

De Zeeuwse Leefstijlroute

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Zeeland in Beweging
Postadres: Steendiep 36, 4341 LN Arnhemuiden
E-mail: info@zeelandinbeweging.nl
Telefoon: 06-36397943

Website (van de interventie): <https://www.zeelandinbeweging.nl/>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Mireille Huiszoon-La Grand
E-mail : mireille@zeelandinbeweging.nl
Telefoon :

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving:
Titel interventie:
Databank(en):
Plaats, instituut:
Datum:

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 en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| Colofon | 2 |
| Inhoud | 3 |
| Samenvatting | 4 |
| <i>Korte samenvatting van de interventie</i> | 4 |
| Doelgroep | 4 |
| Doel | 4 |
| Aanpak | 4 |
| Materiaal | 4 |
| Onderbouwing | 4 |
| Onderzoek | 5 |
| 1. Uitgebreide beschrijving | 6 |
| Beschrijving interventie | 6 |
| 1.1 Doelgroep | 6 |
| 1.2 Doel | 7 |
| 1.3 Aanpak | 7 |
| 2. Uitvoering | 12 |
| 3. Onderbouwing | 17 |
| 4. Onderzoek | 23 |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering | 23 |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten | 24 |
| 5. Samenvatting Werkzame elementen | 25 |
| 6. Aangehaalde literatuur | 26 |
| 7. Praktijkvoorbeeld | 29 |

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

De Zeeuwse Leefstijlroute (ZLR) is een laagdrempelig wandeltrainingsprogramma waarbij wordt gewerkt aan een actievere en gezondere leefstijl door wekelijkse beweegactiviteiten zoals wandelen uit te voeren. De interventie richt zich op volwassenen die vanuit de nulde lijn en eerstelijnszorg het advies krijgen om aan hun leefstijl te werken op basis van bewegen.

De ZLR bestaat uit een informatiebijeenkomst, een intake/testdag, wekelijkse wandelbijeenkomsten, twee workshops en een afsluitende testdag. De deelnemers gaan zelf en gezamenlijk aan de slag met hun persoonlijke opbouwplannen. Tijdens de wekelijkse wandelbijeenkomsten worden de nieuwe opbouwplannen doorgenomen, samen koffie gedronken en wordt afgesloten met een gezamenlijke wandeling.

Het doel van de Zeeuwse Leefstijlroute is dat deelnemers na afloop van de interventie een actievere en gezondere leefstijl hebben door wekelijkse beweegactiviteiten zoals wandelen uit te voeren, om hiermee de gezondheid positief en duurzaam te bevorderen.

Doelgroep – max 50 woorden

De interventie 'De Zeeuwse Leefstijlroute' (ZLR) is gericht richt zich op mensen met hart- en vaatziekte, diabetes, (of een verhoogd risico hierop), obesitas, astma/copd die vanuit de nulde lijn en eerstelijnszorg het advies krijgen om aan hun leefstijl te werken op basis van bewegen.

Doel – max 50 woorden

Het doel van de Zeeuwse Leefstijlroute is dat deelnemers na afloop van de interventie een actievere en gezondere leefstijl hebben, waarmee ze op basis van wandelen voldoen aan de Nederlandse Norm voor gezond bewegen, om hiermee de gezondheid positief en duurzaam te bevorderen

Aanpak – max 50 woorden

De ZLR bestaat uit een informatiebijeenkomst, een testdag, wekelijkse wandelbijeenkomsten, twee workshops en een afsluitende testdag. De deelnemers gaan zelf en gezamenlijk aan de slag met hun persoonlijke opbouwplannen. Gedurende 20 weken maken de deelnemers kennis met het reguliere sport- en beweegaanbod in de wijk.

Materiaal – max 50 woorden

Er zijn basisdocumenten beschikbaar voor de implementatie en uitvoering zoals: draaiboek De ZLR, informatiebrief voor uitvoerders, presentatie voor de informatiebijeenkomst, flyer, informatiebrief en factsheet voor deelnemers. Daarnaast zijn er materialen beschikbaar voor de testdagen zoals handleiding voor het afnemen van de instaptest en werkbladen.

Onderbouwing – max 150 woorden

De ZLR is ontwikkeld om de toenemende inactiviteit bij volwassenen en ouderen aan te pakken. Inactieve mensen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten, maar ook op overgewicht en depressie. Naast dat bewegen het risico op chronische aandoeningen verlaagd, ervaren mensen met een chronische aandoening een verbeterde kwaliteit van leven wanneer zij voldoende bewegen.

Met behulp van het I-change model is inzichtelijk gemaakt welke beïnvloedbare factoren de interventie aanpakt. Zo wordt meer bewustzijn gecreëerd door o.a. het geven van workshops over gezonde leefstijl en middels kennisoverdracht tijdens de wandelingen. Deelnemers worden gemotiveerd door o.a. het bewegen

in een groep en het opstellen en uitvoeren van persoonlijke doelen. Vaardigheden worden verbeterd door het ervaren van de positieve effecten van bewegen en door de laagdrempeligheid van de ZLR.

De multidisciplinaire aanpak versterkt de samenwerking en draagt daarmee bij aan de kans op een blijvende gedragsverandering.

Onderzoek – max 100 woorden

De procesevaluatie bestaat uit drie delen: kwalitatief onderzoek, een effectmeting waarbij de gezondheidstesten voor en na de interventie met elkaar zijn vergeleken, en een evaluatie met deelnemers en de kernteams.

Belangrijke resultaten zijn o.a.:

- de persoonlijke benadering en het sociale contact zijn belangrijk;
- de gezondheidsmetingen zijn een stimulans om de interventie af te ronden;
- veel deelnemers zijn niet naar de tweede workshop gegaan;
- het is van belang dat deelnemers door kunnen stromen naar het reguliere aanbod;
- het is belangrijk om de laagdrempeligheid van de interventie te behouden.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

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

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

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De interventie 'De Zeeuwse Leefstijlroute' (ZLR) is gericht richt zich op mensen met hart- en vaatziekte, diabetes, (of een verhoogd risico hierop), obesitas, astma/copd die vanuit de nulde lijn en eerstelijnszorg het advies krijgen om aan hun leefstijl te werken op basis van bewegen.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

- **Vrijwilligers:** zij worden ook wel 'wandelaarjes' genoemd. Dit zijn mensen die deelnemers begeleiden tijdens de wekelijkse wandelingen en groepsbijeenkomsten. In sommige gevallen hebben vrijwilligers het programma zelf doorlopen als deelnemer.
- **Professionals uit de nulde lijn en eerstelijnszorg:** zij zijn professionals die de doelgroep doorverwijzen en actief deelnemen aan de interventie.
- **Lokale coördinatoren:** zij zijn professionals binnen de nulde lijn en eerstelijnszorg zoals praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtisten, leefstijlcoaches, buurtsportcoaches of lokale sport- en beweegaanbieders. De lokale coördinatoren zijn verantwoordelijk voor de lokale coördinatie van de interventie.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

De zorgprofessionals uit de nulde lijn en eerstelijnszorg verwijzen potentiële deelnemers naar de interventie. De verwijzende professional bepaalt of deelname aan de interventie wel of niet zou kunnen bijdragen aan de persoonlijke gezondheidssituatie van de cliënt. Het gaat niet om een officiële verwijzing, eerder een "aanbeveling", de verwijzer kan de deelnemer helpen met het aanmelden, deelnemers kunnen zichzelf ook zelfstandig aanmelden.

Sportieve wandelaars kunnen tevens worden ingezet als vrijwilliger bij het project.

Inclusiecriteria:

- deelnemers zijn gemotiveerd om hun leefstijl te verbeteren;
- deelnemers zijn 18 jaar of ouder;
- Er zijn geen specifieke exclusiecriteria. Deelname wordt bevestigd na het doorlopen van de eerste testdag, indien twijfel aan de haalbaarheid en veiligheid, worden de uitkomsten besproken met een betrokken zorgprofessional, vanuit de eerste lijn. Als blijkt dat de conditie niet toereikend is om met het laagste instapniveau te starten, wordt de deelnemer terugverwezen naar de huisarts om te

overleggen of deelname passend is, waarbij gevraagd wordt te kijken naar de persoonlijke beperking en belastbaarheid van de deelnemer en eventueel verwezen wordt naar ander beweegaanbod.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

De Zeeuwse Leefstijlroute wordt sinds 2019 in deze vorm aangeboden. Na afloop van het programma wordt een online procesevaluatie uitgevoerd welke wordt uitgezet onder de doelgroep. Met de intermediaire doelgroep wordt de procesevaluatie middels een "evaluatie overleg" na afloop het programma georganiseerd. Naar aanleiding van de aandachtspunten die hieruit voortkomen worden eventueel het draiboek en/of werkwijze aangepast en/of aangescherpt.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het doel van de Zeeuwse Leefstijlroute is dat deelnemers na afloop van de interventie een actievere en gezondere leefstijl hebben, waarmee ze op basis van wandelen voldoen aan de Nederlandse Norm voor gezond bewegen, om hiermee de gezondheid positief en duurzaam te bevorderen.

Subdoelen – max 350 woorden

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

Einddoelgroep:

Na de interventie:

1. hebben de deelnemers kennis over het belang, de uitvoering en de voordelen van bewegen en een gezonde leefstijl;
2. zijn deelnemers zich ervan bewust welke nadelen te weinig bewegen heeft voor de gezondheid;
3. zijn deelnemers gemotiveerd om een gezonde leefstijl te implementeren in hun dagelijkse leven;
4. ervaren deelnemers sociale steun van mededeelnemers en begeleiders ten aanzien van lichamelijke activiteit;
5. voelen deelnemers zich vertrouwd met een actieve en gezonde leefstijl;
6. voelen deelnemers zich in staat om wekelijks te gaan en blijven bewegen;
7. hebben deelnemers hun persoonlijke doelstelling behaald;
8. hebben deelnemers het wandelen geïntegreerd in het dagelijks leven;
9. stromen deelnemers door naar het reguliere beweegaanbod in de wijk;
10. hebben deelnemers hun conditie verbeterd;

Intermediaire doelgroep:

1. De vrijwilligers weten hoe ze deelnemers kunnen motiveren om te werken aan een actievere en gezondere leefstijl.
2. De professionals weten welke mensen verwezen kunnen worden en weten deelnemers te motiveren om te werken aan een actievere en gezondere leefstijl.
3. De lokale coördinatoren weten hoe ze deelnemers kunnen motiveren om te werken aan een actievere en gezondere leefstijl.

