

# Fitalo

*Jouw route naar een actieve leefstijl*

## Werkblad beschrijving interventie op het niveau Goed Onderbouwd en niveau Effectief

Gebruik bij het invullen van dit werkblad  
de bijbehorende handleiding

Versiedatum: december 2022

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Universitair Medisch Centrum Groningen – Centrum voor Revalidatie / Huis voor de Sport Groningen

---

E-mail: [l.a.krops@umcg.nl](mailto:l.a.krops@umcg.nl) / [info@hvdsg.nl](mailto:info@hvdsg.nl)

---

Telefoon: 050-3618663 / 050-8700100

---

Website (van de interventie): [www.hvdsg.nl/fitalo](http://www.hvdsg.nl/fitalo)

---

## Contactpersoon 1

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam contactpersoon: Dr. L.A. (Leonie) Krops

---

E-mail: [l.a.krops@umcg.nl](mailto:l.a.krops@umcg.nl)

---

Telefoon: 050-3618663

---

## Contactpersoon 2 (indien van toepassing)

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam contactpersoon: Mw. L. Schans

---

E-mail: [l.schans@hvdsg.nl](mailto:l.schans@hvdsg.nl)

---

Telefoon: 050-8700100

---

## Referentie in verband met publicatie

Naam auteur: Universitair Medisch Centrum Groningen, Centrum voor Revalidatie

interventiebeschrijving:

---

Titel interventie: Fitalo

---

Databank(en):

---

Plaats, instituut: Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen

---

Datum: 5-8-2021

---

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.

**Gebruik bij het invullen van dit werkblad de bijbehorende handleiding.**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Colofon</b>                            | <b>2</b>  |
| <b>Inhoud</b>                             | <b>3</b>  |
| <b>Samenvatting</b>                       | <b>4</b>  |
| Aanleiding voor de interventie            | 4         |
| Korte samenvatting van de interventie     | 4         |
| Doelgroep                                 | 4         |
| Doel                                      | 4         |
| Aanpak                                    | 4         |
| Materiaal                                 | 5         |
| Onderbouwing                              | 5         |
| Onderzoek                                 | 5         |
| <b>1. Uitgebreide beschrijving</b>        | <b>6</b>  |
| 1.1 Doelgroep                             | 6         |
| 1.2 Doel                                  | 6         |
| 1.3 Aanpak                                | 8         |
| <b>2. Uitvoering</b>                      | <b>13</b> |
| <b>3. Onderbouwing</b>                    | <b>18</b> |
| <b>4. Onderzoek</b>                       | <b>25</b> |
| <b>5. Samenvatting werkzame elementen</b> | <b>25</b> |
| <b>6. Aangehaalde literatuur</b>          | <b>29</b> |
| <b>7. Praktijkvoorbeeld</b>               | <b>32</b> |

# 0 Samenvatting

Maximaal anderhalf A-4tje, max 700 woorden

## 0.1 Aanleiding voor de interventie (probleemstelling in het kort) – max 150 woorden

Mensen met een motorische beperking of chronische ziekte bewegen minder dan de algemene populatie (CBS & RIVM, 2020), terwijl voldoende lichamelijke beweging juist ook bij deze doelgroep kan leiden tot een betere (ervaren) biomedische en psychosociale gezondheid, en een hogere kwaliteit van leven (Krops et al., 2017). Voldoende beweging leidt tot een beter herstel, en vermindert de kans op bijkomende chronische ziekten (tertiaire preventie). Er vindt een verschuiving van zorg plaats vanuit de specialistische zorg (2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn: ziekenhuizen en revalidatiecentra) naar zorg- en welzijnsaanbieders in de eigen regio (juiste zorg op de juiste plaats). In veel regionale sportakkoorden is het in beweging krijgen van mensen met een motorische beperking of chronische ziekte één van de speerpunten. Fitalo kan als interventie worden ingezet door een gemeente om de doelen vanuit het regionale sportakkoord te bereiken.

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

Fitalo wordt uitgevoerd door een bewegecoach, samen met een netwerk van lokale zorg- en welzijnsorganisaties. Deze intermediaire organisaties verwijzen potentiële deelnemers naar Fitalo. Doel is om door individuele counseling, deelnemers in 12 maanden tijd structureel meer te laten bewegen in hun (dagelijks) leven. In de vorm van georganiseerde beweging, maar ook door meer bewegen in het dagelijks leven, zoals wandelen of fietsen. Hierbij wordt aangesloten bij de wensen van de deelnemer en lokale mogelijkheden, om duurzame gedragsverandering te waarborgen. Deelnemers hebben een intake met de bewegecoach en een gezondheidscheck bij een fysiotherapeut. Gedurende een jaar vinden 3 counseling sessies (o.b.v. motivational interviewing) plaats met de bewegecoach. Tussentijds is regelmatig kort telefonisch contact. Deelnemers krijgen een activiteitenmonitor in bruikleen en krijgen daarbij coaching van de bewegecoach. Driemaal per jaar wordt een monitoringsdagdeel gepland in de regio waarbij de voortgang van deelnemers wordt gemonitord via fysieke tests (gezondheid, fysieke fitheid).

## 0.3 Doelgroep – max 50 woorden

Fitalo richt zich op mensen vanaf 18 jaar met een motorische beperking en/of chronische ziekte die niet voldoen aan de beweegrichtlijnen. Fitalo is specifiek gericht op mensen die zelfstandig wonen.

## 0.4 Doel – max 50 woorden

Na 12 maanden bewegen deelnemers meer en hebben zij dit structureel ingebed in hun dagelijks leven, waardoor zoveel mogelijk deelnemers voldoen aan de beweegrichtlijnen.

## 0.5 Aanpak – max 50 woorden

Vorbereidingsfase (maand 1-3): In kaart brengen van lokale intermediaire organisaties en beweegaanbod. Deelnemers werven via intermediaire organisaties.

Uitvoeringsfase (maand 4-15): Per individuele deelnemer: intake met bewegecoach en gezondheidscheck bij fysiotherapeut. Begeleiding naar (on)georganiseerd beweegaanbod. Counselingsgesprekken met bewegecoach, en monitoring van gezondheidsverbetering.

Evaluatiefase: Evaluatiegesprek met individuele deelnemer en eindrapportage naar opdrachtgever.

## 0.6 Materiaal – max 50 woorden

- Handboek, met voorbeeldmaterialen: o.a. contract fysiotherapeut, rapportage counseling sessies, eindrapportage gemeente (bijlage).

- Scholing beweegcoaches: 2 dagdelen scholing over de interventie, ziektebeelden en bewegen met een beperking, training motivational interviewing (bijlage).
- Templates voor markering- en communicatiemiddelen: flyer, map voor deelnemers (bijlage).
- Benodigheden voor monitoring: o.a. handknijpkrachtmeter, activiteitenmonitors.

### **0.7 Onderbouwing** – max 100 woorden

Individuele (tailored) counseling gebruikmakend van motivational interviewing is de meest effectieve manier om mensen met een motorische beperking of chronische ziekte duurzaam in beweging te krijgen. Fitalo is ontwikkeld samen met mensen met een motorische beperking of chronische ziekte, en professionals werkzaam in dit werkveld, op basis van theoretische gedragsveranderingsmodellen (o.a. trans-theoretisch model en sociaal cognitieve theorie).

### **0.8 Onderzoek** – max 100 woorden

In 2017-2018 heeft een pilot van Fitalo plaats gevonden in drie Groningse gemeenten (georganiseerd door UMCG en Huis voor de Sport Groningen). Uit een procesevaluatie met betrokken professionals en deelnemers bleek dat Fitalo uitvoerbaar is in de praktijk. Er zijn eerste aanwijzingen voor positieve effecten op de korte termijn: toename in beweeggedrag was klein, diastolische bloeddruk, loopvaardigheid, uithoudingsvermogen en ervaren vitaliteit verbeterden gedurende de eerste 4 maanden. Effecten op de lange termijn (tot 12 maanden) worden op dit moment geanalyseerd.

# 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? Beschrijf dit zo concreet mogelijk.*

De uiteindelijke doelgroep van Fitalo bestaat uit mensen vanaf 18 jaar met een motorische beperking en/of chronische ziekte die niet voldoen aan de beweegrichtlijn (Kenniscentrum Sport en Beweging, 2020; Bull et al., 2020). Voorbeelden van diagnosegroepen zijn: mensen met hersenletsel, orthopedische problematiek, chronische pijn, reuma, neurologische aandoeningen of hart- long aandoeningen. Fitalo is specifiek gericht op mensen die zelfstandig wonen. Fitalo richt zich op mensen die wonen in de gemeente door wie de interventie als opdrachtgever wordt gefinancierd.

#### **Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

De intermediaire doelgroepen voor Fitalo zijn:

- Alle organisaties in een gemeente die gericht zijn op zorg en welzijn (bijvoorbeeld huisartsen, thuiszorg, welzijnsorganisaties, WMO consulenten, fysiotherapeuten en diëtisten)
  - o Rol: Doorverwijzing van potentiële deelnemers naar Fitalo.
- Sport- en beweegaanbieders
  - o Rol: Uitvoeren van sport- en beweegaanbod waaraan deelnemers kunnen deelnemen. Sport- en beweegaanbieders nemen na de coachingsperiode van de beweegcoach de begeleiding van de deelnemer over.
- Gemeente. Nb: de opdrachtgever is veelal een gemeente vanwege het regionale karakter en de doorverwijzingsstructuur.
  - o Rol: Faciliteren van samenwerking tussen zorg, welzijn en sportdomeinen. Afstemming van organisatorische zaken (bijv. communicatie)

#### **Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

Bij de selectie van deelnemers worden de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Inclusiecriteria:

- Deelnemers hebben een motorische beperking en/of chronische ziekte (zie 1.1 – Uiteindelijke doelgroep). Er worden in beginsel geen diagnosegroepen uitgesloten.

- Niet voldoen aan de beweegrichtlijnen: dit wordt uitgevraagd door de beweegcoach tijdens het eerste telefonische contact (zie 1.3 – Aanpak - stap 5)
- Motivatie: Voor deelname aan Fitalo is het vereist dat de deelnemer enige motivatie heeft om te bewegen. Dit kan heel klein zijn als 'weten dat het beter zou zijn om meer te bewegen'. Wanneer de deelnemer enkel weerstand heeft, en er geen motivatie is om meer te bewegen, is dit een exclusiecriteria.

Exclusiecriteria:

- Klinische of poliklinische revalidatie in een revalidatiecentrum. Na afronding van het revalidatieprogramma kunnen mensen wel deelnemen.
- Een korte, praktische bewegevraag: Wanneer potentiële deelnemers een praktische bewegevraag hebben, waarbij geen intensieve begeleiding nodig is (bijv. ik wil graag zwemmen in [woonplaats]), zal de persoon niet instromen in Fitalo, maar worden doorverwezen naar een beweegconsulent in de gemeente.
- Wanneer de fysiotherapeut het op basis van de fysieke intake onveilig acht om te bewegen kan de deelnemer niet starten. Bij twijfel moet eerst een (huis)arts worden geraadpleegd.
- Mensen die in een instelling (bijv. verpleeghuis) wonen of verblijven.

