

Evaluatierapport

‘Lekker in je Lijf’

Eindevaluatie van de effecten en ervaringen



Februari 2018

Colofon

Auteur	Leanne Reijnen, stafbureau GGD Hollands Midden
Publicatienummer	U18002
Uitgever	GGD Hollands Midden
Datum	Februari 2018

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	6
1.1. MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE, FINANCIËLE PROBLEMEN EN GEZONDHEID	6
1.2. GEMEENTEPOLIS.....	7
1.3. BEWEEGPROGRAMMA LEKKER IN JE LIJF	7
1.4. DOELSTELLING.....	8
1.5. VRAAGSTELLING	8
2. ONDERZOEKSMETHODE	9
2.1. VRAGENLIJSTEN DEELNEMERS	9
2.2. VRAGENLIJST FYSIOTHERAPEUTEN.....	10
2.3. INTERVIEWS MET FYSIOTHERAPEUTEN.....	11
3. BEREIK EN DEELNAME	12
3.1. BEREIK VRAGENLIJSTEN	12
3.2. FYSIOTHERAPIEPRAKTIJKEN	14
3.3. ACHTERGRONDKENMERKEN	15
4. INDICATIE VAN DE EFFECTEN	16
4.1. SAMENVATTING.....	16
4.2. LEESWIJZER	17
4.3. ERVAREN GEZONDHEID	18
4.4. ERVAREN LICHAAMELIJKE GEZONDHEID.....	19
4.5. ERVAREN EMOTIONELE GEZONDHEID.....	21
4.6. SUBJECTIEVE VERANDERING LICHAAMELIJKE EN EMOTIONELE GEZONDHEID EN BEWEEGGEDRAG	25
4.7. (MAATSCHAPPELIJKE) PARTICIPATIE	27
4.8. BEGELEIDING VAN DE FYSIOTHERAPEUT	32
5. DE WAARDERING EN ERVARING VAN FYSIOTHERAPEUTEN	33
5.1. MEERWAARDE VOOR DEELNEMERS	33
5.2. DOELGROEP	34
5.3. UITVOERING	36
5.4. SAMENWERKING	39
6. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	40
6.1. SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN EN MOGELIJKE KANSSEN VOOR VERBETERING	40
6.2. KENNIS UIT WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR EN PRAKTIJKERVARINGEN.....	41
6.3. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	42
7. AANBEVELINGEN	45
LITERATUUR	46
BIJLAGEN	48

Samenvatting

INLEIDING

Lekker in je Lijf is een beweegprogramma voor volwassenen met overgewicht, waarin men in een groep gaat bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut. Aanvullend geeft een diëtist voorlichting over gezonde voeding. Het programma wordt volledig vergoed voor mensen die een Gemeentepolis hebben bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. In 2015 zijn de eerste fysiotherapiepraktijken gestart met de uitvoering van het beweegprogramma. Het programma wordt inmiddels in elf praktijken, verspreid over negen gemeenten, aangeboden. Om inzicht te krijgen in de uitvoering en de effecten van deelname aan het beweegprogramma, wordt het programma sinds de uitrol gemonitord en geëvalueerd door de GGD Hollands Midden. In juli 2017 is de onderzoeksperiode beëindigd en zijn alle gegevens samengevoegd. In dit rapport wordt inzicht gegeven in de resultaten van eindevaluatie.

DOEL

Het doel van het evaluatieonderzoek is drieledig:

- Een indicatie vormen van de effecten van het programma op deelnemers;
- Inzicht krijgen in hoe deelnemers de begeleiding van de fysiotherapeuten ervaren;
- Inzicht krijgen in de ervaring en waardering van betrokken professionals over de werkwijze.

METHODE



3 vragenlijsten per deelnemer

- Nulmeting (n=322)
- Tussenmeting (n=118)
- Nameting (n=62)



5 interviews fysiotherapeuten

- Willekeurige selectie



12 digitale vragenlijsten fysiotherapeuten

- Alle aanbieders

RESULTATEN DEELNEMERS



Gedurende de periode september 2015 tot en met juli 2017 hebben in totaal 341 deelnemers aan het beweegprogramma deelgenomen. De meerderheid van de deelnemers is vrouw en 45 jaar of ouder.

Ervaren lichamelijke en emotionele gezondheid

Voor aanvang van het programma vindt de meerderheid van de deelnemers de eigen gezondheid matig of slecht. Uit de nulmeting blijkt dat kenmerkend aan de groep deelnemers is dat ze (enigszins) moeite ervaren met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen, dat ze (enigszins) moeite hebben met het lopen van trappen, dat ze zich regelmatig onrustig, neerslachtig en somber voelen en dat ze problemen ervaren bij dagelijkse bezigheden als gevolg van hun emotionele gezondheid. Ook vindt voor aanvang van het programma de meerderheid van de deelnemers hun eigen gezondheid matig of slecht.

Na afloop van het programma wordt de ervaren gezondheid door vier op de tien deelnemers beter beoordeeld ten opzichte van voor de start. Zowel direct als zes maanden na afloop van het programma ervaart een kwart van de deelnemers minder moeite met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen. Ook voelen vier op de tien deelnemers zich direct na afloop van het programma energiever en minder vaak onrustig. De effecten van deelname aan het programma op de emotionele gezondheid vallen voor sommige deelnemers minder gunstig uit; een deel ervaart achteruitgang.

Op de vraag of deelnemers zelf het idee hebben dat hun lichamelijke en emotionele gezondheid is verbeterd door hun deelname aan het beweegprogramma, antwoorden bijna alle deelnemers instemmend. Daarnaast geeft de meerderheid van de deelnemers aan dat hun fysieke activiteit (iets) is toegenomen als gevolg van hun deelname aan het programma.

Maatschappelijke participatie

Voor aanvang van het programma geeft de helft van de deelnemers aan dat ze zich door hun gezondheid (enigszins) belemmerd voelen om eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Eén op de vijf deelnemers gaat er nooit op uit. Daarnaast doet meer dan de helft van deelnemers (65%) geen betaald of vrijwilligerswerk. Voor de meerderheid van hen vormt de gezondheid een belemmering in het zoeken van werk. Maar ook van de deelnemers die wel betaald of vrijwilligerswerk doen, geeft meer dan de helft aan dat hun gezondheid hen belemmert om het werk goed uit te voeren. De effecten van deelname aan het beweegprogramma op de maatschappelijke participatie geven geen eenduidige resultaten weer. Terwijl sommige deelnemers er vaker op uit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten en zich hierin minder belemmerd voelen door hun gezondheid dan voor aanvang van het programma, geldt voor sommige deelnemers het omgekeerde. De werksituatie blijft daarnaast voor bijna alle deelnemers gelijk.

Begeleiding van de fysiotherapeut

De begeleiding van de fysiotherapeuten wordt door bijna alle deelnemers als positief ervaren. Direct na afloop van het programma beoordeelt meer dan de helft van de deelnemers de begeleiding als uitstekend.

RESULTATEN FYSIOTHERAPEUTEN

Bevorderende factoren

- Actieve inzet van gemeente in werving (brieven naar inwoners met gemeentepolis)
- Bereik van kwetsbare doelgroep
- Programma sluit aan bij behoeften
- Deelnemers waarderen het programma
- Goede groepsdynamiek werkt stimulerend voor de opkomst en motivatie
- De toolkit is een bruikbaar hulpmiddel voor de uitrol en uitvoering van het programma
- Inzet van de buurtsportcoach of welzijnscoach lijkt een effectieve manier om de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren
- Prettige samenwerking met de gemeente en GGD

Belemmerende factoren

- Moeite met werven van deelnemers als gemeente zich onvoldoende inzet
- Deelnemers hebben beperkt zelfinzicht en sturing en moeite om oude gedragspatronen te doorbreken; er is behoefte aan psychische begeleiding
- Nauwelijks doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod, mede door beperkte inzet van de gemeente hierin.



CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Bijna alle deelnemers ervaren zelf vooruitgang op het gebied van lichamelijke gezondheid als gevolg van hun deelname aan het beweegprogramma. Ook geven ze aan (iets) meer te bewegen na afloop van het beweegprogramma. Vooruitgang in de mate waarin moeite wordt ervaren met het tillen van zware voorwerpen, het doen van zware huishoudelijke klussen en het lopen van een paar trappen is ook zichtbaar bij een deel van de groep deelnemers, echter geldt in de meeste gevallen dat bij de meerderheid de score op deze items gelijk blijft. De effecten van het programma op de mate waarin deelnemers zich onrustig, energiek en neerslachtig en somber voelen, geven op de lange termijn tevens geen eenduidige resultaten weer. Voor sommige deelnemers heeft het beweegprogramma hierop een positieve invloed, terwijl bij andere deelnemers de emotionele gezondheid negatief beïnvloed is. Deelnemers ervaren echter zelf wel vooruitgang op het gebied van emotionele gezondheid.

De effecten van het beweegprogramma op de lichamelijke en emotionele gezondheid zijn direct na afloop van het beweegprogramma sterker aanwezig in vergelijking met zes maanden na afloop van het programma. Op het gebied van maatschappelijke participatie zijn geen blijvende en eenduidige resultaten zichtbaar.

De effecten van het beweegprogramma kunnen vergroot worden als er een goede doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod plaatsvindt. Naast het verzorgen van kennismakingslessen, kunnen gemeenten aanspraak doen op samenwerkingsverbanden en met behulp van een wijkgerichte aanpak zorgen voor een warme overdracht. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de inzet van een welzijnscoach of buurtsportcoach. Daarnaast is een actieve inzet in de werving van deelnemers gewenst, mede door het vergroten van de bekendheid van het beweegprogramma. Ten slotte wordt aanbevolen om in te zetten op het versterken van de motivatie van deelnemers, onder andere door een vraaggerichte en persoonlijke benadering te hanteren en deelnemers wegwijs te bieden op het gebied van andere problemen.

1. Inleiding

1.1. Maatschappelijke participatie, financiële problemen en gezondheid

Tussen maatschappelijke participatie en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Uit onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat het hebben van een chronische ziekte op zichzelf niet sterk samenhangt met participatie. Vooral de ervaren gezondheid, het psychisch welbevinden en de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen beïnvloeden de mate van maatschappelijke participatie. Maatschappelijke participatie heeft een positieve invloed op de gezondheid mits de belasting niet te groot wordt, zoals bij ongunstige arbeidsomstandigheden en het verlenen van mantelzorg.¹ De aanwezigheid van gezondheidsproblemen is vaak een belemmering bij uitstroom uit de bijstand.²

Volwassenen met een uitkering (WW, AO, bijstand) beoordelen hun gezondheid slechter, rapporteren vaker één of meer aandoeningen, voelen zich sterker belemmerd in dagelijkse activiteiten en zijn vaker functiebeperkt dan volwassenen zonder uitkering. Daarnaast hebben volwassenen met een uitkering een hoger risico op een angststoornis en/of depressie, hebben zij vaker suïcidegedachten en zijn zij vaker eenzaam.³ Er is sprake van een duidelijke samenhang tussen financiële problemen en gezondheid. Steeds meer onderzoek toont aan dat het hebben van financiële problemen gerelateerd is aan het ontstaan of verergeren van gezondheidsklachten. Zo hebben mensen met schulden vaker lage rugklachten, overgewicht, psychische problemen en roken ze vaker. Andersom geldt deze relatie ook: gezondheidsproblemen kunnen bijdragen aan het ontstaan van financiële problemen, onder andere omdat het hebben van gezondheidsproblemen gepaard kan gaan met hoge kosten.⁴

Armoede, een vorm van schaarste, veroorzaakt daarnaast tunnelvisie: eenzijdige focus op het schaarsteprobleem, ten koste van (belangrijkere) langetermijndoelstellingen en overwegingen. Door de afname van de bandbreedte, vermindert het vermogen om aandacht op te brengen, vast te houden aan plannen, goede beslissingen te nemen en verleidingen te weerstaan. Hierdoor heeft armoede een verslechtering van het mentale vermogen tot gevolg. Vaak komt gezondheid pas op de tweede plaats, doordat mensen met financiële problemen belangrijkere zorgen aan hun hoofd hebben, zoals het betalen van de energierekening en het voorkomen van huisuitzetting.⁵



De sociale staat van Nederland

Deze feiten onderbouwen de conclusies die het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) onlangs in het rapport 'De sociale staat van Nederland' (december 2017) trok. Hoewel het merendeel van de Nederlanders tevreden, gelukkig en zelfs in materieel opzicht steeds beter af, is er een groeiende groep mensen die het allemaal niet meer kan bijbenen. Ze hebben een achterstand op meerdere fronten: ze zijn laagopgeleid, kansarm op de arbeidsmarkt, hebben een slechtere gezondheid, kortom veel minder perspectieven. Volgens het rapport hebben Nederlanders weinig vertrouwen in de toekomst: het gaat nu goed, maar het gaat de verkeerde kant op is het gevoel. Dit gegeven komt overeen met het ook vaak door het planbureau gememoreerde gevoel dat het met de ondervraagde zelf uitstekend gaat, maar met de samenleving als geheel minder goed.

¹ Harbers, M. M. en Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

² Hoff, S. (2010). Uit de armoede werken. Omvang en oorzaken van uitstroom uit armoede. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

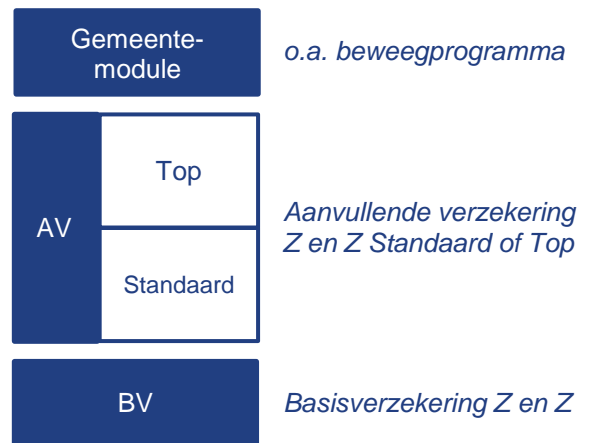
³ GGD HM. (2016). Onderzoek en cijfers. Opgevraagd op 10 januari 2018 via <https://www.ggdhm.nl/gemeenten/item/gemeenten/onderzoek-en-cijfers>

⁴ Jungmann, N., Veer, van der M. en Koper, H. (2016). Impact van financiële problemen op gezondheid. Opgevraagd 10 januari 2018 via <http://www.platform31.nl/nieuws/de-impact-van-financiele-problemen-op-gezondheid>

⁵ Mullainathan, S. en Shafir, E. (2013). Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen. Amsterdam: Maven Publishing.

1.2. Gemeentepolis

De gemeentepolis biedt mensen met een laag inkomen en veel zorgkosten de kans om zich goed aanvullend te verzekeren. Veel gemeenten in de regio Hollands Midden hebben een collectiviteitscontract met Zorg en Zekerheid (Z en Z). Zij bieden hun minima (inkomen 110-130% ten opzichte van het geldende bijstandsniveau) een Collectieve Zorgverzekering voor Minima (CZM), tegenwoordig gemeentepolis genoemd, bij Z en Z aan. Zowel de zorgverzekeraar als gemeente geven een korting op de premie. Deze collectieve verzekering is opgebouwd uit drie elementen: een basisverzekering, een aanvullende verzekering en het zogeheten gemeentepakket (zie Figuur 1). In dit gemeentepakket bieden gemeenten een aanvullende dekking voor kosten die mensen veelal niet kunnen betalen en die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar, zoals extra vergoeding van tandarts en fysiotherapie, brillen of preventieprogramma's.



Figuur 1 Opbouw gemeentepolis Zorg en Zekerheid

1.3. Beweegprogramma Lekker in je Lijf

Op advies van **BS&F** (adviesbureau dat gemeenten adviseert over de gemeentepolis) is in de regio Hollands Midden in het aanvullende gemeentepakket van de gemeentepolis van Z en Z sinds 1 januari 2013 een beweegprogramma opgenomen. Het beweegprogramma wordt één keer per twee jaar vergoed tot maximaal vijfhonderd euro. Omdat de opname van dit beweegprogramma niet direct leidde tot het aanbieden van het beweegprogramma, heeft de GGD Hollands Midden (HM) afstemming over de uitrol van het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf' (LijL) tussen gemeente en zorgverzekeraar geïnitieerd. In nauw overleg met gemeenten (volksgezondheid, sociale zaken, sport), de zorgverzekeraar en diverse fysiotherapiepraktijken heeft de GGD HM afspraken gemaakt over het aanbieden, de toeleiding, de doorstroom na het programma en de monitoring van het beweegprogramma. De GGD HM is trekker van de uitrol en benadert in overleg met gemeenten fysiotherapiepraktijken voor het aanbieden van het programma.



Beweegrichtlijnen volwassenen

- Minstens 150 minuten per week matig intensieve inspanning.
- Minstens twee keer per week spieren botversterkende activiteit, in combinatie met balansoefeningen voor ouderen.
- Veel stilzitten voorkomen.

Het beweegprogramma LijL is speciaal bedoeld voor mensen met overgewicht (BMI > 25) en een laag inkomen. Gedurende achttien weken bewegen zij in een groep onder begeleiding van een fysiotherapeut en maken ze kennis met reguliere beweegactiviteiten. Aanvullend geeft een diëtist voorlichting over gezonde voeding. De doelen van dit programma zijn dat deelnemers positieve ervaringen krijgen met bewegen en zich lekkerder in hun lijf gaan voelen, dat hun (ervaren) gezondheid verbetert en hun motivatie versterkt om het gezonde gedrag ook na het programma vol te houden. De verwachting is dat hierdoor tevens de kansen op maatschappelijke participatie vergroot worden.

De GGD HM heeft samen met Z en Z richtlijnen opgesteld voor het beweegprogramma (zie Bijlage 1). Het programma bevat de onderdelen bewegen en voeding. Bij deze onderdelen wordt ingegaan op voorwaarden (bevorderende en belemmerende factoren) voor gedragsverandering. Hiermee wordt voldaan aan de drie elementen van de (bewezen effectieve) Gecombineerde Leefstijl Interventie.⁶ Het beweegprogramma betreft een groepsprogramma met minimaal vijf en maximaal twaalf deelnemers



De maatschappelijke effecten en economische waarde van sport en bewegen

Duurzaam sporten en bewegen kan bijdragen aan maatschappelijke winst, onder andere door een verbetering van de gezondheid en arbeidsproductiviteit en afname van ziekteverzuim. Met name de individuele Nederlander profiteert van de positieve effecten, zoals minder ziekte, meer plezier en een betere kwaliteit van leven. Ook gemeenten profiteren van duurzame deelname aan sport en beweging. Effecten op gemeenteniveau zijn onder andere afname in zorgkosten via de WMO en sociale effecten zoals minder criminaliteit. Duurzaam sporten en bewegen gaat ook gepaard met extra kosten, bijvoorbeeld door blessures en hogere zorgkosten als gevolg van een langere levensverwachting. De lasten vallen echter weg tegen de baten.

1.4. Doelstelling

Het doel van het evaluatieonderzoek is driedelig:

1. Een indicatie vormen van de effecten van het programma op deelnemers;
 2. Inzicht krijgen in hoe deelnemers de begeleiding van de fysiotherapeuten ervaren;
 3. Inzicht krijgen in de ervaring en waardering van betrokken professionals over de werkwijze.
- Aan de hand hiervan worden aanbevelingen geformuleerd over de continuering, optimalisatie en implementatie op de korte en middellange termijn.

Met behulp van eerder onderzoek is reeds inzicht verkregen in de waardering en ervaring van deelnemers. Deze resultaten staan in het [rapport](#) 'Ook na afloop 'Lekker in je Lijf'; Een kwalitatief onderzoek onder deelnemers van het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf'.

1.5. Vraagstelling

Om de doelstellingen te kunnen bereiken, is een aantal vraagstellingen geformuleerd:

Doelstelling 1

- Wie nemen deel aan het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf'? (achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijd)
- In welke mate zijn verbeteringen zichtbaar bij deelnemers op het gebied van:
 - ❖ ervaren lichamelijke gezondheid;
 - ❖ ervaren mentale gezondheid en
 - ❖ maatschappelijke participatie?
- In welke mate zijn volgens de deelnemers zelf verbeteringen zichtbaar op het gebied van:
 - ❖ lichamelijke activiteit;
 - ❖ lichamelijke gezondheid en
 - ❖ emotionele gezondheid?

Doelstelling 2

- Hoe waarden deelnemers de begeleiding van de fysiotherapeut?

Doelstelling 3

- Hoe verloopt het proces volgens de uitvoerders en welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren zij daarin?

2. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de onderzoeksmethode; hoe zijn de resultaten in dit evaluatierapport tot stand gekomen? Hierbij wordt per meetinstrument ingegaan op de onderzoekspopulatie, werving en selectie, meetinstrument en -momenten, uitvoerder en dataverzameling en -verwerking.



2.1. Vragenlijsten deelnemers

Om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen op het gebied van (ervaren) lichamelijke en emotionele gezondheid, lichamelijke activiteit en maatschappelijke participatie als gevolg van deelname aan het beweegprogramma, zijn bij alle deelnemers vragenlijsten afgenomen.

2.1.1. Onderzoekspopulatie, werving en selectie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle deelnemers die gedurende de onderzoeksperiode september 2015 tot juli 2017 aan het programma hebben deelgenomen in een van de fysiotherapiepraktijken. Tabel 1 geeft inzicht in welke fysiotherapiepraktijken het beweegprogramma hebben aangeboden gedurende de onderzoeksperiode. Alle deelnemers worden benaderd voor afname van zowel de nul-, tussen- als eindmeting.

Gemeente	Fysiotherapiepraktijk
Alphen a/d Rijn	Douglas
Alphen a/d Rijn	Topfit Fysio
Bodegraven	Keulen en Brusse
Hillegom	Van Veenendaal
Leiden	Zwanenzijde
Leiden	Visser
Leiderdorp	Paramedisch Centrum Lagas
Lisse	Boot en Broersen
Noordwijk	Wantveld
Teylingen	De Ontmoeting
Zoeterwoude	Fysiotherapiepraktijk Zoeterwoude Rijndijk

Tabel 1 Overzicht fysiotherapiepraktijken die LijL aanbieden in regio HM

2.1.2. Meetmomenten

De vragenlijsten zijn afgenomen op vooraf vastgestelde momenten, zie tabel 2.

