

# Liever Bewegen dan Moe

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie 2021

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Organisatie: Indigo Preventie  
Postadres: Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag  
E-mail: [preventie@indigohaaglanden.nl](mailto:preventie@indigohaaglanden.nl)  
Telefoon: 088 357 10 60

**Website** (van de interventie): <https://www.indigowest.nl/cursussen/cursus/-/liever-bewegen-dan-moe>

## Contactpersoon

Haaglanden

Naam : Thuan-Nhi Truong  
E-mail : [t.truong@indigohaaglanden.nl](mailto:t.truong@indigohaaglanden.nl)  
Telefoon : 088 357 10 60 / 06 20 246 987

Rijnmond

Naam : Peter Overzier  
E-mail : [p.overzier@indigorijnmond.nl](mailto:p.overzier@indigorijnmond.nl)  
Telefoon : 088 357 1700 / 06 10 799 822

## Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: drs. Maïke van Aartsen, drs. Elisabeth van Heiningen, drs. Jeltje Kramer, drs. Lies Nolden, drs. Anne-Marie Willemse, drs. Ina Oost, Merel Verbunt, Jelske van der Veen, Anneke Vermond, Thuan-Nhi Truong MSc, & drs. Inge Kuiper.

Titel interventie: Liever Bewegen Dan Moe  
Databank(en): Centrum Gezond Leven, RIVM  
Plaats, instituut: Den Haag, Indigo preventie  
Datum: juni 2023

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.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl) en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
Beschrijving interventie .....	5
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel .....	6
1.3 Aanpak .....	6
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>22</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	23
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>26</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>28</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

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

*Liever Bewegen dan Moe* is een mentaal fit-programma, een integrale interventie waarbij voorlichting over een gezonde leefstijl en het psychische welbevinden wordt aangeboden in combinatie met een beweeggedeelte. Hierbij worden de deelnemers mentaal en fysiek in beweging gebracht met als doel het voorkomen van (verergering van) psychische problematiek (o.a. depressiviteit).

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De training *Liever bewegen dan moe* is voor volwassenen met milde depressieve klachten die gemotiveerd zijn om in een groepssetting proactief te werken aan het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid.

## **Doel** – max 50 woorden

Het doel is om het risico op depressie te verminderen door een aanzet te geven tot een structureel meer gezonde leefstijl, in het bijzonder gericht op het letterlijk en figuurlijk in beweging komen.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Psycho-educatie over mentale gezondheid en leefstijlaspecten worden gecombineerd met fysiek bewegen en ontspanningsoefeningen, aangepast aan de doelgroep.

## **Materiaal** – max 50 woorden

- Handleiding voor de trainer
- PowerPointpresentatie voor de trainer
- Beweeg oefeningen en spel voor de sporttrainer
- Bijlagen met informatie en opdrachten voor de deelnemers

## **Onderbouwing** – max 150 woorden

In Nederland krijgt één op de vier volwassen (18-75 jaar) ooit in hun leven te maken met een depressie. Het hebben van een depressie heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven het maatschappelijk, persoonlijk en sociaal functioneren. Een hoge ziekte last wordt ervaren en in de ranglijst van aandoeningen met de hoogste ziektekosten staat deze psychische stoornis bovenaan.

Tevens wordt er te weinig bewogen en wordt de tijd teveel zittend doorgebracht. Bij volwassenen is dit met name te zien bij mensen met een migratie achtergrond en een lage SES. Een behoorlijke evidentie is aanwezig dat een lage fysieke activiteit het risico op depressieve symptomen vergroot. Het verbeteren van alle leefstijlfactoren, met name beweging, heeft een antidepressieve werking. Het draagt bij aan herstel van psychische problematiek en het voorkomen van terugval en verergering van klachten.

De integrale aanpak van de interventie blijkt een effectieve manier te zijn om depressieve symptomen aan te pakken. Lotgenotencontact is daarbij een steunende factor.

## **Onderzoek** – max 100 woorden

In de jaren 2018-2022 geven deelnemers een gemiddelde tevredenheidsscore van een 8,5 (N=126).

Deelnemers rapporteren tevreden te zijn over de oefeningen, uitleg en de trainers. De resultaten op de effectmeting zijn goed te noemen. Er blijkt een significante verbetering van de lichamelijke en psychische gezondheid (EuroQol thermometer); een stijging van 60,5 naar 72,6. Eveneens een verbetering van de psychische gezondheid (MHI-5); een stijging van 44 naar 54,5. Hierbij geldt de kanttekening dat deze effectresultaten gebaseerd zijn op een beperkt aantal volledig ingevulde effectmetingen (N=21).

De resultaten komen echter goed overeen met eerdere studie vanuit Indigo Preventie (Overzier & Wansink, 2012).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

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

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

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

Het mentaal fitprogramma is ontwikkeld voor volwassenen:

- met milde depressieve klachten,
- die gemotiveerd zijn om in een groepssetting proactief te werken aan het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid door middel van beweging, gesprek en psycho-educatie,

In de praktijk kan de uiteindelijke doelgroep per locatie en financiering verschillen. Zie paragraaf '1.3 Aanpak' voor meer informatie.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

N.v.t.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

*Inclusiecriteria*

Volwassenen die:

- lichte depressieve en/of spanningsklachten (somberheid, moeheid en/of een lusteloos gevoel) ervaren,
- het moeilijk vinden om in beweging te komen,
- kunnen functioneren in een groep,
- fysiek in staat zijn het programma te volgen (geen belemmerende gezondheidsklachten als hart-of knieproblemen),
- een lage SES of een migratieachtergrond hebben,
- gemotiveerd zijn om deel te nemen en bereid zijn alle bijeenkomsten aanwezig te zijn.

*Exclusiecriteria:*

- sterk op de voorgrond staande problemen die de concentratie en/of het functioneren in een groep belemmeren, bijvoorbeeld actuele crisis, verslaving, suïcidaliteit, etc.
- ernstige gezondheidsklachten (bijvoorbeeld gewrichten, hartproblemen)

De manieren om de doelgroep te selecteren verschilt per locatie en financiering. Zie paragraaf '1.3 Aanpak – Inhoud van de interventie' voor meer informatie.

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

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

De doelgroep wordt actief betrokken door de trainers om hun wensen en verbeteringsuggesties kenbaar te maken. Dit wordt gedurende de training gedaan, bijvoorbeeld bij het doornemen van het programma van de training of bijeenkomst en na afloop van een bijeenkomst. De training wordt op deze manier direct op maat aangeboden. Zo zijn er regelmatig GGZ onderwerpen aangepast om meer te kunnen oefenen met technieken en vaardigheden, zoals herkadere, uitdagen en realistisch denken. Ook zijn er visuele PowerPointpresentaties ontwikkeld met geen/weinig taal om kennisoverdracht te verbeteren bij groepen die de Nederlandse taal minder goed beheersen. Ten slotte zijn er groepen geweest die bijvoorbeeld interesse hadden in danslessen, yoga en pilatesoefeningen. De sporttrainer kon hier weer specifiek aandacht aan geven. Aan het einde van de training vindt een schriftelijke tevredenheidsmeting plaats. Hieruit zijn tot heden geen verbeteringsuggesties aangedragen die leiden tot een structurele aanpassing van de uitvoering en/of het draaiboek.

## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van de training is mentale en fysieke activatie: Deelnemers zijn zich na afloop van de training meer bewust van de factoren die de gezonde leefstijl en het mentaal welbevinden bevorderen en passen praktische tips toe in het dagelijkse leven, in het bijzonder het letterlijk en figuurlijk in beweging komen. Het preventieve einddoel is het verminderen van het risico op depressie en andere psychische klachten.

**Subdoelen** – max 350 woorden

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

1. Vergeleken met de start is aan het einde van de training een verbetering waar te nemen van de algehele ervaren gezondheid.
2. Deelnemers hebben een positieve ervaring opgedaan met mentaal en fysiek in beweging zijn.
3. Deelnemers zijn gemotiveerd om na de training te blijven bewegen.
4. Deelnemers hebben na afloop van de training meer kennis over en zijn zich bewust van de volgende gezondheidsonderwerpen:
  - a. gezonde en ongezonde stress en stress-signalen
  - b. balans tussen ontspanning en spanning: energiegevers en -vreters
  - c. piekeren en negatief denken, effect van gedachten op gevoelens en gedrag
  - d. gezonde voeding en eetpatroon en de relatie tussen emotie en eten
  - e. factoren die de slaap positief of negatief beïnvloeden
5. Deelnemers zijn zich bewust van verschillende vaardigheden die helpen om het mentaal welbevinden te versterken:
  - a. herkennen van psychische, lichamelijke en gedragsmatige stress-signalen
  - b. plannen en doen van plezierige activiteiten in het dagelijkse leven
  - c. steun vragen en/of emoties delen
  - d. toepassen van verschillende ontspanningstechnieken
  - e. herkennen van piekergedrag en het toepassen van een piekerstoptechniek
  - f. toepassen van positieve zelfbekrachtiging
  - g. het vermogen om weloverwogen keuzes te maken rondom eetgedrag
  - h. het vermogen om weloverwogen keuzes te maken rondom het bevorderen van een goede nachtrust

