

# Lekker in je Lijf

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de **HANDLEIDING** bij dit werkblad

Datum: maart 2019

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



# Colofon

## **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: GGD Hollands Midden  
E-mail: [info@ggdhm.nl](mailto:info@ggdhm.nl)  
Telefoon: 088 308 3000

**Website** (van de interventie): <https://www.ggdhm.nl/gemeenten/item/praktijkvoorbeelden-en-interventie-overzichten/praktijkvoorbeeld-en-interventie-overzicht-seqv>

## **Contactpersoon 1**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Leanne Reijnen  
E-mail : [LReijnen@ggdhm.nl](mailto:LReijnen@ggdhm.nl)  
Telefoon : 088 308 43 98

## **Contactpersoon 2 (indien van toepassing)**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Irene Lottman  
E-mail: [ILottman@ggdhm.nl](mailto:ILottman@ggdhm.nl)  
Telefoon: 088 308 44 85

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Leanne Reijnen  
Titel interventie: Lekker in je Lijf  
Databank(en): Sport en Bewegen, Gezond en Actief Leven  
Plaats, instituut: Leiden, GGD Hollands Midden  
Datum: maart 2019

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

**[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)**

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>23</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	25
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>26</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>27</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<b>Bijlage 1 – opzet van de interventie</b> .....	<b>30</b>
<b>Bijlage 2 – voorbeeld invulling programma</b> .....	<b>31</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

Lekker in je Lijf is een beweegprogramma waarin deelnemers onder begeleiding van een fysiotherapeut gedurende achttien weken in een groep bewegen. Aanvullend geeft een diëtist voorlichting over gezonde voeding en wordt aandacht besteed aan gedragsverandering en de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod.

In de eerste negen weken bewegen de deelnemers twee keer per week bij de fysiotherapiepraktijk, bijvoorbeeld in een fitnesszaal. In de tweede helft van het programma doen ze dit nog één keer per week. Tijdens de andere les maken ze kennis met reguliere sport- en beweegactiviteiten. De kennismakingslessen worden afgestemd op de behoeften van de deelnemers. Een buurtsportcoach kan worden ingezet om voor een warme overdracht naar regulier aanbod te zorgen.

Het programma is bedoeld voor mensen met overgewicht en een laag inkomen. De kosten voor het programma worden volledig vergoed vanuit de Gemeentepolis bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

Het beweegprogramma Lekker in je Lijf richt zich op volwassenen vanaf achttien jaar met overgewicht en een laag inkomen.

## **Doel** – max 50 woorden

Deelnemers gaan tijdens en na afloop van Lekker in je Lijf structureel meer bewegen en verbeteren hun gezondheid.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Deelnemers bewegen gedurende achttien weken in een groep onder begeleiding van een fysiotherapeut. Aanvullend krijgen ze voorlichting over gezonde voeding van een diëtist. Tijdens het programma wordt aandacht besteed aan het stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod.

## **Materiaal** – max 50 woorden

De GGD Hollands Midden heeft een toolkit ontwikkeld met informatie en materialen die nodig zijn voor de uitrol van het beweegprogramma Lekker in je Lijf, zoals de richtlijnen en de rolverdeling. Daarnaast kunnen documenten en PR-materialen worden opgevraagd bij het documentatiecentrum van de GGD, zoals folders, posters en conceptbrieven.

## **Onderbouwing** – max 150 woorden

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben een kortere levensverwachting en leven meer jaren in minder goed ervaren gezondheid. Belangrijke determinanten die bijdragen aan de ongelijkheid in gezondheid zijn beperkte gezondheidsvaardigheden en financiële stressklachten. Het hebben van gezondheidsproblemen kan voor hen een drempel vormen voor voldoende lichamelijke activiteit. Het idee heerst dat gezondheidsproblemen verergeren door beweging. Ook hebben ze vaak weinig zelfvertrouwen. Lekker in je Lijf speelt in op de gedragsfactoren. Voor het stimuleren van beweging is gedragsverandering noodzakelijk. Om inzicht te krijgen in determinanten van gedragsverandering wordt het ASE-model gebruikt.

Bij kwetsbare doelgroepen kan gezondheidswinst worden behaald met bewegingsstimulering. De belangrijkste methoden die in het programma worden ingezet zijn: informatieoverdracht, vaardigheidstraining, afweging voor- en nadelen, toepassing van motiverende gespreksvoering, inzet van een professionele begeleider en buurtsportcoach, stimuleren van groepscohesie en de mogelijkheid om op eigen niveau te bewegen.

### Onderzoek – max 100 woorden

Deelnemers zijn positief over het beweegprogramma, onder andere door de professionele en persoonlijke begeleiding, sociale contacten, het positieve gevoel en de vooruitgang die ze ervaren. Hoewel alle deelnemers aangeven graag te blijven bewegen, zien ze ook (financiële) belemmeringen.

De fysiotherapeuten die het programma aanbieden zien ook een belangrijke meerwaarde in. De toolkit voor de implementatie van het programma beschouwen ze als een bruikbaar hulpmiddel. Onderdelen die nog aandacht behoeven zijn de werving van deelnemers en de inzet van gemeente bij het stimuleren van de doorstroom naar regulier beweegaanbod.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

Het beweegprogramma Lekker in je Lijf richt zich op volwassenen vanaf achttien jaar met overgewicht en een laag inkomen.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Nee

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

#### Selectie doelgroep

In eerste instantie worden deelnemers geselecteerd op basis van de belangrijkste inclusiecriteria: overgewicht en een Gemeentepolis bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. De werving van deelnemers richt zich specifiek op deze doelgroep. De gemeenteambtenaren Volksgezondheid en/of Werk en Inkomen zijn verantwoordelijk voor de werving. De werving verloopt via verschillende kanalen. De gemeente kan alle inwoners met een Gemeentepolis een brief toesturen over het beweegprogramma. Daarnaast kunnen eerstelijnszorgverleners en andere professionals mensen doorverwijzen naar het programma. Dit kan door inwoners te vragen welke verzekeringsvorm zij hebben. Zorgprofessionals kunnen daarnaast een aanvraag doen voor Controle op Verzekeringsgegevens bij de zorgverzekeraar. Tijdens het intakegesprek bepaalt de fysiotherapeut uiteindelijk of de deelnemer voldoet aan alle inclusiecriteria en maakt de fysiotherapeut een inschatting over de aanwezigheid van contra-indicaties.

#### Toelichting Gemeentepolis

De Gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen (tot 110-130% van de bijstandsnorm, verschilt per gemeente). De meeste gemeenten bieden deze zorgverzekering aan, die bestaat uit een basisverzekering en één of meerdere aanvullende verzekeringen met korting. De Gemeentepolis is speciaal bedoeld om inwoners in een (financieel) kwetsbare positie toegang te garanderen tot goede en betaalbare zorg. Gemeenten sluiten contracten voor de Gemeentepolis af met zorgverzekeraars. Zorg en Zekerheid is een van de eerste zorgverzekeraars die een beweegprogramma voor mensen met overgewicht opneemt in de Gemeentepolis.

## Inclusiecriteria

- De persoon is achttien jaar of ouder.
- De Body Mass Index (BMI) van de persoon is hoger dan 25.
- De persoon heeft een Gemeentepolis (AV-Gemeente-Standaard of AV-Gemeente-Top) bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. De persoon heeft dus een laag inkomen (tot 110-130% van de bijstandsnorm).
- De persoon is gemotiveerd om deel te nemen aan het programma.
- De persoon beheerst de Nederlandse taal voldoende.
- De persoon is in staat om zelfstandig naar de fysiotherapiepraktijk te reizen.

## Contra-indicaties

- Personen met zware psychische problematiek.
- Personen die niet in een groep kunnen functioneren.
- Verstandelijke of lichamelijke beperking die deelname aan het programma belemmert.

## Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

De doelgroep is betrokken geweest bij de ontwikkeling van een folder voor de werving van deelnemers. Dankzij feedback van de doelgroep, wordt in de communicatie rekening gehouden met laaggeletterden.

Daarnaast zijn deelnemers geïnterviewd in een kwalitatief onderzoek over hun mening over het beweegprogramma en belemmerende en bevorderende factoren om na afloop van het programma te blijven bewegen. De uitkomsten hebben geresulteerd in nieuwe richtlijnen en een advies aan gemeenten over het bevorderen van de doorstroom.

Naast de doelgroep, zijn ook de uitvoerders betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling. Enkele fysiotherapeuten die ervaring hebben met de uitvoering van beweegprogramma's voor deze doelgroep, hebben input geleverd voor het opstellen van de richtlijnen. Daarnaast blijven ze betrokken bij de doorontwikkeling, door het uitwisselen van ervaringen en knelpunten met de GGD, gemeenten en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Mede dankzij deze input zijn nieuwe richtlijnen opgesteld, waarmee wordt gestreefd naar meer structuur en uniformiteit.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Deelnemers gaan tijdens en na afloop van Lekker in je Lijf structureel meer bewegen en verbeteren hun gezondheid.

### Subdoelen – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

#### 1. Beweging

- 1.1 Deelnemers hebben na afloop van het programma meer kennis over de voordelen van bewegen en weten dat beweging een gunstig effect heeft op hun emotionele en lichamelijke gezondheid.
- 1.2 Driekwart van de deelnemers heeft tijdens en na afloop van het programma positieve ervaringen met beweging.
- 1.3 De helft van de deelnemers voldoet na afloop van het programma aan de beweegerichtlijnen, gemeten aan de hand van de SQUASH-vragenlijst.
- 1.4 Deelnemers zijn bekend met minstens vijf reguliere sport- en beweegactiviteiten in de buurt.
- 1.5 Driekwart van de deelnemers ziet het belang van structurele beweging in.
- 1.6 Driekwart van de deelnemers heeft een positieve ervaring met deelname aan reguliere sport- en beweegactiviteiten in de buurt.
- 1.7 De helft van de deelnemers is gemotiveerd om na afloop van het programma (georganiseerd en/of ongeorganiseerd) te blijven bewegen.
- 1.8 De deelnemers voelen zich als groep met elkaar verbonden en ervaren sociale steun.