Deze interventie heeft als bijvangst dat de multidisciplinaire samenwerking lokaal wordt verstevigd.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

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

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Fase 0: Aanvragen van de interventie (1 maand)

- Zeeland In Beweging neemt het initiatief om de gemeente te benaderen, de lokale zorgprofessionals en het lokale netwerk op gebied van sport en beweegaanbieders, om de start van het programma kenbaar te maken. Er wordt een informatiebijeenkomst georganiseerd voor deze Zorg- en sport /beweegprofessionals en zij kunnen besluiten samen het programma op te starten. Deze professionals kunnen zich daarna aanmelden om deel te nemen in het kernteam.

Fase 1: Voorbereidingsfase (3 maanden)

- Scholing lokale coördinator.
- Samenstellen kernteam met professionals (POH, Dietist, Fysiotherapeut, Leefstijlcoach e.a.) die betrokken zijn bij het opstarten en uitvoeren van het leefstijlprogramma.
- Werven van vrijwilligers/wandelmaatjes.
- Plannen en organiseren van het programma.
- Geschikte wandellocatie kiezen (voorwaarden: dichtbij deelnemers, toilet, koffie/thee, geschikt voor verschillende routes, groene omgeving)
- Afhankelijk van het beschikbare aantal vrijwilligers en zorgprofessionals op een locatie, kunnen er diverse groepen worden gemaakt, met een gezamenlijke wekelijkse wandelafstand (bijv. per wandelavond een groep die 2km wandelt, 5km of 7,5km).
- Aanmeldingsprogramma activeren website
- Communicatieplan sociale media, pers, flyer, website
- Contact leggen met intermediairs.
- Werven van deelnemers.
- Informatiebijeenkomst voor potentiële deelnemers.

Fase 2: Uitvoering programma (5 maanden)

Startmoment (45 min per deelnemer)

- Deelnemer vult de Healthy Region vragenlijst in en maakt een afspraak voor de eerste testdag / startbijeenkomst + 0-meting.
- De eerste testdag bestaat uit:
 - o Intake met de zorgprofessional.
 - o Eventuele metingen zoals bloeddruk meten, bloedsuiker meten worden gedaan door een daarvoor bevoegde zorgprofessional.
 - o Afname van de wandeltest en ontvangen van de stappenteller en het eerste opbouwplan.

Wandeltrainingsprogramma (20 weken)

- Naar aanleiding van de op de testdag bepaalde niveaus, de groepen indelen (tijdens de eerste wandelavond)
- Vrijwilligers indelen naar groepsgrootte. Advies: 1 Vrijwilliger per 10 deelnemers. Behalve in de beginnersgroep (lagere startniveaus van de opbouwplannen), 1 vrijwilliger per 5 deelnemers.
- De deelnemers starten de wandelenweken aan de hand van hun opbouwplannen
- 16-20 groepsbijeenkomsten van 1-2 uur.
- Het kernteam organiseert twee workshops voor de deelnemers over gezonde leefstijl.
- Het laatste wandelmoment kan ervoor worden gekozen om de interventie op een feestelijke manier af te sluiten. Door bijvoorbeeld te gaan wandelen op een mooie locatie of aansluiting te zoeken bij een bestaand (lokaal) wandelevenement (stads/dorpswandeltocht).

Slotmoment (45 min per deelnemer)

- Afname van de wandeltest.
- Coaching gesprek.
- Mogelijkheid om in te schrijven voor regulier sport- en beweegaanbod.
- Invullen evaluatieformulier.

Fase 3: Evaluatie (2 weken, 3 maanden en 6 maanden na het programma)

- Verwerken van de gezondheidstesten en vragenlijsten na 20 weken.
- Evaluatie met vrijwilligers.
- Evaluatie met kernteam.
- Potentiële vrijwilligers werven voor het volgende leefstijlprogramma.
- Monitoren of deelnemers zich aansluiten bij lokale sport- of beweegaanbod na 3 en 6 maanden.

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.

Fase 1: voorbereiding

Een gemeente kan in samenwerking met een Zorggroep starten met de interventie. Zeeland in Beweging (interventie-eigenaar) heeft per gemeente een interventie coördinator die de lokale coördinator ondersteunt bij de opstart van de ZLR. De interventie coördinator kan ook buiten Zeeland worden ingezet. Vanaf de uitvoering zijn één of twee lokale coördinatoren verantwoordelijk voor het proces en de inhoud (zie draaiboek Zeeuwse Leefstijlroute). De lokale coördinatoren zijn lokale zorg en/of sport- en beweeg professionals en stellen het kernteam samen, werven vrijwilligers en sturen ze aan, werven de deelnemers en voeren het programma uit. In de voorbereidingsfase worden eerst de lokale coördinatoren en vrijwilligers geschoold door de interventie coördinator van Zeeland in Beweging. Dit zijn twee losse scholingen van 1,5 uur. De vrijwilligers zijn vaak enthousiaste lokale wandelaars of deelnemers uit vorige projecten. Vrijwilligers kunnen, naast de scholing door de interventie coördinator, de opleiding 'wandelbegeleider niveau 1' van de Koninklijke Wandel Bond Nederland (KWBN) volgen.

De lokale coördinator stelt een kernteam samen met personen die betrokken zijn bij het opstarten en uitvoeren van het leefstijlprogramma. Het kernteam bestaat meestal (maar niet altijd) uit twee lokale coördinatoren waarvan één buurtsportcoach (vanuit de gemeente) en één zorgprofessional vanuit de huisartsenpraktijk, één of twee zorgprofessionals vanuit paramedische praktijken (diëtist, fysio, podotherapeut, leefstijlcoach), een sport- en beweegprofessional, van de sportvereniging of sportaanbieder en een vrijwilliger. Binnen het team wordt invulling gegeven aan het leefstijlprogramma en alle data worden vastgelegd.

Vervolgens worden vrijwilligers geworven, ook wel wandelmaatjes genoemd. Per groep worden vrijwilligers ingezet, afhankelijk van de niveaoverschillen en aantal deelnemers binnen een wandelgroep. De vrijwilliger die eventueel in het kernteam zit, kan ook meelopen. De lokale coördinatoren werven vrijwilligers op verschillende manieren, zoals via een oproep via sociale media, bij een lokale (sport)club of mensen uit het eigen netwerk. Ook actieve deelnemers uit voorgaande edities van het leefstijlprogramma worden benaderd om vrijwilliger te worden.

Nadat de lokale coördinator, het kernteam en de vrijwilligers bekend zijn, wordt het programma gepland en georganiseerd. De lokale coördinator informeert de kernteamleden over het leefstijlprogramma. Het programma bestaat uit de informatiebijeenkomst, de testdagen, wandelroutes en de workshops. Ook wordt contact gelegd met intermediairs zodat zij deelnemers kunnen verwijzen.

Deelnemers worden geworven door de professionals (waaronder de lokale coördinatoren) en vrijwilligers. Dit gebeurt op verschillende manieren zoals flyers verspreiden binnen de eerstelijnszorg praktijken, sociale media vanuit SportZeeland en Zeeland in Beweging en lokale organisaties, persberichten in de lokale media en lokale nieuwsbrieven. Ook wordt het programma als tool ingezet op het spreekuur bij de eerstelijnszorg professionals. Er wordt ook een informatiebijeenkomst georganiseerd voor potentiële deelnemers om hen te informeren en motiveren om deel te nemen. Deze bijeenkomst duurt een dagdeel (ochtend/middag/avond)

en wordt idealiter 3 tot 6 weken voorafgaand aan het startmoment georganiseerd. Als er al eerdere programma's zijn uitgevoerd, dan worden oud-deelnemers gevraagd om hun ervaringen te delen tijdens de bijeenkomst. Ook is er gelegenheid voor deelnemers om zichzelf in te schrijven. Belangrijke informatie en/of speerpunten voor tijdens de bijeenkomst:

- Iedere week een groepsbijeenkomst van ca. twee uur (samen wandelen, koffiedrinken en ervaringen
- Uitwisselen of voorlichting door experts tijdens de wandelingen en/of tijdens een educatieve workshop.
- Optioneel: zelf wandelen met een stappenteller of een andere vorm van bewegen;
- Deelname mogelijk op eigen niveau, hoog of laag (12 verschillende instapniveaus). Motiveren en over de drempel halen van potentiële deelnemers is in deze fase belangrijk. Ook is het van belang om successen te benoemen;
- Het is gezond en goed voor de sociale contacten;
- Deelname kost weinig en levert veel op.

Deelname aan het leefstijlprogramma is gratis. Bovendien wordt de wandelroute in een groene omgeving uitgezet waar ook de mogelijkheid is om koffie/thee te drinken. Hierbij wordt ook rekening gehouden met reisafstand naar de wandelroute: deze is zo dicht mogelijk in de buurt van de woonplek van deelnemers.

Deelnemers kunnen zich aanmelden d.m.v. een link via het online platform Vitlounge. Lukt het aanmelden niet, dan kan een praktijkondersteuner of wandelbegeleider de betreffende persoon hiermee helpen. Verdere instructies over Vitlounge zijn te vinden in het bestand 'Handleiding Vitlounge'.

Een belangrijk onderdeel van de interventie is het versterken van de samenwerking tussen professionals uit de nulde lijn en eerstelijnszorg. Deze samenwerking wordt versterkt doordat professionals in alle fases van de interventie betrokken worden: ze coördineren, organiseren en begeleiden (samen) de informatiebijeenkomst, de wandelbijeenkomsten (wandelen ook mee), workshops en testdagen. Dit draagt bij aan het 'elkaar leren kennen' en uiteindelijk een betere zorg voor inwoners. Daarnaast is de samenwerking van belang om deelnemers te werven en om het deelnemers gemakkelijker te maken om na deelname gebruik te maken van het reguliere aanbod. Zo kunnen deelnemers persoonlijk kennismaken met reguliere aanbieders. De ZLR wordt, naast als losse interventie, ook aangeboden in combinatie met de GLI COOL.

Fase 2: uitvoering programma

Startmoment

Nadat de deelnemer zich heeft aangemeld voor het leefstijlprogramma ontvangt hij/zij de uitnodiging om de Healthy Region vragenlijst online in te vullen en vervolgens een afspraak in te plannen voor de eerste testdag. Het plannen van de afspraak voor de testdag verloopt via Vitlounge.