## 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 300 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.

### **De uitvoering**

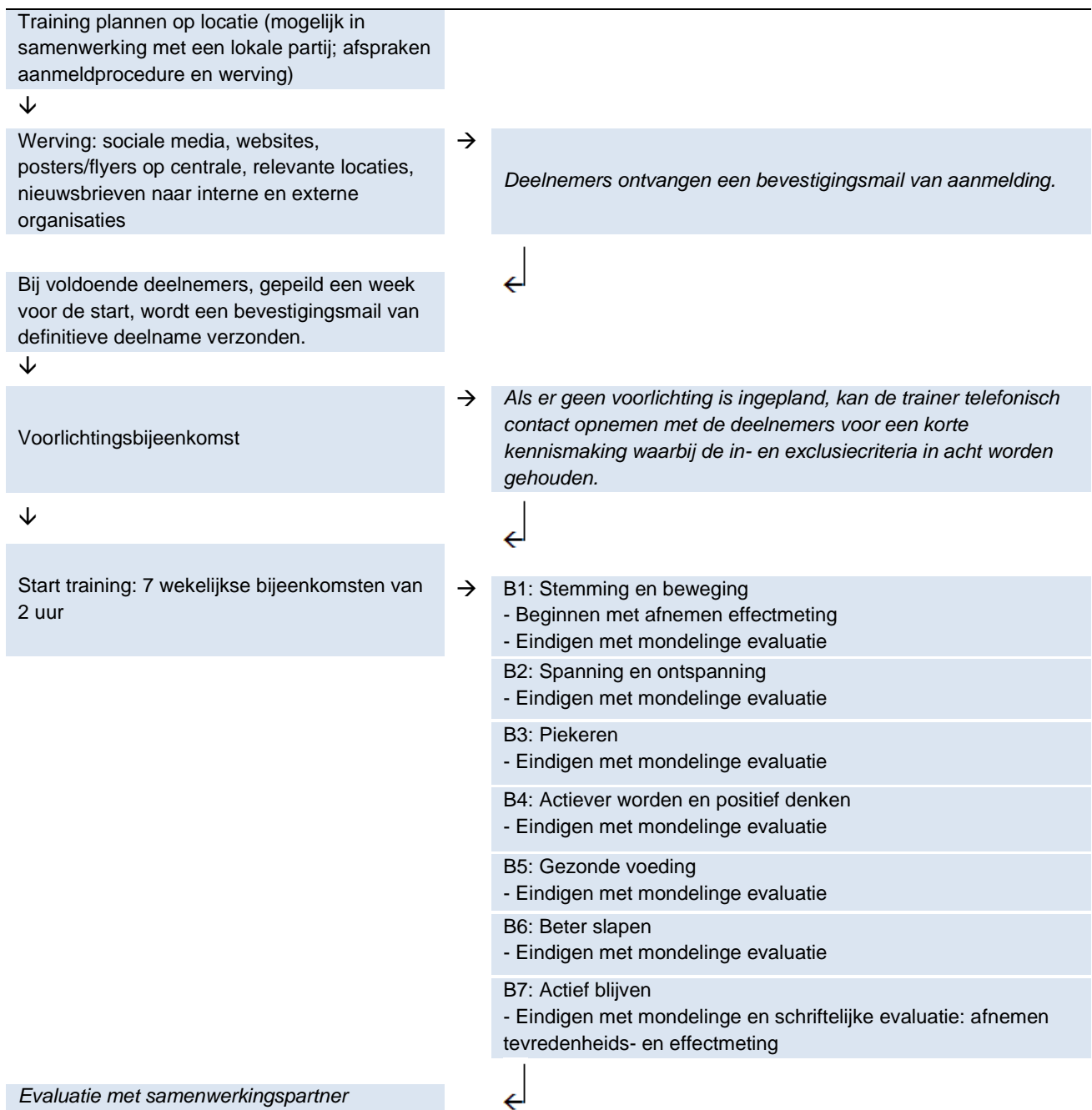
De training wordt begeleid door een preventiedeskundige en een sporttrainer. De grootte van de groep varieert tussen de 6 tot 15 deelnemers. Ter ondersteuning van de groepsbijeenkomsten en de aandachtspunten voor thuis, krijgen deelnemers bijlagen mee. Deelnemers besteden ongeveer een half uur

per week aan een thuiswerkopdracht en dienen dagelijks te oefenen met een beweegactiviteit (zoals wandelen, in tempo's wandelen of een oefening) en/of ontspanningsoefening. De preventiedeskundige werkt met een vast draaiboek, maar blijft alert op het groepsproces om de training zoveel mogelijk op maat aan te bieden. De sporttrainer bekijkt per training het fysieke niveau van de groep en bepaalt op basis daarvan de inhoud van het beweeggedeelte. Er wordt gezorgd voor een uitdaging passend op elk niveau.

De trainingsbijeenkomsten bestaan uit psycho-educatie en bewegen. Beide delen kunnen naar behoefte en tijd iets aangepast worden. Gemiddeld is er 55 minuten ruimte voor elk gedeelte en is er 10 minuten pauze. In elke bijeenkomst staat één gezondheidsonderwerp centraal.

Bij de start van de training vindt een effectmeting plaats. Bij de afsluiting van de training is er een mondelinge en schriftelijke evaluatie en wordt de effectmeting wederom afgenomen. Na de afsluiting kunnen resultaten teruggekoppeld worden aan de samenwerkingspartner(s) en kan de samenwerking worden geëvalueerd.

Zie onderstaand schema voor een schematische weergave van de opzet van de interventie.



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

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

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

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

### **Planning**

Voor de planning van de interventie zijn de volgende rollen nodig: een coördinator, secretariële ondersteuning, een ervaren preventiedeskundige (GGZ trainer), een sporttrainer en indien relevant een locatie contactpersoon / samenwerkingspartner in de wijk. Hieronder een opsomming van de taken de coördinator, secretariaat en samenwerkingspartner:

- De coördinator draagt zorg voor:
  - de uitrol van de werving en benodigdheden,
  - de aanmeldprocedure,
  - de praktische zaken (beschikbare trainer, lokaal, benodigde faciliteiten),
  - de afstemming en evaluatie met betrokkenen (denk aan secretariële ondersteuners, communicatieadviseurs/medewerkers, betreffende trainer(s) en mogelijke samenwerkingspartners).
- Secretariële ondersteuning: draagt zorgt voor de groepsruimte, een goede afhandeling van de aanmeldingen en legt de benodigde materialen klaar voor de trainers.
- Locatie contactpersoon / samenwerkingspartner: indien de training op een andere locatie plaatsvindt, dan neemt de locatie contactpersoon een deel van de taken van het secretariaat over. Tevens zorgt hij/zij voor de werving.

De training vindt bij voorkeur plaats in een wijk waarbij sprake is van een hoog percentage kwetsbare inwoners. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het lokaal gezondheidsbeleid en de gezondheidsmonitors (CBS, RIVM en GGD) om de focuswijken te bepalen. Denk hierbij aan inwoners met een lage sociaal economische status, met een migratieachtergrond (met name vrouwen), een lage score op de ervaren gezondheid, welzijn en leefstijl of senioren.

### **Werving**

Afhankelijk van de locatie en doelgroep wordt gekeken hoe de werving het beste aangepakt kan worden. Over het algemeen worden deelnemers ruim van tevoren (minstens 1½ maand) geworven door/via:

- informatie op de website van Indigo en betreffende samenwerkingspartners,
- de POH-GGZ en huisartsen,
- behandelaren werkzaam binnen de GBGGZ en SGGZ,
- netwerkpartners en vrijwilligers in de wijken (zoals scholen, buurtcentra, maatschappelijk werk en bibliotheken),
- sociale media, zoals Instagram, buurtapps, etc.
- posters/flyers op verschillende centrale plekken,
- advertenties in de regionale pers,
- mond tot mond reclame.

### **Voor de start van de training**

Een voorlichtingsbijeenkomst van 2 uur kan ingezet worden een week voor de start van de training. Het doel: de potentiële deelnemer maakt kennis met de preventiedeskundige (ofwel trainer) en sporttrainer, de mogelijke groep, krijgt informatie over het volgen van de training en kan zijn/haar vragen kwijt. Hier wordt ook in gesprek met de deelnemer beoordeeld of de training passend is, gelet op de in- en exclusiecriteria. Bij te zware en complexe problematiek wordt de deelnemer geattendeerd contact op te nemen met de huisarts. Motivatie en kunnen functioneren in een groep zijn het meest doorslaggevend om deel te kunnen nemen.

Afhankelijk van de financiering, locatie en doelgroep kunnen in plaats van een voorlichtingsbijeenkomst telefonische kennismakingsgesprekken plaatsvinden. Dit heeft als voordeel dat de in- en exclusiecriteria per deelnemer beter gehanteerd kan worden en meer aandacht is voor het persoonlijke verhaal. Er kan ook bewust gekozen worden voor een kennismakingsgesprek op locatie. Dit wordt met name gedaan als de training voor een specifieke groep is, waarbij sprake is van een hoge kwetsbaarheid en er een hoog risico is op no-shows en drop-outs, bijvoorbeeld de groep volwassenen met een participatiewetuitkering.



## **Samenwerking**

Met de wijkgerichte benadering wordt aansluiting gevonden met meerdere disciplines in de wijk en met de inwoners zelf, waaronder de kwetsbare burgers. Er wordt gekeken welke problematiek er speelt in bepaalde wijken en welke behoeften er zijn op het gebied van mentale ondersteuning (zorg op maat). De behoeften worden gepeild bij de einddoelgroep zelf, bijvoorbeeld bij bestaande groepen binnen wijk- en buurtcentra en/of bij samenwerkingspartners in die bepaalde wijken. Deze partners staan dichtbij de einddoelgroep en hebben daardoor een optimaal beeld van wat nuttig zou kunnen zijn voor de groep. Ook wordt er rekening gehouden met bestaand aanbod waarbij toegewerkt wordt naar een passende afstemming en inbedding om uiteindelijk de interventie aan te bieden op een toegankelijke plek in die wijk (Pharos, 2020; Van den Muijsenbergh, Schers & Assendelft, 2018; WijkWijzer, 2022). Op het moment dat er een samenwerking gaat plaatsvinden, worden afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden en de praktische gang van zaken betreffende de planning en benodigdheden.