## 2. Gezondheid

- 2.1. Driekwart van de deelnemers ervaart een betere lichamelijke gezondheid na afloop van het programma, gemeten met de Rand-36 vragenlijst.
- 2.2. Van de deelnemers die zich voorafgaand aan het programma beperkt voelen in de uitvoering van dagelijkse bezigheden, voelt de helft zich na afloop van het programma minder beperkt, gemeten met de Rand-36 vragenlijst.
- 2.3. Deelnemers hebben na afloop van het programma meer kennis over gezonde voeding.
- 2.4. De helft van de deelnemers heeft na afloop van het programma een positieve houding ten aanzien van gezonde voeding.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

In de opzet worden de volgende stappen onderscheiden:

0. Voorbereiding en werving: de fysiotherapeut en diëtist geven invulling aan het programma, bereiden de uitvoering voor en zorgen samen met de gemeenten voor de werving van deelnemers (zie Implementatie p. 14). De fysiotherapeut heeft de leiding en is eindverantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van Lekker in je Lijf. De fysiotherapeut onderhoudt het contact met de andere partijen en betreft waar nodig de diëtist in de voorbereiding en uitvoering. De diëtist is verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van de voorlichtingsbijeenkomsten en individuele gesprekken over voeding.
1. Voordat het beweegprogramma aanvangt, voert de fysiotherapeut een individueel intakegesprek met alle deelnemers.
2. In de eerste twee weken staat kennismaking met de groep en met faciliteiten en oefeningen centraal.
3. De eerste negen weken wordt twee keer per week één uur bewogen in een groep onder begeleiding van een fysiotherapeut. Het programma bestaat uit zowel fitness- als zaalactiviteiten. In de eerste negen weken vindt één groepsbijeenkomst van anderhalf uur met de diëtist plaats.
4. Van week tien t/m week achttien bewegen deelnemers één keer per week bij de fysiotherapeut. De andere les wordt ingevuld met het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt', waarbij deelnemers kennismaken met andere beweeg- of sportactiviteiten in de buurt op basis van hun behoeften. Tijdens deze tweede helft van het programma vindt één groepsbijeenkomst van anderhalf uur en individuele gesprekken van een half uur met de diëtist plaats.
5. Na afloop van het programma voert de fysiotherapeut een outtakegesprek met alle deelnemers individueel.

Zie Bijlage 1 – opzet van de interventie (p. 30).

### Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.*

*Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

## Vorbereiding

### Werving

De doelgroep kan op verschillende wijzen en door verschillende partijen worden geworven. Een fysiotherapiepraktijk bepaalt samen met de gemeente welke wervingstechnieken zij willen inzetten. Het is gebruikelijk om als gemeente een brief naar alle inwoners met een Gemeentepolis te versturen, waarin het beweegprogramma Lekker in je Lijf onder de aandacht wordt gebracht en de belangrijkste inclusiecriteria worden vermeld. Ook is het van belang dat eerstelijnszorgverleners op de hoogte zijn van het programma,



zodat zij gericht kunnen doorverwijzen. Daarnaast worden folders en posters verspreid binnen voedselbanken, Sociaal Wijkteams, lokale loketten en de fysiotherapiepraktijk. Het beweegprogramma kan bovendien via nieuwsberichten en artikelen onder de aandacht worden gebracht in lokale kranten, websites van de fysiotherapiepraktijk en gemeente en via social media. De fysiotherapeut bepaalt vervolgens tijdens het intakegesprek of deelnemers voldoen aan de inclusiecriteria en of ze kunnen starten met het programma.

### *Format*

In de toolkit van Lekker in je Lijf is een format opgenomen voor de opzet van het programma. In dit format staat een aantal onderdelen vast, zoals het minimum aantal beweegmomenten, voorlichtingen door de diëtist en het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt'. Voorafgaand aan het programma bepalen de fysiotherapeut en diëtist op welke manier zij invulling willen geven aan de onderdelen binnen het programma en vullen het format in. Hiervoor kunnen zij gebruik maken van het voorbeeld van een ingevuld format dat tevens in de toolkit is opgenomen (zie Bijlage 2, p. 32). Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid beoordeelt dit format en dient akkoord te geven voordat een fysiotherapiepraktijk mag starten. De fysiotherapiepraktijk en diëtist voeren het beweegprogramma volgens het format uit. Over eventuele afwijkingen van het programma wordt zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid ingelicht.

### *Monitoring en evaluatie*

De fysiotherapiepraktijk maakt samen met de gemeente afspraken over monitoring en evaluatie. De fysiotherapeut houdt de gemeente in ieder geval op de hoogte over het aantal deelnemers dat per groep instroomt, voortijdig afhaakt, het programma volledig doorloopt en doorstroomt naar regulier sport- en beweegaanbod. Aanvullend worden tijdens de in- en outtake metingen uitgevoerd om de voortgang te monitoren. Onderstaande gevalideerde standaarden worden geadviseerd om te gebruiken:

- Lichamelijke activiteit: SQUASH-vragenlijst
- Algemene gezondheidstoestand: RAND-36-vragenlijst
- Lengte en gewicht: BMI
- Lichaamssamenstelling: tailleomvang
- Conditie: 6 minuten fietstest
- Kracht: handknijpkrachtmeter
- Lenigheid: sit and reach test

### **Inhoud programma**

Het programma bevat de onderdelen bewegen, voeding en gedragsverandering. Het programma wordt uitgevoerd in een groep van minimaal vijf en maximaal twaalf deelnemers. In Bijlage 2 (p.31) is een voorbeeld uitgewerkt van de invulling van het beweegprogramma.

### *Intakegesprek*

Voorafgaand aan de start van het beweegprogramma, voeren deelnemers een intakegesprek met de fysiotherapeut. Tijdens dit gesprek bepaalt de fysiotherapeut of de deelnemer voldoende gemotiveerd is om deel te nemen aan het programma en of eventueel sprake is van contra-indicaties. Het intakegesprek dient tevens als voormeting. Voor de metingen worden gevalideerde standaarden gebruikt, zie *Monitoring en evaluatie* (p. 9).

### *Beweging*

Tijdens het programma gaan deelnemers gedurende achttien weken in totaal 27 uur op hun eigen niveau in een groep bewegen. De richtlijn is om in te zetten op een combinatie van fitness- en zaalactiviteiten en ook aandacht te besteden aan groepsvorming. Hiervoor zijn concrete suggesties opgenomen in het format. De invulling van het beweegonderdeel wordt vooraf bepaald door de fysiotherapiepraktijk en dit wordt vastgelegd in het format. De intensiteit wordt gedurende het programma verhoogd, afhankelijk van de belastbaarheid van de deelnemer. Voor het opbouwen van de intensiteit, kan de 'Borg Ratings of Perceived Exertion scale' gebruikt worden (Achtien, 2011).

In de eerste negen weken wordt twee keer per week in de groep bewogen onder begeleiding van de fysiotherapeut. De eerste twee weken staat kennismaking met de groep en met faciliteiten en oefeningen centraal. De fysiotherapeut geeft de deelnemers met name gedurende de eerste helft van het programma informatie over de gezondheidsvoordelen van bewegen en legt uit wat het belang en de voordelen zijn van verschillende soorten trainingen. Deze kennisoverdracht vindt zowel tijdens oefeningen als tussen oefeningen door plaats.

In de tweede helft van het programma bewegen deelnemers één keer per week in de groep met de fysiotherapeut en wordt de andere les ingevuld door het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt'. Fysiotherapiepraktijken zijn vrij om meer bewegsmomenten aan te bieden dan de genoemde 27, mits dit duidelijk gecommuniceerd wordt naar de gemeenten, het budget per persoon niet wordt overschreden en de groepsvorming intact blijft.

Tijdens het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt' maken deelnemers in groepsverband kennis met het reguliere sport- en beweegaanbod om hen te enthousiasmeren om te blijven bewegen na afloop van het programma. Dit kan zowel in georganiseerd als ongeorganiseerd verband zijn. Deelnemers ontvangen binnen dit onderdeel begeleiding op maat door de buurtsportcoach of andere verantwoordelijke binnen de gemeente, bijvoorbeeld een welzijnscoach. Deelnemers kunnen kennismaken met andere sportvormen in de fysiotherapiepraktijk of op locatie bij een vereniging of andere aanbieder.

Het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt' wordt per fysiotherapiepraktijk en per gemeente op maat ingevuld en dient gefinancierd te worden binnen het budget per deelnemer. Gemeenten worden geadviseerd om, indien beschikbaar, een buurtsportcoach toe te wijzen voor het zorgdragen van een warme overdracht naar regulier beweegaanbod. De buurtsportcoach (of andere verantwoordelijke vanuit de gemeente) investeert in de beginfase van het programma in het opbouwen van een vertrouwensband. Tijdens de eerste helft van het programma inventariseert de buurtsportcoach welke wensen en behoeften de deelnemers hebben op het gebied van bewegen en stemt hierop het kennismakingsprogramma af. Hiervoor legt de buurtsportcoach contact met sport- en beweegaanbieders in de buurt. In het kennismakingsprogramma wordt tevens rekening gehouden met de beperkte financiële mogelijkheden van deelnemers door activiteiten in het kennismakingsprogramma op te nemen die laagdrempelig van aard zijn.

De buurtsportcoach gaat met de deelnemers mee naar de activiteiten uit het kennismakingsprogramma, om de drempel om te gaan te verlagen voor de deelnemers. Waar mogelijk en relevant maakt de buurtsportcoach (prijs)afspraken met sport- en beweegaanbieders in de buurt om aantrekkelijk aanbod te creëren voor de deelnemers. Na afloop van het programma onderhoudt de buurtsportcoach het contact met de deelnemers om ze te blijven stimuleren om te bewegen en terugval te voorkomen. Dit contact wordt langzaam afgebouwd.

Aanvullend geeft de gemeente inzicht in gemeentelijke regelingen, zoals minimabeleid, bijstandsregelingen of een sportpas en zorgt ervoor dat deelnemers hier optimaal gebruik van kunnen maken. Daarnaast denkt de gemeente mee over vernieuwing, bijvoorbeeld gratis aanbod of korting op sportkleding door middel van afspraken met de lokale sportwinkel.

#### *Voeding*

De diëtist geeft voorlichting over de basisprincipes van gezonde voeding. De diëtist kan deelnemers vragen een eetdagboek bij te houden. Zowel in de eerste helft als tweede helft van het programma wordt een groepsbijeenkomst georganiseerd van anderhalf uur. Tijdens de tweede helft van het programma voeren deelnemers ook een individueel gesprek van een half uur met de diëtist. De invulling van de bijeenkomsten en individuele gesprekken wordt bepaald door de diëtist. Dit wordt tevens vooraf vastgelegd in het format.

#### *Outtakegesprek*

Na afloop van het beweegprogramma voeren deelnemers een afsluitend gesprek met de fysiotherapeut. De invulling van dit gesprek wordt bepaald door de fysiotherapeut. De outtake dient tevens als nameting, waarbij de metingen die tijdens de intake zijn uitgevoerd, herhaald worden.

#### *Gedragsverandering*

Om gedragsverandering te realiseren, passen de fysiotherapeuten en diëtisten motiverende gespreksvoering toe. Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat de motivatie om te veranderen vanuit de deelnemers zelf moet komen en niet van buitenaf kan worden opgelegd. Motiverende gespreksvoering helpt de deelnemer inzicht te krijgen in wat hem drijft om zijn leefstijl aan te passen en welke stappen nodig zijn om te komen tot gedragsverandering.