De testdag bestaat uit twee onderdelen: de intake met de zorgprofessional en de wandeltest. De intake gebeurt met een zorgprofessional, praktijkondersteuner, diëtist of leefstijlcoach. Tijdens de intake worden gezondheidstesten afgenomen (lengte, gewicht, visceraal vet, vetpercentage, spierpercentage, conditie en evt. aanvullende waarden als HbA1c, bloedsuiker en bloeddruk), de ingevulde vragenlijsten worden besproken en er worden persoonlijke SMART doelen geformuleerd m.b.v. het GROW-model en positieve gezondheid. Het GROW-model helpt om op een gestructureerde en efficiënte manier met coaching aan de slag te gaan. Dit gebeurt in vier stappen: doelstelling, actuele situatie, opties verkennen en keuzes maken. Vervolgens wordt tijdens het tweede deel van de testdag een 6-minuten wandeltest afgenomen. Hiervoor hebben de deelnemers een stappenteller ontvangen welke is ingesteld op de juiste staplengte. Op basis van de testresultaten wordt per deelnemer een instapniveau bepaald en wordt een eigen opbouwplan gemaakt. Aan de hand van dit opbouwplan werkt de deelnemer toe naar de gewenste afstand die hij of zij wil kunnen wandelen na 20 weken. De opbouwplannen worden per week meegegeven om de deelnemers te stimuleren naar de groepsbijeenkomsten te komen en het programma stap voor stap te volgen. Het startniveau en de groepsgrootte zijn bepalend voor de hoeveelheid vrijwilligers die nodig zijn om de groepen te begeleiden. De groepen met de lagere instap-niveaus hebben meer begeleiding nodig dan de hogere instapniveaus, de inschatting hiervoor kan na de testdag worden gemaakt, als de startniveaus bekend zijn.

Wandeltrainingsprogramma

De deelnemers volgen hun opgestelde opbouwplannen. De opbouwplannen bestaan uit minstens twee keer per week zelfstandig wandelen en één keer per week samen wandelen. De gezamenlijke wandeling is onderdeel van een groepsbijeenkomst. Tijdens de wandelweken worden er 16-20 groepsbijeenkomsten van 2 uur georganiseerd. Een bijeenkomst bestaat uit het doornemen van de nieuwe opbouwplannen voor de komende week, samen koffiedrinken en afsluitend een gezamenlijke wandeling van gemiddeld 1 uur. Vrijwilligers worden ingezet om de groepen te begeleiden.. Tijdens de bijeenkomsten sluiten er diverse wandelverenigingen aan, en kunnen deelnemers kennismaken met het sport- en beweegaanbod in hun wijk. Ook diverse andere coaches kunnen aansluiten, zoals mindfulness-, vitaliteits-, natuur- en wandelcoaches. Ook wandelen verschillende zorgprofessionals mee. Indien de groep uit veel deelnemers bestaat of de deelnemers verschillende niveaus hebben, dan wordt in verschillende groepen gewandeld. Het verschilt per gemeente hoeveel wandelgroepen worden gevormd. Dit hangt af van het aantal deelnemers en het verschil in niveau. Zo maakt de snelle groep bijvoorbeeld een grotere ronde dan de langzamere groep. Uiteindelijk treft men elkaar weer na de wandeling. Voor of na de wandeling worden ervaringen uitgewisseld over de afgelopen week. Als de deelnemer het weekprogramma goed heeft doorlopen, dan ontvangt hij/zij het volgende opbouwplan met het programma voor de nieuwe week. Als de deelnemer het weekprogramma niet heeft gehaald dan wordt hetzelfde programma herhaald of eventueel een niveau lager. Belangrijk is met plezier doorgaan en volhouden.

Tijdens de wandelweken worden er twee workshop gegeven door deskundigen (bijvoorbeeld diëtist, fysiotherapeut, leefstijlcoach of praktijkondersteuner) over gezonde leefstijl. Deze groepsbijeenkomsten worden georganiseerd door het kernteam en begeleid door de lokale coördinator (vaak de zorgprofessional). De keuze voor de thema's wordt per locatie en op basis van de lokale problematiek/behoefte gemaakt, de insteek is informatief/educatief en in relatie met een gezonde leefstijl. Een thema kan bijvoorbeeld zijn: belang van bewegen (door de lokale fysiotherapeut), belang van goede schoenen (door de lokale podotherapeut), kookworkshop (door de diëtiste), informatie over het lokale beweegaanbod (door lokale sportvereniging).

Slotmoment

Aan het einde van het programma vindt opnieuw een coaching gesprek plaats, worden de gezondheidstesten en vragenlijst afgenomen en wordt de wandeltest nogmaals uitgevoerd. Door de testen nogmaals af te nemen kan in kaart worden gebracht of de deelnemers hun einddoel hebben gehaald. Tijdens het coaching gesprek worden de uitkomsten van de testen besproken en de doelen geëvalueerd. Ook worden de deelnemers gewezen op het reguliere beweeg- of sportaanbod en gestimuleerd om aan hun leefstijl te blijven werken. Er is de mogelijkheid om meteen in te schrijven voor het reguliere aanbod.

Aan het eind van het programma kan er een afsluitende wandeling worden georganiseerd op een mooie locatie met feestelijke uitstraling. Alle betrokken instanties (o.a. lokale verenigingen, sportaanbieders en zorgverleners) en deelnemers zijn uitgenodigd. Deze afsluitende wandeling staat los van het programma. Soms sluiten gemeenten aan bij een (lokale) grote wandeling, zoals het Nationale Diabetes Festival van de Bas van de Goor Foundation.

Fase 3: Evaluatie

Aan het eind van het programma vindt er een eindevaluatie plaats, zowel met deelnemers als met de betrokken professionals. De deelnemers vullen een evaluatieformulier in en de deelnemers die het leefstijlprogramma volledig hebben doorlopen, ontvangen een certificaat. Ook worden potentiële vrijwilligers geworven voor het volgende leefstijlprogramma. Na 3 en 6 maanden ontvangen de deelnemers een vragenlijst om te monitoren of zij zich aansluiten bij het lokale sport- of beweegaanbod.

Aan het eind van het programma vinden er twee evaluatie-overleggen plaats: één met het kernteam en één met de vrijwilligers. In het overleg worden succesfactoren en belemmerende factoren besproken en wordt gekeken hoe de interventie doorontwikkeld kan worden.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Tijdens de verschillende fases van de interventie worden materialen ingezet (zie tabel hieronder). In de tabel hieronder worden de benodigdheden per fase beschreven.

| Wat | Fase | Voor wie |
|--|---------------|------------------------------------|
| Vorbereiding | | |
| Draaiboek De ZLR | Implementatie | Lokale coördinatoren |
| Informatiebrief; Wat is de ZLR | Vorbereiding | Uitvoerders |
| Presentatie informatiebijeenkomst; Wat is de ZLR* | Vorbereiding | Uitvoerders |
| Presentatie informatiebijeenkomst* | Werving | Deelnemers |
| Flyer De ZLR* | Werving | Deelnemers |
| Informatiebrief | Werving | Deelnemers |
| Factsheet | Werving | Deelnemers en lokale coördinatoren |
| Voorbeeld pr-materiaal* | Werving | Deelnemers |
| Registratieformulieren | Registreren | Lokale coördinatoren |
| Uitvoering | | |
| Tips wandelen in groep | Uitvoering | Deelnemers |
| Opbouwplannen | Uitvoering | Deelnemers |
| Wandel box** | Uitvoering | Lokale coördinatoren |
| Evaluatieformulier | Evaluatie | Deelnemers |
| Uitvoering - testdagen | | |
| Formulier 'hoe ziet mijn week eruit' | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Handleiding afnemen instaptest | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Werkbladen verzamelstaat instaptest | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Presentatie 'Waarom bewegen moet' | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Tafel en twee stoelen | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Laptop | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Scorekaart voor in opbouwplan | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Ideaalwaarden metingen | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Lengtemeter en weegschaal | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Centimeterlint voor buikomvang | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Bloeddrukmeter | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Maatregelen i.v.m. corona: doorzichtig scherm, mondkapjes, schoonmaakdoekjes | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Meetlint 20 meter (6-min wandeltest) | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Stopwatch/horloge | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Pionnen 4 stuks | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Stappentellers | Testdag | Uitvoerders testdag |
| Rekenmachine + balpen | Testdag | Uitvoerders testdag |

* Voor de presentaties, de flyers en posters zijn formats beschikbaar, af te stemmen naar de locatie.

**De wandel box is voor tijdens de wandelbijeenkomsten en bevat reserve stappentellers en opbouwplannen voor als mensen later aansluiten. Ook bevat de box scorekaartjes, pennen, drie tassen met EHBO-kit, rolletje Dextro, blarenpleisters en een flesje water.

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 interventie wordt zo lokaal mogelijk georganiseerd en zo dicht mogelijk bij de deelnemers. Soort organisaties die de interventie kunnen uitvoeren zijn sport- of welzijnsorganisaties, eerstelijnszorgorganisaties en (atletiek)verenigingen met bijvoorbeeld een wandelafdeling.

Een geschikte locatie voor de wekelijkse bijeenkomsten voldoet aan de volgende voorwaarden:

- dichtbij voor de doelgroep in een groene omgeving (lieft op loop of fietsafstand)
- ruimte voor (gezellig) samenzijn, kopje koffie, uitleg van begeleider of informatiebijeenkomst
- veilige buitenruimte dichtbij voor het uitvoeren van de wandeltest
- bij voorkeur gelegen dichtbij een interessant wandelgebied, zoals park, of groene buitenomgeving.

Het kan de eigen locatie zijn van een sport- of welzijnsorganisatie, maar ook een buurt-/dorpshuis, wijkcentrum, verzorgingshuis of sportkantine. Van belang is vooral aan te sluiten bij de doelgroep, waardoor bv. buurthuis, fysiotherapiepraktijk met praktijkruimte of verzorgingshuis passender is indien met oudere of kwetsbare doelgroepen gewerkt wordt, daar waar een (sport)kantine geschikter is wanneer de doelgroep vitaler is.