## **Op maat**

Afhankelijk van de financiering en doelstellingen kan de training ingezet worden voor specifieke groepen, zoals vrouwen of mannen met een migratieachtergrond, mensen met een participatiewetuitkering of senioren. Als basis voor het draaiboek van de training is de oorspronkelijke doelgroep van de training aangehouden: volwassen vrouwen met een migratieachtergrond. Hierbij is bijvoorbeeld bewust gebruik gemaakt van eenvoudig Nederlands met praktische dagelijkse voorbeelden. De training is daardoor als basis goed bruikbaar voor verschillende doelgroepen. Daarbij is het echter aan de trainer om, afhankelijk van de groep, een vertaalslag te maken en de training zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij het niveau en belevingswereld van de groep. Onderwerpen, de hoeveelheid informatie, gebruikte technieken of werkvormen kunnen daarom verschillen per doelgroep om de training op maat te kunnen aanbieden. De integrale aanpak van de training blijft echter behouden.

## **Inhoud**

In elke bijeenkomst wordt aandacht besteed aan een passend onderwerp bij depressieve en stress-gerelateerde symptomen (GGZ gedeelte) en wordt er actief bewogen tijdens het beweeggedeelte.

- Bijeenkomst 1: Stemming en bewegen
- Bijeenkomst 2: Spanning en ontspanning
- Bijeenkomst 3: Piekeren
- Bijeenkomst 4: Actiever worden en positief denken
- Bijeenkomst 5: Gezonde voeding
- Bijeenkomst 6: Beter slapen
- Bijeenkomst 7: Actief blijven

Elke bijeenkomst bevat de volgende onderdelen:

- Inleiding/terugblik en bespreken van thuiswerk
- Psycho-educatie en oefening/opdracht
- Pauze
- Beweeggedeelte:
  - warming up en peilen beweging afgelopen week
  - in verschillende tempo's wandelen
  - spierversterkende en balansoefeningen
  - spel
  - cooling down
- Afsluiting: korte evaluatie en thuiswerk

Tijdens het GGZ gedeelte van de bijeenkomst is er aandacht voor de theorie in de vorm van psycho-educatie met als doel de deelnemers inzicht te geven in verschillende aspecten die het mentaal welbevinden versterken. Een powerpoint kan hierbij gebruikt worden ter visuele ondersteuning van de informatie en besproken tips/technieken. Aanpakgedrag wordt daarbij gestimuleerd door middel van een praktische oefening van de vaardigheid of techniek welke tevens als thuiswerkopdracht wordt meegegeven. Het thuiswerk draagt bij aan het uitvoeren van de nieuwe vaardigheden in de eigen context waardoor het meer eigen wordt gemaakt. Aan het begin van de bijeenkomst wordt ruimte geboden om de opgedane ervaringen uit te wisselen. Dit bevordert zelfreflectie, ontwikkeling, ervaren van steun, bevestiging en her-erkenning. Voor de bijeenkomsten 4, 5 en 7 kan de trainer externe collega's uitnodigen, zoals een diëtist, een maatschappelijk werker, een buurtcoach of sportdocent uit de wijk. Op deze manier wordt de integrale aanpak extra versterkt en kan het drempelverlagend werken voor deelnemers om mogelijkheden op het gebied van gezonde leefstijl en positieve gezondheid te verkennen.

Tijdens het beweeggedeelte staat voorop dat elke deelnemer in haar eigen tempo meedoet. Het is de kunst

om grenzen te voelen, maar jezelf ook genoeg uit te dagen waardoor conditie, versterking van spieren en zelfvertrouwen worden bevorderd. Dit staat tijdens elke bewegegedeelte centraal en wordt in het GGZ gedeelte ook gekoppeld aan bewustwording van psychische, lichamelijke en gedragsmatige signalen. Het uitgangspunt is om naar buiten te gaan, vanwege alle voordelen die de buitenlucht biedt (zonlicht, de natuur, frisse lucht, meer zuurstof, andere omgeving, etc.). Het wandelen staat hierbij centraal. Drie verschillende tempo's worden toegepast om de conditie te verbeteren. Het kan voorkomen dat bepaalde groepen niet buiten willen bewegen uit schaamte gezien te worden. Bijvoorbeeld vrouwen met een migratieachtergrond die bang zijn om gezien te worden door mannen of bekenden. Culturele normen en waarden komen hierbij in het geding. Een cultuursensitieve benadering is van belang om commitment bij deze groepen te verhogen. Onder andere door te vragen wat wel tot de mogelijkheden behoort, bijvoorbeeld buiten wandelen en binnen oefeningen doen. Als er alsnog schaamte wordt ervaren, wordt het bewegegedeelte volledig binnengehouden. Tijdens het bewegegedeelte worden deelnemers gestimuleerd om in het dagelijkse leven de oefeningen en het actief wandelen toe te passen.

#### *Voorbeeld beschrijving van de 3<sup>e</sup> bijeenkomst: Piekeren*

##### Doel en opbouw van de voorlichting

- bewust maken van de eigen gedachten
- bewust maken van de negatieve invloed van piekeren
- kennis laten maken met pieker-stop-technieken
- ontspanningsoefening

##### Doel bewegegedeelte

- laten ervaren van positieve relatie tussen bewegen en je lekker voelen
- laten ervaren hoe een pieker- of negatieve spiraal doorbroken kan worden met beweging en
- aandacht geven aan houding en concentratie.

##### 1. Welkom en terugblik vorige bijeenkomst (15 min)

##### 2. Piekeren (15 min.)

Begrip verduidelijken door vragen te stellen, bijvoorbeeld: Wat is piekeren? Verschil tussen nadenken en piekeren? Waarom piekeren we? Nadelen? Veranderen van je piekergewoonte?

##### 3. Technieken om minder te piekeren (15 min.)

##### 4. Ontspanningsoefeningen (10 min.)

Keuze uit: lange geleide fantasie oefening, korte geleide fantasie oefening, bodyscan

##### 5. Afsluiting (5 min.)

Thuiswerk en mondelinge evaluatie

## 2. Uitvoering

### Materialen – max 200 woorden

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

De volgende materialen zijn beschikbaar voor de:

- werving / selectie
  - flyer/poster met inhoudelijke en praktische informatie
  - website met inhoudelijke en praktische informatie en een aanmeldbutton
  - wervingstekst ten behoeve van sociale media, persberichten en nieuwsbrieven
  
- uitvoer van de training
  - bijlagen voor deelnemers met ondersteunende informatie en huiswerkopdrachten
  - handleiding voor begeleiders met een planning per bijeenkomst, inleidingen voor de thema's en oefeningen die ingezet kunnen worden om vaardigheden van de deelnemers te trainen
  - PowerPointpresentatie voor elke bijeenkomst
  - voor de sporttrainer zijn beweegsuggesties voor elke bijeenkomst beschikbaar
  
- evaluatie en effectmeting van de training
  - tevredenheidsvragenlijst bestaande uit 17 vragen: 11 vragen die de tevredenheid over verschillende aspecten van de training meet, een vraag betreffende een totaalcijfer (1 t/m 10) en een open vraag om het cijfer toe te lichten en inhoudelijke verbeter suggesties te geven over trainer, bijeenkomsten, groep en trainingsmap. De overige vragen gaan over biografische gegevens en opleidingsniveau.
  - effectmeting bestaande uit de EuroQol thermometer\* die de ervaren gezondheid meet en een vraag over de motivatie om te blijven bewegen na afloop van de training.

Alle materialen zijn verkrijgbaar via Indigo Preventie, onderdeel van de Parnassia Groep, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag, [preventie@indigohaaglanden.nl](mailto:preventie@indigohaaglanden.nl), 088 357 10 60.

\*Bevoegdheid om de EuroQol te gebruiken dient aangevraagd te worden via o.a. [www.embloom.nl](http://www.embloom.nl).

### 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?*

De training wordt uitgevoerd door preventiedeskundigen, werkzaam voor een GGZ Preventie afdeling. Het kan op elke locatie uitgevoerd worden, mits er een afgesloten groepsruimte beschikbaar is met de benodigde faciliteiten (white-board, flapover, beamer en laptop/computer of smartboard). Voorbeelden van locaties zijn gezondheids- en wijkcentra, GGZ instanties, bibliotheken en hogescholen/universiteiten. Momenteel wordt de training enkel uitgevoerd door Indigo Preventie.

Voorwaarden voor binnen- en buitenruimte:

#### *Binnenruimte*

- aantal deelnemers en de binnenruimte dienen passend te zijn. In een basisschool speellokaal kunnen ongeveer 12-15 deelnemers.
- de mogelijkheid om de ruimte af te schermen. Voor de meeste deelnemers is privacy en niet zichtbaar zijn voor buitenstaanders heel belangrijk.
- een omkleedruimte voor de deelnemers.
- veiligheid: materialen die normaliter in de ruimte staan, kunnen gebruikt worden, maar mogen de veiligheid niet in gevaar brengen.

#### *Buitenruimte*

- voldoende ruimte om verschillende tempo's te kunnen lopen.
- een rustig park, zonder vervuiling. Met name het doen van spelopdrachten heeft de voorkeur wanneer er niet te veel andere bezoekers zijn.
- veiligheid: objecten in het park kunnen gebruikt worden bij oefeningen maar mogen de veiligheid niet in gevaar brengen.
- dichtbij de binnenruimte, zodat verplaatsing van de deelnemers weinig tijd kost.