Gedurende het programma besteedt de fysiotherapeut specifiek aandacht aan het vergroten van de motivatie en eigen kracht van deelnemers om na afloop van het programma te blijven sporten en/of bewegen. Tijdens de groepslessen geeft de fysiotherapeut persoonlijke aandacht aan alle deelnemers, door rond te lopen en individuele gesprekken aan te gaan tijdens de oefeningen en pauzes. In de eerste weken van het programma wordt met name aandacht besteed aan nadere kennismaking en het opbouwen van een vertrouwensband, zodat de fysiotherapeut zo goed mogelijk kan inleven in de situaties van de verschillende deelnemers. Daarna ligt de focus op het inventariseren van de persoonlijke behoeften van deelnemers qua

beweegactiviteiten na afloop van het programma. De fysiotherapeut vraagt de deelnemers wat ze nodig hebben om na afloop van het programma te blijven bewegen. De fysiotherapeut verkent hierbij in hoeverre de deelnemers al voldoende gemotiveerd zijn en/of welke belemmeringen de deelnemers zien. Tijdens de groepslessen en individuele gesprekken benoemt de fysiotherapeut de voordelen van bewegen en zwakt de nadelen van bewegen af. De fysiotherapeut streeft ernaar alle deelnemers te laten geloven dat ze zelf het vermogen hebben om hun gedrag te veranderen. De fysiotherapeut kan bijvoorbeeld helpen bij het opstellen van doelen. In het kennismakingsprogramma wordt geprobeerd rekening te houden met de individuele behoeften en eventuele belemmeringen van de deelnemers.

De diëtist past motiverende gespreksvoering tijdens het individuele gesprek toe.

Van de fysiotherapeuten en diëtisten wordt verwacht dat zij kunnen omgaan met cultuurverschillen en personen met lichte psychische problematiek, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een taalbarrière.

## **Communicatie**

De fysiotherapiepraktijk geeft eventuele signalen of knelpunten met betrekking tot de uitvoering door aan de gemeente of zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Deze signalen of knelpunten worden met elkaar besproken. De gemeente informeert collega's van Volksgezondheid, Sport, Participatie en Werk & Inkomen over de voortgang van het programma. Daarnaast vraagt de gemeente ieder jaar het aantal declaraties op bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. De zorgverzekeraar controleert de binnengekomen declaraties en beantwoordt eventuele vragen van fysiotherapeuten over de voorwaarden van vergoedingen.

## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

De GGD Hollands Midden heeft een toolkit ontwikkeld met informatie en materialen die nodig zijn voor de uitrol van het beweegprogramma Lekker in je Lijf. De toolkit kan worden geraadpleegd op de [website](#) van de GGD Hollands Midden en bestaat uit:

- **Richtlijnen:** beschrijving van de essentiële onderdelen en format.
- **Stappenplan voor de uitrol:** per fase staat beschreven welke partij (fysiotherapiepraktijk, gemeente en/of zorgverzekeraar) waarvoor verantwoordelijk is.
- **Document met veelgestelde vragen:** antwoorden op veelgestelde vragen van fysiotherapeuten.

Daarnaast kunnen documenten en PR-materialen kosteloos worden opgevraagd bij het documentatiecentrum van de GGD Hollands Midden.

*Algemeen*

- **Aan- en afmeldformulieren:** kunnen door fysiotherapiepraktijken gebruikt worden om gemeenten te informeren over de voortgang.
- **Vragenlijst voor evaluatie:** evaluatievragenlijsten voor voor- en nametingen.

*Per fysiotherapiepraktijk/gemeente*

- **Folders:** beschrijving van de inhoud van het programma en contactgegevens fysiotherapiepraktijk(en) om deelnemers te werven.
- **Poster:** korte beschrijving van de inhoud van het programma en een link naar website fysiotherapiepraktijk(en) om deelnemers te werven.
- **Certificaten:** om aan deelnemers te geven die het programma volledig hebben doorlopen.
- **Conceptbrieven:** om professionals en inwoners met een Gemeentepolis te informeren over het beweegprogramma.
- **Persberichten:** conceptberichten voor in nieuwsbrieven, social media, lokale kranten en op websites.

Voor nieuwe fysiotherapiepraktijken zijn conceptversies van de PR-materialen beschikbaar.

**Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

Het beweegprogramma wordt uitgevoerd door fysiotherapeuten die werkzaam zijn in een driesterren-fysiotherapiepraktijk. De voorlichting over gezonde voeding wordt gegeven door een diëtist.

De uitvoering vindt plaats in de fysiotherapiepraktijk, waarin zowel een lege zaal als een zaal met fitnessstoestellen beschikbaar is. De fysiotherapiepraktijk is gevestigd in een gemeente die een Gemeentepolis van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid aanbiedt en ligt bij voorkeur in een wijk met lage inkomensbuurten.

De uitvoering van het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt' kan ook op een andere locatie plaatsvinden, zoals bij een sportvereniging of in een buurthuis. Voor het stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod, kan een buurtsportcoach of welzijnscoach verantwoordelijk worden gesteld vanuit de gemeente.

Naast de uitvoerende partijen (fysiotherapeut en diëtist) spelen de gemeenten en zorgverzekeraar een belangrijke rol binnen het programma. De rol van de gemeente is onder andere het selecteren van een geschikte aanbieder, het werven van deelnemers en het maken van gezamenlijke afspraken met de fysiotherapeut over de monitoring en evaluatie en over het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt'. De zorgverzekeraar beslist of een aanbieder mag starten met het programma en zorgt voor de declaraties. De volledige rolverdeling staat in het 'Stappenplan voor de uitrol'.

## Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

Fysiotherapeuten en diëtisten voeren samen Lekker in je Lijf uit. Fysiotherapeuten nemen hierin de leiding en zijn eindverantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van Lekker in je Lijf. Zij zijn eerste aanspreekpunt voor deelnemers en onderhouden het contact met de andere partijen (Zorg en Zekerheid, gemeente, GGD, buurtsportcoach en eventueel andere belanghebbenden). De rol van de fysiotherapeut staat nader uitgewerkt in het 'Stappenplan uitrol beweegprogramma Lekker in je Lijf'. De fysiotherapeuten betrekken waar nodig de diëtist tijdens de voorbereiding en uitvoering van het programma. De diëtisten zijn in principe alleen verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van de voorlichtingsbijeenkomsten en individuele gesprekken over voeding.

Opleiding en competenties fysiotherapeuten:

- HBO-opleiding fysiotherapie
- Voldoende kennis en vaardigheden voor toepassing van motiverende gespreksvoering
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met taalbarrières
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met cultuurverschillen
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met lichte psychische problematiek

Opleiding en competenties diëtist:

- HBO-opleiding Voeding en Diëtik
- Voldoende kennis en vaardigheden voor toepassing van motiverende gespreksvoering
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met taalbarrières
- Voldoende kennis en vaardigheden voor omgang met cultuurverschillen

Voor de uitvoerders zijn geen aanvullende trainingen of cursussen beschikbaar. Van aanbieders wordt verwacht dat zij de gewenste competenties voldoende beheersen.

Naast de uitvoerende partijen (fysiotherapeut en diëtist) spelen de gemeenten en zorgverzekeraar een belangrijke rol binnen het programma (zie toelichting bij Locatie en type organisatie, p.12)

## Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Als een fysiotherapiepraktijk het programma voor het eerst gaat aanbieden, vult zij eerst samen met de diëtist een format in met de opzet van het programma. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid beoordeelt dit format op kwaliteit en dient akkoord te geven voordat een fysiotherapiepraktijk mag starten. De fysiotherapiepraktijk voert vervolgens het programma volgens het aangeleverde format uit. Als de praktijk hiervan wil afwijken, dient zij de zorgverzekeraar hierover in te lichten. Eventuele knelpunten worden met de gemeente en/of zorgverzekeraar besproken. Het bewaken van de kwaliteit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut, diëtist, gemeente en zorgverzekeraar.

Tot begin 2018 was de GGD Hollands Midden verantwoordelijk voor de projectleiding en monitoring. In overleg met gemeenten heeft de GGD de taken voor de uitvoering en monitoring overgedragen aan de gemeenten, zodat de GGD zich kan richten op nieuwe innovatieve projecten. Daarvoor is de toolkit van Lekker in je Lijf aangepast en zijn de nieuwe taken met de gemeenten, fysiotherapiepraktijken en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid doorgenomen. De GGD behoudt echter een coördinerende rol en houdt vinger aan de pols bij gemeenten en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.

De GGD zal jaarlijks de uitvoering met de uitvoerende fysiotherapiepraktijken en gemeenten blijven evalueren. In de praktijk blijkt dat de overheveling van taken van GGD naar gemeenten het beste werkt in gemeenten waar de infrastructuur voor een warme overdracht goed is ingericht, zoals de beschikbaarheid van een buurtsportcoach of andere verantwoordelijke voor de warme overdracht naar regulier beweegaanbod. In gemeenten waar deze infrastructuur nog niet of onvoldoende is ingericht, adviseert de GGD gemeenten hoe zij dit kunnen oppakken.

In het voorjaar van 2019 vindt de eerste evaluatie sinds de overheveling van taken plaats. Als tijdens deze evaluatie blijkt dat bij de meerderheid van de gemeenten de doorstroom naar regulier beweegaanbod niet van de grond komt, zal de GGD nieuwe maatregelen overwegen om lokale implementatie van Lekker in je Lijf te borgen. Te denken valt aan nieuwe prijsafspraken (deel van de vergoeding per deelnemer gaat naar gemeente in plaats van volledig naar fysiotherapiepraktijk), uitvoering van Lekker in je Lijf op een laagdrempelige locatie en dus niet in de fysiotherapiepraktijk of andere maatregelen.

Wat betreft de monitoring en evaluatie is afgesproken dat fysiotherapiepraktijken dit direct met hun gemeente afstemmen. Fysiotherapeuten worden geadviseerd om de volgende gevalideerde standaarden te gebruiken: SQUASH-vragenlijst, RAND-36 vragenlijst, BMI, tailleomvang, 6 minuten fietstest, handknijpkrachtmeter en sit and reach test (zie ook Inhoud van de interventie, p. 9). Dit onderdeel wordt tevens meegenomen in de evaluatie van de GGD in het voorjaar van 2019.

#### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Aan een succesvolle uitvoering van het beweegprogramma zijn enkele randvoorwaarden verbonden. Op de eerste plaats dienen de fysiotherapeuten en gemeenten voldoende tijd beschikbaar te hebben voor de opzet van het beweegprogramma. Het format dient uitgedacht en ingevuld te worden door de fysiotherapeuten en diëtisten aan de hand van de door GGD Hollands Midden en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid opgestelde richtlijnen. Gezamenlijk met gemeenten dienen daarnaast afspraken gemaakt te worden over de werving, communicatiematerialen, monitoring en evaluatie en de invulling van het onderdeel 'Kennismaking in de buurt'. De inzet van gemeenten in het faciliteren en stimuleren van de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod is tevens een belangrijke randvoorwaarde. Hiervoor dient een verantwoordelijke vanuit de gemeente te worden aangesteld. Daarmee samenhangend is het van belang dat in de nabije omgeving van de fysiotherapiepraktijk voldoende laagdrempelig aanbod beschikbaar is, waarnaar de doelgroep kan doorstromen na afloop van het beweegprogramma. Ten slotte dienen alle partijen gemotiveerd te zijn om zich in te zetten in de samenwerking met elkaar en in een succesvolle uitvoering van het beweegprogramma.

#### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

Voor de implementatie van de interventie is het 'Stappenplan voor de uitrol' beschikbaar. Hierin worden vijf fasen onderscheiden:

##### **Fase 1: Selectie aanbieder**

De gemeente selecteert een fysiotherapiepraktijk en diëtist als aanbieders op basis van eventuele eerdere samenwerkingen en die bij voorkeur gevestigd zijn in een wijk met lage inkomensbuurten.

##### **Fase 2: Opzet (beweeg)programma**

De geselecteerde fysiotherapiepraktijk vult samen met de diëtist het format in aan de hand van de richtlijnen voor het programma. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid bepaalt of de fysiotherapiepraktijk mag starten.

##### **Fase 3: 'Kennismaking Bewegen in de Buurt'**

De gemeente initieert voor de start van het programma een overleg met de fysiotherapiepraktijk over het maken van afspraken over de invulling van 'Kennismaking Bewegen in de Buurt'. De gemeente stelt hiervoor een verantwoordelijke aan, geeft inzicht in gemeentelijke regelingen en zorgt met inzet van een buurtsportcoach (of andere verantwoordelijke) voor invulling van de kennismakingslessen op basis van de behoeften van deelnemers. De buurtsportcoach gaat met de deelnemers mee naar de activiteiten uit het kennismakingsprogramma en zorgt voor een warme overdracht. Na afloop van het programma onderhoudt de buurtsportcoach contact met de deelnemers om ze te stimuleren om te blijven bewegen en terugval te voorkomen. Dit contact wordt langzaam afgebouwd. De aansturing van de buurtsportcoaches is belegd bij gemeenten.

##### **Fase 4: Communicatiematerialen en werving**

De gemeente zorgt voor de ontwikkeling van communicatiematerialen op maat op basis van reeds ontwikkelde conceptversies. De fysiotherapiepraktijk en gemeente zijn beide verantwoordelijk voor de werving en bekendmaking. Ze verspreiden de communicatiematerialen bij belangrijke vindplaatsen van de doelgroep en attenderen relevante partijen op het beweegprogramma, zoals eerstelijnszorgaanbieders en medewerkers van de sociale wijkteams.

## Fase 5: Uitvoering beweegprogramma

Zie 1.3 Aanpak (p. 8-11).

**Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie?* Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

### Uitvoering programma

Het beweegprogramma kost €500 per deelnemer. De fysiotherapiepraktijk kan dit bedrag per deelnemer voorafgaand aan de start van het programma declareren bij zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Van dit bedrag dienen alle onderdelen gefinancierd te worden. Dit houdt in: de personele kosten van de fysiotherapeut en diëtist, de locatie, de invulling van het onderdeel 'Kennismaking in de Buurt' en de uren voor organisatorische werkzaamheden zoals overleggen en administratie. Voorafgaand aan het programma maakt de fysiotherapeut prijsafspraken met de diëtist. De kosten voor de inzet van de buurtsportcoach zijn voor rekening van de gemeente en hoeven niet uit het budget van €500,- per deelnemer betaald te worden. Gemeenten en fysiotherapiepraktijken staan vrij om hierover op lokaal niveau andere afspraken te maken.

Het beweegprogramma wordt per deelnemer één keer per twee jaar vergoed vanuit de Gemeentepolis van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid voor maximaal €500. Een fysiotherapiepraktijk mag het aantal beweegmomenten verhogen, zolang het budget van €500 per deelnemer niet wordt overschreden.

### Gemeenten

- Personele kosten van projectleider (meestal gemeenteambtenaar Volksgezondheid, Sport of Werk en Inkomen): bij de start van het programma circa anderhalf tot twee uur per week gedurende de eerste 4 weken.
- Personele kosten van buurtsportcoach: circa één uur per week gedurende het eerste deel en circa drie uur per week gedurende het tweede deel van het programma.

### GGD

- Personele kosten: medewerker gezondheidsbevordering circa 15 minuten per week (afhankelijk van het aantal vragen/ verzoeken en aantal gemeenten dat programma aanbiedt) gedurende het hele jaar.
- Totale materiële kosten voor alle fysiotherapiepraktijken: communicatie- en Pr-materialen circa €1000,- per jaar.

De kosten voor gemeenten (inclusief de inzet van de buurtsportcoach) en GGD zijn voor eigen rekening en dus niet declarabel.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

Het probleem dat centraal staat is de gezondheidsachterstand van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) ten opzichte van mensen met een hoge SES. De algemene indicatoren van SES zijn inkomen en opleidingsniveau. De interventie richt zich op mensen met een laag inkomen en overgewicht, met als uiteindelijk doel hun gezondheidsachterstand te verkleinen.

#### Aard

Mensen met een lage SES leven gemiddeld zeven jaar korter en negentien jaar minder in goed ervaren gezondheid, ten opzichte van mensen met een hoge SES (RIVM, 2018). Ze hebben vaker één of meer chronische aandoeningen en vaker langdurige beperkingen (Knoops en Van den Brakel, 2010). Door de problemen op verschillende gebieden, is het lastig om een gezonde leefstijl na te streven (ZonMw, 2016). Zo vormen gezondheidsproblemen mogelijk een drempel voor lichamelijke activiteit, waardoor ze te weinig bewegen (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Ook overgewicht vormt een van de risicofactoren die bijdraagt aan grotere gezondheidsverschillen (RIVM, 2017).

#### Ernst

Overgewicht komt vaker voor in huishoudens met lagere inkomens en onder laagopgeleiden. Zo heeft 66% van de laagopgeleiden overgewicht en 22,9% obesitas, terwijl de percentages onder hoogopgeleiden veel lager liggen: respectievelijk 41% en 8,6% (CBS, 2013) (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Ook het beweeggedrag is gerelateerd aan het opleidingsniveau: het percentage hoogopgeleiden dat voldoende beweegt is ruim anderhalf keer zo hoog als het percentage laagopgeleiden; 55% ten opzichte van 35% (CBS i.s.m. RIVM, 2017).

#### Spreiding

In wijken met veel inwoners met een lage SES komen vaker gezondheidsachterstanden voor (Savelkoul, Schuit en Storm, 2010). Met name (laagopgeleide) migranten en ouderen hebben veel gezondheidsachterstanden. Zo is de ziektelast bij niet-westerse allochtonen 22% hoger dan bij autochtonen (Pharos, 2017) (Pharos, 2018).

De kans op overgewicht is groter in buurten met weinig faciliteiten, openbaar vervoer en betaalbare, gezonde voeding. Overgewicht komt tevens vaker voor in buurten met meer inkomensongelijkheid. Vaak is er in deze buurten een minder sterke sociale samenhang (Mackenbach, 2016).

#### Gevolgen

Mensen met een lage SES hebben vaker één of meerdere chronische aandoeningen en beperkingen en een lagere (gezonde) levensverwachting (zie 'Aard', p. 16). In regio's met veel lage SES ontstaat een steeds grotere druk op de zorgvraag. Als niet wordt ingezet op het terugdringen van gezondheidsverschillen, zullen de gezondheidsachterstanden verder toenemen (Gezond In..., 2016).

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2018 wordt verwacht dat de kloof tussen laag- en hoogopgeleiden nog groter wordt. Het percentage laagopgeleiden dat zich gezond voelt neemt af, terwijl dit percentage bij hoogopgeleiden redelijk stabiel blijft. Naar verwachting neemt het percentage mensen met ernstig overgewicht meer toe onder mensen met een lage SES (RIVM, 2018).

#### Oorzaken – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Een lage SES kan de oorzaak zijn van een slechte gezondheid, bijvoorbeeld door een ongezonder leefstijl of ongunstige woonomstandigheden. Maar een lage SES kan ook het gevolg zijn van een slechte gezondheid, bijvoorbeeld doordat iemand niet kan werken. Naar schatting is het aandeel van leefstijl in de oorzaak van gezondheidsverschillen 50%. Andere factoren die gezondheidsverschillen veroorzaken, liggen buiten het domein van leefstijl en volksgezondheid, bijvoorbeeld schulden (RIVM, 2016).

#### Financiën



Voor mensen met een lage SES is de financiële positie een belemmering voor deelname aan sport- en beweegactiviteiten. Ze hebben onvoldoende geld beschikbaar voor lidmaatschappen, kleding, vervoer en bijkomende kosten zoals een drankje na de training (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Bovendien kunnen zorgen over financiën voor stressklachten zorgen. Stressvolle omstandigheden kunnen een ernstige belemmering vormen voor het maken van weloverwogen keuzes. Door de constante verleiding tot ongezond gedrag in onze maatschappij, is de kans groot dat mensen in stressvolle situaties kiezen voor ongezonde keuzes. Mensen met financiële stress hebben een grotere kans op overmatig alcoholgebruik, ongezonde voedingskeuzes, een inactieve leefstijl, roken en obesitas (Van Lenthe, 2018).

### **Sociaal-culturele omgeving**

De sociaal-culturele omgeving draagt in sterke mate bij aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, doordat de omstandigheden waarin mensen wonen, werken en leven samenhangen met (on)gezond gedrag. Een gezonde leefstijl wordt door hogere sociaaleconomische groepen bijvoorbeeld vaak gebruikt om zich te onderscheiden van anderen (Van Lenthe, 2018). Mensen met een lage SES hebben vaak meer gezondheidsproblemen, maar beweging inzetten om de gezondheid te bevorderen is meestal geen drijfveer. Het idee heerst dat gezondheidsproblemen verergeren door beweging. Bovendien hebben ze vaak een gebrek aan een sociaal netwerk of aan beweegervaring vanuit de opvoeding en ervaren ze zelf weinig zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit met betrekking tot het uitvoeren van beweegactiviteiten (Hoogendoorn en De Hollander, 2016).

### **Gezondheidsvaardigheden**

Mensen met een lage SES hebben daarnaast minder gezondheidsvaardigheden, waardoor kennis over een gezonde leefstijl en de gezondheidsvoordelen van bewegen vaak onvoldoende is (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Beperkte gezondheidsvaardigheden vormen een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO, 2007). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite met het verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid en bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen (Loket Gezond Leven, 2018). Hierdoor zien zij het nut van bewegen niet in en geven ze voorrang aan andere prioriteiten, zoals andere problemen uit het dagelijks leven. Door een hoge mate van laaggeletterdheid, hebben mensen met een lage SES vaak beperkte toegang tot informatie en zijn ze vaak niet bekend met het beschikbare aanbod (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Bovendien kan voor mensen met een lage SES de overstap van een beweegprogramma naar regulier aanbod vaak lastig en spannend zijn. Deelnemers hebben vaak begeleiding hierbij nodig, want alleen doorverwijzen blijkt meestal onvoldoende (Kenniscentrum Sport, 2016).