Het is wel van belang dat de afstand én het wandelen en de sportieve omgeving als uitgangspunt wordt genomen in de keuze voor de locatie, boven bijvoorbeeld de inzet van de eigen locatie in een minder geschikte omgeving (qua afstand tot de deelnemers, of qua bebouwing / groen).

Een geschikte locatie voor de testdagen voldoet aan de volgende voorwaarden: spreekkamer met wachtkamer en een (buiten)ruimte waar de wandeltest uitgevoerd kan worden (mensen moeten 20 meter onafgebroken kunnen lopen). De locatie voor de workshop hangt erg af van de inhoud van de workshop en het aantal deelnemers.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De competenties van vrijwilligers:

- Actieve leefstijl
- Een passie voor bewegen
- Kan organiseren en motiveren
- Kan zich gemakkelijk in een groep 'bewegen'
- Kennis hebben van kwalen en kwetsuren en hier adequaat op kunnen handelen.
- Pré: ervaringsdeskundig

De competenties van lokale coördinatoren:

(Leefstijlcoach, sport- beweeg coördinatoren, Fysiotherapeut)

- Het diploma behorend bij de functie en de rol (HBO/MBO)
- Kennis van het belang van een gezonde leefstijl
- Kennis van de invloed van bewegen op gezondheid
- Kennis van de lokale sociale kaart van de omgeving op gebied van gezondheid, welzijn, Bewegen en sport
- Passie voor gezonde leefstijl en bewegen
- Kennis hebben van kwalen en kwetsuren en hier adequaat op kunnen handelen.
- Organisatorisch onderlegd
- Communicatieve - en netwerkvaardigheden
- In staat om leiding te geven
- Coachend kunnen motiveren

De competenties van zorgprofessionals die de intake, het eindgesprek en de workshops verzorgen:

(Praktijkondersteuner, Dietist, leefstijlcoach)

- Het diploma behorend bij de functie en rol. (HBO)
- Kennis van het belang van een gezonde leefstijl
- Kennis van de invloed van bewegen op gezondheid

- Kennis van de invloed van bewegen op chronische aandoeningen (in de eerste plaats van de chronische aandoeningen die veelal voorkomen bij de doelgroep, te weten: Obesitas, Diabetes Mellitus, Hart- en vaataandoeningen, COPD, Astma)
- Kennis van de invloed van bewegen op mentaal welzijn
- Passie voor gezonde leefstijl
- Communicatieve vaardigheden
- Kennis en affiniteit hebben met persoonsgerichte zorg/positieve gezondheid
- Kennis en affiniteit hebben met motiverende gespreksvoering en weten hoe dit in te zetten.
-

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

Om het optimale resultaat voor de deelnemers te behalen, is het belangrijk dat de interventie op de juiste manier wordt uitgevoerd. Hier wordt door Zeeland In Beweging (ontwikkelaar en eigenaar van de interventie) op de volgende manieren voor gezorgd:

- Zeeland in Beweging biedt ondersteuning aan de lokale coördinatoren. De interventie coördinator van Zeeland in Beweging is eerste aanspreekpunt voor lokale coördinatoren als het gaat om het organiseren en uitvoeren van het gehele programma, de informatieavonden, testdagen, workshops, en wandelingen.
- De interventie coördinator van Zeeland In Beweging schoolt de lokale coördinatoren over de inhoud en organisatie van de interventie. Kwaliteit is geborgd door het draaiboek dat is opgesteld en gestuurd wordt naar lokale coördinatoren.
- De interventie coördinator schoolt ook de vrijwilligers over hoe zij de deelnemers kunnen begeleiden en motiveren.
- Voorafgaand wordt een scholing gegeven aan de lokale coördinatoren over het gebruik van Vitlounge, het online beveiligde informatie systeem waarmee binnen de ZLR wordt gewerkt om gegevens te registreren en te analyseren. Deelnemers kunnen zich aanmelden voor het programma via de website van ZLR en komen dan in Vitlounge terecht. Mocht het een deelnemer niet lukken om te aan te melden wordt er een beroep gedaan op de wandelbegeleider/zorgprofessional om dit samen met de deelnemer te doen. In Vitlounge worden de persoonlijke en medische gegevens verzameld en de vragenlijsten ingevuld. Deelnemers geven (wel of geen) toestemming om gegevens te verzamelen en te gebruiken voor onderzoek. De onderzoeker heeft vervolgens (wel of geen) toegang tot deze gegevens.
- De zorgprofessional voert coaching gesprekken volgens het gespreksmodel GROW.
- De medisch voorbehouden handelingen zoals bloeddrukmeten/bloedsuiker meten, worden door een hiervoor bevoegde zorgprofessional uitgevoerd.
- Lengte, gewicht, visceraal vet, vetpercentage, spierpercentage, worden gemeten door de zorgprofessional, maar kunnen eventueel onder supervisie van een zorg- of sport en beweegprofessional door stagiairs CIOS/Sportkunde/Verpleegkunde worden uitgevoerd.
- De sport- en beweegprofessional voert tijdens de T0 en T1 meting de 6-minuten wandeltest uit,
- Sinds 25 Mei 2018 geldt in de hele EU dezelfde privacywetgeving, de AVG. De resultaten worden 'conform' deze regelgeving aangeleverd.
- Na het programma vindt een evaluatie plaats met deelnemers, vrijwilligers, zorgprofessionals en lokale coördinatoren. Dit gebeurt voor deelnemers via een vragenlijst, en voor vrijwilligers, zorgprofessionals, coördinatoren en betrokken partijen lokaal via een overleg, waarin een vast aantal punten besproken dient te worden.
- Jaarlijks vindt evaluatie plaats binnen de betrokken ontwikkelaars van het programma, middels een overleg.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

1. Borgen van financiering: de uitvoerder moet financiering beschikbaar hebben om het programma uit te voeren.

2. Het leefstijlprogramma dient aangepast te kunnen worden aan processen binnen de lokale situatie, maar mag niet ten koste gaan van de werkzame elementen.
3. De drie componenten bewegen, voeding en gedragsverandering moeten geborgd zijn: alle rollen van zorgverleners moeten zijn ingevuld. Voor gedragsverandering wordt Motivational Interviewing toegepast, en gebruik gemaakt van het GROW model.
4. Er moet doorstroom mogelijk zijn naar het sport- en beweegaanbod in de buurt.
5. Er moet een goede verbinding zijn binnen en tussen zorg en lokaal sport- en beweegaanbod. Multidisciplinaire samenwerking staat centraal en de lokale coördinator heeft hier een trekkersrol in.
6. Professionals dienen voldoende geschoold en gemotiveerd te zijn en de benodigde competenties te hebben.
7. Locatie voor de testdag voldoet aan de gestelde eisen (opvangruimte deelnemers, spreekkamer, wachtruimte, mogelijkheid om de wandeltest uit te zetten).
8. Vertreklocatie bij gezamenlijk wandelen, voldoet aan gestelde eisen: mogelijkheid tot omkleeden/toilet en gelegenheid tot drinken van koffie en thee na afloop. Ook dient de locatie goed toegankelijk te zijn en goed bereikbaar.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Voor het implementeren van het leefstijlprogramma op regionaal en lokaal niveau is documentatie ontwikkeld. Een belangrijke eigenschap van het leefstijlprogramma is dat die in potentie in alle locaties in Nederland te implementeren is, mits aan de randvoorwaarden wordt voldaan.

Wanneer het leefstijlprogramma op een nieuwe locatie uitgevoerd gaat worden, wordt er eerst een afspraak gemaakt met de leefstijlprogramma-eigenaar om uitleg over het leefstijlprogramma te geven. Vervolgens worden de lokale coördinatoren geschoold. Zij ontvangen daarna het draaiboek met bijbehorende formulieren, waarin precies omschreven staat hoe het leefstijlprogramma uitgevoerd moet worden. Bij het leefstijlprogramma zijn templates ontwikkeld, waardoor het makkelijker wordt om de vertaalslag te maken naar de eigen omgeving. Gedurende de gehele uitvoerende periode is de interventie coördinator vanuit Zeeland In Beweging betrokken. Wanneer een gemeente (bv. beleidsmedewerker welzijn of sport) en zorggroep de ZLR gaan implementeren, dan worden lokaal de verwijzers geïnformeerd over de interventie.

Onderdeel van elk programma van de ZLR binnen een gemeente is de vorming van het samenwerkingsverband met professionals van de eerstelijnszorg, gemeenten en het lokale sport- en beweegaanbod. Een dergelijk samenwerkingsverband is noodzakelijk voor de effectiviteit van deze lokale interventies.

Kosten – max 200 woorden

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

De kosten voor de interventie zijn voor de uitvoerende organisaties: de gemeente en een Zorggroep. Tussen deze twee uitvoerende organisaties worden afspraken gemaakt over de bekostiging. De coördinatie vanuit ZIB houdt ook de data analyse in. Wanneer de ZLR gekoppeld is aan een GLI, dan wordt de GLI bekostigd vanuit de zorgverzekeraar.

| Kosten per locatie 30 deelnemers per traject | | | | |
|---|-------------------------|------------------------|-----------------------|---|
| Omschrijving | Kosten Zorggroep | Kosten gemeente | Uurtarief ZLND | Opmerkingen |
| Organisatie | | | | |
| Lokale project coördinatie zorg (20u) | €1300,- | | €65,-* | iom zorggroep/huisartsen coöperatie |
| Interventie coördinator over 35 weken (70 uur) | | €5250,- | €75,- | 35 weken professionele ondersteuning uit ZIB |
| Zorgprofessionals voor testdagen, informatie-avonden en workshops (104 uur) | €6750,- | | €65,-* | iom zorggroep/huisartsen coöperatie |
| Projectuitvoerder gemeente (buurtsportcoach, 20u) | | €930,- | €46,50* | 20u iom gemeente |
| Wandelbegeleider/vrijwilliger (40u) | | | | 40u iom gemeente |
| Overhead vanuit de zorg | €450,- | | | iom zorggroep/huisartsen coöperatie |
| Attentie vrijwilligers | | €200,- | | |
| | | | | |
| Scholing | | | | |
| Train de trainer wandelgroepen | | €250,- | | Vrijwilligers opleiden |
| Wandelbox | €325,- | €325,- | | Promotie- en testmateriaal voor testen en begeleiding |
| | | | | |
| Persoonlijk opbouwplannen | | €500,- | | |
| | | | | |
| Testdag | | | | |
| Huur ruimtes | | €200,- | | (optioneel) |
| Catering | | €100,- | | (optioneel) |
| Drukwerk vragenlijst | | €100,- | | Eventueel voorzien van eigen look & feel (logo's) |
| Aanvullende kosten onderdelen programma | | | | |
| Workshops/afsluiting programma | €800,- | €250,- | | |
| | | | | |
| Totaal | € 9625,- | €8105,- | | |
| | | | | *Uurtarieven gemeente/zorg zijn geschat |

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

De ZLR is ontwikkeld om de toenemende inactiviteit bij volwassenen en ouderen aan te pakken. Volgens de update van de beweegrichtlijnen die de Commissie Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad heeft gedaan, zouden volwassenen wekelijks ten minste twee en een half uur matig intensief moeten bewegen. Daarnaast wordt aanbevolen om tweemaal per week spier-of botversterkende activiteiten te doen. Voor ouderen gelden dezelfde beweegrichtlijnen als voor volwassenen, maar aangevuld met balansoefeningen (*Alles over Sport, 2020; Gezondheidsraad, 2017*). In Nederland voldoet 48% van de volwassenen en 42% van de ouderen aan de beweegrichtlijnen (*Sport en Beweging in cijfers, 2021*). Het percentage volwassenen in Nederland dat voldoet aan de beweegrichtlijnen is lager onder mensen met een langdurige aandoening (45%) dan onder mensen zonder langdurige aandoening (50%).

