

Samen Gezond Eten en Bewegen

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Gezonde Leefstijl Company

Postadres: Geersbroekseweg 23, 4858 RE Ulvenhout AC

E-mail: meike@gezondeleefstijlcompany.nl/marjo@gezondeleefstijlcompany.nl

Telefoon: 06 27 11 80 40/ 06 43 91 85 35

Website (van de interventie): www.gezondeleefstijlcompany.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Meike Los

E-mail : meike@gezondeleefstijlcompany.nl

Telefoon : 06 27 11 80 40

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Meike Los/ Marjo van Hal (GLC), Masha Spits (Mark Bench)

Titel interventie: Samen Gezond Eten en Bewegen

Databank(en):

Plaats, instituut: Ulvenhout AC

Datum: 10-10-2019

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

Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	5
Onderbouwing	5
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	24
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	25
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur	31
7. Praktijkvoorbeeld	34
Bijlage I Tijdschema	Error! Bookmark not defined.
Bijlage II Competentieprofielen Samen Gezond Eten en Bewegen	Error! Bookmark not defined.
Bijlage III Kostenbijlage	46

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Samen Gezond Eten en Bewegen (SGEB) is een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) om vrouwen met overgewicht en met een lage sociaaleconomische status te begeleiden naar een blijvend verbeterde ervaren gezondheid. Uniek aan deze interventie is dat een deel van de deelnemers wordt opgeleid om zelf de basis cursus te geven. Dit zijn dus vrouwen uit dezelfde doelgroep, wat de laagdrempeligheid en herkenning voor deelnemers bevordert. Zij worden daarbij ondersteund door een communitybuilder.

Na de intake starten de deelnemers met fase 1, een basis cursus van acht weken en minimaal 2 terugkombijeenkomsten in het jaar na start van de interventie. Na deze eerste fase is er de mogelijkheid om een aanvullende 10-weekse cursus te volgen waarin wordt geleerd hoe de deelnemers zelf een cursus kunnen leiden (fase 2). Ze worden hierin begeleid door de beweeg-, voedings- en een coachprofessional. Na het afronden van deze tweede fase gaan de deelnemers (nu ervaringsdeskundigen in opleiding genoemd) de basis cursus geven aan nieuwe deelnemers met hulp van de eerder genoemde professionals (fase 3). Zo ontstaan er twee groepen binnen de interventie: een groep die wordt begeleid door professionals (beweegprofessionals en voedingsprofessionals) en een groep die grotendeels wordt begeleid door ervaringsdeskundigen. De ervaringsdeskundigen blijven na deze cyclus beweeglessen en voedingslessen geven (de basis cursus) en worden daarbij gecoacht door de communitybuilder.

Meer informatie op: www.gezondeleefstijlcompany.nl

Doelgroep – max 50 woorden

De doelgroep van Samen Gezond Eten en Bewegen bestaat uit vrouwen met overgewicht en een ongezonde leefstijl, die een lage sociaaleconomische status hebben. Er is nauwe samenwerking in het gehele traject tussen verschillende professionals van de sectoren gemeente, eerstelijnsgezondheidszorg, welzijn en sport voor noodzakelijke ondersteuning van deelnemers.

Doel – max 50 woorden

Deelnemers hebben na afloop van de interventie een blijvend betere ervaren gezondheid.

Een betere ervaren gezondheid wordt bereikt doordat de deelnemers een *gezonder eet- en beweegpatroon* hebben en ze kunnen deze beter ervaren gezondheid behouden door een *vergroting van hun participatie*.

Aanpak – max 50 woorden

Vanuit een samenwerkingsverband uit de sector zorg, welzijn en/of sport wordt de interventie opgestart. Na de werving van deelnemers en ervaringsdeskundigen start de 8-weekse basis cursus, bestaande uit beweeg- en voedings sessies begeleid door professionals. Een deel van de deelnemers stroomt door om opgeleid te worden om zelf basis cursussen te geven en wordt daarbij begeleid door de professionals. Na dit traject geven deze ervaringsdeskundigen zelf de basis cursus aan nieuwe deelnemers, met ondersteuning van de communitybuilder. De interventie wordt doorlopend geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Materiaal – max 50 woorden

De interventie-eigenaar heeft verschillende materialen ontwikkeld voor het gehele samenwerkingsverband (overeenkomsten, scholingsmateriaal), communitybuilders (handleiding, toolkit, folders), deelnemers (cursusmap), ervaringsdeskundigen (informatiefolder, draaiboek) en uitvoerend professionals (draaiboek) die met SGEB aan de slag willen. Alle materialen kunnen aan de lokale situatie aangepast worden in overleg met de interventie-eigenaar. Alle materialen zijn begrijpelijk voor deelnemers met een laag opleidingsniveau en matige kennis van de Nederlandse taal.

Onderbouwing – max 150 woorden

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

Vrouwen met overgewicht en met een lage sociaal economische status beoordelen hun eigen gezondheid negatief. Negatiever dan vrouwen zonder overgewicht, maar ook dan mannen in een vergelijkbare situatie. Zij hebben dus veel te lijden op dit gebied, maar spelen tegelijk een belangrijke rol in het gezin met betrekking tot een gezonde leefstijl. Zij zijn daarom een belangrijke, maar veelal moeilijk bereikbare, doelgroep. Overgewicht komt meestal door een disbalans tussen energie-inname en verbranding, de oorzaken daarvan liggen in een samenspel van biologische, psychologische en gedrags- en omgevingsfactoren. Het I-Change Model veronderstelt dat gedrag een gevolg is van iemands bewustzijn, diens motivatie en acties. De interventie Samen Gezond Eten en Bewegen (SGEB) beoogt dan ook een beter ervaren gezondheid van deelnemers te bereiken en te behouden en door middel van bewustzijn-, motivatie-, en actiefactoren te komen tot een gezonder eet- en beweegpatroon en een vergroting van de maatschappelijke participatie. Om deze specifieke doelgroep te bereiken en in het programma te kunnen houden, worden Informatiefactoren ingezet die aangepast zijn aan deze doelgroep met deze problematiek. Een gezonder eet-en beweegpatroon en maatschappelijke participatie dragen bij aan een positievere fysieke en mentale ervaren gezondheid. SGEB is uniek vanwege de opleiding die geboden wordt aan deelnemers om de basiscursus zelf uit te voeren, en doordat deelnemers vervolgens begeleid worden door deze 'peers'. Hierdoor wordt met SGEB bereikt dat vrouwen met een lage sociaaleconomische status en overgewicht hun beweeg- en eetpatroon positief veranderen en maatschappelijk meer participeren, waardoor ze hun eigen gezondheid blijvend als verbeterd ervaren.

Onderzoek – max 100 woorden

Onderzoek onder 378 deelnemers van de interventie toont aan dat de ervaren gezondheid is toegenomen. Deelnemers bewegen meer, eten vaker sla/rauwkost en fruit, ervaren minder problemen met hun gezondheid, voelen zich fitter en zijn één jaar na de interventie gemiddeld 2 kilo lichter. Opvallend was dat de ervaren gezondheid nog beter was geworden bij de vrouwen die begeleid werden door ervaringsdeskundigen in vergelijking met de vrouwen die begeleid werden door de professionals. Er is een stijging te zien in het aantal deelnemers dat vrijwilligerswerk doet. Bij de ervaringsdeskundigen kan gesteld worden dat hun participatie in de maatschappij toeneemt een jaar na start van de interventie.

Geconcludeerd kan worden dat Samen Gezond Eten en Bewegen effectief is op het gebied van gewichtsvermindering, bewegen, ervaren gezondheid en op het gebied van maatschappelijke participatie voor deelnemers en de opgeleide ervaringsdeskundigen.

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?

De doelgroep van Samen Gezond Eten en Bewegen bestaat uit volwassen vrouwen met overgewicht en een ongezonde leefstijl, die een lage sociaaleconomische status (ses) hebben.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen?

Belangrijk aspect van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen is dat deze wordt gegeven door ervaringsdeskundigen, die gedurende de interventie worden opgeleid door professionals (beweeg-, voedings- en coachprofessional). De ervaringsdeskundigen begeleiden deelnemers uit hun eigen achterban door middel van beweeg- en voedingslessen naar een gezonde leefstijl met een gezonder gewicht. Zij doen dit met ondersteuning van de communitybuilder.

Er is nauwe samenwerking in het gehele traject voor noodzakelijke ondersteuning van deelnemers, tussen verschillende professionals van de sectoren, gemeente, eerstelijnsgezondheidszorg, welzijn en sport. Dit zijn:

1. gemeente (o.a. GGD, Werk & Inkomen, gebieden)
2. welzijnspartijen en gemeentelijke maatschappelijke ondersteuningsdiensten (activeringscoaches, welzijnswerkers);
3. de zorgverleners in de eerstelijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner (POH), leefstijladviseur, fysiotherapeut, diëtist);
4. buurtsportcoaches, sportregisseurs en sport- en beweegaanbieders.

In deze beschrijving wordt met de term *intermediaire doelgroep* en *intermediairs* alleen bedoeld op de professionals en de bovenstaande sectoren. Voor de beschrijving van de deelnemers die worden opgeleid om de cursus zelf te geven hanteren we de term *ervaringsdeskundigen*.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

De volgende inclusiecriteria zijn geformuleerd:

- Volwassen vrouwen (vanaf 18 jaar);
- Een lage sociaaleconomische status (bepaald aan de hand van inkomen, opleiding en wijk);
- Nederlands kunnen verstaan en begrijpen.

- Gemotiveerd om deel te nemen en hun eet-en beweegpatroon te veranderen
- Bereid om de eigen, persoonlijke, ervaringen en kennis te delen en ermee te werken
- BMI tussen de 25 en 40 kg/m² in combinatie met een ongezonde leefstijl en/of slechte gezondheidsvaardigheden die kunnen leiden tot chronische aandoeningen (bijv. hoge bloeddruk, Diabetes Mellitus II)

De belangrijkste werving van *deelnemers* geschiedt via de professionals, daarnaast kan de doelgroep zich ook direct aanmelden of via ervaringsdeskundigen binnenkomen. De verwijzers maken gebruik van bovenstaande inclusiecriteria. Als exclusiecriteria gelden: morbide obesitas (BMI > 40), ernstige comorbiditeit (ernstige hartklachten), ernstige psychische problemen.

Ten behoeve van de werving van de *ervaringsdeskundigen*, die opgeleid worden om de interventie te verzorgen, gelden aanvullende criteria, te weten:

- Goede motivatie om deel te nemen aan alle lessen van de cursus
- Gemotiveerd om huiswerkopdrachten te maken
- Goede motivatie om kennis en informatie door te geven na afloop van de cursus
- In staat zijn om te reflecteren op eigen ervaringen
- Begrijpelijk Nederlands kunnen praten

Deelnemers worden aangemeld bij de communitybuilder. De communitybuilder fungeert gedurende de interventie als 'spin in het web', is ondersteuner van de deelnemers en ervaringsdeskundigen en koppelt voortgang terug naar verwijzers (zie verder bijlage II). De communitybuilder beoordeelt of de deelnemers voldoen aan de inclusiecriteria. Bij twijfel over instroom overlegt de communitybuilder met de huisarts van de deelnemer.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

Uniek aan deze interventie is de betrokkenheid van de doelgroep zelf, niet alleen bij de ontwikkeling maar ook bij de uitvoering. De doelgroep wordt namelijk opgeleid om deze interventie te verzorgen.

Lokale en regionale professionals hebben samen met bewoners van de wijken Bloemhof en Crooswijk in Rotterdam gewerkt aan de inventarisatie van behoeften van kansarme gezinnen met een gezondheidsachterstand. Binnen deze wijken is het de wens van de bewoners (veelal lage ses en multi-probleem gezinnen) om iets te doen op het gebied van (voorlichting over) gezonde voeding en beweging. De interventie SGEB is doorontwikkeld op basis van evaluaties over de goed onderbouwde interventie Samen Sportief in Beweging (SSiB). SGEB is specifiek ontwikkeld voor de lage ses doelgroep om vrouwen in beweging te krijgen die via andere interventies niet worden bereikt. SGEB maakt gebruik van een zogenaamde 'peer-based intervention' strategie: de interventie wordt verzorgd door individuen die gelijke ervaringen hebben gehad als de deelnemers van de interventie. De borging van SGEB is hierdoor minder afhankelijk van structurele financiering door gemeente en zorgverzekeraar. Op advies van – en samen met de doelgroep zijn de cursusmappen en vragenlijsten toegankelijker en leesbaarder gemaakt.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen is dat deelnemers een beter ervaren gezondheid bereiken en behouden, doordat de deelnemers een gezonder eet-en beweegpatroon hebben en ze deze betere ervaren gezondheid kunnen behouden door een vergroting van hun participatie.