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

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

De trainer/preventiedeskundige:

- Opleiding: een HBO of WO GGZ opleiding, zoals een SPV-er, SPH-er, social worker, psycholoog of gezondheidswetenschapper.
- Competenties:
  - o kennis over en ervaring in de GGZ (omgaan met mensen met depressieve klachten en/of andere psychische problematiek)
  - o ervaring met het begeleiden van ontspanningsoefeningen
  - o ervaring met groepswork: coaching- en begeleidingsvaardigheden, communicatieve vaardigheden, oog voor groepsproces en -belangen, tijdbewaking
  - o vaardigheid in het op maat ontwikkelen van passend lesmateriaal
  - o kennis en vaardigheid om psycho-educatie en oefeningen op verschillende niveaus aan te kunnen bieden
  - o affiniteit met specifieke doelgroepen als mensen uit verschillende culturen, met een migratieachtergrond, een lage SES of laaggeletterdheid.
  - o affiniteit met bewegen en een gezonde leefstijl
  - o het beheersen van een cultuursensitieve benadering
  - o minimaal één keer de training te hebben begeleid in samenwerking met een ervaren trainer
  - o externe uitvoerders dienen de 'Train-de-trainerscursus' gevolgd te hebben
  - o samenwerken met sporttrainer
  - o ervaringsdeskundigheid in depressieve klachten/stoornis is geen vereiste

De sporttrainer:

- Opleiding: een ALO, RSLA of CIOS opleiding of cursus in bewegingsleer / sport / recreatie, zoals een sporttrainer, gymdocent, bewegingsagoog of fysiotherapeut. Daarnaast is het bezitten van een EHBO diploma een vereiste.
- Competenties:
  - o ervaring in groepswork met volwassenen: coaching- en begeleidingsvaardigheden, oog voor het groepsproces, communicatieve vaardigheden, leiding voeren
  - o ervaring hebben in recreatieve sport -en spelactiviteiten en deze kunnen toepassen binnen het stramien van de interventie Liever Bewegen Dan Moe.
  - o proactieve positieve houding en doorzettingsvermogen
  - o grote mate van zelfstandigheid
  - o openstaan voor deelnemers uit verschillende culturen
  - o affiniteit met de GGZ en gezonde leefstijl
  - o samenwerken met de preventiedeskundige

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

Kwaliteit van de training wordt bewaakt doordat de trainer minstens één keer de gehele training heeft uitgevoerd onder begeleiding van en in samenwerking met een ervaren trainer. Het zorgvuldig doornemen van het draaiboek is daarbij een vereiste. Trainers dienen jaarlijks minstens één keer deel te nemen aan intern georganiseerde intervisiebijeenkomsten. Ervaren problematiek, belemmeringen of casuïstiek gedurende de training dient de trainer bespreekbaar te maken met collega's, coördinator en/of manager zorg.

Interne toezicht- en kwaliteitscontroles worden gedaan door middel van feedback en toetsing van trainingen en prestaties door collega-trainers, (kwaliteits)coördinatoren en teammanagers. Deze toetsing is conform HKZ-certificering. De tevredenheidsresultaten van deelnemers worden één keer per jaar door de kwaliteitscoördinator teruggekoppeld aan het team. Indien een training een gemiddelde tevredenheidsscore behaald van een 7.4 of lager, wordt door de betreffende trainer, coördinatoren en collega-trainers kritisch bekeken welke factoren hebben meegespeeld en welke verbeteringen doorgevoerd dienen te worden. Als een deelnemer een 6 of lager als tevredenheidscijfer heeft genoteerd, dient de trainer en kwaliteitscoördinator specifiek te kijken wat hieraan ten grondslag lag. Een onvoldoende kan zelfs gezien worden als incident waarbij standaard een probleemanalyse en oplossingsgericht actieplan opgesteld dient te worden.

Externe organisaties die de training willen uitvoeren dienen een train-de-trainerscursus te volgen. De

betreffende uitvoerders dienen te voldoen aan de opleidings- en competentie eisen alvorens ze deel kunnen nemen. De train-de-trainer wordt geëvalueerd met behulp van een evaluatieformulier. Na afronding van de cursus mogen uitvoerders gebruik maken van de draai- en werkboeken. Het bedrijf zelf is verantwoordelijk voor eenzelfde toezicht- en kwaliteitscontrole. Bij vragen of verbeteringsuggesties kunnen ze contact opnemen. Daarnaast is het voor externen mogelijk om supervisie en/of terugkombijeenkomst(en) aan te vragen. Nieuwe versies van het draaiboek *Liever bewegen dan moe* worden door Indigo Preventie naar getrainde organisaties gestuurd.

(In het jaar 2011 t/m 2019 zijn in totaal zo'n 10 organisaties getraind. De train-de-trainerscursus wordt momenteel niet meer actief aangeboden door externe omstandigheden.)

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

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

Organisatorische randvoorwaarden:

- De GGZ preventie afdeling dient genoeg tijd en middelen vrij te stellen voor de betreffende trainers en ondersteunende secretaresse om de uitvoer van de training mogelijk te maken. Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met de werving en de voorbereiding van de training.
- De betreffende trainer, coördinator en secretaresse dragen zorg voor een juiste planning (bijvoorbeeld afstemming locatie betreffende werving en ruimte, op tijd starten met de werving, versturen van de bevestigingsbrieven, voorbereidingstijd, op tijd op locatie arriveren, deelnemers bellen indien nodig).
- Bereikbaarheid van collega-trainers, contactpersonen op locatie en manager om relevante casussen of situaties die om actie vragen, direct te kunnen bespreken.
- Het is wenselijk dat de groepsruimte beschikt of de benodigde faciliteiten en dat de privacy van de deelnemer gewaarborgd blijft (afgesloten ruimte).

Contextuele randvoorwaarden

- Als de training op een andere locatie plaatsvindt dan dient er geïnvesteerd te worden in het aangaan en onderhouden van een goede samenwerkingsrelatie met de samenwerkingspartner. Daarbij geldt de voorwaarde dat de partner ook genoeg tijd en middelen levert om een bijdrage te kunnen leveren aan het succesvol laten verlopen van de training.
- De trainer heeft kennis van de locatie en bijbehorende doelgroepen en weet de training hiernaar te vertalen (bijvoorbeeld rekening houdend met taalniveau, IQ, cultuur en leeftijd).
- Een vrouwelijke trainer bij de oorspronkelijke doelgroep vrouwen met een migratieachtergrond.

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

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

Tot en met het jaar 2019 was het mogelijk dat externe professionals een train-de-trainerscursus konden aanvragen bij Indigo Preventie. De laatste jaren wordt dit echter niet meer actief aangeboden vanwege de financieringen en jaardoelstellingen.

Na het volgen van de train-de-trainerscursus werd mogelijkheid geboden om supervisie en/of een terugkombijeenkomst aan te vragen.

In maart 2023 heeft een online evaluatie plaatsgevonden naar de uitvoer van de training bij de tien getrainde externe organisaties. Enkel één organisatie biedt de training nog meerdere keren per jaar aan, waarbij de inhoud gewijzigd is om andere doelgroepen te kunnen bedienen. De andere organisaties bieden het niet meer aan in verband met andere doelstellingen of hebben de training inhoudelijk sterk veranderd waarbij vooral het beweegonderdeel wordt toegepast. De naam *Liever bewegen dan moe* mag daarom niet meer gebruikt worden bij laatstgenoemde interventie.

Mocht Indigo Preventie in de toekomst de train-de-trainerscursussen weer aanbieden, dan dient er een overzicht te worden bijgehouden van de getrainde partijen. Daarnaast dient bij voorkeur een jaarlijkse monitoring opgezet te worden waarbij het proces en de uitvoeringen worden geëvalueerd door middel van een evaluatielijst en wellicht het verplicht stellen van een supervisie of terugkombijeenkomst. Hiervoor is extra financiering en een aandachtfunctionaris nodig.

## Kosten – max 200 woorden

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

De personele kosten (trainer, sporttrainer en coördinator) voor het uitvoeren van een training bedragen in totaal zo'n 7080 euro. De materiële en eenmalige kosten zijn hierbij niet meegenomen. Het totaal aantal benodigde uren is ongeveer 80. De training wordt bekostigd door Wmo gelden.

**Tabel 1**

Voorbeeld Kostenoverzicht

Onderdeel	Kosten
<b>Coördinator</b> 88,35 euro per uur  In totaal ongeveer 13,5 uur voor planning, werving en communicatie/afstemming/evaluatie	13,5 uur x 88,35 euro = 1192,73 euro
<b>Kwaliteitscoördinator</b> 88,35 euro per uur  Monitoring afnamen vragenlijsten, jaarlijks verslag, doorontwikkeling en implementatie	3,5 uur x 88,35 euro = 309,23 euro
<b>Secretariële ondersteuning</b> 16 euro per uur  Aanmeldingen bijhouden, bevestigingsmails versturen, afstemming.	3 uur x 16 euro = 48 euro
<b>Inzet GGZ trainer voor voorlichtingsbijeenkomst</b> 88,35 euro per uur  2 uur uitvoering 1 uur voorbereiding 1,5 uur reistijd, aanvang en afronding 1 uur administratie en afstemming	5,5 uur x 88,35 euro = 485,93 euro
<b>Inzet GGZ trainer voor kennismakingsgesprekken</b> 88,35 euro per uur  20 min per gesprek (incl. administratie) uitgaande van 12 deelnemers = ongeveer 2,4 uur Bij gesprekken op een externe locatie dient rekening gehouden te worden met reistijd.	2,4 uur x 88,35 = 212,04 euro
<b>Inzet GGZ trainer voor training</b> 88,35 euro per uur  Per bijeenkomst 5,5 uur: 2 uur uitvoering 1 uur voorbereiding 1,5 uur reistijd, aanvang en afronding 1 uur administratie en afstemming  In totaal 7 bijeenkomsten.	(5,5 uur x 88,35 euro) x 7 = 3401,48 euro