In Zeeland voldoet 55% van de volwassenen en 39% van de ouderen aan de beweegrichtlijnen (*Gezondheidsmonitor GGD Zeeland, 2020-2021*). Ondanks dat het percentage volwassenen dat aan de beweegrichtlijn voldoet in Zeeland hoger is dan in Nederland gemiddeld (respectievelijk 55% en 48%) zien we dat 51% van de volwassenen in Zeeland niet wekelijks sport. Dit is hoger dan het Nederlandse gemiddelde (44%) (*Gezondheidsmonitor GGD Zeeland, 2020-2021*). Verder blijkt dat volwassenen en ouderen minder bewegen en sporten naarmate ze ouder worden. Ook blijkt dat lager opgeleide volwassenen in Zeeland minder sporten dan hoger opgeleide volwassenen en dat volwassenen met een laag inkomen minder sporten dan volwassenen met een hoger inkomen (*Gezondheidsmonitor GGD Zeeland, 2020-2021*). Zowel de Zeeuwse als de Nederlandse cijfers laten zien dat mensen over het algemeen te weinig bewegen. Niet voor niks is meer bewegen een onderdeel van het Nationaal Preventieakkoord met als uiteindelijke doel dat 75% van de Nederlanders in 2040 voldoet aan de beweegrichtlijnen (*Rijksoverheid, 2022*).

Fysieke inactiviteit is de vierde belangrijkste oorzaak van wereldwijde sterfte. Inactieve mensen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, diabetes type 2, een beroerte, borst- en darmkanker en vroegtijdig overlijden (*British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health, 2013*). Ook overgewicht en depressie worden in verband gebracht met een inactieve levensstijl (*Alles over Sport, 2019a; PAGAC, 2018; Gezondheidsraad, 2017; Vzinfo, bewegen | oorzaken en gevolgen*). Actieve mensen hebben een lager risico op het ontwikkelen van deze ziekten. Tegelijkertijd verbetert regelmatig bewegen de kwaliteit van slaap en het risico op gewichtstoename. Voor ouderen verlaagt bewegen daarnaast het risico op botbreuken, lichamelijke beperkingen, cognitieve achteruitgang en dementie (*PAGAC, 2018; Gezondheidsraad, 2017*). De fysieke inactiviteit heeft niet alleen gevolgen voor de individu, maar ook voor de maatschappij, bijvoorbeeld in de sectoren gezondheidszorg, sport en arbeid. Zo zorgt weinig bewegen naar schatting voor 2,3% van de ziektelast in Nederland (*RIVM, 2021*). Ook leidt weinig bewegen tot 5.800 doden per jaar en 2,7 miljard euro aan zorguitgaven (*Hilderink H, 2018*).

Voor mensen met een chronische aandoening neemt het risico op het krijgen van nog een chronische aandoening (multimorbiditeit) of het verergeren van hun huidige ziekte af wanneer zij voldoende bewegen. Uit onderzoek blijkt dat de gunstige effecten van bewegen toenemen naarmate de hoeveelheid beweging toeneemt (*Gezondheidsraad, 2017*). Daarnaast ervaren mensen met een chronische aandoening een verbeterde kwaliteit van leven wanneer zij voldoende bewegen (*Mendis, Puska & Norrving, 2011; Bullard et al. 2019*). In Zeeland was het percentage volwassenen met één of meer langdurige ziekten of aandoeningen in 2020 30%, hoger dan gemiddeld in Nederland (27%). Bij ouderen is het beeld tegenovergesteld (respectievelijk 44% en 47%) (*Gezondheidsmonitor GGD Zeeland, 2020-2021*).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Het RIVM heeft met behulp van het Regenboogmodel van Dahlgren-Whitehead inzichtelijk gemaakt welke determinanten samenhangen met lichamelijke inactiviteit (RIVM, 2021). Het Regenboogmodel geeft inzicht in de sociale en fysieke omgevingsfactoren die van invloed zijn op het gedrag van een individu (RIVM, z.d.). Gezien de grote hoeveelheid factoren, worden hieronder de belangrijkste toegelicht waarbij specifiek wordt ingegaan op de doelgroep volwassenen. Soms moeten mensen echter hun gedrag *veranderen* om in beweging te komen. Het Integrated Change Model (I-Change) zet uiteen welke factoren van invloed zijn op een individu om de keuze te maken om te gaan sporten of bewegen (Alles over Sport, 2019b). De factoren, uiteengezet door het RIVM in het Regenboogmodel, zijn vervolgens in het I-change model geplaatst om te onderbouwen wat nodig is zodat volwassenen meer gaan bewegen (Figuur 1).

Het Regenboogmodel van Dahlgren-Whitehead

Individuele en leefstijlfactoren

Volwassenen bewegen minder als ze ouder zijn, lager opgeleid zijn, lager inkomen hebben, vrouw zijn en/of een lagere taalvaardigheid hebben. Als we kijken naar leefstijl dan draagt het op een actieve manier naar werk of school (fietsend, lopend) gaan bij aan voldoende bewegen. Aan de andere kant belemmert tijdgebrek om te gaan bewegen. Ook werken bepaalde fysieke factoren (hoger BMI; ervaren van pijn, zwakte of vermoeidheid; een fysieke of chronische aandoening hebben) en psychologische factoren (stress; emotioneel instabiel voelen; depressief zijn; angst hebben om naar buiten te gaan of zich kwetsbaar voelen) belemmerend bij voldoende bewegen. Daarentegen bewegen mensen vaker als ze gemotiveerd zijn, zelfvertrouwen hebben (Biddle SJH, 2015), en lekker in hun vel zitten. Ook bewegen zij vaker als ze in staat zijn om doelen te stellen en om beweging voor zichzelf in te plannen. Hiervoor is ook kennis nodig over de voordelen van bewegen.

Leef-, woon- en werkomstandigheden

Lange werkdagen en niet-flexibel werk zijn factoren waardoor mensen minder bewegen. De manier waarop de omgeving is ingericht kan mensen stimuleren om te bewegen (beweegvriendelijke omgeving en de aanwezigheid van openbaar vervoer). In sociaal opzicht is aanmoediging en sociale steun van anderen bevorderend.

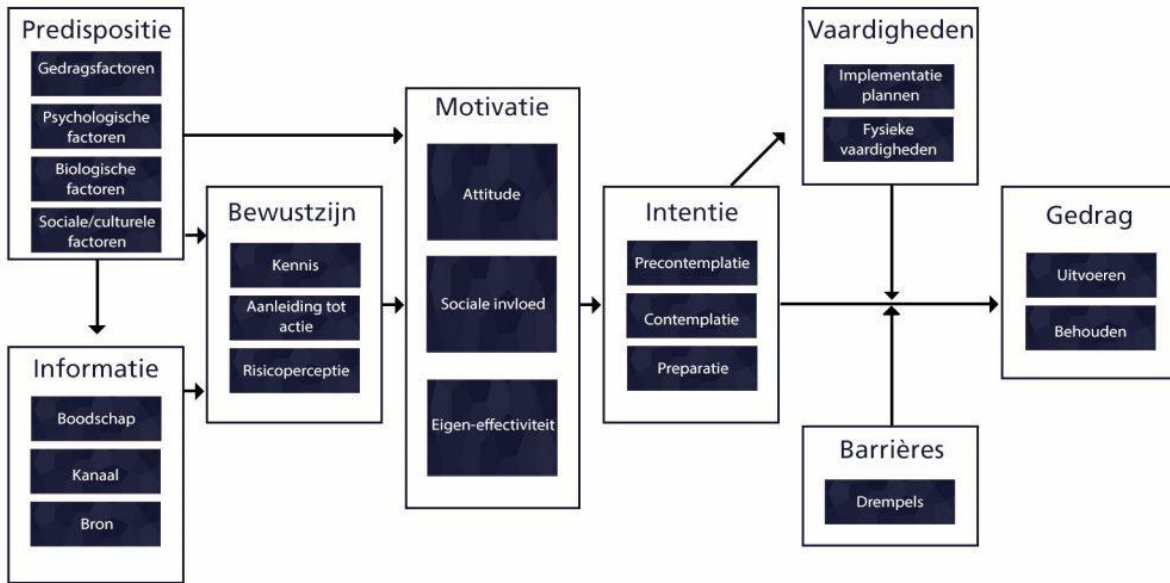
Drijvende krachten

Kosten die sporten met zich meebrengt en het wonen in een stedelijke omgeving kunnen mensen belemmeren om te gaan bewegen.

Het I-change model

In Figuur 1 is het I-change model weergegeven (Alles over Sport, 2019b). Dit model beschrijft wat er zoal komt kijken bij de keuze om meer te gaan bewegen. Per blok (Figuur 1) wordt hieronder toegelicht welke factoren een rol spelen. De relevante factoren uit het Regenboogmodel (zie hierboven) zijn verwerkt in onderstaand I-change model. Hierbij de kanttekening dat factoren op meerdere plekken in het model geplaatst kunnen worden. De predispositie factoren en de barrières zijn veelal niet of minder te beïnvloeden, terwijl informatie, bewustzijn, motivatie, intentie en vaardigheden wel te beïnvloeden zijn.

