

# Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur

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

Gebruik bij het invullen van dit werkblad  
de bijbehorende handleiding

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Stichting GALM

E-mail: m.h.g.de.greef@rug.nl

Telefoon: 06-41184532

**Website** (van de interventie): **www.galm.nl**

## Contactpersoon 1

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam M.H.G. de Greef

contactpersoon:

E-mail: m.h.g.de.greef@rug.nl

Telefoon: 06-41184532

## Contactpersoon 2 (indien van toepassing)

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam

contactpersoon:

on:

E-mail:

Telefoon:

## Referentie in verband met publicatie

Naam auteur M.H.G. de Greef

interventiebeschrijving:

schrijving:

Titel interventie: Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur

Databank(en):

Plaats, instituut Groningen

Datum 23 februari 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.

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

<b>Inhoud</b>	<b>3</b>
<b>0 Samenvatting</b>	<b>4</b>
0.1 Aanleiding voor de interventie (probleemstelling in het kort)	4
0.2 Korte samenvatting van de interventie	4
0.3 Doelgroep	4
0.4 Doel	5
0.5 Aanpak	5
0.6 Materiaal	5
0.7 Onderbouwing	5
0.8 Onderzoek	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b>	<b>6</b>
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
<b>2. Uitvoering</b>	<b>17</b>
<b>3. Onderbouwing</b>	<b>23</b>
<b>4. Onderzoek</b>	<b>30</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering van de interventie	30
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	31
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b>	<b>35</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b>	<b>36</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b>	<b>41</b>

## 0 Samenvatting

Maximaal anderhalf A-4tje, max 700 woorden

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

De aanleiding voor het ontwikkelen van Sociaal Vitaal zijn de toename van fysieke en psychosociale kwetsbaarheid, de afname van zelfredzaamheid en toename van zorgbehoefte van senioren in de leeftijdsgroep van 65-85 jaar met een lage sociaal economische status. Het effect van een lage sociaal economische status is dat fysieke kwetsbaarheid en eenzaamheid al op jongere leeftijd (vanaf 55 jaar) toeneemt. Dit wordt bevorderd door leefstijlkenmerken zoals bewegingsarmoede, ongezonde voedingsgewoonten en de toename van chronische aandoeningen. Hierdoor is de levensverwachting bij deze groep 6-7 jaar lager en is het aantal jaren met een slechte gezondheid 16 tot 19 jaar hoger vergeleken met mensen met een hogere sociaal economische status. In de komende decennia neemt het aantal kwetsbare senioren in de Nederlandse samenleving toe met 91%.

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

Om fysieke fitheid te verbeteren en eenzaamheid te verminderen bestaat het Sociaal Vitaal programma uit vier onderdelen, te weten (1) de werving van deelnemers, (2) het screenen op fysieke fitheid en eenzaamheid, (3) het aanbieden van een interventie waarin beweegactiviteiten worden gecombineerd een training van fysieke -, mentale -, sociale - en mentale weerbaarheid, gezondheidsvoorlichting en zelfmanagement oefeningen, en (4) de borging van de Sociaal Vitaal groepen. Voor de uitvoering is een handboek en bijlagen beschikbaar met specifieke documenten en protocollen. Sociaal Vitaal is theoretisch onderbouwd interventie. Hierbij is gebruik gemaakt van kennis en inzichten in de oorzaken van fysieke kwetsbaarheid en eenzaamheid, de toepassing van werkingsmechanismen om deze oorzaken aan te pakken en onderzoek te doen naar de werking ervan. Onderzoek naar Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur heeft een aantoonbaar toename in fysieke fitheid en afname in eenzaamheid opgeleverd.

Naast het programma Sociaal Vitaal voor senioren met een Nederlandse achtergrond, is er een aangepaste versie van het programma voor senioren met een migratieachtergrond ontwikkeld. De aanpak van Sociaal Vitaal in Kleur is op vier onderdelen aangepast aan de doelgroep senioren met een migratieachtergrond. In de eerste plaats is 55 jaar en ouder als leeftijdsgroep voor Sociaal Vitaal in Kleur aangehouden. In de tweede plaats worden senioren met een migratieachtergrond via het eigen migratienetwerk, zoals ontmoetingsgroepen, netwerkcontacten en de eerstelijnsinstellingen geworven. In de derde plaats is het programma inhoudelijk aangepast aan de culturele gewoonten en wensen van de senioren met een migratieachtergrond. Tot slot wordt vanwege het lage inkomen van de deelnemers met een migratieachtergrond geen eigen bijdrage gevraagd.

### **0.3 Doelgroep** – max 50 woorden

Sociaal Vitaal is een interventie voor senioren van 65-85 jaar, met bewegingsarmoede, een laag inkomen, die fysiek kwetsbaar zijn, die zich eenzaam voelen en een geringe weerstand hebben om te kunnen omgaan met veroudering. Sociaal Vitaal in Kleur is gericht op senioren met een migratieachtergrond van 55 jaar en ouder.

### **0.4 Doel** – max 50 woorden

Sociaal Vitaal streeft het verbeteren van de fysieke fitheid en het verminderen van eenzaamheid na.

### **0.5 Aanpak** – max 50 woorden

Het Sociaal Vitaal programma bestaat uit de werving van deelnemers, het screenen op bewegingsarmoede, met meten van fysieke fitheid en eenzaamheid en het aanbieden van een veelzijdig beweegprogramma met specifieke lessen voor weerbaarheid. Tijdens de koffie worden gezondheidsvoorlichting en zelfmanagement oefeningen aangeboden. Het programma wordt geborgd.

### **0.6 Materiaal** – max 50 woorden

Er is een handboek voor de uitvoering van Sociaal Vitaal geschreven met een aanpak en stappenplan voor de werving, de screening, de opzet het programma en de borging. Aanvullend zijn er zeven bijlagen beschikbaar, zoals (1) een werkmap met formulieren, documenten en brieven, (2) een scholingsmap voor docenten, (3) een wervingsprotocol, (4) een fitheidsprotocol, (5) een werkmap programma, (6) een borgings- en continueringsprotocol, en (7) een kwaliteits- en borgingsprotocol.

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

De onderbouwing van Sociaal Vitaal is gebaseerd op de toepassing van meerdere werkingsmechanismen voor de beïnvloeding van kennis en vaardigheden, bewegingsarmoede en eenzaamheid. Bovendien wordt er aandacht besteed aan de evidentie van de effectiviteit van de werkingsmechanisme op basis van empirisch onderzoek.

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

Uit een pre-experimenteel onderzoek onder 114 deelnemers, een quasi-experimentele studie onder 193 deelnemer en een follow-up studie onder 124 deelnemers blijkt dat op korte en langere termijn deelname aan Sociaal Vitaal een significant effect heeft op verbetering van fysieke fitheid, toename van sociale contacten en vermindering van eenzaamheid. Een RCT studie, die onder 182 deelnemers is uitgevoerd naar de effecten van Sociaal Vitaal in Kleur bij senioren met een migratieachtergrond, heeft aangetoond dat deelname aan SVIK leidt tot een significante verbetering van fysieke fitheid en afname van eenzaamheid.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

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

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

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie? Beschrijf dit zo concreet mogelijk.*

Sociaal Vitaal richt zich op zelfstandig wonende senioren die volgens de WHO norm onvoldoende lichamelijk actief zijn, fysiek kwetsbaar zijn, een laag inkomen hebben (onder 110% van het minimum inkomen), die zich sociaal en of emotioneel eenzaam voelen en te weinig weerbaarheid hebben om te kunnen omgaan met veroudering. Sociaal Vitaal richt zich op senioren in de leeftijdsgroep van 65-85 jaar.

De aanpak van Sociaal Vitaal in Kleur is op vier onderdelen aangepast aan de doelgroep senioren met een migratieachtergrond. In de eerste plaats is 55 jaar en ouder als leeftijdsgroep voor Sociaal Vitaal in Kleur aangehouden. In de tweede plaats worden senioren met een migratieachtergrond door sleutelpersonen via het migratienetwerk geworven, zoals ontmoetingsgroepen, netwerkcontacten en de eerstelijnsinstellingen. In de derde plaats is het programma inhoudelijk aangepast aan de culturele gewoonten en wensen van de senioren met een migratieachtergrond. Tot slot wordt vanwege het lage inkomen van de deelnemers geen eigen bijdrage gevraagd.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

Er zijn geen intermediaire doelgroepen.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

Om te kunnen vaststellen of deelnemers in aanmerking komen voor Sociaal Vitaal wordt een fitheidstest uitgevoerd waarin vragenlijsten worden afgenomen, fitheidstesten worden afgenomen en een advies gesprek gevoerd. In het projectplan voor de uitvoering van het Sociaal Vitaal project wordt afgesproken welke partijen de fitheidstest organiseren. Partijen die kunnen worden betrokken bij de uitvoering van de fitheidstest zijn de gemeente, het welzijnswerk, de lokale

Sportraad of het lokale Sportbedrijf en fysiotherapeuten. Voor de uitvoering van de fitheidstest is een protocol ontwikkeld waarin de opzet van de fitheidstest, zoals het rooster en uitnodiging van de deelnemers, de volgorde van de testonderdelen, de uitvoering van de testonderdelen, het invullen van de vragenlijsten over gezondheid, bewegen en eenzaamheid en de benodigde materialen, zaalruimte en catering zijn beschreven.

Op grond van volgende criteria wordt vastgesteld of een persoon in aanmerking komt voor Sociaal Vitaal;

- onvoldoende lichamelijk actief. Als criterium geldt het niet voldoen aan de WHO richtlijnen voor lichamelijke activiteit.<sup>1</sup> Dit wordt vastgesteld aan de hand van de aangepaste Stage of Change vragenlijst. (Marcus, 2008). Het inclusiecriteria voor deelname is een SOC score 1-3;
  - fysiek kwetsbaar. Als criterium geldt een somscore, die is gebaseerd op het aantal keer dat deelnemers op de motorische testen onder de norm voor leeftijd en geslacht scoren. Het inclusiecriteria voor deelname is een kwetsbaarheidsscore van >2 (uit somscore van 4)
  - ervaren sociale en/of emotionele eenzaamheid, op basis van de 6-item Eenzaamheid Schaal (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2008); Het inclusiecriteria is een score van >2 (uit een somscore van 6);
  - Zelfstandig wonend en voldoen aan het leeftijds criterium.
- Exclusiecriteria zijn:
- fysieke beperkingen, in het bijzonder mobiliteitsproblemen, die ernstig valrisico met zich meebrengen;
- 
- cognitieve beperkingen en gedragsproblemen als gevolg van psychopathologie, die het functioneren in een beweegroep ernstig belemmeren.