### **Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

*Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?*

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Voor het stimuleren van beweging is gedragsverandering noodzakelijk. Om inzicht te krijgen in determinanten van gedragsverandering wordt het ASE-model gebruikt. Volgens dit model zijn gedragsdeterminanten van invloed op gezondheidsgedrag: kennis, attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit (De Vries, Dijkstra en Kuhlman, 1988). Het is aangetoond dat deze theorie het beweeggedrag kan voorspellen en verklaren (Hagger, Chatzisarantis, Biddle, 2002). De theorie is toepasbaar voor verschillende bevolkings- en leeftijdsgroepen (Nigg, Lippke, Maddock, 2009), waaronder voor ouderen, adolescenten met lage SES en vrouwen met een laag inkomen (Motalebi et al., 2014) (Duncan et al., 2012) (Guinn et al., 2007).

De hierboven genoemde oorzaken komen terug in onderstaande determinanten.

### **Kennis**

Mensen met een lage SES hebben beperkte gezondheidsvaardigheden en onvoldoende kennis over de gezondheidsvoordelen van beweging. Daarom is het van belang dat deelnemers kennis opdoen over de gunstige effecten van een gezonde leefstijl en over beweegmogelijkheden in de wijk. De fysiotherapeut geeft de deelnemers informatie over de voordelen van bewegen op de lichamelijke en emotionele gezondheid.

### **Attitude**

Het inzetten van beweging ter bevordering van de gezondheid vormt vaak geen drijfveer voor mensen met een lage SES, mede doordat de nadelen van structurele beweging zwaarder wegen dan de voordelen. Tijdens het beweegprogramma wordt ingezet op het ontwikkelen van een positieve attitude ten aanzien van structurele beweging en gezonde voeding.

## Sociale invloed

Mensen met een lage SES hebben vaak een gebrek aan een sociaal netwerk. Tijdens het programma wordt daarom gestreefd naar een sterke groepscohesie, wat de motivatie van deelnemers kan versterken.

## Eigen-effectiviteit

De sociaal-culturele omgeving is een belangrijke factor die bijdraagt aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Zo hebben mensen met een lage SES vaak weinig beweegervaring vanuit de opvoeding en hebben ze weinig zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit. Om voorgenomen gedrag daadwerkelijk uit te voeren, is het van belang dat deelnemers positieve ervaringen hebben met beweging in het algemeen en met deelname aan reguliere sport- en beweegactiviteiten. Om structurele beweging te bevorderen, is daarnaast begeleiding naar vervolgaanbod gewenst. Bij de doorstroom naar regulier aanbod, wordt bovendien rekening gehouden met de financiële beperkingen van de doelgroep. Zo geeft de gemeente inzicht in gemeentelijke regelingen en denkt de gemeente mee over vernieuwing, bijvoorbeeld door met de lokale sportwinkel af te stemmen over mogelijke kortingen of gratis aanbod. In het kennismakingsprogramma wordt hier tevens rekening mee gehouden door activiteiten in het kennismakingsprogramma op te nemen die laagdrempelig van aard zijn en aan de (individuele) behoeften van de deelnemers voldoen.

Gedragsverandering leidt uiteindelijk tot verbeteringen in lichamelijke en emotionele gezondheid.

Zie (p. 19-21) en Verbetering lichamelijke en emotionele gezondheid (p. 22) voor de onderbouwing en koppeling met subdoelen.

## Verantwoording – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## Basis: BeweegKuur

De opbouw van het Lekker in je Lijf is gebaseerd op het meest intensieve pakket van de interventie BeweegKuur: het 'begeleid beweegprogramma'. De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op gedragsverandering, waarbij deelnemers begeleid worden door een leefstijladviseur. Bij het 'begeleid beweegprogramma' gaat een deelnemer twee à drie keer per week bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut.

De BeweegKuur heeft de erkenningsstatus 'Eerste aanwijzingen voor effectiviteit' voor de twee meest intensieve beweegpakketten (Loket Gezond Leven, 2018). De beste resultaten op de lange termijn worden bereikt naarmate deelnemers meer begeleiding van de fysiotherapeut krijgen (Lassche, Preller en Rutten, 2015). Deelname aan het 'begeleid beweegprogramma' heeft positieve effecten op de fysieke activiteit, zittijd, voedingsgedrag, BMI, buikomvang en bloed(druk)waarden tot gevolg (Savelberg, 2014).

De belangrijkste verschillen tussen de BeweegKuur en Lekker in je Lijf zijn in onderstaand schema weergegeven.

	BeweegKuur	Lekker in je Lijf
<b>Duur</b>	Maximaal één jaar	18 weken
<b>Uitstroom naar regulier beweegaanbod</b>	Na 12 weken	Na 18 weken
<b>Verantwoordelijke gedragsverandering</b>	Leefstijladviseur	Fysiotherapeut, diëtist, buurtsportcoach
<b>Aanbod</b>	Drie pakketten	Eén pakket, afgestemd op niveau deelnemer

Tabel 1 Belangrijkste verschillen BeweegKuur en Lekker in je Lijf

## Toegepaste methodieken

- Actief leren en vaardigheidstraining onder begeleiding (met feedback) (Bandura, 1986)
- Informatieoverdracht (Schaalma en Kok, 2009)
- Nadelen afzwakken, voordelen versterken (Witte, 1995)
- Positieve emoties ervaren (Monahan, 1995)
- Mobiliseren van sociale steun (Prochaska e.a., 2008)
- Motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick, 1991)

Determinant	Subdoel	Methodiek	Praktische aanpak en onderbouwing
Kennis	1.1 Deelnemers hebben na afloop van het programma meer kennis over de voordelen van bewegen en weten dat beweging een gunstig effect heeft op hun emotionele en lichamelijke gezondheid.	Actief leren en informatieoverdracht	<u>Tijdens het beweegprogramma geeft de fysiotherapeut informatie aan de deelnemers over de voordelen van bewegen op de emotionele en lichamelijke gezondheid. Dit gebeurt met name gedurende de eerste helft van het programma, tijdens oefeningen en tussen de oefeningen door. De informatieoverdracht gebeurt vooral groepsgewijs, maar de fysiotherapeut geeft ook individueel uitleg aan de deelnemers.</u>  <u>De diëtist zet met name in op informatieoverdracht om meer kennis over gezonde voeding bij te brengen. De diëtist geeft zowel individuele als groepsvoorlichting over voeding en houdt rekening met culturele verschillen. Deze elementen dragen bij aan succesvolle voorlichting (Muchiri, Gericke en Rheeder, 2009).</u>
	2.3 Deelnemers hebben na afloop van het programma meer basiskennis over gezonde voeding.	Informatieoverdracht	
	1.4 Deelnemers zijn bekend met minstens vijf reguliere sport- en beweegactiviteiten in de buurt.	Actief leren en informatieoverdracht	<u>Mensen met een lage SES hebben vaak beperkte toegang tot informatie en zijn niet bekend met het beschikbare aanbod (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Daarom is in het tweede deel van het programma een kennismakingsprogramma inbegrepen, waarin deelnemers kennismaken met laagdrempelig beweegaanbod in de buurt. Daarnaast geeft de fysiotherapeut aan welke mogelijkheden er nog meer zijn om in de buurt te bewegen. Dit kan zowel mondeling als door middel van het overhandigen van een overzicht met diverse beweegaanbieders in de buurt inclusief contactgegevens.</u>
Attitude	1.5 Driekwart van de deelnemers ziet het belang van structurele beweging in.	Positieve emoties laten ervaren, voor- en nadelen afwegen, motiverende gespreksvoering	<u>Het beweegprogramma helpt deelnemers om zelf positieve ervaringen op te doen met bewegen en zo de positieve voordelen van bewegen voor de gezondheid te ervaren. Meer bewustwording over de voordelen van structurele beweging is gerelateerd aan een hogere mate van fysieke activiteit (Williamson, 2016). De fysiotherapeut helpt bij het afzwakken van de nadelen en versterken van de voordelen en past motiverende gespreksvoering toe om gedragsverandering te stimuleren. Ook de diëtist zet in op het afzwakken van de veronderstellingen van de doelgroep over gezonde voeding en het versterken van de voordelen. Daarnaast past de diëtist tijdens de individuele en groepsbijeenkomsten motiverende gespreksvoering toe om deelnemers te motiveren een gezonder eetpatroon aan te nemen. Een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding is gerelateerd aan een gezonder eetpatroon (Beydoun en Wang, 2008).</u>
	2.4 De helft van de deelnemers heeft na afloop van het programma een positieve houding ten aanzien van gezonde voeding.	Voor- en nadelen afwegen, motiverende gespreksvoering	
Sociale invloed	1.8 De deelnemers voelen zich als groep met elkaar verbonden en ervaren sociale steun.	Mobiliseren van sociale steun	<u>Het opdoen van sociale contacten kan een drijfveer vormen om te bewegen voor mensen met een lage SES (Hoogendoorn en De Hollander, 2016). Groepsactiviteiten verhogen de sociale verbondenheid en bevorderen de intrinsieke motivatie (Bovendeur, 2008). Tijdens de eerste twee weken investeert de fysiotherapeut in kennismaking en groepsvorming, bijvoorbeeld door kennismakingsoefeningen. De groep blijft gedurende het programma bijeen. Buiten de les wordt de sociale omgang gestimuleerd door bijvoorbeeld na de les samen met de groep wat te drinken. Tijdens het programma wordt gestreefd naar een sterke groepscohesie, wat de motivatie van deelnemers kan versterken. Een sterke groepscohesie zorgt voor een hogere opkomst, minder uitval en meer positieve emoties ten aanzien van beweging (Preller en De Greef, 2017).</u>