- Predispositie: demografie (leeftijd, opleiding, inkomen, geslacht en taalvaardigheid) en psychologische factoren (stress, emotionele instabiliteit, depressiviteit, angst zijn belemmerend).
- Informatie: begrijpbare informatie afkomstig van iemand van wie we iets willen aannemen.
- Bewustzijn: kennis over de voordelen van bewegen en een aanleiding te veranderen.
- Motivatie: motivatie om meer te gaan bewegen, aanmoediging en sociale steun van anderen, zelfvertrouwen.
- Intentie: van intentie tot nieuw gedrag tot plannen maken voor nieuw gedrag.
- Vaardigheden: fysieke vaardigheden en in staat zijn om doelen te stellen en om beweging in te plannen.
- Barrières: lange werkdagen, niet-flexibel werk, tijdgebrek, hoger BMI, het hebben van een (chronische) aandoening, kosten die bewegen of sport met zich meebrengt, stedelijke omgeving.



Figuur 1: het I-Change model (Alles over Sport, 2019b)

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De ZLR grijpt in op de beïnvloedbare factoren, zoals weergegeven in het I-change model. De aan te pakken factoren betreffen de bewustzijnsfactoren, motivatiefactoren, intentiefactoren en de actiefactoren (vaardigheden). Deze worden in onderstaande tabel 1 gekoppeld aan de subdoelen van de interventie.

Tabel 1. Aan te pakken factoren in relatie tot de subdoelen en de aanpak

| De ZLR | | | |
|----------------|---|---|--|
| I-change model | Aan te pakken factor(en) | Subdoel | Aanpak |
| Bewustzijn | Kennis, aanleiding tot actie en risicoperceptie | Deelnemers hebben kennis over het belang, de uitvoering en de voordelen van bewegen en een gezonde leefstijl. | Workshops over actieve en gezonde leefstijl en kennisoverdracht tijdens de wekelijkse wandelingen Geloofwaardige bron: zorgprofessionals, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen Buurtsportcoaches en betrokken zorgprofessionals kunnen Motivational Interviewing inzetten |
| Bewustzijn | Risicoperceptie | Deelnemers zijn zich ervan bewust welke nadelen te weinig bewegen heeft voor de gezondheid. | Tijdens de coaching gesprekken worden de deelnemers gewezen op de nadelen van te weinig bewegen. |
| Motivatie | Attitude | Deelnemers zijn gemotiveerd om een gezonde leefstijl te implementeren in hun dagelijkse leven. | Informatie over de gevolgen van een actieve en gezonde leefstijl |

| | | | |
|--------------|-----------------------|---|--|
| | Sociale invloed | Deelnemers ervaren sociale steun van mededeelnemers en begeleiders ten aanzien van lichamelijke activiteit. | Bewegen in een groep Wekelijks contact met professionals en ervaringsdeskundigen Modeling |
| | Eigen-effectiviteit | Deelnemers voelen zich vertrouwd met een actieve en gezonde leefstijl. Deelnemers voelen zich in staat om wekelijks te gaan en blijven bewegen. | Opstellen en uitvoeren van persoonlijke doelen middels een opbouwschema Coaching gesprekken middels GROW-model en positieve gezondheid Positieve feedback |
| Vaardigheden | Implementatie plannen | Deelnemers hebben hun persoonlijke doelstelling behaald. Deelnemers hebben het wandelen geïntegreerd in het dagelijks leven. Deelnemers stromen door naar het reguliere beweegaanbod in hun wijk. | Oefenen met het maken en uitvoeren van de persoonlijke gezondheidsplannen Het ervaren van de positieve effecten van wandelen Informatie over sport- en beweegaanbod in de wijk en direct contact met sportaanbieders |
| | Fysieke vaardigheden | Deelnemers hebben hun conditie verbeterd. | Laagdrempeligheid van de interventie (wandelen) Opbouwschema |

Verantwoording – max 1000 woorden

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

Het doel van de Zeeuwse Leefstijlroute is dat deelnemers na afloop van de interventie een actievere en gezondere leefstijl hebben, waarmee ze op basis van wandelen voldoen aan de Nederlandse Norm voor gezond bewegen, om hiermee de gezondheid positief en duurzaam te bevorderen. In Tabel 1 wordt beschreven op welke manier de aanpak van de interventie is gerelateerd aan de aan te pakken factoren en hoe de doelen bij deze doelgroep bereikt worden. Per factor en subdoel wordt hieronder de aanpak verantwoord.

Bewustzijnsfactoren

Bewustzijn over de gezonde effecten van bewegen begint bij informatieoverdracht (Figuur 1). Deze informatie verloopt via een kanaal en moet afkomstig zijn van een bron die door de doelgroep als betrouwbaar wordt gezien. Om de doelgroep te bereiken wordt gedurende de interventie op verschillende manieren informatie verschaft (tijdens de coaching gesprekken, workshops en wekelijkse bijeenkomsten) met een eenduidige boodschap over bewegen en een gezonde leefstijl. Dit gebeurt veelal mondeling, maar ook via de mail. Deze informatie is laagdrempelig doordat deze is afgestemd op de doelgroep en doordat zorgprofessionals meewandelen. Daarnaast is het belangrijk dat informatie afkomstig is van een betrouwbare bron (*Alles over Sport, 2019b*). In deze interventie worden vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals ingezet als betrouwbare bron om de informatie over te brengen over het belang, de uitvoering en de effecten van een actieve en gezonde leefstijl.

Per programma vinden er twee workshops plaats. Om voeding een permanente plek te geven in de interventie, wordt minimaal één van de workshops aan het thema voeding gewijd (bv. met een kookworkshop door een diëtiste). Het thema voor de andere workshop wordt per locatie en op basis van de lokale problematiek en behoeften gemaakt. Voorbeelden van thema's zijn: belang van goede schoenen (door de lokale podotherapeut) of informatie over het beweegaanbod (door lokale sportvereniging). Door de inhoud aan te laten sluiten bij de behoeften van de deelnemers, is de kans groter dat de kennis beklijft. Ook vindt kennisoverdracht plaats tijdens de wekelijkse bijeenkomsten waar zorgprofessionals, vrijwilligers en/of ervaringsdeskundigen als geloofwaardige bron ook regelmatig bij aanwezig zijn. Deze bijeenkomsten worden begeleid door een lokale coördinator. Vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en/of beweeg- en sportaanbieders lopen mee tijdens de wandelingen om op deze manier ook op een persoonlijke manier de deelnemers te informeren en motiveren. Uit onderzoek is gebleken dat individuele begeleiding bijdraagt aan gedragsverandering (*van den Muijsenbergh, 2019; Prochaska et al., 2015*). In deze interventie krijgen de deelnemers tijdens de wekelijkse bijeenkomsten individuele begeleiding van de buurtsportcoaches. Daarnaast wordt meer inzicht gegeven in de risico's van te weinig bewegen en ongezonde leefstijl, waardoor deelnemers zelf de noodzaak leren inzien om te veranderen (aanleiding tot actie en risicoperceptie). Ook inzicht in de risico's draagt bij aan gedragsverandering (*van den Muijsenbergh, 2019*).

De buurtsportcoaches zetten, net als de professionals die de intake, het eindgesprek en de workshops verzorgen, Motivational Interviewing in. Dit is een evidence based methodiek die inzicht en handvatten geeft om de intrinsieke motivatie van deelnemers te vergroten en meer resultaten te boeken bij gedragsverandering (*Greaves et al., 2008; Miller & Rollnick, 2012*). Motivational Interviewing is ondersteunend naar meer autonomie voor de deelnemer: de huidige situatie van de deelnemer is uitgangspunt en de deelnemer bepaalt zelf met welke doelen hij/zij aan de slag gaat. De vraag van de deelnemer staat centraal. Door Motivational Interviewing tijdens het gehele programma toe te passen wordt ook de 'aanleiding tot actie' aangepakt. Bovendien geven de gezondheidstesten tijdens de intake zicht op de gezondheidssituatie van de deelnemer bij start van de interventie en dragen daarmee ook bij aan de 'aanleiding tot actie'.

Motivatiefactoren

Onder motivatiefactoren vallen de attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit. De attitude bestaat uit geloofsovertuigingen over de consequenties van het gedrag en de affectieve evaluatie van deze consequenties (*Ajzen & Fishbein, 1991*). Zo zullen mensen die ervanuit gaan dat bewegen niet goed is, er ook een negatief gevoel bij hebben. Het is dus van belang om de attitudes bij te stellen indien nodig. Veel mensen zullen weten dat bewegen goed voor je is. Toch zijn er mensen die geen positieve houding hebben tegenover bewegen. Bewegen is echter gemakkelijk toe te passen en kan leuk gemaakt worden, bijvoorbeeld door het gezamenlijk en in een mooie omgeving te doen (*Bemelmans et al., 2008*). Deelnemers worden gemotiveerd om een gezonde leefstijl te implementeren in hun dagelijkse leven doordat zij informatie ontvangen over de gevolgen van een actieve en gezonde leefstijl.

Onderzoek laat zien dat sociale steun belangrijk is bij het starten met bewegen en continueren van het beweeggedrag (*Laatikainen et al., 2012; Smith et al., 2017; Bemelmans et al., 2008*). De wekelijkse groepsbijeenkomsten waarbij o.a. gezamenlijk gewandeld wordt met gelijkgestemden, zorgen voor een gevoel van verbondenheid en bevordert de intrinsieke motivatie. Deelnemers worden daarnaast gemotiveerd door modeling doordat vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals meelopen. Uit onderzoek blijkt dat modeling bijdraagt aan het vertonen van gedrag (*Kelder et al., 2015, Kok et al., 2015*). De deelnemers weten ook voor welke hulp zij steun kunnen krijgen doordat zij tijdens de wekelijkse bijeenkomsten in contact komen met professionals uit de zorg- en sportsector.