Meting	Meetmoment
Nulmeting (T0)	Voor de start van het programma (bijv. tijdens intake)
Tussenmeting (T1)	Na afloop van het programma (bijv. tijdens laatste les)
Nameting (T2)	Zes maanden na afloop van het programma

Tabel 2 Meetmomenten vragenlijsten

2.1.3. Meetinstrument

Om inzicht te krijgen in veranderingen op het gebied van de (ervaren) lichamelijke en emotionele gezondheid, lichamelijke activiteit en maatschappelijke participatie, is drie keer dezelfde vragenlijst afgenomen bij de deelnemers.

Uitzondering hierop zijn de vier laatste vragen van de vragenlijst; deze vragen zijn alleen afgenomen bij de tussen- en nameting. Drie van deze vier vragen hebben betrekking op de subjectieve verandering van het beweeggedrag, lichamelijke en emotionele gezondheid als gevolg van deelname aan het beweegprogramma. De laatste vraag betreft de mening over de begeleiding van de fysiotherapeut.

Per onderwerp zijn enkele vragen gesteld om een indicatie te kunnen vormen van een mogelijke verandering. Zo geeft de mate waarin moeite wordt ervaren met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen, samen met de moeite die wordt ervaren met het lopen van enkele trappen, een indicatie van de ervaren lichamelijke gezondheid. De volledige vragenlijst is toegevoegd in bijlage 2.

2.1.4. Uitvoerder

De nul- en tussenmetingen zijn afgenomen door de fysiotherapeuten die het programma aanbieden. De nameting is door de GGD HM afgenomen, door middel van het versturen van de vragenlijst per post met antwoordvelop. Voorwaarde is dat de deelnemers de GGD HM toestemming hebben gegeven om contact met hen op te nemen voor de evaluatie middels een toestemmingsformulier, zie bijlage 3.

2.1.5. Dataverzameling en -verwerking

De fysiotherapeuten hebben de vragenlijsten van de nul- en tussenmetingen schriftelijk afgenomen en vervolgens per post of e-mail opgestuurd naar de GGD HM. De GGD HM heeft deze vragenlijsten, samen met de vragenlijsten van de nameting, verwerkt in een SPSS-database. Met behulp van deelnemernummers is het mogelijk gemaakt om met anonieme gegevens individuele en collectieve vooruitgang te monitoren. Met behulp van SPSS is per vraag gekeken hoeveel deelnemers vooruit zijn gegaan, gelijk zijn gebleven en achteruit zijn gegaan. Hierbij is per vraag een selectie gemaakt van deelnemers die de betreffende vraag zowel tijdens de nul- als tussenmeting en/of eindmeting hebben beantwoord. Deelnemers die voortijdig zijn gestopt met het programma, zijn alleen meegenomen in de beschrijving van de resultaten van de nulmeting. In de overige resultaten zijn zij niet meegenomen. Een toelichting op de selectie van deelnemers voor de analyse van de vragenlijsten staat beschreven in paragraaf 3.1.

2.2. Vragenlijst fysiotherapeuten

2.2.1. Onderzoekspopulatie, werving en selectie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle fysiotherapiepraktijken die tijdens de onderzoeksperiode september 2015 tot juli 2017 het beweegprogramma aan minstens één groep deelnemers hebben aangeboden. Alle fysiotherapeuten die betrokken zijn bij de begeleiding van deelnemers van LijL, zijn benaderd voor deelname aan de vragenlijst. Vanuit alle praktijken heeft één van de fysiotherapeuten de vragenlijst ingevuld, met uitzondering van één praktijk; in deze praktijk is de vragenlijst door twee fysiotherapeuten ingevuld. Zie tabel 3 voor een overzicht van het aantal respondenten per praktijk.

Fysiotherapiepraktijk	Aantal respondenten
Douglas	1
Topfit Fysio	1
Keulen en Brusse	1
Van Veenendaal	1
Zwanenzijde	1
Visser	1
Paramedisch Centrum Lagas	2
Boot en Broersen	1
Wantveld	1
De Ontmoeting	1
Fysiotherapiepraktijk Zoeterwoude Rijndijk	1

Tabel 3 Respondenten vragenlijsten fysiotherapeuten

2.2.2. Meetmoment

De vragenlijsten zijn eind juli/ begin augustus 2017 digitaal verstuurd en ingevuld.

2.2.3. Meetinstrument

Om inzicht te krijgen in de ervaring met en waardering van het programma, is een vragenlijst opgesteld met zowel open en gesloten vragen. De vragen hadden betrekking op de doelen van het programma, de werving, de uitvoering, de samenwerking en de doorstroom na afloop van het programma. Ook is gevraagd naar de succesfactoren en belemmeringen die de fysiotherapeuten ervaren. De volledige vragenlijst is toegevoegd in bijlage 4.

2.2.4. Uitvoerder

De vragenlijst is door de GGD HM digitaal uitgezet naar alle fysiotherapeuten die betrokken zijn bij de uitvoering van LijL.

2.2.5. Dataverzameling en -verwerking

De vragenlijst is uitgezet met behulp van SurveyMonkey, online software voor vragenlijsten enquêtes. Met behulp van dit programma zijn de antwoorden collectief verzameld en anoniem verwerkt.

2.3. Interviews met fysiotherapeuten

2.3.1. Onderzoekspopulatie, werving en selectie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle fysiotherapiepraktijken die tijdens de onderzoeksperiode september 2015 tot juli 2017 het beweegprogramma aan minstens één groep deelnemers hebben aangeboden. Vanuit deze groep fysiotherapeuten is een willekeurige selectie van vijf fysiotherapeuten gemaakt, die vervolgens benaderd zijn voor deelname aan een interview. Eén van de fysiotherapeuten heeft medewerking aan een interview afgewezen, waardoor een nieuwe praktijk willekeurig is geselecteerd.

Tabel 4 geeft inzicht vanuit welke fysiotherapiepraktijken de fysiotherapeuten hebben meegewerkt aan de afname van een interview.

Fysiotherapiepraktijk	Aantal respondenten
Boot en Broersen	1
Douglas	1
Visser	1
De Ontmoeting	1
Fysiotherapiepraktijk Zoeterwoude Rijndijk	1

Tabel 4 Respondenten vragenlijsten fysiotherapeuten

2.3.2. Meetmoment

De interviews zijn afgenomen in de periode augustus 2017 tot en met oktober 2017.

2.3.3. Meetinstrument

In het evaluatieonderzoek is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews, met vragen die in een niet-vaste volgorde aan de orde zijn gekomen. De interviewvragen hebben betrekking op het proces, ervaring en waardering van het programma. De interviewvragen zijn in bijlage 5 toegevoegd.

2.3.4. Uitvoerder

De interviews zijn afgenomen door een onderzoeksmedewerker van de GGD HM.

2.3.5. Dataverzameling en -verwerking

Enkele dagen voorafgaand aan de interviews zijn de interviewtopics naar de geïnterviewden opgestuurd. De interviews zijn telefonisch afgenomen. Met toestemming van de geïnterviewden zijn de interviews met een voice recorder opgenomen. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd. De analyse heeft plaatsgevonden op basis van een ordening op functie en onderwerp. In de analyse is geïnventariseerd in hoeverre meningen overeenkomsten en verschillen vertoonden. Op basis van de ordening in onderwerpen zijn de resultaten gerapporteerd.

3. Bereik en deelname

Op basis van gegevens uit de nulmetingen, de vragenlijst die voor aanvang van het beweegprogramma bij de deelnemers door de fysiotherapeut is afgenomen, kan inzicht worden gegeven in de achtergrondkenmerken van deelnemers.

3.1. Bereik vragenlijsten

In totaal is bij 322 deelnemers een nulmeting afgenomen. Het totaal aantal deelnemers ligt echter hoger, bij negentien deelnemers is wel een tussen- en/of nameting afgenomen, maar geen nulmeting. Mogelijk hebben daarnaast enkele deelnemers het beweegprogramma gevolgd zonder een vragenlijst in te vullen, waardoor het onbekend is wat het exacte aantal deelnemers sinds de start van het programma is.

Het aantal deelnemers bij wie een tussenmeting is afgenomen (n=118) ligt aanzienlijk lager dan het aantal deelnemers bij wie een nulmeting is afgenomen. Een van de redenen hiervoor is dat deelnemers voortijdig stoppen met het beweegprogramma. Ook zijn sommige deelnemers niet aanwezig tijdens de les waarin de tussenmeting wordt afgenomen. Deelnemers stoppen om diverse redenen voortijdig met het beweegprogramma. Voorbeelden van redenen zijn: medische klachten, lichamelijke klachten, psychische problematiek, praktische belemmeringen (zoals tijden die niet schikken) en problemen in de thuissituatie.

Ook het aantal afgenomen nametingen ligt een stuk lager (n=62) dan het aantal nul- en tussenmetingen, mede doordat niet alle deelnemers toestemming hebben gegeven voor het opsturen van de vragenlijst. Bovendien zorgt het versturen van een vragenlijst per post doorgaans voor lagere respons.

Meting	Aantal respondenten
Nulmeting (T0)	322
Tussenmeting (T1)	118
Nameting (T2)	62

Tabel 5 Aantal respondenten per meting

Om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen op het gebied van (ervaren) lichamelijke en emotionele gezondheid, lichamelijke activiteit en maatschappelijke participatie is het van belang om de resultaten uit de nul-, tussen- en nametingen met elkaar te kunnen vergelijken. Hiervoor zijn vragenlijsten van deelnemers bij wie zowel een nul-, tussen- als nameting is afgenomen het meest bruikbaar om verschillen in tijd te kunnen aanduiden.

In totaal is bij 103 deelnemers zowel een nul- als tussenmeting afgenomen. Het aantal deelnemers bij wie zowel een nul- en nameting is afgenomen ligt met 56 deelnemers een stuk lager. Slechts bij een beperkt aantal deelnemers is zowel een nul-, tussen-, als nameting afgenomen (n=25). Voor de beschrijving van de resultaten worden daarom vergelijkingen gemaakt tussen de groep deelnemers bij wie zowel een nul- als tussenmeting is afgenomen en bij de groep deelnemers bij wie zowel een nul- als nameting is afgenomen. Hierbij worden alleen de deelnemers meegenomen die het programma volledig hebben doorlopen. Deelnemers die voortijdig het programma hebben beëindigd, zijn niet in de resultaten meegenomen. In totaal is van 80 deelnemers bekend dat zij zijn gestopt met deelname aan het programma.

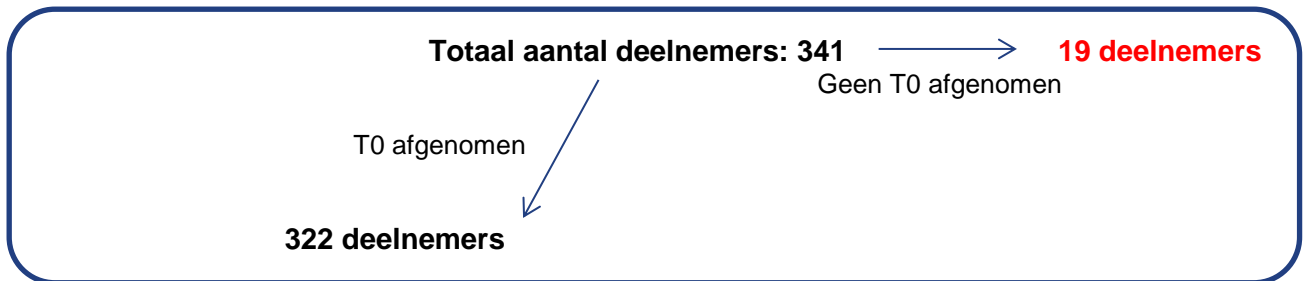
Per vraag is gekeken welke deelnemers deze vraag zowel tijdens de nul- als tussenmeting hebben beantwoord en zowel tijdens de nul- als nameting. Als een deelnemer tijdens één of meerdere metingen de vraag niet heeft beantwoord, dan zijn de resultaten van deze deelnemer bij de betreffende vraag niet meegenomen. Het aantal respondenten verschilt daardoor per vraag.

Meting	Aantal respondenten	Aantal stoppers	Max. aantal deelnemers meegenomen in analyses
T0 + T1	103	11	92
T0 + T2	56	13	43
T1 + T2	30	0	30
T0 + T1 + T2	25	1	24

Tabel 6 Aantal respondenten bij meerdere metingen

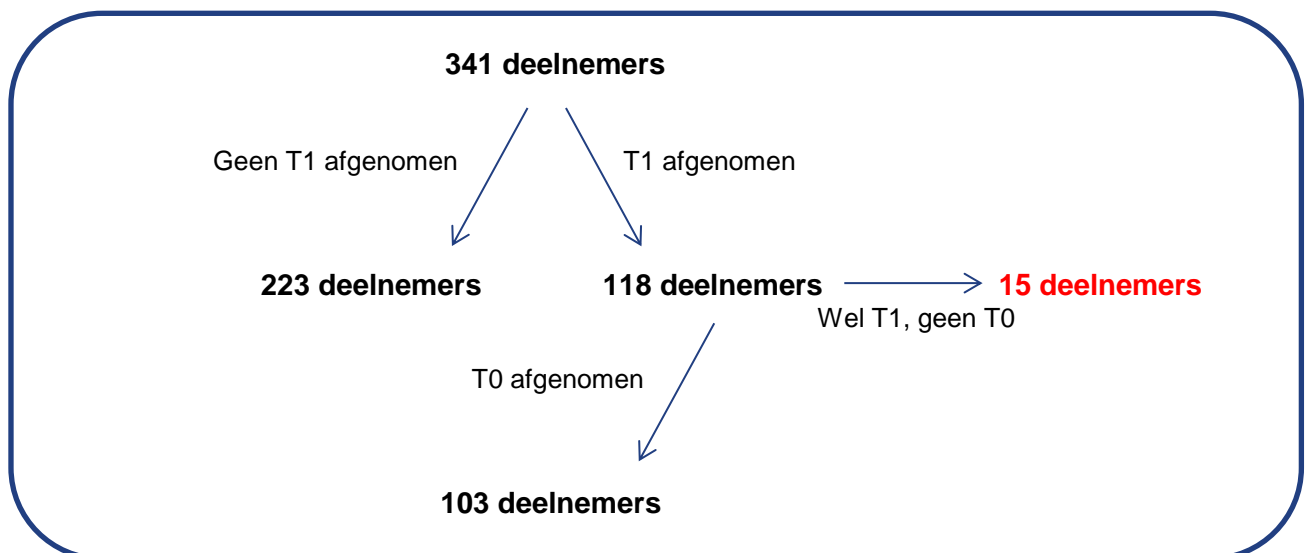
3.1.1. Nulmeting

In totaal is bij 322 deelnemers een nulmeting afgenomen. Het totaal aantal deelnemers ligt echter hoger, bij negentien deelnemers is wel een tussen- en/of nameting afgenomen, maar geen nulmeting. De resultaten van deze deelnemers worden niet meegenomen in de analyses.



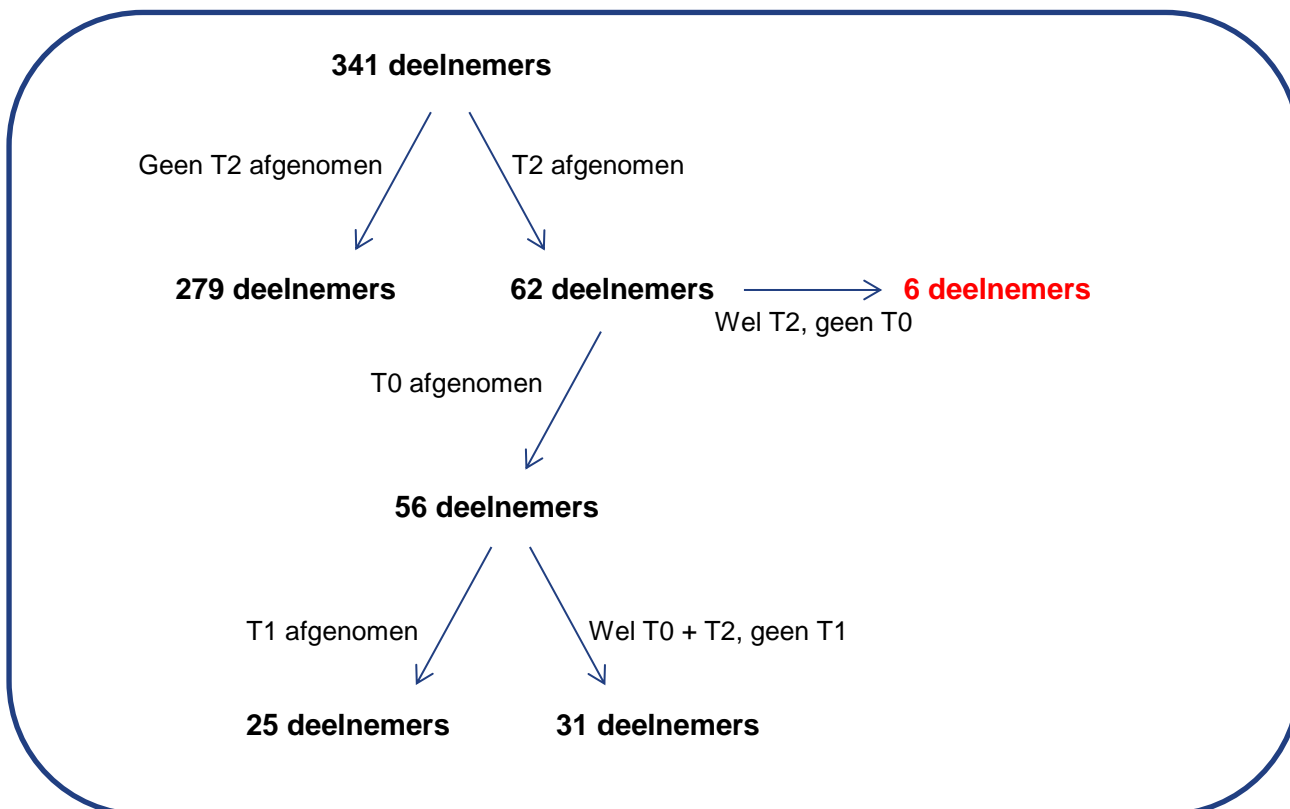
3.1.2. Tussenmeting

Van de 341 deelnemers is bij 118 deelnemers een tussenmeting afgenomen. Bij 223 deelnemers is geen tussenmeting afgenomen. Het aantal deelnemers bij wie zowel een nul- als tussenmeting is afgenomen, ligt op 103 deelnemers. Bij vijftien deelnemers is geen nulmeting afgenomen, de resultaten van deze tussenmetingen worden niet meegenomen in de analyses.



3.1.3. Nameting

Van de 341 deelnemers is bij 62 deelnemers een nameting afgenomen. Bij 279 deelnemers is geen nameting afgenomen. Van de 62 deelnemers bij wie een nulmeting is afgenomen, is bij 56 deelnemers ook een nulmeting afgenomen. Bij zes deelnemers is geen nulmeting afgenomen, deze resultaten worden niet meegenomen in de resultaten. Van de 56 deelnemers bij wie zowel een na- als nulmeting is afgenomen, is bij 25 deelnemers tevens een tussenmeting afgenomen.



3.2. Fysiotherapiepraktijken

In totaal hebben elf fysiotherapiepraktijken uit negen verschillende gemeenten het beweegprogramma LijL aangeboden in de periode september 2015 tot en met juli 2017. Vanuit tien praktijken zijn onderzoeksgegevens aangeleverd.

Bijna de helft van de deelnemers (48%) heeft het beweegprogramma gevolgd in gemeente Leiden (48%), verdeeld over de fysiotherapiepraktijken Zwanenzijde (26%) en Visser (22%).

Praktijk	Gemeente	Aantal deelnemers	Percentage
Zwanenzijde	Leiden	88	26%
Visser	Leiden	76	22%
Lagas	Leiderdorp	56	16%
Douglas	Alphen aan den Rijn	50	15%
Van Veenendaal	Hillegom	18	5%
Boot & Broersen	Lisse	17	5%
Keulen en Brusse	Bodegraven	11	3%
Wantveld	Noordwijk	9	3%
De ontmoeting	Teylingen	9	3%
Praktijk Zoeterwoude-Rijndijk	Zoeterwoude	7	2%
		341	100%

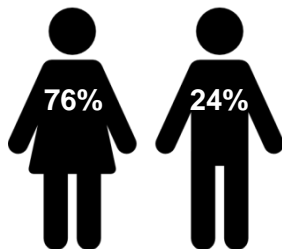
} 48%

Tabel 7 Aantal deelnemers per fysiotherapiepraktijk en gemeente

3.3. Achtergrondkenmerken

3.3.1. Geslacht

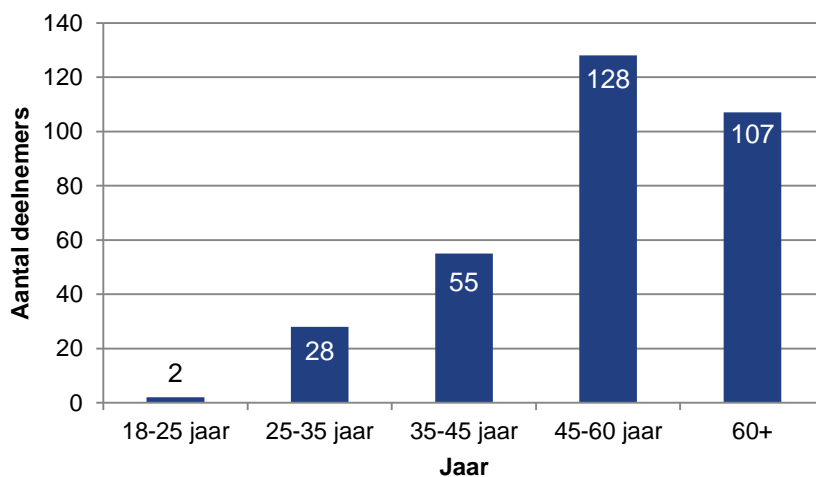
Meer dan drie kwart (76%) van de deelnemers is vrouw, ten opzichte van 24% mannelijke deelnemers.



Figuur 2 Verdeling geslacht (n=319)

3.3.2. Leeftijd





Bijna drie kwart (73%) van de deelnemers is 45 jaar of ouder. Een derde van de deelnemers is 60 jaar of ouder. Het aantal jongere deelnemers ligt een stuk lager, slechts 9% van de deelnemers is jonger dan 35 jaar.