Subdoelen – max 350 woorden

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

De subdoelen om een betere ervaren gezondheid te krijgen en te behouden, zijn dan ook de volgende:

Deelnemers zullen na afloop van de interventie:

- a. Meer *bewustzijn* hebben over een gezond *beweeg- en eetpatroon*;
- b. *Gemotiveerder* zijn om een gezond *beweeg- en eetpatroon* te in te passen in het dagelijks leven;
- c. *Actie ondernemen* om een gezond *beweeg- en eetpatroon* te in te passen in het dagelijks leven;
- d. *Gemotiveerder* zijn om meer te participeren in de maatschappij;
- e. *Actie ondernemen* om meer te participeren in de maatschappij.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

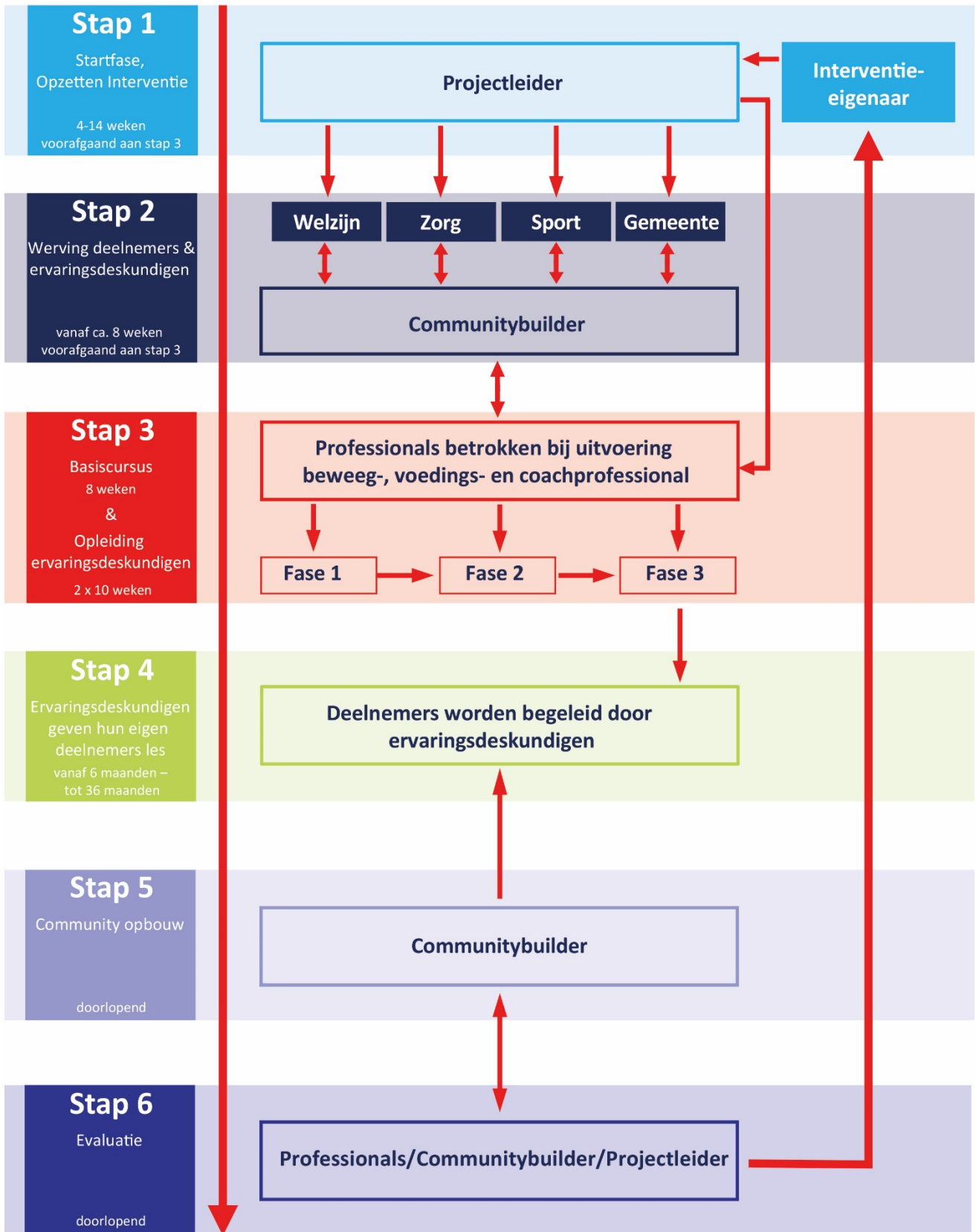
Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Eén van de sectoren eerstelijnszorg, welzijn en sport- en beweegaanbod fungeert als projectleider van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen (SGEB) in een wijk en vormt met relevantie partijen een samenwerkingsverband.

SGEB start met een 8-weekse basis cursus (fase 1) plus minimaal 2 terugkombijeenkomsten gedurende het jaar na start van de interventie. Tijdens deze eerste fase staan fysieke activiteit en gezonde voeding centraal. Twee keer per week vinden er beweessessies plaats (van elk 1 uur) onder leiding van een beweegprofessional en 1 keer per week een voedings sessie (van 1 uur) onder leiding van een voedingsprofessional. Na deze basis cursus is er de mogelijkheid om een aanvullende 10-weekse cursus (fase 2) te volgen waarin wordt geleerd hoe de deelnemers zelf een cursus kunnen leiden. Ze worden hierin begeleid door de beweeg-, voedings- en een coachprofessional. Na het afronden van deze tweede fase kunnen de deelnemers (nu ervaringsdeskundigen genoemd) de basis cursus geven aan nieuwe deelnemers met coaching door de eerder genoemde professionals. Zo ontstaan er twee groepen binnen de interventie: een groep die wordt begeleid door professionals (beweegprofessionals en voedingsprofessionals) en een groep die grotendeels wordt begeleid door ervaringsdeskundigen. De ervaringsdeskundigen worden ook na de opleiding ondersteund door een communitybuilder bij het uitvoeren van de interventie. In vervolgtrajecten daarna geven alleen nog ervaringsdeskundigen de basis cursus, met ondersteuning van die communitybuilder.

SGEB bestaat voor de op te leiden ervaringsdeskundigen en hun deelnemers uit een traject van drie jaar, uitgevoerd in 6 stappen zichtbaar in onderstaand stroomschema (zie verder 'inhoud van de interventie'):



De opleiding (stap 3) wordt totaal minimaal 2 keer uitgevoerd om zo genoeg ervaringsdeskundigen op te leiden die de basiscursus in de jaren na hun 'opleiding' blijven geven en de professionals een stapje terug

kunnen doen. Gestreefd wordt om na iedere schoolvakantie nieuwe basiscursussen te laten geven door de ervaringsdeskundigen. Ondersteuning van de ervaringsdeskundigen door de communitybuilder blijft altijd noodzakelijk.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

De interventie SGEB volgt verschillende stappen die in onderstaande tekst worden beschreven. In bijlage I wordt een overzicht gepresenteerd met een bijbehorend tijdschema.

Stap 1. Startfase, opzetten interventie (start 14 weken - 4 weken voorafgaand aan stap 3)

Als binnen één van de sectoren eerstelijnszorg, welzijn en sport- en beweegaanbod de wens bestaat om in een lage ses buurt de ervaren gezondheid te verbeteren en sprake is van een ongezonde leefstijl dan kan deze partij de stap zetten om SGEB te implementeren. Eén organisatie binnen bovenstaande sectoren fungeert als trekker en treedt op als projectleider van SGEB. Deze projectleider zoekt samenwerkingspartners die samen kunnen en willen zorgen voor het gehele netwerk dat nodig is om duurzaam gezonder gedrag te bewerkstelligen. Hij/zij maakt middels de licentieovereenkomst afspraken met de interventie-eigenaar en krijgt na ondertekening daarvan (door alle samenwerkingspartners) alle benodigdheden (handleiding, draaiboeken, toolkit, wervingsflyers) voor de uitvoering van de interventie. De interventie-eigenaar verzorgt een introductiescholing over het vormgeven van de lokale samenwerking, uitvoering van SGEB in de bestaande situatie en uitleg over gebruik handleiding, toolkit en draaiboeken. Er worden tevens afspraken gemaakt over de verstrekking van anonieme evaluatieformulieren.

De projectleider is verantwoordelijk voor de vorming van een samenwerkingsverband op wijkniveau met zorgverleners, welzijnswerkers en sport- en beweegaanbieders en stelt met hen een overeenkomst met begroting op. De rollen en verantwoordelijkheden van elke partner worden beschreven in deze overeenkomst.

Er wordt een keuze gemaakt welke samenwerkingspartner de communitybuilder gaat leveren. De interventie-eigenaar checkt de competenties (zie bijlage II) van de beoogd communitybuilder.

Stap 2. Werving Deelnemers en Ervaringsdeskundigen (start vanaf ca. 8 weken voorafgaand aan stap 3)

De communitybuilder maakt de intermediairs attent op de start van de basiscursussen en licht eventueel de inhoud van de interventie toe. Folders met informatie over de interventie en bereikbaarheid van de communitybuilder worden beschikbaar gesteld aan de intermediairs. De intermediairs geven contactgegevens van deelnemers door aan de communitybuilder. De communitybuilder verzamelt een groep van 10-15 deelnemers om de interventie optimaal te kunnen uitvoeren. Tevens kunnen deelnemers zichzelf aanmelden bij de locaties waar de interventie wordt gegeven en/of bij de intermediairs. De communitybuilder organiseert een voorlichtingsbijeenkomst voor de deelnemers waarbij alle betrokken professionals aanwezig zijn, die ondersteunen bij de intake (persoonlijk gesprek plus invullen aanmeldformulier en onderzoeksvragenlijst). Als deelnemers aangeven dat ze opgeleid willen worden als ervaringsdeskundige checken de professionals de geldende criteria (zie 1.1). Na de basiscursus kunnen de deelnemers (en de professionals) beter aangeven of ze geschikt zijn om door te gaan met de opleiding. De instroom kan ruim zijn, na fase 2 volgt een definitieve selectie.

Als uit het aanmeldformulier blijkt dat er sprake is van ernstige gezondheidsklachten waardoor er niet gesport zou mogen worden, dan wordt er -met toestemming van de deelnemer- contact gezocht met diens huisarts als de deelnemer via een andere intermediair is binnen gekomen. Na de voorlichtingsbijeenkomst start de eerste fase van de interventie dezelfde week of de week daaropvolgend.

Stap 3. Basiscursus (duur 8 weken) **& Opleiding ervaringsdeskundigen** (2x 10 weken)

Deze stap bestaat uit 3 fases: de basiscursus (fase 1) en de opleiding (fase 2 en 3). De mate van begeleiding door de professionals wordt gedurende de opleiding afgebouwd. Aan het eind kunnen de ervaringsdeskundigen zelf de cursus geven met ondersteuning van de communitybuilder.

1) **FASE 1. Basiscursus:**

De basiscursus wordt gegeven door professionals aan deelnemers en potentiële ervaringsdeskundigen (gedurende 8 weken). De basiscursus bestaat uit twee bijeenkomsten per week waarbij bewegen centraal staat (door beweegprofessional) en één bijeenkomst over gezonde voeding (door voedingsprofessional). De basiscursus ziet er als volgt uit:

- **Intake**

Tijdens de eerste beweeg- en voedingsbijeenkomst wordt uitleg gegeven over het specifieke onderdeel bewegen of voeding en kennisgemaakt met de groep. Tevens worden persoonlijke streefdoelen op het gebied van bewegen en voeding opgesteld.

- **Beweegprogramma (16 uur)**

Daarna volgt een beweegprogramma van 8 weken, met daarin 2x per week les van 1 uur. Iedere bijeenkomst heeft een rode draad: ervaringen delen van de afgelopen periode, bespreken van eventueel meegegeven huiswerk, specifiek aandachtspunt voor die bijeenkomst, warming-up, training, cooling down en eventueel een nieuwe huiswerkopdracht.

In de 16 lessen wordt aandacht besteed aan gezond beweeggedrag in relatie met voeding en afvallen, mentale gesteldheid en grenzen stellen, bewegen met plezier en volhouden over langere tijd. De beweegprofessional heeft een eigen draaiboek tot zijn/haar beschikking waar voorbeeld lessen per week worden weergegeven en bovenstaande onderwerpen aan de orde komen.

- **Voedingsprogramma (8 uur)**

Naast het beweegprogramma, wordt elke week 1 uur voedingsvoorlichting gegeven gedurende deze 8 weken. De voedingsprofessional heeft een draaiboek tot zijn/haar beschikking waar voorbeeld lessen per week worden weergegeven. Iedere bijeenkomst met de voedingsprofessional heeft een rode draad: ervaringen delen van de afgelopen periode, bespreken huiswerkopdracht, specifiek onderwerp en een nieuwe opdracht voor thuis. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- Uitleg doel van de cursus. Basis van de cursus zijn de richtlijnen gezonde voeding. Daarnaast wordt de koppeling gemaakt met 'meer bewegen' met realistische doelen;
- Uitleg gezonde voeding met behulp van de Schijf van Vijf;
- Uitleg over tussendoortjes;
- Uitleg over de wisselwerking tussen eetgedrag en gevoel (psychisch welbevinden);
- Uitleg over gezonde boodschappen doen;
- Uitleg over gezonde keuzes tijdens moeilijke momenten.

De voedingsprofessional bepaalt naar eigen inzicht wanneer welke onderwerpen aan bod komen en kan naar eigen inzicht onderwerpen uitdiepen of eventueel toevoegen naar aanleiding van de vraag bij deelnemers.

- **Evaluatie cursus**

Tijdens de laatste bijeenkomst wordt geëvalueerd met de deelnemers hoe ze de interventie hebben ervaren, hoe het gesteld is met hun persoonlijke streefdoelen en vastgelegd waar en hoe vaak de deelnemers blijven bewegen/sporten. Er wordt gestuurd op de vorming van groepjes van deelnemers die dezelfde beweegactiviteit willen blijven doen. De communitybuilder is aanwezig tijdens de laatste lessen zodat deze op de hoogte is van de voortgang van de deelnemers en hun beweegplannen de komende 9 maanden.