Eigen-effectiviteit is van groot belang voor de motivatie. Eigen-effectiviteit kan vergroot worden door te werken met persoonlijke doelen (*Whitmore, 2009*). Bij de intake worden de deelnemers gecoacht in het formuleren van deze doelen middels het GROW-model: bij elk volgend contactmoment gedurende de loop van het programma wordt samen met de buurtsportcoach gereflecteerd op de geformuleerde doelen en worden deze waar nodig bijgesteld. Door binnen de eigen belastbaarheid van de deelnemers te kijken naar de mogelijkheden en hen te laten ervaren dat ze het kunnen, zijn de doelen haalbaar en voelen zij zich

vertrouwer met een actieve leefstijl. Daarnaast wordt tijdens de wekelijkse bijeenkomsten zowel op groepsniveau als op individueel niveau positieve feedback gegeven op de uitvoering van het beweeggedrag. Het voordeel van positieve feedback is dat de deelnemer zich competentier gaat voelen en kan een positief effect hebben op de intrinsieke motivatie (Ryan et al., 2017; Kok et al., 2015).

Actiefactoren

De actiefactoren bestaan uit vaardigheden en barrières die het gedrag in de weg staan. De vaardigheden kunnen onderverdeeld worden in implementatieplannen die worden gemaakt om gedrag te veranderen en fysieke vaardigheden die nodig zijn om het gedrag uit te kunnen voeren. De deelnemers oefenen met het maken en uitvoeren van de persoonlijke gezondheidsplannen en worden hierbij gecoacht. Bovendien ervaren zij de positieve effecten van het bewegen. Tijdens het maken en uitvoeren van de plannen wordt bekeken welke persoonlijke barrières er zijn die deze doelen belemmeren. Voor continuering van het gedrag is het van belang dat deelnemers na afloop van de interventie terecht kunnen bij regulier sport- en beweegaanbod (Michie et al., 2014). Tijdens de gehele interventie krijgen deelnemers informatie over het reguliere aanbod. Bovendien zijn beweeg- en sportaanbieders fysiek aanwezig bij de wekelijkse bijeenkomsten. Dit verlaagt de drempel voor deelnemers om door te stromen en het beweeggedrag te continueren.

Om intentie om te kunnen zetten in gedrag zijn ook fysieke vaardigheden van belang. Lichamelijk moeten de deelnemers in staat zijn om het gedrag te vertonen (Alles over Sport, 2019b). Doordat de interventie laagdrempelig is en iedereen mee kan doen op zijn/haar niveau, krijgen alle deelnemers de kans om hun conditie te verbeteren. Ook het werken met een stapsgewijs opbouwschema draagt hieraan bij.

Socio-economische en omgevingsdeterminanten

Deelname aan het leefstijlprogramma is gratis. Dit maakt de interventie laagdrempelig toegankelijk voor mensen die minder te besteden hebben. Bovendien wordt de wandelroute in een groene omgeving uitgezet waar ook de mogelijkheid is om koffie/thee te drinken. Hierbij wordt ook rekening gehouden met reisafstand naar de wandelroute: deze is zo dicht mogelijk in de buurt van de woonplek van deelnemers. Ook worden de gezamenlijke bijeenkomsten 's avonds gepland zodat ook werkende mensen mee kunnen doen.

Integrale aanpak

De multidisciplinaire aanpak versterkt de samenwerking lokaal en draagt daarmee bij aan de kans op een blijvende gedragsverandering. Een integrale aanpak wordt binnen het domein van gezondheidsbevordering als de meest wenselijke en succesvolle aanpak gezien (WHO, 2004; Hartog, 2012). Lokaal worden alle professionals uit de nulde lijn en eerstelijnszorg betrokken bij de uitvoering van de ZLR, zodat onderlinge verbinding ontstaat. Tijdens het programma speelt de buurtsportcoach een belangrijke rol in de integrale aanpak. Deze heeft namelijk korte lijntjes met andere organisaties en afdelingen binnen een gemeente en kan mensen ondersteunen in het vinden van de juiste begeleiding.

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. Procesevaluatie De ZLR, Mireille Huiszoon, 2022.

- b. Het betreft een procesevaluatie die is afgenomen bij de interventie deelnemers (n=156) en de organisatoren van de interventie (n=28), welke in 2022 hebben deelgenomen aan de Zeeuwse Leefstijlroute. Beide evaluaties zijn afgenomen door middel van een online vragenlijst. Met de uitvoerders is na het programma een evaluatie overleg geweest.

c. Evaluatiesamenvatting

De procesevaluatie heeft plaatsgevonden in 2022, voor het eerst sinds de uitbraak van de pandemie kon het programma weer volledig worden uitgevoerd. Uit deze evaluatie komt naar voren dat de Zeeuwse Leefstijlroute zowel door deelnemers als door uitvoerders goed wordt gewaardeerd. De uitvoering van het programma is volgens het draaiboek en naar tevredenheid verlopen volgens deelnemers en uitvoerders. Ook werd de juiste doelgroep bereikt. In 39,9% was er sprake van single onderliggend somatische aandoening en in 43,8% was er sprake van twee of meer onderliggende somatische aandoeningen. In slechts 16,3% was er geen sprake van een somatische aandoening.

Punten waar deelnemers minder of niet tevreden over waren zijn: Nieuwe deelnemers die later aansloten in de groep, voelden zich niet altijd welkom en konden moeizaam participeren in de groep, ook misten zij soms informatie die van belang was voor het lokale programma. Het tijdstip van wandelen komt niet voor iedereen op de locatie goed uit. Deelnemers waren tevreden over de begeleiding tijdens de wandelingen, de waardering voor de begeleiding was hoog, cijfer 8,4. Ook werden de workshops goed gewaardeerd en als positief ervaren. De benaderbaarheid van de zorgverleners en de gelegenheid voor vragen, voor tijdens en na het wandelen zijn een succesfactor, ook werd het kennismaken met het bestaande sport- en beweegaanbod, de sociale factoren zoals gezellig samen koffiedrinken en praten met gelijkgestemden, het fittere gevoel wat je eraan overhoudt, door deelnemers benoemd als succesfactoren.

Punten waar organisatoren minder of niet tevreden over waren zijn: het proces van werven, dit verliep niet overal goed doordat de flyers en posters niet op alle locaties op tijd waren. De tweede testdag werd minder goed bezocht dan andere jaren, de reden hiervoor is nog onduidelijk, hoewel er signalen zijn dat de deelnemers dit minder belangrijk vinden. Het online informatiesysteem wordt als “niet eenvoudig” of “niet gebruiksvriendelijk” ervaren, en de stappentellers worden als ‘ouderwets’ bestempeld. Ook blijft het voor zorgverleners tijdrovend om vaak (of vaker) mee te wandelen, dit is op vrijwillige basis. Voor testdagen en workshops staat er een vergoeding vanuit de Regionale Huisartsen Organisatie ZHCO-PeriScaldes tegenover waar waardering door de zorgverleners voor is, echter het wandelen wordt niet vergoed, en blijft vrijwilligerswerk.

Succesfactoren die worden benoemd door de uitvoerders zijn: het samenwerken met elkaar, dit levert een positieve sfeer, waarin men elkaars expertise beter leert kennen. De duidelijke taakverdeling binnen het kernteam is ook een succesfactor, doordat eenieder van elkaar weet wat er verwacht kan worden. Dan komt niet alles op één persoon aan. De succesverhalen van de deelnemers zijn een direct resultaat wat als voorbeeld gebruikt kan worden door zorgprofessionals op de spreekuren. Het minder formele contact met

deelnemers wordt eveneens als positief ervaren. Zorgverleners geven aan dat gezonde leefstijl een steeds belangrijker plaats inneemt tijdens de consulten, met dit programma kunnen zij patiënten iets concreets aanbieden.

Naar aanleiding van deze evaluatie zijn er ontwikkelingen doorgevoerd door de stichting Zeeland In Beweging. Uit de aanbeveling kwam naar voren om de doelgroep te verbreden en mensen met lage SES en/of mensen met mentale klachten en/of eenzaamheidsproblematiek te includeren. Met de Regionale Huisartsen Organisatie ZHCO-PeriScaldes, zijn gesprekken gaande om de doelgroep te verbreden door ook de POH-GGZ te betrekken en hiermee mensen met mentale klachten en/of eenzaamheidsproblematiek te includeren. De uitstroom en samenwerking met het bestaand Sport- en Beweeg aanbod wordt door zowel deelnemers als uitvoerders positief gewaardeerd. De samenwerking behouden en versterken is een van de dingen waar de stichting Zeeland In Beweging zich op richt.

De stichting Zeeland In Beweging is in gesprek met de beheerders van VitLounge om de mate van gebruiksvriendelijkheid te vergroten, dit zal in de toekomst irritatie bij de uitvoerders wegnemen. Ook is er een app in ontwikkeling waarin de stappenteller en de opbouwplannen worden verwerkt, zodat het programma qua materialen ook duurzamer wordt. Voor “digibeten” blijft de oude manier gehandhaafd. Het proces van communicatiematerialen wordt anders ingezet, er wordt nu een algemene flyer en poster ontwikkeld met daarop ruimte voor eigen invulling. Dit bespoedigt het proces. Zo kunnen flyers en posters binnen twee dagen op de desbetreffende locatie zijn. De rol van de zorgverleners en buurtsportcoaches en de samenwerking in het kernteam zijn van grote waarde, tot nu toe is het nog niet gelukt om de belemmering van financiering weg te nemen, het doel blijft het programma op een laagdrempelige manier aan te kunnen blijven bieden, op een werkzame manier die voor uitvoerders goed te behappen is naast de dagelijkse werkzaamheden, om zo de motivatie hoog te houden. Samenwerken is de basis. De Stichting Zeeland In Beweging blijft in samenwerking met SportZeeland en ZHCo-PeriScaldes in gesprek met de gemeenten, en de zorgverzekeraars om deze effectieve manier van “zorgverleners” te borgen zodat dit programma structureel kan worden aangeboden, met een gepaste financiële waardering.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

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

De belangrijkste werkzame elementen van deze interventie zijn:

- De ZLR biedt een persoonlijk beweegtraject. Hierbij wordt gekeken naar de mogelijkheden van de deelnemer.
- Binnen de ZLR wordt toegewerkt naar de doelen die de deelnemers zelf samen met een coach hebben opgesteld.
- Het opdoen van de beweegervaring vergroot het zelfvertrouwen en de vaardigheden om het beweeggedrag eigen te maken.
- Door bewegen in een groep is ook aandacht voor de sociale component.
- Er is direct laagdrempelig contact met zorgprofessionals, vrijwilligers en sport- en beweegaanbieders in de buurt.
- De workshops gaan in op leefstijlthema's (breder dan bewegen) die aansluiten bij de lokale problematiek en behoeften van de deelnemers.
- De ZLR is een multidisciplinaire interventie met een domeinoverstijgende samenwerking tussen de zorgprofessionals vanuit de eerstelijnszorg, en professionals vanuit gemeenten en het lokale sport- en beweegaanbod.
- Het is een laagdrempelige interventie doordat het deelnemers op verschillende niveaus in kunnen stappen.
- Er is doorstroom mogelijk naar het reguliere sport- en beweegaanbod.
- De ZLR traint de lokale coördinatoren en vrijwilligers die de interventie uit gaan voeren, zodat zij passende kennis en vaardigheden hebben om deelnemers te motiveren.
- Langdurig traject leidt tot gedragsverandering.