Figuur 3 Verdeling leeftijd (n=320)

4. Indicatie van de effecten

4.1. Samenvatting

	Direct na afloop programma	Zes maanden na afloop programma
Ervaren gezondheid		
	<ul style="list-style-type: none">➤ Vier op de tien deelnemers beoordelen hun gezondheid hoger	<ul style="list-style-type: none">➤ Bijna vier op de tien deelnemers beoordelen hun gezondheid hoger
Lichamelijke gezondheid		
	<ul style="list-style-type: none">➤ Drie op de tien deelnemers ervaren minder moeite met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen➤ Een kwart van de deelnemers ervaart minder moeite met het lopen van enkele trappen➤ Acht tot negen op de tien deelnemers geven aan (iets tot veel) meer te bewegen➤ Negen op de tien deelnemers geven aan dat de lichamelijke gezondheid is verbeterd	<ul style="list-style-type: none">➤ Een kwart van de deelnemers ervaart minder moeite met het lopen van enkele trappen➤ Meer dan acht op de tien deelnemers geven aan (iets tot veel) meer te bewegen➤ Acht tot negen op de tien deelnemers geven aan dat de lichamelijke gezondheid is verbeterd
Emotionele gezondheid		
	<ul style="list-style-type: none">➤ Vier op de tien deelnemers voelen zich minder vaak onrustig➤ Bijna vier op de tien deelnemers voelen zich energiever➤ Meer dan een kwart van de deelnemers voelt zich minder vaak neerslachtig en somber.➤ Meer dan een kwart ervaart minder vaak problemen bij dagelijkse bezigheden door de emotionele gezondheid.➤ Acht op de tien deelnemers geven aan dat de emotionele gezondheid is verbeterd	<ul style="list-style-type: none">➤ Eén op de drie deelnemers voelt zich energiever➤ Drie kwart van de deelnemers geeft aan dat de emotionele gezondheid is verbeterd
Maatschappelijke participatie		
	<ul style="list-style-type: none">➤ Meer dan een kwart van de deelnemers gaat er vaker op uit en (nieuwe) mensen ontmoeten.➤ Meer dan een kwart van de deelnemers gaat er minder vaak op uit en (nieuwe) mensen ontmoeten.	

4.2. Leeswijzer

Om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen op het gebied van (ervaren) lichamelijke en emotionele gezondheid, lichamelijke activiteit en maatschappelijke participatie zijn resultaten uit de nul- en tussenmeting en nul- en nameting met elkaar vergeleken. Hiervoor is per vraag gekeken hoeveel deelnemers vooruit zijn gegaan, hoeveel deelnemers gelijk zijn gebleven en hoeveel deelnemers achteruit zijn gegaan. In het voorbeeld hieronder wordt geïllustreerd hoe dit is onderzocht.

Rekenvoorbeeld

Op de vraag 'Wat vindt u van uw gezondheid' kunnen deelnemers uit vijf antwoorden kiezen: uitstekend, zeer goed, goed, matig en slecht. Bij het invoeren van de vragenlijsten worden aan deze antwoorden punten toegekend: de score (zie tabel 8).

Wat vindt u van uw gezondheid?

Antwoordcategorie	Score
Uitstekend	1 punt
Zeer goed	2 punten
Goed	3 punten
Matig	4 punten
Slecht	5 punten

Tabel 8 Voorbeeld van antwoordcategorieën en bijbehorende scores

Om te onderzoeken of een deelnemer na afloop van het programma vooruit is gegaan ten opzichte van voor aanvang van het programma, kan de volgende formule gebruikt worden (per vraag individuele deelnemer):

Score tijdens T0 (voor start programma) – Score tijdens T1 of T2 (na afloop programma)

Deelnemer A scoorde voor de start van het programma een 'slecht' (5 punten) op de vraag 'Wat vindt u van uw gezondheid?'.
Deelnemer A scoorde na afloop van het programma een 'goed' (3 punten) op de vraag 'Wat vindt u van uw gezondheid?'.

Resultaat deelnemer A = Score op T0 (Slecht; 5 punten) – Score op T1 (Goed; 3 punten) = 2 punten

Deelnemer A is na afloop van het programma **2 punten vooruitgegaan** op de vraag 'Wat vindt u van uw gezondheid?' in vergelijking met voor de start van het programma. Dit betekent dat de ervaren gezondheid van deze deelnemer dus vooruit is gegaan.

Omdat niet bij alle deelnemers zowel een nul- als tussenmeting en zowel een nul- als nameting is afgenomen, is het niet mogelijk om de groep deelnemers bij wie een tussenmeting is afgenomen te vergelijken met de volledige groep deelnemers bij wie een nulmeting is afgenomen. Om een eerlijke vergelijking te maken en iets te kunnen zeggen over mogelijke vooruitgang, zijn drie groepen gemaakt om de resultaten te presenteren.

Groep A	Alle deelnemers bij wie een nulmeting is afgenomen (n=322)
Groep B	Deelnemers die het programma hebben doorlopen en bij wie zowel een nulmeting als tussenmeting is afgenomen (n=103)
Groep C	Deelnemers die het programma hebben doorlopen en bij wie zowel een nulmeting als nameting is afgenomen (n=56)

	Alle deelnemers	Programma doorlopen	Nulmeting (T0)	Tussenmeting (T1)	Nameting (T2)
Groep A	✓		✓		
Groep B		✓	✓	✓	
Groep C		✓	✓		✓

4.3. Ervaren gezondheid

Kernpunten

- De meerderheid van de deelnemers vindt voor aanvang van het programma de eigen gezondheid matig of slecht.
- Bijna vier op de tien deelnemers beoordelen de gezondheid aan het eind van het beweegprogramma hoger ten opzichte van voorafgaand aan het programma. Dit aantal blijft ongeveer gelijk tijdens de nameting zes maanden na afloop van het programma.

4.3.1. De ervaren gezondheid voor aanvang van het programma

De meerderheid (64%) vindt voor aanvang van het programma de eigen gezondheid matig of slecht. Slechts een enkeling (4%) beoordeelt de gezondheid met zeer goed of uitstekend.

Wat vindt u van uw gezondheid?	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
	Groep A		groep B		Groep C	
Uitstekend	2	1%	1	1%	1	2%
Zeer goed	10	3%	2	3%	1	2%
Goed	100	33%	23	33%	15	37%
Matig	155	51%	39	56%	20	49%
Slecht	40	13%	5	7%	4	10%
Totaal	307		70		41	
<i>Ontbrekend aantal</i>	15		33		15	
Totaal	322		103		56	

Tabel 9 Nulmeting ervaren gezondheid

4.3.2. De ervaren gezondheid direct en zes maanden na afloop van het programma

Vier op de tien deelnemers (39%) beoordelen de gezondheid aan het eind van het beweegprogramma hoger in vergelijking met voor aanvang van het programma; 30% van de deelnemers is één punt vooruitgegaan en 9% is twee punten vooruit gegaan. Ook tijdens de nameting blijkt dat bijna vier op de tien (37%) deelnemers de gezondheid beter beoordelen ten opzichte van voorafgaand aan het programma. Ongeveer de helft van de deelnemers beoordeelt de gezondheid tijdens de tussen- en nameting hetzelfde als voor aanvang van het programma. Bij enkele deelnemers ligt de beoordeling van de gezondheid tijdens de tussen- en nameting lager dan tijdens de nulmeting.

Wat vindt u van uw gezondheid?	Aantal	%	Aantal	%
	T1 t.o.v. T0		T2 t.o.v. T0	
2 punten vooruit	6	9%	0	0%
1 punt vooruit	21	30%	15	37%
Gelijk gebleven	36	51%	19	46%
1 punt achteruit	6	9%	5	12%
2 punten achteruit	1	1%	2	5%
Totaal	70		41	
<i>Ontbrekend aantal</i>	33		15	
Totaal	103		56	

Tabel 10 Tussen- en nameting ervaren gezondheid

4.4. Ervaren lichamelijke gezondheid

Kernpunten

- De meerderheid van de deelnemers heeft voor aanvang van het programma (enigszins) moeite met het tillen van zware voorwerpen, het doen van zware huishoudelijke klussen en het lopen van een paar trappen
- Direct na afloop van het programma hebben drie op de tien deelnemers aangegeven minder moeite te ervaren met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen.
- Zowel direct na afloop als zes maanden na afloop van het programma ervaart een kwart van de deelnemers minder moeite met het lopen van enkele trappen
- Ongeveer één op de vijf deelnemers ervaart na afloop van het programma achteruitgang op het gebied van lichamelijke gezondheid

4.4.1. De ervaren lichamelijke gezondheid voor aanvang van het programma

Tillen van zware voorwerpen en doen van zware huishoudelijke klussen

De meerderheid (79%) van de deelnemers heeft voor aanvang van het beweegprogramma (enigszins) moeite met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen.

Zware voorwerpen tillen en zware huishoudelijke klussen kan ik niet meer goed doen	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja, dat is waar	133	42%	37	48%	20	48%
Ja, dat is een beetje waar	116	37%	23	30%	13	31%
Nee, dat is helemaal niet waar	68	22%	17	22%	9	21%
Totaal	317		77		42	
<i>Ontbrekend aantal</i>	5		26		14	
Totaal	322		103		56	

Tabel 11 Nulmeting tillen zware voorwerpen en doen van zware huishoudelijke taken

Trappen lopen

Zes op de tien deelnemers hebben voor aanvang van het programma (enigszins) moeite met het lopen van een paar trappen.

Een paar trappen lopen gaat niet meer	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja, dat is waar	56	18%	11	14%	8	19%
Ja, dat is een beetje waar	133	42%	31	40%	19	44%
Nee, dat is helemaal niet waar	129	41%	36	46%	16	37%
Totaal	318		78		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	4		25		13	
Totaal	322		103		56	

Tabel 12 Nulmeting trappen lopen

4.4.2. De ervaren lichamelijke gezondheid direct en zes maanden na afloop van het programma

Tillen van zware voorwerpen en doen van zware huishoudelijke klussen

Na afloop van het programma hebben drie op de tien (29%) deelnemers aangegeven minder moeite te ervaren met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen. Dit percentage is zes maanden na afloop van het programma iets gedaald naar 21%. Iets meer dan de helft van de deelnemers heeft tijdens de tussen- en nameting aangegeven dat de mate waarin moeite wordt ervaren gelijk is gebleven ten opzichte van de nulmeting. Bij de tussenmeting heeft 17% van de deelnemers aangegeven achteruit te zijn gegaan, bij de nameting ligt dit percentage op 21%.

Zware voorwerpen tillen en zware huishoudelijke klussen kan ik niet meer goed doen	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
2 punten vooruit	2	3%	1	2%
1 punt vooruit	20	26%	8	19%
Gelijk gebleven	42	55%	24	57%
1 punt achteruit	12	16%	9	21%
2 punten achteruit	1	1%	0	0%
Totaal	77		42	
<i>Ontbrekend aantal</i>	26		14	
Totaal	103		56	

Tabel 13 *Tussen- en nameting tillen zware voorwerpen en doen van zware huishoudelijke taken*

Trappen lopen

Zowel direct na afloop van het programma als zes maanden na afloop heeft een kwart van de deelnemers aangegeven minder moeite te ervaren met het lopen van een paar trappen. Bij meer dan de helft (56%) van de deelnemers is tijdens de tussen- en nameting het antwoord op de vraag gelijk gebleven. Een aantal deelnemers (19%) geeft tijdens de tussenmeting aan meer moeite te ervaren met het lopen van een paar trappen. Dit percentage blijft bij de nameting ongeveer gelijk (18%).

Een paar trappen lopen gaat niet meer	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
2 punten vooruit	2	3%	4	9%
1 punt vooruit	17	22%	7	16%
Gelijk gebleven	44	56%	24	56%
1 punt achteruit	14	18%	7	16%
2 punten achteruit	1	1%	1	2%
Totaal	78		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	25		13	
Totaal	103		56	

Tabel 14 *Tussen- en nameting trappen lopen*

4.5. Ervaren emotionele gezondheid

Kernpunten

- Bijna vier op de tien deelnemers voelen zich voor aanvang van het programma vaak tot altijd onrustig.
- De meerderheid van de deelnemers ervaart voor aanvang van het programma soms of iedere dag problemen met dagelijkse bezigheden als gevolg van zijn of haar emotionele gezondheid.
- Vier op de tien deelnemers ervaren minder vaak onrustige gevoelens direct na afloop van het programma.
- Bijna vier op de tien deelnemers voelen zich energiever direct na afloop van het programma.
- Meer dan een kwart van de deelnemers voelt zich na afloop van het programma minder vaak neerslachtig en somber.
- Meer dan een kwart van de deelnemers ervaart minder vaak problemen bij dagelijkse bezigheden die het gevolg zijn van zijn of haar emotionele gezondheid.

4.5.1. Ervaren emotionele gezondheid voor aanvang van het programma

Onrustig

De meerderheid (80%) van de deelnemers voelt zich voor aanvang van het programma wel eens onrustig, 38% van de deelnemers vaak tot altijd.

Voelde u zich onrustig?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
De hele tijd	12	4%	4	5%	0	0%
Meestal	32	10%	5	7%	2	5%
Vaak	75	24%	17	23%	12	28%
Soms	132	42%	29	39%	20	47%
(Bijna) nooit	62	20%	20	27%	9	21%
Totaal	313		75		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	9		28		13	
Totaal	322		103		56	

Tabel 15 Nulmeting onrustige gevoelens

Energiek

Voor aanvang van het programma voelt één op de drie de deelnemers zich vaak tot altijd energiek. De helft van de deelnemers (49%) voelt zich soms energiek en 18% van de deelnemers voelt zich (bijna) nooit energiek.

Voelde u zich energiek?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
De hele tijd	10	3%	4	6%	3	7%
Meestal	40	13%	10	14%	7	16%
Vaak	50	16%	13	18%	8	19%
Soms	150	49%	34	48%	20	47%
(Bijna) nooit	54	18%	10	14%	5	12%
Totaal	304		71		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	18		32		13	
Totaal	322		103		56	

Tabel 16 Nulmeting energieke gevoelens

Neerslachtig en somber

Bijna de helft (48%) van de deelnemers voelt zich voor de start van het programma soms neerslachtig en somber. Meer dan een kwart (27%) voelt zich vaak tot altijd somber. De groepen B en C wijken enigszins af van de volledige groep respondenten bij de nulmeting; het percentage deelnemers dat zich (bijna) nooit neerslachtig en somber voelt ligt hier relatief hoger.

Voelde u zich neerslachtig en somber?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
De hele tijd	7	2%	1	1%	1	3%
Meestal	25	8%	5	7%	3	8%
Vaak	50	16%	7	9%	4	10%
Soms	149	48%	36	48%	17	44%
(Bijna) nooit	78	25%	26	35%	14	36%
Totaal	309		75		39	
<i>Ontbrekend aantal</i>	13		28		17	
Totaal	322		103		56	

Tabel 17 Nulmeting neerslachtige en sombere gevoelens

Problemen bij dagelijkse bezigheden door emotionele gezondheid

De meerderheid van de deelnemers (70%) ervaart tijdens de nulmeting soms of iedere dag problemen met dagelijkse bezigheden als gevolg van hun emotionele gezondheid. In groep B wijken de resultaten enigszins af; het percentage deelnemers dat geen problemen ervaart ligt hier relatief hoger.

Ik heb door mijn emotionele gezondheid problemen ervaren bij mijn dagelijkse bezigheden	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Dat klopt, iedere dag	55	18%	10	14%	5	12%
Dat klopt, soms	161	52%	34	46%	25	61%
Dat klopt niet, ik heb geen problemen ervaren	92	30%	30	41%	11	27%
Totaal	308		74		41	
<i>Ontbrekend aantal</i>	14		29		15	
Totaal	322		103		56	

Tabel 18 Nulmeting emotionele gezondheid oorzaak problemen dagelijkse bezigheden

4.5.2. Ervaren emotionele gezondheid direct en zes maanden na afloop van het programma

Vier op de tien deelnemers (41%) ervaren na afloop van het programma verbetering op het gebied van onrustige gevoelens. Zes maanden na afloop van het programma is dit percentage gedaald naar 23%. Bij de nameting ervaart 30% van de deelnemers achteruitgang, terwijl dit bij de tussenmeting nog 21% was. Bij bijna de helft van de deelnemers (47%) blijft tijdens de nameting de mate van onrustige gevoelens gelijk ten opzichte van de nulmeting.

Onrustig

Voelde u zich onrustig?	T1 t.o.v. T0		T2 t.o.v. T0	
	Aantal	%	Aantal	%
4 punten vooruit	1	1%	0	0%
3 punten vooruit	2	3%	0	0%
2 punten vooruit	5	7%	1	2%
1 punt vooruit	23	31%	9	21%
Gelijk gebleven	28	37%	20	47%
1 punt achteruit	11	15%	6	14%
2 punten achteruit	4	5%	6	14%
3 punten achteruit	1	1%	0	0%
4 punten achteruit	0	0%	1	2%
Totaal	75		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	28		13	
Totaal	103		56	

Tabel 19 Tussen- en nameting onrustige gevoelens

Energiek

Direct na afloop van het beweegprogramma voelen bijna vier op de tien deelnemers zich energiever in vergelijking met voor aanvang van het programma. Tijdens de nameting zes maanden na afloop van het programma voelt één op de drie deelnemers zich energiever en een kwart van de deelnemers zich minder energiever. Bijna de helft (45%) van de deelnemers voelt zich even energiever direct na afloop van het programma, in vergelijking met voor aanvang.

Voelde u zich energiever?	T1 t.o.v. T0		T2 t.o.v. T0	
	Aantal	%	Aantal	%
4 punten vooruit	0	0%	0	0%
3 punten vooruit	2	3%	1	2%
2 punten vooruit	3	4%	4	9%
1 punt vooruit	22	31%	9	21%
Gelijk gebleven	32	45%	18	42%
1 punt achteruit	5	7%	6	14%
2 punten achteruit	5	7%	3	7%
3 punten achteruit	2	3%	2	5%
4 punten achteruit	0	0%	0	0%
Totaal	71		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	32		13	
Totaal	103		56	

Tabel 20 Tussen- en nameting energiever gevoelens

Neerslachtig en somber

Bij meer dan de helft van de deelnemers komen gevoelens van neerslachtigheid en somberheid even vaak voor na afloop van het programma ten opzichte van voor aanvang. Bij meer dan een kwart (27%) is direct na afloop van het programma verbetering zichtbaar. Dit percentage is iets gedaald tijdens de nameting naar 23%. Het percentage deelnemers dat zich na afloop van het programma vaker neerslachtig en somber voelt ligt direct na afloop op 15% en zes maanden na afloop op 21%.

Voelde u zich neerslachtig en somber?	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
3 punten vooruit	1	1%	0	0%
2 punten vooruit	3	4%	0	0%
1 punt vooruit	16	21%	9	23%
Gelijk gebleven	44	59%	21	54%
1 punt achteruit	9	12%	6	15%
2 punten achteruit	0	0%	1	3%
3 punten achteruit	2	3%	0	0%
4 punten achteruit	0	0%	1	3%
Totaal	75		39	
<i>Ontbrekend aantal</i>	28		17	
Totaal	103		56	

Tabel 21 Tussen- en nameting neerslachtige en sombere gevoelens

Problemen bij dagelijkse bezigheden door emotionele gezondheid

Van de groep deelnemers bij wie zowel een nul- als tussenmeting is afgenomen, ervaren minder deelnemers voor aanvang van het programma problemen met dagelijkse bezigheden als gevolg van hun emotionele gezondheid, ten opzichte van de volledige groep deelnemers bij wie een nulmeting is afgenomen. Het percentage dat geen problemen ervaart ligt namelijk op 39% bij deze groep deelnemers, ten opzichte van 30% van alle nulmetingen samen. Desondanks geeft meer dan een kwart (27%) direct na afloop van het programma aan minder vaak problemen te ervaren bij dagelijkse bezigheden. Zes maanden na afloop van het programma ligt dit percentage op 15%. Eén op de vijf deelnemers ervaart direct na afloop van het programma vaker problemen bij dagelijkse bezigheden als gevolg van zijn of haar emotionele gezondheid.

Ik heb door mijn emotionele gezondheid problemen ervaren bij mijn dagelijkse bezigheden	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
1 punt vooruit	20	27%	6	15%
Gelijk gebleven	39	53%	28	68%
1 punt achteruit	15	20%	6	15%
2 punten achteruit	0	0%	1	2%
Totaal	74		41	
<i>Ontbrekend aantal</i>	29		15	
Totaal	103		56	

Tabel 22 Tussen- en nameting emotionele gezondheid oorzaak problemen dagelijkse bezigheden

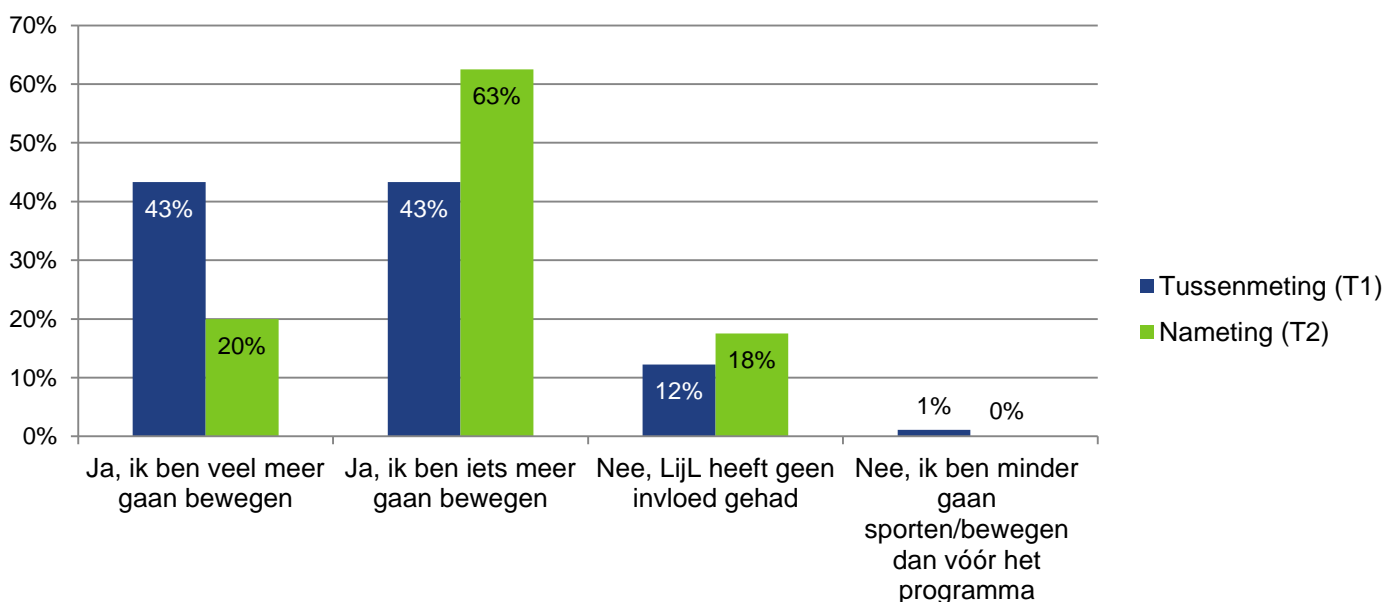
4.6. Subjectieve verandering lichamelijke en emotionele gezondheid en beweeggedrag

Met behulp van de vragenlijsten is ook gekeken naar de subjectieve verandering van de lichamelijke gezondheid, de emotionele gezondheid en het beweeggedrag. Met behulp van drie vragen die alleen na afloop van het programma gesteld worden, konden deelnemers aangeven of zij door het programma meer zijn gaan bewegen en of hun lichamelijke en emotionele gezondheid verbeterd is. Tijdens de tussenmeting hebben 90 deelnemers deze vragen beantwoord en tijdens de nameting 40 deelnemers.