2) **FASE 2. Herhaling basiscursus in kader van opleiding:**

In fase twee wordt inhoudelijk de cursus herhaald. De potentiële ervaringsdeskundigen krijgen vaardigheden aangeleerd om zelf de beweeg- en voedingslessen te geven. Dit doen ze aan elkaar in een veilige omgeving o.l.v. de desbetreffende professional. Daarnaast krijgen de ervaringsdeskundigen (gedurende 10 weken) 2 uur per week training van een coach, die de ervaringsdeskundigen gaat leren hoe ze zichzelf kunnen presenteren en informatie kunnen overdragen aan hun eigen deelnemers. De coaching kan ook geïntegreerd worden in de lessen van de beweeg- en voedingsprofessionals.

Elke week vinden twee bijeenkomsten plaats waarbij bewegen centraal staat plus één bijeenkomst over gezonde voeding. Bij het beweegdeelte is de ene les samen met de beweegprofessional en de andere les wordt zelfstandig door de ervaringsdeskundigen uitgevoerd.

3) **FASE 3. Doorgeven basiscursus onder begeleiding:**

De ervaringsdeskundigen gaan nu zonder begeleiding van de beweeg- en voedingsprofessional de basiscursus geven aan hun eigen deelnemers en krijgen daarbij ondersteuning van de communitybuilder. In deze fase krijgen ze (net als in fase 2) 2 uur training van de coach per week over ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Ze leren hoe ze een groep moeten begeleiden, een les moeten structureren en voorbereiden. Ze oefenen vaardigheden m.b.t. het begeleiden en hoe ze zichzelf houding kunnen geven in hun functie als ervaringsdeskundige. Ze leren ook reflecteren.

De communitybuilder begeleidt de ervaringsdeskundigen waar dat nodig is en schakelt zo nodig samenwerkingspartners in (denk aan schuldhulpverlening, maatschappelijk werk etc.).

Stap 4. De cursus gegeven door ervaringsdeskundigen (vanaf 6 maanden – tot 36 maanden)

Na de opleiding gaan de ervaringsdeskundigen hun eigen groepen begeleiden met ondersteuning van de communitybuilder. Deze cursus is conform de beschreven basiscursus in fase 1 van stap 3. De toegevoegde waarde van de ervaringsdeskundigen is dat de ervaringsdeskundigen zelf uit een verder moeilijk te bereiken groep komen (denk bijvoorbeeld aan allochtone vrouwen die nauwelijks de deur uit komen). Ze zijn vertrouwd voor de nieuwe deelnemers en kennen de cultuur.

Stap 5. Community opbouw (doorlopend)

De communitybuilder zet de begeleiding van de groep ervaringsdeskundigen die hun eigen deelnemers gaan begeleiden voort na de eerste 3 fases. Hij/zij werft deelnemers die door de ervaringsdeskundigen kunnen worden begeleid. Naast de wekelijkse groepscoaching van de ervaringsdeskundigen door de communitybuilder fungeert de communitybuilder als een persoonlijke coach en begeleidt de ervaringsdeskundigen en hun deelnemers (zo nodig ook individueel) bij het omgaan met belemmerende of beperkende factoren, het volhouden van de beweegactiviteiten en het aangepaste voedingspatroon. Daarnaast zet de communitybuilder vol in op het onderhouden van de contacten met alle betrokken partijen binnen het samenwerkingsverband (bijvoorbeeld de verwijzers) en het zoeken naar noodzakelijke en/of wenselijke uitstroommogelijkheden.

Stap 6. Evaluatie Interventie Samen Gezond Eten en Bewegen (doorlopend)

Voorafgaand aan de start van de interventie wordt een nulmeting gedaan bij alle deelnemers. Op minimaal 3 terugkombijeenkomsten (na de basiscursus, een half jaar na start met de interventie en een jaar na de interventie) wordt de voortgang van de deelnemers geëvalueerd en deelnemers door de communitybuilder gemotiveerd om hun gedragsverandering vol te houden en het onderlinge contact bestendig. Na iedere interventie verzamelt de communitybuilder alle formulieren die de deelnemers hebben ingevuld en zorgt dat deze bij de interventie-eigenaar komt. De interventie-eigenaar zorgt ervoor dat alle resultaten (effect- en proces) worden verzameld om de kwaliteit van de interventie te verbeteren volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus en worden gebruikt om structurele financiering te realiseren.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

De interventie-eigenaar heeft verschillende materialen ontwikkeld voor deelnemers, ervaringsdeskundigen en uitvoerend professionals die met SGEB aan de slag willen. Alle materialen kunnen aan de lokale situatie aangepast worden in overleg met de interventie-eigenaar. Alle materialen zijn begrijpelijk voor deelnemers met een laag opleidingsniveau en beperkte kennis van de Nederlandse taal.

De volgende (digitale) materialen zijn beschikbaar via de interventie-eigenaar:

- Voor deelnemers
 - Cursusmap met informatie en inhoud van lessen;
 - Folder met relevante informatie over de cursus;
- Voor ervaringsdeskundigen
 - Draaiboek met informatie en inhoud van lessen binnen de verschillende fases;
 - Folder met relevante informatie over de cursus;
- Voor de projectleider/communitybuilder
 - Handleiding met achtergrondinformatie, beschrijft de opzet van de interventie en ondersteunt bij de uitvoering;
 - Toolkit met formulieren en vragenlijsten en kostenbijlage;
- Voor beweeg-, voedings- en coachprofessional
 - Draaiboek voor de professionals met algemene doelstellingen voor de bijeenkomsten, uitleg over de metingen die gedaan moeten worden en voorbeelden van lessen;
- Voor het gehele samenwerkingsverband (minimaal projectleider, communitybuilder, beweeg-, voedings- en coachprofessional)
 - Introductiescholing over het vormgeven van de lokale samenwerking, uitvoering van SGEB in de bestaande situatie en uitleg over gebruik handleiding, toolkit en draaiboeken;
 - Licentieovereenkomst met afspraken over het gebruik van verplichte formulieren en vragenlijsten plus aanlevering van gegevens ten behoeve van de effect- en procesevaluatie;
 - Flyers ten behoeve van de werving van deelnemers en ervaringsdeskundigen.

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?

SGEB is zo ontwikkeld dat organisaties binnen de sectoren gemeente, zorg, welzijn en sport- en beweegaanbod in heel Nederland de interventie kunnen uitvoeren.

Zo kunnen gemeentelijke diensten (zoals een GGD), welzijnsorganisaties, zorginstellingen, overkoepelende sportorganisaties en sportverenigingen zijn allemaal geschikt om de organisatie van de interventie op zich te nemen. Eén organisatie binnen bovenstaande sectoren fungeert als trekker en treedt op als projectleider van SGEB. Deze projectleider zoekt samenwerkingspartners die samen kunnen en willen zorgen voor het hele netwerk dat nodig is om duurzaam gezonder gedrag te bewerkstelligen. Missende partijen kunnen worden aangevuld met behulp van een aanwezige overkoepelende sportorganisatie of gemeentelijke dienst op het gebied van sportstimulering dan wel instantie die zich inzet voor eerstelijns zorgverleners zoals een Regionale Ondersteuningsstructuur.

De interventie wordt uitgevoerd op een locatie die geschikt is voor ten minste 10 personen om tegelijkertijd te sporten. Hierbij kan gedacht worden aan een buurthuis in de wijk, een trainingsruimte in een fysiotherapiepraktijk of een andere geschikte sportlocatie in de wijk (bijvoorbeeld gymzaal of sportschool).

De voedingslessen kunnen op dezelfde locaties worden gegeven, maar ook in de praktijk van de voedingsprofessional.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De betrokken uitvoerders van de interventie zijn de projectleider, de communitybuilder, de professionals van de beweeg-, voedings- en coachbijeenkomsten en de ervaringsdeskundigen die worden opgeleid om de cursus uit te voeren.

A. Projectleider

Deze is verantwoordelijk voor het ontwerpen van een plan van aanpak. Dat plan sluit aan bij de bestaande wijkanalyse en bevat het ontwerp voor de infrastructuur voor SGEB.

B. Communitybuilder

Deze begeleidt de groep volgens de principes van de community aanpak: actieve participatie, empowerment en een actieve leefstijl. De functie van communitybuilder wordt uitgevoerd door een persoon met ervaring en binnen het netwerk in de wijk waar SGEB uitgevoerd gaat worden.

C. Professionals (van respectievelijk beweeg-, voedings- en coachbijeenkomsten)

Deze begeleiden de beweeg- /voedings-/ coachbijeenkomsten binnen de richtlijnen en kaders van hun beroepsgroep. Deze professionals moeten voldoende ervaring hebben met het geven van voorlichting en kennis hebben van groepen van verschillende sociale en culturele achtergronden. De beweegprofessional moet daarnaast voldoende ervaring hebben met het geven van bewegingsonderwijs aan groepen met een verschillend beginniveau van de deelnemers. De beweegprofessional en voedingsprofessional staan ingeschreven in een kwaliteitsregister (zoals het KNGF, NVD, BLCN) en dienen maatschappelijk betrokken te zijn. De coach kan een separate professional zijn, maar de beweeg-of voedingsprofessional kan ook fungeren als coach.

D. Ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundige wordt gedurende de interventie opgeleid om de cursus zelf te geven aan deelnemers. Daartoe is het van belang dat zij alle fases van de opleiding heeft gevolgd. Zij weet hoe ze een beweegles en/of voedingsles kan geven aan vrouwen van verschillende sociale en culturele achtergronden. Ze koppelt terug aan de communitybuilder bij afwezigheid en problemen. De communitybuilder en het netwerk zijn altijd als vangnet beschikbaar.

Zij voldoen aan de competenties die uitvoerig worden beschreven in bijlage II. De interventie-eigenaar controleert de competenties van de projectleider en professionals. De communitybuilder loopt regelmatig mee met de groepen om de ervaringsdeskundigen te superviseren. Daarbij wordt tevens de kwaliteit en competenties van de opgeleide ervaringsdeskundigen gemonitord, opdat zij respectvol, veilig en inhoudelijk verantwoord juist met hun deelnemers om gaan. Indien nodig wordt extra coaching of bijscholing ingezet door de communitybuilder.

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

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door de interventie-eigenaar. Voorafgaand aan de organisatie van de interventie heeft de interventie-eigenaar een introductiegesprek met de projectleider/samenwerkingspartners die de interventie SGEB willen gaan organiseren. Er wordt bekeken of aan de noodzakelijke randvoorwaarden (zie paragraaf randvoorwaarden) is voldaan om te starten met de interventie. In de licentieovereenkomst worden afspraken vastgelegd tussen de interventie-eigenaar en de projectleider en samenwerkingspartners, deze betreffen onder meer:

- volgen van de introductiescholing door de interventie-eigenaar;
- alle betrokken professionals binnen de cursus hebben de benodigde competenties (zie bijlage II);
- gebruik van de toolkit (zoals draaiboeken van de professionals);
- het vaststellen van data, begroting, invulling terugkombijeenkomsten en minimaal aantal deelnemers;

- het volgen van het plan van aanpak en procedure m.b.t. de effect- en procesevaluatie en het gebruik van de aangeleverde formulieren;
- de aanlevering van bepaalde geanonimiseerde gegevens na afloop van de interventie;
- de ondersteuning en inzet door de interventie-eigenaar passend binnen de gestelde begroting (bij implementatie, monitoring en evaluatie).

De interventie-eigenaar verzamelt alle gegevens en voert proces- en effectevaluaties uit i.s.m. de projectleider. Als het nodig is worden aanpassingen gedaan en gecommuniceerd richting het werkveld, zodat deze up-to-date is en de kwaliteit van de interventie voor de deelnemers altijd geborgd is.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

Contextuele randvoorwaarden

- Gemeentelijke instellingen staan welwillend tegen initiatieven die bewoners naar een betere gezondheid willen brengen;
- Investering van meet af aan in de opbouw van een goed institutioneel netwerk rond het project. Er is een samenwerkingsverband van voldoende zorgverleners, welzijnswerkers en sport- en beweegaanbieders om te werken aan die betere gezondheid van bewoners in hun werkgebied/wijk;
- Alle samenwerkingspartners dragen bij aan de werving en follow-up als nodig;
- In de wijk moet voldoende laagdrempelig sportaanbod met lage tarieven zijn of een buurtsportcoach/sportregisseur heeft de mogelijkheid om daarvoor te zorgen.

Organisatorische randvoorwaarden

- Een projectleider organiseert de interventie, zoekt de juiste professionals bij elkaar en maakt gebruik van de juiste kanalen (zoals gemeentelijke organisaties en ROS). Deze professionals zien het nut in van de interventie en investeren er tijd in;
- Het samenwerkingsverband (minimaal projectleider, communitybuilder, beweeg-, voedings- en coachprofessional) legt afspraken vast over verantwoordelijkheden binnen de interventie, volgt de introductiescholing over het gebruik van de beschikbare materialen voor SGEb.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Deze interventie is bij uitstek geschikt om op wijkniveau overal in Nederland uit te voeren zowel op initiatief van een gemeente, de zorgverlener, welzijnswerker als de sport- en beweegaanbieder.

Potentiële afnemers van de interventie worden op de hoogte gebracht van het bestaan van SGEb, de positieve effecten die de interventie met zich meebrengt en (nieuwe) bevindingen uit onderzoek. Dit gebeurt o.a. via flyers, persoonlijke benaderingen, sociale netwerken van zorgverleners, sleutelfiguren binnen de gemeente, de website van de interventie-eigenaar en social media.