<p><b>Inzet externe sporttrainer voor voorlichtingsbijeenkomst</b> 35 euro per uur</p> <p>0,5 uur voorbereiding 2 uur uitvoering reiskosten auto = aantal km. x 0.21 euro reiskosten OV = volledige bedrag</p>	<p>2,5 uur x 35 = 87,5 euro</p>
<p><b>Inzet externe sporttrainer voor training</b> 35 euro per uur</p> <p>Per bijeenkomst 2,5 uur: 0,5 uur voorbereiding 2 uur uitvoering</p> <p>Optioneel: enkel 2 uur aanwezigheid bij 1<sup>e</sup> en laatste bijeenkomst, tussenbijeenkomsten 1 uur aanwezigheid</p>	<p>(2,5 uur x 35) x 7 = 612,5 euro</p>
<p><b>Materiële kosten</b> Printkosten bijlagen, naambordjes, pennen, stiften, vragenlijsten, zaalhuur, flyers, PR.</p>	<p>Geschat op 500 euro</p>
<p><b>Eenmalige kosten</b> Sportattributen zoals yogamatjes, hoepels, springtouwen, pittenzakjes, pylonnen, elastieken, ballen, etc.</p>	<p>Geschat op 250 euro</p>

### 3. Onderbouwing

#### **Probleem** – max 400 woorden

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

Wereldwijd is depressie één van de meest voorkomende psychische aandoeningen met een groot significant negatief effect op het algemeen welbevinden en de fysieke gezondheid. In Nederland krijgt ongeveer één op de vier volwassenen van 18-75 jaar ooit in het leven te maken met een depressie. Elk jaar geldt dat voor ongeveer 9% van de volwassenen. Depressies komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Het hebben van een depressie heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven en het maatschappelijk, persoonlijk en sociaal functioneren. Daarnaast is het een belangrijke oorzaak voor suïcidegedachten, -pogingen en suïcide. Deze psychische stoornis staat bovenaan in de ranglijst van aandoeningen met de hoogste verzuimkosten en scoort tevens hoog op basis van ziektebelasting (GGZ standaarden, 2023; Trimbos Instituut, 2023).

Een groep die een hoog risico loopt op gezondheidsproblemen en het ontwikkelen van psychiatrische aandoeningen zijn mensen met een lage sociaaleconomische status en een migratieachtergrond. In 2021 bestond de Nederlandse bevolking voor 24,6% uit mensen met een migratieachtergrond, waarvan in totaal zo'n 14% een niet-westerse afkomst had (CBS). Migranten hebben vaker een lagere SES, een hogere stressniveau, een slechtere gezondheid en zijn lichamelijk inactiever en sporten minder vergeleken met autochtone Nederlanders. Bij dit laatste geldt dat het vooral zo is onder vrouwen en ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Tevens hebben niet-westerse migranten vaker obesitas en minder vaak een gezond gewicht vergeleken met mensen met een Nederlandse achtergrond (Cahn, Deenik & Vermeulen, 2022; Gezondheidsraad, 2020; Lassetter & Callister, 2009). De lage fysieke activiteit is ook gebleken bij de tweede generatie groepen. Zij doen het weliswaar beter dan de eerste, maar vergeleken met de autochtone groepen, bewegen en sporten ze nog steeds aanzienlijk minder (Hoogendoorn & De Hollander, 2017).

Volgens studies beweegt Nederland ook te weinig. Volgens het RIVM (2023) voldoet in het jaar 2022 minder dan de helft (46%) van de volwassen Nederlanders aan de beweegrichtlijnen. Voor ouderen (65+) en mensen die een depressie hebben, geldt dit zelfs voor 38,2%. Als er gekeken wordt naar het opleidingsniveau dan is er een groot verschil tussen de hoog- en laagopgeleiden, respectievelijk 49% versus 35%. Een lage fysieke activiteit heeft invloed op het ontwikkelen van (een verergering van) gezondheidsproblemen en psychische aandoeningen, zoals een depressie (Cahn et al., 2022; Kandola, Ashdown-Franks, Hendrikse, Sabiston & Stubbs, 2019; Philippot et al., 2022; Singh et al., 2023).

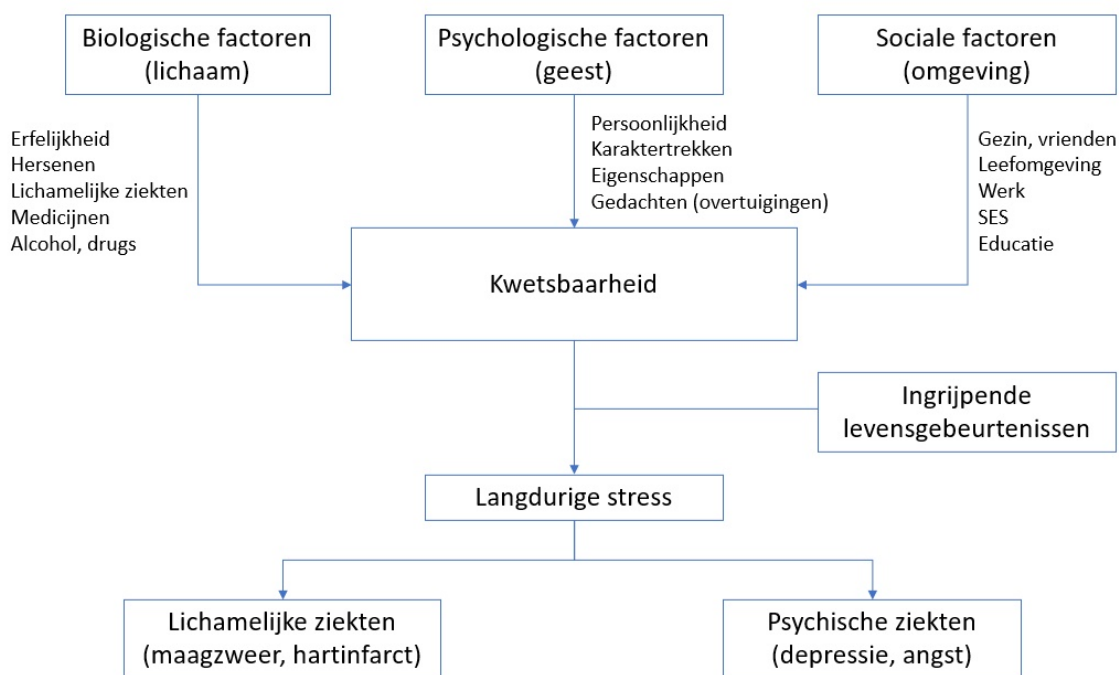
#### **Oorzaken** – max 400 woorden

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

Het ontwikkelen en/of in stand houden van een depressie kan verklaard worden door een combinatie van biomedische, gedragsmatige/psychologische en sociale factoren. Deze integrale benadering komt uit het veelgebruikte biopsychosociaal model van Engel, 1977, zie Figuur 1. Er is te zien dat de drie domeinen invloed hebben op de mate van psychische en fysieke kwetsbaarheid. Deze kwetsbaarheid, in combinatie met ingrijpende levensgebeurtenissen, kan ervoor zorgen dat er een risico is op langdurige stress. Deze ervaren spanning heeft invloed op het ontwikkelen van mentale aandoeningen, zoals een depressie.



**Figuur 1**  
*Het biopsychosociaal model*



*Noot.* Aangepast overgenomen uit "Bio-psycho-sociale model", door Mindblue, z.d. (<https://mindblue.nl/depressie-1/depressie/oorzaken/bio-psycho-sociale-model>).

De biopsychosociale aspecten worden door behoorlijk wat studies onderbouwd naar hun invloed op depressie en de onderlinge samenhang tussen deze aspecten. De volgende biologische ofwel lichamelijke factoren worden vaak genoemd: hormonale schommelingen of afwijkingen (bijvoorbeeld zwangerschap, bevalling, menopauze), ziekten (bijvoorbeeld dementie, Parkinson, chronische pijn) en genetische factoren.

Voorbeelden van psychologische factoren zijn negatieve overtuigingen over anderen, de wereld, de toekomst en/of jezelf, een lage zelfwaarde, een lage zelfeffectiviteit en gesloten zijn (niet delen van emoties). Een lage zelfeffectiviteit houdt in dat er een gebrek is aan vertrouwen in de eigen bekwaamheid om zaken op te lossen of om met uitdagingen om te gaan. Een gebrek aan kennis en vaardigheden kunnen hierbij een rol spelen. Al deze aspecten kunnen ervoor zorgen dat er piekergedrag, vermijdingsgedrag, gevoelens van somberheid, besluiteloosheid of waardeloosheid ontstaan.

Veelgenoemde sociale factoren zijn mensen met een lage SES, een migratieachtergrond, die aan armoede lijden, geen of een lage opleiding en werkloos zijn. Daarnaast wordt sociale eenzaamheid en een gebrek aan steun ook nog eens veelvuldig genoemd. Andere belangrijke variabelen die direct invloed hebben op het ontwikkelen van een depressie zijn leefstijlfactoren: het hebben van een inactieve leefstijl en/of onvoldoende lichamelijke fitheid, het ervaren van slaapproblematiek of -tekort, alcohol en drugsgebruik, ongezonde voeding en weinig ontspanning. (GGZ Standaarden, 2023; Kandola et al., 2019; Karunamuni, Imayama & Goonetilleke, 2021; Meerlo et al, 2015).

Genoemde leefstijlfactoren worden tevens in verband gebracht met de beschreven biopsychosociale oorzaken van depressie. Hierbij zijn de biologische mechanismen, beschreven door Kandola et al. (2019), nog noemenswaardig. Lage fysieke activiteit (of juist intensief sporten met weinig hersteltijd), ongezonde voeding, roken, overmatig alcoholgebruik en stress hebben een negatieve invloed op:

- de mate van neuroplasticiteit: het vermogen van het brein om zichzelf aan te passen en te herstellen. Een onderdeel hiervan is het endorfinesysteem dat zorgt voor pijnverlichting door de afgifte van Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF), een stof die de aanmaak van nieuwe hersencellen stimuleert, bestaande beschermt en invloed heeft op de emotie regulerende gebieden. Een hoge neuroplasticiteit zorgt voor een gezond en vitaal brein waardoor er minder kans is op het ontwikkelen van een psychische aandoening.
- het neuro-endocrien systeem dat invloed heeft op het hormoonstelsel.