Kernpunten

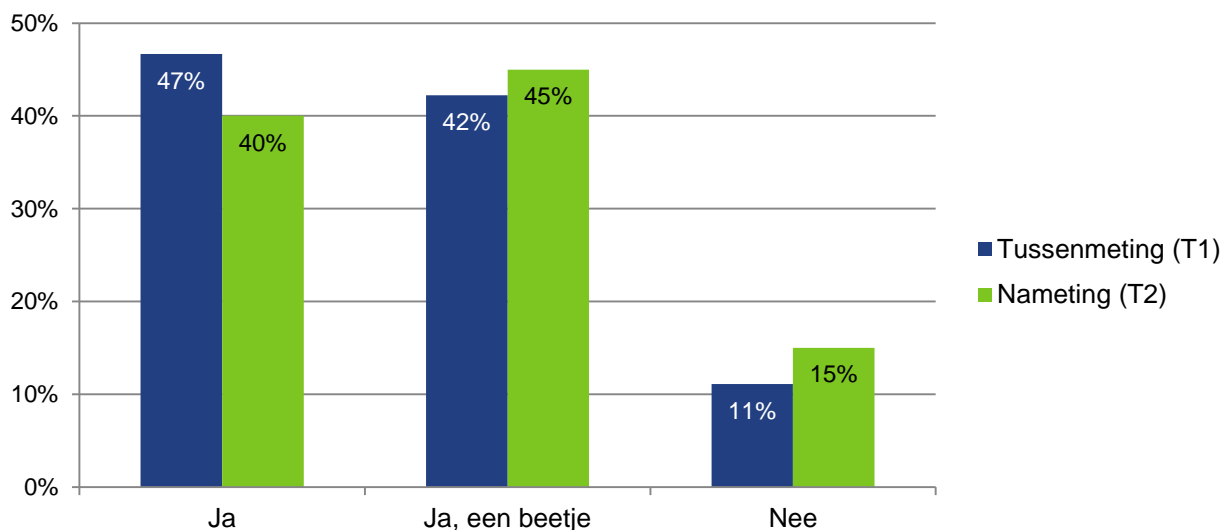
- Een grote meerderheid van de deelnemers geeft na afloop van het programma aan iets meer tot veel meer te bewegen ten opzichte van voor de start. Het percentage deelnemers dat 'veel meer' beweegt, ligt zes maanden na afloop van het programma lager dan direct na afloop. Echter blijft een de meerderheid wel 'iets meer' bewegen.
- De meerderheid van de deelnemers geeft aan dat zowel de lichamelijke gezondheid als emotionele gezondheid (een beetje) is verbeterd na afloop van het programma.

Doordat ik het programma LijL heb gevolgd ben ik meer/ vaker/ actiever gaan bewegen



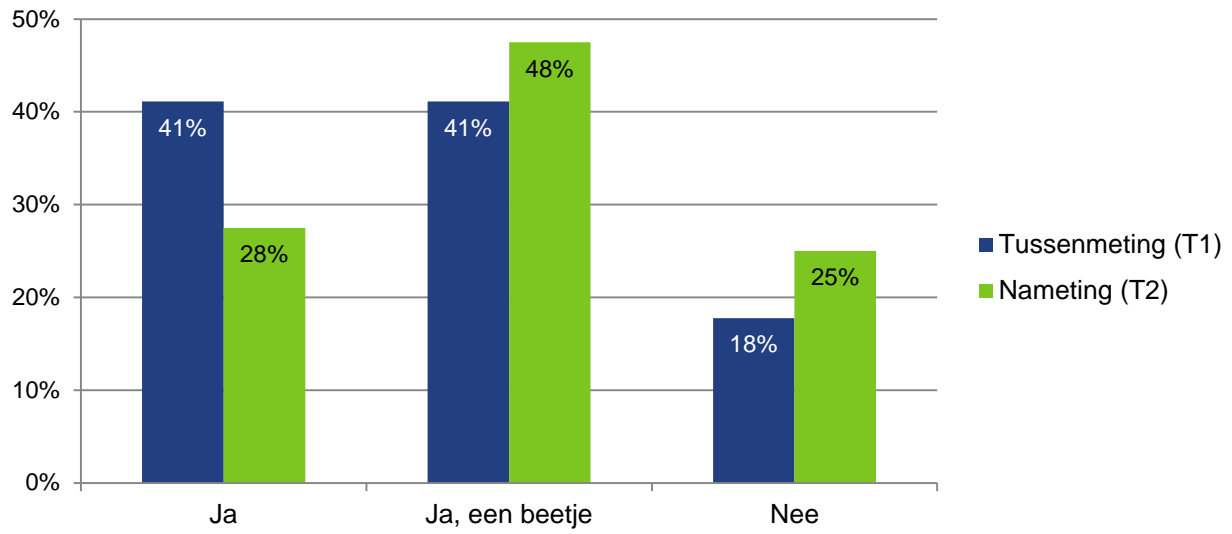
Figuur 4 Effect van deelname aan programma op beweeggedrag

Doordat ik het programma LijL heb gevolgd is mijn lichamelijke gezondheid verbeterd



Figuur 5 Effect van deelname aan programma op lichamelijke gezondheid

Doordat ik het programma LijL heb gevolgd is mijn emotionele gezondheid verbeterd



Figuur 6 Effect van deelname aan programma op emotionele gezondheid

4.7. (Maatschappelijke) participatie

Kernpunten

Erop uit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

- Eén op de vijf deelnemers geeft voor aanvang van het programma aan er nooit op uit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Voor de helft van de deelnemers vormt de gezondheid hierin (een beetje) een belemmering.
- Direct na afloop van het programma geeft een kwart van de deelnemers aan er vaker op uit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Een kwart van de deelnemers gaat er daarentegen minder vaak op uit en (nieuwe) mensen ontmoeten na afloop van het programma. De mate waarin de gezondheid daarin een belemmering vormt, blijft voor de meeste deelnemers na afloop van het programma gelijk.

Betaald en vrijwilligerswerk

- Voor aanvang van het programma doet 35% van de deelnemers betaald of vrijwilligerswerk. Bij meer dan de helft van hen heeft de gezondheid (een beetje) belemmerd om het werk goed uit te voeren. Van de deelnemers die geen werk uitvoeren, geeft de meerderheid aan dat hun gezondheid een belemmering is in het zoeken van werk.
- Voor de meerderheid blijft de werksituatie na afloop van het programma gelijk. Enkele deelnemers werken na afloop van het programma, terwijl ze dat voor aanvang van het programma nog niet deden. De mate waarin de gezondheid een belemmering vormt in de zoektocht naar werk of de uitvoering van het werk, blijft bij de meerderheid gelijk. Sommige mensen voelen zich na afloop van het programma minder belemmerd om hun werk goed uit te voeren.

4.7.1. Maatschappelijke participatie voor aanvang van het programma

Eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Voor aanvang van het programma geeft ongeveer de helft (46%) van de deelnemers aan er soms op uit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Ongeveer een derde (32%) doet dit vaak tot regelmatig, terwijl één op de vijf mensen (22%) dit nooit doet.

Eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten doe ik	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Vaak	32	11%	10	13%	3	7%
Regelmatig	65	21%	18	24%	10	23%
Soms	140	46%	32	43%	22	51%
Nooit	68	22%	15	20%	8	19%
Totaal	305		75		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	17		28		13	
Totaal	322		103		56	

Tabel 23 Nulmeting eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Gezondheid als belemmering om eropuit gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten

Voor aanvang van het programma geeft ongeveer de helft (49%) van de deelnemers aan dat hun gezondheid (een beetje) een belemmering vormt om eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. De groepen B en C wijken enigszins af van de volledige groep respondenten bij de nulmeting; het percentage deelnemers dat een belemmering ervaart ligt hier lager.

Is uw gezondheid een belemmering om eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja	49	16%	7	10%	4	10%
Ja, een beetje	102	33%	22	31%	12	29%
Nee	159	51%	43	60%	26	62%
Totaal	310		72		42	
<i>Ontbrekend aantal</i>	12		31		14	
Totaal	322		103		56	

Tabel 24 Nulmeting gezondheid belemmering eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Betaald werk en/of vrijwilligerswerk

Voor aanvang van het programma doet 35% van de deelnemers betaald werk en/of vrijwilligerswerk. De deelnemers werken gemiddeld genomen tien uur per week (n=73). Van de deelnemers onder de 60 jaar, doet 39% betaald werk en/of vrijwilligerswerk, zij werken gemiddeld elf uur per week (n=57). In groep C ligt het percentage voor aanvang van het programma lager: 27% van deze deelnemers doet hiervan betaald werk en/of vrijwilligerswerk.

Doet u betaald werk en/of vrijwilligerswerk?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja	108	35%	24	33%	11	27%
Nee	203	65%	49	67%	30	73%
Totaal	311		73		41	
<i>Ontbrekend aantal</i>	11		30		15	
Totaal	322		103		56	

Tabel 25 Nulmeting (vrijwilligers)werk

Gezondheid belemmering in het zoeken van betaald of vrijwilligerswerk

Voor de meerderheid (63%) van de deelnemers vormt de gezondheid voor aanvang van het programma (een beetje) een belemmering in het zoeken van betaald werk of vrijwilligerswerk. In groep B wijken de resultaten bij de nulmeting af van de volledige groep deelnemers; het percentage deelnemers dat een belemmering ervaart ligt hoger.

Is uw gezondheid een belemmering in het zoeken van betaald werk of vrijwilligerswerk?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja	78	43%	16	41%	8	40%
Ja, een beetje	36	20%	13	33%	4	20%
Nee	68	37%	10	26%	8	40%
Totaal	182		39		20	
<i>Ontbrekend aantal</i>	21		10		10	
Totaal	203		49		30	

Tabel 26 Nulmeting gezondheid belemmering zoeken (vrijwilligers)werk

Gezondheid belemmering in uitvoering van betaald of vrijwilligerswerk

Bij meer dan de helft (59%) van de deelnemers heeft de gezondheid (een beetje) belemmerd om het betaald werk of vrijwilligerswerk goed uit te voeren. In groep B ligt dit percentage lager; bij 39% vormde de gezondheid een belemmering voor een goede uitvoering.

Heeft uw gezondheid u belemmerd om uw betaald werk of vrijwilligerswerk goed te doen?	Aantal Groep A	%	Aantal groep B	%	Aantal Groep C	%
Ja, helemaal	11	11%	2	11%	0	0%
Ja, een beetje	49	48%	5	28%	5	56%
Nee	42	41%	11	61%	4	44%
Totaal	102		18		9	
<i>Ontbrekend aantal</i>	6		6		2	
Totaal	108		24		11	

Tabel 27 Nulmeting gezondheid belemmering uitvoering (vrijwilligers)werk

4.7.2. Maatschappelijke participatie direct en zes maanden na afloop van het programma

Eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Voor ongeveer de helft (47%) van de deelnemers heeft het programma direct na afloop geen invloed gehad op hoe vaak ze eropuit gaan en (nieuwe) mensen gaan ontmoeten. Dit percentage is zes maanden na afloop van het programma gestegen naar 63%. Direct na afloop van het programma geeft iets meer dan een kwart (27%) aan vaker eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten dan voor aanvang. Hetzelfde aantal mensen (27%) geeft aan er minder vaak op uit te gaan dan voorheen het geval was.

Eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten doe ik	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
2 punten vooruit	5	7%	0	0%
1 punt vooruit	15	20%	7	16%
Gelijk gebleven	35	47%	27	63%
1 punt achteruit	14	19%	8	19%
2 punten achteruit	4	5%	1	2%
3 punten achteruit	2	3%	0	0%
Totaal	75		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	28		13	
Totaal	103		56	

Tabel 28 Tussen- en nameting eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Gezondheid als belemmering om eropuit gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten

Meer dan de helft van de deelnemers ervaart direct na afloop en zes maanden na afloop geen verandering in de mate waarin de gezondheid een belemmering vormt om eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Direct na afloop van het programma ervaart 18% van de deelnemers in mindere mate een belemmering, terwijl 20% van de deelnemers meer belemmering ervaart. Zes maanden na afloop van het programma is het percentage dat in mindere mate een belemmering ervaart, gedaald naar 12%.

Is uw gezondheid een belemmering om eropuit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
2 punten vooruit	2	3%	1	2%
1 punt vooruit	11	15%	4	10%
Gelijk gebleven	45	63%	29	69%
1 punt achteruit	12	17%	8	19%
2 punten achteruit	2	3%	0	0%
Totaal	72		42	
<i>Ontbrekend aantal</i>	31		14	
Totaal	103		56	

Tabel 29 Tussen- en nameting gezondheid belemmering eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten

Betaald werk en/of vrijwilligerswerk

De werksituatie is bij de meeste deelnemers niet veranderd. Enkele deelnemers doen na afloop van het programma wel betaald en/of vrijwilligerswerk, terwijl enkele deelnemers eerst wel werkten maar nu niet meer. De deelnemers die direct na afloop hebben aangegeven betaald en/of vrijwilligerswerk te doen, werken gemiddeld 11 uur per week.

Doet u betaald werk en/of vrijwilligers werk?	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
Werkte eerst niet, maar nu wel	4	6%	4	10%
Niets veranderd	64	88%	33	85%
Werkte eerst wel, maar nu niet meer	5	7%	2	5%
Totaal	73		43	
<i>Ontbrekend aantal</i>	30		13	
Totaal	103		56	

Tabel 30 Tussen- en nameting (vrijwilligers)werk

Gezondheid belemmering in het zoeken van betaald of vrijwilligerswerk

Bij zeven op de tien deelnemers is direct en zes maanden na afloop van het programma geen verandering zichtbaar in de mate waarin de gezondheid een belemmering vormt in het zoeken van betaald werk of vrijwilligerswerk. Enkele deelnemers geven aan dat hun gezondheid in mindere mate een belemmering vormt, terwijl sommige deelnemers hun gezondheid na afloop meer als een belemmering zien in de zoektocht naar betaald of vrijwilligerswerk.

Is uw gezondheid een belemmering in het zoeken van betaald werk of vrijwilligerswerk?	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
1 punt vooruit	5	13%	2	10%
Gelijk gebleven	27	69%	14	70%
1 punt achteruit	6	15%	2	10%
2 punten achteruit	1	3%	2	10%
Totaal	39		20	
<i>Ontbrekend aantal</i>	10		10	
Totaal	49		30	

Tabel 31 Tussen- en nameting gezondheid belemmering zoeken (vrijwilligers)werk

Gezondheid belemmering in uitvoering van betaald of vrijwilligerswerk

Bij de meerderheid is de mate waarin de gezondheid een belemmering vormt om het werk goed uit te voeren na afloop van het programma gelijk gebleven. Vijf van de achttien deelnemers (28%) voelen zich in mindere mate belemmerd. Zes maanden na afloop van het programma geven drie van de negen deelnemers (33%) aan dat ze zich minder belemmerd voelen, ten opzichte van voor aanvang van het programma.

Heeft uw gezondheid u belemmerd om uw betaald werk of vrijwilligerswerk goed te doen?	Aantal T1 t.o.v. T0	%	Aantal T2 t.o.v. T0	%
2 punten vooruit	1	6%	0	0%
1 punt vooruit	4	22%	3	33%
Gelijk gebleven	12	67%	5	56%
1 punt achteruit	1	6%	1	11%
Totaal	18		9	
<i>Ontbrekend aantal</i>	6		2	
Totaal	24		11	

Tabel 32 Tussen- en nameting gezondheid belemmering uitvoering (vrijwilligers)werk

4.8. Begeleiding van de fysiotherapeut

Kernpunten

- De begeleiding van de fysiotherapeut wordt door nagenoeg alle deelnemers als positief ervaren
- Direct na afloop van het programma beoordeelt meer dan de helft van de deelnemers de begeleiding als uitstekend.

Tijdens de tussenmeting direct na afloop van het programma zijn alle deelnemers positief over de begeleiding van de fysiotherapeut. Meer dan de helft (58%) beoordeelt de begeleiding als uitstekend. Tijdens de nameting zes maanden na afloop van het programma zijn op één deelnemer na alle deelnemers positief over de begeleiding van de fysiotherapeut. In vergelijking met de tussenmeting, beoordelen meer deelnemers de begeleiding als 'goed' of 'zeer goed' ten opzichte van 'uitstekend'.

Hoe vindt u de begeleiding van de fysiotherapeut?	Tussenmeting		Nameting	
	Aantal	%	Aantal	%
Uitstekend	61	58%	16	33%
Zeer goed	23	22%	14	29%
Goed	21	20%	17	35%
Matig	0	0%	1	2%
Slecht	0	0%	0	0%
Totaal	105		48	
<i>Ontbrekend aantal</i>	13		14	
Totaal	118		62	

Tabel 33 Tussenmeting mening over begeleiding fysiotherapeut

5. De waardering en ervaring van fysiotherapeuten

5.1. Meerwaarde voor deelnemers

Met het beweegprogramma worden verschillende doelen nagestreefd. Fysiotherapeuten zijn gevraagd in hoeverre zij de doelen die verbonden zijn aan LijL van belang vinden, op een schaal van 1 (zeer onbelangrijk) tot 5 (zeer belangrijk). Daarnaast is gevraagd in welke mate deze doelen volgens hen worden bereikt, op een schaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal).

	Doel is belangrijk (schaal van 1 tot 5)	Doel wordt bereikt (schaal van 1 tot 5)
Deelnemers krijgen positieve ervaringen met bewegen	4,8	4,4
De (ervaren) lichamelijke gezondheid van deelnemers verbetert	4,5	3,9
De (ervaren) mentale gezondheid van deelnemers verbetert	4,4	3,4
Deelnemers doen sociale contacten op	4,0	3,8
De motivatie van deelnemers versterkt om het gezonde gedrag ook na afloop vol te houden	4,5	3,2
Deelnemers realiseren gewichtsverlies	3,4	2,8
Deelnemers participeren meer in de maatschappij	3,8	2,3

De fysiotherapeuten ervaren op verschillende punten een meerwaarde van het programma voor deelnemers.

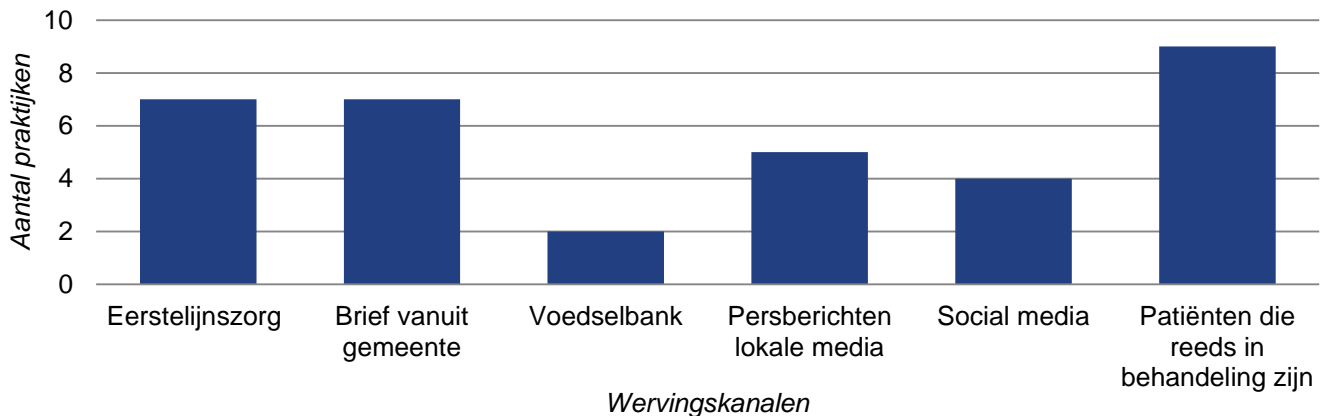


Een van de geïnterviewde fysiotherapeuten geeft aan nog niet zo goed te kunnen inschatten wat het programma met deelnemers doet, omdat deze fysiotherapeut nog maar één groep heeft gedraaid. Een eigen evaluatie zal uitwijzen wat de meerwaarde voor de deelnemers is. Volgens een andere fysiotherapeut zou het programma langer moeten duren en zou de diëtist meer betrokken moeten worden in het geheel om daadwerkelijk gewichtsverlies te kunnen realiseren. Bovendien zou het programma volgens een van de fysiotherapeuten een impuls kunnen vormen om meer zelfmanagement te creëren bij de deelnemers, maar levert dit te weinig op, doordat veel deelnemers niet blijven bewegen na afloop van het programma.

5.2. Doelgroep

5.2.1. Werving

Om mensen te werven voor deelname aan het beweegprogramma, zijn verschillende wervingskanalen ingezet. Onderstaand overzicht geeft inzicht in de wervingskanalen die zijn toegepast door de elf fysiotherapiepraktijken.



Figuur 7 Inzet van wervingskanalen

Uit de reacties van de fysiotherapeuten blijkt dat een brief vanuit de gemeente de meeste deelnemers oplevert en daardoor de beste methode is om deelnemers te werven. Deze methode wordt zeer gewaardeerd. Aanvullend levert mond-tot-mond reclame en de benadering van patiënten die reeds in behandeling zijn tevens nieuwe deelnemers op. Ook melden zich mensen aan die hierover hebben gehoord via andere deelnemers. De fysiotherapiepraktijken uit de gemeenten vanuit waar geen brieven zijn verstuurd, ervaren meer problemen om (geschikte) deelnemers te werven, mede doordat zich mensen aanmelden zonder juiste verzekering. Daarnaast geven de fysiotherapeuten aan dat werving via social media en eerstelijnszorg minder goed werkt.