Eigen-effectiviteit	1.2 Driekwart van de deelnemers heeft tijdens en na afloop van het programma positieve ervaringen met beweging.	Vaardigheidstraining met feedback, motiverende gespreksvoering	<p><u>Mede door een gebrek aan beweegervaring vanuit de opvoeding, ervaren veel mensen met een lage SES weinig zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit met betrekking tot de uitvoering van beweegactiviteiten (Hoogendoorn en De Hollander, 2016).</u></p> <p><u>Door op hun eigen niveau te bewegen onder begeleiding van een vaste fysiotherapeut, ervaren deelnemers zelf wat beweging met hun gezondheid doet. Dit is een van de werkzame elementen die bijdraagt aan de effectiviteit en uitvoerbaarheid van een leefstijlinterventie (Preller en Schaars, 2016). Deelnemers hechten waarde aan een vaste begeleider die kennis heeft over het lichaam (Herens, 2016) (Leemrijse, Veenhof en De Bakker, 2013). <u>De fysiotherapeut geeft feedback en past motiverende gespreksvoering toe.</u></u></p> <p>Het programma is laagdrempelig van opzet, doordat het programma gefinancierd wordt, deelnemers in een vaste groep bewegen en de fysiotherapeut rekening houdt met de fysieke mogelijkheden van individuele deelnemers. <u>Voor bewegingsstimulering is het belangrijk dat activiteiten worden georganiseerd op een laagdrempelige en veilige manier (Vandermeersch, Van Regenmortel en Scheerder, 2017) (Herens, 2016). Daarnaast geeft de gemeenteambtenaar (Volksgezondheid, Sport en/of Werk en Inkomen) inzicht in gemeentelijke regelingen (bijvoorbeeld sportpas of bijstandsregeling) en denkt de gemeenteambtenaar mee over vernieuwing, door bijvoorbeeld afspraken te maken met lokale sportwinkels over speciale tarieven voor sportkleding. In het kennismakingsprogramma wordt bovendien rekening gehouden met de kwetsbaarheid van de doelgroep, door activiteiten in het kennismakingsprogramma op te nemen die tevens laagdrempelig zijn en aan de behoeften van de deelnemers voldoen.</u></p>
	1.6 Driekwart van de deelnemers heeft een positieve ervaring met deelname aan reguliere sport- en beweegactiviteiten in de buurt.	Vaardigheidstraining, motiverende gespreksvoering	<p><u>Mensen met een lage SES hebben vaak begeleiding nodig bij de overstap van een beweegprogramma naar regulier aanbod (Kenniscentrum Sport, 2016).</u></p> <p>Voor het stimuleren van de doorstroom naar regulier beweegaanbod wordt bij voorkeur een buurtsportcoach ingezet, maar de gemeente kan er ook voor kiezen een andere verantwoordelijke hiervoor aan te wijzen. <u>Om een positieve ervaring met regulier aanbod te stimuleren, inventariseert de buurtsportcoach of andere verantwoordelijke tijdens het programma de behoeften van deelnemers op beweeggebied en zorgt voor een passende kennismaking met vervolgaanbod tijdens het programma. Waar mogelijk gaat de buurtsportcoach met de deelnemers mee. Om gedragsverandering te stimuleren, past de buurtsportcoach motiverende gespreksvoering toe. Daarnaast maakt de buurtsportcoach waar mogelijk afspraken met sportaanbieders over aangepast aanbod. Na afloop van het programma onderhoudt de buurtsportcoach contact met de deelnemers. Deze onderdelen uit de aanpak zijn belangrijke succesfactoren voor een warme overdracht (Van Dijk en Wigger, 2012) (Corstjens, 2010). De buurtsportcoach wordt gezien als belangrijke spil in een multidisciplinair netwerk om mensen met een lage SES te stimuleren tot meer beweging, vanwege het overzicht van laagdrempelig beweegaanbod in de wijk en de mogelijkheid om</u></p>

			deelnemers op basis van hun behoeften en mogelijkheden in verbinding brengen met het aanbod (Hoogendoorn en De Hollander, 2016).
	1.7 De helft van de deelnemers is gemotiveerd om na afloop van het programma structureel (georganiseerd en/of ongeorganiseerd) te blijven bewegen.	Vaardigheidstraining, motiverende gespreksvoering	<p><u>Door de beperkte eigen-effectiviteit van de doelgroep, is het van belang dat wordt ingezet op een warme overdracht naar vervolgaanbod en waar mogelijk begeleiding bij gedragsverandering (Kenniscentrum Sport, 2016).</u></p> <p><u>Zoals hierboven toegelicht, helpt een warme overdracht om de overstap te maken van een bewegprogramma naar regulier beweegaanbod.</u></p> <p>De fysiotherapeut en buurtsportcoach passen motiverende gespreksvoering toe om deelnemers te motiveren om na afloop te blijven bewegen. Motiverende gespreksvoering heeft als doel om de intrinsieke motivatie om te veranderen te versterken en helpt deelnemers inzicht te krijgen in welke stappen nodig zijn om te komen tot gedragsverandering (Baron, De Jonge en Schippers, 2015). Motiverende gespreksvoering kan sportief bewegen bij achterstandsgroepen bevorderen (Hardcastle, Blake en Hagger, 2012).</p>

Tabel 2 Methodiek en onderbouwing per determinant

## **Verbetering lichamelijke en emotionele gezondheid**

In bovenstaand schema zijn enkele subdoelen nog niet aan bod gekomen. Deze subdoelen worden in deze paragraaf apart genoemd, omdat deze geen betrekking hebben op de aanpak in het programma. Deze subdoelen betreffen namelijk het resultaat van de gehele aanpak. Onderbouwing van deze subdoelen is gebaseerd op evaluatieonderzoek naar de effecten van deelname aan het programma op de lichamelijke gezondheid (Reijnen, 2018).

Per subdoel betreft het de volgende resultaten:

- Subdoel 1.3. De helft van de deelnemers voldoet na afloop van het programma aan de beweegrichtlijnen, gemeten aan de hand van de SQUASH-vragenlijst.  
Resultaten evaluatieonderzoek: 83% van de deelnemers geeft zes maanden na afloop van het programma aan meer en/of vaker te bewegen ten opzichte van voor de start van het programma.
- Subdoel 2.1. Driekwart van de deelnemers ervaart een betere lichamelijke gezondheid na afloop van het programma, gemeten met de Rand-36 vragenlijst  
Resultaten evaluatieonderzoek: 85% van de deelnemers ervaart zes maanden na afloop van het programma een betere lichamelijke gezondheid.
- Subdoel 2.2. Van de deelnemers die zich voorafgaand aan het programma beperkt voelen in de uitvoering van dagelijkse bezigheden, voelt de helft zich na afloop van het programma minder beperkt, gemeten met de Rand-36 vragenlijst  
Resultaten evaluatieonderzoek: drie op de tien deelnemers geven na afloop van het programma aan minder moeite te ervaren met dagelijkse bezigheden als het doen van zware huishoudelijke klussen en het tillen van zware voorwerpen. Een kwart van alle deelnemers ervaart minder moeite met het lopen van enkele trappen.

In de praktijk levert deelname aan het beweegprogramma, naast een betere lichamelijke gezondheid, ook een beter ervaren emotionele gezondheid van deelnemers op.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

**Titel:** Evaluatierapport 'Lekker in je Lijf; eindevaluatie van de effecten en ervaringen

**Auteur:** L. Reijnen

**Organisatie:** GGD Hollands Midden

**Jaar van uitgave:** 2018

**Type onderzoek:** proces- en effectevaluatie

**Onderzoeksmethode:**

- 1 Kwalitatief: interviews met vijf fysiotherapeuten
- 2 Kwantitatief:
  - 2.1 Procesevaluatie: vragenlijst onder alle aanbieders van het beweegprogramma
  - 2.2 Effectevaluatie: vragenlijsten onder deelnemers op drie meetmomenten

**Link naar publicatie:** <https://www.ggdhm.nl/component/edocman/evaluatierapport-lekker-in-je-lijf-jaar-van-publicatie-2018/download>

### Samenvatting

Tot begin 2018 hebben meer dan 600 mensen deelgenomen aan het beweegprogramma, verspreid over elf fysiotherapiepraktijken en negen gemeenten.

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.

De fysiotherapeuten zijn positief over het beweegprogramma en zien een belangrijke meerwaarde in ten opzichte van bestaand aanbod. Met het programma wordt een kwetsbare doelgroep bereikt. Mensen met een laag inkomen krijgen de kans om onder professionele begeleiding aan een beweeggroep deel te nemen, waardoor ze ervaren wat beweging met hun lichaam en geest kan doen. Volgens sommige fysiotherapeuten zou meer psychische begeleiding voor een aantal deelnemers tijdens het programma wenselijk zijn, vanwege het beperkte zelfinzicht en de moeite om oude gedragspatronen te doorbreken. Bovendien ervaren sommige fysiotherapeuten een beperkte motivatie en lage opkomst als belemmering. In andere praktijken werkt een goede groepsdynamiek stimulerend voor de motivatie en opkomst.

De uitvoering van het programma verloopt niet overal volledig volgens plan. Met name de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod heeft nog aandacht. In veel gemeenten stromen nog weinig deelnemers door naar regulier aanbod, mede door een beperkte inzet van de gemeente hierin. In sommige gemeenten is de aanpak wel effectief, bijvoorbeeld waar een buurtsport- of welzijnscoach wordt ingezet voor een warme overdracht naar vervolgaanbod. De inzet van de gemeente bij de werving is ook van groot belang. Het versturen van een brief naar potentiële deelnemers blijkt een succesvolle manier om deelnemers te werven.

Voor de implementatie en uitvoering van het beweegprogramma is een toolkit ontwikkeld. De fysiotherapeuten beschouwen deze toolkit als een bruikbaar hulpmiddel. De meerderheid ervaart daarnaast

een prettige samenwerking met de andere betrokken partijen (GGD, gemeente, zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid).

Het evaluatierapport met daarin concrete adviezen voor gemeenten over onder andere de werving en doorstroom is zowel mondeling als schriftelijk met betrokken gemeenten gedeeld. Gemeenten zijn nadrukkelijk verzocht hun rol te pakken in het stimuleren van de doorstroom naar regulier beweegaanbod. Indien hulp bij de aanpak gewenst is, kunnen zij de GGD en/of Bureau BS&F<sup>1</sup> verzoeken hierover mee te denken. Bovendien is de toolkit met daarin de richtlijnen en het stappenplan voor de uitrol aangescherpt. De richtlijnen staan uitgebreider beschreven en de onderdelen doelstellingen, inclusiecriteria en contra-indicaties doelgroep, toelichting op de opzet, overzicht van communicatiematerialen en competenties aanbieders zijn toegevoegd. Daarnaast is het stappenplan voor de uitrol aangepast op de nieuwe situatie waarin taken van de GGD zijn overgedragen aan gemeente en zorgverzekeraar. Ten slotte is in de toolkit een ingevuld format toegevoegd, die fysiotherapiepraktijken, diëtisten en gemeenten als voorbeeld kunnen gebruiken voor hun eigen aanpak.