- de oxidatieve stress: een disbalans tussen vrije radicalen en antioxidanten in het lichaam. Hierdoor worden gezonde weefsels en cellen beschadigd, waardoor er een grotere kans is op ontstekingen, een toename van pijngevoeligheid en gezondheidsklachten.

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

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

De volgende factoren worden door de interventie aangepakt:

- stemming
- spanning
- negatieve overtuigingen / piekergedrag
- zelf effectiviteit
- sociale eenzaamheid
- inactieve leefstijl
- kennis

Dit wordt gedaan door de focus te leggen op het verbeteren van de mentale en fysieke weerbaarheid door:

- het verhogen van de fysieke activiteit,
- het ervaren van sociale interactie, plezier en steun door middel van een groep gelijkgestemden,
- het vergroten van kennis door psycho-educatie over depressieve en stress symptomen en hoe beweging en alle genoemde leefstijlfactoren hier een rol bij spelen.
- het verminderen van piekergedrag door psycho-educatie over piekeren en het bespreken en oefenen van tips die cognitieve herstructurering bevorderen.
- het stimuleren van aanpakgedrag en doorzettingsvermogen door doelgericht te werken aan het bevorderen van een gezonde leefstijl.
- fysieke activering in te bouwen in het dagelijkse leven, beweegmogelijkheden gedurende de training te verkennen en toe te werken naar een plan van aanpak om dagelijkse beweging na de training te continueren.

Door deze factoren aan te pakken worden de genoemde subdoelen (paragraaf 1.2 subdoelen) gerealiseerd. Zie subparagraaf 'Verantwoording' (Tabel 2) waarin de aan te pakken factoren gekoppeld worden aan de subdoelen en aanpak.

### **Verantwoording** – max 1000 woorden

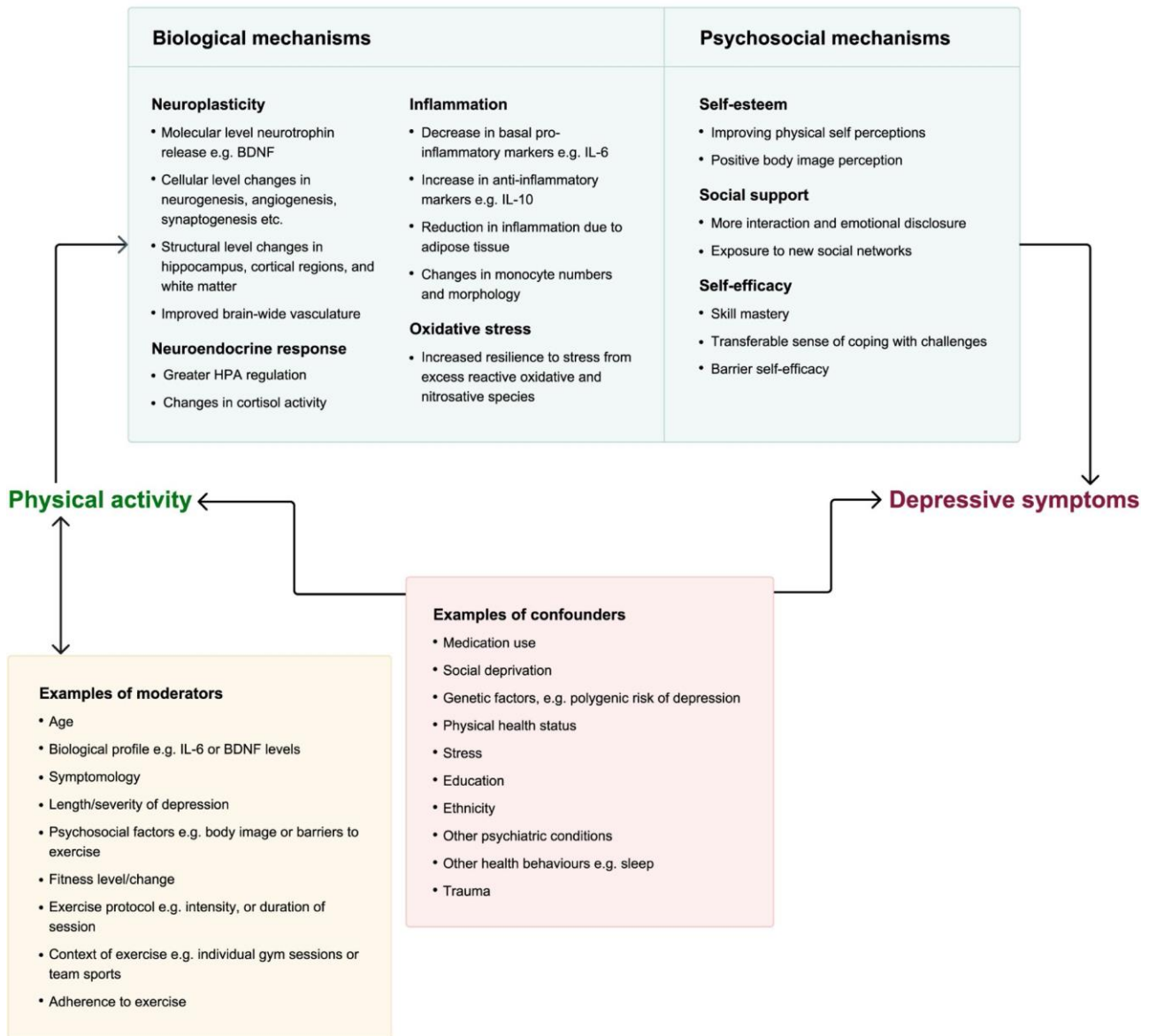
*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

De belangrijkste symptomen van een depressie zijn een sombere stemming en verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten. Bijbehorende symptomen zijn onder andere slaapproblemen, vermoeidheid of verlies van energie en psychomotorische agitatie of vertraging (Diagnostic and statistical manual of mental disorders; APA, 2022). De interventie heeft als hoofddoel om deze depressieve symptomen te verminderen en/of te voorkomen. Dit wordt gedaan door verschillende oorzaken aan te pakken die invloed hebben op een depressie. Deze oorzaken en hun samenhang met de aanpak en doelstellingen van de interventie kunnen inzichtelijk gemaakt worden door gebruik te maken van het model van Kandola et al. (2019).

Zij laten een duidelijk verband zien tussen de mate van fysieke activiteit en het ontwikkelen en in stand houden van depressieve symptomen. In dit verband spelen biologische en psychosociale mechanismen en confounders een rol, waardoor er meerdere verklaringen gegeven kunnen worden voor het ontstaan van depressieve klachten (zie Figuur 2).

**Figuur 2**

*Mechanisms, moderators and confounders of the relationship between physical activity and depressive symptoms*



*Noot.* Overgenomen uit “Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity”, door Kandola et al., 2019, *Neuroscienc and Biobehavioral Reviews*, 107, p. 533. Copyright 2023 door Elsevier.

Een inactieve leefstijl is een belangrijk kenmerk van depressie en depressieve klachten en is tevens een oorzakelijke factor. Het positieve effect van het verhogen van de fysieke activiteit op de mentale en fysieke gezondheid is veel onderzocht, met name voor depressie is er de meeste evidentie (Cahn et al., 2022; Mammen et al., 2013; Nyström et al., 2015; Philippot et al., 2022; Singh et al., 2023; Ten Have et al., 2011). Elke lichte beweging telt zelfs mee en heeft een positief effect op de gezondheid (Pearce et al., 2022; WHO, 2022). Het risico op het ontwikkelen van depressieve symptomen of een stoornis werd aanzienlijk verminderd bij het verhogen van de fysieke activiteit. Ook de hoge mate van sedentair gedrag (zitten of liggen), leidt tot een significant hoger risico op het ontwikkelen van een depressie vergeleken met mensen die minder sedentair waren. Daarnaast blijkt het risico op het ontstaan van een depressie vergroot te worden door een lagere conditie, kracht en uithoudingsvermogen (Cahn, et al., 2022; Kandola et al., 2019; Singh et al, 2023). Als er gekeken wordt naar de aanpak van het beweeggedeelte van de interventie, dan voldoet het aan de verschillende aspecten van beweging. Het beweeggedeelte behandelt namelijk verschillende oefeningen en activiteiten, zoals wandelen in verschillende tempo's, spier- en botversterkende oefeningen, spel en ademhalingsoefeningen. Daarmee worden kracht, uithoudingsvermogen en fitheid bevorderd, wordt er ruimte geboden voor plezier en onderlinge contact met mededeelnemers en wordt bijna de helft van het aanbevolen beweegadvies behaald. Voor volwassenen bestaat dit advies uit minstens 2,5 uur matig intensief

bewegen per een week, minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten en specifiek voor ouderen komen daar nog balansoefeningen (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.; WHO, 2022). Door het aanpakken van de inactieve leefstijl worden tevens de biologische en psychosociale mechanismen beïnvloed: een gezond en vitaler brein en een verbeterde zelfwaarde, sociale steun en zelfeffectiviteit.

Het verhogen van de fysieke activiteit is daarom voor iedereen belangrijk, maar met name voor de genoemde hoog risicogroepen, zoals mensen (vooral vrouwen) met een migratieachtergrond, een laag opleidingsniveau en een lage SES. Gebrek aan ervaring met sporten en culturele redenen zoals de behoefte aan privacy binnen sportscholen, homogene groepen (bijvoorbeeld enkel vrouwen), schaamte om gezien te worden door bekenden en mogelijk het beeld dat fysieke klachten verergeren door beweging zijn verklaringen voor de lage fysieke activiteit en het hoog sedentair gedrag (Hoogendoorn & De Hollander, 2017). Door middel van het wijkgericht werken, het richten op specifieke groepen en het op maat aanbieden van de interventie wordt gepoogd aan te sluiten bij hoogrisicogroepen, waardoor zij ervaringen kunnen opdoen met het verhogen van de fysieke activiteit als manier om depressieve klachten te voorkomen.