5.2.2. Stellingen over de doelgroep

In de vragenlijst zijn enkele stellingen voorgelegd aan fysiotherapeuten die betrekking hebben op de doelgroep. Hierbij dienden zij aan te geven in hoeverre ze het met deze stellingen eens waren op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 5 (helemaal mee eens).

	Eens met stellingen (schaal van 1 tot 5)
Met dit programma wordt de juiste doelgroep bereikt	4,2
Het programma sluit aan bij de behoeften van de doelgroep.	3,8
Een financiële prikkel voor deelnemers zou een goede manier zijn om te voorkomen dat deelnemers afhaken tijdens het programma	3,5
Deelnemers tonen voldoende motivatie en inzet.	2,8

Tabel 34 Antwoorden stellingen over doelgroep

5.2.3. Geschiktheid doelgroep

Volgens de fysiotherapeuten wordt met het beweegprogramma de juiste doelgroep bereikt. De geïnterviewde fysiotherapeuten geven aan dat de mensen die zich aanmelden geschikt zijn, omdat ze vaak weinig bezigheden hebben gedurende dag, vaak geen werk hebben, nauwelijks sporten en moeite hebben om vanuit hun situatie zichzelf aan te zetten tot beweging. Enkele fysiotherapeuten ervaren soms een taalbarrière; doordat veel deelnemers de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, vormt de communicatie een belemmering. Ook geven sommige fysiotherapeuten aan dat de belastbaarheid van de doelgroep beperkt is, waardoor sprake is van een hoge kans op blessures.

Volgens een van de fysiotherapeuten zou het programma ook geschikt zijn voor mensen die een BMI lager dan 25 hebben, omdat bij deze groep mensen vaak ook ruimte voor verbetering mogelijk is op het gebied van conditie en uithoudingsvermogen.

5.2.4. Aansluiting bij behoeften

De meerderheid van de fysiotherapeuten vindt dat het programma aansluit bij de behoeften van de doelgroep. Een van de fysiotherapeuten geeft aan dat de deelnemers vaak hun lichaam niet goed kennen, waardoor ze niet goed kunnen inschatten wat ze wel en niet kunnen. Het beweegprogramma helpt om te laten ervaren hoe het is om te bewegen, zodat ze meer zelfvertrouwen in hun lichaam ontwikkelen. Enkele fysiotherapeuten merken dat deelnemers minder in hun sociale isolement zitten, doordat ze sociale contacten opdoen tijdens het programma. Volgens sommige fysiotherapeuten sluit het programma aan bij de behoeften, doordat deelnemers zich fitter willen voelen, gewichtsverlies willen realiseren en op zoek willen gaan naar zingeving. Bovendien horen fysiotherapeuten terug dat veel deelnemers enthousiast zijn over het programma. Deelnemers blijken behoefte te hebben aan persoonlijke begeleiding en de invulling hiervan door de fysiotherapeut wordt door hen gewaardeerd.

Enkele fysiotherapeuten merken op dat veel deelnemers baat zouden hebben bij meer psychische begeleiding tijdens het programma. Door gedragsmatige problemen, zouden veel deelnemers moeite hebben hun oude gedragspatronen te doorbreken. Een van de fysiotherapeuten geeft aan dat deelnemers vaak beperkt zelfinzicht en eigen sturing hebben. Psychische begeleiding zou kunnen helpen om gedragsverandering te realiseren, waardoor deelnemers ook in staat zijn om na afloop van het programma een gezonde leefstijl te behouden.

Pilot psychosociale bijeenkomsten

In mei 2016 heeft de GGD HM aan Z en Z geadviseerd om in de vorm van een pilot enkele psychosociale bijeenkomsten toe te voegen aan het programma, in samenwerking met GGZ Rivierduinen. Doel van deze psychosociale bijeenkomsten was om de emotionele veerkracht van deelnemers te vergroten en deelnemers te stimuleren om hun gezonde leefstijl vol te houden. De pilot is door twee praktijken uitgevoerd: Visser en Paramedisch Centrum Lagas. In juni 2017 is de pilot geëvalueerd door de GGD HM en GGZ Rivierduinen. Uit de evaluatie bleek dat de deelnemers enthousiast waren over de bijeenkomsten, met name over de ontspanningsoefeningen. Het bereik onder de beoogde doelgroep was echter laag. De opkomst bij de bijeenkomsten lag gemiddeld op ongeveer 50% en de deelnemers die er het meeste baat bij zouden hebben, haakten voortijdig af of werden helemaal niet bereikt. De kosten en voorbereidingstijd voor GGZ Rivierduinen, stonden daardoor niet in verhouding tot de opbrengsten van de pilot. Naar aanleiding van deze bevindingen heeft de GGD HM geadviseerd om geen wijzigingen meer aan te brengen in het beweegprogramma, maar om in aparte preventieproducten te investeren die in de behoeften van de doelgroep voorzien.



De volledige evaluatie van de pilot psychosociale bijeenkomsten geeft alle resultaten en adviezen weer.

5.2.5. Motivatie en inzet

De meningen van de fysiotherapeuten verschillen met betrekking tot de vraag of deelnemers voldoende motivatie en inzet tonen. Sommige fysiotherapeuten hebben niets aan te merken op de aanwezigheid en motivatie van de deelnemers. Hun ervaring is dat de deelnemers trouw komen en dat de meeste deelnemers erg gemotiveerd zijn. Een van deze fysiotherapeuten enthousiasmeert de deelnemers door regelmatig telefonisch contact op te nemen of via WhatsApp een oproep te doen wie naar de volgende les toekomt. Volgens deze fysiotherapeut is het van belang om een actieve inzet hierin te tonen. Volgens een andere fysiotherapeut draagt meer individuele begeleiding eraan bij dat deelnemers gemotiveerd blijven. Om deelname te stimuleren, bieden enkele praktijken bovendien meerdere mogelijkheden in de week aan om het programma te volgen, bijvoorbeeld door soms deelnemers te laten aansluiten bij de reguliere sportgroep. Een andere fysiotherapeut geeft aan de motivatie van deelnemers te versterken door te focussen op de individuele vooruitgang die deelnemers boeken.

Enkele fysiotherapeuten ervaren echter dat sommige deelnemers moeilijk te motiveren zijn, ondanks diverse inspanningen. Zij ontvangen vaak afmeldingen zonder goede reden. Eén fysiotherapeut merkt op dat de motivatie afneemt de laatste weken van het programma, mogelijk doordat de deelnemers beseffen dat het einde van het programma nadert en daardoor de veilige omgeving verlaten dient te worden. Ook de aanwezigheid bij de bijeenkomsten van de diëtist is in sommige praktijken beperkt, mogelijk doordat het gevoel van veiligheid weer losgelaten moet worden. Volgens een van de fysiotherapeuten komen met name de deelnemers die actief zijn op sociaal gebied naar de bijeenkomsten van de diëtist.

Enkele fysiotherapeuten geven aan dat de groepsdynamiek tevens bepalend is voor de opkomst en motivatie. Een goede sfeer en het ontstaan van vriendschappen draagt eraan bij dat deelnemers structureel aanwezig zijn en goede inzet tonen, bijvoorbeeld doordat ze elkaar ophalen voor de les, een WhatsApp-groep hebben opgezet en elkaar recepten toesturen.

De helft van de fysiotherapeuten vindt een financiële prikkel een goede manier om deelnemers te motiveren om te blijven meedoen. Volgens een van de fysiotherapeuten zou dit kunnen dienen als stok achter de deur voor mensen die moeilijk te motiveren zijn, om toch actief met het programma mee te doen. Een van de fysiotherapeuten geeft de suggestie om een soort contract met deelnemers op te stellen of ervoor te zorgen dat deelnemers die het hele programma doorlopen iets kunnen verdienen.

5.3. Uitvoering

In de vragenlijst zijn daarnaast enkele stellingen voorgelegd aan fysiotherapeuten die betrekking hebben op de uitvoering. Hierbij dienden zij tevens aan te geven in hoeverre ze het met deze stellingen eens waren op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 5 (helemaal mee eens).

	Eens met stellingen (schaal van 1 tot 5)
De toolkit is een bruikbaar hulpmiddel voor de uitrol en uitvoering van het programma.	3,8
Het programma voldoet aan mijn verwachtingen.	3,7
Door de invoering van de nieuwe richtlijnen (eind nov 2016) is de kwaliteit van het programma verbeterd.	3,5
De uitvoering van het programma verloopt zoals gepland.	3,2

Tabel 35 Antwoorden stellingen over uitvoering

De toolkit wordt door bijna alle fysiotherapeuten beschouwd als een bruikbaar hulpmiddel voor de uitrol en uitvoering van het programma. Over de overige drie stellingen zijn de meningen iets meer verdeeld. De meningen over de nieuwe richtlijnen en uitvoering volgens plan worden nader toegelicht.

5.3.1. Nieuwe richtlijnen

In november 2016 zijn de richtlijnen van het programma aangepast, om de uniformiteit, kwaliteit en effectiviteit te vergroten. De belangrijkste wijzigingen waren de invoering van een vaststaand aantal weken en lessen, invulling van het voedingsgedeelte en vanaf de start structurele aandacht voor kennismaking met beweging in de buurt om de doorstroom na afloop te stimuleren. In bijlage 1 worden de oude en nieuwe richtlijnen nader toegelicht. De helft van de fysiotherapeuten vindt dat dankzij de invoering van de nieuwe richtlijnen, de kwaliteit van het programma is verbeterd. Sommige fysiotherapeuten hebben sinds de invoering van de nieuwe richtlijnen nog geen nieuwe groep gedraaid en kunnen daarom nog niet aangeven of de nieuwe richtlijnen daadwerkelijk tot verbeteringen leiden.

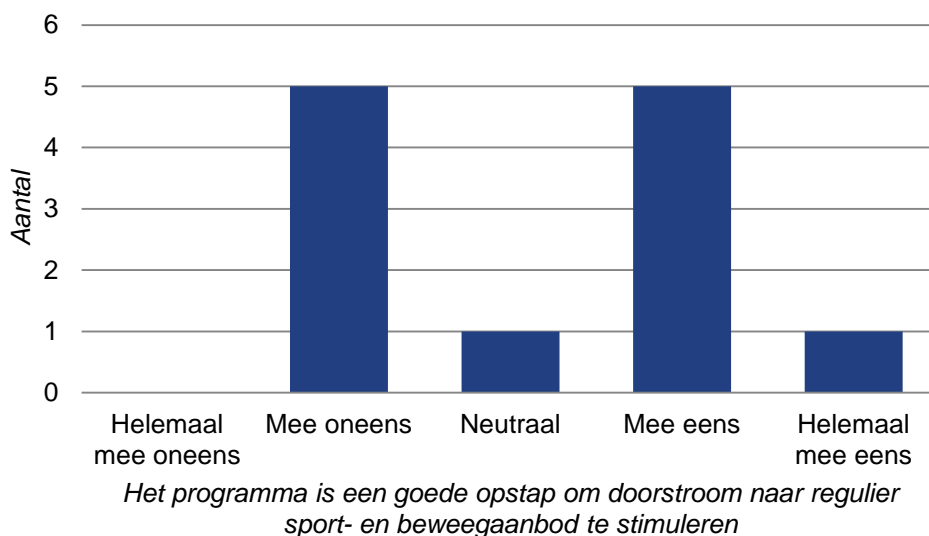
Een van de fysiotherapeuten geeft aan dat de nieuwe richtlijnen voor meer structuur zorgen en een duidelijker doel om naartoe te werken. Wel is voorafgaand aan het programma een duidelijke instructie over de opbouw aan de deelnemers noodzakelijk, met name doordat sommige deelnemers later instromen en daardoor de overgang naar het tweede deel niet altijd duidelijk is. Volgens een van de fysiotherapeuten zijn de nieuwe richtlijnen alleen van meerwaarde indien een goed natraject ontwikkeld is, waarin de deelnemers kennis maken met andere regulier sport- en beweegaanbod.

5.3.2. Uitvoering volgens plan

Volgens de helft van de fysiotherapeuten is de uitvoering van het programma volgens plan verlopen. Enkele fysiotherapeuten hebben aangegeven dat de uitvoering niet is verlopen zoals gepland. Een van de fysiotherapeuten geeft aan dat het moeilijk is om de deelnemers in één groep te krijgen. Door hun ervaring dat veel mensen afmelden, hebben ze in deze praktijk vier mogelijkheden per week aangeboden om in een groep te sporten.

Doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod

De doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod is een punt dat nog aandacht behoeft volgens enkele fysiotherapeuten. Volgens de helft van de fysiotherapeuten is het beweegprogramma een goede opstap om doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren. De andere helft van de fysiotherapeuten is het hiermee oneens of reageert neutraal.



Figuur 8 Antwoorden op stelling doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod

Binnen het onderdeel ‘Kennismaking Bewegen in de Buurt’ dat in het tweede deel van het programma wordt aangeboden, maken deelnemers kennis met andere sport- en beweegvormen in de praktijk of op locatie bij bijvoorbeeld een vereniging. Doordat fysiotherapiepraktijken hun aanpak in samenwerking met de gemeente vaststellen, varieert de aanvulling hiervan per praktijk.

Onderstaand overzicht geeft inzicht in de genoemde initiatieven om de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren .

Persoonlijk contact deelnemers

- Gesprekken over vervolgactiviteiten
- Samen op zoek gaan op internet
- Folders uitdelen

Eigen aanbod

- 3 maanden sporten tegen gereduceerd tarief
- Meer Bewegen voor Ouderen
- Deelname aan Sport je Fit in reguliere groepen tegen gereduceerd tarief

Samenwerking andere initiatieven

- Ontmoetingsdag Piëzo
- Sociale kaart gemeente
- Kennismaking met verschillende mogelijkheden samen met welzijnscoach (Welzijn op recept)
- Samenwerking beweeginitiatieven
- Betrokkenheid buurtsportcoach, samen sporten
- Samenwerking Alphen Beweegt



Welzijn op recept

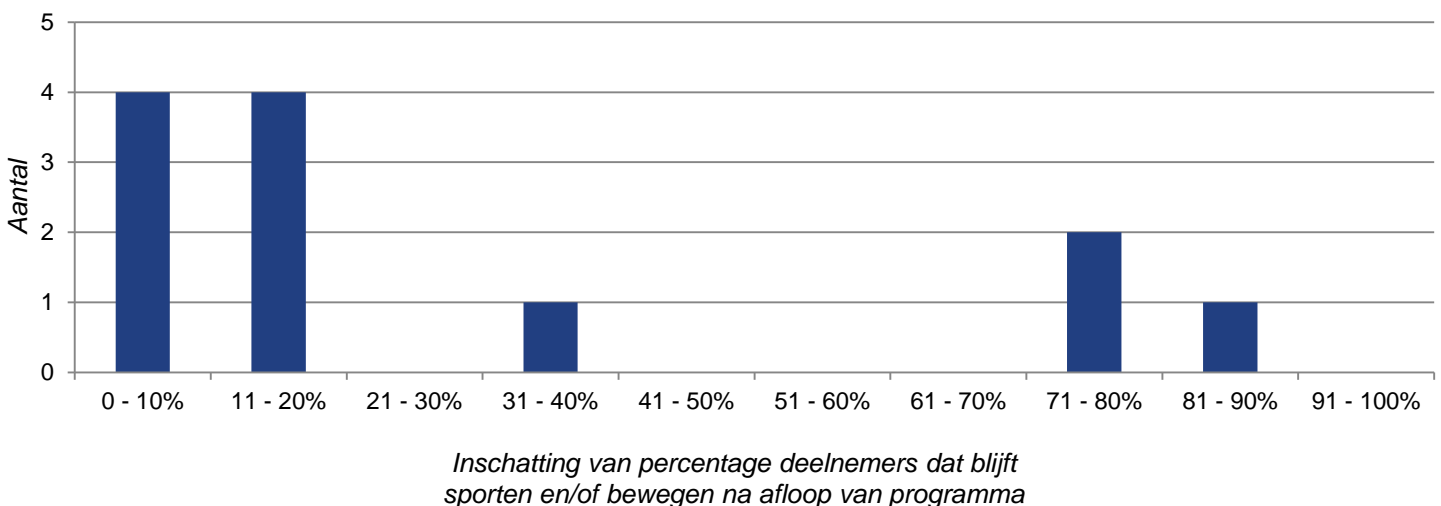
Welzijn op recept heeft als doel het welbevinden te verhogen van mensen die met psychosociale klachten en/of onbegrepen lichamelijke klachten bij de huisarts komen. In Zoeterwoude is een pilot uitgevoerd en door de GGD HM geëvalueerd. In het [evaluatie rapport](#) komt tevens de rol van de welzijnscoach bij *Lekker in je Lijf aan bod*.

Een van de initiatieven die mogelijk positieve resultaten tot gevolg heeft, is de inzet van de welzijnscoach vanuit het project Welzijn op recept in de zoektocht naar aansluitend beweegaanbod. De welzijnscoach heeft eerst de behoeften van de deelnemers geïnventariseerd en vervolgens contacten gelegd met de activiteitsaanbieders om vrijblijvend met de groep de lessen eenmalig uit te proberen. Door de tijden af te stemmen met de deelnemers en mee te doen met de activiteit, heeft een warme overdracht plaatsgevonden. Direct na afloop van het programma hebben bijna alle deelnemers van deze groep zich aangesloten bij regulier sport- en beweegaanbod. Of deze aanpak blijvende effecten tot gevolg heeft, is nog niet bekend.

Naast de inzet van de welzijnscoach, wordt ook de betrokkenheid van de buurtsportcoach gezien als een goede inzet om de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren. De buurtsportcoach in gemeente Bodegraven-Reeuwijk is vanaf het begin van het programma al betrokken geweest door eerst met de deelnemers kennis te maken en vervolgens een vertrouwensband te creëren. De buurtsportcoach heeft net als de welzijnscoach geïnventariseerd wat de behoeften van deelnemers zijn en vervolgens daarop de kennismakingslessen afgestemd. Regelmatig contact en meegaan naar activiteiten zijn elementen uit de aanpak van de buurtsportcoach. Ook bij deze aanpak is het nog onbekend in hoeverre dit blijvende effecten tot gevolg heeft.

Andere fysiotherapiepraktijken geven aan dat zij de deelnemers stimuleren om zelf op zoek te gaan naar andere beweegmogelijkheden en op eigen initiatief kennis te maken met andere activiteitsaanbieders. Ze vragen wat de deelnemers leuk vinden om te doen, welke bezigheden ze hebben in het dagelijks leven en ze benadrukken waarom bewegen goed voor je. Ook geven sommige fysiotherapeuten opties bij welk regulier sport- en beweegaanbod ze zouden kunnen aansluiten. Daarnaast bieden sommige praktijken een sportabonnement aan met korting voor mensen met een laag inkomen.

Volgens veel fysiotherapeuten is de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod nog beperkt. De fysiotherapeuten hebben een inschatting gemaakt van het percentage deelnemers dat blijft sporten en/of bewegen na afloop van het programma. De percentages verschillen van 5% tot 90%. Gemiddeld genomen blijft 33% van de deelnemers sporten volgens de fysiotherapeuten. De meerderheid verwacht dat slechts 5 tot 20% van de deelnemers blijft sporten na afloop.



Figuur 9 *Inschattingen percentage deelnemers dat blijft sport/bewegen na afloop programma*

Volgens sommige fysiotherapiepraktijken zou de gemeente een grotere rol kunnen spelen in het faciliteren en eventueel financieren van de kennismaking met regulier sport- en beweegaanbod. Enkele fysiotherapeuten geven de suggestie om een beweegmarkt te organiseren waar aanbieders hun aanbod presenteren of een bijeenkomst te organiseren waar de gemeente of het welzijnswerk komt vertellen over de mogelijkheden in de regio om te bewegen of vrijwilligerswerk te doen. Volgens een van de fysiotherapeuten is echter meer nodig dan eenmalig komen vertellen over het aanbod; voor een goede doorstroom naar regulier aanbod is een warme overdracht noodzakelijk. Naast gemeenten zouden volgens enkele fysiotherapeuten ook de activiteitsaanbieders en/of organisaties zich in kunnen zetten om de doelgroep beter te bereiken.

Volgens de fysiotherapeuten is de doorstroom beperkt, doordat veel deelnemers financieel gezien niet de mogelijkheden hebben om aan te sluiten bij regulier sport- en beweegaanbod. De contributie bij verenigingen zou bijvoorbeeld een belemmering vormen. Bovendien ervaren veel deelnemers een drempel om contact op te nemen en zich bij een vereniging of organisatie aan te sluiten volgens enkele fysiotherapeuten.

Enkele fysiotherapeuten geven de suggestie om in het programma een terugkoppeling na een half jaar in te voeren, om de voortgang te monitoren en in beeld te brengen in hoeverre deelnemers zich hebben aangesloten bij regulier sport- en beweegaanbod.



Kwalitatief onderzoek onder deelnemers

Eind 2016 voerde de GGD HM een kwalitatief onderzoek uit onder zestien deelnemers van het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf'. In dit onderzoek werden deelnemers gevraagd of ze na afloop willen blijven bewegen en welke eventuele belemmeringen zij zien om dit te realiseren. Alle respondenten geven aan dat ze graag doorgaan met bewegen na afloop van het programma. De meeste deelnemers hebben echter nog geen concrete plannen. Bij de fysiotherapiepraktijk blijven sporten heeft vaak de voorkeur. Ook geven deelnemers aan graag te willen wandelen, zwemmen of fietsen.

De deelnemers zien echter verschillende aspecten die de doorstroom naar regulier sport- en beweegmogelijkheden kunnen belemmeren:

- tekort aan financiële middelen;
- lichamelijke beperkingen;
- aanbod sluit niet aan bij behoeften;
- geen persoonlijke begeleiding mogelijk;
- niemand hebben om samen mee te bewegen.

5.4. Samenwerking

De fysiotherapeuten hebben daarnaast enkele vragen voorgelegd gekregen die betrekking hebben op de rolverdeling en samenwerking met de verschillende partijen.

	Eens met stellingen (schaal van 1 tot 5)
De rol- en taakverdeling verloopt zoals gepland	3,8
De samenwerking met de GGD verloopt goed	4,0
De samenwerking met Z en Z verloopt goed	3,8
De samenwerking met de gemeente verloopt goed	3,4

Tabel 36 Antwoorden stellingen samenwerking

Het merendeel van de fysiotherapeuten is het ermee eens dat de rol- en taakverdeling zoals gepland verloopt. Daarnaast is de meerderheid tevreden over de samenwerking met de GGD, mede doordat acties snel werden opgepakt en aandacht werd besteed aan mogelijke verbeteringen.