Er is een uitgebreid systeem voor implementatie. Bij interesse neemt de potentiële afnemer contact op met de interventie-eigenaar. De interventie heeft met het ondertekenen van de licentieovereenkomst tussen projectleider en de interventie-eigenaar en het volgen van de introductiescholing een systeem voor de overdracht. Implementatie van de interventie kan na ondertekening van die overeenkomst op gang komen door het volgen van de uitgegeven handleiding voor de projectleider/communitybuilder, de draaiboeken voor de betrokken professionals op gebied van bewegen, voeding en coaching en de toolkit met de benodigde formulieren en vragenlijsten, alsmede alle materialen ten behoeve van de opleiding van de ervaringsdeskundigen als de zelfstandige uitvoering van de cursus door de ervaringsdeskundigen (handleiding).

Voor het bestendigen van het institutionele netwerk is de vorming van een stuurgroep wenselijk. De voortgang van het project wordt geëvalueerd en eventuele aanpassingen worden daarna doorgevoerd binnen de uitvoering van SGEb. Afhankelijk van de wens van de organisatie die met de interventie aan de slag wil, kan de interventie-eigenaar extra ondersteunen. Denk hierbij aan de inhuur van expertise, extra deskundigheidsbevordering voor uitvoerenden of aanpassing van het projectplan aan de lokale behoefte met suggesties voor de te betrekken partijen en organisatiestructuur.

Kosten – max 200 woorden

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

Wat zijn de kosten van de interventie?

De belangrijkste kostenposten van de interventie zijn te verdelen in vaste, variabele en optionele kosten. Hieronder worden deze globaal weergegeven. Een gedetailleerde beschrijving is te vinden in Bijlage III.

1. Vaste vaststaande kosten (verplicht)
 - a) licentie (€ 250 per jaar)
 - b) deskundigheidsbevordering (€ 3000)
2. Vaste variërende kosten

Bij de uitvoering van de interventie komen de vaste variërende kostenposten aan de orde binnen de fases van implementatie (variërend van € 300 tot € 1230 per deelnemer per 3 jaar):

 - a) Aanloopkosten (kosten inhuur projectleider en communitybuilder, pr en communicatie);
 - b) Interventiekosten (kosten voor de realisatie van de opleiding van de ervaringsdeskundigen en de community opbouw zoals inhuur professionals en materialen, ruimtes en onvoorziene kosten);
 - c) Borgingskosten (kosten inhuur communitybuilder plus inhuur projectleider plus de inhuur van een stuurgroep).
3. Variabele kosten (variërend van € 300 tot € 1230 per deelnemer per 3 jaar):

Naast bovenstaande genoemde variërende personele, materiële en overige kosten hangen de kosten tijdens de uitvoering van de interventie af van de totale instroom van deelnemers tijdens de 3 jaar en de mate van organisatorische infrastructuur in de wijk.
4. Optionele kosten (niet-verplichte inhuur interventie-eigenaar)
 - a) Strippenkaart backoffice
 - b) Projectleiderschap
 - c) Aanpassing draaiboeken/cursusmappen naar lokale situatie
5. Borgingskosten (variërend van € 305 tot € 397 per deelnemer per jaar)

Na uitvoering van het project gedurende 3 jaar blijft de inzet van de communitybuilder noodzakelijk om de ervaringsdeskundigen te blijven begeleiden. De projectleider is dan niet meer nodig, waardoor de kosten van het project zullen verminderen.

In de loop van de tijd zal vanwege het feit dat ervaringsdeskundigen werk vinden, verhuizen, lichamelijke/psychische klachten krijgen verloop zijn in het aantal dat actief kan les blijven geven. De verwachting is dat eens per 5 jaar een nieuwe groep ervaringsdeskundigen moet worden opgeleid.

Vanwege het feit dat de gemiddelde prijs per deelnemer (minimaal € 300, maximaal € 1230 per 3 jaar) met name sterk afhankelijk is van de vaste variërende kosten (doordat deze kosten afhankelijk zijn van prijs van in te huren professionals en de ruimtes) plus de variabele kosten (vanwege de gerealiseerde instroom en mate van aanwezige organisatorische infrastructuur voorafgaand aan de start) is gekozen om daar uitgebreid op in te gaan in bijlage III.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Het percentage Nederlanders dat overgewicht heeft, is de afgelopen jaren sterk gestegen: in 1990 was de prevalentie van overgewicht 35.1% (CBS Gezondheidsenquête) en in 2017 is dit percentage gestegen tot 48.8%. Bijna de helft van de Nederlanders heeft overgewicht (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM). Mensen met overgewicht beoordelen hun eigen gezondheid negatiever dan mensen zonder overgewicht, er is dus een relatie tussen overgewicht en ervaren gezondheid (Larsson, Karlsson, & Sullivan, 2002). Mensen met een lage opleiding beoordelen hun eigen gezondheid negatiever dan mensen met een hoge opleiding (Shields & Shoostari, 2001). Het percentage laagopgeleiden met een slecht ervaren gezondheid is de afgelopen jaren gestegen van 40,5% in 2012 tot 49,6% in 2016. Onafhankelijk daarvan komt ook overgewicht vaker voor onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Zo is het percentage overgewicht onder vrouwen tussen de 45 en 64 jaar met een lage opleiding 61.8% en met een hoge opleiding 42.2% (Blokstra et al., 2012; Schokker, Visscher, Nooyens, van Baak, & Seidell, 2007). De gezondheidsverschillen tussen hoog-en laagopgeleiden zijn zelfs zo groot, dat dit terug te zien is in de levensverwachting, laagopgeleiden leven gemiddeld 6 jaar korter dan hoogopgeleiden (van den Muijsenbergh, 2019). Deze verschillen in gezondheid worden ook gevonden tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status (Marques, Peralta, Naia, Loureiro, & de Matos, 2017).

Overgewicht kan komen door de disbalans tussen energie inname en verbranding (Wright & Aronne, 2012). Het blijkt echter dat veel mensen onvoldoende energie verbranden. In Nederland voldeed in 2017 ongeveer 44% aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, die aangeeft dat volwassenen minimaal 2,5 uur per week matig intensief zouden moeten bewegen (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM)). Daarnaast is de energie inname van Nederlanders niet optimaal. Zo eet vrijwel niemand in Nederland volledig volgens alle Richtlijnen goede voeding. Op dit gebied zijn ook verschillen waar te nemen gerelateerd aan opleidingsniveau. Zo eten mensen met een lage opleiding minder groente, fruit en vis en meer vlees en vetten dan mensen met een hoge opleiding (Toxopeus et al., 2017).

Naast het risico op verschillende chronische lichamelijke aandoeningen door overgewicht (Visscher et al, 2012), is er een sterke relatie tussen overgewicht en slecht ervaren gezondheid. Dit speelt met name onder vrouwen. Volwassen vrouwen met overgewicht beoordeelden hun eigen ervaren gezondheid en kwaliteit van leven op alle gebieden negatiever dan vrouwen zonder overgewicht, terwijl dit voor mannen alleen geldt voor hun fysieke en algemene gezondheid (Larsson et al., 2002). Dit wordt bevestigd in ander onderzoek, dat concludeert dat vrouwen meer te lijden hebben op het gebied van ervaren gezondheid van hun overgewicht dan mannen (Mond & Baune, 2009). Nog steeds doen vrouwen meer in het huishouden en aan zorg voor de kinderen dan mannen, dit geldt met name voor laag opgeleide vrouwen (Portegijs & van den Brakel, 2018). Vrouwen met overgewicht met een lage sociaal economische status zijn dus zowel voor henzelf –vanwege gezondheidsrisico's en slecht ervaren gezondheid- als voor hun eventuele gezin, een belangrijke doelgroep voor interventies ter verbetering van de ervaren gezondheid, door eet-beweeg en participatie gedrag te verbeteren.

Ondanks dat er goede gecombineerde Leefstijlinterventies zijn, die gericht zijn op het terugdringen van overgewicht, effectief zijn en vergoed worden door de basisverzekering, zijn deze niet gericht op deze specifieke doelgroep van mensen met een lage sociaaleconomische status, doorgaans een moeilijk bereikbare groep (Mulderij, Verkooijen, & Wagemakers, 2019). Daarnaast wordt er veelal niet direct aandacht besteed aan de bestendiging van het gezondere eet-en beweegpatroon door meer te participeren. Deze interventie is tevens specifiek gericht op vrouwen met een lage sociaal economische status en overgewicht,

een groep die extra kwetsbaar is voor een negatieve ervaren gezondheid. Tot slot zijn dergelijke interventies vaak kostbaar en moeten er voldoende professionals structureel beschikbaar zijn, waardoor uitvoering en financiering niet altijd mogelijk is (Bates & Machin, 2016).

Het is daarom van belang om laagdrempelig aanbod te bieden aan vrouwen met een lage sociaaleconomische status en overgewicht, waardoor zij een betere ervaren gezondheid kunnen behalen en dit kunnen behouden. Een dergelijke interventie dient structureel uitgevoerd te kunnen worden, waardoor verdere gezondheidsverschillen tussen mensen en een lage en hoge opleiding worden tegengegaan.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Het probleem is dat veel vrouwen met een lage sociaaleconomische status een slecht ervaren gezondheid en overgewicht hebben mede als gevolg van een langdurig ongezond eet-en beweegpatroon.

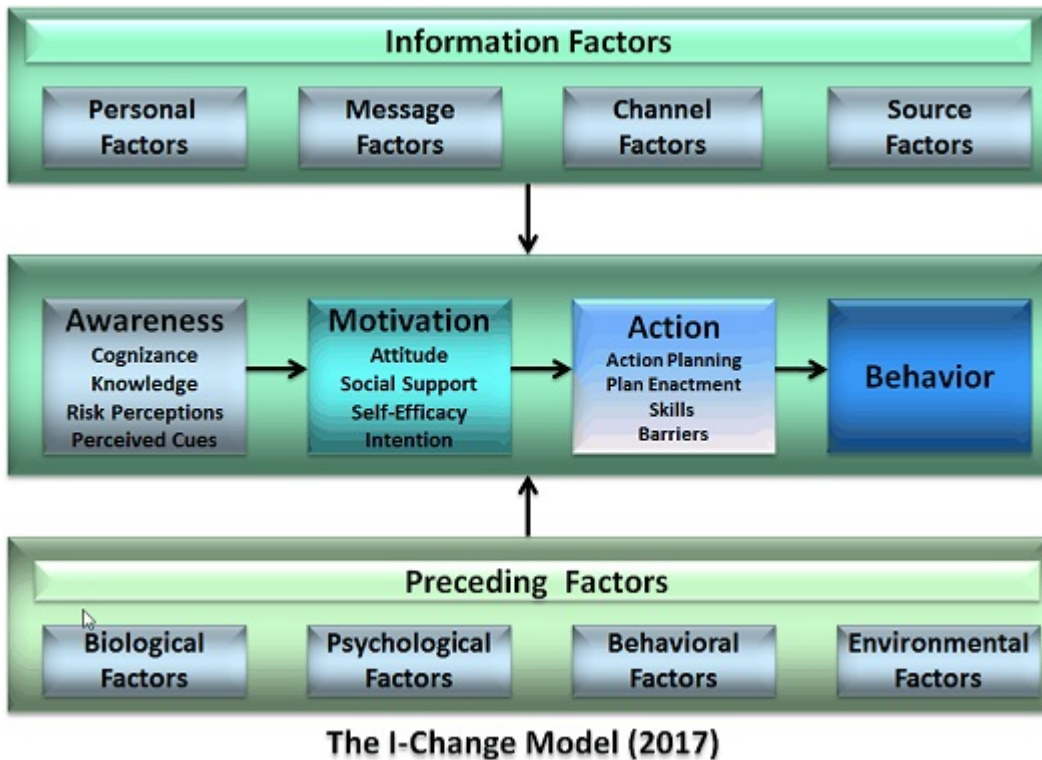
Overgewicht komt door de disbalans tussen energie inname en verbranding, oftewel eten in relatie tot bewegen (Wright & Aronne, 2012). Maar de oorzaken -zowel van overgewicht als te veel eten in relatie tot bewegen- liggen complexer en bestaan veelal uit een combinatie van factoren. Deze oorzaken zijn te vinden in het bio-psykosociale model en komen ook terug in het I-Change Model van De Vries (de Vries, 2017, 2019). Dit model verklaart verandering van motivatie en gedrag en is afgeleid van en vormt een integratie van verschillende theorieën, (Brug, van Assema, & Lechner, 2012; de Vries, 2019; de Vries et al., 2003; Kok, Molleman, Saan, & Ploeg, 2005). Een schematische weergave van het model is te zien in figuur 1. Met de 'preceding of predisposing' factoren (door biologische-, psychologische-, gedrags- en omgevingsfactoren) kunnen de oorzaken van het overgewicht verklaard worden.

Onder biologische factoren wordt in dit kader bedoeld op bijvoorbeeld de genetische aanleg voor een bepaalde vetopslag, afwijkingen in de hormoonhuishouding van de schildklier, hersenletsel of chronische aandoeningen (Williams, Mesidor, Winters, Dubbert, & Wyatt, 2015; Wyatt, Winters, & Dubbert, 2006). Onder de psychologische aspecten vallen persoonlijke eigenschappen die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van overgewicht. Dit betreffen bijvoorbeeld het zelfbeeld, capaciteiten om verleidingen te kunnen weerstaan, of het kunnen omgaan met stressvolle, ingrijpende gebeurtenissen (Davis, Strachan, & Berkson, 2004; Wyatt et al., 2006). Gedragsfactoren die overgewicht kunnen veroorzaken zijn te vinden in de leefstijl, te weten het eet-en beweeggedrag. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld mogelijkheden -zoals locaties, en kosten- om bepaald voedsel wel of niet te kopen, of om wel of niet te gaan bewegen. Tevens speelt hier ook de sociale omgeving een rol; dat wat je van huis uit hebt meegekregen, sociale steun en gezondheidsvaardigheden (de Vries, 2017; de Vries et al., 2003). Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om gezondheid gerelateerde informatie te vergaren, te begrijpen en toe te passen om zo weloverwogen beslissingen te nemen over de gezondheid (Rademakers, 2014; van den Muijsenbergh, 2019). Beperkte gezondheidsvaardigheden worden gezien als belangrijke verklaring voor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Rademakers, 2014).