Deelnemers aan Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in kleur hoeven in de praktijk niet aan alle inclusiecriteria te voldoen. Senioren die eenzaamheidsklachten hebben maar voldoende bewegen komen ook in aanmerking voor Sociaal Vitaal. Dit zijn overwegend senioren die recent hun partner hebben verloren en behoefte hebben aan sociaal contact. Senioren, die lichamelijk inactief maar niet eenzaam zijn, kunnen ook deelnemen aan Sociaal Vitaal. Het gaat hier om partners van senioren die in aanmerking komen voor Sociaal Vitaal.

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

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

Een behoefteonderzoek onder eenzame senioren heeft input opgeleverd voor het programma Sociaal Vitaal. Hieruit bleek dat senioren met name in een groep willen bewegen, dat er behoefte is aan meer sociale contacten en dat senioren willen leren om beter voor zichzelf op te komen. Ook is er veel behoefte aan gezondheidsvoorlichting.

De doelgroep was ook betrokken bij de ontwikkeling van de weerbaarheidsinterventie. Omdat deelnemers bereid waren hun ervaringen van de deelname aan de weerbaarheidsoefeningen te delen, kregen we inzicht in de werking ervan en het effect op eenzaamheid.

---

<sup>1</sup>WHO richtlijn senioren: 150-300 minuten/per week matig intensief bewegen +2 keer per week krachttraining en 3 keer per week balanstreining.



Senioren met een migratieachtergrond hebben in een peiling van het NOOM grote belangstelling geuit om deel te nemen aan een programma waarmee fysieke fitheid verbeterd kan worden en waarin aandacht wordt besteed aan gezondheidsvoorlichting.

Deelnemers worden betrokken bij de keuze van de gezondheidsvoorlichting thema's en het borgen van de Sociaal Vitaal groepen. Deelnemers bepalen met de lesgever en de lokale projectcoördinator of de groepen zelfstandig doorgaan (onder supervisie van de lesgever) of organisatorisch wordt ondergebracht bij een sportvereniging of welzijnsinstelling. Docenten van Sociaal Vitaal hebben een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de nieuwe scholingsmap Sociaal Vitaal en de opzet van de scholingsdagen.

## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

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

De hoofddoelen van Sociaal Vitaal zijn dat de deelnemers na afloop een betere fysieke fitheid hebben en minder eenzaamheid ervaren.

**Subdoelen** – max 350 woorden

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

Subdoelen van de verbetering van fysieke fitheid (hoofddoel 1) zijn toename en behoud van lichamelijke activiteit (subdoel 1.1 en 1.2) en afname van kwetsbaarheid (subdoel 1.3) Het subdoel van de vermindering van eenzaamheid (hoofddoel 2) is de toename van fysieke, emotionele, sociale en mentale weerbaarheid (subdoel 2.1). In onderstaande tabel zijn de hoofddoelen en subdoelen van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur SMART geformuleerd.

Tabel 1 Overzicht van hoofddoelen en subdoelen van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur

doelen	Specifiek	meetbaar	Ervaren verbeteringen deelnemers	Realistisch*
<b>Verbeteren fysieke fitheid</b>  <b>Hoofddoel 1</b>	15% afname score knijpkracht slechter dan de norm 30% afname score beenkracht slechter dan de norm 30% afname score uithoudingsvermogen slechter dan de norm	handknijpkracht -dynamometer 30 sec sit to stand test 2 min steptest	Toename fysieke fitheid bevordert ervaren zelfredzaamheid (ADL) en gevoel van vitaliteit	De verbetering van de scores is gebaseerd op literatuuronderzoek en vooronderzoek Sociaal Vitaal
<b>Toename lichamelijke activiteit</b>  <b>subdoel 1.1</b>	± 50% deelnemers voldoet aan WHO richtlijn na 12 maanden. Dit komt neer op 25% toename.	richtlijn WHO (2020), gemeten met de Stage of Change -Adapted (SOC-A)	Toename lichamelijk activiteit bevordert ervaren fitheid, vermindert het risico op het ontstaan van chronische aandoeningen en fysieke kwetsbaarheid	De toename is gebaseerd op literatuuronderzoek en vooronderzoek Sociaal Vitaal
<b>Behoud lichamelijke activiteit*</b>  <b>Subdoel 1.2</b>	40% deelnemers blijft voldoen aan WHO richtlijn na 24 maanden	richtlijn WHO, gemeten met de Stage of Change -Adapted (SOC-A)	Bevordert ervaren fitheid en gezondheid en vermindert ervaren kwetsbaarheid & zorgconsumptie	40% behoud van lichamelijke activiteit is gebaseerd op literatuuronderzoek en onderzoek bij deelnemers van Sociaal Vitaal

<b>Afname fysieke kwetsbaarheid</b>  <b>Subdoel 1.3</b>	± 25% afname van fysieke kwetsbaarheid (somscore van afname kracht en uithoudingsvermogen)	verbetering somscore testonderdelen beenkracht, knijpkracht en uithoudingsvermogen	Ervaren 'afname van fysieke kwetsbaarheid, vermindert risico op aandoeningen en zorgafhankelijkheid	De afname van fysieke kwetsbaarheid is aannemelijk op basis van onderzoek naar effecten van deelname aan Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur
<b>Afname van sociale en emotionele eenzaamheid</b>  <b>Hoofddoel 2</b>	25% afname van sociale eenzaamheid en 15% afname emotionele eenzaamheid	6 item Eenzaamheids-Schaal DJG	Afname van ervaren sociale en emotionele eenzaamheid	De afname van sociale en emotionele eenzaamheid is aannemelijk op basis van onderzoek naar effecten van deelname aan Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur
<b>Toename psychosociale weerbaarheid</b>  <b>Subdoel 2.1</b>	±30% verbetering van de somscore psychosociale weerbaarheidseigenschappen	de Groningen Multidimensional Resilience Scale (GMRS)**	Toename van ervaren fysieke-, sociale-, emotionele- en mentale weerbaarheid vermindert eenzaamheid	De toename in weerbaarheid is aannemelijk op basis van onderzoek naar effecten van deelname aan Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur

\*De scores voor verbetering zijn afgeleid uit literatuuronderzoek en onderzoek naar effecten van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur. Het gaat zowel om 'performance based' veranderingen (fitheidtest) en om 'self-reported' veranderingen zoals eenzaamheid en veerkracht.

\*\* DE GMRS is een 15 item Likert schaal die houdings-, kennis-, vaardigheidsaspecten meet van sociale-, fysieke-, mentale en emotionele weerbaarheid.

## 1.3 Aanpak

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

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

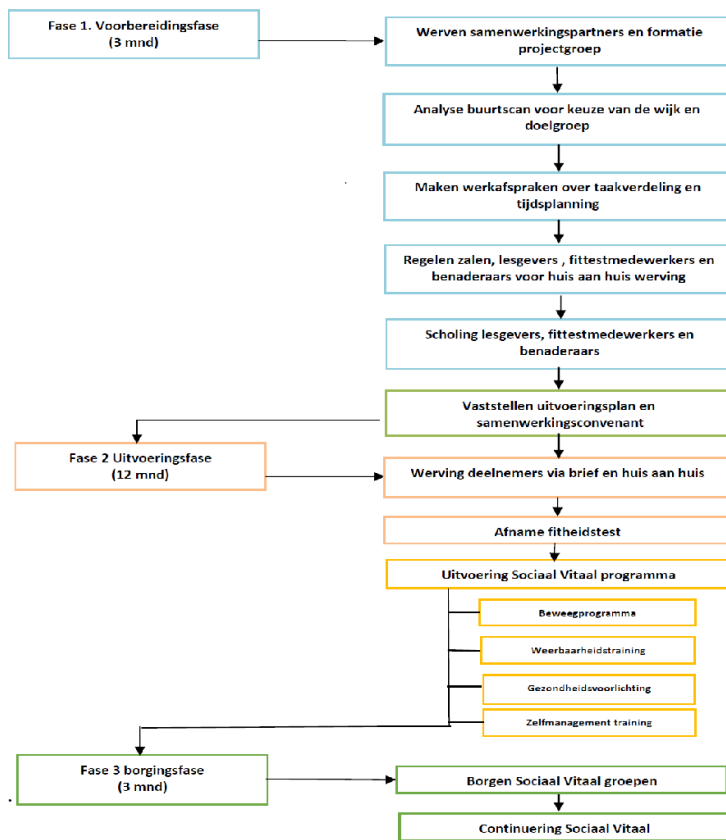
*B: Wie is de aanvrager of initiatiefnemer van de interventie en op welke manier en vanaf welke fase of bij welke stap (zie A) is deze betrokken?*

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

De totale duur van het project Sociaal Vitaal is 18 maanden en kan worden onderverdeeld in drie fasen, te weten een voorbereidingsfase van 3 maanden, een uitvoeringsfase van 12 maanden en een borgingsfase van 3 maanden. In de praktijk wordt vaak gestart met een verkenningsfase om uit te zoeken of een Sociaal Vitaal of Sociaal Vitaal in Kleur project uitvoerbaar is gelet op de randvoorwaarden. De opzet van de uitvoering van Sociaal Vitaal is in hoofdlijnen uitgewerkt in figuur 1.

Sociaal Vitaal programma wordt wekelijks aangeboden, met uitzondering van de schoolvakanties. In totaal vinden er 30 bijeenkomsten plaats waarin het beweegprogramma de basis vormt. De beweeglessen duren 60 minuten en bestaan uit 10 minuten warming up, 20 minuten trainen van fitheidseigenschappen, 20 minuten spel en sportoefeningen en 10 minuten cooling down. De weerbaarheidstrainingen duren per les ook 60 minuten en hebben een specifiek oefenschema waarbij in spelvorm aan een van de vier weerbaarheidsthema's wordt gewerkt. Ook in deze lessen wordt begonnen met een warming up en afgesloten met een cooling down. Er wordt een rooster gemaakt van 30 bijeenkomsten gemaakt waarin alle beweeglessen, weerbaarheidstrainingen, gezondheidsvoorlichtingen en zelfmanagement trainingen zijn gepland.

Figuur 1 De opzet van Sociaal Vitaal



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

- A: Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -indien van toepassing- in welke volgorde of fases? Geef een korte omschrijving van de activiteiten. Het is voldoende als de lezer op hoofdlijnen een indruk krijgt van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt. Besteed ook aandacht aan de werving van deelnemers.
- B: Bij interventies op maat: geef aan welke activiteiten, op basis van welke criteria, op maat worden uitgevoerd.
- C: Welke activiteiten moeten minimaal worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen?

De interventie wordt uitgevoerd in drie fasen. Voorafgaand aan de uitvoering is er een verkenningsfase waarin de haalbaarheid wordt vastgesteld.