**Titel:** Ook na afloop 'Lekker in je Lijf'; een kwalitatief onderzoek onder deelnemers van het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf'

**Auteurs:** D. van Tubergen, A. Naus en L. Reijnen

**Organisatie:** GGD Hollands Midden

**Jaar van uitgave:** 2017

**Type onderzoek:** tevredenheidsonderzoek en behoefteanalyse

**Onderzoeksmethode:** kwalitatief onderzoek: interviews met zestien deelnemers

**Link naar publicatie:**

[https://www.ggdhm.nl/images/documents/Onderzoek\\_beweegprogramma\\_Lekker\\_in\\_je\\_Lijf.pdf](https://www.ggdhm.nl/images/documents/Onderzoek_beweegprogramma_Lekker_in_je_Lijf.pdf)

## Samenvatting

Alle geïnterviewde deelnemers zijn positief over het beweegprogramma, met name door de persoonlijke en professionele begeleiding die ze ontvangen, het sociale contact en het positieve gevoel dat ze ervaren. Sommige deelnemers benoemen ook wat negatieve aspecten, zoals het gebrek aan oefeningen om thuis uit te voeren. Alle deelnemers vinden bewegen erg belangrijk. Voor sommige deelnemers heeft het programma bijgedragen aan de bewustwording van de voordelen van beweging.

Alle deelnemers zouden graag na afloop van het programma blijven bewegen. Bij de fysiotherapiepraktijk blijven sporten heeft vaak de voorkeur, maar ook activiteiten als wandelen en zwemmen worden benoemd. De deelnemers zien echter ook belemmeringen om te blijven bewegen, veelal financieel van aard. Maar ook een gebrek aan persoonlijke begeleiding bij vervolgaanbod of aan een sociaal netwerk worden als belemmeringen gezien. Mogelijke oplossingen voor deze belemmeringen worden ook benoemd, bijvoorbeeld inzicht krijgen in mogelijk aanbod en aanbod vrijblijvend uitproberen.

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek zijn enkele aanpassingen aan de interventie doorgevoerd. De belangrijkste aanpassing is de wijziging in de richtlijnen, waarin de essentiële onderdelen van het programma en het format staan beschreven (zie bijlage bij aanvraag). Om te stimuleren dat deelnemers na afloop van het programma blijven bewegen, is het onderdeel 'Kennismaking Bewegen in de Buurt' toegevoegd waarbij deelnemers tijdens kennismakingslessen het beweegaanbod in de buurt vrijblijvend kunnen uitproberen.

---

<sup>1</sup> Bureau BS&F ondersteunt (lokale) overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en belangenorganisaties bij het versterken van sociaal beleid en realiseren van toegang tot zorg en ondersteunen van kwetsbare mensen. BS&F zet zich in om de collectieve zorgverzekering te verbreden tot een gezondheidsverzekering waarin effectieve interventies gericht op het verbeteren van de gezonde leefstijl van de deelnemers in samenspel tussen gemeente en zorgverzekeraar worden gefinancierd en georganiseerd.



## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

### **Inhoudelijk**

- Persoonlijke begeleiding door fysiotherapeut. De fysiotherapeut is competent qua kennis over het bewegingsapparaat en beperkte belastbaarheid.
- Bevorderen van kennis over de effecten van beweging, beweegmogelijkheden in de buurt en gezonde voeding door informatieoverdracht en actief te leren.
- Bevorderen van de attitude ten aanzien van een gezonde leefstijl door de nadelen van gewenst gedrag af te zwakken, voordelen te versterken en deelnemers zelf positieve emoties te laten ervaren.
- Bevorderen van de eigen-effectiviteit door deelnemers actief te laten leren onder begeleiding van een fysiotherapeut die feedback geeft wanneer nodig.
- Aandacht voor gedragsverandering door toepassing van motiverende gespreksvoering.
- Aandacht voor doorstroom naar laagdrempelig vervolgaanbod, door middel van een warme overdracht.
- Zowel bijdrage aan een beter ervaren lichamelijke gezondheid als zelfvertrouwen.
- Bevorderen van de sociale interactie door in een groep te bewegen. Gedurende het programma besteedt de fysiotherapeut aandacht aan het stimuleren van de groepsdynamiek.
- Mogelijkheid om op eigen niveau te bewegen.

### **Praktisch**

- Ontwikkeling van een toolkit door de GGD, waardoor het programma eenvoudig implementeerbaar is. Daarnaast zijn conceptversies van communicatiematerialen beschikbaar.
- Volledige vergoeding vanuit de Gemeentepolis.
- Actieve inzet van de gemeente in de werving van deelnemers en het stimuleren van de doorstroom naar regulier aanbod werkt bevorderlijk.
- Interventielocatie is laagdrempelig en veilig.

## 6. Aangehaalde literatuur

*Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).*

- Achttien, R.J. et al. (2011). KNGF-richtlijn Hartrevalidatie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Erlbaum
- Baron, E., Jonge, J. de, Schippers, G.M. (2015). Motiverende gespreksvoering. Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie, 2015(2).
- Beydoun M.A., Wang Y. How do socio-economic status, perceived economic barriers and nutritional benefits affect quality of dietary intake among US adults? European Journal of Clinical Nutrition, 2008; 62(3): 303–313.
- Bovendeur, I. (2008). Preventie gericht op lichaamsgewicht samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- CBS. (2013). Vaker overgewicht jongeren in huishoudens met een lager inkomen. Geraadpleegd op 8 augustus 2018 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/32/vaker-overgewicht-jongeren-in-huishoudens-met-een-lager-inkomen>
- CBS i.s.m. RIVM. (2017). Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-naar-opleiding>
- CBS i.s.m. RIVM. (2017). Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/sport/kernindicatoren/beweeg-en-zitgedrag#node-beweegerichtlijnen>
- Corstjens, R.M.J. (2010). Bewegingsstimulering vanuit de 1<sup>ste</sup> 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).
- Duncan, M.J., Ravis, A., Jordan, C. (2012). Brief report: Understanding intention to be physically active and physical activity behavior in adolescents from a low socioeconomic status background: An application of the Theory of Planned Behaviour. Journal of Adolescence, 35(3), 761-764.
- Gezond In... (2016). Gezondheidsachterstanden: doorbreek de tendens. Utrecht: Pharos. Den Haag: Platform31.
- Guinn, B., Vincent, V., Jorgensen, L., Dugas, D., Semper, T. (2007). Predicting physical activity among low-income Mexican American women: application of the theory of planned behavior. American Journal of Health Behavior, 31(2), 115-22.
- Hagger, M., Chatzisarantis, N., Biddle, S. (2002). A Meta-Analytic Review of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. Journal of Sport and Exercise Psychology, 24, 3-32.
- Hardcastle, S., Blake, N., Hagger, M. S. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. J Behav Med, 35(3), 318-333.
- Herens, M. (2016). Promoting physical activity in socially vulnerable groups: a mixed method evaluation in

multiple community-based physical activity programs. Wageningen: Wageningen Universiteit

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

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

Kenniscentrum Sport (2016). Opzetten van een lokale samenwerking tussen zorg, sport en bewegen: inzet van buurtsportcoach als schakel en makelaar.

Knoops, K. en Brakel, M. van den (2010). Rijke mensen leven lang en gezond. Inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting. TSG, 88(1), 17-24.

Landers, D. M., Arent, S.M. (2007). Physical activity and mental health. Handbook of sportpsychology. G. Tenenbaum, Eklund, R.C. New Jersey, John Wiley & Son: 496-491.

Lassche, K., Preller, L., Rutten, G.M. (2015). De BeweegKuur: ervaringen en aanbevelingen voor de toekomst. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).

Leemrijse, C.J., Veenhof, C., Bakker, D.H. de (2013). Kennisvraag Zorg en sport, bewegen in de buurt. Utrecht: NIVEL.

Lenthe, F.J. van (2018). Understanding socioeconomic inequalities in health behaviors. Den Haag: ZonMw.

Loket Gezond Leven. (2018). BeweegKuur. Geraadpleegd op 30 mei 2018 via <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402397>

Loket Gezond Leven. (2018). Gezondheidsvaardigheden. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstuk/gezondheidsvaardigheden>

Mackenbach, J.D. (2016). Exploring obesogenic environments: The role of environmental factors for obesity related behaviours and obesity. Vrije Universiteit: Amsterdam

Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

Monahan, J.L. (1995). Thinking positively: Using positive affect when designing health messages. In E. Maibach en R.L. Parrott (Eds.), Designing health messages (pp. 81-99). Thousand Oaks: Sage.

Motalebi, S.A., Amirzadeh, J., Abdollahi, A., Kong Lim, W. (2014). Applying of theory of planned behavior to promote physical activity and exercise behavior among older adults. Physical Education and Sport, 4(4), 562-568.

Muchiri, J.W., Gericke, G, Rheeder, P. (2009). Elements of effective nutrition education for adults with diabetes mellitus in resource-poor settings: A review. *Health SA Gesondheid*, Vol 14, No 1, a413.

Nigg, C.R., Lippke, S., Maddock, J.E. (2009). Factorial invariance of the theory of planned behavior applied to physical activity across gender, age, and ethnic groups. Psychology of Sport and Exercise, 10(2), 219-225

Pharos. (2017). Inwoners in de hoofdrol. Geraadpleegd op 8 augustus 2018 via <http://www.pharos.nl/documents/doc/4255%20pharos%20per%20brochurev5%20bewoners%20in%20de%20hoofdrol.pdf>

Pharos. (2018). Gezondheidsverschillen. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <http://www.pharos.nl/nl/over-pharos/gezondheidsverschillen>

Preller, L., Greef, M. de (2017). Beweegstimulering kwetsbare ouderen achterstandswijken: een nieuwe aanpak. Opgevraagd 30 mei 2018 via <https://www.allesoversport.nl/artikel/beweegstimulering-kwetsbare-ouderen-achterstandswijken-een-nieuwe-aanpak/>

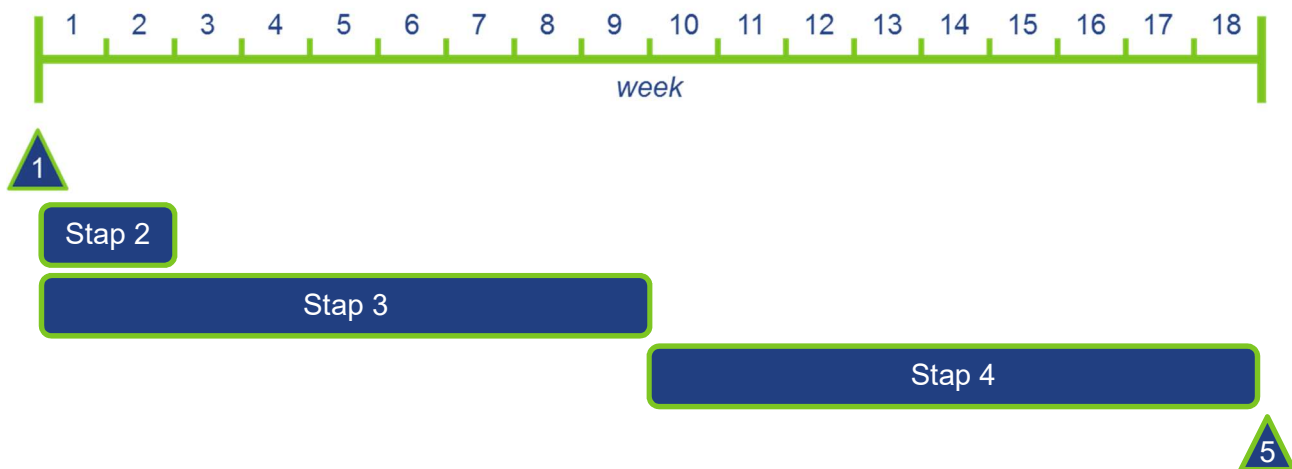
Preller, L., Schaars, D. (2016). Generieke werkzame elementen van Gecombineerde leefstijlinterventies en

duurzame uitvoerbaarheid. Ede: Kenniscentrum Sport.

- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E. (2008). The transtheoretical Model and stages of change. In K. Glanz, B.K. Rimer en K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass.
- Proper, K.I., Bergstra, B., Bakker, I., Mechelen, W. van (2006). De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen. *TBV*, 14, 117-124.
- Reijnen, L. (2018). Evaluatierapport 'Lekker in je Lijf'; eindevaluatie van de effecten en ervaringen. Leiden: GGD Hollands Midden.
- RIVM. (2016). Gezondheidsverschillen verkleinen: wat werkt, wat niet? Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2016). Sociaaleconomische status. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/regionaal-internationaal/regionaal#definities>
- RIVM. (2017). Aan de slag met SEGV rond belangrijke leefstijlthema's. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstuk/segv-en-leefstijl/aan-de-slag>
- RIVM. (2018). VTV 2018 Gezondheidsverschillen. Hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst? Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- Savelberg, H.H. (2014). Effectiveness and cost effectiveness of package 3 of the 'Beweegkuur'. Den Haag: ZonMw.
- Savelkoul, M., Schuit, A.J., Storm, I. (2010). Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen. RIVM: Bilthoven
- Schaalma, H., Kok, G. (2009). Decoding health education interventions: the times are a-changin'. *Psychology and Health*, 24, 5-9.
- Tubergen, D. van, Naus, A., Reijnen, L. Ook na afloop 'Lekker in je Lijf'; een kwalitatief onderzoek onder deelnemers van het beweegprogramma 'Lekker in je Lijf'. Leiden: GGD Hollands Midden.
- Vandermeersch, H., Regenmortel, T. van, 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.
- Vries, H de., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, nr.3, pp. 273-282.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*, 2007. Genève: World Health Organisation.
- Williamson, J. (2016). Awareness of physical activity health benefits can influence participation and dose. *Sports Med Rehabil J*, 1(1): 1003.
- Witte, K. (1995). Fishing for success: Using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages. In E. Maibach en R.L. Parrott (Eds.), *Designing health messages* (pp. 145-166). Thousands Oaks: Sage.
- ZonMw. (2016). ZonMw richt zich op de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-richt-zich-op-de-aanpak-van-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/>

## Bijlage 1 – opzet van de interventie

Stap	Week	Onderdeel	Duur
Stap 0	Voor week 0	Voorbereiding en werving	Als een aanbieder het programma voor het eerst gaat uitvoeren, dan is hiervoor enkele maanden voorbereidingstijd noodzakelijk. Activiteiten rondom de werving van deelnemers vinden gedurende één à twee maanden voor de start van het programma plaats.
Stap 1	Week 0	Intake	Duur van intake is één à twee uur, afhankelijk van aantal aanvullende metingen (bijv. afname (gevalideerde) fitheidstesten en vragenlijsten) naast de verplichte indicatoren die gemonitord dienen te worden.
Stap 2	Week 1-2	Kennismaking	2x 1 uur per week bewegen
Stap 3	Week 3-9	Beweging en voeding	2x 1 uur per week bewegen 1x 1,5 uur groepsbijeenkomst diëtist
Stap 4	Week 10-18	Beweging, voeding en 'Kennismaking Beweging in de Buurt'	1x 1 uur per week bewegen 1x 1 uur per week Kennismaking Bewegen in de Buurt (tenminste 4x kennismakingsles per groep) 1x 1,5 uur groepsbijeenkomst diëtist 1x 0,5 uur individuele gesprekken diëtist
Stap 5	Week 19	Outtake	Duur van outtake is één à twee uur, afhankelijk van aantal aanvullende metingen (bijv. afname (gevalideerde) fitheidstesten en vragenlijsten) naast de verplichte indicatoren die gemonitord dienen te worden.



## Bijlage 2 – voorbeeld invulling programma

Planning	Onderdeel	Inhoud
<b>Stap 0</b>		
< week 0	Vorbereiding en werving	<p>Wervingsactiviteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brief vanuit gemeente naar alle inwoners met een Gemeentepolis</li> <li>• Folders Voedselbank, Sociaal Wijkteam, loketten gemeente</li> <li>• Huisartsen informeren</li> <li>• Posters verspreiden</li> <li>• Nieuwsbericht lokale krant</li> <li>• Artikelen websites fysiotherapiepraktijk, gemeente</li> <li>• Social media</li> </ul>
<b>Stap 1</b>		
Week 0	Intake	<p>Kennismakingsgesprek tussen fysiotherapeut en deelnemer. De fysiotherapeut checkt of de deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet en bespreekt eventuele medicatie, doelen en valkuilen.</p> <p>Verplichte registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie aantal deelnemers dat per groep instroomt</li> </ul> <p>Aanvullende metingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vragenlijsten: Rand-36 (verkorte versie), SQUASH</li> <li>• Fitheidstesten: lengte, gewicht, tailleomvang, handknijpkracht, 6 minuten fietstest, lenigheid (sit and reach test)</li> </ul>
<b>Stap 2</b>		
Week 1-2	Kennismaking	<p>Eerste beweglessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iedereen welkom heten, kennismaken met deelnemers en buurtsportcoach.</li> <li>• Huisregels doornemen zoals regels over kleding en schoeisel, gedrag, reinigen apparatuur.</li> <li>• Uitleg over programma en opbouw activiteiten.</li> </ul>
	Beweging	<p>Uitleg over belang beweging:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg over beweegerichtlijnen en benoemen van de voordelen van regelmatig bewegen en afzwakken van de nadelen.</li> <li>• Uitleg over voordelen van cardiotraining en afzwakken van de nadelen.</li> <li>• Uitleg over voordelen van krachttraining en afzwakken van de nadelen.</li> <li>• Beantwoorden van eventuele vragen.</li> </ul> <p>Beweeglessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennismaken met de trainingszaal en fitnessstoestellen.</li> <li>• Opstarten van cardio en basisniveau bepalen op basis van scan wattage. Als een deelnemer bijvoorbeeld tijdens de scan 100 watt heeft gefietst, dan start de training op ongeveer 70 watt.</li> </ul>
<b>Stap 3</b>		
Week 3-9	Beweging	<p>Uitleg over belang beweging:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitleg Borgschaal en bespreken van de meerwaarde in dagelijks leven.</li> <li>• Uitleg over belang krachttraining.</li> <li>• Uitleg over stofwisseling spieren, opbrengst krachttraining ten opzichte van cardiotraining</li> <li>• Voorwaarden benoemen voor goede krachttraining.</li> </ul> <p>Beweeglessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opstarten en uitbreiden cardio tot 30 minuten.</li> <li>• Circuittraining (Borg 12/13).</li> <li>• Grond oefeningen.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>De buurtsportcoach komt af en toe langs om een vertrouwensband met de deelnemers op te bouwen en te inventariseren welke beweegactiviteiten deelnemers leuk zouden vinden om na afloop van het programma te gaan doen.</li> </ul>
	Voeding	<p>Groepsvoorlichting over voeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitleg over voordelen gezond eetpatroon en nadelen ongezond eetpatroon</li> <li>Uitleg over basisprincipes gezonde voeding: vetten, koolhydraten, vezels, eiwitten, vitaminen</li> <li>Uitleg en start eetdagboek</li> </ul>
<b>Stap 4</b>		
Week 10-18	Beweging	<p>Beweeglessen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Motiveren activiteitsniveau thuis omhoog, inpassen in activiteiten in het dagelijks leven.</li> <li>Duur activiteiten naar beweegrichtlijnen.</li> <li>Activiteiten voor thuis leren: squats, lunges, buikspieren.</li> <li>Intensiteit activiteiten aanpassen voor matig intensief bewegen volgens beweegrichtlijnen.</li> <li>Circuittraining (Borg 14/15).</li> <li>Grond oefeningen.</li> <li>Cardio 25 minuten. Minimum van 20 minuten achter elkaar voor cardiovasculair effect.</li> <li>De buurtsportcoach komt af en toe langs om een vertrouwensband met de deelnemers op te bouwen en te behouden.</li> </ul>
	Voeding	<p>Groepsvoorlichting over voeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitleg over Schijf van Vijf van Voedingscentrum.</li> <li>Uitleg over ideale portiegrootte.</li> <li>Uitleg over frisdranken.</li> <li>Tips over gezonde tussendoortjes.</li> <li>Tips om gezond voedingspatroon in te passen in het dagelijks leven.</li> </ul> <p>Individuele gesprekken diëtist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bespreken eetdagboek en persoonlijke tips.</li> <li>Beantwoorden van vragen.</li> </ul>
	Kennismaking Bewegen in de Buurt	<p>De buurtsportcoach stelt op basis van de behoeften van de deelnemers een kennismakingsprogramma op met laagdrempelige beweegactiviteiten in de nabije omgeving. Voor de kennismakingsles begint, komt de buurtsportcoach de deelnemers ophalen bij de fysiotherapeut en gaat de coach samen met de deelnemers naar de kennismakingsles toe. Indien nodig maakt de buurtsportcoach prijsafspraken met beweegaanbieders.</p> <p>Mogelijke laagdrempelige activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wandelgroep</li> <li>Nordic walking</li> <li>Bewegen op muziek</li> <li>Zwemmen</li> <li>Beweegaanbod bij welzijnsorganisaties</li> <li>Fietstochten</li> <li>Fitness</li> <li>Tai Chi</li> <li>Zumba</li> <li>Yoga</li> </ul>



**Stap 5**

Week 19	Outtake	<p>Verplichte registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Registratie aantal deelnemers dat per groep voortijdig afhaakt</li><li>• Registratie aantal deelnemers dat per groep het programma volledig doorloopt</li><li>• Registratie aantal deelnemers dat per groep doorstroomt naar regulier sport- en beweegaanbod</li></ul> <p>Aanvullende metingen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vragenlijsten: Rand-36 (verkorte versie), SQUASH</li><li>• Fitheidstesten: lengte, gewicht, tailleomvang, handknijpkracht, 6 minuten fietstest, lenigheid (sit and reach test)</li></ul>
---------	---------	---