Studies laten zien dat het verbeteren van de leefstijlfactoren van mensen met psychische klachten belangrijk is voor het herstel en het voorkomen van verergering van psychische problematiek en terugval. Naast bewegen en sport, worden ook voeding en eetpatroon, ontspanning, middelengebruik en slapen genoemd (Cahn et al., 2022; GGZ Standaarden, 2023; Kandola et al, 2019; Singh et al, 2023). De psychosociale factoren als stemming, negatieve overtuigingen en/of piekergedrag, zelfeffectiviteit en sociale contacten worden tevens in verband gebracht met depressieve klachten. De interventie Liever bewegen dan moe werkt aan een verbetering van deze leefstijl- en psychosociale factoren door het vergroten van kennis en het versterken van de bijbehorende vaardigheden, zoals het vermogen om weloverwogen keuzes te maken, het herkennen van stress signalen en het toepassen van stress reducerende mentale en fysieke oefeningen. Dit wordt gedaan door de volgende methoden uit de cognitieve gedragstherapie (CGT): psycho-educatie, het stellen van haalbare doelen, activering, ontspanningstechnieken en cognitieve herstructurering. Deze CGT componenten blijken effectief te zijn bij het behandelen van depressieve symptomen (GGZ standaarden, 2023).

De integrale aanpak van de interventie, de focus op lichaam én geest, is passend bij de aanbeveling van de Gezondheidsraad (2022). Zij geven aan dat lichamelijke en psychische aandoeningen vaak samen voor komen en elkaar wederzijds beïnvloeden. Dit terwijl de inrichting van de zorg vooral gescheiden is; de geïntegreerde benadering is daarom van belang om depressie tegen te gaan. Ten slotte, de interventie is een groepstraining. Participeren aan een groep en in een groep oefeningen doen blijkt een antidepressieve werking te hebben vanwege het sociale aspect en de steun die ervaren wordt (Kandola et al., 2019; Smit et al., 2013). Het bevordert sociale interactie en het geeft deelnemers de mogelijkheid om nieuwe contacten op te doen.

Zie onderstaande tabel voor een overzicht van de aan te pakken factoren, de bijbehorende aanpak en gekoppelde subdoelen.

**Tabel 2***Factoren, subdoelen en aanpak*

Factoren	Subdoelen	Aanpak / onderdeel training
Stemming	1 t/m 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fysieke activering door middel van beweging in elke bijeenkomst</li> <li>➤ B1 Stemming en beweging</li> <li>- psycho-educatie: basisemoties en depressieve symptomen</li> <li>- optioneel aandachttoefening: 3-minutenademruimte</li> <li>- thuiswerk: waar word je blij van?</li> <li>➤ B6: Slapen</li> <li>- psycho-educatie: slaap en slaaptips</li> <li>- thuiswerk: één slaaptip toepassen</li> </ul>
Spanning	1 t/m 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fysieke activering door middel van beweging in elke bijeenkomst</li> <li>➤ B2 Spanning en ontspanning</li> <li>- psycho-educatie: stress</li> <li>- oefening: energiegevers en -vreters</li> <li>- ontspanningstechniek: progressieve spierrelaxatie</li> <li>- thuiswerk: ontspanningsoefening en wat vind je leuk om te doen?</li> </ul>
Negatieve overtuigingen, piekergedrag	1 4c 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fysieke activering door middel van beweging in elke bijeenkomst</li> <li>➤ B3 Piekeren</li> <li>- psycho-educatie: piekeren</li> <li>- technieken cognitieve herstructurering: o.a. stoptechniek, elastiekje, piekerkwartier, opschrijven/praten</li> <li>- thuiswerk: toepassen één piekerstoptechniek</li> </ul>
Zelfeffectiviteit	3 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fysieke activering door middel van beweging in elke bijeenkomst</li> <li>➤ Trainen van vaardigheden in elke bijeenkomst</li> <li>➤ Psycho-educatie in elke bijeenkomst</li> <li>➤ Thuis aan de slag met het oefenen van vaardigheden en toepassen van praktische tips</li> </ul>
Sociale eenzaamheid	1 2 5c 5f	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Groepsgesprek tijdens voorlichting, waarbij sociale interactie en steun van lotgenoten / gelijkgestemden plaatsvindt.</li> <li>➤ Werken / bewegen in duo's of trio's aan dezelfde doelen.</li> </ul>
Inactieve leefstijl	1 t/m 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fysieke activering door middel van beweging in elke bijeenkomst</li> <li>➤ In B4 en 7 wordt aandacht besteed aan actief blijven door mogelijkheden te onderzoeken en doelen te stellen.</li> </ul>
Kennis	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psycho-educatie over verschillende gezondheidsonderwerpen, zoals stemming, spanning, piekeren, voeding en slapen.</li> </ul>

## 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.

a) Geen publicatie. Onderstaande gegevens betreft de periode 2018-2022 (Indigo Haaglanden, 2023)

b) Dit betreft een tevredenheidsonderzoek en een procesevaluatie. Aan het eind van de laatste bijeenkomst van de training Liever bewegen dan moe wordt een tevredenheidslijst afgenomen. Deze lijst bevat 14 stellingen om de tevredenheid van de deelnemer over verschillende aspecten van de training te meten, o.a. de sfeer, de trainer(s) (deskundigheid, begeleiding, mate van respect) en inhoud van de training (interessant, nuttig, begrijpelijkheid, etc.). Daarnaast wordt om een totaalcijfer gevraagd en is een open vraag geïncludeerd waar participanten gevraagd worden hun suggesties, opmerkingen en toelichtingen te noteren. Deze gegevens zijn geanalyseerd en het proces is geëvalueerd.

c) Het fitprogramma wordt ongeveer 11 keer per jaar uitgevoerd, afhankelijk van de financiering, doelstellingen en aanvragen. Daarnaast is de uiteindelijke groepsgrootte van belang om de training door te kunnen laten gaan. In de jaren 2019 en 2020 Indigo Preventie heeft in de periode van 2018 – 2022 de training in totaal 54 keer uitgevoerd en heeft daarmee een bereik behaald van 396 unieke deelnemers. Naar schatting zijn 80% van de deelnemers vrouw en 20% man. De gemiddelde leeftijd is 58 jaar met een range van 25 tot 80 jaar. Een derde (33%) van de respondenten heeft als hoogste opleiding basisschool of mavo/mulo. Van de respondenten heeft 15% een hbo of universitaire opleiding. De meerderheid van de respondenten (75%) zijn in Nederland geboren, daarnaast komen de respondenten uit veel verschillende landen, waarbij Turkije (4%) en Suriname (4%) de grootste groepen zijn.

De tevredenheidslijst is in de genoemde periode door 126 respondenten volledig ingevuld met een gemiddelde tevredenheidsscore van een 8,5. Uitvoerders zijn over het algemeen tevreden over de positieve resultaten van de training op basis van mondelinge en schriftelijke evaluaties, de combinatieaanpak van de training, het verloop van de meeste trainingen en het behaalde aantal uitvoeringen en totaalbereik. De samenwerking met de sporttrainer wordt ook veelal genoemd als positief. Inhoudelijk komen passende thema's aan bod, echter flexibiliteit, deskundigheid en praktijkervaring zijn nodig om het fitprogramma zoveel mogelijk op maat te kunnen geven.

Het plannen en uitvoeren van het fitprogramma kan geregeld uitdagend zijn. Toespitsen op de doelgroep is van belang om een succesvolle training te geven. Deskundige, optimistische, flexibele en ervaren trainers én betrokken, bevlogen sleutelfiguren in de wijk zijn hierbij noodzakelijk. De beschreven voorbereidingen, randvoorwaarden en middelen om de training te monitoren en uit te voeren zijn tevens belangrijke succesfactoren.

Het proces is geëvalueerd op o.a. de succes- en faalfactoren van de interventie. Succesfactoren zijn:

- laagdrempelige uitvoer zonder GGZ etiket;
- integrale aanpak van de training; de combinatie van lichaam en geest, lichaamswerk en werkzame componenten van CGT

- groepswerking: deelnemers voelen zich door elkaar gemotiveerd en gesteund, ervaren (h)erkenning, gevoel van saamhorigheid (er niet alleen voor te staan);
- deskundige trainers die beschikken over competenties om groepen op maat te begeleiden en affiniteit hebben met het werken met verschillende doelgroepen.

Een mogelijke belemmering voor een goede uitvoer van de interventie is het niet voldoen aan de randvoorwaarden. Hierbij kun je denken aan de planning, afstemming, werving en faciliteiten. Deze factoren hebben invloed op het bereik. Ook kan hierbij gedacht worden aan een trainer die uitvalt en er geen geschikte vervanger inzetbaar is. Ten slotte zou een onbekwame trainer als grootste faalfactor gezien kunnen worden. Als een trainer niet de juiste opleiding heeft of goed is ingewerkt, niet voldoet aan de benodigde competenties om deze groepsinterventie te kunnen geven en niet beschikt over een cultuursensitieve benadering dan heeft dat invloed op de kwaliteit van de training.

Zie het document 'Procesevaluatie Training Liever bewegen dan moe' voor een uitgebreide beschrijving van de voorbereiding ten behoeve van de uitvoering, het proces van uitvoering, resultaten en succes- en faalfactoren.

#### 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:

- De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- 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.

Binnen de afdeling Indigo Preventie worden effectmetingen afgenomen bij elke groepsinterventie. Voor de betreffende training wordt gebruik gemaakt van de EuroQol thermometer die de ervaren gezondheid meet. Daarnaast werd de Mental Health Inventory (MHI-5) afgenomen, een internationale standaard voor een specifieke meting van de mentale gezondheid, bestaande uit 5 vragen. Dit laatste wordt sinds 2023 niet meer afgenomen, zie procesevaluatie.