**1. De voorbereidingsfase**

De voorbereiding van de interventie, die ongeveer 3 maanden in beslag neemt, bestaat uit de volgende activiteiten.

- **Werven samenwerkingspartners en formatie projectgroep.** De interventie wordt met lokale samenwerkingspartners uitgevoerd. Het initiatief wordt meestal door de gemeente, een lokale welzijnsinstelling, een lokale of provinciale sportraad of de stichting GALM genomen. De initiatiefnemer vormt, in overleg met de stichting GALM, een projectgroep. De projectgroep zorgt ervoor dat aan de randvoorwaarden voor de uitvoering wordt voldaan. De projectgroep werkt bij de voorbereiding en uitvoering van Sociaal Vitaal samen

met de eerstelijnsgezondheidszorg (praktijkondersteuner, diëtist, fysiotherapeut) de thuiszorg, buursportcoaches, GGD, GGZ, wijkteams, kerkgenootschappen en de moskee. Een van samenwerkingspartners neemt de projectcoördinatie voor zijn of haar rekening. De projectgroep kan ook, zodra er een budget beschikbaar is, een projectcoördinator aanstellen.

- **Buurtscan.** Op basis van de gezondheidsmonitor van de GGD, met informatie over het beweegpatroon en de eenzaamheid van senioren in de gemeente, worden de wijk(en)/dorp(en) geselecteerd. Vervolgens worden de postcodes van de wijk(en)/dorp(en) vastgesteld waar Sociaal Vitaal wordt uitgevoerd. In een Sociaal Vitaal In Kleur project worden, in overleg met organisaties van senioren met een migratieachtergrond, sleutelpersonen en vrijwilligers ingezet om deelnemers te werven. Andere randvoorwaarden zijn het werven en scholen van docenten, de werving en instructie van vrijwilligers die assisteren bij de werving en de uitvoering van de fitheidstest, het reserveren van beschikbare zaalruimte (bij voorkeur een gymzaal of een sporthal) en het vaststellen van het benodigde budget.

**Werkafspraken maken.** Als aan de randvoorwaarden is voldaan wordt een uitvoeringsplan gemaakt en vastgelegd in een convenant. De randvoorwaarden zijn:

- het werven van docenten, die het beweegprogramma inclusief de weerbaarheidstraining, geven. De projectcoördinator, het NOOM de stichting GALM werven samen de docenten.
- het werven van experts die de gezondheidsvoorlichting verzorgen. De lokale projectleider werft deze experts.
- het werven van vrijwilligers voor het afleggen van huisbezoek en afnemen van de fitheidstesten. De vrijwilligers worden specifiek voor deze werkzaamheden ingezet. De vrijwilligers worden geworven via vrijwilligersbanken, via migrantenorganisaties en bij MBO en HBO instellingen. De lokale projectcoördinator werft de vrijwilligers.
- het reserveren van locaties. De fitheidstest en de uitvoering van het programma wordt bij voorkeur in sporthal of een gymzaal uitgevoerd. Mogelijke alternatieve locaties zijn buurthuizen, verzorgingshuizen of kantines van sportverenigingen. De lokale projectcoördinator regelt de zalen.
- de scholing van docenten en instructie van vrijwilligers. De scholing van de docenten wordt uitgevoerd door Senior Vitaal en de stichting GALM. De vrijwilligers voor het huisbezoek en de fitheidstest krijgen instructie van de stichting GALM.

## 2. De uitvoeringsfase

De uitvoering van het programma neemt 12 maanden in beslag. De volgende activiteiten worden uitgevoerd.

### **De werving van deelnemers voor Sociaal Vitaal.**

Deze bestaat uit het sturen van een persoonlijke brief aan alle senioren in een geselecteerd postcode gebied. De gemeente stuurt 1000-1400 senioren een brief met informatie over Sociaal Vitaal en een uitnodiging om mee te doen met een fitheidstest. Als bijlage bij de brief wordt een antwoordkaart en een folder over Sociaal Vitaal toegevoegd. De adressen worden door de gemeente, op grond van leeftijd en postcode, uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) geselecteerd. Met behulp van de antwoordkaart kunnen senioren

laten weten of ze wel of geen belangstelling hebben voor de fitheidstest en Sociaal Vitaal. Met senioren die niet reageren op de brief wordt contact gezocht door ze thuis te bezoeken. Gemiddeld worden 450 senioren thuis bezocht. In totaal melden 100 tot 120 senioren zich aan voor de fitheidstest. Op grond van het adviesgesprek na afloop van de fitheidstest, waarin door de docenten Sociaal Vitaal wordt gecheckt of senioren voldoen aan de inclusiecriteria, melden zich gemiddeld 40 senioren aan voor Sociaal Vitaal. Dit betekent dat er tenminste 2 groepen kunnen starten. Daarnaast worden gemiddeld 15 deelnemers aan de fitheidstest doorgestuurd naar ander lokaal sport en beweegaanbod voor ouderen. Het werven van senioren met een migratieachtergrond wordt uitgevoerd door sleutelpersonen en vrijwilligers die door het NOOM of de lokale projectleider worden geworven. Er wordt geworven via ontmoetingsgroepen van senioren met een migratieachtergrond, het contactnetwerk van senioren met een migratieachtergrond en via doorverwijzing van de Praktijk Ondersteuners van de Huisarts (POH's). Ter ondersteuning van de werving maakt de GGD een scan van bewegingsarmoede en eenzaamheid van senioren met een migratieachtergrond. Een uitdraai van deze groep uit het GBA is niet mogelijk omdat etniciteit niet wordt geregistreerd in de GBA. De werving van Sociaal Vitaal wordt projectmatig uitgevoerd zodat, in een afgebakende periode, nieuwe deelnemers worden geworven. Voorafgaand aan de werving wordt een persbericht aan de lokale pers en lokale radio- en TV stations aangeboden.

## De **fitheidstest voor Sociaal Vitaal deelnemers.**

Deze bestaat uit het afnemen van drie soorten metingen.

- Metingen om de veiligheid van de deelnemers te garanderen. Dit betreft het afnemen van de Physical Activity Readiness Questionnaire (PARQ) (British Columbia Ministry of Health, 1986) en het afnemen van de bloeddruk. De PARQ wordt bij de intake afgenomen door een vrijwilliger en de bloeddruk wordt gemeten door een fysiotherapeut/wijkverpleegkundige. De PARQ en de bloeddruk worden afgenomen om de fysieke belastbaarheid van de deelnemers in kaart te brengen. Op deze wijze kan worden vastgesteld of het veilig is om deelnemers aan alle motorische fitheidstesten te laten deelnemen. De PARQ vragenlijst wordt bij de intake van de fitheidstest ingevuld door de deelnemers en de bloeddruk is de eerste fitheidstest die wordt afgenomen. Als er afwijkende scores voorkomen (extreem hoge bloeddruk, ernstige duizeligheids-verschijnselen) beslist de fitheidstestcoördinator aan welke testen de deelnemer wel en niet kan deelnemen. Indien hiervoor aanleiding is krijgt een deelnemer een brief mee voor zijn huisarts.
- Vragenlijsten, waarmee deelnemers geselecteerd kunnen worden voor deelname aan Sociaal Vitaal, zijn een vragenlijst over eenzaamheid (6 item eenzaamheidslijst van De Jong Gierveld, 2008) en een vragenlijst over bewegen (Stage of Change vraag). Deze vragenlijsten worden door deelnemers bij de intake van de fitheidstest ingevuld. De docent Sociaal Vitaal, die het adviesgesprek met deelnemers voert, gebruikt deze vragenlijsten voor de selectie. Bovendien kan de docent grond van het scoreformulier bepalen of een deelnemers kwetsbaar is.
- Testen en vragenlijsten voor de nulmeting. Er worden vier motorische fitheidstesten, zoals beenkracht, knijpkracht, uithoudingsvermogen en schouderlenigheid, afgenomen. Daarnaast wordt de Body Mass Index (BMI) bepaald door lengte en gewicht te meten.

Ook wordt de Groningen Mulidimensional Resilience Scale (GMRS) afgenomen waarmee vier dimensies van weerbaarheid worden gemeten.

Bij de intake worden deelnemers welkom geheten, krijgen ze uitleg over de opzet van test en vullen ze de vragenlijsten in. Na de intake volgen de deelnemers een fitheidstestparcours met fitheidteststations die in de zaal staan opgesteld. De fitheidstesten worden door vrijwilligers afgenomen. Voorafgaand aan de fitheidstest krijgen de vrijwilligers instructie over het protocol voor het afnemen van fitheidstesten. De instructie van de vrijwilligers wordt door de stichting GALM gegeven. De resultaten van de fitheidstesten en de ingevulde vragenlijsten worden aan het eind van de fitheidstest door docenten individueel met de deelnemers aan de fitheidstest besproken. De fitheidstest wordt in een sporthal of gymzaal uitgevoerd aan de hand van een uitgeschreven fitheidstestprotocol. Hierin staan de volgorde waarin de testen en de vragenlijsten worden afgenomen en de uitvoeringprotocollen van de testen, d.w.z. hoe een test afgenomen dient te worden en welke score op het score formulier moet worden vermeld. Ook wordt aan de hand van een normtabel, ingedeeld naar geslacht en leeftijdsgroepen, genoteerd of de score op de vier fitheidstesten onder de normscore, in overeenstemming met de gemiddelde normscore, op boven de

normscore kan worden gekwalificeerd,

- **Het interventieprogramma Sociaal Vitaal.**

Het programma Sociaal Vitaal is samengesteld uit 23 beweeglessen, 7 lessen waarin weerbaarheidstrainingen ten behoeve van het bevorderen van sociale -, fysieke-, mentale- en emotionele weerbaarheid wordt aangeboden, 4 gezondheidsvoorlichtingsbijeenkomsten en 3 zelfmanagement trainingen om te voldoen aan de WHO beweegnorm en om weerbaarheidsvaardigheden in het dagelijks leven te leren toepassen.

Het programma van 30 bijeenkomsten wordt, verdeeld over 12 maanden, uitgevoerd. Het programma zal bij voorkeur een sporthal of een gymzaal plaatsvinden. Elke les duurt 90 minuten en bestaat uit een 60 minuten bewegen of weerbaarheidstraining. Na afloop van elke les is er 30 minuten gelegenheid om koffie te drinken. Tijdens het koffie drinken worden ook de gezondheidsvoorlichtingen gegeven en zelfmanagement oefeningen aangeboden.