Over de samenwerking met Z en Z is tevens meer dan de helft tevreden en reageert de rest met 'neutraal'. De samenwerking tussen Z en Z en de fysiotherapeuten is beperkt gebleven tot de afhandeling van declaraties. Vragen aan de zorgverzekeraar werden in de meeste gevallen door de gemeente of GGD afgehandeld.

Sommige fysiotherapeuten zijn minder tevreden over de samenwerking met de gemeente. Een van de beperkingen die wordt aangegeven door een van de fysiotherapeuten is dat de start van het programma langzamer verliep dan gepland, doordat er veel bijeenkomsten en overleggen met de GGD en gemeenten aan vooraf gingen. Dit vraagt om een investering in tijd en geld door de fysiotherapeuten. Enkele fysiotherapeuten geven aan dat ze graag zouden zien dat de uren die geïnvesteerd dienen te worden in de opzet van het programma, gedeclareerd zouden kunnen worden.

Daarnaast is de inzet van de gemeente bij de werving en doorstroom van deelnemers bepalend voor het verloop van de samenwerking. Enkele fysiotherapeuten zouden hierin graag meer inzet van de gemeenten zien. Het merendeel vindt de samenwerking met de gemeente echter goed verlopen.

6. Conclusie en discussie

6.1. Samenvatting van de resultaten en mogelijke kansen voor verbetering

In onderstaand overzicht wordt weergegeven wat volgens de resultaten goed gaat en waar nog kansen liggen voor verbetering.

Wat gaat goed?	Waar liggen kansen voor verbetering?
Effecten <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluatie geeft inzicht in de achtergrondkenmerken, gezondheidstoestand en het beweeggedrag van de doelgroep ➤ De meerderheid van de deelnemers geeft aan dat de lichamelijke en emotionele gezondheid is verbeterd na deelname aan het beweegprogramma ➤ De meerderheid van de deelnemers geeft aan iets of veel meer te bewegen na afloop van het beweegprogramma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Structurele beweging stimuleren zodat deelname aan het programma blijvende effecten tot gevolg heeft ➤ Maatschappelijke participatie bevorderen ➤ Deelnemers wegwijs bieden bij problemen op andere gebieden (bijvoorbeeld op het gebied van sociale contacten of psychosociale klachten)
Werving <ul style="list-style-type: none"> ➤ Een brief vanuit de gemeente naar alle inwoners met een gemeentepolis levert relatief veel aanmeldingen op. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actieve inzet van alle gemeenten in de werving van deelnemers ➤ Meer bekendheid programma creëren bij eerstelijnszorg en professionals (zoals huisartsen, sociale wijkteams, bijstandsconsulenten, welzijnscoaches)
Doelgroep <ul style="list-style-type: none"> ➤ Het programma sluit aan bij de behoeften van deelnemers. ➤ Deelnemers waarderen het programma. ➤ Met het programma wordt een kwetsbare doelgroep bereikt ➤ Meer inzicht in de behoeften van kwetsbare doelgroep ➤ Een goede groepsdynamiek werkt mogelijk stimulerend voor de opkomst en motivatie. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychische begeleiding, bespreekbaar maken van begeleiding bij psychische of psychosociale problemen en mensen de weg wijzen ➤ Motivatie stimuleren en daarmee opkomst verhogen ➤ Inspelen op drijfveren van doelgroep ➤ Vasthouden van en in contact blijven met de doelgroep
Uitvoering <ul style="list-style-type: none"> ➤ De toolkit is een bruikbaar hulpmiddel voor fysiotherapeuten voor de uitrol en uitvoering van het programma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Groepsdynamiek stimuleren (o.a. deelnemers binnen één groep bij elkaar houden)
Doorstroom <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inzet van buurtsportcoach of welzijnscoach lijkt een effectieve manier om de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meer inzet van gemeenten en fysiotherapeuten bij 'Kennismaking Bewegen in de Buurt' en stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod (zorgen voor een warme overdracht). ➤ Inspelen op de belemmeringen die deelnemers ervaren om te blijven bewegen.
Samenwerking <ul style="list-style-type: none"> ➤ Samenwerking met gemeente en GGD wordt door de meerderheid als positief ervaren. ➤ Netwerk versterkt, betere samenwerking kan benut worden voor nieuwe programma's 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Goede afspraken maken vanaf de start over rollen en verantwoordelijkheden

6.2. Kennis uit wetenschappelijke literatuur en praktijkervaringen

Diverse onderzoeken en praktijkervaringen tonen mogelijk effectieve strategieën om programma's en interventies gericht op doelgroepen met een lage sociaaleconomische status (SES) succesvol in te zetten. In deze paragraaf worden de meest relevante succesfactoren en aanbevelingen vanuit de literatuur samengevat. In bijlage 6 is de volledige literatuurstudie weergegeven.

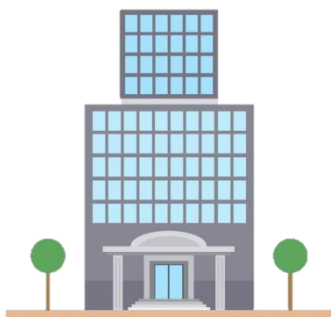
Aanbevelingen voor aanbieders en gemeenten vanuit literatuur en praktijkervaringen

Wat kunnen **aanbieders** doen?



- Motivatie en drempels van deelnemers achterhalen
- Programma afstemmen op de behoeften van deelnemers (vraaggericht, bottom-up)
- Hechte groeps cultuur ontwikkelen, door deelnemers te leren samenwerken, samen nieuwe leden te werven en inhoud trainingen af te stemmen op de wensen en behoeften van deelnemers
- Individueel beweegplan maken samen met deelnemers
- Inzet van rolmodellen
- Persoonlijke benadering
- Follow-up gesprekken voeren met deelnemers
- Motivatie en enthousiasme versterken om energie en tijd te steken in doorstroom

Wat kunnen **gemeenten** doen?



- Informatie over mogelijke ondersteuning (bijv. financieel) toegankelijk maken voor doelgroep; rekening houden met laaggeletterdheid
- Werving via sleutelfiguren
- Laagdrempelig activiteitsaanbod realiseren (veilig, betaalbaar, in groepsvorm, persoonlijke aandacht voor deelnemers)
- Mogelijkheid creëren om lidmaatschap voor kortere periode aan te gaan
- Sociale kaart ontwikkelen en beheren voor het sport- en beweegaanbod inclusief kwaliteiten van beweegaanbieders
- Kwaliteitsverbetering/ deskundigheidsbevordering van beweegaanbieders
- Stimuleren van sport- en beweegaanbieders om aanbod voor een bepaalde doelgroep op te zetten.
- Zorgdragen voor financiering, eventueel samen met zorgverzekeraar
- Korte lijntjes met samenwerkende partijen
- Multidisciplinaire samenwerking tussen domeinen, aansluitend bij bestaande structuren
- Zorgen voor warme overdracht naar regulier sport- en beweegaanbod met behulp van samenwerkingsverbanden
- Wijkgerichte aanpak hanteren; lokaal relevante partijen betrekken
- Inzet van buurtsportcoach of beweegmakelaar
- Netwerkbijeenkomsten organiseren voor zorg- en sportprofessionals in de wijk
- Zorg voor integrale samenwerking met andere beleidsterreinen

6.3. Conclusie en discussie

6.3.1. Verbetering ervaren gezondheid

Uit de resultaten van het evaluatieonderzoek blijkt dat bij de meerderheid van de deelnemers een kleine verbetering zichtbaar is op het gebied van lichamelijke en emotionele gezondheid. Met name als deelnemers zelf aan dienen te geven of hun gezondheidsstatus lichamelijk en emotioneel is verbeterd na hun deelname aan het beweegprogramma, geeft de meerderheid aan (enigszins) verbetering te zien. Ook geven de meeste deelnemers aan meer te bewegen na afloop van het beweegprogramma. Deelnemers ervaren zelf dus over het algemeen een betere gezondheid, waarmee een van de belangrijkste doelen van het beweegprogramma wordt behaald.

6.3.2. Verbetering lichamelijke en emotionele gezondheid en maatschappelijke participatie op basis van specifieke items

Vooruitgang op de specifieke items uit de vragenlijst, bijvoorbeeld de mate waarin deelnemers moeite ervaren met het tillen van zware voorwerpen en het doen van zware huishoudelijke klussen of de mate waarin deelnemers zich onrustig voelen, is minder sterk zichtbaar. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat de gekozen items in de vragenlijst onvoldoende de lading dekken van de begrippen lichamelijke of emotionele gezondheid, de items niet de juiste of onvoldoende indicatoren voor lichamelijke/emotionele gezondheid vormen, deelnemers een andere definitie hanteren, of dat de vooruitgang dermate klein is dat dit op een schaal van 1 tot 5 niet zichtbaar is.

Ook op het gebied van maatschappelijke participatie blijkt de invloed van deelname aan het beweegprogramma beperkt. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt tevens dat de fysiotherapeuten inschatten dat dit doel het minst goed bereikt wordt, in vergelijking met de andere doelen van het beweegprogramma. Het belang wordt daarentegen wel ingezien. Uit de nulmeting blijkt dat relatief veel deelnemers geen betaald en/of vrijwilligerswerk doen, in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Dit beeld komt overeen met gegevens uit landelijke rapporten, zoals in de onlangs verschenen publicatie van het CBS 'Armoede en sociale uitsluiting 2018', waaruit blijkt dat mensen met een laag inkomen minder betaald werk hebben of vrijwilligerswerk doen. De helft van de mensen die deel uitmaken van een huishouden boven de lage-inkomensgrens, doet minstens een keer per jaar vrijwilligerswerk voor bijvoorbeeld de school, sportclub of verpleging. Bij mensen die zich onder deze streep bevinden is ruim 40 procent vrijwilliger.⁷ Voor de meerderheid van de deelnemers vormt de gezondheid een belemmering om naar werk te zoeken. Bovendien voelen veel deelnemers die wel werken zich belemmerd om hun werk goed uit te voeren als gevolg van hun gezondheid.

Op sociaal gebied blijkt tevens winst te behalen; een op de vijf deelnemers geeft aan er nooit op uit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten. Hoewel direct na het beweegprogramma vooruitgang zichtbaar is, blijkt dit effect te zijn afgezwakt tijdens de nameting. Dit geldt tevens voor de mate waarin deelnemers zich belemmerd voelen in de uitvoering van hun werk. Inzet op participatie behoeft daarom extra aandacht voor in de toekomst, waarbij samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen van groot belang is. Om gezondheidsachterstanden aan te pakken, is zowel inzet op gezondheid als participatie vereist; een goede gezondheid bevordert de participatie en tegelijkertijd zorgt participatie voor gezondheidsbevordering.⁸

Opvallend is dat bij sommige deelnemers achteruitgang zichtbaar is op het gebied van lichamelijke gezondheid, emotionele gezondheid en/of maatschappelijke participatie. Zo voelen sommige deelnemers zich na afloop van het beweegprogramma vaker onrustig of minder energiek dan voor aanvang van het programma. De kwetsbaarheid van de doelgroep waarop het programma zich richt is hierop mogelijk van invloed. De resultaten uit de nulmeting bevestigen dat deze doelgroep erg kwetsbaar is. De meerderheid van de deelnemers geeft namelijk aan dat ze hun eigen gezondheid matig of slecht vinden en dat ze (enigszins) moeite hebben met het tillen van zware voorwerpen, het doen van zware huishoudelijke klussen en het lopen van een paar trappen. Onderzoek bevestigt het bevinden dat een lage SES gerelateerd is aan een hoger gezondheidsrisico. Bovendien vormt een lage SES een risicofactor voor morbiditeit en mortaliteit.⁹

⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). Armoede en sociale uitsluiting 2018. Den Haag: CBS

⁸ Gezond In. (2016). Kennisdossier Participatie. Utrecht: Pharos.

⁹ Burkert, N. T., Rásky, E., Großschädl, F., Muckenhuber, J., & Freidl, W. (2013). The influence of socioeconomic factors on health parameters in overweight and obese adults. PloS one, 8(6), e65407.

Daarnaast ervaart de meerderheid van de deelnemers voor aanvang van het programma soms of zelfs iedere dag problemen bij dagelijkse bezigheden als gevolg van zijn of haar emotionele gezondheid. Ook speelt mogelijk mee dat een groot aantal deelnemers met psychische problemen kampt, zoals door de fysiotherapeuten geconstateerd. Met de psychosociale pilot is getracht om hierop in te spelen, echter bleek in de uitvoering dat de juiste doelgroep op deze wijze niet werd bereikt. In de toekomst is het van belang dat aandacht wordt besteed aan psychische begeleiding van deelnemers.

6.3.3. Verbetering op korte en lange termijn

De positieve effecten als gevolg van deelname aan het beweegprogramma, zijn direct na afloop van het programma sterker dan zes maanden na afloop van het programma. Uit andere studies blijkt dit een bekend gegeven; vaak hebben kortdurende leefstijlinterventies alleen effecten op de korte termijn tot gevolg en zijn effecten bij een follow-up meting niet meer zichtbaar.¹⁰ Dit komt tevens naar voren in een evaluatierapport van de interventie Bewegen op Recept in Zaanstad, een interventie waarbij huisartsen mensen uit achterstandswijken verwijzen naar een leefstijladviseur die diverse beweegprogramma's aanbiedt. Uit deze evaluatie blijkt dat op de korte termijn (drie maanden na afloop van het beweegprogramma) deelnemers significant meer bewegen dan voorafgaand aan het programma, terwijl na een jaar tijd geen significante stijging zichtbaar is. Ook blijkt zowel drie maanden als een jaar na afloop van het programma geen statistisch significant verschil in psychische gezondheid zichtbaar tussen mensen die na het programma blijven sporten en mensen die daarmee stopten, terwijl direct na afloop van het programma de psychische gezondheid wel blijkt toegenomen.¹¹

Uit de interviews en vragenlijsten onder fysiotherapeuten blijkt dat de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod nog aandacht behoeft. Onvoldoende inzet van de gemeenten in het stimuleren van de doorstroom, heeft tot gevolg dat deelnemers na het programma niet structureel blijven bewegen. Hierdoor zwakken mogelijk de effecten af een half jaar na afloop van het programma. Bijvoorbeeld de mate waarin deelnemers zich energiek voelen is direct na afloop van het programma bij veel deelnemers verbeterd ten opzichte van voor aanvang van het programma, terwijl zes maanden na afloop van het programma het aantal deelnemers dat is vooruitgegaan lager ligt. Als meer deelnemers zich aansluiten bij regulier aanbod en structureel blijven bewegen na afloop van het programma, zijn de effecten mogelijk meer blijvend voor een groter aantal deelnemers.

Een gebrekkige doorstroom naar lokaal beweegaanbod blijkt ook bij de uitvoering van de interventie [BeweegKuur](#) een knelpunt. Uit een evaluatie blijkt dat de randvoorwaarden zoals verantwoordelijkheden en financiering onvoldoende zijn belegd om een goede doorstroom te kunnen garanderen. Mogelijk zou een goede overdracht, bijvoorbeeld met behulp van de inzet van een beweegmakelaar of buurtsportcoach, een goede doorstroom kunnen bevorderen.^{12,13}

Om de positieve effecten op de lichamelijke en emotionele gezondheid te behouden, is een actieve inzet van gemeenten in het stimuleren van de doorstroom noodzakelijk. Vervolgonderzoek zou kunnen uitwijzen of meer inzet op de doorstroom van deelnemers positieve effecten op de lange termijn tot gevolg heeft.

6.3.4. Structurele deelname

Uit de resultaten van dit evaluatieonderzoek blijkt dat een groot aantal deelnemers uitvalt gedurende het beweegprogramma. Ook in de evaluatie van Bewegen op Recept blijkt dit een bekend probleem; een relatief groot aantal deelnemers valt hier uit per meetmoment.¹¹ Zoals in hoofdstuk 3 reeds vermeld, hebben deelnemers diverse redenen om voortijdig te stoppen met hun deelname.

¹⁰ Berg, van den M. en Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM.

¹¹ Versteeg, E. en Walraven, I. (2014). Bewegen op Recept. Stimuleert beweegactiviteit bij volwassenen die niet of nauwelijks sporten. Onderzoeksrapport Bewegen op Recept Zaanstad. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland

¹² Preller, L. (2015). BeweegKuur. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

¹³ Aalbers, M., Preller, L., Hartog, den F. en Wagemakers, A. (2013). De netwerkstructuur van de BeweegKuur, kansen voor de verbinding tussen zorg, sport en bewegen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 91, 2, 91-94

Redenen om te stoppen hangen vaak samen met lichamelijke of psychische klachten en zoals eerder onderzoek aantoonde ligt hier het hogere risico op gezondheidsproblemen aan ten grondslag. Ook de fysiotherapeuten ervaren een hoge mate van blessuregevoeligheid bij deelnemers. Bovendien toont onderzoek aan dat slechts enkele deelnemers die meedoen aan beweegprogramma's voor mensen met overgewicht en obesitas dit een langere periode volhouden. Als alternatief voor beweegprogramma's bevelen de onderzoekers aan om regelmatig te wandelen op lage intensiteit en vaker algemene dagelijkse activiteiten uit te voeren.¹⁴

Daarnaast ervaren mensen met een lage SES vaak een opeenstapeling van belemmeringen. Dit kan tot gevolg hebben dat ze de prioriteit geven aan andere bezigheden of zorgen uit het dagelijks leven en niet aan beweging. Mogelijk helpt het om eerst een oplossing te vinden voor andere problemen, voordat men tot meer beweging kan overgaan. Een beweegmakelaar kan bijvoorbeeld helpen bij een warme overdracht naar beweegaanbod en het bieden van handvatten bij het oplossen van problemen.¹⁵

6.3.5. Relatie tussen armoede en sportbeoefening

Onderzoek toont aan dat leven in armoede een negatieve invloed heeft op de kans dat men een sport beoefent. Een van de oorzaken hiervan is dat mensen die leven in armoede meer kans hebben op gezondheidsproblemen, wat een beperking vormt voor de mogelijkheden tot sportbeoefening.¹⁶ Voor oudere mensen vormen ervaren fysieke kwetsbaarheid en een slechte gezondheid de grootste belemmeringen om te gaan bewegen of structurele beweging vol te houden.¹⁷ Als je met weinig middelen moet leven dan blijft sportbeoefening mogelijk, maar mogelijke voordelen op sociaal gebied als gevolg van sportbeoefening blijven buiten bereik; er zijn altijd mogelijkheden om te bewegen, maar armoede beperkt de mogelijkheden om deel te nemen in een maatschappelijk waardevolle contact of interactie met mensen. Een gebrek aan middelen kan sociale betrokkenheid en participatie belemmeren, doordat ze bijvoorbeeld de sociale bijeenkomsten overslaan (zoals een drankje na het sporten). Sommige mensen vinden het moeilijk om de eerste stap te maken binnen een nieuwe groep of sportaccommodatie, omdat ze het gevoel hebben een vreemdeling te zijn.

Mensen die leven in armoede hebben behoefte aan een fysiek veilige sportomgeving en vinden het belangrijk dat ze goed begeleid worden. Bij voorkeur is de begeleider gekwalificeerd en wordt rekening gehouden met de fysieke mogelijkheden en beperkingen. Soms besluiten mensen die leven in armoede om niet aan sport deel te nemen vanwege de nadelige financiële gevolgen. Soms geeft de situatie hen een slecht gevoel, bijvoorbeeld omdat ze zich niet in staat voelen om te doen zoals de rest, en willen ze gevoelens van schaamte vermijden. Dit kan leiden tot sociale exclusie.

Om de kansen te vergroten om te profiteren van sportbeoefening, is het van belang dat activiteiten worden georganiseerd op een financiële, sociale en fysiek veilige manier.¹⁶ Met het beweegprogramma LijL wordt hierop ingespeeld door in een vaste groep te sporten, onder begeleiding van een fysiotherapeut die rekening houdt met de fysieke mogelijkheden en beperkingen van deelnemers, en door een vergoeding vanuit de Gemeentepolis van de zorgverzekering beschikbaar te stellen. Ook voor regulier sport- en beweegaanbod in de wijk is het van belang dat ingespeeld wordt op de wensen vanuit de doelgroep en dat laagdrempelig aanbod wordt gecreëerd. Om de gezondheidswinst van het programma te behouden, is meer begeleiding vereist bij de doorstroom naar regulier aanbod. Dit kan zoals eerder beschreven ook bestaan uit het eerst wegnemen van andere problemen, die voor de deelnemer meer prioriteit hebben dan een gezonde leefstijl.

¹⁴ Castellani, W., Ianni, L., Ricca, V., Mannucci, E., & Rotella, C. M. (2003). Adherence to structured physical exercise in overweight and obese subjects: a review of psychological models. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(1), 1-11.

¹⁵ Hoogendoorn, M. en Hollander, de E.L. (2016). Supplement Rapport: Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. Bilthoven: RIVM.

¹⁶ Vandermeerschen, H., Van Regenmortel, T., & Scheerder, J. (2017). 'There are Alternatives, but Your Social Life is Curtailed': Poverty and Sports Participation from an Insider Perspective. *Social Indicators Research*, 133(1), 119-138.

¹⁷ Rhodes, R. E., Martin, A. D., Taunton, J. E., Rhodes, E. C., Donnelly, M., & Elliot, J. (1999). Factors associated with exercise adherence among older adults. *Sports medicine*, 28(6), 397-411.

7. Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten en conclusies worden in dit hoofdstuk aanbevelingen geformuleerd om de kwaliteit en effectiviteit van het beweegprogramma te verbeteren.

➤ **Vergroot de bekendheid van Lekker in je Lijf en neem een actieve rol in de werving van deelnemers**

- ❖ Verstuur brieven naar inwoners met een gemeentepolis.
- ❖ Benader sleutelfiguren.
- ❖ Organiseer een bijeenkomst voor bijvoorbeeld huisartsen over de gemeentepolis, met eventuele ondersteuning van Reos.

➤ **Selecteer tijdens de intake op deelnemers die gemotiveerd zijn**

➤ **Versterk de motivatie van deelnemers**

- ❖ Werk vraaggericht en hanteer een persoonlijke benadering: afstemming op behoeften deelnemers, m.b.v. motiverende gespreksvoering.
- ❖ Creëer een goede groepsdynamiek, bijvoorbeeld door teambuildingsactiviteiten in het programma op te nemen en deelnemers binnen één vaste groep te leren samenwerken.
- ❖ Stel aan het begin van het programma een individueel beweegplan met de deelnemers op.
- ❖ Biedt deelnemers wegwijs op het gebied van andere problemen en maak begeleiding bij psychische/psychosociale problemen bespreekbaar.

