zijn er de actieve vrijwilligers, die als early adopter of als influencer, van initiatieven afweten (of zelf starten), burgers ontmoeten en ideeën verspreiden.
- Dat actieve, het nauw in contact staan met cliënten, hebben de wijkverpleegkundigen, buurtsportcoaches (of andere gemeentelijke beweegcollectieven) en de fysiotherapeut zelf ook. Ze staan midden in de wijk, en met name de wijkverpleegkundige ziet en hoort alles. Vanuit die positie zouden ze cliënten kunnen adviseren naar de fysiotherapeut te gaan. Maar: ze hebben niet de formele macht of middelen om zorg te beïnvloeden of anders te organiseren.

Morele claimers

- Verder zijn er mantelzorgers: een grote en belangrijke groep in de wijk. Zij bepalen mede wat er aan beweegzorg nodig is en georganiseerd moet worden voor hun naaste, vanuit een moreel en sociaal goed.

Machtigen

- Ook de traditionele verwijzers (de huisarts en de medisch specialist) zijn stakeholders binnen beweegzorg in de wijk. Daar start nog altijd een groot deel van de zorgindicaties. Deze zogenaamde machthebbers hebben de eindregie, met name de huisarts.
- Een andere speler met invloed in de wijk is de sociaal welzijnsorganisatie (per gemeente of zelfs wijk verschillend hoe deze is georganiseerd). Een dergelijke organisatie kijkt naar gezondheid in het bredere perspectief van maatschappelijk functioneren: het gezin, werk en inkomen, sociale inclusie, bewegen en eten. Zij heeft ook een sturende functie daarin. Opvallend is dat de fysiotherapeut deze partij zelf niet altijd als relevante speler in de beweegzorg benoemt. Maar de andere geïnterviewden doen dat steevast wel.
- Gemeente en verzekeraar bepalen de (beweeg)zorg op afstand, via beleid en financiering. Alleen de patiënt/buurtbewoner plaatst de gemeente dichterbij. Beleid raakt hen soms in hun mobiliteit.

"Als het gaat om de cure, dan is dat de huisarts. De zorg in breder verband, dan is 't het buurtteam dat bepaalt."

(actieve buurtbewoner, interview mei 2018)

Passieve ontvangers

- Als 'last but not least' de patiënt. Als stakeholdertype nog vrij passief. Hoewel de helft van de patiënten nog verwezen wordt door de autoriteit 'de dokter', zal er een groeiende groep (steeds) mondiger patiënten zijn, die de macht over hun eigen lijf wil houden en daar actief op acteert.

Geconcludeerd kan worden dat het beweegzorgnetwerk in de wijk een complex geheel is. Het fenomeen 'stakeholders' vormt een uitdaging: de fysiotherapeut moet een 'positie innemen' voor elk van hen. Alle stakeholders hebben een eigen behoefte en taal. Anderzijds zijn het allen potentiële partners en resources: samenwerkingspartijen!

IMAGO VAN DE FYSIOTHERAPEUT IN DE WIJK

Een volgende uitdaging op dit ogenblik in de wijk, als het gaat om positioneren, is het huidig imago van de fysiotherapeut in de wijk.

De theorie zegt over imago: positionering heeft betrekking op het veroveren van *mindshare* en *heartshare*. Een sterke naam is prominent aanwezig; de doelgroep denkt er direct aan als hij een bepaalde behoefte voelt (mindshare), en de naam roept sterke gevoelens op die zich onderscheiden van concurrerende aanbieders (heartshare) Dat leidt ertoe dat er keuzevoorkeur ontstaat[15]. Zorgaanbieders moeten streven naar beide 'shares'[7].

"Soms heb ik wel eens een naam gehoord, maar als ik een huisarts telefonisch spreek en we verwijzen, dan heb je het over' de fysio' en dan valt er geen naam. "

(medisch specialist, interview juli 2018).

"Ik heb geen flauw idee of er fysio's in de wijk zitten. "

(actieve buurtbewoner, interview juni 2018)

Weinig bekendheid

En daar ligt in de wijk net de crux. Voor vrijwel alle stakeholders zoals zojuist beschreven geldt dat de fysiotherapeut in de wijk nauwelijks bij naam bekend is, en velen weten niet wat deze beweegzorg-professional doet. De mindshare is laag.