Bij deze doelgroep is vaak sprake van multi-problematiek. Wanneer er sprake is van aanvullende problematiek, bijvoorbeeld op het vlak van psychosociale gezondheid of financiële situatie, is dit geen exclusiecriteria voor deelname aan Fitalo. De beweegcoach zal adviseren om contact op te nemen met andere specialisten (bijvoorbeeld maatschappelijk werk), maar zal geen specifieke begeleiding bieden op andere vlakken dan bewegen en sport.

De initiële selectie gebeurt door de doorverwijzer (intermediaire doelgroep). Na doorverwijzing bepaalt de beweegcoach samen met de deelnemer of het programma daadwerkelijk bij de deelnemer past, door de in- en exclusiecriteria te controleren, en verwachtingen van de interventie af te stemmen. Daarna kan de deelnemer starten met Fitalo (zie ook Inhoud van de interventie - stap 5).

Als intermediaire doelgroep worden alle organisaties vanuit zorg- en welzijn werkzaam in de gemeente, en alle sport- en beweegaanbieders in de gemeente benaderd. Het doel is om een zo groot mogelijk netwerk te creëren, zodat de volledige doelgroep kan worden bereikt en worden begeleid.

### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Op welke manier was de doelgroep (eventueel) betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie?*

Bij de ontwikkeling van Fitalo zijn wensen van zowel de einddoelgroep (mensen met een motorische beperking of chronische ziekte) en de intermediaire doelgroep (professionals) opgehaald door middel van interviews en focusgroepen. Op basis van deze wensen is de interventie samengesteld. Na de eerste pilot (haalbaarheidsstudie) zijn opnieuw interviews gedaan met deelnemers en betrokken professionals. Op basis hiervan zijn kleine aanpassingen gedaan in het programma van Fitalo.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie? Beschrijf dit zo concreet mogelijk in termen van gedrag van de einddoelgroep.*

Na 12 maanden bewegen deelnemers meer en hebben zij dit structureel ingebed in hun dagelijks leven, waardoor zoveel mogelijk deelnemers voldoen aan de beweegrichtlijnen.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Beschrijf deze zo concreet mogelijk. Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen? Geef voor elke intermediaire doelgroep minimaal één subdoel aan.*

Einddoelgroep:

1. Deelnemers weten na de intake (2 maanden) beter wat de risico's van inactiviteit zijn, en wat lichamelijke activiteit voor hen persoonlijk kan opleveren.
2. Deelnemers weten na 4 maanden beter welk sport- en beweegaanbod beschikbaar is bij hen in de buurt en wat past bij hun mogelijkheden en wensen.
3. Deelnemers weten beter hoeveel tijd per week zij bewegen door middel van het dagelijks gebruik van een activiteitenmonitor.
4. Deelnemers hebben na 12 maanden een positievere houding ten aanzien van lichamelijke activiteit.
5. Deelnemers hebben na 12 maanden meer vertrouwen dat zij barrières kunnen overwinnen om lichamelijk actief te worden en blijven.

Intermediaire doelgroep:

6. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties zijn meer overtuigd van de positieve effecten van bewegen bij mensen met een motorische beperking of chronische ziekte na de voorbereidingsfase (3 maanden).
7. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties weten na de voorbereidingsfase (3 maanden) beter welk beweegaanbod er is voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte.
8. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties verwijzen na de voorbereidingsfase (3 maanden) meer mensen met een motorische beperking of chronische ziekte door naar de beweegcoach, die hen begeleidt naar een actievere leefstijl.
9. Sport- en beweegaanbieders hebben na 12 maanden meer kennis over de wijze waarop zij mensen met een motorische beperking en/of chronische aandoening kunnen begeleiden bij hun sport- en beweegaanbod.
10. Door de inzet van een beweegcoach, onder regie van de gemeente, is er een verbeterde structurele samenwerking tussen zorg, welzijn en sport voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte. Deze samenwerking is tot stand gekomen gedurende de projectperiode van 12 maanden.

## 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 200 woorden

*A: Wat is de opbouw van de interventie? Welke fases of stappen kun je onderscheiden?*

*B: Wie is de aanvrager of initiatiefnemer van de interventie en op welke manier en vanaf welke fase of bij welke stap (zie A) is deze betrokken?*

*C: Wat is de omvang van de interventie? (duur/doorlooptijd, aantal contacten, duur van de contacten)? Geef dit aan per fase of stap (zie A).*

Een gemeente (opdrachtgever) financiert de methodiek Fitalo voor een periode van minimaal 15 maanden. De eerste 3 maanden zijn de voorbereiding en daarna is een uitvoeringsfase van 12 maanden. De methodiek bestaat uit de volgende fasen en stappen:

- Voorbereiding (3 maanden)
  - Stap 1: In kaart brengen van de lokale intermediaire doelgroep en draagvlak creëren
  - Stap 2: In kaart brengen van lokaal sport- en beweegaanbod
  - Stap 3: Opstellen communicatieplan
  - Stap 4: Creëren van draagvlak bij intermediaire doelgroep
  - Stap 5: Werven en enthousiasmeren van deelnemers



Tussen de voorbereiding en de uitvoering/monitoring vindt een tussentijdse evaluatie plaats met de opdrachtgever.

- Uitvoering en monitoring (12 maanden)
  - Stap 6: Intake afnemen bij deelnemer (ca. 60 minuten)
  - Stap 7: Plan van aanpak per deelnemer (ca. 60 minuten)
  - Stap 8: Matchen van vraag en aanbod (ca. 30 minuten)
  - Stap 9: Begeleiding en monitoringsfase (tweewekelijks kort contact, ca. 5 minuten; tussentijdse evaluaties van ca. 60 minuten na 3, 6 en 12 maanden)
  
- Eindevaluatie (na 12 maanden)
  - Eindevaluatie deelnemer
  - Eindevaluatie intermediaire doelgroep en opdrachtgever
  - Eindevaluatie opdrachtgever

De opdrachtgever (gemeente) is met name betrokken bij de voorbereidingsfase (stap 1 – 5). Er vinden tussentijdse evaluaties en een eindevaluatie plaats met de opdrachtgever.

#### **Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

*A: Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -indien van toepassing- in welke volgorde of fases? Geef een korte omschrijving van de activiteiten. Het is voldoende als de lezer op hoofdlijnen een indruk krijgt van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt. Besteed ook aandacht aan de werving van deelnemers.*

*B: Bij interventies op maat: geef aan welke activiteiten, op basis van welke criteria, op maat worden uitgevoerd.*

*C: Welke activiteiten moeten minimaal worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen?*

- Voorbereiding (3 maanden)
  - **Stap 1: In kaart brengen van intermediaire doelgroep**  
Wat: Intermediaire doelgroepen zijn organisaties die in contact staan met de doelgroep en hen kunnen doorverwijzen naar Fitalo. Dit zijn alle zorg- en welzijnsorganisaties, sport- en beweegaanbieders.  
Hoe: Gebruik de gemeentegids. De bewegcoach kan de opdrachtgever vragen of de lijst ter check voorleggen. Het is belangrijk om vooraf het werkgebied af te stemmen met de opdrachtgever.
  
  - **Stap 2: In kaart brengen van sport- en beweegaanbod**  
Wat: Maak een overzicht van regulier en aangepast sport- en beweegaanbod. Naast traditionele sportverenigingen brengt de bewegcoach ook commerciële sport- en beweegaanbieders in kaart (bijv. personal trainer). Daarnaast zijn er vaak sport- en beweeggroepen actief die niet gekoppeld zijn aan een vereniging of commerciële aanbieder (bijv. wandelgroep).  
Hoe: Gebruik de gemeentegids en [www.unieksporten.nl](http://www.unieksporten.nl). Ook kan de bewegcoach de buurtsportcoaches in de gemeente vragen om een overzicht.
  
  - **Stap 3: Opstellen van een communicatieplan**  
Wat: De bewegcoach gaat een communicatieplan opstellen.  
Hoe: Het communicatieplan richt zich op potentiële deelnemers en intermediaire organisaties. Kies geschikte en beschikbare communicatie instrumenten en gebruik het overzicht van (intermediaire) doelgroepen als basis voor het communicatieplan. Er is een standaard uitleg voor intermediaire doelgroepen en een flyer voor potentiële deelnemers beschikbaar (zie handboek). Belangrijk om vooraf met de communicatiemedewerker van de

gemeente af te stemmen vanuit wie er wordt gecommuniceerd en welke kanalen er worden ingezet.

- **Stap 4: Creëren van draagvlak bij intermediaire doelgroep en sport- en beweegaanbod**

Wat: De bewegcoach start met benaderen en instrueren van fysiotherapeuten die fysieke intakes gaan uitvoeren. De intermediaire doelgroepen vanuit zorg en welzijn kunnen er mede voor zorgen dat (potentiële) deelnemers naar Fitalo worden doorverwezen. Lokale sport- en beweegaanbieders kunnen deelnemers een passend sportaanbod kunnen bieden, waardoor ze blijven sporten of bewegen.

Hoe: Geef duidelijk aan wat de meerwaarde van Fitalo is voor de individuele deelnemer, en voor de intermediaire doelgroep (netwerkvorming). Gebruik de middelen vanuit het communicatieplan en de standaard uitleg voor intermediaire doelgroepen (zie handboek). Daarnaast kan de bewegcoach een informatiebijeenkomst organiseren, waarbij zowel zorg- en welzijnsorganisaties als sport- en beweegaanbod uitgenodigd worden. Dit is de eerste stap richting netwerkvorming.

- **Stap 5: Werven en enthousiasmeren van deelnemers**

Wat: Als zorg- en welzijnsorganisaties zich hebben verbonden aan Fitalo kunnen zij starten met werven en doorverwijzen van deelnemers. Nadat een deelnemer zich (evt. via de intermediaire organisaties) heeft aangemeld gaat de bewegcoach deelnemers telefonisch informeren en enthousiasmeren om deel te nemen aan Fitalo. Het is belangrijk om vooraf een inschatting te maken of Fitalo goed past bij een potentiële deelnemer, en of de potentiële deelnemer dus daadwerkelijk instroomt. Een belangrijke ingangseis is dat de deelnemer motivatie voelt om meer te bewegen.

Hoe: Zet het communicatieplan in werking. Een deel van de deelnemers zullen vervolgens via de intermediaire doelgroepen in contact komen met Fitalo. Mensen kunnen ook op eigen initiatief contact opnemen. Tijdens een eerste telefonisch gesprek screen je of de kandidaat in aanmerking komt om deel te nemen. Je stelt bijvoorbeeld vragen over de motorische beperking en/of chronische ziekte, het actuele beweeggedrag en de motivatie om meer te bewegen. Gebruik hierbij de in- en exclusiecriteria voor deelname die beschreven zijn onder 1.1 – Doelgroep. Bij een positieve uitkomst van beide kanten kan een deelnemer starten.