Het I-Change model veronderstelt dat gedrag een gevolg is van iemands bewustzijn, diens motivatie en acties. Deze bewustzijns-, motivatie- en actie factoren worden niet alleen beïnvloed door de redelijk stabiele predispositiefactoren, maar ook door informatie die wordt verstrekt, de informatiefactoren, namelijk de kwaliteit van een boodschap, het kanaal van verspreiding en de bron van informatie.

De *bewustzijns*factoren spelen een rol, doordat het ontbreken van de juiste informatie (gezondheidsvaardigheden) en prikkels mensen belemmert, om op passende wijze in actie te komen om overgewicht aan te pakken. De *motivatiefactoren* doelen onder andere op een gebrek aan zelfvertrouwen, en self-efficacy om iets aan het eet-en beweegpatroon te kunnen doen. Ook is er veelal een gebrek aan sociale steun. Dit gebrek aan sociale steun om een gezond eet-en beweegpatroon te volgen blijkt met name te gelden voor vrouwen (Meeusen, van Wijk, Hoogendam, Ronteltap, & van 't Riet, 2010). Ook denkbeelden over traditionele taakverdeling in huis blijkt voor vrouwen belemmerend te werken om te participeren (Meeusen et al., 2010).

Deze motivatiefactoren hebben invloed op de actie factoren, die wijzen op het gebrek aan het maken van plannen om het gedrag te veranderen, de hoeveelheid barrières die men (denkt) te hebben om het gedrag te veranderen en het gebrek aan vaardigheden om het gedrag te veranderen (de Vries, Mesters, van de Steeg, & Honing, 2005; de Vries et al., 2003). Deze bewustzijn-, motivatie en actie factoren beïnvloeden niet alleen gezonder eet-en beweegpatroon, maar ook de participatie in de maatschappij. Een gebrek aan maatschappelijke participatie komt vaak voor onder mensen met een lage SES en speelt mede een rol bij de blijvende verandering van een ongezond eet-en beweegpatroon. Het is een van de redenen waarom veranderingen in eet-en beweegpatronen vaak niet stand houden (Moore, Daniel, Paquet, Dubé, & Gauvin, 2009; van Vliet & Winsemius, 2011; Weiss, O'Loughlin, Platt, & Paradis, 2007). Ook dit speelt met name onder vrouwen, ook vanwege onzekerheid op het gebied van participatie (Meeusen et al., 2010).



Figuur 1. Het Integrated Change Model

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

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

Samen Gezond Eten en Bewegen grijpt in op de beïnvloedbare factoren, zoals weergegeven in het I-Change Model. De aan te pakken factoren betreffen dan ook de Bewustzijnsfactoren, de Motivatiefactoren en de Actie factoren, die ten grondslag liggen aan een gezonder eet-en beweegpatroon en die zorgen voor meer participatie in de maatschappij. Een beter ervaren gezondheid wordt bereikt en behouden door middels bewustzijn-, motivatie-, en actiefactoren te komen tot een gezonder eet- en beweegpatroon. Middels motivatie- en actiefactoren wordt een vergroting van de maatschappelijke participatie bereikt. Om deze specifieke doelgroep te bereiken en in het programma te kunnen houden, worden Informatiefactoren ingezet die laagdrempelig zijn en zijn aangepast aan deze doelgroep met deze problematiek.

De inzet van *Informatiefactoren* (zie figuur 1) zorgt dat de laagdrempeligheid van deze interventie wordt bevorderd en de continuïteit van gezonder eten, meer bewegen en meer participeren, is geborgd. Als kanaal wordt hiervoor 'direct contact in een nabij omgeving' ingezet. Als bron worden naast professionals op het gebied van bewegen en eten, ook 'peers' van de deelnemers ingezet.

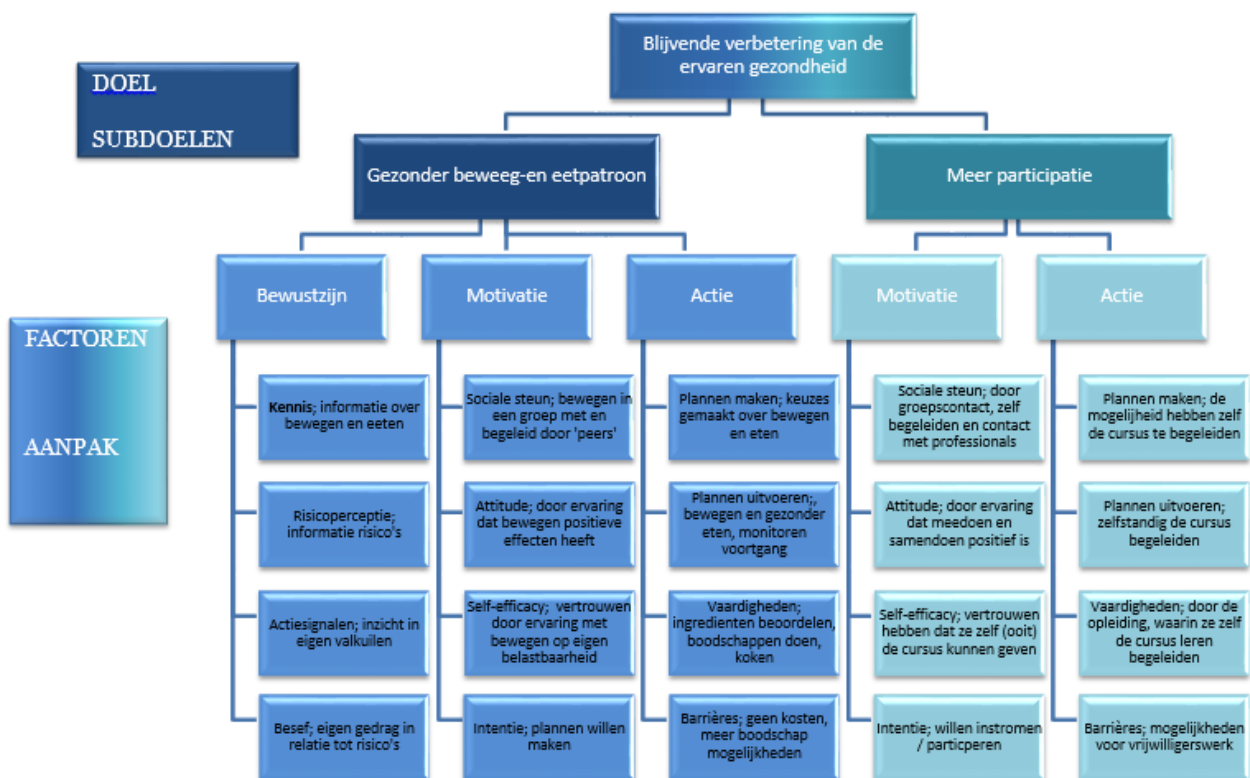
Verantwoording – max 1000 woorden

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

De interventie Samen Gezond Eten en Bewegen is vergelijkbaar met de recent goed onderbouwde interventie Samen Sportief in Beweging en de onderbouwing is vergelijkbaar

<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402450>

Belangrijk verschil is echter dat binnen onderhavige interventie ervaringsdeskundigen worden opgeleid om de interventie zelf te begeleiden en er daarmee meer nadruk ligt op participatie en de invloed van deze "bron", namelijk ervaringsdeskundige: zij zijn de belangrijke 'peers'. De boodschap behelst dan ook niet alleen het geven van informatie en het opdoen van ervaringen, maar sommige deelnemers worden tevens opgeleid. Met SGEB worden de bewustzijn-, motivatie en actie factoren aangepakt, enerzijds voor het stimuleren van een gezonder beweeg- en eetpatroon en anderzijds voor het stimuleren van meer participeren. Deze factoren, de doelen en de aanpak staan vermeld in figuur 2 hieronder.



Figuur 2. Doelen, subdoelen, aan te pakken factoren en aanpak

Informatiefactoren

Belangrijk onderdeel van deze interventie is de opleiding van ervaringsdeskundige om de cursus uit te voeren. Hierdoor worden de informatiefactoren *Kanaal* en *Bron* effectief ingezet. Direct contact met vrouwen die in gelijksoortige omstandigheden leven, zorgt voor toegankelijkheid, laagdrempeligheid, en blijvend vertrouwen. Dit resulteert in blijvende contacten in de wijk, participatie en een vergroting van het sociale netwerk.

Dergelijke cursussen gegeven door opgeleide peers blijken net zo effectief als cursussen geleid door professionals (Bates & Machin, 2016) met als doel om fysieke activiteit te bevorderen (Webel, Okonsky, Trompeta, & Holzemer, 2010). SGEB is populatie- en wijkgericht en dergelijke interventies zijn het meest effectief als ze gericht zijn op de wijk (van den Muijsenbergh, 2019).

Niet alleen door de inzet van ervaringsdeskundigen, maar ook door het brede samenwerkingsverband wordt de doelgroep bereikt en is dit bestendigd in de wijk. Vrouwen met een lage SES worden nauwelijks bereikt, voornamelijk vanwege de moeizame aansluiting bij het huidige sport- en beweegaanbod in de wijk (Mulderij et al., 2019). De aanpak van SGEB zorgt ervoor dat deze doelgroep wel wordt bereikt door het inzetten van expertise en autoriteit van verwijzers zoals huisartsen, welzijnspartijen en activeringscoaches; hiermee wordt een *bron* ingezet die vertrouwen opwekt. Daarnaast is het laagdrempelig omdat vrouwen in gelijke omstandigheden ook de cursus geven. Dit leidt met name tot vermindering van de sociale isolatie (Bates & Machin, 2016). Onderdeel van elke georganiseerde interventie SGEB op wijkniveau is de vorming van het samenwerkingsverband met professionals van de eerstelijnszorg, gemeenten en het lokale beweegaanbod op initiatief van de organisator/ leefstijladviseur. Een dergelijk samenwerkingsverband is noodzakelijk voor de effectiviteit van deze wijkgerichte interventies (van den Muijsenbergh, 2019). Daarnaast stromen mensen sneller door naar het lokale beweegaanbod als het goedkoop en laagdrempelig is (Helmink, Van Boekel, & Kremers, 2011). Het *kanaal* van informatievoorziening is bij deze interventie persoonlijke contact, dat begint al bij de intake, en dat blijft gedurende de hele periode en daarna, omdat contacten gelegd zijn in de wijk met vrouwen in gelijksoortige situaties. Tot slot bestaat de *Boodschap* uit het geven van informatie, het opdoen van ervaringen en het leren van vaardigheden. Deze combinatie –en met name de ontwikkeling van vaardigheden- draagt bij aan de effectiviteit (O'Mara-Eves et al., 2015).

Bewustzijn

De bewustzijnsfactoren betreffen kennis, besef, risicoperceptie en cues to action. Met *beseft* ('cognizance' in het model) wordt het bewustzijn bedoeld van iemands eigen gedrag in combinatie met het besef of dit gedrag gezond is. Een voorbeeld is als een persoon denkt dat hij voldoende beweegt, terwijl dat in feite niet zo is, de kans klein is dat deze persoon zijn gedrag zal veranderen (Kasten, van Osch, Candel, & de Vries, 2019). Naast *kennis*overdracht over gezond eten en bewegen, wordt de deelnemer tijdens de intake op individueel niveau bewust gemaakt van de gezondheidsrisico's van ongezond eten en te weinig bewegen (*risicoperceptie*). Onderdeel van het voedings- en bewegingsprogramma is onder andere de uitleg over en laten ervaren van de positieve effecten van gezond eten en bewegen. De deelnemers maken kennis met de Schijf van Vijf en de relatie tussen de kook- en eetgewoonten van de deelnemers hiermee wordt uitgelegd. De deelnemers leren bewuste keuzes te maken in wat en hoeveel ze eten. Het bewustzijn wordt door het bijbrengen van deze *kennis* verder versterkt. Daarnaast wordt meer *inzicht* verkregen in *de risico's* van overgewicht, waardoor ze zelf de noodzaak leren inzien om te veranderen. Hiermee worden hun gezondheidsvaardigheden versterkt (Rademakers, 2014; van den Muijsenbergh, 2019). Als het *bewustzijn* over het eet- en beweeggedrag vergroot is, kan iemand *gemotiveerd* worden.