Weinig binding, maar veel potentie

Ondanks de lage mindshare, scoort de heartshare hoog. Het zijn de patiënten die onthullen welke unieke positie de fysiotherapeut (in potentie) heeft: de meest menselijke zorgverlener, die náást de cliënt staat en die zelfvertrouwen biedt over het eigen bewegend vermogen.

Wat betreft imago en emotie is er bij andere stakeholders nog veel te winnen. De houding vanuit de gemeente en verzekeraar is kritisch: de fysiotherapeut is volgens hen niet altijd zichtbaar, de kennis van en invoeling met de markt en het (gemeentelijk) aanbod kan beter. Ze organiseren zich, volgens hen, minder goed dan andere zorgprofessionals dat doen. Tenslotte kan de interprofessionele samenwerking op het gebied van beweegzorg in de wijk verbeterd worden.

"Hij geeft het gevoel: 'vertrouw me, vertrouw me dat het kan, ik blijf bij je'. "

(patiënt, interview juni 2018)

"Als ze kunnen aantonen dat ze de weg weten naar het aanbod van de gemeente, kijk, dán zou de gemeente met hen afspraken willen maken. "

(gemeente, interview juni 2018)

BOX 3 MINDSHARE + HEARTSHARE = GEDRAG

MINDSHARE

Zorgprofessionals

Bekendheid onder zorgprofessionals in de wijk varieert enorm; een deel kent de fysiotherapeuten in de wijk, maar een even groot deel kent er maar weinig. Sommige verwijzers hebben een 'short list' met namen. Bekendheid komt vanuit eerstelijns overleggen, collega's en voorgaande ervaringen.
De algemene kennis over de fysiotherapeut is beperkt en traditioneel: fysiotherapie draait om 'onderhouden en verbeteren van conditie en mobiliteit'.

Burgers / patiënten

Bekendheid onder burgers en patiënten is beperkt. Ze kennen een enkele praktijk in de wijk bij naam. Waar de fysiotherapeut praktisch mee bezig is, is volgens de patiënt/burger pijnverlichting (na operatie), bewegen van spieren, botten en gewrichten.

Verzekeraar / gemeente

De verzekeraar maar ook de gemeente kent nauwelijks fysiotherapeuten in haar netwerk. Ze hebben 'geen goed zicht' op wie wie is. Wat bekend is van de beroepsgroep, is dat zij zich bezighouden met gezond bewegen, blessures en individuele behandeling van patiënten. Het karakter van 'aanbodmarkt', de vele eenpitters versus grote praktijken/ketens is top-of-mind.

HEARTSHARE

Zorgprofessionals

Een aantal zorgprofessionals heeft sterke en positieve associaties: dit verloopt van meer functioneel als 'laagdrempeligheid', samenwerken, meedenkend naar de emotionele waarden 'eigenwaarde-, zekerheid- en vertrouwengevend'.
Echter, veel zorgprofessionals hebben weinig binding en dichten de fysiotherapeut geen bijzondere eigenschappen of waarden toe.

Burgers / patiënten

Van de patiënten/burgers kan gezegd worden dat er een flinke 'heartshare' bestaat. Gevoelens van nabijheid, vertrouwen, zekerheid en menselijkheid voeren de boventoon.

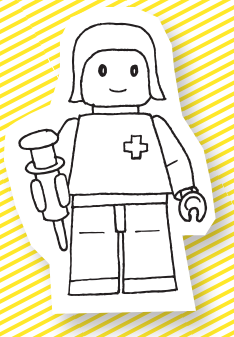
De fysiotherapeut lijkt (in potentie) uniek: de meest menselijke, gelijkwaardige zorgverlener, náást de mensen, die zelfvertrouwen biedt waar de patiënt onzeker is over zijn eigen bewegend vermogen.

Verzekeraar / gemeente

De houding vanuit de gemeente en verzekeraar is wat koel. De fysiotherapeut zou zich beter moeten verenigen, kan zich verbeteren op samenwerking, zichtbaarheid en kennis van de markt en het (gemeentelijk) aanbod.

'Wat MOVES heeft opgeleverd? Het zet ons in beweging en aan het denken. Lastig hoor; steek je je nek uit, of blijf je veilig'

(uitspraak MOVES deelnemer fysiotherapeut, december 2018)



NETWERKEN EN SAMENWERKEN ALS SLEUTEL IN DE WIJK

Integrale zorg, gedeelde visie, samenwerken, gemeenschappelijke basis, leren van elkaar, wijknetwerk, mensgedreven… een aantal kernthema's van de Taskforce 'Zorg op de juiste plek'[16]. Samenwerken en multidisciplinariteit zijn sleutelbegrippen.