- Uitvoering en monitoring (12 maanden)

- **Stap 6: Intake afnemen bij deelnemer**

Wat: De deelnemer kan op elk gewenst moment starten met Fitalo, en hoeft niet te wachten tot er een groep is. Tijdens een intake wordt het traject van Fitalo uitgelegd en de situatie van de deelnemer in kaart gebracht door de bewegcoach. Dit gebeurt op basis van een intakeformulier (zie handboek), waarin onder andere gevraagd wordt naar motivatie, barrières om meer te bewegen (bijv. vervoer), mogelijke oplossingen, en ondersteuning van naasten. De bewegcoach verwijst de deelnemer naar een fysiotherapeut voor een fysieke intake om de belasting en belastbaarheid te bepalen. Uitkomstmaten die gemeten worden zijn: lichaamssamenstelling (BMI, buikomvang), bloeddruk, kracht, loopvaardigheid, uithoudingsvermogen en balans. Er is een meetprotocol beschikbaar in het handboek. De fysieke intake kan direct na de intake met de bewegcoach worden ingepland, onder voorwaarde dat de deelnemer daadwerkelijk geschikt en gemotiveerd is om te starten met Fitalo (screening stap 5 en intakegesprek met bewegcoach in stap 6). Er wordt geen minimale belastbaarheid gehanteerd om deel te nemen aan Fitalo. Alleen wanneer de fysiotherapeut het onveilig acht om te bewegen kan de deelnemer niet starten. Bij twijfel moet eerst een (huis)arts worden geraadpleegd. De intake in combinatie met de fysieke test geeft de bewegcoach inzicht in de wensen, mogelijkheden en knelpunten m.b.t. bewegen en de (ervaren) fysieke gezondheid van de deelnemer.

Hoe: De intakegesprekken met de bewegcoach worden bij voorkeur face-to-face met de deelnemer gevoerd. Dit gebeurt op een openbare locatie. Dit eerste gesprek is enorm

belangrijk. De beweegcoach kan de deelnemer het gevoel geven dat het starten met Fitalo een feestje is! De fysieke tests worden uitgevoerd bij de fysiotherapeut volgens het protocol wat eerder is uitgelegd aan de fysiotherapeut (stap 4).

- **Stap 7: Plan van aanpak per deelnemer**

Wat: Direct na de intake (stap 6) stelt de beweegcoach samen met de deelnemer een plan van aanpak op. Bij voorkeur gebeurt dit binnen 1 week na de intake. Het plan geeft houvast gedurende Fitalo. Je kan dit plan samen met de deelnemer aanpassen tijdens het begeleidingstraject.

Hoe: De beweegcoach gaat met een deelnemer in gesprek over de doelen, wensen en mogelijkheden om meer te bewegen. Gebruik hierbij de resultaten vanuit de fysieke intake (stap 6). Formuleer de doelen SMART, en leg ze vast in het plan van aanpak. Om deelnemers zoveel mogelijk eigen regie te geven wordt motivational interviewing gebruikt. Naast het opstellen van een plan van aanpak krijgt de deelnemer een activiteitenmonitor in bruikleen, waarop hij/zij kan zien in hoeverre een beweegdoel gehaald wordt. De beweegcoach legt de activiteitenmonitor uit, en hoe de deelnemer de activiteitenmonitor kan gebruiken om zichzelf te motiveren om meer te bewegen.

- **Stap 8: Matchen van vraag en aanbod**

Wat: Op basis van het plan van aanpak zoek je samen met de deelnemer naar een passend (aangepast of regulier) sport- of beweegaanbod.

Hoe: Houd rekening met de mogelijkheden en beperkingen van een locatie en kennis van de beweegaanbieder over de doelgroep. Voor knelpunten (bijv. vervoer) zoekt de beweegcoach samen met de deelnemer naar oplossingen. Daar waar nodig werk je samen met andere professionals: maak gebruik van regelingen en voorzieningen in de gemeenten. Vervolgens wordt contact gelegd met de aanbieder om de wensen en mogelijkheden van de deelnemer af te stemmen. Wanneer de deelnemer dit prettig vindt ga je de eerste keer mee naar de beweegaanbieder. De beweegcoach gaat waar nodig samen met de deelnemer op zoek naar een 'buddy' voor de deelnemer die gedurende de week contact houdt en stimuleert tot bewegen. Naast georganiseerd aanbod kan ook gekeken worden naar bewegen in het dagelijks leven. Een simpele stap kan een wandeling zijn met een beweegmaatje. Belangrijk is om zoveel mogelijk uit te gaan van de eigen kracht van de deelnemer. Veel deelnemers kunnen prima zelf contact opnemen met het beweegaanbod, stem met de deelnemer af hoeveel begeleiding hij of zij daarin nodig heeft.

- **Stap 9: Begeleiding en monitoringsfase**

Wat: De beweegcoach motiveert de deelnemer door individuele begeleiding om de gestelde beweegdoelen te halen. Doelen worden bijgesteld wanneer dit niet lukt, of doelen behaald zijn. Monitoring is essentieel. Door de deelnemer inzicht te geven in zijn/haar gezondheidsverbetering zal de deelnemer gemotiveerd raken om de beweegdoelen te halen.

Hoe: Gedurende de eerste 6 maanden heeft de beweegcoach in ieder geval tweewekelijks kort contact met de deelnemer (ca. 10 minuten, telefonisch). Gedurende de laatste 6 maanden is minimaal maandelijks contact (ca. 10 minuten, telefonisch). Tijdens de evaluatiemomenten na 3, 6 en 12 maanden evalueert de beweegcoach samen met de deelnemer de voortgang. Er is een evaluatieformulier beschikbaar in het handboek, wat bijvoorbeeld vraagt naar hoe het gaat met (georganiseerd) bewegen, het gebruik van de stappenteller, veranderingen die de deelnemer ervaart door actiever te worden, en de reactie van de omgeving. 'Motivational Interviewing' wordt toegepast om deelnemers zoveel mogelijk zelf regie te geven. De beweegcoach meet de fysieke voortgang met de meetinstrumenten uit de materialenbox. Uitkomstmaten die gemeten worden zijn net als bij aanvang: lichaamssamenstelling (BMI, buikomvang), bloeddruk, kracht, loopvaardigheid, uithoudingsvermogen en balans. Er is een meetprotocol beschikbaar in het handboek.

- Eindevaluatie (na 12 maanden)
  - Eindevaluatie deelnemer

Wat: Door met de deelnemer het traject gezamenlijk te evalueren sluit de bewegcoach het Fitalo programma officieel af. Deze evaluatie geeft inzicht in de resultaten die de deelnemer heeft behaald.

Hoe: Voorafgaand aan het gesprek met de deelnemer bereid de bewegcoach het evaluatiegesprek voor. Hierin neem je zowel uitkomsten van de fysieke tests als de ervaringen van de deelnemer uit de eerdere begeleidingsgesprekken (stap 9) mee. Samen met de deelnemer vult de bewegcoach het eindrapportage formulier in (zie handboek).
  - Eindevaluatie intermediaire doelgroep en opdrachtgever

Wat: Door een eindevaluatie met de intermediaire doelgroep laat je zien welke resultaten er behaald zijn bij deelnemers. Dit draagt bij aan verdere samenwerking.

Hoe: De eindevaluatie met de intermediaire doelgroep is schriftelijk. Hiervoor kan je een factsheet maken met de eindresultaten van Fitalo, die je kan delen via verschillende communicatiekanalen. Er is een voorbeeld van een factsheet beschikbaar in het handboek.
  - Eindevaluatie opdrachtgever

Wat: De opdrachtgever heeft geïnvesteerd in Fitalo. Het is daarom belangrijk dat je kunt laten zien wat het resultaat hiervan is.

Hoe: Evalueer het project in een gesprek. Gebruik hiervoor de factsheet met de resultaten op groepsniveau. Bespreek tijdens dit gesprek ook mogelijkheden voor continuering.

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

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

*B: Voor wie zijn de materialen bestemd en hoe verkrijgen ze de materialen? Maak eventueel een overzicht in een tabel.*

Er is een handboek (bijlage) beschikbaar met daarin de volgende materialen:

- Voorbeeld contract fysiotherapeut
- Voorbeeld uitleg intermediaire organisaties
- Voorbeeld krantenartikel lokale media
- Rapportageformulier fysieke tests (fysiotherapeut en monitoring)
- Toestemmingsformulier voor data opslag
- Registratieformulier contactmomenten
- Rapportageformulier 1<sup>e</sup> telefonisch contact
- Rapportageformulier 2<sup>e</sup> gesprek: kennismaking, matching vraag / aanbod
- Evaluatieformulier 3, 6 en 12 maanden
- Handleiding monitoring
- Voorbeeld factsheet eindevaluatie
- Voorbeeld overzicht netwerk intermediaire organisaties, beweeg- en sportaanbod
- Informatieblad Motiverende gesprekstechnieken

Daarnaast zijn flyers beschikbaar voor de eindgebruiker, gemeenten en intermediairs (bijlagen).

De materialen zijn bestemd voor de beweegcoach, en verkrijgbaar via Huis voor de Sport Groningen.

### **Type organisatie en locatie** – max 200 woorden

*A: Welk soort organisaties kunnen de interventie uitvoeren? (zie eventueel ook 1.3 voor initiatiefnemers)*

*B: Op welk soort locaties kan de interventie worden uitgevoerd en wat zijn hierbij belangrijke randvoorwaarden?*

UMCG Centrum voor Revalidatie is eigenaar van het gedachtengoed achter Fitalo. Huis voor de Sport Groningen is als praktische organisatie verantwoordelijk voor de landelijke uitrol, en ondersteunt bij de lokale inzet van Fitalo alle landelijke gemeenten die Fitalo afnemen.

De opdrachtgever voor Fitalo is een gemeente. Zij kunnen er eventueel voor kiezen om Fitalo in een deel van hun werkgebied uit te voeren, wanneer het gebied erg groot is. De interventie wordt uitgevoerd door een beweegcoach. De beweegcoach kan in dienst zijn bij de gemeente, maar ook gedetacheerd zijn vanuit een sportorganisatie, zichzelf verhuren als zelfstandige zonder personeel (ZZP-er) of ingehuurd worden bij bijvoorbeeld een welzijnsorganisatie. De lichamelijke tests bij aanvang van de interventie worden uitgevoerd door een (BIG-geregistreerde) fysiotherapeut.

Voor de veiligheid van de beweegcoach vindt in ieder geval het eerste gesprek plaats op een openbare locatie, bijvoorbeeld een buurthuis, en niet bij de deelnemer thuis. Dit omdat vaak sprake is van multi-problematiek, en er situaties zijn waarin de beweegcoach zich niet veilig kan voelen. Wanneer de beweegcoach het daarna veilig acht om bij de deelnemer thuis te komen wordt dit aanbevolen, omdat dan de sociale context meegenomen kan worden in de verdere begeleiding.

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

*A: Welk soort professionals en vrijwilligers kunnen de interventie uitvoeren? Geef aan wie*

*eindverantwoordelijk is en wie werkt onder verantwoordelijkheid van een projectleider of supervisor.*

*B: Welke specifieke competenties hebben de uitvoerders nodig in aanvulling op hun standaard professionele competenties?*

De beweegcoach voert Fitalo zelfstandig uit, en is verantwoordelijk voor het eindresultaat. De beweegcoach legt verantwoording af aan de opdrachtgever, dit is in de meeste gevallen de ambtenaar sport van de betreffende gemeente. Een beweegcoach kan rechtstreeks in dienst zijn bij de gemeente, maar kan ook in gedetacheerd worden vanuit een sportorganisatie of welzijnsorganisatie, of werkzaam zijn als ZZP-er.