➤ **Zet actief in op het stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod**

- ❖ Speel in op de belemmeringen die deelnemers ervaren, bijvoorbeeld door informatie over (financiële) ondersteuning toegankelijk te maken voor de doelgroep en voor hen de mogelijkheid te creëren om lidmaatschappen voor kortere perioden aan te gaan.
- ❖ Realiseer laagdrempelig activiteitsaanbod, dat veilig en betaalbaar en waarbij de mogelijkheid bestaat om persoonlijke aandacht aan de deelnemers te schenken (voorbeeld: **Vitality Club – Leyden Academy**).
- ❖ Stimuleer sport- en beweegaanbieders om aanbod voor een bepaalde doelgroep op te zetten.
- ❖ Zorg met behulp van samenwerkingsverbanden voor een wijkgerichte aanpak, sluit aan bij bestaande initiatieven (voorbeelden: lokale wandelgroepen en Welzijn op recept)
- ❖ Zorg voor een warme overdracht door een welzijnscoach, buurtsportcoach of beweegmakelaar in te zetten. Zij kunnen vanaf het begin van het programma al kennismaken met de deelnemers en gedurende het programma een vertrouwensband opbouwen. Tijdens het programma bespreken zij samen met de deelnemers wat zij als vervolg willen. Hierop kunnen vervolgens de kennismakingslessen met regulier aanbod op worden afgestemd. Afhankelijk van de behoefte van deelnemers, kan de coach samen met de deelnemers naar een activiteit toe gaan en meedoen met de activiteit. (voorbeelden: **welzijnscoach Zoeterwoude** en **buurtsportcoach Bodegraven-Reeuwijk**).
- ❖ Voer follow-up gesprekken met deelnemers om de voortgang te monitoren en hen te enthousiasmeren.
- ❖ Breng bestaande initiatieven onder de aandacht van deelnemers, zoals maatjesprojecten en online platforms (beweegmaatje.nl, i-Doe).

➤ **Ga met deelnemers in gesprek over mogelijkheden m.b.t. (vrijwilligers)werk**

➤ **Zorg voor een integrale samenwerking met andere beleidsterreinen**

- ❖ Samenwerking tussen ambtenaren volksgezondheid, minimabeleid, participatie en sociaal domein.

➤ **Zorg voor korte lijntjes met samenwerkende partijen**

➤ **Blijf het programma monitoren en maak hierover afspraken**

Literatuur

Bronvermeldingen kaders

- De sociale staat van Nederland: Bijl, R., Boelhouwer, J. en Weenekers, A. (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Beweegrichtlijnen volwassenen: Gezondheidsraad. (2017). Beweegrichtlijnen 2017. Opgevraagd 13 december 2017 via <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkerrein/preventie/beweegrichtlijnen-2017>
- De maatschappelijke effecten en economische waarde van sport en bewegen: Kenniscentrum Sport. (2017). De sociaaleconomische waarde van sporten en bewegen. Rotterdam: Ecorys.

Volledige literatuurlijst

- Aalbers, M., Preller, L., Hartog, den F. en Wagemakers, A. (2013). De netwerkstructuur van de BeweegKuur, kansen voor de verbinding tussen zorg, sport en bewegen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 91, 2, 91-94
- Baldewing, S.S. (2011). Bevorderende en belemmerende factoren van twee best practices Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).
- Berg, van den M. en Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM.
- Bielderman, J.H. (2016). Active Ageing and Quality of Life. Community-dwelling older adults in deprived neighbourhoods. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bijl, R., Boelhouwer, J. en Weenekers, A. (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Burkert, N. T., Rásky, E., Großschädl, F., Muckenhuber, J., & Freidl, W. (2013). The influence of socioeconomic factors on health parameters in overweight and obese adults. PLoS one, 8(6), e65407.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). Armoede en sociale uitsluiting 2018. Den Haag: CBS
- Corstjens, R.M.J. (2010). Bewegingsstimulering vanuit de 1ste lijn: onderzoek naar voorwaarden en strategieën voor continuering van beweeggedrag: Den Haag: ZonMw.
- Dijk, M. van, & Wigger, S. (2012). Van zorg naar sport en bewegen: interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van BeweegKuur-deelnemers vanuit de eerstelijns gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).
- Gezondheidsraad. (2017). Beweegrichtlijnen 2017. Opgevraagd 13 december 2017 via <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkerrein/preventie/beweegrichtlijnen-2017>
- Gezond In. (2016). Kennisdossier Participatie. Utrecht: Pharos.
- GGD HM. (2016). Onderzoek en cijfers. Opgevraagd op 10 januari 2018 via <https://www.ggdhm.nl/gemeenten/item/gemeenten/onderzoek-en-cijfers>
- Harbers, M. M. en Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Hiemstra, A. (2017). Gemeente kan samenwerking tussen zorg, welzijn en sport stimuleren. Opgevraagd op 13 december 2017 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/gemeente-kan-samenwerking-tussen-zorg-welzijn-en-sport-stimuleren/>
- Hoff, S. (2010). Uit de armoede werken. Omvang en oorzaken van uitstroom uit armoede. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Hoogendoorn, M. & Hollander, E.I. de (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. RIVM: Bilthoven.
- Jungmann, N., Veer, van der M. en Koper, H. (2016). Impact van financiële problemen op gezondheid. Opgevraagd 10 januari 2018 via <http://www.platform31.nl/nieuws/de-impact-van-financiele-problemen-op-gezondheid>
- Kenniscentrum Sport. (2017). De sociaaleconomische waarde van sporten en bewegen. Rotterdam: Ecorys.
- Lingsma, T. (2017). Sportimpulsprojecten bekijken. Project moet meer mensen in beweging krijgen. Mediator, 26, november 2017.
- Meer, van der F.M., Ligtenberg, G. en Staal, P. A. (2009). Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Mullainathan, S. en Shafir, E. (2013). Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen. Amsterdam: Maven Publishing.
- NISB. (z.j.). Netwerkwijzer zorg-sport-bewegen. Doorstroom zorg-sport. Opgevraagd 13 december 2017 via <http://www.beweegkuur.nl/netwerk-zorg-sport/netwerkwijzer-zorg-sport/samenwerkingspartners/gemeente/doorstroom-zorg-sport.html>
- Ooms, L., Scholten, V., & Lindert, C. van (2017). Borging Sportimpulsprojecten rondes 2012 en 2013. Utrecht: Mulier Instituut.
- Otten, W. & Van Hespren, A.T.H. (2013). Ouderen en mensen met een chronische ziekte: doorstroom naar sport-en beweegaanbod. Leiden: TNO.
- Preller, L. (2015). BeweegKuur. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.
- Preller, L. & Greef, de M. (2017). Beweegstimulering kwetsbare ouderen achterstandswijken: een nieuwe aanpak. Opgevraagd 7 december 2017 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/beweegstimulering-kwetsbare-ouderen-achterstandswijken-een-nieuwe-aanpak/>
- Rhodes, R. E., Martin, A. D., Taunton, J. E., Rhodes, E. C., Donnelly, M., & Elliot, J. (1999). Factors associated with exercise adherence among older adults. *Sports medicine*, 28(6), 397-411.
- Vandermeersch, H., Van Regenmortel, T., & Scheerder, J. (2017). 'There are Alternatives, but Your Social Life is Curtailed': Poverty and Sports Participation from an Insider Perspective. *Social Indicators Research*, 133(1), 119-138.

Bijlagen

BIJLAGE 1 - RICHTLIJNEN PROGRAMMA 'LEKKER IN JE LIJF'	49
BIJLAGE 2 – VRAGENLIJST DEELNEMERS	50
BIJLAGE 3 – TOESTEMMINGSFORMULIER NAMETING	53
BIJLAGE 4 – VRAGENLIJST FYSIOTHERAPEUTEN.....	54
BIJLAGE 5 – INTERVIEWVRAGEN FYSIOTHERAPEUTEN	57
BIJLAGE 6 – LITERATUURSTUDIE	58

Bijlage 1 - Richtlijnen programma 'Lekker in je Lijf'

In de beginfase konden fysiotherapiepraktijken ervoor kiezen een programma met één of twee beweglessen per week gedurende drie of zes maanden aan te bieden. Daarnaast konden zij zelf bepalen hoe vaak en hoe lang de diëtiste voedingsvoorlichtingen zou komen geven.

Om de kwaliteit, uniformiteit en effectiviteit van het programma te vergroten hebben de GGD HM en Z en Z in oktober 2016 afspraken gemaakt over het aanpassen van de richtlijnen. De aanleiding hiervoor was dat er te grote verschillen waren ontstaan tussen de fysiotherapiepraktijken wat betreft de duur van het programma (drie of zes maanden), het aantal beweegmomenten en het aantal voedingsvoorlichtingen.

De richtlijnen van het programma zijn dus tijdens de loop van het onderzoek aangepast. Belangrijkste wijzigingen betreffen de duur van het programma (minimaal 4,5 maand), het aantal beweglessen (minimaal 26), de invulling van het voedingsgedeelte en vanaf de start structurele aandacht voor kennismaking met bewegen in de buurt om de doorstroom na afloop te stimuleren. Alle aanbieders die 'Lekker in je Lijf' al uitvoeren of gaan uitvoeren wordt gevraagd zich aan het nieuwe format te houden bij de start van een (nieuwe) groep.

Inhoud programma oude richtlijnen	Inhoud programma nieuwe richtlijnen
<ul style="list-style-type: none">➤ Intake (outtake niet verplicht)➤ 1 à 2 keer per week trainen in drie of zes maanden (keuze aan fysiotherapeut)➤ Voedingsvoorlichtingen door diëtist (fysiotherapeut vult zelf in hoe vaak en hoe lang)➤ Begeleiding op maat (warme overdracht) naar het reguliere aanbod dient onderdeel te zijn van het programma. Hiervoor maken gemeente en fysiotherapeut gezamenlijk afspraken: wie doet wat om deelnemers te enthousiasmeren en kennis te laten maken met regulier beweegaanbod. GGD ondersteunt hierbij.	<ul style="list-style-type: none">➤ Intake en outtake➤ In totaal 26 x 1 uur trainen in 18 weken➤ Week 1 t/m 8:<ul style="list-style-type: none">• 2x in de week trainen➤ Week 9 t/m 18:<ul style="list-style-type: none">• 1x in de week trainen• 'Kennismaking Bewegen in de Buurt': kennismaking met andere sportvormen in de praktijk of op locatie bij vereniging*➤ 2 x 1,5 uur groepsbijeenkomst met diëtiste + 1 x 0,5 uur individueel consult diëtiste <p>* Hiervoor maken gemeente en fysiotherapeut gezamenlijk afspraken: wie doet wat om deelnemers te enthousiasmeren en kennis te laten maken met regulier beweegaanbod. GGD ondersteunt hierbij.</p>

Bijlage 2 – Vragenlijst deelnemers

Vragenlijst 'Lekker in je Lijf' voor deelnemers

In te vullen door de fysiotherapeut:

Naam fysiotherapiepraktijk:

Deelnemersnummer:

Meting:

- 1
- 2
- 3

Duur programma:

- 3 maanden
- 6 maanden
- 4,5 maand
- > 4,5 maand

- Deelnemer is gestopt
- Reden van stoppen:

In te vullen door de deelnemer:

1. Ik ben een:
 - Man
 - Vrouw
2. Wat is uw leeftijd?
 - 18-25 jaar
 - 25-35 jaar
 - 35-45 jaar
 - 45-60 jaar
 - 60+ jaar
3. Wat vindt u van uw gezondheid?
 - Uitstekend
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht

WELKE VAN DE VOLGENDE DAGELIJKSE ACTIVITEITEN KUNT U, DOOR UW GEZONDHEID, NIET GOED MEER DOEN?

4. Zware voorwerpen tillen en zware huishoudelijke klussen, kan ik niet meer goed doen:
 - Ja, dat is waar
 - Ja, dat is een beetje waar
 - Nee, dat is niet waar
5. Een paar trappen lopen gaat niet meer:
 - Ja, dat is waar
 - Ja, dat is een beetje waar
 - Nee, dat is helemaal niet waar

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER HOE U ZICH DE AFGELOPEN 4 WEKEN VOELDE. DIT NOEMEN WIJ UW EMOTIONELE GEZONDHEID.

6. Voelde u zich onrustig?
- De hele tijd
 - Meestal
 - Vaak
 - Soms
 - (Bijna) nooit
7. Voelde u zich energiek?
- De hele tijd
 - Meestal
 - Vaak
 - Soms
 - (Bijna) nooit
8. Voelde u zich neerslachtig en somber?
- De hele tijd
 - Meestal
 - Vaak
 - Soms
 - (Bijna) nooit
9. Ik heb, door mijn **emotionele gezondheid**, problemen ervaren bij mijn dagelijkse bezigheden:
- Dat klopt, iedere dag
 - Dat klopt, soms
 - Dat klopt niet, ik heb geen problemen ervaren

10. Eropuit gaan en (nieuwe) mensen ontmoeten doe ik:
- Vaak
 - Regelmatig
 - Soms
 - Nooit
11. Is uw gezondheid een belemmering om erop uit te gaan en (nieuwe) mensen te ontmoeten:
- Ja
 - Ja, een beetje
 - Nee

12. Doet u betaald werk en/of vrijwilligerswerk?
- Ja, (**Invullen**) uur per week. GA DOOR MET VRAAG 14
 - Nee
13. Is uw gezondheid een belemmering in het zoeken van *betaald werk of vrijwilligerswerk*?
- Ja
 - Ja, een beetje
 - Nee

VRAAG 14 ALLEEN BEANTWOORDEN WANNEER U OP DIT MOMENT EEN BETAALDE BAAN HEEFT OF VRIJWILLIGERSWERK DOET.

14. Heeft uw **gezondheid** u belemmerd om uw betaald werk of vrijwilligerswerk goed te doen?
Het gaat om de afgelopen 4 weken.
- Ja, helemaal
 - Ja, een beetje
 - Nee

VRAGEN 15 T/M 18 VULT U ALLEEN IN WANNEER U HET PROGRAMMA 'Lekker in je Lijf' HEBT GEVOLGD (2^E EN 3^E METING).

WANNEER U NOG MET HET PROGRAMMA MOET BEGINNEN VULT U DEZE VRAGEN NIET IN

15. Doordat ik het programma '**Lekker in je Lijf**' heb gevolgd ben ik meer/vaker/actiever gaan bewegen (zoals fietsen/wandelen/sporten/huishoudelijk werk/tuinieren)
- Ja, ik ben veel meer gaan bewegen
 - Ja, ik ben iets meer gaan bewegen
 - Nee, 'Lekker in je lijf' heeft geen invloed gehad
 - Nee, ik ben minder gaan sporten/bewegen dan vóór het programma
16. Doordat ik het programma '**Lekker in je Lijf**' heb gevolgd is mijn lichamelijke gezondheid verbeterd
- Ja
 - Ja, een beetje
 - Nee
17. Doordat ik het programma '**Lekker in je Lijf**' heb gevolgd is mijn emotionele gezondheid verbeterd
- Ja
 - Ja, een beetje
 - Nee

18. Hoe vindt u de begeleiding van de fysiotherapeut?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

RUIMTE VOOR UW OPMERKINGEN:

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 3 – Toestemmingsformulier nameting

Geachte mevrouw, heer,

U doet mee aan het beweegprogramma Lekker in je Lijf. De GGD wil graag weten wat het effect van het programma is op de gezondheid van deelnemers. Uw mening is daarom erg belangrijk!

Wij vragen alle deelnemers op drie verschillende momenten een vragenlijst in te vullen: aan het begin van het programma, aan het einde van het programma en zes maanden na afloop van het programma.

De fysiotherapeut zal de eerste twee keer de vragenlijst bij u afnemen. De derde keer (zes maanden na afloop van het programma) zal de GGD dit doen. De GGD heeft uw toestemming nodig om zes maanden na afloop van het programma contact met u op te nemen voor het invullen van de laatste vragenlijst.

De GGD zal de gegevens anoniem (zonder uw naam en persoonsgegevens) verwerken en alleen voor dit onderzoek gebruiken.

Wilt u onderstaande vragen aankruisen en invullen?

- Ja, ik geef de GGD toestemming om zes maanden na afloop van het programma contact met mij op te nemen voor het invullen van de laatste vragenlijst.

Naam:

Adres:

Emailadres:

Telefoonnummer:

- Nee**, ik geef de GGD hiervoor geen toestemming.

Indien vragen heeft over het onderzoek kunt u contact opnemen met Anne Naus (ANaus@ggdhm.nl, 088 3084454) of Irene Lottman (ILottman@ggdhm.nl, 088 3084485) van GGD HM.

Handtekening deelnemer

Datum

.....

.....

Met vriendelijke groet,

<NAAM FYSIOTHERAPEUT>

Bijlage 4 – Vragenlijst fysiotherapeuten

Hartelijk dank voor uw deelname aan onze vragenlijst. In deze vragenlijst worden vragen gesteld over uw ervaring met en waardering van het programma 'Lekker in je Lijf' als aanbieder en uitvoerder van het programma. Uw input is voor ons erg waardevol.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Het gaat bij veel vragen om uw eigen mening. Dit betekent dat er geen goede of foute antwoorden bestaan. Uw antwoorden worden uiteraard anoniem verwerkt.

Heeft u nog vragen? Neem dan contact met ons op via telefoonnummer 088-3084398 of stuur een e-mail naar LReijnen@ggdhm.nl.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw tijd en moeite.

Algemeen

Bij welke fysiotherapiepraktijk bent u werkzaam?

- Visser Fysiotherapie en Sport
- Fysiotherapie Praktijk Zwanenzijde
- Fysiotherapiepraktijk Boot en Broersen
- De Ontmoeting
- Gezondheidscentrum Wantveld
- Van Veenendaal
- Douglas Fysiotherapie
- Paramedisch Centrum Lagas
- Fysiotherapiepraktijk Zoeterwoude Rijndijk
- Keulen en Brusse
- Topfit Fysio

Wat is uw rol binnen het programma 'Lekker in je Lijf'? (open)

Doel van het programma

Met het programma 'Lekker in je Lijf' kunnen verschillende doelen worden nagestreefd. Geef aan in hoeverre u de volgende doelen van belang vindt.

	Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Zeer belangrijk
Deelnemers krijgen positieve ervaringen met bewegen	0	0	0	0	0
De (ervaren) lichamelijke gezondheid van deelnemers verbetert	0	0	0	0	0
De (ervaren) mentale gezondheid van deelnemers verbetert	0	0	0	0	0
Deelnemers doen sociale contacten op	0	0	0	0	0
De motivatie van deelnemers versterkt om het gezonde gedrag ook na afloop vol te houden	0	0	0	0	0
Deelnemers realiseren gewichtsverlies	0	0	0	0	0
Deelnemers participeren meer in de maatschappij	0	0	0	0	0

Anders, namelijk ...

In welke mate worden naar uw mening deze doelen bereikt met dit programma?

	Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Grotendeels	Helemaal	N.v.t
Deelnemers krijgen positieve ervaringen met bewegen	0	0	0	0	0	0
De (ervaren) lichamelijke gezondheid van deelnemers verbetert	0	0	0	0	0	0
De (ervaren) mentale gezondheid van deelnemers verbetert	0	0	0	0	0	0
Deelnemers doen sociale contacten op	0	0	0	0	0	0
De motivatie van deelnemers versterkt om het gezonde gedrag ook na afloop vol te houden	0	0	0	0	0	0
Deelnemers realiseren gewichtsverlies	0	0	0	0	0	0
Deelnemers participeren meer in de maatschappij	0	0	0	0	0	0

Werving van deelnemers

Potentiële deelnemers kunnen op verschillende manieren op de hoogte worden gebracht van het programma. De volgende vragen gaan over de werving van deelnemers.

Op welke manier heeft u deelnemers geworden? (meerdere opties mogelijk)

- Via eerste lijn (bijvoorbeeld via samenwerkingsverbanden)
- Brief vanuit gemeente
- Voedselbank
- Persberichten in lokale media
- Social media
- Patiënten die reeds in behandeling zijn
- Anders, namelijk:

Welke methode(n) werkte(n) het beste om deelnemers te werven? (open)

Welke methode(n) werkte(n) minder goed?

Uitvoering

De volgende stellingen gaan over de uitvoering van het programma. Geef aan in hoeverre u het eens bent met deze stellingen

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Met dit programma wordt de juiste doelgroep bereikt.	0	0	0	0	0
De toolkit is een bruikbaar hulpmiddel voor de uitrol en uitvoering van het programma.	0	0	0	0	0
Door de invoering van de nieuwe richtlijnen (eind nov 2016) is de kwaliteit van het programma verbeterd.	0	0	0	0	0
De uitvoering van het programma verloopt zoals gepland.	0	0	0	0	0
Deelnemers tonen voldoende motivatie en inzet.	0	0	0	0	0
Een financiële prikkel voor deelnemers zou een goede manier zijn om te voorkomen dat deelnemers afhaken tijdens het programma.	0	0	0	0	0
Het programma sluit aan bij de behoeften van de doelgroep.	0	0	0	0	0
Het programma is een goede opstap om doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod te stimuleren.	0	0	0	0	0

Het programma voldoet aan mijn verwachtingen. 0 0 0 0 0

Samenwerking

Hierna volgen enkele stellingen over samenwerking. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
De rol- en taakverdeling verloopt zoals gepland.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De samenwerking met de GGD verloopt goed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De samenwerking met Z en Z verloopt goed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De samenwerking met de gemeente verloopt goed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Doorstroom naar regulier sportaanbod

De volgende vragen gaan over de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod na afloop van 'Lekker in je Lijf'.

Hoeveel procent van de deelnemers blijft volgens u sporten en/of bewegen na afloop van het programma? (open)

Wat wordt in jullie praktijk gedaan aan het stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod? (open)

Succesfactoren en belemmeringen

Wat zijn volgens u de succesfactoren van het programma? (open)

Welke belemmeringen heeft u ervaren of ervaart u nog steeds tijdens de uitvoering van het programma? (open)

Heeft u suggesties voor verbetering? (open)

Welk cijfer geeft u het programma 'Lekker in je Lijf'? (schaal van 1 tot 10)

Kunt u dit cijfer toelichten? (open)

Heeft u verder nog op- of aanmerkingen? (open)

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw deelname.