Het MOVES onderzoek geeft aan dat er een enorme behoefte is onder alle stakeholders van beweegzorg in de wijk aan een netwerk van zorgverleners dat snelle en betrouwbare zorg biedt, waar geen sprake is van tijds- en gelddruk en waar in onderling vertrouwen en veiligheid wordt gewerkt. Bijvoorbeeld: alle zorg in de wijk centraal op één plek. Een multidisciplinaire aanpak is daarin van belang.

"Netwerkzorg neemt de behoeften van patiënten als uitgangspunt waarbij verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen aan de patiënt."

(Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018, p. 40)

"We moeten elkaar blijven ontmoeten, we kunnen het niet alleen doen."

(POH, interview mei 2018)

Structureel overleg, korte lijnen en vertrouwen. Dat zijn nog geen kenmerken van de huidige situatie. Als het gaat om de rol van de fysiotherapeut in het netwerk, dan is het beeld als volgt: een goede samenwerker als het gaat om de zogenaamde 'kleine samenwerking': projectmatige of informele uitwisseling van informatie, kennis en kunde.

Zorgprofessionals merken op dat de fysiotherapeut geen initiatiefnemer is op strategisch vlak, als het gaat om jezelf organiseren en je met andere disciplines verenigen.

Blik naar binnen

Het lijkt erop dat ook de fysiotherapeut zelf niet helemaal zeker is van zijn/haar zaak en taak. Om te kunnen samenwerken is het verstandig om eerst je eigen positie te bepalen. Wie ben je, wat kun je? Waar kun je aanhaken? Waar wil je voorop lopen? Durf je buiten de kaders van je domein te kijken of blijf je veilig daarbinnen?

"Ik vind het ook wel lastig om de kartrekker te zijn."

(fysiotherapeut, interview februari 2018)

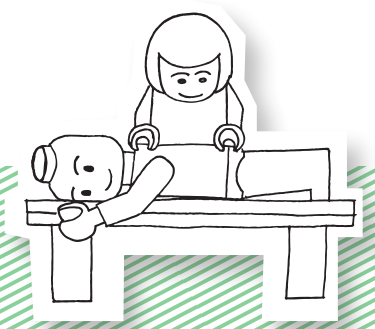
HOE NU VERDER?

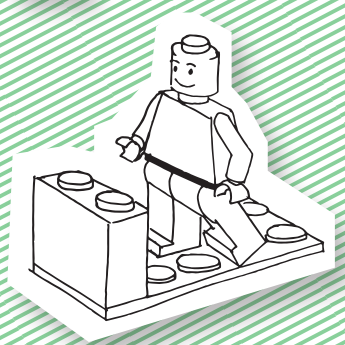
De fysiotherapeut is sinds jaar en dag dé expert op het gebied van houding en bewegen en de daarbij horende beweegzorg. Laat daar geen misverstand over bestaan. Hij levert kwalitatief goede zorg, een effectieve aanvulling op de medische zorg voor mensen met klachten aan het bewegingsapparaat. Maar de kansen zijn, vanuit wijkperspectief, niet te versmaden. Het MOVES onderzoek geeft aan dat deze kansen te verzilveren zijn:

- Imago verbeteren
- Stakeholderkennis vergroten
- Concurrentievoordeel creëren
- Positie nemen en identeit kweken

MOVES moves!

Het MOVES onderzoek beweegt verder. De maatschappelijke ontwikkelingen roepen de beweegzorgprofessionals op bijvoorbeeld aandacht te besteden aan thema's als 'Gepersonaliseerd Bewegen', 'Vitaliteit en Zelfredzaamheid' en 'Bewegen als social glue'. De vraag is welke van deze thema's te combineren is met het domein van de fysiotherapeut? En zo ja, hoe pak je als praktijk zo'n thema vervolgens aan bij het positioneren van je praktijk in de wijk? In het vervolg van het MOVES onderzoek zoeken we een antwoord op dit soort vragen.





Meer weten over de ontwikkeling van deze thema's? Of wat je als praktijk zelf kan doen om je positie te kiezen?

Volg ons via onze website: www.moves.hu.nl

Of geef je naam en email op via moves.beweegzorg@hu.nl, voor onze nieuwsbrief en andere updates.