De 23 beweeglessen hebben een vast format. Na een warming up van 5-10 minuten volgt kerndeel 1 van 20 minuten waarin de nadruk ligt op fysieke fitheidsoefeningen. De nadruk ligt hierbij op oefeningen om spierkracht, uithoudingsvermogen, coördinatie-vermogen (reactiesnelheid, lenigheid en balans) te trainen. Vervolgens wordt gedurende 20 minuten kerndeel 2 uitgevoerd, waarin de nadruk ligt op spel- en sportactiviteiten gericht op het oefenen van motorische vaardigheden, en het krijgen van plezier in bewegen. In de spel- en sportactiviteiten worden ook weerbaarheidsoefeningen getraind. Tot slot volgt een cooling down van 10 minuten. De zeven weerbaarheidslessen bestaan per les uit meerdere oefeningen in spelvorm waarmee vaardigheden worden getraind. In die oefeningen wordt aandacht besteed aan houding, kennis, vaardigheden en gedrag. De weerbaarheidslessen zijn speciaal voor Sociaal Vitaal ontwikkeld en uitgetest. Elke les start met een warming up en eindigt met een cooling down. In de lessen worden 4 weerbaarheidsvaardigheden getraind, namelijk fysieke weerbaarheid, mentale weerbaarheid, sociale weerbaarheid en emotionele weerbaarheid. In de training van fysieke weerbaarheid worden oefeningen om lichaamsbewustwording te verbeteren uitgevoerd. Bijvoorbeeld een oefening om 'stevig in je schoenen staan' en een oefening om 'je eigen plek in een ruimte' in te nemen. Ook wordt er aandacht besteed aan kennis over lichaamstaal en non-verbaal communiceren. In de training van emotionele weerbaarheid worden bijvoorbeeld oefeningen aangeboden om emoties te ervaren met muziek en met bewegen en een oefening om verbaal en non-verbaal emoties te leren uiten. Ook wordt er kennis gedeeld over het uiten van emoties, het belang van het delen van emoties. In de training van mentale weerbaarheid worden bijvoorbeeld oefeningen aangeboden om 'de grenzen aan te geven met behulp van spiegelgedrag', oefeningen om nieuwe helpende gedachten te formuleren en uit te voeren om deelnemers te leren voor zichzelf op te komen. Ook worden oefeningen voor het versterken van het zelfvertrouwen, met behulp van gebruik van 'pep' zinnen, uitgevoerd. Ook wordt er kennis gedeeld over de rol van 'selfefficacy' en 'copinggedrag' in het omgaan met

veroudering en tegenslagen. In de sociale vaardigheidstraining worden oefeningen aangeboden om bijvoorbeeld 'contact maken', of een oefeningen in 'kennismaken' uitgevoerd. Er wordt kennis gedeeld over de invloed van sociaal contact op onze gezondheid.

Er wordt ook een les integratie van weerbaarheidsvaardigheden gegeven, waarin een selectie van oefeningen uit de vijf weerbaarheidslessen worden herhaald. Ook wordt er een weerbaarheidsles besteed aan het 'bouwstenen spel' waarmee deelnemers in twee rondes kunnen benoemen over welke levensdomeinen ze tevreden zijn en op levensdomeinen ze wensen tot verbetering hebben. De 6 levensdomeinen zijn gezondheid, sociale contacten, inkomen, wonen, zingeving en spiritualiteit, werk en vrije tijd. Het spel wordt gespeeld met behulp van een grote dobbelsteen en een tapijt waarin de 6 levensdomeinen in zijn getekend. Na het rondlopen op muziek krijgen 4 deelnemers, als de muziek stopt, achter elkaar, de gelegenheid om een dobbelsteen naar het bouwstenen tapijt te gooien. De deelnemers mogen hun ervaringen over het levensdomein vertellen waarop de dobbelsteen terecht is gekomen. Vervolgens mogen een aantal andere deelnemers ook de dobbelsteen gooien en hun verhaal vertellen, Dan start de muziek en als deze stopt mag de volgende groep van 5 personen zijn/haar vertellen. Dit gaat door tot alle groepsleden hun verhaal verteld hebben. Dan volgt een korte pauze waarin de docent de ervaringen samenvat en de overeenkomsten en verschillen benoemt en de groepsleden elkaar vragen kunnen stellen of op elkaar kunnen reageren. Daarna start de tweede ronde waarin de vraag centraal staat welke wensen tot verandering de groepsleden op een van de 6 levensdomein hebben. In spel- en sportoefeningen in de beweegles wordt geleerd om de kennis en vaardigheden, die in de weerbaarheidslessen zijn overdragen, toe te passen in spel- en sportoefeningen. Ook wordt er twee keer een sociale activiteit door de Sociaal Vitaal groep georganiseerd. en voor de groep zelf en een voor de buurt, zoals een bijvoorbeeld een ruilbeurs, een bootcamp les met lunch in het park, een fittest voor ouderen uit de buurt (bijvoorbeeld om nieuwe leden binnen voor Sociaal Vitaal te werven).

De docenten geven zowel het beweegprogramma en weerbaarheidstraining. Om de weerbaarheidstraining te kunnen uitvoeren dienen de docenten deel te nemen een tweedaags bijscholing Sociaal Vitaal.

Er worden 4 voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden over uiteenlopende gezondheids-thema's zoals bijvoorbeeld gezonde voeding, medicijn gebruik, valpreventie, mond-hygiëne, depressie en het delen van kennis over ziekte en aandoeningen. Voor de gezondheidsvoorlichting worden experts zoals een diëtist, apotheker, fysiotherapeut of mondhygiënist uitgenodigd.

Er worden drie zelfmanagement oefeningen aangeboden tijdens het koffiedrinken. In de eerste plaats is er de VITAAL oefening om de zelfregie op lichamelijke activiteit (met de WHO norm als referentie) en het behoud van fysieke fitheid (op basis van de testresultaten) te bevorderen. Een tweede oefening is de SOCIAAL oefening, die betrekking heeft op het uitbreiden van het eigen sociale netwerk en het delen van



emoties met elkaar. Het is een uitwerking van het bouwstenen spel dat in de les aan de orde komt. De derde oefening is de SAMEN oefening waarin de groepsleden samen met elkaar aan Sociaal Vitaal kunnen werken een opdracht in of buiten de groep.

Bijvoorbeeld een groepswandeling in de buurt organiseren met een stadsecoloog, of een beweegles over valpreventie aan de ouderen uit de omgeving aanbieden. De groep kan zelf het thema verzinnen, de datum vaststellen, de flyer maken, de flyer verspreiden, de trainer of stadsecoloog vragen en de koffie voor na afloop regelen. De zelfmanagementtraining wordt door een gedragswetenschapper van de stichting GALM uitgevoerd.

## **2. De borgingsfase**

Voor de organisatorische borging van de Sociaal Vitaal groepen bestaan vier alternatieven die door de docent, de deelnemers en de lokale projectleider Sociaal Vitaal, besproken kunnen worden.

- De groep gaat zelfstandig verder en maakt afspraken met de docent en de zaalverhuurder, int zelf de eigen bijdragen van de deelnemers en regelt zelfstandig de betalingen.
- De groep gaat onder begeleiding van de docent verder. De docent regelt de zaal en int de contributie.
- De groep wordt ondergebracht bij een sportvereniging of welzijnsinstelling die met de groep de hoogte van de contributie afspreekt.
- De groep heeft te weinig leden om door te gaan en de groepsleden worden ondergebracht bij andere beweeggroepen.

Als er besloten is op welke wijze de groep geborgd wil worden volgt overleg met de groep en eventueel een sportvereniging of welzijnsinstelling (als de groep daarbij wordt ondergebracht) over de borgingsvoorwaarden.

Als er overeenstemming is over de borgingsvoorwaarden maakt de projectleider een verslag met borgingsafspraken waarin staat (1) welke wijze van borging is gekozen, (2) hoeveel deelnemers er doorgaan, (3) op welke datum de overdracht plaatsvindt, (4) welke docent de groep gaat begeleiden en in welke zaal de bijeenkomsten plaatsvindt en op welke dag en tijdstip de groep bij elkaar komt, (5) welke eigen bijdrage die deelnemers gaan betalen, hoe de eigen bijdrage wordt geïnd en wat de contributievoorwaarden zijn.

Als de groep wordt opgeheven worden de leden van de groep, die daar behoefte aan hebben, door de projectleider bij andere senioren sport- beweeggroepen ondergebracht.

Omdat kwetsbaren senioren meer risico lopen om uit te vallen en de groepsgrootte in sommige kernen te klein is om de kosten van de lesgever en de zaal te dekken, wordt er door de projectleider een subsidieverzoek gedaan aan de gemeente om een financiële buffer te creëren zodat de groep tenminste een paar jaar vooruit kan, zodat tijdelijke financiële tekorten, die ontstaan door uitval, kunnen worden opgevangen.

Ook wordt bij de start van de groep in de borgingsfase een fitheidstest, via een oproep in de krant, georganiseerd om nieuwe deelnemers de groep te werven, zodat de groepen een levensvatbare groeps grootte kunnen realiseren.

Voor de borging van Sociaal Vitaal in Kleur groepen moet ervan worden uitgegaan dat de eigen bijdrage voor deelname aan het programma niet haalbaar is. Ongeveer ruim 50% van de groepsleden leeft onder de armoedegrens. Het borgen van de Sociaal Vitaal in Kleur vraagt daarom om blijvende financiële ondersteuning vanuit de gemeente. Hierover worden bij de start van Sociaal Vitaal in Kleur afspraken gemaakt.

## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

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

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

Er is een handboek beschikbaar waarin de stappen voor de uitvoering van de interventie zijn beschreven.

Bij het handboek horen zeven bijlagen met documentatie. Deze bijlagen zijn onder voorwaarden beschikbaar voor lokale projectgroepen, die overeenstemming met de stichting GALM hebben, om Sociaal Vitaal uit te voeren. De documenten zijn verkrijgbaar bij de stichting GALM. In tabel 2 worden de bijlagen samengevat en vervolgens toegelicht hoe deze informatie kan worden toegepast in de praktijk.