Bijlage 5 – Interviewvragen fysiotherapeuten

Interviewvragen voor fysiotherapeuten

1. Wat levert deelname aan Lekker in je Lijf op voor deelnemers?
2. Hoe representatief zijn de bereikte deelnemers voor de doelgroep van de interventie?
3. Sluit het programma aan bij de behoeften van de deelnemers?
4. Welk (ander) aanbod zou goed aansluiten bij deze doelgroep?
 - a. Uit de vragenlijst is gebleken dat er behoefte is aan individuele begeleiding. Welke mogelijkheden ziet u om hierop in te spelen?
5. We hebben geïnventariseerd wat de mogelijkheden zijn om Healthcoins bij het programma te betrekken, door gebruik te maken van Fitbits voor deelnemers. Dit onderdeel zou dan vergoed worden door de gemeente en heeft als doel om gedurende en vooral na afloop van het programma fysieke activiteit te stimuleren.
6. Wat is uw mening over het toevoegen van Healthcoins aan het programma?
7. Hoe is het proces/ de uitvoering verlopen? (doorvragen naar bevorderende en belemmerende factoren)
 - a. In welke mate is de uitvoering volgens plan verlopen?
 - b. Wat is uw ervaring met de toeleiding naar het programma?
 - c. Op welke manier worden deelnemers gemotiveerd om te blijven meedoen?
 - d. Op welke manier wordt de doorstroom naar regulier sportaanbod gestimuleerd? Hoe zit dit anders/beter kunnen?
8. Bent u op de hoogte van de nieuwe richtlijnen? Hoe verloopt de uitvoering na de invoering van de nieuwe richtlijnen? Ervaart u hiervan een meerwaarde? Zo ja, welke?
9. Hoe is de samenwerking met Z en Z verlopen? Wat ging goed? Wat kan beter?
10. Hoe is de samenwerking met de GGD verlopen? Wat ging goed? Wat kan beter?
11. De GGD zal zich gaan terugtrekken in hun ondersteunende rol vanaf begin volgend jaar. Welke kansen en bedreigingen brengt dat volgens u met zich mee?
 - a. (indien men belemmeringen ziet) Welke oplossingen ziet u om Lekker in je lijf zonder ondersteuning van de GGD succesvol door te laten gaan?
 - b. Wat zou u hierin zelf kunnen doen?
 - c. Welke begeleiding is daarbij nodig?
12. Waar bent u tevreden over?
13. Heeft u suggesties voor verbetering?

Visser/ Lagas

- We hebben geïnventariseerd wat de mogelijkheden zijn om Healthcoins bij het programma te betrekken, door gebruik te maken van Fitbits voor deelnemers. Dit onderdeel zou dan vergoed worden door de gemeente en heeft als doel om gedurende en vooral na afloop van het programma fysieke activiteit te stimuleren.
 - Hoe kansrijk acht u de toepassing van Healthcoins?
 - Welke belemmeringen brengt dit volgens u met zich mee?
 - In hoeverre bent u bereid om deelnemers te ondersteunen bij het gebruik ervan door o.a. het geven van uitleg?
- Hoe is de uitvoering van de psychosociale pilot verlopen? Wat ging er goed en wat kan beter?

Bijlage 6 – Literatuurstudie

6.1.1. Belemmeringen en drijfveren sportdeelname bij mensen met lage SES en/of migratieachtergrond

Uit onderzoek van RIVM¹⁸ blijkt dat mensen met een lage SES en/of migratieachtergrond diverse belemmeringen ervaren om te sporten en bewegen. Mogelijke belemmeringen zijn:

- Mensen hebben minder gezondheidsvaardigheden, waardoor ze onvoldoende kennis hebben over gezonde leefstijl en de voordelen van bewegen. Ze zien het nut niet in en geven voorrang aan andere prioriteiten.
- Laaggeletterdheid, beperkte toegang tot informatie.
- Mensen vinden het niet fijn om lange-termijn verbintenissen aan te gaan, bijvoorbeeld een lidmaatschap.
- Mensen hebben een ongunstige financiële positie: ze ervaren een drempel voor lidmaatschap van een vereniging en bijkomende activiteiten zoals een drankje na afloop. Ze voelen schaamte om financiële ondersteuning aan te vragen om toch te kunnen bewegen.
- Mensen krijgen weinig ondersteuning uit directe sociale omgeving.
- Mensen hebben een gebrek aan beweegervaring vanuit opvoeding, ze hebben weinig voorbeelden uit de sociale omgeving.

Drijfveren:

- Ontspanning.
- Opdoen van sociale contacten.
- Rolmodellen.

Hoe kan worden ingespeeld op de belemmeringen die de doelgroep ervaart?

- Achterhalen van motivatie, drempels of onderwerpen die doelgroep belangrijk vindt, bijvoorbeeld met behulp van argumentenkaartjes.
- Wijkgerichte aanpak waarbinnen een krachtig netwerk van partijen dat in contact staat met de doelgroep de boodschap van een gezonde leefstijl en het belang van bewegen uitdraagt. En helpt bij het aanpakken van andere belemmerende problemen zoals aanpak van schulden.
- Inzet van een laagdrempelig bereikbare partij, bijvoorbeeld een buurtsportcoach (is beschikbaar voor doelgroep en kent lokale sportaanbod).
- Creëren van laagdrempelig activiteitenaanbod; sporten in veilige omgeving en goedkope activiteiten.
- Informatie over bijvoorbeeld financiële ondersteuning voor sport moet goed te vinden zijn voor de doelgroep, rekening houdend met laaggeletterdheid.
- Mogelijk maken dat deelnemers kunnen sporten en bewegen zonder voor langere termijn lid te worden.

6.1.2. Voorbeelden effectieve interventies

Groningen Active Ageing Strategy

De interventie Groningen Active Ageing Strategy (GAAS) is gericht op het bevorderen van actief ouder worden bij thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) die onvoldoende actief en eenzaam zijn en in sociaaleconomische achterstandswijken wonen. De interventie bestaat uit wekelijkse groepslessen, in combinatie met 6-wekelijkse leefstijlmodules over depressieve gevoelens, eenzaamheid en fysieke activiteit in het dagelijks leven. Uit onderzoek blijkt dat de interventie effectief is in de doelgroep blijvend te laten bewegen. Succesfactoren die hieraan bijdragen zijn:

- Community-based benadering: inzet van sleutelfiguren bij de werving.
- Inzet van groepsdynamiek: ontwikkelen van een hechte groepscultuur, door te leren samenwerken, samen nieuwe leden te werven, als groep de kosten te delen, inhoud trainingen af te stemmen op de wensen en behoeften van deelnemers. Een sterke groepscohesie zorgt voor een hogere opkomst, minder uitval, meer weerstand tegen onrust/verstoringen in de groep en meer positieve emoties ten opzichte van beweging. Instructeurs moeten zich bewust zijn van de rol van groepsdynamiek. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de sociale situatie en de gezondheidsproblemen van individuele deelnemers om eventuele belemmeringen om te participeren te identificeren.

¹⁸ Hoogendoorn, M. & Hollander, E.I. de (2016). *Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen*. RIVM: Bilthoven.

- Ouderen zelf verantwoordelijk maken voor de continuïteit van het programma, door betrokkenheid te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld door te vragen wie er nog meer in aanmerking zou kunnen komen voor het beweegprogramma. De deelnemers worden zelf expliciet betrokken bij de organisatie, inhoud en uitvoering van het programma.

De interventie is succesvol gebleken in het bereiken van ouderen in achterstandswijken, zowel in aantal deelnemers als de beperkte uitval. Vier jaar na de start van het programma zijn alle beweeggroepen behouden. De zorgkosten voor de deelnemers aan het GAAS programma zijn daarnaast gedaald, terwijl die van de controlegroep zijn gestegen. Bovendien zijn de projectverantwoordelijkheden succesvol overgedragen aan de ouderen zelf, dankzij hun betrokkenheid en groeps participatie.^{19, 20}

Sportimpuls - Ladies Sport

Sinds 2012 kunnen lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten een aanvraag indienen bij ZonMw voor financiële ondersteuning: de Sportimpuls. De Sportimpulsregeling is specifiek gericht op het stimuleren van mensen die niet of te weinig bewegen of dreigen te stoppen, om fysiek actief te blijven door gebruik te maken van lokaal aanbod. Het Mulier Instituut heeft in opdracht van ZonMw onderzoek gedaan naar de borging van de projecten die in de eerste fase van de Sportimpuls zijn ontstaan.²¹ Uit dit onderzoek blijkt dat de Sportimpuls heeft geleid tot nieuw aanbod. Het is echter nog minder goed gelukt om ook structurele activiteiten op te leveren voor de meer kwetsbare groepen. Deze groepen zijn lastiger te bereiken en aanbod moet specifiek voor de doelgroep worden ontwikkeld.

Ladies Sport is een van de voorbeelden waarbij het wél is gelukt om de doelgroep te bereiken met behulp van subsidie van de Sportimpuls. Bij Ladies Sport kunnen vrouwen in groepsverband komen sporten onder leiding van een professionele instructeur. Het programma is opgezet naar aanleiding van de vraag om aanbod te creëren voor allochtone vrouwen die zich niet bij een verenging wilden aansluiten vanwege hun geloof of cultuur. Het programma is dus ontstaan vanuit de behoefte van de vrouwen zelf. Daarnaast zijn de activiteiten volledig op de behoeften van de doelgroep afgestemd; een vraaggerichte aanpak. Een andere succesfactor is het hebben van korte lijntjes met andere samenwerkende partijen, zoals verenigingen en medische professionals.

Uit het onderzoek naar de borging van Sportimpulsprojecten blijkt dat het van belang is om aandacht te hebben voor de financiële borging. Om activiteiten te continueren moet nagedacht worden over de toekomst. Daarnaast dienen aanbieders in gesprek te gaan met de gemeente voor aansluiting bij lokaal beleid en eventuele aanvullende financiering, in de vorm van geld, uren of het beschikbaar stellen van accommodaties.²²

Gezonde Wijk Overvecht en Hartslag Limburg

In 2011 is door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een onderzoek²³ uitgevoerd naar de bevorderende en belemmerende factoren van twee praktijkvoorbeelden: Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht. Beide interventies hebben tot doel om preventie te bevorderen via een integrale wijkaanpak en blijken effectief in het bereiken van gezondheidswinst. Hartslag Limburg is gericht op regionale preventie van hart- en vaatziekten. De Gezonde Wijk Overvecht is een samenwerkingsverband tussen partijen uit de zorg, welzijn en preventie.

¹⁹ Bielderman, J.H. (2016). *Active Ageing and Quality of Life. Community-dwelling older adults in deprived neighbourhoods*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

²⁰ Preller, L. & Greef, de M. (2017). *Beweegstimulering kwetsbare ouderen achterstandswijken: een nieuwe aanpak*. Opgevraagd 7 december 2017 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/beweegstimulering-kwetsbare-ouderen-achterstandswijken-eeen-nieuwe-aanpak/>

²¹ Ooms, L., Scholten, V., & Lindert, C. van (2017). *Borging Sportimpulsprojecten rondes 2012 en 2013*. Utrecht: Mulier Instituut.

²² Lingsma, T. (2017). Sportimpulsprojecten bekijken. Project moet meer mensen in beweging krijgen. *Mediator*, 26, november 2017.

²³ Baldewising, S.S. (2011). *Bevorderende en belemmerende factoren van twee best practices Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Welke bevorderende factoren zijn verbonden aan de implementatie van deze praktijkvoorbeelden?

- Multidisciplinaire samenwerking tussen domeinen en op verschillende niveaus (bijvoorbeeld samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut, diëtist, gemeente, GGD, zorgverzekeraar, welzijn, onderwijs, sportscholen etc.).
- Gemotiveerde professionals in de wijk die het nut inzien van een multidisciplinaire samenwerking.
- Bottom-up aanpak; doelgroep betrekken bij de ontwikkeling van het programma.
- Tijdsinvestering.
- Gemeenschappelijke belang.
- Duidelijkheid over eigen belang.
- Draagvlak en vertrouwen.
- Regie.
- Kennis- en informatieuitwisseling.
- Aansluitend bij bestaande structuren.
- Overleg en afstemming.
- Begrip en respect, erkenning cultuurverschillen.
- Relatiebeheer.

6.1.3. Aanbevelingen vanuit andere onderzoeken om doorstroom naar regulier aanbod te stimuleren

Onderzoek naar succes- en faalfactoren met betrekking tot de doorstroom bij BeweegKuur

Onderzoekers van Kenniscentrum Sport hebben kwalitatief onderzoek²⁴ gedaan naar de succes- en faalfactoren van de doorstroom van deelnemers vanuit de eerstelijnszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod aan de hand van de interventie BeweegKuur. Bij de BeweegKuur krijgen deelnemers (doelgroep: mensen met obesitas of overgewicht in combinatie met een andere risicofactor) maximaal één jaar begeleiding van een leefstijladviseur, diëtist en eventueel een fysiotherapeut met het doel het eet- en beweeggedrag aan te passen en een gezonde leefstijl zelfstandig vol te houden. Bij deze interventie is de verbinding tussen zorg en sport essentieel.

Succesfactoren bij doorstroom:

- Vervolgaanbod voor deelnemers ligt klaar. Geschikt aanbod is: (fysiek) laagdrempelig (bijvoorbeeld wandelen of fietsen), betaalbaar, groepsvorm, persoonlijke aandacht voor deelnemers, geen competitie.
- Warme overdracht; (intensieve) begeleiding van deelnemers naar sport- en beweegaanbod.
- Afspraken maken met sportaanbieders om aangepast (groeps)aanbod samen te stellen.
- Veel motivatie en enthousiasme van zorgverlener om energie en tijd te steken in de doorstroom.
- Deelnemers maken tijdens begeleiding al kennis met vervolgaanbod.
- Aanwezigheid netwerk en sociale kaart.

Faalfactoren bij doorstroom:

- Onvoldoende motivatie bij deelnemers.
- Geen geschikte openingstijden.
- Onvoldoende kennis onder sportinstructeurs om mensen met een aandoening te begeleiden.
- Kosten voor sport- en beweegaanbod.
- Deelnemers vinden de stap naar nieuw onbekend sport- en beweegaanbod op een andere locatie moeilijk.
- Deelnemers aan de hand nemen door mee te gaan naar sport- en beweegaanbod in de wijk ter kennismaking kost zorgverleners veel energie en tijd.
- Aanbieders kennen niet het volledige aanbod in de wijk of missen gedetailleerde informatie om te kunnen verwijzen.
- Bijhouden van de sociale kaart kost veel tijd.
- Randvoorwaarden als financiering en verantwoordelijkheden zijn niet goed belegd.

Oplossingen:

- Afspraken maken met zorgverzekeraar om beweegprojecten te vergoeden voor bepaalde doelgroepen of korting aan te bieden.

²⁴ Dijk, M. van, & Wigger, S. (2012). Van zorg naar sport en bewegen: interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van BeweegKuur-deelnemers vanuit de eerstelijns gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).

- Een makelaar (bijvoorbeeld buurtsportcoach) inzetten die de verbinding legt tussen de zorg- en beweegsector.
- Een (lokaal) netwerk opzetten waar de sport- en zorgsector (en eventueel gemeente) elkaar kunnen treffen.
- Prikkelen van huisartsen om meer aandacht te besteden aan stimulering van beweging en gezonde leefstijl door zorgverzekeraars.
- Ontwikkeling van een goede sociale kaart voor het sport- en beweegaanbod inclusief vermelding van de kwaliteiten van de beweegaanbieders.
- Kwaliteitsverbetering/ deskundigheidsbevordering van beweegaanbieders.

Een succesvolle lokale implementatie betreft maatwerk, per situatie zal bekeken moeten worden wat voor een strategie goed werkt en welke betrokkenen daarbij kunnen helpen.

*Wat kunnen gemeenten doen om de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod in de wijk te stimuleren?*²⁵

- Aanstellen van een beweegmakelaar of buurtsportcoach.
- Realiseren van laagdrempelig sport- en beweegaanbod.
- Organiseren van netwerkbijeenkomsten voor zorg- en sportprofessionals uit de wijk.
- Beschikbaar stellen van vergaderlocaties voor lokale netwerkbijeenkomsten.
- Opstellen en beheren van een sociale kaart.
- Borgen van het thema in het beleid.
- Zorgdragen voor financiering, eventueel samen met zorgverzekeraar.
- Stimuleren van sport- en beweegaanbieders om aanbod voor een bepaalde doelgroep op te zetten.

Onderzoek naar het bevorderen van langetermijneffecten van beweegprogramma's gericht op doelgroepen met een lagere sociaaleconomische status

ZonMw heeft onderzoek²⁶ gedaan naar strategieën die kunnen bijdragen aan de continuering van beweeggedrag van mensen met een lagere sociaaleconomische status na deelname aan een beweegprogramma. Uit dit onderzoek zijn vijf strategieën naar voren gekomen die kunnen bijdragen aan het volhouden van beweging na afloop van deelname aan beweegprogramma.

1. Aanbieder kan samen met een deelnemer een individueel beweegplan opstellen, met korte- en langetermijndoelstellingen ten aanzien van beweging. Hierbij worden de randvoorwaarden en gewenste ondersteuning ter sprake gebracht. In het persoonlijke beweegplan worden de gezamenlijke afspraken vastgelegd, eventueel aangevuld met een intentieverklaring die een deelnemers tekent om volgens het beweegplan te handelen.
2. Follow-up gesprekken invoeren één keer per maand gedurende maximaal zes maanden tussen begeleider en deelnemer om te kijken naar de voortgang van het beweegplan en de benodigde ondersteuning. De begeleider motiveert de deelnemers tijdens de gesprekken om te blijven bewegen en geeft inzicht in geschikte beweegmogelijkheden in de wijk.
3. Inzet van vrijwilligers (oud-deelnemers die hun beweeggedrag na afloop van het programma succesvol hebben voortgezet) die fungeren als rolmodellen voor deelnemers. De rolmodellen geven aan waarom het hen is gelukt om het beweeggedrag voort te zetten, welke succesfactoren daarbij geholpen hebben, maar ook tegen welke valkuilen deelnemers mogelijk aan kunnen lopen en hoe zij daar mee om kunnen gaan.
4. Doorstroomgroep als onderdeel van het reguliere lokale beweegaanbod. Deelnemers hebben de keuze om door te gaan met bewegen in de doorstroomgroep of aan te sluiten bij ander regulier sport- en beweegaanbod.
5. Zorgdragen voor een warme overdracht, door te kijken naar mogelijkheden om samenwerkingsverbanden met sportaanbieders in de wijk aan te gaan. Deelnemers kunnen tijdens het programma gastlessen volgens bij bestaande sport- en beweegactiviteiten in de wijk. Met de aanbieders worden daarna vervolgspraken gemaakt om de warme overdracht van deelnemers

²⁵ NISB. (z.j.). Netwerkwijzer zorg-sport-bewegen. Doorstroom zorg-sport. Opgevraagd 13 december 2017 via <http://www.beweegekuur.nl/netwerk-zorg-sport/netwerkwijzer-zorg-sport/samenwerkingspartners/gemeente/doorstroom-zorg-sport.html>

²⁶ Corstjens, R.M.J. (2010). Bewegingsstimulering vanuit de 1ste lijn: onderzoek naar voorwaarden en strategieën voor continuering van beweeggedrag: Den Haag: ZonMw.

verder uit te breiden, bijvoorbeeld door korting aan te bieden aan oud-deelnemers van het beweegprogramma of te zorgen voor extra begeleiding.

Bevorderen van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod van ouderen en mensen met een chronische ziekte

In een onderzoek van TNO²⁷ is gekeken welke factoren in West-Friesland een belemmerende of bevorderende werking hebben op de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod van ouderen en mensen met een chronische ziekte.

Bevorderende factoren:

- Kwalitatief goed en gevarieerd aanbod van activiteiten.
- Financiering waarbij een rol voor zorgverzekeraars weggelegd is.
- Aandacht voor sociale contacten en persoonlijke benadering.
- Op het netvlies houden wat lopende initiatieven zijn bij betrokken partijen en daarbij aansluiting vinden.

Belemmerende factoren:

- Hoog prijskaartje, als gevolg van de benodigde en gewenste kwaliteit van de begeleiding.
- Verwijzers hebben geen overzicht van beschikbaar sport- en beweegaanbod.
- Onbekend wie eigenaar is van het probleem om de doorstroom van eerste lijn naar regulier sport- en beweegaanbod te bevorderen.

Tips voor gemeenten om de samenwerking tussen zorg, welzijn en sport te verbeteren²⁸

1. Krijg inzicht in welke wijken en buurt(en) de gezondheidsachterstanden- en verschillen het grootst zijn.
2. Faciliteer en ondersteun de samenwerking met behulp van een of meerdere buurtsportcoaches. De buurtsportcoaches kunnen tevens worden ingezet om mensen te begeleiden naar passend sport- en beweegaanbod of het opzetten van nieuw aanbod.,
3. Betrek de zorgverzekeraar door in gesprek te gaan over elkaars rollen en taken op het gebied van gezondheidsbevordering en samenwerking hierin.
4. Faciliteer en ondersteun netwerkvorming als de verbinding tussen zorg en sport bottom-up in de wijk of buurt ontstaat. Denk hierbij ook vanaf de start na over de borging. Als de samenwerking niet in de wijk of buurt ontstaat, neem als gemeente het initiatief om samenwerking te bevorderen.
5. Hanteer een wijkgerichte aanpak en betrek lokaal relevante partijen, zoals sociale wijkteams, sportverenigingen, welzijn, eerstelijnszorg, wijkverpleegkundigen, sport- en beweegaanbod, thuiszorg. Sluit hierbij aan bij bestaande structuren.
6. Om huisartsen en praktijkondersteuners mee te krijgen in de samenwerking, zoek aansluiting bij huisartsgroepen en gezondheidscentra. Sluit ook aan bij doelgroepen en vraagstukken die aansluiten bij de zorg.
7. Stimuleer de inzet van interventies en programma's waarbinnen reeds samengewerkt wordt.
8. Zorg voor monitoring en evaluatie en maak resultaten zichtbaar.
9. Zorg voor integrale samenwerking met andere beleidsterreinen die vergelijkbare doelstellingen of methoden hebben, bijvoorbeeld WMO, welzijn, gezondheid, en ruimtelijke ordening.
10. Voer een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse uit om te kijken wat financiële maatregelen betekenen voor resultaten op verschillende beleidsterreinen.

²⁷ Otten, W. & Van Hespren, A.T.H. (2013). Ouderen en mensen met een chronische ziekte: doorstroom naar sport- en beweegaanbod. Leiden: TNO.

²⁸ Hiemstra, A. (2017). Gemeente kan samenwerking tussen zorg, welzijn en sport stimuleren. Opgevraagd op 13 december 2017 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/gemeente-kan-samenwerking-tussen-zorg-welzijn-en-sport-stimuleren/>