Motivatie

Onder *motivatiefactoren* vallen de attitude, sociale invloed, zelfeffectiviteit en intentie. Attitude bestaat volgens dit model uit twee subcomponenten: de beliefs over de consequenties van het gedrag die zowel positief als negatief kunnen zijn én de affectieve evaluatie van deze consequenties (Ajzen & Fishbein, 1991). Als mensen er bijvoorbeeld vanuit gaan dat bewegen niet goed is, dan zullen ze er ook een negatief gevoel bij hebben. Het is dus van belang deze attitudes bij te stellen. Voorts omvat sociale invloed de normen die naasten hebben ten aanzien van het gedrag – in dit geval bewegen, gezond eten en participeren- maar ook modeling, leren van het observeren van anderen, alsmede sociale steun die je krijgt van je omgeving. Zo blijkt vaak dat bij de doelgroep de zorgtaken op de voorgrond staan en soms is er sprake van een 'eetcultuur'. Deze interventie bereikt veel op het gebied van sociale steun, doordat de interventie wordt gegeven door 'peers' en er wordt veel samen gedaan, niet alleen wordt daarmee de *norm* in de groep gezet waarmee geparticipeerd wordt, over bewegen, gezond eten en meedoen, ook leert men dat samen -met gelijkgestemde anderen-

prettig is, men ziet daarmee goede *voorbeelden* en ondervindt *sociale steun*. Tevens komen de deelnemers in contact met professionals uit het welzijn, de zorg en de sport, waardoor ze weten wanneer ze voor welke hulp waar *steun* kunnen krijgen. Door de groepsgewijze activiteiten worden de normen en sociale steun verhoogd en de intrinsieke motivatie bevorderd (Bemelmans et al., 2008). Deze blijken effectief binnen leefstijlinterventies (Absetz et al., 2009; Laatikainen et al., 2012).

Self-efficacy is van groot belang voor de motivatie, dat wil zeggen de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag te kunnen veranderen (de Vries, 2017; de Vries et al., 2005; de Vries et al., 2003). De doelgroep ervaart veelal een hoge drempel om te gaan bewegen, het voedingspatroon aan te passen en meer te participeren. Men denkt dat het te moeilijk is en is bang om te falen. Door in de basis cursus te ervaren dat ze dit wel kunnen, binnen hun eigen belastbaarheid, krijgen ze vertrouwen in hun eigen kunnen op dit gebied en wordt hun *self-efficacy* vergroot en ervaren ze de positieve effecten van het nieuwe gedrag. Daarnaast wordt hun *self-efficacy* vergroot omdat zij zien dat vrouwen zoals zichzelf de cursus zelf kunnen geven. Daardoor blijkt de verandering haalbaar en krijgen ze zelfvertrouwen. *Self-efficacy* is dan ook een belangrijke factor die ervoor kan zorgen dat vrouwen ook na de interventie hun nieuwe gedrag blijven volhouden (White, Randsdell, Vener, & Flohr, 2005). Interventies die door 'peers' geleid worden blijken net zo effectief als interventies geleid door professionals. Er zijn zelfs aanwijzingen dat ze op het gebied van het vergroten van de *self-efficacy* betere resultaten behalen, waardoor de motivatie versterkt wordt (Ginis, Nigg, & Smith, 2013) zowel om meer te participeren (zoals de ervaringsdeskundigen doen) als om gezonder te eten en meer te bewegen. Uit onderzoek blijkt dat een goed contact met vrouwen in gelijke situaties in hun eigen wijk een belangrijke eerste stap is in het proces om meer te participeren in de samenleving (Bates & Machin, 2016). Tot slot wordt dan de *intentie* tot het gedrag vergroot: door samen in een groep de effecten te merken van het bewegen en gezonder eten willen deelnemers dit aanpakken en doordat ze participeren zijn ze bereid om plannen te maken in die richting (De Vries, 2005).

Actie

Onder de *actie factoren* vallen plannen die worden gemaakt worden en behouden om het gedrag te kunnen tonen, vaardigheden om het uit te voeren en vermindering van barrières die in de weg staan. De gewenste doelen worden vastgesteld en er wordt bekeken welke barrières er zijn die deze doelen belemmeren. Met de deelnemer wordt een *plan van aanpak* opgesteld. Het veranderplan wordt binnen de groepsbijeenkomsten concreet vertaald in een beweegprogramma waarbij per deelnemer aandacht is voor de belasting-belastbaarheid op individueel niveau. Op het gebied van het voedingsprogramma wordt een plan gemaakt over boodschappen en koken. Veel voorkomende *barrières* bij de doelgroep zijn de kosten van verschillende activiteiten of schuldenproblematiek en taalbarrières, tevens zijn ze niet altijd op de hoogte wat de mogelijkheden zijn om te sporten in de wijk. Doordat in deze interventies deze barrières worden weggenomen, zal het eet-en beweeggedrag blijven veranderen. Zo wordt met de sportregisseur zorg gedragen voor voldoende passend en laagdrempelig beweegaanbod, waar de deelnemers naar kunnen doorstromen. Hiermee wordt de continuïteit van het bewegen geborgd en *plannen* worden *doorgevoerd*. Op het gebied van voeding wordt geoefend met het lezen en begrijpen van etiketten, er worden boodschappen gedaan en ervaringen uitgewisseld. De deelnemer heeft *vaardigheden* geoefend, zowel in het voedings- als in het beweeggedrag. Tot slot wordt de participatie versterkt doordat de deelnemers meer duidelijkheid krijgen over wat er aan vrijwilligerswerk mogelijk is. Deelnemers die opgeleid worden als ervaringsdeskundigen leren *vaardigheden* om deze cursus te begeleiden en *maken plannen* om de cursus zelfstandig te geven, deze participatie in het hele groepsproces vergroot de kans op een actievere leefstijl (Hiemstra et al., 2007). Voor zowel de deelnemers als de opgeleide ervaringsdeskundigen geldt dat de vergroting van participatie door bijvoorbeeld het hebben van (vrijwilligers)werk of het doen van activiteiten die als betekenisvol worden gezien, bijdragen aan het vermindering van sociale isolatie (Bates & Machin, 2016). Meerdere onderzoeken tonen aan dat beweging en interventies gericht op beweging niet alleen positief effect hebben op het beweeggedrag, maar ook op fysieke en mentale ervaren gezondheid (Penedo & Dahn, 2005). Voor vrouwen geldt daarnaast nog dat maatschappelijke participatie, in de vorm van vrijwilligerswerk en betrokkenheid in de buurt, gerelateerd is aan een vermindering van het risico op psychische problemen (Ahern & Hendryx, 2008).

Tot slot is de communitybuilder een belangrijk sleutelfiguur –de ‘spin in het web’- bij deze interventie. Gedurende het hele traject heeft hij/zij contact met de deelnemers en ervaringsdeskundigen en zorgt hij/zij voor een warme overdracht tussen de zorgprofessional en de lokale sportaanbieder. Hij/zij bemiddelt in mogelijkheden omtrent vrijwilligerswerk, dit bevordert de deelname aan vrijwilligerswerk (Leemrijse, Veenhof, & De Bakker, 2013). Ook is de continuïteit van het contact van de deelnemers en ervaringsdeskundigen in dezelfde wijk een belangrijke stap in het proces om blijvend meer te participeren in de samenleving (Bates & Machin, 2016). Hiermee en door een monitoring in het nazorgtraject, wordt de continuïteit van het bewegen, gezond eten en het participeren geborgd.

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.

1. Procevaluatie Samen Gezond Eten en Bewegen (van de Looij et al, 2019)

- a) van de Looij - Jansen, P., Wentink, T., Collard, P., Mölenberg, F., Mesch, A., & Burdorf, A. (2019). *Evaluatie van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen. Een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op vrouwen in een lage sociaal-economische positie*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek & Business Intelligence / Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- b) Dit onderzoek bestaat uit zowel een *procevaluatie* als een *effectstudie*. Voor de procevaluatie zijn analyses op de registraties uitgevoerd, interviews gehouden met professionals, deelnemers en ervaringsdeskundigen en groeps gesprekken bijgewoond. Dataverzameling vond plaats tot medio 2018. Hieronder worden de belangrijkste uitkomsten omtrent het proces beschreven. In 4.2 worden de belangrijkste effecten beschreven.
- c) De interventie werd uitgevoerd in twee lage SES wijken in Rotterdam, te weten Bloemhof en Crooswijk. De totale instroom in Bloemhof, vanaf de allereerste groep in april 2015, was 252 personen. In Crooswijk zijn, vanaf september 2016, 205 personen ingestroomd. In totaal zijn er t/m 2018 457 personen ingestroomd. Van deze 457 deelnemers zijn er 49 personen (11%) doorgestroomd en opgeleid als ervaringsdeskundige. Van deze 49 personen hebben er 36 zelfstandig groepen begeleid. Dit is conform het vooraf opgestelde target.

In de procevaluatie wordt geconstateerd dat de beoogde doelgroep van kwetsbare vrouwen uit kansarme gezinnen. wordt bereikt. De scholing beperkt zich niet tot het 'eenvoudigweg' overdragen van kennis over voeding en bewegen. De communitybuilder speelt, niet alleen maar wel in het bijzonder, een belangrijke rol in het motiveren van de vrouwen, het bespreken van mogelijke problemen of belemmeringen en het trachten bijeen te houden van de groepen. De onderzoekers stellen vast dat in de onderzoeksperiode gezocht is naar een manier van leren, die goed aansluit bij de mogelijkheden en motivatie van de deelnemers. De cursusopzet, zoals uitgewerkt in de cursusmap, biedt op zich een goede structuur. Er kan niet veel worden verwacht van huiswerkopdrachten en oefeningen die schriftelijke vaardigheden vergen. De groepsdynamica lijkt te werken. Deelnemende vrouwen ondersteunen elkaar bij het doen van oefeningen of het maken van opdrachten in de les. De ambitie, dat ervaringsdeskundigen in staat zijn zelfstandig groepen te begeleiden is te hoog gegrepen. De uiteindelijke kracht van het programma zit in de (doorlopende) mix van professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid. Geconstateerd kan worden dat voor de werving van deelnemers is samengewerkt met verschillende organisaties. Veel minder samenwerking heeft plaatsgevonden voor de follow up en de eventuele doorstroming van deelnemers naar ander aanbod in de wijk.

Ervaren effecten volgens professionals waren vooral bewustwording ('in beweging komen'), vergroten van zelfvertrouwen, kennis en sociale steun en het toepassen van een gezonde leefstijl (gezondere voeding

kopen, klaarmaken en eten , meer bewegen). Ervaringsdeskundigen en deelnemers benoemen zelf als belangrijke effecten de toename in kennis en meer sociale contacten. Ook blijkt uit de interviews dat ze in staat zijn hun kennis om te zetten in gezond gedrag (gezonder eten, meer bewegen).

De onderzoekers constateren de interventie heeft bijgedragen aan een gezondere leefstijl en dat het centrale mechanisme dat, volgens de theorie van SGEB, zou moeten leiden tot gedragsverandering door de empirie wordt ondersteund. De versterking van het psychologisch, cultureel en sociaal kapitaal van deelnemers leidt tot meer gezond gedrag en maatschappelijke activering. Dat betekent ook dat het project de dubbele doelstelling van de bevordering van een gezonde leefstijl en maatschappelijke activering waar maakt.

Naar aanleiding van deze procesevaluatie zijn een aantal wijzigingen door de interventie-eigenaar doorgevoerd: Zo zijn afspraken gemaakt met de intermediaire doelgroep hoe beter te selecteren op motivatie en ernstige gezondheidsbelemmeringen, zodat in de toekomst het uitvalspercentage minder wordt (op dit moment het uitvalspercentage van SGEB overeen met die van andere GLI' s). Professionals worden gewezen op de persoonlijke intake tijdens de informatiebijeenkomst om zo een inschatting te kunnen maken van de motivatie en belastbaarheid. Dit zou tevens tot gevolg moeten hebben dat 'high potentials' eerder worden geselecteerd als ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen geven altijd in tweetallen of meer les, daarnaast is professionele expertise aan het begin ernaast nodig, vanwege de onervarenheid van de vrouwen met kennisverwerking en kennisoverdracht, de onzekerheid die daarmee gepaard gaat, maar bijvoorbeeld ook omdat hun status als 'deskundige' niet zomaar wordt aanvaard door deelnemersgroepen.

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?

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.

A. Onderzoek naar de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen

1. Effectevaluatie van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen (Burdorf et al, 2019)

- a) van de Looij - Jansen, P., Wentink, T., Collard, P., Mölenberg, F., Mesch, A., & Burdorf, A. (2019). *Evaluatie van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen. Een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op vrouwen in een zwakke sociaaleconomische positie*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, afdeling Onderzoek & Business Intelligence / Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- b) Dit onderzoek betreft een niet experimenteel veranderingsonderzoek met begin-, eind- tussen- en follow-up (=jaar na start) meting. In totaal zijn 432 vrouwen gestart met de interventie tussen april 2015 en mei 2018. Van 378 deelnemers (87.5%) zijn uitkomsten beschikbaar op veel verschillende uitkomstmaten (onder andere gewicht, BMI, ervaren gezondheid, bewegen, voedingspatronen, participatie) op vier meetmomenten (aanvang, direct na de cursus, een half jaar na start, en een jaar na start). Van 133 deelnemers is er een begin- en eind meting een jaar na start (35.2%). In deze samenvatting bespreken we enkele resultaten die aanvang en een jaar na start meting vergelijken. Er zijn uitkomsten beschikbaar van

deelnemers die de cursus hebben gevolgd bij professionals (N=125) en van deelnemers die de cursus hebben gevolgd bij ervaringsdeskundigen (N=253).