*Tabel 2 Samenvatting van de beschikbare bijlagen met bijbehorende documentatie*

	Bijlagen handboek	Onderdelen
1	Werkmap formulieren	(1) Uitnodigingsbrief startbijeenkomst; (2) Voorbeeld GGD Scan Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur; (3) Brief aan college van B&W met verzoek om uitdraai adressen uit GBA te maken; (4) Onderbouwing huis aan huis benadering; (5) Een voorbeeld uitnodigingsbrief doelgroep (inclusief antwoordkaart en folder over Sociaal Vitaal); (6) Persbericht over de start van een project Sociaal Vitaal.
2	Scholingsmap docenten	(1) Beschrijving profiel docenten Sociaal Vitaal; (2) Onderbouwing en volledige uitwerking van de 7 lessen weerbaarheid (inclusief trainings- en spel materiaal en medialijst); (3) Uitnodiging voor de digitale kennismakingsbijeenkomst van docenten; (4) Taakomschrijving en arbeidsvoorwaarden docenten Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur.
3	Wervingsprotocol	(1) Brief aan college van B&W met verzoek om uitdraai adressen uit GBA; (2) Onderbouwing huis aan huis benadering; (3) Een voorbeeld uitnodigingsbrief doelgroep (inclusief antwoordkaart en folder over Sociaal Vitaal); (4) Persbericht over de start van een project Sociaal Vitaal; (5) Document taakomschrijving, profiel omschrijving en vergoeding vrijwilligers huisbezoek Sociaal Vitaal; (6) Instructiemap huisbezoek vrijwilligers; (7) Rooster afstemming werving, fitheidstest en start programma.
4	Fitheidstestprotocol	(1) Uitnodiging deelnemers fitheidstest; (2) Rooster afstemming werving, fitheidstest en start programma; (3) Protocol uitvoering fitheidstest Sociaal Vitaal; (3) Protocol nameting fitheid Sociaal Vitaal.
5	Werkmap programma	(1) Programma informatie voor deelnemers; (2) rooster uitvoering programma; (3) Inhoudelijke uitwerking beweeg programma; (4) Uitwerking zelfmanagement oefeningen; (5) Thema's gezondheidsvoorlichting; (6) Opzet Sociaal Vitaal light.
6	Borgings- en continueringprotocol	(1) Protocol organisatorisch borgen van groepen Sociaal Vitaal; (2) Beleidsvoorstel borging en continuering kwetsbare senioren.
7	Kwaliteit borgingsprotocol	(1) Kwaliteitscriteria bereik van de omvang van de doelgroep; (2) Kwaliteitscriteria voor de effectiviteit van het realiseren van de doelen; (3) Kwaliteitscriteria voor het realiseren van gedragsverandering; (4) Kwaliteitscriteria voor de toepassing van het Sociaal Vitaal protocol; (5) Kwaliteitscriteria voor de uitvoering van het borgingsprotocol.

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

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

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

Sociaal Vitaal kan, afhankelijk van de omvang van de doelgroep, in een of meerdere wijken/dorpen van een gemeente uitgevoerd worden. In de praktijk worden ook wel meerdere projecten tegelijkertijd worden uitgevoerd. In dat geval worden niet 1000-1400 senioren per brief benaderd maar veelvoud daarvan, bijvoorbeeld 3000-4200 senioren.

In de praktijk kunnen gemeenten, huisartsen, welzijnsinstellingen, lokale sportorganisaties, provinciale sportorganisaties, buurtsportcoaches, NOOM en de stichting GALM het initiatief nemen om Sociaal Vitaal projecten uit te voeren.

Voor de uitvoering van Sociaal Vitaal projecten wordt lokaal een projectgroep samengesteld waarin de gemeente, de lokale welzijnsinstelling, de thuiszorg, buurtsportcoach(es), de GGD, praktijkondersteuners (POH), wijkverpleegkundige, de buurt - of dorpsvereniging, de provinciale sportraad, de stichting GALM en vertegenwoordigers van lokale zelforganisaties van migranten en het NOOM worden betrokken.

Voor de uitvoering van het programma zijn zalen nodig waarin 15-20 mensen kunnen bewegen. Bij voorkeur wordt een gymzaal of sporthal gebruikt. Maar het is ook mogelijk om buurthuizen, kerkgebouwen, verzorgingshuizen, sportkantines, oefenzalen van fysiotherapeuten of ziekenhuizen de lessen aan te bieden.

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

*A: Welk soort professionals en vrijwilligers kunnen de interventie uitvoeren? Geef aan wie eindverantwoordelijk is en wie werkt onder verantwoordelijkheid van een projectleider of supervisor.*

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

De projectcoördinator Sociaal Vitaal is een professional van een van de organisaties, die deel uitmaakt van de lokale projectgroep. Als er geen medewerker beschikbaar is kan lokale projectleider worden geworven. Een HBO denkniveau en ervaring met projectcoördinatie is een voorwaarde. De projectcoördinator maakt afspraken met de docenten, de experts die gezondheidsvoorlichting geven en de gedragswetenschapper die de zelfmanagement oefeningen begeleidt. De projectleider begeleidt de vrijwilligers.

De Sociaal Vitaal groepen worden door docenten met een CIOS of ALO opleiding begeleid, Voorafgaande aan de start van het programma wordt aan de docenten een bijscholing aangeboden. Docenten van het programma Sociaal Vitaal in Kleur zijn bekend met normen en waarden en gewoonten van de deelnemers en spreken hun taal.

De docenten stemmen de inhoud van hun lessen af met de docent die de bijscholing Sociaal Vitaal geeft. Daarbij zijn de beschreven lessen in de bijscholingsmap het uitgangspunt en passen docenten de opzet en intensiteit aan de belastbaarheid van de deelnemers aan.

De zelfmanagement training wordt uitgevoerd door een gedragswetenschapper van de stichting GALM. Voor de gezondheidsvoorlichting wordt gebruik gemaakt van experts op het terrein van voeding, de werking van medicatie en medicijngebruik, mondzorg, mantelzorg, rouw, dementie etc. Deze voorlichters worden geworven door de lokale projectcoördinator.

Vrijwilligers die huisbezoeken afleggen of fitheidstesten afnemen dienen ervaring te hebben met het voeren van gesprekken met senioren en dienen bereid te zijn om een instructie te volgen.

## **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden

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

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

De stichting GALM voert samen met lokale samenwerkingspartners per lokaal Sociaal Vitaal project een procesevaluatie uit. Deze is gebaseerd op het RE-AIM framework. (Glasgow et al.,2018) RE-AIM is een acroniem voor de bewaking van de kwaliteit van ‘community-based’ preventie projecten op het terrein gezondheidsbevordering. Er worden in de RE-AIM vijf kwaliteitsaspecten gehanteerd. De uitgewerkte materialen voor de kwaliteitsbewaking zijn in bijlage 7 van het Handboek Sociaal Vitaal opgenomen.

### 1 Het bereik van de omvang van doelgroep. (Reach).

#### Kwaliteitscriteria

Bij de werving wordt ervan vanuit gegaan dat van de 1000-1400 senioren, die een uitnodigingsbrief hebben gekregen, 100-120 senioren zich aanmelden voor de fitheidstest en 40 senioren deelnemen aan Sociaal Vitaal. Senioren die de antwoordkaart van de uitnodigingsbrief niet hebben terug gestuurd worden thuis bezocht.

Voor senioren met een migrantenachtergrond wordt een andere wervingsaanpak toegepast, namelijk het werven via ontmoetingsgroepen, contact netwerken (moskee) en de eerstelijns (POH). Van de 100-150 benaderde senioren met een migratieachtergrond nemen 70 personen deel aan de fittest en stromen er 40 door naar Sociaal Vitaal in Kleur. Voor de werving wordt gebruik gemaakt van vrijwilligers die voorafgaand een wervingsinstructie krijgen.

Er wordt per project een flowchart gemaakt om het bereik van de omvang van de doelgroep in kaart te brengen.

Er zijn materialen beschikbaar zoals een persbericht; een brief voor inwoners (inclusief antwoordkaart); folders voor deelnemers (ook in de eigen taal) en een instructiemap voor vrijwilligers.

### 2. De effectiviteit van het realiseren van de doelen van Sociaal Vitaal (Effectiveness).

#### Kwaliteitscriteria

De effectiviteit wordt afgemeten aan de mate waarin deelnemers aan de inclusiecriteria voldoen en de mate waarin fysieke fitheid is toegenomen en eenzaamheid is afgenomen. Voor analyse van het bereik van juiste doelgroep wordt per project een VENN diagram gemaakt. De veranderingen in fysieke fitheid en eenzaamheid worden geanalyseerd door de scores op kracht en uithoudingsvermogen en 6-item DJG eenzaamheidschaal, voorafgaand en na afloop van het programma, te vergelijken.

De beschikbare materialen om effectiviteit van het bereiken van de doelen te bevorderen zijn een format voor de berekening van de omvang van de doelgroep op basis van bevolkingsgegevens en de gezondheidsmonitor van de GGD; een lijst met in- en exclusie-criteria voor de werving van deelnemers; een bijscholingsmap voor docenten; een beschrijving van het Sociaal Vitaal programma (bijlage Handboek Sociaal Vitaal); en een meetprotocol, meetinstrumenten en vragenlijsten om het bereik van de doelen te meten.

3. De mate waarin gedragsverandering van de deelnemers gerealiseerd is. (Adoption).  
Kwaliteitscriteria  
Om vast te stellen of Sociaal Vitaal deelnemers meer zijn gaan bewegen en hun psychosociale weerbaarheid hebben verbeterd worden de vragenlijst beweegnorm WHO en de Groningen Multidimensional Resilience Scale (GMRS), voorafgaand en na afloop van het Sociaal Vitaal programma, afgenomen.
4. De mate waarin het programma volgens het protocol en de verwachtingen van deelnemers en docenten is uitgevoerd (Implementation).  
Kwaliteitscriteria  
In de verkenningsfase wordt aan de hand van een 5 item checklist bepaald of een Sociaal Vitaal project uitvoerbaar is. Na afloop van het programma wordt aan de hand van een 24 item checklist de zorgvuldigheid van de uitvoering van Sociaal Vitaal geëvalueerd. Ook wordt een 10 item, half gestructureerde, vragenlijst gebruikt om de verwachtingen bij een selectie van 10- 15 deelnemers vooraf te meten. Na afloop wordt aan deze groep deelnemers gevraagd in welke mate de verwachtingen zijn gerealiseerd.  
Alle deelnemers aan de nameting vullen een evaluatieformulier in, waarmee 9 onderdelen van het programma beoordeeld worden met behulp van een cijfer (1-10). Ook kunnen deelnemers in dit evaluatieformulier aan de hand van een 3-punts Likert schaal aangeven in welke mate het programma individueel effect had.  
Voor de docenten is er een evaluatievragenlijst waarin ze hun ervaringen met de uitvoering kunnen delen.
5. De mate waarin het Sociaal Vitaal programma wordt geborgd en gecontinueerd zodat het blijvende voordelen voor de deelnemers oplevert (Maintenance).  
Kwaliteitscriterium  
Voor het realiseren van de borging van de beweeggroepen is een plan van aanpak gemaakt aan de hand waarvan de lokale projectleider de borging kan realiseren.  
Er is een formulier beschikbaar om de borging te evalueren.

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

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

De contextuele randvoorwaarden voor het uitvoeren van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur projecten zijn:

- voldoende draagvlak bij lokale instellingen zoals de gemeente, welzijnsinstellingen, sportorganisaties en instellingen in de gezondheidszorg om de interventie uit te voeren en te borgen.