Een beweegcoach beschikt over de volgende opleiding / competenties:

- Competentieprofiel Buurtsportcoach C (Senior)
- HBO opleiding in de richting van sport of maatschappelijk werk
- Bij voorkeur al werkzaam als buurtsportcoach kwetsbare groepen / Uniek Sporten in de regio waar Fitalo uitgevoerd gaat worden
- Ervaring met (individuele) begeleiding naar een actieve leefstijl
- Ervaring met- of interesse in het werken met de doelgroep mensen met een motorische beperking of chronische ziekte
- Stimulator en aanjager, ervaring met het nieuw opzetten van projecten
- Verbinder, ervaring met- of interesse in het opzetten van nieuwe netwerken

De beweegcoaches die Fitalo gaan uitvoeren krijgen daarvoor een scholing. Onderdelen van deze scholing zijn: kennis van (bewegen met) verschillende diagnosegroepen, inhoud van Fitalo en Motivational Interviewing (bijlage). De scholing wordt uitsluitend georganiseerd door UMCG Centrum voor Revalidatie en Huis voor de Sport Groningen tegen betaling (zie begroting).

#### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden

*A: Op welke manier bewaak je als interventie eigenaar de kwaliteit van de inhoud en de uitvoering van de interventie?*

*B: Indien van toepassing: Op welke manier faciliteer je de uitvoerders bij kwaliteitsbewaking wanneer er een andere uitvoerder is dan de interventie eigenaar zelf?*

De kwaliteit van de uitvoering van Fitalo wordt bewaakt door de begeleiding die de interventie eigenaar (UMCG) en hoofduitvoerder (Huis voor de Sport Groningen) bieden aan de uitvoerders (beweegcoach werkzaam in een gemeente). Alle beweegcoaches die Fitalo gaan uitvoeren nemen deel aan een scholing waarin de inhoud van Fitalo, kennis over (bewegen met) mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte, en motiverende gesprekstechnieken centraal staan (bijlage). Deze scholing wordt georganiseerd door UMCG Centrum voor Revalidatie en Huis voor de Sport Groningen, en is verplicht. Daarnaast vinden tweemaal per jaar verplichte digitale intervisiebijeenkomsten plaats met Huis voor de Sport Groningen en alle beweegcoaches. Tijdens deze intervisiebijeenkomsten kunnen de beweegcoaches ervaringen uitwisselen, en kunnen praktische vragen over de implementatie van Fitalo voorgelegd worden. De beweegcoach kan op indicatie contact opnemen met een beweegcoach van Huis voor de Sport Groningen die ervaring heeft met de uitvoering van Fitalo voor ondersteuning bij dringende problemen die niet kunnen wachten tot de halfjaarlijkse intervisiebijeenkomsten. Wanneer deelnemers doorverwezen worden naar georganiseerd beweegaanbod wordt sterk aanbevolen om de kwaliteit van dit beweegaanbod te controleren. Er wordt daarbij gecontroleerd of het aanbod een veilig sportklimaat heeft (hebben instructeurs een verklaring omtrent gedrag), en of instructeurs kennis en ervaring hebben met de begeleiding van mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte. Het controleren van de kwaliteit van het beweegaanbod is een taak van de beweegcoach. Wanneer een bepaald aanbod niet aan deze kwaliteitseisen voldoet, maar de deelnemer hier toch graag bij wil aansluiten, is dit de vrije keuze van de deelnemer, maar valt dit sportaanbod niet onder de begeleiding van Fitalo.

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

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

Randvoorwaarden voor een goede uitvoering van Fitalo zijn:

- De beschikbaarheid over een enthousiaste en capabele beweegcoach (zie functieprofiel hierboven), bij voorkeur al langere periode werkzaam in de gemeente. Voor de begeleiding van 20 deelnemers

gedurende 1 jaar is een beschikbaarheid van 8 uur/week nodig. Dit is gebaseerd op eerdere ervaringen met Fitalo in drie Groningse gemeenten.

- Draagvlak bij intermediaire organisaties (met name eerstelijns fysiotherapeuten)
- Een breed draagvlak bij de verschillende beleidsdomeinen in een gemeente (niet alleen sport) zodat een goede samenwerking tussen de beweegcoach en bijvoorbeeld WMO-consultanten kan ontstaan. Het ontwikkelen van deze samenwerking is onderdeel van het programma van Fitalo (stap 1)

Het is zeer wenselijk dat het stimuleren van bewegen en sport bij mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte een positie heeft in het meerjarenbeleidsplan van de gemeente (of bijv. regionaal sportakkoord), en hierop voor langere periode visie is ontwikkeld. De uitvoering van Fitalo vraagt bij de opzet veel werk. Na de looptijd van de interventie kan eenvoudig gecontinueerd worden, waardoor volgende jaren goedkoper en minder arbeidsintensief zullen zijn.

Fitalo heeft raakvlakken met zowel zorg-, welzijn en sport. Voor financiering van Fitalo kan dus worden gekeken naar deze verschillende budgetten binnen de gemeente.

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

*A: Op welke manier faciliteer je als interventie eigenaar de implementatie van de interventie wanneer je zelf de uitvoerder van de interventie bent? Wat gebruik je hierbij? Hoe doe je dat?*

*B: En op welke manier faciliteer de implementatie van de interventie wanneer er andere initiatiefnemers en uitvoerders zijn dan de interventie eigenaar zelf? Geef een samenvatting.*

Er worden twee niveaus van implementatie onderscheiden; bestuurlijk niveau (bereidheid van een gemeente om te investeren in Fitalo), en uitvoerend niveau (daadwerkelijke uitvoering van Fitalo).

Op bestuurlijk niveau worden o.a. informerende, marktgerichte- en productgerichte implementatie strategieën toegepast (CFIR-ERIC Matching Tool v1.0; Damschroder et al., 2009). Tijdens het landelijk overleg aangepast sporten (LOAS) van koepelorganisatie voor provinciale sportorganisaties (Sportkracht 12) wordt door de beleidsadviseur van Huis voor de Sport Groningen voorlichting gegeven over de inhoud van Fitalo, zodat andere provinciale sportorganisaties gemeenten hierover kunnen informeren. Door de interventie te erkennen, en verder wetenschappelijk onderzoek uit te voeren wordt de kwaliteit en het imago van Fitalo verbeterd (marktgerichte strategieën). Huis voor de Sport Groningen doet jaarlijks behoeftepeilingen bij de gemeenten waar zij buurtsportcoaches en beweegcoaches detacheren, waarin Fitalo aangeboden wordt (productgerichte strategie).

Wanneer toezegging is om Fitalo uit te voeren worden educatieve-, organisatorische-, motiverende-, samenwerking bevorderende- en informatieve implementatie strategieën toegepast op uitvoerend niveau (CFIR-ERIC Matching Tool v1.0). De beweegcoach krijgt een scholing in de methodiek van Fitalo en heeft intervisiebijeenkomsten met hoofdvoerder Huis voor de Sport Groningen. Dit zorgt ervoor dat de methodiek van Fitalo op de juiste manier lokaal wordt uitgevoerd (educatieve strategie). In stap 4 (zie plan van aanpak) zorgt de beweegcoach voor het opzetten van ketenzorg, d.m.v. doorverwijsmogelijkheid voor intermediaire doelgroepen (organisatorische strategie). De beweegcoach heeft persoonlijk (intercollegiaal) contact en organiseert bijeenkomsten voor de intermediaire doelgroep om hen te stimuleren om potentiële deelnemers door te verwijzen naar Fitalo (motiverende strategie). De intermediaire doelgroep krijgt een actieve rol en er is geregeld overleg tussen de beweegcoach en de intermediaire doelgroep (samenwerking bevorderende strategie). Om potentiële deelnemers te werven (stap 5, plan van aanpak) wordt promotiemateriaal verspreid (flyers, krantenartikelen) (informerende strategie). Templates voor dit promotiemateriaal zijn beschikbaar in het handboek.



**Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Geef aan welke kostenposten er zijn en wie welke kosten betaalt.*

*Benoem hierbij zowel de personele kosten (in aantallen uren) als de materiële kosten. Geef ook aan welke kosten eenmalig zijn (aanschaf materiaal bijvoorbeeld) en welke kosten structureel zijn. Bijvoorbeeld bij uitvoering op meerdere locaties of bij herhaling van de interventie. Werk met een tabel waarin de kosten goed inzichtelijk zijn.*

De onderstaande begroting gaat uit van de invulling van de functie van beweegcoach binnen bestaande uren ingekocht of in dienst bij de gemeente. Als de beweegcoach werkzaam is bij de gemeente is uurtarief afhankelijk van het salaris van de beweegcoach. Deze posten zijn in de begroting dus als pro memorie (p.m.) post opgenomen. Als de beweegcoach gedetacheerd is vanuit een sportorganisatie of welzijnsorganisatie, of werkt als ZZP-er, gelden de afgesproken uurtarieven. Onderaan de begroting is een rekenvoorbeeld gegeven met een uurtarief van €70/uur (gangbaar uurtarief bij provinciale sportorganisaties). De gegeven begroting is op basis van 20 deelnemers per beweegcoach. Een begroting op maat kan worden gemaakt bij andere deelnemer aantallen. Er wordt geen deelnemersbijdrage gevraagd voor deelname aan Fitalo, maar deelnemers betalen de kosten voor eventuele contributie en sportkleding zelf.

| <b>Directe kosten: personeel</b>  | <b>Omschrijving personeel</b>            | <b>Specificatie</b>  | <b>Kosten</b> |
|---|--|--|---------------|
| Vorbereidingsfase: stap 1-5   | Beweegcoach                              | 24 uur voorbereiding + 40 uur creëren van draagvlak netwerk en 20 uur werven van deelnemers (84 uur) | p.m.          |
| Uitvoeringsfase: stap 6-9   |  |  |               |
| Stap 6: intake deelnemers   | Beweegcoach                              | 2 uur per deelnemer x 20 deelnemers (40 uur)   | p.m.          |
| Stap 7-8: plan van aanpak per deelnemer en matchen van vraag en aanbod  | Fysiotherapeut                           | 1 uur per deelnemer x 20 deelnemers x €80 (incl. BTW)  | € 1.600       |
| Stap 9: Evaluerende contactmomenten (3 keer)  | Beweegcoach                              | 4 uur per deelnemer x 20 deelnemers (80 uur)   | p.m.          |
| Begeleiding en monitoring   | Beweegcoach                              |  |               |
| Stap 9: Evaluerende contactmomenten (3 keer)  | Beweegcoach                              | 3 evaluerende contactmomenten (na 3, 6 en 12 maanden) x 1 uur x 20 deelnemers (60 uur)               | p.m.          |
| Stap 9: Motiverende contactmomenten 10 min per keer (eerste 6 maanden 2x per maand, daarna 1x per maand) + rapportage | Beweegcoach                              | 4 uur x 20 deelnemers (80 uur)   | p.m.          |
| <b>Directe kosten: materiaal</b>  | <b>Omschrijving materiaal</b>            | <b>Specificatie</b>  | <b>Kosten</b> |
| Activiteitenmonitors  | Activiteitenmonitor merk garmin vivoit 3 | 20 stuks (1 per deelnemer – in bruikleen) à €70 (incl. BTW)  | € 1.400       |
| Materialenbox   | Voor het meten van voortgang             | Bloeddrukmeter, weegschaal, meetlint (looptlijn), stopwatch, handknijpkrachtmeter                    | € 400         |
| Handboek + instrumenten voor Beweegcoach  | Digitaal en fysiek                       | N.v.t.   | € 10          |
| <b>Directe kosten: organisatie</b>  | <b>Omschrijving organisatie</b>          | <b>Specificatie</b>  | <b>Kosten</b> |