- c) Het onderzoek heeft de effectiviteit onderzocht van SGEB in Rotterdam in de wijken Bloemhof en Crooswijk. Dit betreffen beide 'zeer lage ses wijken' (van den Berg-de Ruiters, Schouten, Smit, & van Veelen-Dieleman, 2014). Tevens zijn Bloemhof en Crooswijk de wijken waar het percentage mensen met matig en ernstig overgewicht het hoogste is van Rotterdam (respectievelijk 65 % en 56% van 19 jaar ouder hebben matig of ernstig overgewicht (de Jongh, Koene-Smit, Koppelaar, Schouten, & van Veelen, 2017). De 378 deelnemers kwamen allemaal uit een lage sociaaleconomische klasse, getuige postcode (Crooswijk en Bloemhof), opleiding (56% lager of geen opleiding), geen betaalde baan (91,2%) en één-ouder gezinnen (49%). Van de respondenten heeft 88,4% geen Nederlandse afkomst en 77,2% overgewicht of obesitas. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat zowel BMI als gewicht afnam tot gemiddeld -0,8 kg/m² (95% CI: -1,1; -0,5) een jaar na de interventie. In percentages verandering van het BMI betreft het een daling van -2,8% (één jaar na). Ook daalde het lichaamsgewicht gedurende de interventie met gemiddeld -2,0 kg (95% CI: -2,8; -1,3) een jaar na de interventie. De ervaren fitheid is tevens verbeterd: zo gaf bij aanvang slechts 40,6% een voldoende voor fitheid en één jaar na start van de interventie was dit verder gestegen naar een ruime meerderheid (64,6%) die een voldoende geeft voor haar eigen fitheid.

Ook werd er vaker meer dan 150 minuten per week bewogen; van 56,4% naar 75,8% een jaar later. Het gemiddeld aantal dagen rauwkost eten is gestegen van gemiddeld 4 naar gemiddeld 5 dagen per week. Tot slot zijn er op het gebied van participatie positieve resultaten gevonden tussen begin van de interventie en een jaar later: meer vrouwen gaven aan vaker met anderen te sporten (van 27% naar 48,3%), meer vrouwen hadden wekelijks contact met familie of vrienden (van 74,8% naar 85,2%) en meer vrouwen gaven hulp (van 20,3% naar 28,4%). Het aantal vrouwen dat vrijwilligerswerk deed was gestegen van 28,9% naar 36,1%.

Het Erasmus MC heeft geconcludeerd dat bij de 49 opgeleide ervaringsdeskundigen ondanks het feit dat er bij start op het gebied van participatie (meer contact met burens en familie dan de deelnemers, meer vrijwilligerswerk) en ervaren fitheid (vaker voldoende fitheid dan deelnemers) verschillen waren met de startmeting van deelnemers, de veranderingen in gewicht vergelijkbaar zijn met dat van de deelnemers, dit was met 1,8 kg gedaald een jaar na de interventie (95% CI: -3,6; -0,1). Ook was de participatie van de ervaringsdeskundigen verder verbeterd: bij start deed 36,1% aan vrijwilligerswerk en één jaar later was dit gestegen naar 58,2% (Odds Ratio: 2,4; 95% CI: 0,9; 6,2).

Het Erasmus MC concludeert dat Samen Gezond Eten en Bewegen effectief is op het gebied van gewicht, bewegen, ervaren gezondheid en op het gebied van participatie voor deelnemers. Tevens blijkt het effectief op het gebied van gewicht en participatie voor ervaringsdeskundigen. Tot slot is het even succesvol als groepen begeleid worden door professionals als door ervaringsdeskundigen, waarbij op het gebied van ervaren gezondheid zelfs positievere resultaten behaald zijn in de groep begeleid door ervaringsdeskundigen. Het resultaat van SGEB op de uitkomstmaat BMI is vergelijkbaar met het drietal door RIVM als effectief erkende leefstijlinterventies, zij het dat SGEB een groter bereik heeft onder lage SES-groepen.

De interventie-eigenaar gaat aan de slag met de geopperde aanpassingen binnen het onderzoek, zoals het invoeren van een stappenteller en het ontwikkelen van een uitgebreidere voedingsvragenlijst gericht op lagere sociaaleconomische groepen die rekening houdt met diverse eetculturen.

2. Kwalitatief onderzoek naar Samen Gezond Eten en Bewegen (Lelieveld, 2018)

- a) Lelieveld, I. S. (2018). *Experiences and Effective Elements of Community-Peer Based Interventions*. Amsterdam: VU University.
- b) Dit onderzoek betreft een kwalitatieve studie naar de effecten en succesfactoren van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen. Hiervoor zijn observaties uitgevoerd bij vijf verschillende interventiegroepen en zijn er 15 gestructureerde interviews afgenomen bij deelnemers, ervaringsdeskundigen en professionals.

c) Uit deze kwalitatieve effectstudie, valt te concluderen dat de vrouwen nieuwe kennis over voeding en bewegen hebben opgedaan én meer zelfvertrouwen hebben. Een aantal van hen gaf aan meer te sporten –alleen maar ook in de groepen- ze aten gezonder en ze gaven aan meer zelfvertrouwen te hebben gekregen. Ze waren zich tevens meer bewust van gezond eten en gaven dit door aan hun families. Naast deze ervaren effecten, gaven zij verder aan dat ze de ervaringsdeskundigen en de professionals prettig vonden, en dat ze ze vertrouwen. Ook de ervaringsdeskundigen gaven aan dat ze veel vertrouwen en goed contact hadden met de professionals. Ondanks dat alle deelnemers aangaven dat ze het leuk vonden in de groep, bleek het dat ze daarnaast geen activiteiten ondernamen met de groep. Meninge n over de cursusmap liepen uiteen en professionals en deelnemers gebruikten het vaak op hun eigen wijze en naar eigen mogelijkheden. Volgens de onderzoeker is nog een slag te slaan m.b.t. eenduidige organisatie van de verschillende communities en dat activiteiten binnen de community gestimuleerd worden o.a. door de introductie van netwerkpartners binnen de community.

Naar aanleiding van dit onderzoek is een aantal wijzigingen doorgevoerd. Zo wordt het draaiboek door ervaringsdeskundigen vooral praktisch ingezet –en wordt er bijvoorbeeld meer geoefend door het bespreken van meegenomen maaltijden. De cursusmap voor deelnemers is een aantal keer gebruikt en aangepast door netwerkpartners in het kader van het beter leren beheersen van de Nederlandse taal. M.b.t de organisatie is ingezet op een aanpak 'op maat' binnen elke wijk met lokale netwerkpartners. De communitybuilder heeft een grotere rol gekregen in het signaleren van noodzakelijke doorverwijzingen naar netwerkpartners en de terugkoppeling daarover. Deelnemers kunnen nu makkelijker doorstromen.

B. Onderzoek naar andere leefstijlinterventies in Nederland en daarbuiten

1. Effect studie Samen Sportief in Beweging (Mölenberg et al, 2018.)

- a) Mölenberg, F., Mesch, A., Burdorf, A. (2018) *Effect studie Samen Sportief in Beweging, een gecombineerde leefstijl interventie gericht op lagere sociaal economische groepen*. Rotterdam: Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- b) De effectiviteit van de interventie Samen Sportief in Beweging (SSiB) is recentelijk onderzocht. De interventie werd uitgevoerd op locaties in Rotterdam die bekend staan als lage SES wijken. In de twee onderzoeken tezamen waren 270 deelnemers (83.9% vrouw). Voorafgaand, direct na de basiscursus en één jaar na aanvang van de basiscursus werd het gewicht, BMI, buikomvang, wandeltest en zelf ervaren gezondheid (met een rapportcijfer) gemeten. Het gewicht, BMI en buikomvang van de deelnemers is afgenomen tussen start van de basiscursus tot een jaar na aanvang. Ook op het gebied van bewegen zijn positieve resultaten gevonden. Ook de ervaren gezondheid is toegenomen.
- c) Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat SSiB zorgt voor een verlaging van gewicht, een gezondere BMI en buikomvang en een beter ervaren gezondheid. Dit geldt niet alleen direct na de basiscursus, maar ook op de lange termijn. Dit ondersteunt de duurzaamheid van SSiB alsmede de succesvolle implementatie op andere locaties. De gevonden positieve resultaten bleken aan te houden tot zes maanden en/of één jaar na de basiscursus, op de verschillende locaties. SSiB is effectief in het verlagen van lichaamsgewicht, BMI en buikomvang en verhogen van ervaren gezondheid in lager sociaaleconomische groepen.

Dit onderzoek geeft de effectiviteit weer van Samen Sportief in Beweging, een interventie die vergelijkbaar is met Samen Gezond Eten en Bewegen. Het is dezelfde interventie, met die uitzondering dat Samen Gezond Eten en Bewegen ook een opleidingstraject omvat, en ervaringsdeskundigen de deelnemers begeleiden. SGEB is derhalve een uitgebreidere interventie.

2. RCT interventie naar de effectiviteit van een interventie gegeven door vrijwilligers ten behoeve van de verbetering van fysieke activiteit bij ouderen door vrijwilligers (Buman et al, 2011)

- a) Buman, M. P., Giacobbi Jr, P. R., Dzierzewski, J. M., Morgan, A. A., McCrae, C. S., Roberts, B. L., & Marsiske, M. (2011). RCT. *Peer volunteers improve long-term maintenance of physical activity with older adults: a randomized controlled trial*. Journal of Physical Activity and Health, 8(s2), S257-S266
- b) Dit onderzoek betreft een randomized controlled trial naar de effectiviteit van een interventie die door 'peers' wordt gegeven in een wijk setting, ter bevordering van de fysieke activiteit van ouderen. Ze vergeleken de effecten tussen deze methode en het standaard aanbod direct na de interventie periode van 16 weken, en 18 maanden later. De 91 deelnemers werden gerandomiseerd in de interventie gegeven door 'peers' of de standaard interventie. Beide waren wijk gericht, gedurende 16 weken en bestond uit fysieke oefeningen, coaching, doelen stellen en sociale steun.
- c) Uit de resultaten blijkt dat direct na de interventie beide groepen meer bewogen dan aan het begin en er was geen verschil tussen beiden. Bij follow-up bleek dat de deelnemers uit de 'peer' groepen meer bewogen dan de deelnemers uit de andere groep. De onderzoekers verklaren dit met name door een verhoging van self-efficacy en daarmee verhoogde intrinsieke motivatie (Buman et al., 2011).

Dit onderzoek is vergelijkbaar met Samen Gezond Eten en Bewegen, het heeft een vergelijkbare duur, met name vrouwen namen deel, het wordt geleid door ervaringsdeskundigen en er zijn positieve effecten gevonden op het gebied van bewegen. Verschillen tussen Samen Gezond Eten en Bewegen is dat de vrouwen in deze studie niet per se overgewicht hadden of een lage SES.

3. Een systematische review naar de effectiviteit van gezondheidsinterventies gericht op de wijk

(O'Mara Eves et al, 2015)

- a) O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). *The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis*. *Bmc Public Health*, 15(1), 129. doi:10.1186/s12889-015-1352-y
- b) Dit onderzoek betreft een systematische literatuurstudie en meta-analyse naar de effectiviteit van wijkgerichte gezondheidsinterventies.
- c) Uit hun analyses blijkt dat interventies effectief waren op alle uitkomsten. Zij vonden dat interventies die werden uitgevoerd door community leden met name succesvol waren (ten opzichte van interventies die community leden wel betrokken, maar niet in de uitvoering). Tevens concludeerden zij dat interventies die vaardigheden trairden betere uitkomsten lieten zien dan interventies die alleen kennis bijbrachten. Tot slot bleek dat de interventies het meest succesvol waren bij deelnemers met een lage sociaaleconomische status (in vergelijking tot groepen die geselecteerd waren op basis van andere variabelen).

In dit onderzoek worden verschillende interventies beschreven, waarvan een aantal vergelijkbaar zijn met Samen Gezond Eten en Bewegen: te weten op het gebied van bewegen en gezond eten, met zowel opleiding en uitvoering van ervaringsdeskundigen, en voor mensen met een lage sociaaleconomische status.

4. Studie communities in beweging (Hiemstra et al, 2007)

- a) Hiemstra, A., Kalkman, I., Vlasveld, A., Aldenkamp, R., Herens, M., & Van Lindert, C. (2007). *Doe mee en Beweeg mee. De eindbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2006)*. Bennekom: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).
- b) Communities in Beweging (CiB) is een interventie waarbij het doel is meer contact en meer beweging in de wijk. Speerpunt van CiB is dat de groep (community) zelf verantwoordelijk voor de inhoud en de organisatie is van het project. Actieve participatie en empowerment zijn daarom cruciale processen, waarbij de groep de eigen competenties benut en zoekt naar wegen om ideeën vorm te geven. De leden van de groep leren in een veilige omgeving een aanbod uit te voeren en dat geeft vertrouwen. Die ervaring leidt ertoe dat de groepsleden op hun beurt weer de ambassadeurs van hun eigen community worden. De aanpak is geschikt voor mensen uit een lagere sociaaleconomische klasse. Belangrijk is dat groepen die via regulier aanbod niet in beeld komen, via sleutelfiguren uit de community gevonden worden om met (bestaende) groepen te werken aan een gezonde en actieve leefstijl.
- c) De werkwijze van CiB, die gekenmerkt wordt door participatie, laagdrempeligheid en vraaggericht werken (afgaan op wensen en behoeften), laat zien dat met deze werkwijze alle deelnemers met plezier voldoende in beweging te kunnen krijgen en te houden. Naast beweegaanbod op maat wordt door de expliciete aandacht voor het groepsproces en de groepsbinding de beklijving in het beweeggedrag gestimuleerd. Ook in het dagelijks leven blijken de deelnemers hun beweeggedrag te verbeteren. Wel vergt de toepassing van CiB politieke en bestuurlijke wil, tijd, menskracht en specifieke vaardigheden. Het is daarom van belang om goed samen te werken met verschillende organisaties en sectoren (gezondheid, welzijn en sport). De verschillende sectoren kunnen veel van elkaar leren, en met de inzet van de verschillende deskundigheden, middelen en instrumenten effectiever en efficiënter samenwerken.