De organisatorische randvoorwaarden voor het uitvoeren van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur projecten zijn:

- een budget om de interventie op basis van de begrote kosten uit te kunnen voeren. Specifiek voor Sociaal Vitaal in Kleur projecten geldt dat er budget beschikbaar dient te zijn voor de ondersteuning van vrijwilligers en er rekening mee moet worden gehouden dat de deelnemers geen eigen lesbijdrage betalen;

- de beschikbaarheid van docenten met een voldoende vooropleiding die de bijscholing hebben gevolgd. Voor sociaal Vitaal in Kleur geldt dat docenten ook een culturele binding dienen te hebben met de doelgroep en bij voorkeur de taal spreken van de deelnemers met een migratieachtergrond;
- de beschikbaarheid van vrijwilligers voor de werving van deelnemers, de afname van fitheidstesten en het ondersteunen van deelnemer;
- De beschikbaarheid van geschikte zaalruimte met voldoende oppervlakte, voldoende hoogte, en een kantine De behoefte aan zaalruimte is afhankelijk van de mobiliteit en fysieke belastbaarheid van de deelnemers en kan variëren van een zaaltje in een buurthuis tot een gymzaal of sporthal.

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

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

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

Er is door de stichting GALM een implementatie strategie ontwikkeld om Sociaal Vitaal op landelijk niveau uit te voeren. Allereerst is er een preselectie van gemeenten in Nederland gemaakt die, op basis van regionale gezondheid scans van de GGD 's, in aanmerking komen voor Sociaal Vitaal. Vervolgens worden gemeenten benaderd om Sociaal Vitaal uit te voeren. Hierbij gebruikt de stichting GALM zijn netwerkcontacten bij gemeenten. Tot slot worden gemeenten ontzorgd omdat de Stichting GALM een projectopzet schrijft en subsidie aanvraagt. Met behulp van deze strategie zijn in de periode 2014-2021 in totaal 50 projecten Sociaal Vitaal uitgevoerd.

Voor de landelijke implementatie van Sociaal Vitaal in Kleur heeft het NOOM, in overleg met migranten organisaties die deel uitmaken van het landelijk netwerk van het NOOM, met name de 4 grote gemeenten benaderd om Sociaal Vitaal in Kleur uit te voeren. Ook heeft het NOOM door het aanstellen van netwerkondersteuners kleinere gemeenten benaderd om Sociaal Vitaal in Kleur uit te voeren. Omdat het NOOM een landelijk netwerk van migrantenorganisaties vertegenwoordigt, heeft het NOOM toegang tot een aanzienlijk aantal lokale groepen senioren met een migratieachtergrond. Met behulp van deze strategie zijn inmiddels 11 projecten Sociaal Vitaal in Kleur uitgevoerd.

#### **Kosten** – max 200 woorden

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

De kosten van de uitvoering van Sociaal Vitaal bedragen rond € 30.000,-  
 Per deelnemer bedragen de kosten in een lokaal project € 750,- (€ 30.000/ 40). De deelnemers betalen tijdens de projectfase een eigen bijdrage van € 2,50 euro per les en € 1,- voor hun eigen koffie en thee na afloop. In totaal 3,50 euro. Voor 30 bijeenkomsten komt dit neer op 105 euro. Op grond hiervan bedragen netto kosten 645 euro per deelnemer (750 minus 105). Deelnemers aan Sociaal Vitaal die onder de armoedegrens leven (ongeveer 20%) betalen geen eigen bijdrage. De licentiekosten worden per project in rekening gebracht en hebben een staffel.  
 De begroting voor de uitvoering van Sociaal Vitaal in Kleur wijkt op een aantal punten af van de begroting van Sociaal Vitaal. In de eerste plaats wordt er geen eigen bijdrage gevraagd aan senioren met een migratieachtergrond. Daarnaast worden vrijwilligers ingezet bij de begeleiding en ondersteuning van de Sociaal Vitaal in Kleur beweeggroepen en krijgen groepen een budget voor cateringkosten.

Tabel 3 Begroting Sociaal Vitaal

	uren	begroot
<b>project coördinatie en uitvoerende taken</b>	120	7200
werving 40 uur; fitheidstest 15 uur; organisatie SV programma 30 uur communicatie 5 uur en borging 5 uur, algemene coördinatie 30		
<b>ondersteunende taken lokale samenwerkingspartners</b>	85	4250
ondersteuning werving 20 uur, communicatie 5 uur fitheidstest 15 uur; organisatie voorlichting 20 uur; overleg 25 uur		
<b>ondersteunende taken interventie eigenaar</b>	22	1320
assistentie rooster werving 6 uur, instructie benadereers 4 uur overleg 12 uur		
<b>werving deelnemers Sociaal Vitaal</b>		
verzending uitnodigingsbrief met bijlage en antwoordkaart		1555
vergoeding vrijwilligers huisbezoeken (€1 per adres)		500
<b>uitvoeren fitheidstest voor 100 deelnemers (voormeting)</b>		3475
coördinatie fittest, vergoeding testleiders en adviseurs, cateringkosten uitnodiging deelnemers, zaalhuur Vergoeding fysiotherapeut ondersteuning fittest	8	480
<b>Uitvoering programma Sociaal Vitaal</b>		
inzet lesgevers : 120 uur (2 uur voor 2 groepen gedurende 30 weken) MBVO uurtatief zaalhuur	120	3600 2400
praktijkondersteuning lesgever(s) 8 uur		520
gezondheidsvoorlichting:		600
Zelfmanagement training deelnemers		800
licentiekosten GALM eerste project*		1500
Scholing en persoonlijke coaching docenten Sociaal Vitaal		3000
verwerking fitheidstesten, vragenlijsten en procesevaluatie (ind nameting in de groep)	20	1200
eigen bijdrage deelnemers 40 deelnemers, 30 weken, €2- per les		32400 -2400
Totaal begroot		30,000

\* bij vervolprojecten bedraagt de licentievergoeding € 500,- per project



### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

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

#### **De aard van het probleem**

De interventie richt zich op de toename van fysieke fitheid en de afname van eenzaamheid bij ouderen van 65-85 jaar

Aantasting van fysieke fitheid bij ouderen komt tot uitdrukking in afname van spierkracht, uithoudingsvermogen, coördinatievermogen (bijv. verminderd balansvermogen) en afname van het cognitieve vermogen (bijv. reactiesnelheid). (Shephard, 1997; Donat Tuna et al., 2009; Langhammer et al, 2018) Afname van fysieke fitheid wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren zoals veroudering, toename van chronische aandoeningen en fysieke beperkingen, lage sociaal economische status, het voorkomen van eenzaamheid, angst en depressie. (Jenkin et al., 2017) Mede als gevolg van de afname van fysieke fitheid neemt ook de motivatie om te bewegen af en ontstaat er een tekort aan energieverbruik door te weinig bewegen. Door een spiraalwerking leidt bewegingsarmoede tot een verdere afname van fysieke fitheid, een toename van chronische aandoeningen en aantasting van zelfredzaamheid. Ook stijgt het risico op vroegtijdig overlijden. Om de spiraalwerking in de afname van fysieke fitheid te doorbreken wordt in deze interventie spierkracht, uithoudingsvermogen en coördinatievermogen getraind. Om de motivatie om te blijven bewegen te stimuleren wordt plezier in bewegen door middel van het groepsgewijs aanbieden van spel- en sportoefeningen bevorderd.

In de tweede plaats richt de interventie zich op de afname van eenzaamheid. Eenzaamheid wordt aangeduid als ' het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007) Eenzaamheid is daardoor een mismatch tussen het gewenste en werkelijke aantal sociale contacten en de kwaliteit ervan. Eenzaamheid wordt onderverdeeld in sociale- , emotionele – en existentiële eenzaamheid. (Bouman & van Tilburg 2020; Jorna 2012) Sociale eenzaamheid is gerelateerd aan het gemis van een betekenisvolle relatie met een bredere groep mensen. Emotionele eenzaamheid is het gemis van een hechte band en een intieme relatie met anderen. Existentiële eenzaamheid verwijst naar een gevoel van zinloosheid zoals bijv. het gevoel er niet toe te doen. Oorzaken van eenzaamheid bij ouderen zijn het gebrek aan sociale en gezondheidsvaardigheden, gezondheidsproblemen in combinatie met fysieke beperkingen, veranderingen in de leefsituatie zoals echtscheiding, het overlijden van een partner, familieleden en vrienden, het uiteenvallen van sociale netwerken, individualisering in de samenleving, armoede en discriminatie als gevolg van migratieachtergrond of seksuele identiteit. Eenzaamheid, in het bijzonder chronische eenzaamheid, bevordert het ontstaan van hart- en vaatziekten, fysieke en psychische klachten zoals angst en depressie , aantasting van het immuunsysteem door de negatieve werking van cytokines, en de kans op vroegtijdig overlijden. (Uchino 2006; Cacioppo et al., 2015; Santini et al., 2016)

Om sociale - en emotionele eenzaamheid te verminderen wordt in deze interventie gewerkt aan het verminderen van negatieve gedachten door sociaal cognitieve training , het verbeteren van

sociale vaardigheden om sociaal contact te maken en te onderhouden, het vergroten van het sociale netwerk van de deelnemers door deelname aan de beweeggroep Sociaal Vitaal, het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde door het versterken van zelfvertrouwen, zodat deelnemers beter voor zichzelf leren opkomen en het verbeteren van de fysieke weerbaarheid door lichaamsbewustzijn te bevorderen en deelnemers te leren zich zelfverzekerder fysiek te manifesteren.

### **De spreiding van het probleem**

In 2021 heeft in Nederland ongeveer 22% van alle senioren van 65 jaar en ouder) een gebrekkige fysieke fitheid en voldoet 58% van de senioren van 65 jaar en ouder niet aan de beweegrichtlijnen (CBS 2021; RIVM 2023). In de leeftijdsgroep 65-75 jaar is 41.2% eenzaam en bij 75 jaar en ouderen is 46.3% eenzaam.(CBS 2022).