|   |                                 |  |                |
|---|---------------------------------|--|----------------|
| PR en communicatie  | Oprichtgever                    | Flyers, advertenties etc.  | € 100          |
| Organisatie startbijeenkomst  | Oprichtgever                    | Huur accommodatie inclusief koffie en thee   | € 100          |
| Accommodatiekosten intake   | Oprichtgever                    | Evt. kosten voor huur accommodatie intake (bijv. buurt huis, gemeentehuis)           | p.m.           |
|   |                                 |  |                |
| <b>Indirecte kosten: organisatie</b>  | <b>Omschrijving organisatie</b> | <b>Specificatie</b>  | <b>Kosten</b>  |
| Inzet interventie eigenaar  | Interventie eigenaar            | Fee voor doorontwikkeling methodiek, erkenning, professionalisering e.d. (incl. BTW) | € 2.000        |
| Deskundigheidsbevordering: inzet interventie eigenaar   | Interventie eigenaar            | € 3.500 inzet trainer interventie eigenaar   | € 3.500*       |
| Deskundigheidsbevordering: opleiding Fitalo 2 digitale interventiebijeenkomsten na 3 en 9 maanden | Beweegcoach                     | Opleiding 8 uur + 2 bijeenkomsten x 1 uur (10 uur)                                   | p.m.           |
| Eindevaluatie opdrachtgever en intermediaire doelgroepen  | Beweegcoach                     | 4 uur  | p.m.           |
|   |                                 |  |                |
|   |                                 | <b>Vaste kosten</b>  | <b>€ 6.110</b> |
|   |                                 | <b>Kosten 20 deelnemers</b>  | <b>€ 3.000</b> |
|   |                                 | <b>Ureninzet beweegcoach 358 uur (20 deelnemers) (8 uur per week)</b>                | <b>p.m.</b>    |
| <b>Totaal</b>   |                                 |  | <b>€ 9.110</b> |

\* Trainingen kunnen mogelijk gecombineerd worden aangeboden met gemeenten elders. In dat geval zullen deze kosten per gemeente lager uitvallen.

#### Rekenvoorbeeld:

Als een beweegcoach gedetacheerd is vanuit een provinciale sportorganisatie of welzijnsorganisatie, of werkt als ZZP-er, en een uurtarief à €70/uur is overeengekomen zijn de kosten als volgt:

|   |                 |
|---|-----------------|
| Vaste kosten                              | € 6.110         |
| Kosten 20 deelnemers                      | € 3.000         |
| Ureninzet beweegcoach (358 uur à €70/uur) | € 25.060        |
| <b>Totaal</b>                             | <b>€ 34.170</b> |

Dit bedrag is exclusief de kosten voor eventuele huur van een accommodatie voor de intakegesprekken. De opdrachtgever (gemeente) heeft vaak gratis of tegen gereduceerd tarief toegang tot ruimten in een buurt huis, gemeentehuis of bibliotheek.

### 3. Onderbouwing

#### **Probleem** – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen van het probleem of risico. Baseer je tekst op enkele bronnen en benoem de bronnen in het hoofdstuk 'Aangehaalde literatuur'.*

**Aard:** Mensen met een motorische beperking of chronische ziekte bewegen minder dan gezonde mensen, en doen minder vaak aan sport. Mensen met een motorische beperking brengen per dag aanzienlijk meer tijd zittend door dan mensen zonder beperking (Manns et al.,2012)

Dit terwijl lichamelijke activiteit zorgt voor een beter en sneller herstel, en leidt tot een betere (biomedische- en psychosociale) gezondheid op de lange termijn (Rimmer et al.,2012). Ook bij mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte is de hoeveelheid en intensiteit van dagelijkse lichamelijke activiteit gerelateerd aan kwaliteit van leven, enkele jaren na revalidatie (Krops et al.,2017). Lichamelijke activiteit is dus effectief als middel voor geïndiceerde gezondheidspreventie (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance,2018).

**Ernst:** Wereldwijd ondervindt naar schatting 15% van de mensen een vorm van een beperking. Dit komt neer op meer dan 1 miljard mensen (WHO,2011). 9,6% van de volwassen Nederlanders ervaart problemen met bewegen (von Heijden et al.,2013; van den Brink & Savelkoul.,2013). Door de wereldwijde vergrijzing wordt verwacht dat het aantal mensen met een motorische beperking of chronische ziekte zal toenemen (Seeman et al.,2010). In Nederland voldoet ongeveer 16% van de mensen met een motorische beperking aan de beweegrichtlijnen en ongeveer 50% van de mensen met een chronische ziekte. Deze ondervraagde groep mensen met een chronische ziekte bevat ook mensen met chronische ziekten die het bewegen niet beperken, zoals allergieën. Fitalo richt zich specifiek op mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte die niet voldoen aan de beweegrichtlijn. Het percentage mensen met een chronische ziekte die het bewegen beperkt (bijvoorbeeld hartaandoeningen), dat voldoet aan de beweegrichtlijnen is lager. 58% van de mensen zonder motorische beperking of chronische ziekte voldoet aan de beweegrichtlijnen (CBS&RIVM,2020).

**Spreiding:** Na revalidatie bewegen jongere mensen ( $\leq 50$  jaar) met een motorische beperking of chronische ziekte meer dan oudere mensen ( $> 51$  jaar). Vrouwen bewegen meer dan mannen, mensen met ernstig overgewicht ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ) bewegen minder dan mensen met een gezond BMI of licht overgewicht ( $BMI 25\text{--}30 \text{ kg/m}^2$ ), en mensen die veel alcohol drinken bewegen minder dan mensen die geen, matig of gemiddeld veel alcohol drinken. Tot 1 jaar na revalidatie laten hoog opgeleiden een toename van beweeggedrag zien, terwijl het beweeggedrag van laag opgeleiden licht afneemt (Brandenburg et al.,2022).

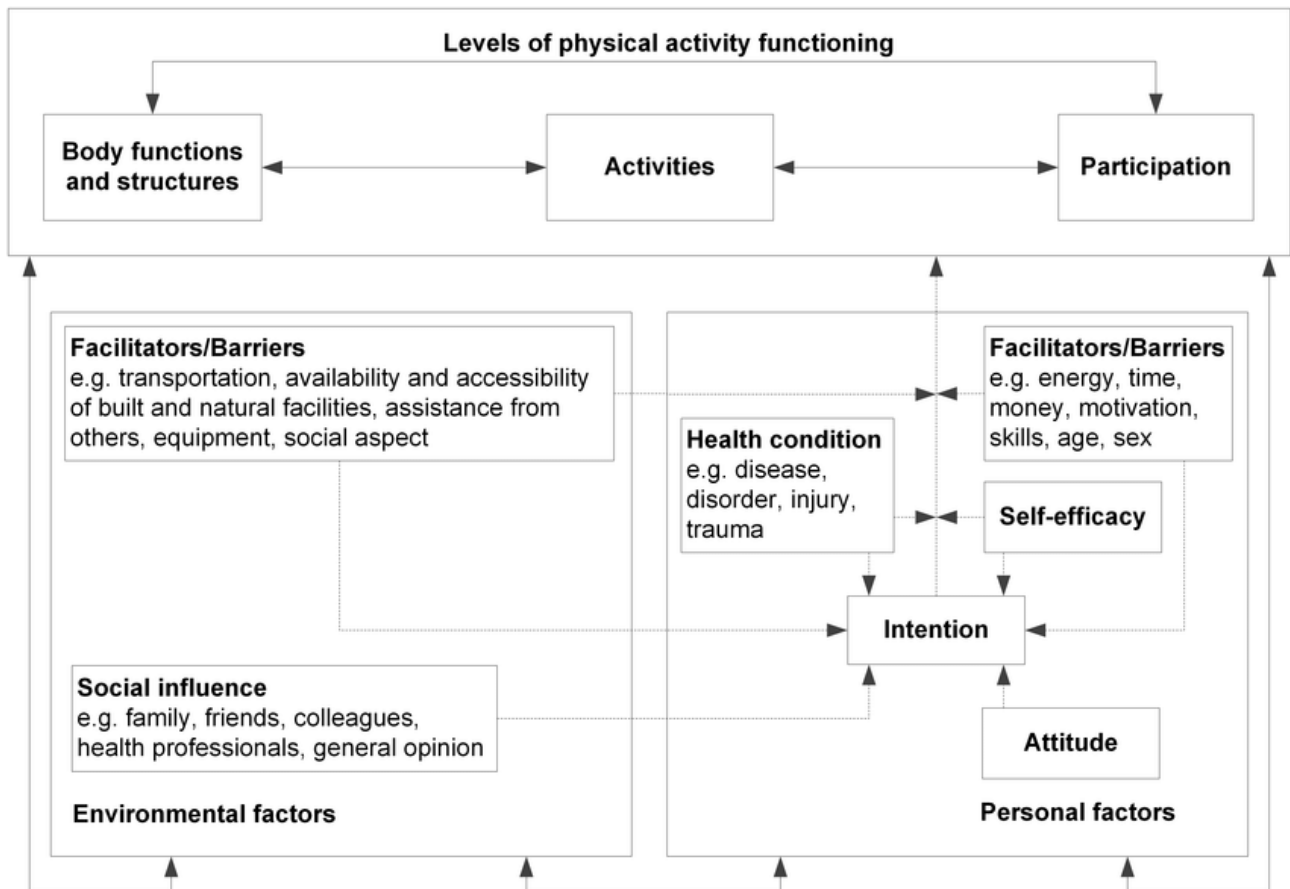
**Gevolgen:** Door inactiviteit neemt de fitheid af, waardoor mensen nog minder actief worden, en in een negatieve vicieuze cirkel raken (Troosters et al.,2013; Voet,2019). Dit heeft een negatief effect op de biomedische- en psychosociale gezondheid. Op populatieniveau leidt lichamelijke inactiviteit tot hoge kosten. Wereldwijd worden de kosten van inactiviteit jaarlijks op 53,8 miljard dollar geschat over de hele bevolking. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een verminderde arbeidsproductiviteit en hoge zorgkosten (Ding et al.,2016). De kosten van inactiviteit voor alleen mensen met een motorische beperking of chronische ziekte zijn niet apart onderzocht.

#### **Oorzaken** – max 400 woorden

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

De onderlinge samenhang tussen oorzaken van inactiviteit bij mensen met een motorische beperking of chronische ziekte is weergegeven in het Physical Activity for people with a Disability (PAD) model (figuur 1; Van der Ploeg et al.,2004). Dit model combineert het Attitude, Social influence and self-Efficacy (ASE) model (de Vries et al.,1988) en het International Classification of Function, Disability and Health (ICF) raamwerk (World Health Organization.,2001).