LITERATUUR

1 Jansen, D., Spreeuwenberg, P. & Heijmans, M. (2012). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Nivel Rapportage 2012. nivel.nl/sites/default/ files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-de-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf

2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (zd). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Synthese. Kernboodschappen. vtv2018.nl/node/591

3 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2018). Rijksbegroting 2019. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/begrotingen/2018/09/18/xvi-volks-gezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2019

4 Kaljouw, M. & K. van Vliet (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland, Afdeling Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. zorginstituut-nederland.nl/ publicaties/adviezen/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren

5 KNGF. (2018). Vertrouwen in Beweging. Een visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut. Geraadpleegd van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/kngf-visie-2025.pdf

6 Osterwalder, A., Pigneur, Y., & Clark, T. (2017). Business Model Generatie: een handboek voor visionairs, game changers en uitdagers. Deventer: Vakmedianet.

7 Alsem, K.J. & Klein Koerkamp, R. (2016). Zorg met liefde en lef. Stappenplan voor effectieve zorgmarketing (2e herziene druk). Bedum: Profiel Uitgeverij.

8 Rabobank (maart 2018). Rabobank Cijfers en trends. Branche-informatie Fysiotherapeuten. rabobank.nl/bedrijven/cijfers-en-trends/gezondheidszorg/fysiotherapeuten/

9 Van Es Marketing Services. (november 2016). Groei aantal pluspraktijken in fysiotherapie | Nieuws | Marktdata. marktdata.nl/nieuws/Groei-aantal-pluspraktijken-in-fysiotherapie

10 Vertaald naar Freeman, 1984. In: Miles, S. (2017). Stakeholder theory classification: A theoretical and empirical evaluation of definitions. Journal of Business Ethics, 142, 437–459. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10551-015-2741-y.pdf

11 Bjørkquist, C., Ramsdal, H. & Ramsdal, K. (2015). User participation and stakeholder involvement in health care innovation – does it matter? European Journal of Innovation Management. 18. 2-18. DOI: 10.1108/EJIM-08-2013-0081.

12 Redeker, I., & De Groen, B. (2015). Integrale zorg en ondersteuning in buurt en wijk. Kennisdossier 11.

13 Hillebrand, B., Driessen, P., & Koll, O. (2015). Stakeholder marketing: theoretical foundations and required capabilities. Journal Of The Academy Of Marketing Science, 43(4), 411-428. doi:10.1007/s11747-015-0424-y

14 Miles, S. (2017). Stakeholder theory classification: A theoretical and empirical evaluation of definitions. Journal of Business Ethics, 142, 437–459. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10551-015-2741-y.pdf

15 Alsem, K.J. & Kostelijk, E. (2016). Merkpositionering. Brug tussen marketing en communicatie. Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.

16 Taskforce Zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. rijksoverheid.nl/ documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek

COLOFON

Project MOVES (Marketing, Ondernemerschap VErnieuwing en Samenwerking) in de beweegzorg in de wijk.

Hogeschool Utrecht, lectoraten Marketing, Marktonderzoek en Innovatie en Innovatie van Beweegzorg.

Tekst: Eveline van der Herberg

Eindredactie: Di-Janne Barten en Eveline van der Herberg

Onderzoekers: Di-Janne Barten, Eveline van der Herberg, Thies van der Linde, Harald Pol, Jorrit Rehorst

Vormgeving en opmaak: Martine Hermsen

© Hogeschool Utrecht februari 2019

HOGESCHOOL UTRECHT

Dit project is mede mogelijk gemaakt door subsidie van Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA.

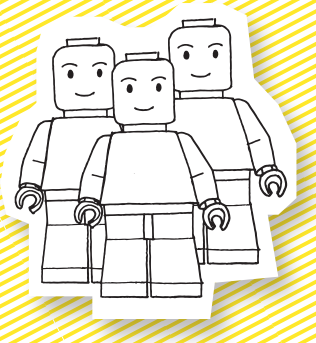
Regieorgaan SIA

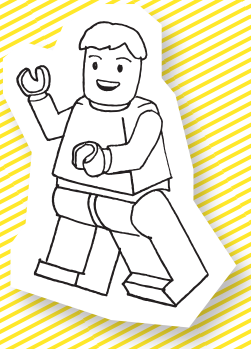
MOVES in de beweegzorg

moves.beweegzorg@hu.nl

www.moves.hu.nl

Deze publicatie is in hard copy en digitaal uitgebracht.
Het is geschreven voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten in Nederland, werkzaam in de eerste lijn, met een (gewenste) focus op hun wijk.





MOVES in de beweegzorg