Het gebrek aan fysiek fitheid en eenzaamheid, is ongelijk verdeeld in de Nederlandse samenleving: ongeveer twee derde is vrouw, ruim de helft heeft een migratieachtergrond en 40% heeft een lage sociaal economische status. Een lage sociaal economische status en een migratieachtergrond leidt ertoe dat een lage fysieke fitheid en eenzaamheid al op jongere leeftijd (vanaf 55 jaar) ontstaat waardoor de levensverwachting bij deze groepen 6-7 jaar lager is. Bovendien is het aantal jaren dat doorgebracht wordt in slechte gezondheid 16 tot 19 jaar hoger is vergeleken met mensen met een hogere sociaal economische status. (Franse et al.,2018; Kim et al.,2019) De relatief hoge prevalentie van een lage fysieke fitheid en eenzaamheid bij de genoemde risicogroepen hangt samen met leefstijlkenmerken eh gezondheidsvaardigheden. Zo is 77% van de senioren met een migratieachtergrond onvoldoende lichamelijk inactief, terwijl gemiddeld in Nederland 58% in deze leeftijdsgroep te weinig beweegt (CBS 2021). En is 39% van de Nederlandse ouderen eenzaam , terwijl 64% ouderen met een migratieachtergrond eenzaam is. (CBS 2022)

### **Preventie van het probleem**

Uit onderzoek van Van Tilburg en Klok (2018) bleek dat de gemiddelde kans op eenzaamheid bij ouderen licht is gedaald. De mate van lichamelijke inactiviteit en de negatieve gevolgen daarvan op fysieke fitheid bij ouderen neemt in de komende jaren verder toe.

In de afgelopen decennia is aangetoond dat eenzaamheid gecorreleerd is met meerdere gezondheidsproblemen zoals bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen, depressie, slaapproblemen, aantasting immuunsysteem en vroegtijdige mortaliteit (Hegeman et al., 2018; Erzen et al.,2018; Holt-Lundtstad et al.2015). Mede hierdoor heeft eenzaamheid ook effect op een toename van de zorgconsumptie. (Taube et al., 2015) .

Om deze reden wordt eenzaamheid ook wel beschouwd als een publiek gezondheidsprobleem (Gerst-Emmerson et al., 2015, Leigh-Hunt et al., 2017). Hierdoor wordt eenzaamheid als determinant van gezondheid geclassificeerd en komt eenzaamheid in aanmerking om, net als andere determinanten van gezondheid, zoals bijvoorbeeld bewegingsarmoede, onderdeel te zijn van het preventiebeleid. Verondersteld wordt dat preventie van eenzaamheid effectiever is dan het uitvoeren van interventie programma's voor kwetsbare ouderen. (Movisie 2020)

Het actieprogramma "Een tegen Eenzaamheid 2022-2025" (VWS 2022), waarin de nadruk ligt op een bewustwordingscampagne, lokale actieplannen en meer maatschappelijk initiatief is een

eerste aanzet voor een meer gericht preventiebeleid tegen eenzaamheid. Het actieprogramma wordt ondersteund door het Nationaal Preventie Akkoord dat sinds 2018 een gezonde leefstijl van de Nederlandse bevolking stimuleert, met gerichte aandacht voort het bevorderen van een lichamelijk actieve leefstijl van ouderen.

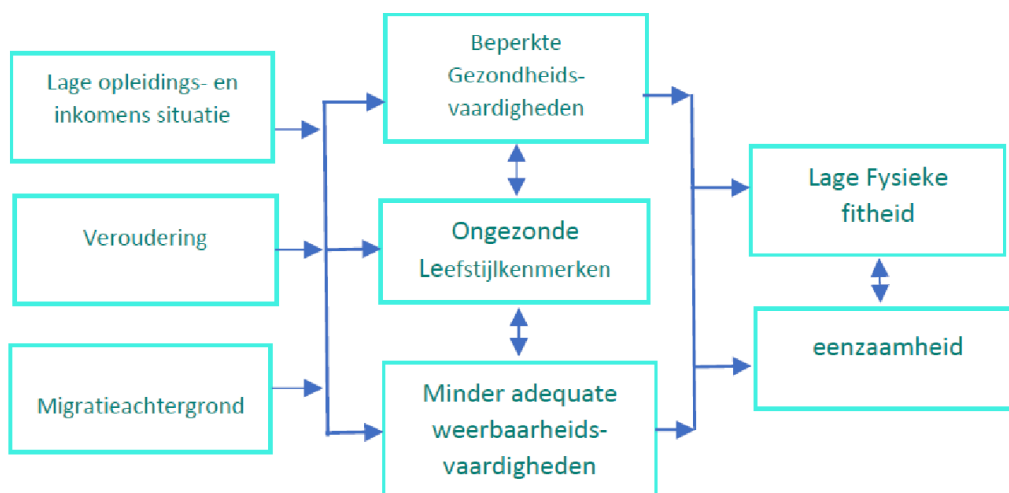
### Oorzaken – max 400 woorden

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

In deze interventie ligt de nadruk op het beïnvloeden van de negatieve effecten van veroudering, een lage sociaal economische status en een migratieachtergrond op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, een gezonde leefstijl en weerbaarheid met als doel om fitheid te verbeteren en eenzaamheid te verminderen.

Senioren met een lage sociaal economische status en een migratieachtergrond kenmerken zich verhoudingsgewijs door meer gebrekkige gezondheidsvaardigheden, meer ongezonde leefstijlkenmerken en minder adequate weerbaarheidsvaardigheden vergeleken met senioren met een hogere sociaal economische status (Jayasinghe et al., 2016; Bittlingmayer et al., 2021). Door stapel effecten veroorzaken deze kenmerken een relatief hoge prevalentie van fysieke - en psychosociale kwetsbaarheid en morbiditeit bij deze risicogroepen. De samenhang tussen de factoren is samengevat in figuur 2.

*Figuur 2 Oorzaken ontstaan fysieke en psychosociale kwetsbaarheid*



De gebrekkige gezondheidsvaardigheden komen tot uitdrukking in:

(1) een beperkte kennis over en inzicht in het ontstaan van chronische aandoeningen en daarmee samenhangende beperkte coping vaardigheden om een gezonde leefstijl vorm te geven (Mantwill et al., 2015;Xue et al., 2021; Stolz et al., 2021). Senioren met gebrekkige gezondheidsvaardigheden zijn zelf van mening dat ze vaker een minder goede lichamelijke en geestelijke gezondheid hebben en deze groep krijgt vaker al op jongere leeftijd beperkingen bij het uitvoeren van Activiteiten in

het Dagelijks Leven (Makizako et al., 2015; Teo et al., 2017; Zazarra et al., 2019). Gebrekkige gezondheidsvaardigheden hangen bovendien samen met een ongezonde leefstijl. (Aabey et al., 2017).

(2) bewegingsarmoede waardoor bijvoorbeeld fysieke fitheid (spierkracht en loopsnelheid) versnelt afneemt bij veroudering. Hierdoor wordt de kans vergroot om op jongere leeftijd zelfredzaamheid, in de vorm van voldoende ADL capaciteit, te verliezen. (Menkin et al., 2017; Das & de Jong, 2020).

(3) minder adequate weerbaarheidseigenschappen. Deze komen tot uitdrukking komen in een gebrekkig aanpassingsvermogen, vaardigheden en gedrag, om adequaat te reageren op fysieke -, cognitieve - en sociale veranderingen als gevolg van veroudering. Het gebrek aan weerbaarheid hangt samen met gebrekkige coping- en sociale vaardigheden om zich te kunnen aanpassen aan veroudering, het kunnen mobiliseren van sociale en emotionele steun sociale verbondenheid om met tegenslagen als gevolg van veroudering te leren omgaan (Van Kessel 2013; Watkinson et al., 2021) en een gebrek aan intrinsieke motivatie om bijvoorbeeld een eenzaamheid te doorbreken. Een voorbeeld hiervan zijn chronische gevoelens van eenzaamheid. Chronische eenzaamheid, die ongeveer in 25% van de gevallen voorkomt, is een persistent gebrek aan sociale contacten en een gebrek aan coping vaardigheden om sociale en emotionele steun te mobiliseren (Shiovitz-Ezra et al., 2010; Ten Kate et al., 2020, Morina et al., 2021, Morr et al., 2022).

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

*Welke hiervoor beschreven en beïnvloedbare factoren pakt de interventie aan.*

Gebrek aan kennis over gezondheid en gebrekkige gezondheidsvaardigheden om een gezonde leefstijl vorm te geven (factor 1) wordt aangepakt met behulp van gezondheidsvoorlichting. Bewegingsarmoede (factor 2) wordt aangepakt door middel van de beweeglessen in het Sociaal Vitaal programma. Hierbij wordt ondersteuning gegeven door middel van zelfmanagement oefeningen.

Eenzaamheid (factor 3) wordt aangepakt met behulp van weerbaarheidstrainingen.

**Verantwoording** – max 1000 woorden :

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

Er is sprake van een aantal verschillen tussen Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in kleur. Samengevat gaat het om de volgende verschillen (tabel 3): de kenmerken van de deelnemers van beide doelgroepen verschillen, de werving verschilt, de scholing van de docenten wijkt van elkaar af en het programma wordt cultuur specifiek ingevuld.

Tabel 4 Verschillen tussen Sociaal Vitaal en Vitaal in Kleur

Programmaonderdelen	Sociaal Vitaal	Sociaal Vitaal in Kleur
Kenmerken doelgroep	65-85 jaar Voertaal Nederlands Gemiddeld $\pm 20\%$ onder de armoedegrens, $\pm 15\%$ laaggeletterd $\pm 70\%$ eenzaamheid (36% zowel sociaal als emotioneel) $\pm 65\%$ fysiek kwetsbaar $\pm 20\%$ obesitas Gemiddeld 1-2 chronische aandoeningen.	Leeftijd: 55 jaar en ouder (op jongere leeftijd kwetsbaar) Meertalig ( $\pm 35\%$ verstaat en/op spreekt geen Nederlands, Er worden 11 talen gesproken in SViK Gemiddeld $\pm 50\%$ onder de armoedegrens $\pm 50\%$ laaggeletterd $\pm 75\%$ eenzaamheid ( $\pm 50\%$ zowel sociaal als emotioneel eenzaam) 75% fysiek kwetsbaar 35% obesitas (in sommige groepen 50% obesitas) Gemiddeld 3-4 chronische aandoeningen
Werving deelnemers	Gemiddeld 1400 ouderen worden via een persoonlijke brief (adressen uit GBA) benaderd. Er is een scan van de GGD over prevalentie eenzaamheid en bewegingsarmoede en ses status per wijk beschikbaar.	Persoonlijk contact met 200 ouderen die deel uitmaken van een specifieke gemeenschap met een migratieachtergrond bijvoorbeeld een Turkse of Marokkaanse gemeenschap (netwerkbenadering). Ouderen worden via netwerkcontacten van sleutelfiguren van de verschillende migranten organisatie persoonlijk in de eigen taal benaderd. Er is informatie beschikbaar van de GGD over de eenzaamheid en bewegingsarmoede van oudere migranten
Scholing docenten	Er is een scholingsmap Sociaal Vitaal voor het scholen in de uitvoering van weerbaarheidslessen	De scholingsmap voor Sociaal Vitaal in Kleur is cultuurspecifiek samengesteld.
respons fitheidstest	Respons: gemiddeld 100 ouderen voor de fitheidstest. 40 deelnemer voor Sociaal Vitaal en 20 doorverwijzingen naar ander lokaal sport en beweegaanbod.	Respons: gemiddeld 70 deelnemers voor de fitheidstest. Gemiddeld 40 deelnemers aan Sociaal Vitaal in kleur en 15 doorverwijzingen aan lokaal Sport en beweegaanbod.
Uitvoering programma	Er is rooster van 30 lessen waarin de beweeglessen de weerbaarheidslessen, de gezondheidsvoorlichtingen en zelfmanagementoefeningen zijn ingepland. is Er wordt les gegeven aan gemengde groepen van mannen en vrouwen.	De beweeginterventie van SViK wijkt sterk af van die van SV. De deelnemers zitten vanwege overgewicht en fysieke eperkingen meer op de stoel. De fitnessstraining is minder intensief vanwege de lagere belastbaarheid van de deelnemers is lager in SViK dan in SV. Er worden geen spel- en sportoefeningen aangeboden. De nadruk ligt op bewegen op muziek uit de eigen cultuur. De gezondheidsvoorlichting gaat veelal over chronische aandoeningen. De weerbaarheidstraining is voor SViK zijn eenvoudiger van opzet vanwege cultuurverschillen. De groepen bestaan exclusief uit mannen of vrouwen.
De borging	De SV groepen worden meestal ondergebracht bij gymnastiekverenigingen, een lesgever of een lokaal sportbedrijf. De deelnemers betalen als groep de kosten voor de zaal en de lesgever.	De SViK groepen hebben subsidie van de gemeente of een participatiefonds nodig om on geborgd te kunnen worden. Bij de start van SViK projecten wordt het initiatief genomen om dit te realiseren.