**Figuur 1: PAD model**



Oorzaken kunnen worden onderscheiden in omgevingsfactoren en persoonlijke factoren.

Omgevingsfactoren zijn de sociale invloed (sociale normen en sociale steun) van bijvoorbeeld naasten en gezondheidsprofessionals en de algemene opinie. Daarnaast zijn er omgevings gerelateerde barrières en stimulansen, zoals mogelijkheden in de fysieke omgeving.

Persoonlijke factoren kunnen worden opgedeeld in factoren gerelateerd aan de gezondheidsconditie, zelfvertrouwen, persoonlijke barrières en stimulansen (bijv. tijd) en houding ten aanzien van fysieke activiteit. Op zowel omgevingsniveau als persoonlijk niveau zijn verschillende barrières en stimulansen (facilitators and barriers). Een overzicht van barrières en stimulansen voor lichamelijke activiteit bij mensen met een motorische beperking of chronische ziekte is gegeven in een review van Martin Ginis et al. (2016). Barrières en stimulansen zijn onderverdeeld naar de verschillende niveaus van het sociaal ecologisch model (McLeroy et al., 1988):

- Beleidsniveau: bijvoorbeeld kosten en beschikbare subsidies voor bewegen en sport, vervoer naar de sportaccommodatie
- Samenlevingsniveau: bijvoorbeeld informatieverstrekking over beschikbaarheid van doelgroep specifiek beweegaanbod
- Organisatieniveau: bijvoorbeeld de integratie van bewegen en sport in revalidatieprogramma's
- Interpersoonlijk niveau: bijvoorbeeld sociale invloed van familie en vrienden
- Intrapersoonlijk niveau: bijvoorbeeld arbeidsstatus

Deze verschillende factoren beïnvloeden de intentie om lichamelijk actief te worden. Er is veel wederzijdse beïnvloeding tussen de verschillende omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. De daadwerkelijke lichamelijke activiteit uit zich op de niveaus van lichaamsfuncties (bijvoorbeeld spieraanspanning), activiteiten (bijvoorbeeld lopen) en participatie (te voet de boodschappen doen).

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

Welke hiervoor beschreven en beïnvloedbare factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij? Gebruik bij voorkeur de tabel uit de handleiding.

| <b>Factoren</b>                   | <b>Subdoelen</b>   |
|-----------------------------------|--|
| <i>Einddoelgroep</i>              |  |
| Risico perceptie                  | 1. Deelnemers weten na de intake (2 maanden) beter wat de risico's van inactiviteit zijn, en wat lichamelijke activiteit voor hen persoonlijk kan opleveren.   |
| Kennis                            | 2. Deelnemers weten na 4 maanden beter welk sport- en beweegaanbod beschikbaar is bij hen in de buurt en wat past bij hun mogelijkheden en wensen.   |
| Bewustzijn                        | 3. Deelnemers weten beter hoeveel tijd per week zij bewegen door middel van het dagelijks gebruik van een activiteitenmonitor.   |
| Houding                           | 4. Deelnemers hebben na 12 maanden een positievere houding ten aanzien van lichamelijke activiteit.  |
| Zelfvertrouwen                    | 5. Deelnemers hebben na 12 maanden meer vertrouwen dat zij barrières kunnen overwinnen om lichamelijk actief te worden en blijven.   |
| <i>Intermediaire organisaties</i> |  |
| Sociale normen                    | 6. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties zijn meer overtuigd van de positieve effecten van bewegen bij mensen met een motorische beperking of chronische ziekte na de voorbereidingsfase (3 maanden).   |
| Kennis                            | 7. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties weten na de voorbereidingsfase (3 maanden) beter welk beweegaanbod er is voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte.  |
| Sociale steun                     | 8. Professionals (zorg- en welzijnsorganisaties) verwijzen meer mensen met een motorische beperking of chronische ziekte naar de beweegcoach.<br>9. Sport- en beweegaanbieders hebben meer kennis over het begeleiden van mensen met een motorische beperking of chronische ziekte.<br>10. Door de inzet van een beweegcoach, onder regie van de gemeente, is er een verbeterde structurele samenwerking tussen zorg, welzijn en sport voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte. Deze samenwerking is tot stand gekomen gedurende de projectperiode van 12 maanden. |

## Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met de aanpak en opzet van de interventie, gerelateerd aan de aan te pakken factoren, de doelen bij deze doelgroep daadwerkelijk bereikt kunnen worden.

In het ontwikkelproces van Fitalo zijn onderstaande methodieken en toepassingen geselecteerd bij de verschillende factoren, o. b.v. meningen van doelgroep en professionals.

| Methodiek                 | Onderbouwing   | Factor                                  | Toepassing  | Subdoel |
|---------------------------|--|---|---|---------|
| Maatwerk                  | Trans-Theoretical Model (Lustria et al.,2009)  | Kennis                                  | Beweegcoaches coachen deelnemers o.b.v. individuele situatie, naar duurzame lichamelijke activiteit, passend bij hun mogelijkheden.   | 2       |
| Faciliteren               | Social Cognitive Theory (Bandura.,1986)  | Kennis                                  | Overzichten beschikbaar met mogelijkheden voor lichamelijke activiteit in een regio, en toegankelijkheid voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte.   | 2,7     |
| Overtuigende communicatie | Persuasive Communication Matrix (Lustria et al.,2009)                                  | Risico perceptie, Kennis                | Beweegcoaches dragen kennis over aan mensen met een motorische beperking of chronische ziekte over mogelijkheden om lichamelijk actief te worden.   | 1,2     |
| Rolmodellen in media      | Social Cognitive Theory (Bandura, 1986); Diffusion of Innovations Theory (Rogers,2003) | Houding, zelfvertrouwen, sociale normen | Verhalen van rolmodellen (mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte die al voldoende lichamelijk actief zijn) over wat lichamelijke activiteit voor hen betekent worden lokaal gepubliceerd                     | 4,5,6   |
| Feedback                  | Theories of Learning, Goal-Setting Theory (Kazdin,2008)                                | Risico perceptie, Bewustzijn,           | Deelnemers hebben een intake bij een fysiotherapeut, en tussentijdse gezondheidsmetingen door de beweegcoach na 3, 6 en maanden, om bewust te worden van hun fysieke capaciteit en beweeggedrag, en zelfvertrouwen te versterken. | 1,3     |
| Zelfmeting van gedrag     | Theories of Self-Regulation (Creer,2000)   | Bewustzijn                              | Deelnemers monitoren hun dagelijkse activiteit met een activiteitenmonitor.   | 3       |
| Overtuigende communicatie | Persuasive Communication Matrix (Lustria et al.,2009)                                  | Risico perceptie, sociale steun         | Gezondheidszorg professionals informeren potentiële deelnemers over risico's van lichamelijke inactiviteit en verwijzen door naar Fitalo.   | 1,8     |
| Empowerment               | Empowerment Theory (Zimmerman,2000)  | Zelfvertrouwen                          | Beweegcoaches bespreken met deelnemers welke barrières zij ervaren m.b.t. lichamelijke activiteit, en hoe deze te overwinnen.   | 5       |
| Doelen stellen            | Goal-Setting Theory, Theories of Self-Regulation (Latham&Locke,2007)                   | Bewustzijn, Zelfvertrouwen              | Beweegcoaches stimuleren deelnemers om doelen voor dagelijkse lichamelijke activiteit te stellen, m.b.v. de activiteitenmonitor.  | 3,5     |

|                                   |   |               |  |        |
|-----------------------------------|---|---------------|--|--------|
| Mobiliseren van sociale netwerken | Theories of Social Networks and Social Support (Heaney&Israel,2008) | Sociale steun | Professionals werkzaam in de sport, gezondheidszorg en sociale sector werken samen door kennis te delen en potentiële deelnemers te verwijzen naar Fitato. | 8,9,10 |
|-----------------------------------|---|---------------|--|--------|

Subdoelen:

Einddoelgroep:

- 1. Deelnemers weten na de intake (2 maanden) beter wat de risico's van inactiviteit zijn, en wat lichamelijke activiteit voor hen persoonlijk kan opleveren.**  
Door meermaals de gezondheid te meten krijgen deelnemers feedback op hun persoonlijke gezondheid, en het effect van beweging hierop. De beweegcoach overtuigt de deelnemer van wat lichamelijke activiteit voor hem/haar persoonlijk kan opleveren (overtuigende communicatie). De gezondheidsmetingen tijdens de intake helpen om een veilig gevoel te geven aan deelnemers.
- 2. Deelnemers weten na 4 maanden tijd beter welk sport- en beweegaanbod beschikbaar is bij hen in de buurt en wat past bij hun mogelijkheden en wensen.** Mensen met een motorische beperking of chronische ziekte hebben vaak ten onrechte het gevoel niet in staat te zijn om te bewegen of sporten (de Vries et al., 2005). Dit komt vaak omdat zij onvoldoende kennis hebben van de mogelijkheden. Op basis van overzichten met actueel beweegaanbod (faciliteren) begeleidt de beweegcoach deelnemers naar beweegactiviteiten passend bij hun wensen en mogelijkheden (maatwerk, overtuigende communicatie). Een intake bij de fysiotherapeut geeft vertrouwen en inzicht in de lichamelijke mogelijkheden.
- 3. Deelnemers weten beter hoeveel tijd per week zij bewegen door middel van het dagelijks gebruik van een activiteitenmonitor.**  
Door dagelijks beweeggedrag te monitoren krijgen deelnemers feedback op hun eigen gedrag. Op basis van de activiteitenmonitoring worden samen met de beweegcoach haalbare doelen gesteld voor beweeggedrag. Het bereiken van doelen versterkt het zelfvertrouwen.
- 4. Deelnemers hebben na 12 maanden een positievere houding ten aanzien van lichamelijke activiteit.**  
Ervaringsverhalen van rolmodellen helpen bij een positievere houding ten aanzien van bewegen. Rolmodellen zijn mensen met een motorische beperking en/of chronische ziekte, en kunnen eerder hebben deelgenomen aan Fitalo. Dit is echter niet noodzakelijk. Rolmodellen zijn geen bekendheden om gelijkwaardigheid te vergroten.
- 5. Deelnemers hebben na 12 maanden meer vertrouwen dat zij barrières kunnen overwinnen om lichamelijk actief te worden en blijven.**  
Als deelnemers barrières ervaren probeert de beweegcoach om deze samen te overwinnen (empowerment). Het behalen van doelen geeft deelnemers zelfvertrouwen om actiever te worden. Ervaringsverhalen van rolmodellen geven deelnemers het vertrouwen dat ook zij op de lange termijn actief kunnen blijven.

Intermediaire doelgroep:

- 6. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties zijn meer overtuigd van de positieve effecten van bewegen bij mensen met een motorische beperking of chronische ziekte na de voorbereidingsfase (3 maanden).**  
Door positieve ervaringen van rolmodellen te delen zal bewegen voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte meer onderdeel worden van de sociale norm, en zullen professionals hun cliënten meer stimuleren om actiever te worden.
- 7. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties weten na de voorbereidingsfase (3 maanden) beter welk beweegaanbod er is voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte.**  
Overzichten met actueel en lokaal beweegaanbod (faciliteren) attenderen gezondheidsprofessionals op de mogelijkheden voor potentiële deelnemers. Door direct contact met de beweegcoach zullen zij potentiële deelnemers vaker doorverwijzen naar Fitalo.