Dit onderzoek is vergelijkbaar met Samen Gezond Eten en Bewegen op het gebied van de inzet van ervaringsdeskundigen (de ambassadeurs van CiB) en de opbouw van een community. Verschil is dat bij SGEB de selectie voor ervaringsdeskundigen gedurende de interventie plaatsvindt en niet voorafgaand. Positief daaraan is dat er dan meer duidelijkheid is over de vaardigheden en motivatie die er toe leiden dat iemand geschikt is om ervaringsdeskundige te worden. Tevens wordt bij SGEB weliswaar het vraaggericht werken gehanteerd, maar met professionele sturing.

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

Inhoudelijke elementen:

- Groepsbenadering: participatie in eigen doelgroep uit dezelfde buurt; Deze groepsbenadering leidt tot de vorming van bestendige communities van vrouwen die ook na de scholing met elkaar bezig zijn met gezonde leefstijl en participatie.
- De inzet van ervaringsdeskundigen. Daardoor is er een betere aansluiting met de groep, is er positief voorbeeld en worden er meer deelnemers bereikt.
- Gecombineerde leefstijlinterventie: de combinatie van voeding en beweging is effectiever dan de afzonderlijke programma's
- Gericht op meer participeren, zorgt voor bestendinging van nieuw gedrag

Praktische elementen

- In een veilige, stimulerende omgeving ervaren dat verandering mogelijk is;
- De organisatie van een institutioneel netwerk van organisaties gericht op zorg, welzijn en sport. Dit netwerk zorgt voor de toeleiding van vrouwen naar SGEb en ook in het bieden van aanbod nadat de vrouwen de cursus van SGEb hebben gevolgd.
- Ervaringsdeskundigen geven samen les in duo's of in trio's;
- Doorlopende professionele ondersteuning van ervaringsdeskundigen door voedings- en bewegingsexperts en coach;
- Duidelijk, beknopt cursusboek als leidraad/structuur voor vormgeving lessen, ervaringsleren (door oefenen en bespreken van praktijkervaringen in de groep).
- Een coördinerende spin in het web: de communitybuilder.

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

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).

- Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., . . . Uutela, A. (2009). Type 2 diabetes prevention in the real world: three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care*, *32*(8), 1418-1420.
- Ahern, M. M., & Hendryx, M. (2008). Community Participation and the Emergence of Late-Life Depressive Symptoms: Differences between Women and Men. *Journal of Women's Health*, *17*(9), 1463-1470. doi:10.1089/jwh.2007.0752
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1991). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracón, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah: New Jersey: Erlbaum.
- Bates, J., & Machin, A. (2016). Locality, loneliness and lifestyle: a qualitative study of factors influencing women's health perceptions. *Health & Social Care in the Community*, *24*(5), 639-648. doi:10.1111/hsc.12242
- Bemelmans, W., Wendel-Vos, G., Bogers, R., Milder, I., De Hollander, E., Barte, J., . . . Jacobs-van der Bruggen, M. (2008). *Kosteneffectiviteit beweeg-en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur*. Retrieved from
- Blokstra, A., Vissink, P., Venmans, L., Holleman, P., Van der Schouw, Y., Smit, H., & Verschuren, W. (2012). Nederland de Maat Genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking.
- Brug, J., van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (8e druk ed.). Assen: van Gorcum/Open Universiteit.
- Buman, M. P., Giacobbi Jr, P. R., Dzierzewski, J. M., Morgan, A. A., McCrae, C. S., Roberts, B. L., & Marsiske, M. (2011). Peer volunteers improve long-term maintenance of physical activity with older adults: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Activity and Health*, *8*(s2), S257-S266.
- Davis, C., Strachan, S., & Berkson, M. (2004). Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, *42*(2), 131-138. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.07.004>
- de Jongh, C., Koene-Smit, N., Koppelaar, P., Schouten, G., & van Veelen, N. (2017). *Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen 2016. Tabellenboek gebied Feijenoord*. Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence / GGD Rotterdam-Rijnmond.
- de Vries, H. (2017). An Integrated Approach for Understanding Health Behavior. In *Psychology and Behavioral Science International Journal* (Vol. 2).
- de Vries, H. (2019). I-Change Model.
- de Vries, H., Mesters, I., van de Steeg, H., & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling*, *56*, 154-165.
- de Vries, H., Mudde, A., I., L., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., . . . Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, *18*(5), 611-626.
- Ginis, K. A. M., Nigg, C. R., & Smith, A. L. (2013). Peer-delivered physical activity interventions: an overlooked opportunity for physical activity promotion. *J Translational behavioral medicine*, *3*(4), 434-443.

- Helmink, J., Van Boekel, L., & Kremers, S. (2011). *Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hiemstra, A., Kalkman, I., Vlasveld, A., Aldenkamp, R., Herens, M., & Van Lindert, C. (2007). *Doe mee en Beweeg mee. De eindbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2006)*. Bennekom: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).
- Kasten, S., van Osch, L., Candel, M., & de Vries, H. (2019). The influence of pre-motivational factors on behavior via motivational factors: a test of the I-Change model. *BMC Psychology*, 7(7). doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0283-2>
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H., & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- Laatikainen, T., Philpot, B., Hankonen, N., Sippola, R., Dunbar, J. A., Absetz, P., . . . Vartiainen, E. (2012). Predicting changes in lifestyle and clinical outcomes in preventing diabetes: the Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. *Preventive medicine*, 54(2), 157-161.
- Larsson, U., Karlsson, J., & Sullivan, M. (2002). Impact of overweight and obesity on health-related quality of life—a Swedish population study. *International Journal of Obesity*, 26(3), 417-424. doi:10.1038/sj.ijo.0801919
- Leemrijse, C., Veenhof, C., & De Bakker, D. (2013). Huisarts en buurtsport moeten samenwerken: Preventie gebaat bij bewegen als normale gewoonte. *Medisch Contact*, 68(41), 2110-2112.
- Lelieveld, I. S. (2018). *Experiences and Effective Elements of Community-Peer Based Interventions*. Amsterdam: VU University.
- Marques, A., Peralta, M., Naia, A., Loureiro, N., & de Matos, M. G. (2017). Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *European Journal of Public Health*, 28(2), 295-300.
- Meeusen, M. J. G., van Wijk, E. E. C., Hoogendam, K., Ronteltap, A., & van 't Riet, J. (2010). *Eetgewoonten van laagopgeleiden*. Retrieved from Den Haag:
- Mond, J. M., & Baune, B. T. (2009). Overweight, Medical Comorbidity and Health-related Quality of Life in a Community Sample of Women and Men. *Obesity*, 17(8), 1627-1634. doi:10.1038/oby.2009.27
- Moore, S., Daniel, M., Paquet, C., Dubé, L., & Gauvin, L. (2009). Association of individual network social capital with abdominal adiposity, overweight and obesity. *Journal of Public Health*, 31(1), 175-183.
- Mulderij, L., Verkooijen, K., & Wagemakers, A. (2019). Gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1-2.
- Neovius, K., Rehnberg, C., Rasmussen, F., & Neovius, M. (2012). Lifetime productivity losses associated with obesity status in early adulthood: a population-based study of Swedish men. *Appl Health Econ Health Policy*, 10(5), 309-317. doi:10.2165/11632770-000000000-00000
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *Bmc Public Health*, 15(1), 129. doi:10.1186/s12889-015-1352-y
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Portegijs, W., & van den Brakel, M. (2018). *Emancipatiemonitor 2018*. Retrieved from Den Haag:
- Rademakers, J. (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend. *Utrecht: Nivel*.

- Schokker, D. F., Visscher, T. L., Nooyens, A. C., van Baak, M. A., & Seidell, J. C. (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obes Rev*, 8(2), 101-108. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00273.x
- Shields, M., & Shooshtari, S. (2001). Determinants of self-perceived health. *Health reports*, 13(1), 35-52.
- Toxopeus, I. B., Hoeymans, N., Geurts, M., Mengelers, M. J. B., Temme, E. H. M., & Ocké, M. C. (2017). Wat ligt er op ons bord?: Methodologisch achtergrondrapport bij 'Veilig, gezond en duurzaam eten in Nederland'.
- van den Berg-de Ruiters, A. E., Schouten, G. M., Smit, N., & van Veelen-Dieleman, N. F. A. (2014). *Gezondheid in kaart 2014. Goeree-Overflakkee*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- van den Muijsenbergh, M. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1), 36-39. doi:10.1007/s12508-019-0223-9
- van Vliet, K., & Winsemius, A. (2011). Gezond en wel participeren. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(3), 150-152.
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van, Zantinge, E.M. (2012). Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht?. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid/ Determinanten/ Persoonsgebonden/ Overgewicht, 2012
- Webel, A. R., Okonsky, J., Trompeta, J., & Holzemer, W. L. (2010). A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *American journal of public health*, 100(2), 247-253.
- Weiss, D. R., O'Loughlin, J. L., Platt, R. W., & Paradis, G. (2007). Five-year predictors of physical activity decline among adults in low-income communities: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 2.
- White, J. L., Randsdell, L. B., Vener, J., & Flohr, J. A. (2005). Factors related to physical activity adherence in women: review and suggestions for future research. *Women & health*, 41(4), 123-148.
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., & Wyatt, S. B. (2015). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Current Obesity Reports*, 4(3), 363-370. doi:10.1007/s13679-015-0169-4
- Wright, S. M., & Aronne, L. J. J. A. R. (2012). Causes of obesity. 37(5), 730-732. doi:10.1007/s00261-012-9862-x
- Wyatt, S. B., Winters, K. P., & Dubbert, P. M. (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *The American journal of the medical sciences*, 331(4), 166-174.

1. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Van medio 2016 t/m medio 2019 is de interventie SGEB uitgevoerd in Crooswijk. In Crooswijk hebben volwassenen vergeleken met de rest van Rotterdam (en Nederland) een laag inkomen, bewoners ervaren hun gezondheid als slecht, voldoen veelal niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en bij meer dan de helft is sprake van overgewicht. De interventie-eigenaar heeft gezorgd voor een netwerk dat zich wilde inzetten en wilde samenwerken om de ervaren gezondheid van de bewoners te verbeteren. Vanuit Taskforce Tegenprestatie van gemeente Rotterdam werden vrouwen met een inspanningsverplichting doorverwezen naar de communitybuilder. Daarnaast werden via de lokale aanbestedingspartij en scholen in de buurt vrouwen enthousiast gemaakt om mee te gaan doen met de interventie.

In 2016 en 2017 zijn twee groepen vrouwen opgeleid als ervaringsdeskundigen door een lokale fysiotherapeut en diëtiste. Daarnaast was een communitybuilder (werkzaam de Vrijwilligerswinkel, een lokale welzijns partij met een opdracht activering richting vrijwilligerswerk) actief en fungeerde als coach van de opgeleide ervaringsdeskundigen en spin in 't web voor eventuele doorverwijzing richting netwerkpartners. In totaal zijn 25 ervaringsdeskundigen opgeleid en 211 deelnemers bereikt. De vrouwen voelden een jaar na start fitter, vielen af, bewegen meer, eten gezonder, ervaren minder gezondheidsklachten tijdens het doen van actieve dingen en hebben een beter ervaren gezondheid. Daarnaast zijn ze meer vrijwilligerswerk gaan doen. Op dit moment geven de ervaringsdeskundigen les op scholen en buurthuizen in de wijk. Zo'n 60 vrouwen volgen deze lessen trouw, melden zich af via een whatsapp groep of bij de communitybuilder.

Een voorbeeld van een les gegeven door de opgeleide ervaringsdeskundigen:

Het betreft een cultureel diverse groep van 2 ervaringsdeskundigen en 15 deelnemers plus de communitybuilder, waarvan de meesten sportkleding dragen. Exact om 10.00 uur wordt de muziek aangezet en beginnen de deelnemers met een wandeling door de zaal. Er wordt nog wat gekletst onderling. De voertaal is Nederlands, al worden uitstapjes naar het Turks en Arabisch gemaakt. Na wat jogging en warming up, beginnen de oefeningen.

De ervaringsdeskundigen introduceren wat nieuwe oefeningen aan de groep. De inzet van de deelnemers is naar vermogen. Enkelen, die wat vermoeid zijn of pijntjes hebben, rusten tussendoor aan de kant wat uit, iemand anders doet de oefeningen op een stoel. Eén van de deelnemers wordt naar buiten gestuurd om wat frisse lucht te krijgen. Eén van de ervaringsdeskundigen houdt de vrouwen die moeite hebben met het volgen van de oefeningen in het oog en praat met hen over wat hen mankeert.

Op zeker moment worden de oefeningen wat zwaarder gemaakt door flesjes water als gewichten te gebruiken. De ervaringsdeskundigen moedigen de deelnemers voortdurend aan om vol te houden of zich nog iets meer in te spannen. De twee ervaringsdeskundigen vullen elkaar op een natuurlijk manier aan als een van hen iets vergeet te vertellen of voor te doen.

Op het eind van de les gaat de muziek uit en worden strek- en ontspanningsoefeningen uitgevoerd. Na een uur is de les afgelopen. De communitybuilder vraagt of ze nog iets kan betekenen voor de deelnemers en ervaringsdeskundigen en geeft aan dat ze na de les nog beschikbaar is voor vragen. De deelnemers en ervaringsdeskundigen drinken samen nog wat thee en koffie. Dan gaat ook een presentielijst rond en wordt getekend, die de communitybuilder mee neemt.