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).

AGAC (2018). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report, Washington, DC.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1991). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracón, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah: New Jersey: Erlbaum.

Alles over Sport (2019a). Waarom niet bewegen slecht is voor de gezondheid. Binnen gehaald op 30 augustus 2020 van <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/waarom-niet-bewegen-slecht-is-voor-de-gezondheid/>.

Alles over Sport (2019b). I-change model: 5 theorieën over gedrag gecombineerd. Binnen gehaald op 1 september 2022 van <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/i-change-model-5-theorieen-over-gedrag-gecombineerd/>.

Alles over Sport (2020). Hoeveel moet je bewegen volgens de beweegrichtlijnen? Binnen gehaald op 29 augustus 2022 van https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/hoeveel-moet-je-bewegen-volgens-de-beweegrichtlijnen/?gclid=CjwKCAjw6raYBhB7EiwABge5Kur2gO3wXUzTAY4VKxkfv21i8yDINvICekN4psEizgdxB9wYqtv4DxoCmA8QAvD_BwE.

Bemelmans, W., Wendel-Vos, G., Bogers, R., Milder, I., De Hollander, E., Barte, J., . . . Jacobs-van der Bruggen, M. (2008). Kosteneffectiviteit beweeg-en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur.

Biddle SJH, Mutrie N, Gorely T. (2015). *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*. New York: Routledge.

British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health (2013). Making the case for physical activity. Binnen gehaald op 30 augustus 2022 van <https://www.sportsthinktank.com/uploads/makingthecase-for-pa-cspn-bhf.pdf>.

Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z>.

Gezondheidsmonitor GGD Zeeland, 2020-2021. Bewegen. Binnen gehaald op 30 augustus 2022 van <https://www.ggdzeeland.nl/rapportage/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen-2020-2021/leefstijl-en-leefomgeving/bewegen/>.

Gezondheidsraad (2017). *Beweegrichtlijnen 2017*, Den Haag.

Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Daly, M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 58(553), 535-540. doi:10.3399/bjgp08X319648.

Hartog F den, Wagemakers A, Vaandrager, L, Koelen M (2012) Een gedeelte passie voor gezonder leven. Onderzoek naar netwerken rondom de Beweegkuur en Gecombineerde Leefstijl Interventies. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University, 2012.

- Hilderink H, Verschuuren M. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Bilthoven: RIVM; 2018.
- Kelder, S., Hoelscher, D., & Perry, C. L. (2015). How individuals, environments and health behaviors interact: Social Cognitive Theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 159-182). San Francisco, CA, US: John Wiley & Sons.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G.-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Markham, C., & Bartholomew, L. K. (2015). A Taxonomy of Behavior Change Methods; an Intervention Mapping Approach. *Health Psychology Review*. DOI: 10.1080/17437199.2015.1077155.
- Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, Philpot B, Absetz P, Bunker S, O'Neil A, Reddy P, Best JD, Janus ED (2007). Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health*. 2007 Sep 19;7:249.
- Laatikainen, T., Philpot, B., Hankonen, N., Sippola, R., Dunbar, J. A., Absetz, P., . . . Vartiainen, E. (2012). Predicting changes in lifestyle and clinical outcomes in preventing diabetes: the Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. *Preventive medicine*, 54(2), 157-161.
- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control* (ISBN: 9789241564373). World Health Organization.
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behaviour change wheel. A guide to designing interventions*. 1st ed. Great Britain: Silverback Publishing, 1003-1010.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *Bmc Public Health*, 15(1), 129. doi:10.1186/s12889-015-1352-y.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. and Evers, K.E. (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K., Eds., *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 125-148.
- Rijksoverheid (2022). Beweegalliantie van start met Carl Verheijen als voorzitter. Binnen gehaald op 26 september 2022 van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/07/06/beweegalliantie-van-start-met-carl-verheijen-als-voorzitter>.
- RIVM (2021). Bewegen. Binnen gehaald op 2 september 2022 van <https://www.rivm.nl/determinanten-van-gezondheid/bewegen>.
- RIVM Loket Gezond Leven. (Z.D.) Gezondheidsbevordering: een greep uit de theorie. Binnen gehaald op 2 september 2022 van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/bevorderen-van-gezond-gedrag-hoe-doet-u-dat/greep-uit-de-theorie>.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.
- Smith, L.G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., & Van Uffelen, J. G. Z. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-0170509-8>.

Sport en bewegen in cijfers (2021). Beweegrichtlijnen. Binnen gehaald op 30 augustus 2022 van <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen>.

van den Muijsenbergh, M. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 97(1), 36-39. doi:10.1007/s12508-019-0223-9.

Vzinfo, (Z.D.) Bewegen | oorzaken en gevolgen. Binnen gehaald op 1 september 2022 van <https://www.vzinfo.nl/bewegen/oorzaken-en-gevolgen>.

Whitmore J. (2009). Coaching for performance, Nicholas Brealey Publishing Ltd.

WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

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 onderstaand artikel uit de plaatselijke krant (PZC) is een praktijkvoorbeeld uitgewerkt.

Ria loopt ondanks haar pijn: ‘Soms heb ik een schop onder mijn kont nodig’

Ria Wesdorp heeft neuropathie en altijd pijn. Maar niet als ze aan de wandel is. De Zierikzeese doet mee aan de Zeeuwse Leefstijlroute.

Samen met anderen maakt ze twee keer in de week kilometers. De één sluit aan voor de gezelligheid. De ander wil afvallen of minder medicijnen slikken. Lopen helpt, weet Wesdorp uit ervaring. „Maar soms heb ik een schop onder mijn kont nodig. Dan slepen Janet en Jaco me er doorheen.”

Janet en Jaco Vleeshouwer zijn de drijvende krachten achter de Zeeuwse Leefstijlroute in Zierikzee, die ze zeven jaar geleden leven inbliezen. Wesdorp sloot zich via een verwijzing van de praktijkondersteuner aan bij de interventie. Het lopen doet haar goed. „Als je altijd pijn hebt, moet je uitkijken dat je niet hele dagen thuis komt te zitten. Als ik loop, kan ik mijn zinnen verzetten. Dan vergeet ik de pijn even. Dit is zo gezellig onder elkaar.”

Dat is faalangst

Komt ze stil te zitten, wat bijvoorbeeld gebeurde na een operatie en na corona, dan vindt ze het lastig om weer in beweging te komen. „Dat is faalangst. Dan denk: ik kan het niet meer. Daar moet ik dan doorheen worden getrokken door Janet en Jaco. Zij geven mij die schop onder mijn kont. Ik vind dat ideaal.”

Geen schop onder de kont maar een duwtje, lacht regisseur Jaco Vleeshouwer van Schouwen-Duiveland Vitaal. Als toenmalige eigenaars van Fysiotherapiepraktijk Fysant zijn zij gestart met de Diabetes Challenge.

Al snel werd het een uitdaging die niet uitsluitend werd aangegaan door mensen met suikerziekte. De Zeeuwse Leefstijlroute, zoals het nu in heel Zeeland heet, is toegankelijk voor iedereen die in beweging wil komen of blijven. „Het is ook preventief. Door te bewegen, kun je voorkomen dat je suikerziekte krijgt”, zegt loper Yvonne Pijl. Zelf sloot ze zich aan om af te vallen en dat deed ze succesvol. Sinds vorig jaar is ze 9 kilo kwijt.

Een hartinfarct

Ongemerkt bouwde ze conditie op. Loper Dina Levi („Ik doe voor de gezelligheid mee”) weet daar alles van. In het begin sloot ze de rij en moest ze moeite doen om het tempo bij te houden. „Nu lopen we zelfs vooruit.” Vertel Ben Schot wat. Vanaf zijn geboorte loopt de Zierikzeeënaar door zuurstofgebrek destijds al moeilijk en daar kwam een paar jaar geleden nog een hartinfarct overheen.

Aangespoord door Jaco ging Schot toch eens meelopen, al voelde dat als iets onmogelijks. Met moeite haalde hij de 1,5 kilometer. Nu draait hij voor minimaal het dubbele zijn hand niet meer om. Hij merkt het effect aan alles. „Vroeger sjokte ik, nu loop ik veel meer rechtop.”

Inmiddels is Ben Schot Ambassadeur van de Zeeuwse Leefstijlroute en een ervaringsdeskundige die zich goed kan inleven in nieuwe deelnemers van het programma.

Iedereen heeft zijn eigen reden om aan te sluiten. De club wandelaars splitst onderweg op in verschillende afstanden. Er zijn altijd verzorgers bij die eventuele achterblijvers in de smiezen houden. Het voelt goed, zegt Ina den Boer - die enorme last heeft van artrose.

De Kerkwerfse fietst en zwemt dat het een lieve lust is, maar lopen is heel pijnlijk. Toch staat ze er, om in beweging te blijven. „Het motiveert om dit samen te kunnen doen. Ik vind hier herkenning en erkenning.”

Beste beentje;

Er wordt altijd gezocht naar een mooie afsluiting van de 20 weken wandelen, voor deelnemers aan de Zeeuwse Leefstijlroute in Zierikzee is dat het NDC Festival van de Bas van de Goor Foundation. Komende zaterdag vindt dit plaats in Arnhem. Twintig weken lang hebben wandelaars samen hun beste beentje

voorgezet en die komen nu uit alle windstreken samen. Vanuit Zierikzee vertrekt een bus met 45 lopers. Die trip is altijd goed voor een hoop gelach, gegier en gebrul in de bus, een warming up lied, gemoedelijkheid, een slotloop en een medaille. Janet Vleeshouwer: „Die dag is de kers op de taart.