- 8. Professionals werkzaam bij zorg- en welzijnsorganisaties verwijzen na de voorbereidingsfase (3 maanden) meer mensen met een motorische beperking of chronische ziekte door naar de bewegcoach, die hen begeleidt naar een actievere leefstijl.**

Gezondheidsprofessionals informeren potentiële deelnemers over het belang van lichamelijke activiteit en verwijzen hen door naar Fitalo (overtuigende communicatie). Gezondheidsprofessionals hebben veel invloed op patiënten (Dacey et al.,2014), en verminderde gezondheid verhoogt de urgentie voor leefstijlverandering (Bluethmann et al.,2015). Er zijn korte lijnen met de bewegcoach (mobiliseren sociale netwerken).

- 9. Sport- en beweegaanbieders hebben na 12 maanden meer kennis over de wijze waarop zij mensen met een motorische beperking en/of chronische aandoening kunnen begeleiden bij hun sport- en beweegaanbod.**

Door onderling contact met gezondheidszorg en sociale organisaties leren sport- en beweegaanbieders wat de sport- en beweegmogelijkheden voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte zijn. Er is laagdrempelig contact met de bewegcoach die daarbij ondersteunt (mobiliseren sociale netwerken).

- 10. Door de inzet van een bewegcoach, onder regie van de gemeente, is er een verbeterde structurele samenwerking tussen zorg, welzijn en sport voor mensen met een motorische beperking of chronische ziekte. Deze samenwerking is tot stand gekomen gedurende de projectperiode van 12 maanden.**

De bewegcoach faciliteert lokale netwerkvorming en organiseert een startbijeenkomst. De verschillende organisaties leren elkaar kennen, en onderlinge doorverwijzing wordt gestimuleerd (mobiliseren sociale netwerken).



## 4. Onderzoek

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

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

*Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan naar de realisatie en uitvoering van de interventie. Beschrijf compact de uitkomsten van het onderzoek en geef aan op welke manier de uitkomsten van het onderzoek eventueel zijn verwerkt in de opzet en beschrijving van de interventie*

*Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.*

Beschrijf per onderzoek:

- De titel, auteurs, organisatie, onderzoeksperiode en publicatiedatum (indien gepubliceerd).
- Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek.
- 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.
- Geef tevens aan op welke manier de uitkomsten van het onderzoek en eventuele aanbevelingen zijn verwerkt in de opzet en beschrijving van de interventie. Hierbij mogen de uitkomsten van meerdere onderzoeken gecombineerd worden.

**Krops L.A. et al (2021). Feasibility and short-term effects of Activity Coach+: a physical activity intervention in hard-to-reach people with a physical disability. *Disabil Rehabil.***

**Doi:10.1080/09638288.2020.1717650.**

Kwantitatief onderzoek o.b.v. logboeken.

Gedurende de eerste 4 maanden na implementatie in 3 gemeenten (2 beweegcoaches) waren 29 personen geïnteresseerd in deelname. Allen hadden een intake bij de fysiotherapeut, en zijn gestart met Fitalo. 23 personen namen deel aan wetenschappelijk onderzoek en zijn verder gevolgd. 2 van deze 23 deelnemers stopten in de eerste 4 maanden, door progressieve artrose en psychosociale problemen. Deelnemers waren gemiddeld 60 jaar, en hadden verschillende motorische beperkingen of chronische ziekten waarvan hartlongaandoeningen, hersenletsel en chronische pijn de meest voorkomende diagnosegroepen waren. Deelnemers zijn gerekruteerd via lokale media, huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten en maatschappelijk werk. Afwijkingen van het protocol waren gesprekken die face-to-face plaatsvonden i.p.v. telefonisch, en extra contactmomenten, volgens beweegcoaches omdat deelnemers een intensievere begeleiding nodig hadden, en door praktische redenen. Op basis hiervan is het handboek aangepast, en wordt meer vrijheid gelaten in het aantal contactmomenten en de manier van afspreken. 19 van de 21 deelnemers gebruikten de activiteitenmonitor, de andere 2 deelnemers wilden dit niet omdat dit hen niet hielp met hun gedragsverandering.

**Vaessen L.Q. et al (2018). Activity coach+: Contributors' experiences in relation to their initial expectations.**

Kwalitatief onderzoek onder 12 professionals na afronding van de pilotperiode, volgens thematische analyse.

Bereik: Professionals waren positief over de manier waarop Fitalo de doelgroep benadert. Zij verwachten dat hierdoor de juiste mensen bereikt worden. Nadeel van Fitalo is dat geen grote deelnemersaantallen bereikt worden, dit past bij de individuele aanpak.

Effecten: Professionals ervoeren positieve effecten van Fitalo op individueel niveau, geuit in verbeterde fysieke- en psychosociale gezondheid. Meninge over verwachte kosteneffectiviteit en duurzaamheid van gedragsverandering varieerden.

Adoptie: Professionals geven aan dat het belangrijk is om regelmatig contact te houden met intermediaire organisaties (m.n. huisartsen) om doorverwijzing van deelnemers te garanderen. De thuiszorg is met name geschikt gebleken om deelnemers door te verwijzen. De benaderbaarheid van de beweegcoach is als zeer positief ervaren.

Implementatie: Professionals waren positief over de implementatie van Fitalo. Met name de persoonlijke en individuele aanpak en gevoel van kwaliteit, doordat de interventie vanuit een universitair ziekenhuis is ontwikkeld, werden positief ervaren. De betrokken bewegcoaches hadden een andere mening over de mate van flexibiliteit van het programma. De ene bewegcoach wilde meer ruimte voor het individueel aanpassen van het traject, terwijl de andere bewegcoach meer wilde standaardiseren.

Voortzetting: De meeste professionals hoopten dat Fitalo gecontinueerd werd op grotere schaal.

#### **Wiersma E.V. et al (2018). Procesevaluatie pilot Bewegcoach+ onder deelnemers.**

Kwalitatief onderzoek onder 15 deelnemers uit 3 gemeenten (2 bewegcoaches) na afronding van de pilotperiode, volgens thematische analyse.

Bereik: Deelnemers zijn vooral via huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg en krantenartikelen in aanraking gekomen met Fitalo. Advies is om breder te adverteren, bijvoorbeeld in serviceflats. Sommige deelnemers hadden bij aanvang de verwachting dat zij een personal trainer kregen. Het is belangrijk om vooraf de verwachtingen af te stemmen.

Effecten: De meeste deelnemers geven aan dat zij meer zijn gaan bewegen. Dit zorgt voor een verbeterde gezondheid, met name uithoudingsvermogen. Deelnemers geven aan hierdoor positiever in het leven te staan. Veel deelnemers waardeerden lichamelijke metingen (onderdeel van de wetenschappelijke studie), omdat het hen inzicht gaf in gezondheidsverandering. Hierdoor is gekozen om deze metingen onderdeel van Fitalo te maken.

Adoptie: De deelnemers hebben de hele interventie doorlopen. Enkele deelnemers hebben de activiteitenmonitor niet gebruikt.

Voortzetting: De meeste deelnemers vertrouwen dat zij hun actievere leefstijl zelfstandig kunnen voortzetten. Een paar deelnemers wilden graag dat het programma langer duurt. Vanwege afweging van kosten is de duur niet aangepast. Bijna alle deelnemers bevelen Fitalo aan anderen aan.

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

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

*Let op: dit onderdeel (4.2) alleen invullen voor het niveau 'Effectief'.*

*Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan met welke uitkomsten. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.*

Beschrijf per onderzoek:

- De titel, auteurs, organisatie, onderzoeksperiode en publicatiedatum.
- Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek.
- 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. Werk eventueel met een tabel of ander schema.

**Krops L.A. et al (2021). Feasibility and short-term effects of Activity Coach+: a physical activity intervention in hard-to-reach people with a physical disability. *Disabil Rehabil.***

**Doi:10.1080/09638288.2020.1717650.**

Onderzoeksperiode: 2017-2018

Het onderzoek betreft kwantitatief onderzoek (n=21; 3 gemeenten; 2 bewegcoaches) naar de korte termijn effectiviteit (eerste 4 maanden) van Fitalo op beweeggedrag (SQUASH vragenlijst en Activ8 activiteitenmonitor), biomedische gezondheid (BMI, buikomtrek, bloeddruk, handknijpkracht, 10 meter looptest, 6 minuten looptest, berg balance scale), en psychosociale gezondheid (kwaliteit van leven, vermoeidheid, zelfvertrouwen, sociale participatie).

Beweeggedrag

Beweeggedrag was niet significant verbeterd na 4 maanden ( $p = .273 - .723$ ).

#### Biomedische gezondheid

Er was een toename in BMI ( $p=.006$ ; effect size: .50), van .9 kg/m<sup>2</sup>. Deze toename was niet verwacht, en is mogelijk veroorzaakt door seizoensinvloeden en toename in spiermassa. Diastolische bloeddruk nam af met 5 mmHg ( $p=.032$ ; effect size: -.48). Loopvaardigheid verbeterde met .17 m/s ( $p=.002$ ; effect size: .63). Dit is een klinisch relevante verbetering (MCID: .10-.17). Uithoudingsvermogen verbeterde met 46 m ( $p=.013$ ; effect size: .55). Het is onduidelijk of deze verbetering klinisch relevant is (MCID: 23.5-82 m). Balans nam toe met 3 punten ( $p=.014$ ; effect size: .41). Het is onduidelijk of deze verbetering klinisch relevant is (MCID: 2-5.8 punten). Handknijpkracht nam toe met 4.3 kg. Dit was geen significante toename ( $p=.055$ ), maar mogelijk is deze verbetering wel klinisch relevant (MCID: 3.4-6.5 kg). Buikomvang en systolische bloeddruk veranderden niet over tijd.

#### Psychosociale gezondheid

Kwaliteit van leven is gemeten met de RAND-36, en bestaat uit 9 subschalen. De subschaal ervaren vitaliteit nam toe met 10 punten ( $p=.049$ ; effect size: .41). Deze verbetering is niet klinisch relevant (MCID: 12.5 punten). De overige subschalen van kwaliteit van leven veranderden niet over tijd ( $p=.121-1.000$ ). Ook ervaren vermoeidheid, zelfvertrouwen en sociale participatie veranderden niet over tijd. Een verklaring hiervoor is dat dit korte termijn effecten (4 maanden) betreft, en een verbetering van psychosociale gezondheid mogelijk meer tijd vraagt. Het betreft een pilot studie ( $n=21$ ) die mogelijk niet voldoende statistische power heeft om dergelijke verbeteringen statistisch inzichtelijk te maken.

De waarden voor klinische relevantie (MCID) zijn gekozen voor verschillende diagnosegroepen waaruit de doelgroep van Fitalo bestaat. Deze waarden waren allen relatief hoog in verhouding met de uitkomsten van de gezondheidsmetingen bij aanvang van Fitalo. Mogelijk zijn in deze relatief inactieve doelgroep kleinere veranderingen al relevant op individueel niveau.

De effecten op de lange termijn (tot 1 jaar na start van de interventie) worden op dit moment geanalyseerd.