In de periode van 2018 – 2022 hebben in totaal 70 respondenten de effectmeting ingevuld. Echter sommige lijsten waren onvolledig, waardoor de uiteindelijke N beperkter is. Als gekeken wordt naar de resultaten, dan geven deelnemers na afloop aan dat de lichamelijke en geestelijke gezondheid (thermometer) significant beter is dan bij de start van de training. Ook de score op psychische gezondheid is significant verbeterd aan het eind van de training.

#### Fitprogramma 2018-2022

	N	Start		Eind		Significantie*
		M	SD	M	SD	
Thermometer	21	60,5	16,4	72,6	10,2	0,001**
Psychische gezondheid	22	16,8	4,4	13,7	3,9	0,000**

\* Significantie is getest met een paired samples t-test

\*\*Significant bij  $p < .05$

*Let op: de resultaten op de MHI-5 zijn anders gescoord, waardoor de data niet direct vergeleken kan worden. Herberekening toont een somscore bij start = 44 en bij eind = 54,5. Een verbetering van de psychische gezondheid, maar nog geclassificeerd als psychisch ongezond (somscore van 60 of minder = psychisch ongezond).*

Eerdere onderzoeken laten soortgelijke resultaten zien (Overzier & Wansink, 2012). De ervaren psychische



gezondheid nam toe van 64,5 naar 74 (N=309). De gemiddelde somscore op de MHI-5 nam enigszins toe van 60,9 naar 64,7. Ook de stemming verbeterde: bij de start noemde 51,3% van de respondenten hun stemming 'redelijk' of 'goed'. Na afloop was dit gestegen tot 70,7%.

Zie het document 'Procesevaluatie Training 'Liever bewegen dan moe' voor een uitgebreide beschrijving van de voorbereiding ten behoeve van de uitvoering, het proces van uitvoering, resultaten, conclusies en aanbevelingen.

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



## 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

Voor het combineren van bewegen en gezondheidsvoorlichting in één programma is gekozen vanuit de veronderstelling dat beide benaderingen, praten en doen, elkaars werkzaamheid versterken: je leert door informatie tot je te nemen, te betrekken op je eigen leven, vaardigheden te oefenen, door ervaringen en tips uit te wisselen met anderen én je ondergaat de (heilsame) werking van beweging. Tijdens de voorlichtingen wordt aandacht besteed aan sportmogelijkheden om na afloop van dit programma aan deel te kunnen nemen. Initiatieven van deelnemers worden gestimuleerd en positieve ervaringen uitgewisseld.

## 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).*

American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Cahn, W., Deenik, J., & Vermeulen, J. (2022). *Leefstijlpsychiatrie*. Bohn Stafleu van Loghum.

De Jong, J. (2022). Culturele uitingsvormen van psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(8), 529-534.

GGZ Standaarden (2023). *Zorgstandaard: Depressieve stoornissen*. Geraadpleegd op 23 juni 2023, van [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_b51d31d7-bf65-434f-8fca-f82acdee4b1a\\_depressieve-stoornissen\\_\\_authorized-at\\_15-03-2018.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_b51d31d7-bf65-434f-8fca-f82acdee4b1a_depressieve-stoornissen__authorized-at_15-03-2018.pdf)

Gezondheidsraad (2020). Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Den Haag: *De Gezondheidsraad*. Nr. 2020/07.

Hoogendoorn, M. P., & De Hollander, E. L. (2017). *Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 24 juni 2023, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0201.pdf>

Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.04>

Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*, 272, Article 112846. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>

Kenniscentrum Sport & Bewegen (z.d.). *Beweegrichtlijnen*. Geraadpleegd op 25 juni 2023, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/beweegrichtlijnen/#br-overzicht>

Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2009). The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: a review of the literature. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), 93-104.

Mammen, G., & Faulkner G. (2013). Physical activity and the prevention of depression a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 649-657.

Meerlo, P., Havekes, R., & Steiger, A. (2015). Chronically restricted or disrupted sleep as a causal factor in the development of depression. *Current topics in behavioural neurosciences*, 25, 459-81

Mindblue (z.d.). Bio-psycho-sociale model. Geraadpleegd op 13 juli 2023, van <https://mindblue.nl/depressie-1/depressie/oorzaken/bio-psycho-sociale-model>

Nyström, M. B. T., Neely, G., Hassmén, P., & Carlbring, P. (2015). Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cognitive behaviour therapy*, 44, 341-352.

Overzier, P. M., & Wansink, H. J. (2012). Preventieve training voor allochtone vrouwen: een pilot studie. *Psychopraktijk*, jaargang 4, nummer 3.

Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M. Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association between physical activity and risk of depression. A systematic Review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(6), 550-559. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0609

Pharos (2020). Bereiken en betrekken van de doelgroep: 4 bouwstenen. Geraadpleegd op 21 juni 2023,

van <https://www.pharos.nl/infosheets/bereiken-en-betrekken-bouwstenen/>

Philippot, A., Grogna, D., Dubois, V., Regniers, J., Beine, A., & Bleyenheuft, Y. (2022). Lichaamsbeweging en depressie. *Medi-Sfeer*, 717. Geraadpleegd op 24 juni 2023, van [https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A266103/datastream/PDF\\_01/view](https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A266103/datastream/PDF_01/view)

RIVM (2023). *Feiten en cijfers over sport en bewegen*. Geraadpleegd op 25 juni 2023, van <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/>

Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E. M., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*. Published Online First: 16 February 2023. doi: 10.1136/bjsports-2022-106195

Straalman, J., Swildens, W., & Braam, A. (2022). Migratieachtergrond en zorgbehoeften bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(7), 431-438.

Trimbos Instituut (2023). *Cijfers depressie en suicide*. Geraadpleegd op 23 juni 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie/#algemeen>

Van den Muijsenbergh, M. E. T. C., Schers, H. J., & Assendelft, W. J. J. (2018). Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht. *Huisarts en Wetenschap*.

WHO (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: *World Health Organization*; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WijkWijzer (2022). *Slagkracht in de wijk: praktijkboek voor meerjarig gebiedsgerichte aanpak van kwetsbare wijken*. Geraadpleegd op 21 juni 2023, van <https://integraalwerkenindewijk.nl/publicatie/slagkracht-in-de-wijk/>

## 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?*

Liever bewegen dan moe werd dit keer gegeven in de wijk Slinge Rotterdam Zuid. Bij de voorlichting nemen we een vragenlijst af waar o.a. de vrouwen aangeven graag mee te willen doen voor “een betere gezondheid”. Bij doorvragen blijken er naast lichamelijke klachten ook veel sociale en psychische klachten te zijn, waaronder slecht slapen, somberheid, depressieve klachten, stress, alleen voelen, etc.

We zijn gestart met twaalf vrouwen uit deze wijk waaronder Fatima en Aicha. Zij kennen elkaar van dezelfde straat waar ze wonen en ze maakten al snel kennis met elkaar. Beiden piekeren veel over de toekomst van hun kinderen, financiële problemen, ouders die ziek zijn, huisvesting en inburgeringsverplichtingen. Door het piekeren slapen ze slecht waardoor beiden zich moe en somber voelen. Daarnaast lichamelijke klachten als hoge bloeddruk, diabetes 2, overgewicht, hoofdpijn en pijn in de schouders en nek. De huisarts heeft hen gezegd dat dit door stress komt en het goed zou zijn als ze gaan sporten/bewegen. Fatima en Aicha bewegen wel, echter bestaat dit uit het huishouden doen, kinderen naar school brengen en boodschappen doen. Ze dachten dat dit wel voldoende zou zijn.

*In de training wordt er voorlichting gegeven over o.a. minder piekeren, beter slapen, omgaan met spanning, gezonde voeding en wat voor effect bewegen heeft op het lichaam en de psyche. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan bewegen na afloop van de training. Tijdens het bewegen/sporten - onder begeleiding van een sporttrainer – oefenen we met elkaar in een gymzaal van een school. Bewegen bestaat dan uit rek- en strekoefeningen, tempo wandelen, spierversterkende coördinatie oefeningen, spel en ontspanning.*

Gedurende de training doen Fatima en Aicha actief mee. Ze gaan nu samen wandelend naar de training en zijn al bij elkaar op visite geweest. Ook zijn ze halverwege de training gaan informeren wat er in de buurt allemaal te doen is op het gebied van bewegen/sport. Ze hadden veel folders verzameld en samen willen ze graag naar Zumba les en ook twee keer per week samen tempo wandelen in het Zuiderpark. Ze wilden na de training daarmee starten. Op advies van de trainers zijn ze gelijk diezelfde week gestart en vertellen ze elke week aan de anderen in de groep wat ze samen gedaan hebben. Andere vrouwen willen ook mee wandelen in het park en gedurende de training hebben ze nu een wandelgroepje van zeven vrouwen opgericht.

Op een mooie zonnige dag zijn we niet gaan bewegen in de gymzaal maar met elkaar naar het Zuiderpark gegaan. Daar heeft de sporttrainer een les heeft gegeven over allerlei bewegingsoefeningen die je kan doen in het park. Dit sloeg zo goed aan dat nog twee andere vrouwen zich aansloten bij het groepje van zeven.

*Bij start van de training en op eind van de training wordt een oefencircuit gedaan met een scorelijst. Het blijkt dat de groep gemiddeld 25% een hogere score heeft. De vrouwen geven aan dat ze dit niet verwacht hadden en zijn erg blij. Ook tijdens de evaluatie van de voorlichting geven de vrouwen aan dat ze op de dag dat ze gesport hebben beter slapen en minder piekeren. Daarnaast zijn ze meer bewuster/gezonder gaan eten en sommigen zijn een paar kilo afgevallen Dit alles wordt feestelijk met elkaar gevierd en de vrouwen zijn trots op zichzelf en het certificaat.*