## 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*

Veronderstelde werkzame elementen van Fitalo zijn:

- De doorverwijsstructuur via intermediaire organisaties.
- De intake bij de fysiotherapeut waardoor deelnemers vertrouwen krijgen in eigen lichaam en beweegmogelijkheden.
- De individuele maatwerk aanpak: één aanspreekpunt.
- Het lokale karakter van de interventie, waardoor de bewegecoach kennis heeft van (beweeg)faciliteiten in de eigen omgeving, en de gesprekken altijd dichtbij plaatsvinden.
- Het stimuleren van zowel georganiseerde en niet georganiseerde deelname aan bewegen / sport, en meer bewegen in het dagelijks leven; elke activiteit telt. Hierdoor is de interventie geschikt voor mensen met verschillende ernst van klachten.
- Regelmatig kort contact met de bewegecoach, waardoor terugval en problemen snel gesignaleerd worden.
- Het meten van eigen bewegegedrag (activiteitenmonitor) en gezondheidsverandering (lichamelijke metingen). Hierdoor krijgt de deelnemer inzicht in eigen gedrag en gezondheid, wat de eerste stap is voor duurzame gedragsverandering. Het halen van gestelde doelen geeft namelijk succesbeleving, en dit is een belangrijke stimulans om vol te houden.
- De contacten van de bewegecoach met zorg- en welzijnsorganisaties en de gemeente. Bij deze doelgroep is vaak sprake van multi problematiek. De bewegecoach kan dan doorverwijzen naar een andere professional..

Positief neveneffect is dat het lokale netwerk tussen zorg-, welzijn- en sportorganisaties versterkt wordt, waardoor deze organisaties elkaar onderling ook beter weten te vinden (ook buiten de deelnemers van Fitalo).

## 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).

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bluethmann, S.M. et al. (2015). Grasping the 'teachable moment' : time since diagnosis, symptom burden and health behaviors in breast, colorectal and prostate cancer survivors. *Psychooncology*, 24(10):1250-1257.

Brandenburg, P. et al. (2022). Physical activity behavior up to one year post rehabilitation among adults with physical disabilities and/or chronic diseases: results of the prospective cohort study ReSpAct. *BMJ Open*, 12(6):e056832.

Bull, F.C. et al. (2020). World Health organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*, 54(24):1451-1462.

CBS & RIVM (2020). *Beweegrichtlijnen*. Binnengehaald 15 september 2021 van <https://www.sportenbewegen cijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen>

Creer, T.L. (2000). *Self-management of chronic illness*. In: Handbook of self-regulation (pp. 601-629). San Diego: Academic Press.

Dacey, M.L., Kennedy, M.A., Polak, R. & Phillips, E.M. (2014). Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. *Med Educ Online*, 19:24325.

Damschroder, L.J., et al., (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4(1):50.

De Vries, H., Dijkstra, M. & Kulhman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Educ Res*, 2(3):273-282.

De Vries, S.I., Van Duijnhoven, M.J.M., Ooijendijk, W.T.M. & Hopman-Rock, M. (2005). *School en Sport Speciaal. Sport- en beweegactiviteiten voor en door leerlingen uit het speciaal onderwijs*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Ding, D., et al. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051):1311-1324.

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White book on physical and rehabilitation medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. *Eur J Phys Rehabil Med*, 54(2):261-278.

Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2008). *Social networks and social support*. In: Health behavior and health education: Theory, research and practice (pp. 189-210). San Fransisco: Jossey-Bass.

Kazdin, A.E. (2008). *Behavior modification in applied settings*. Long Grove: Waveland Press.

Kenniscentrum Sport & Bewegen (2020). *Beweegrichtlijnen voor mensen met een fysieke beperking*. Binnengehaald 16 november 2021 van

<https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/beweegrichtlijnen/bewegen-voor-mensen-met-een-fysieke-beperking/>

Krops, L.A. et al. (2017) Health Related Quality of Life in a Dutch Rehabilitation Population: Reference Values and the Effect of Physical Activity. *PLoS One*. 12(1):e0169169.

Krops, L.A. et al. (2018a) Requirements on a community-based intervention for stimulating physical activity in physically disabled people: a focus group study amongst experts. *Disabil Rehabil*, 40(20):2400-2407.

Krops, L.A. et al. (2018b). Development of an intervention to stimulate physical activity in hard-to-reach physically disabled people and design of a pilot implementation: an intervention mapping approach. *BMJ Open*, 8(3):e020934.

Krops, L.A. et al. (2019) Target population's requirements on a community-based intervention for stimulating physical activity in hard-to-reach physically disabled people: an interview study. *Disabil Rehabil*, 41(19):2272-2279.

Krops, L.A. et al. (2021). Feasibility and Short-term Effects of Activity Coach+: a Physical Activity Intervention in hard-to-reach People with a Physical Disability. *Disabil Rehabil*, 43(19):2769-2778.

Latham, G.P. & Locke, E.A. (2008). New developments in and directions for goal-setting research. *Eur Psychol*, 12:290-300.

Lustria, M.L., Cortese, J., Noar, S.M. & Glueckauf, R.L. (2009). Computer-tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components. *Patient Educ Couns*, 74:156-173.

Manns, P.J., Dunstan, D.W., Owen, N., & Healy, G.N. (2012). Addressing the nonexercise part of the activity continuum: a more realistic and achievable approach to activity programming for adults with mobility disability? *Physical Therapy*, 92(4):614-625.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1998). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ*, 15:351-377.

Morris, J.H., Macgillivray, S. & McFarlane, S. (2014) Interventions to Promote Long-Term Participation in Physical Activity after Stroke: A Systematic Review of the Literature. *Arch Phys Med Rehabil*. 95(5):956-967.

Rimmer, J.H. (2012). Physical Activity for people with disabilities. *Lancet*, 380:193-195.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

Seeman, T.E., Merkin, S.S., Crimmins, E.M. & Karlamangla A.S. (2010). Disability trends among older Americans: National health and nutrition examination surveys, 1988-1994 and 1999-2004. *Am J Public Health*, 100:100-107.

Troosters, T. et al. (2013). Improving physical activity in COPD: Towards a new paradigm. *Respir Res*, 14(1):115.

Vaessen, L.Q. et al. (2018). *Activity coach+: Contributors' experiences in relation to their initial expectations*. Masterthese Sociale Psychologie.

Van den Brink, C & Savelkoul, M. (2013). *Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM*. Volksgezondheid toekomst verkenning, Nationaal kompas volksgezondheid.

- Van der Ploeg, H.P., Van der Beek, A.J., Van der Woude, L.H.V. & Van Mechelen, W. (2004). Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports Med*, 34(10):639-649.
- Van der Ploeg, H.P. et al. (2006) Counselling increases physical activity behaviour nine weeks after rehabilitation. *Br J Sports Med*, 40(3):223-229.
- Voet, N.B.M. (2019). Exercise in neuromuscular disorders: a promising intervention. *Acta Myol*, 38(4):207-214.
- Von Heijden, A., van den Dool, R., van Lindert, C. & Breedveld, K. (2013). *(On)beperkt sportief 2013. Monitor sport- en bewegdeelname van mensen met een handicap*. Utrecht, Nederland: Mulier Instituut / Arko Sports Media.
- Wiersma, E.V. et al. (2018). *Fysieke beweging en psychisch welzijn bij mensen met een lichamelijke beperking*. Masterthese Klinische Psychologie.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Zimmerman, M.A. (2000). *Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis*. In: Handbook of community psychology (pp. 43-62. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

## 7. 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?*

In 2019-2020 is Fitalo uitgevoerd in de Groningse gemeente Eemshoek. Er zijn in totaal 25 deelnemers begeleid naar een actievere leefstijl, door beweegcoach Daniël Boekee (gedetacheerd vanuit Huis voor de Sport Groningen).

Hieronder staan twee individuele casussen uitgewerkt.

De eerste casus betreft een 73 jarige vrouw met chronische rugklachten door artrose. De deelnemer mocht altijd graag fietsen en wandelen, maar door een val met de fiets was zij hiermee gestopt. Hierdoor kreeg de deelnemer angst voor het fietsen, en nam haar conditie af. Mevrouw kwam in een negatieve spiraal en bewoog ook tijdens het dagelijks leven steeds minder. Het doel van de deelnemer was om lichamelijk fitter te worden. De beweegcoach heeft samen met de deelnemer gezocht naar een oplossing voor haar fietsangst. Er is contact gezocht met een aanbieder van fiets-clinics, speciaal voor senioren, i.c.m. een valpreventie-cursus. Na een aantal sessies heeft mevrouw haar fietsangst overwonnen en is zij weer gestart met zelfstandig fietsen. De deelnemer vond het plezier in het fietsen weer terug. Om de deelnemer te stimuleren om ook tijdens het dagelijks leven weer meer te bewegen is de activiteitenmonitor gebruikt. De beweegcoach en de deelnemer hebben samen doelen gesteld, beginnend met een doel van 1000 stappen per dag. Door doelen steeds bij te stellen heeft de deelnemer veel vooruitgang geboekt. Zij werd niet alleen actiever, maar ook haar conditie verbeterde. Dit was terug te zien tijdens de verschillende monitoringsmomenten. De combinatie van fietsen en wandelen heeft er voor gezorgd dat de deelnemer een structureel beweegpatroon gedurende de week had, en dit ook zelfstandig voort kon zetten na afronding van Fitalo.

De tweede casus betreft een 31 jarige vrouw met diabetes type 2 en overgewicht. Door de combinatie van diabetes en overgewicht kon de deelnemer lastig bewegen en vond zij geen aansluiting bij sportaanbod. Het doel van de deelnemer was om af te vallen, fitter te worden en op termijn medicatie te kunnen verminderen. De beweegcoach heeft samen met de deelnemer gezocht naar een juiste balans tussen beweging, voeding en andere leefstijlcomponenten. Op advies van de beweegcoach is de deelnemer bij een diëtiste geweest, en begonnen met een voedingsplan. De beweegcoach is samen met de deelnemer op zoek gegaan naar een passend beweegaanbod. De deelnemer heeft eerst een aantal lessen gevolgd bij de lokale sportschool, maar dit beviel niet. Daarna heeft de beweegcoach de deelnemer begeleid naar een plaatselijk wandelclubje. Dit laatste bleek voor de deelnemer de goede match, mede door het tempo en de groepssamenstelling. Door doelen te stellen via de activiteitenmonitor kreeg de deelnemer plezier in het wandelen, en boekte zij zichtbaar resultaat. Dit resultaat was terug te zien tijdens de monitoringsmomenten en in de vooruitgang van het totale aantal stappen wat de deelnemer per dag zette. Door de combinatie tussen bewegen en gezonder eten (voedingsplan van de diëtiste) viel de deelnemer af, en werd zij steeds fitter. Aan het einde van het begeleidingstraject van Fitalo had de deelnemer goede hoop om te kunnen minderen of eventueel zelfs stoppen met haar diabetes medicatie.

Gedurende een jaar heeft de beweegcoach 25 individuele deelnemers begeleid met allen hun eigen verhaal en voortgang. De beweegcoach heeft veel energie gestoken in het verbeteren van het netwerk tussen zorg-, welzijn- en sport/bewegen. Positief bijeffect is dat nieuwe onderlinge samenwerkingen zijn ontstaan.