Het Sociaal Vitaal programma past meerdere theoretisch onderbouwde gedragsveranderings-mechanismen toe gebrek om kennis en gezondheidsvaardigheden te verbeteren (factor 1), om fysieke fitheid te verbeteren (factor 2) en om eenzaamheid te verminderen (factor 3).

### **De onderbouwing van de werkingsmechanismen van factor 1 : het overdragen van kennis en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden.**

In het Sociaal Vitaal programma worden kennis en informatie over gezondheid, op basis van de knowledge gap hypothese (Tichenor et al.,1970), afgestemd op het opleidingsniveau en cognitieve vaardigheden van de deelnemers met een lage sociaal economische status. Hierbij wordt gebruik gemaakt van **health literacy** technieken, zoals het in eenvoudige taal uitleggen van bijvoorbeeld oorzaken en effecten van bewegen op fitheid en gezondheid van senioren ('appraisal' technieken) en het geven van begrijpelijke aanwijzingen hoe WHO normen om meer te bewegen in het dagelijks leven kunnen worden toegepast ('application' technieken) (Sorensen et al., 2012).

*Aangetoond effecten van de werkingsmechanismen.*

Onderzoek naar de effectiviteit van de health literacy technieken heeft aangetoond dat deze technieken effectief zijn bij gezondheidsvoorlichting voor mensen met een lage sociaal economische status. Ook blijkt dat interventies waarin gezondheidsvoorlichting wordt gecombineerd met weerbaarheidstraining en een beweegprogramma zoals toegepast door bijvoorbeeld Sociaal Vitaal (multi facet aanpak) effectiever zijn dan interventies waarin uitsluitend gezondheidsvoorlichting ('single modality' aanpak) wordt toegepast. (Stormack et al., 2020).

### **De onderbouwing van de werkingsmechanismen van factor 2: het aanpakken van bewegingsarmoede.**

Om bewegingsarmoede en de negatieve gevolgen daarvan op fysieke fitheid aan te pakken wordt gedragsactivering en zelfmanagement training toegepast.

Bij Sociaal Vitaal heeft **gedragsactivering** de vorm van een laagdrempelig, op het eigen tempo aangepast ("self paced") beweegprogramma, dat is afgestemd op de behoefte van senioren met een lage sociale sociaaleconomische status, om fysiek actief en fitter te worden. De, op de Arousal theorie gebaseerde, Yerkes-Dodson wet (Yerkes en Dodson, 1908) wordt toegepast door fitheidsoefeningen voor het trainen van onder andere kracht en uithoudingsvermogen aan te passen aan de fysieke belastbaarheid van de deelnemers. De Yerkes-Dodson wet gaat er vanuit dat een te grote druk en/of ervaren stress (arousal) om te presteren, bijvoorbeeld door te hoge eisen stellen aan de kracht en conditietraining van senioren, eerder kan leiden tot prestatie-verslechtering dan tot prestatieverbetering.

In de tweede plaats is gedragsactivering in het Sociaal Vitaal beweegprogramma gericht op het bevorderen van plezier in bewegen door middel van het aanbieden van specifiek voor Sociaal Vitaal ontwikkelde spel en sportoefeningen (Hofman, 2014). In Sociaal Vitaal in Kleur wordt niet gewerkt met spel- en sportoefeningen, omdat deze niet aansluiten bij de cultuur van migranten ouderen. Omdat er voorkeur bestaat voor bewegen op muziek zoals dansen, zijn er weerbaarheidsoefeningen in het dansen ingebouwd. De aanleiding om specifiek de nadruk te leggen op plezier in bewegen in het Sociaal Vitaal programma is onderzoek waaruit blijkt dat veel

deelnemers geen plezier hebben in sport- en beweeg stimuleringsactiviteiten en daarom afhaken (Ekkekakis et al., 2011; Emerson en Williams 2015). Het werkingsmechanismen voor het bevorderen van plezier in bewegen in Sociaal Vitaal is ontleend aan de Exercise–Affect–Adherence Pathway theorie (Williams, 2008). In deze theorie wordt onderbouwd dat het ervaren van positieve emoties en gevoelens bij het uitvoeren van beweegactiviteiten, ook wel aangeduid als ‘core affective valence’, niet alleen prestatie verhogend werkt maar ook de basis vormt voor gedragsbehoud.

*Aangetoonde effecten van de werkingsmechanismen.*

De bewijsvoering en toepasbaarheid van de Yerkes-Dodson wet is beschreven door Teigen (1994). De evidentie van de Exercise–Affect–Adherence Pathway theorie bij het stimuleren van een lichamelijke activiteit is aangetoond door Williams et al (2012,2018) en is bevestigd door Rhodes en Kates (2015). Review studies naar effecten van plezier in bewegen tonen aan dat interventies in groepsverband plezier in bewegen bevorderen en effect hebben op groepscohesie alsmede onderlinge sociale steun bevorderen (Lindsay Smith et al.,2017). Plezier in bewegen bevordert in groepsverband ook de toename van lichamelijke activiteit en gedragsbehoud op langere termijn (Lewis et al., 2016). De activering van beweeggedrag heeft een aantoonbaar effect op fysieke fitheid zoals uithoudingsvermogen en kracht bij kwetsbare senioren van 65 jaar en ouder.

Voor het bevorderen van het behoud van bewegen in het dagelijks leven worden **zelfmanagement technieken** (Araújo-Soares et al., 2019) ingezet waarbij de focus ligt op de toepassing van goalsetting technieken, inclusief goal implementatie, en het gebruik van de ‘decisional balance’ sheet. (Locke & Latham, 2002; Swann et al., 2021). De principes van de Goalsetting theorie zijn dat mensen meer gemotiveerd zijn om gedrag te veranderen als ze doelen formuleren die concreet, uitdagend en haalbaar zijn. Een tweede techniek die wordt toegepast is het ‘decisional balance’ sheet (Janis & Mann, 1977). Met behulp van deze techniek kunnen deelnemers de voor- en nadelen en de kansen en beperkingen van gedragsverandering in kaart brengen en op grond hiervan bepalen of de voordelen en kansen voor gedragsverandering opwegen tegen de nadelen en ervaren beperkingen.

*Aangetoonde effecten van de werkingsmechanismen.*

Onderzoek heeft aangetoond dat goalsetting aantoonbare invloed heeft op het bevorderen van lichamelijke activiteit van senioren (McEwan et al. 2015; Chase 2015). De positieve effecten van de toepassing van de decisional balance sheet zijn met name aangetoond voor het bevorderen van bewegen bij senioren met uiteenlopende etnische achtergronden (Geller et al., 2012).

### **De onderbouwing van de werkingsmechanismen van factor 3: het verminderen van eenzaamheid.**

De weerbaarheidsoefeningen om deelnemers aan Sociaal Vitaal vaardigheden aan te leren om beter om te gaan met de gevolgen van fysieke- mentale -, sociale - en emotionele kwetsbaarheid zijn in de eerste plaats gebaseerd op principes van **cognitieve reframing**. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de inzichten van Schema theorie (Barlett 1932; Sherwood & Lee,2003). Schemata vormen de ‘mental frames’ van onze cognitie. Ze vormen de basis voor onze kijk op de werkelijkheid en voorspellen ons gedrag. De ‘mental frames’ bestaan uit opgedane kennis,

ervaringen, veronderstellingen en gewoonten die zijn vastgelegd in ons lange termijngeheugen. In de sociale – en mentale weerbaarheidsoefeningen worden in spelvorm de (negatieve en belemmerende) schemata van deelnemers over het ‘maken van sociaal contact’ of het ‘opkomen voor zichzelf’ in relatie tot eenzaamheid besproken. Vervolgens formuleren deelnemers met elkaar nieuwe en positieve helpende gedachten over ‘het maken van sociaal contact’ en het ‘opkomen voor zichzelf’.

*Aangetoonde effecten van dit werkingsmechanisme.*

Uit een meta-analyse van Hickin et al. (2021) blijkt dat cognitieve reframing in diverse psychologische interventies kleine tot matige effecten op eenzaamheid oplevert. We gebruiken in Sociaal Vitaal cognitieve reframing als techniek om met behulp van weerbaarheidstrainingen om eenzaamheid te beïnvloeden. Naar deze toepassing van cognitieve reframing is geen onderzoek gedaan.

Een tweede gedragsveranderingsmechanisme dat wordt toegepast bij het trainen van weerbaarheidsvaardigheden is het leren vragen van **emotionele steun**.

Uit onderzoek van Schoemakers et al (2015) naar de voorkeuren die senioren zelf hebben om te leren omgaan met eenzaamheid, blijkt dat regulatieve coping bij veel senioren met een lage sociale economische status en weinig weerbaarheid de voorkeur heeft. Regulatieve coping, ook wel ‘emotion focused’ coping genoemd, is gericht op het onder controle krijgen van emoties. Alhoewel Deckx et al (2018) heeft aangetoond dat een ‘problem focused’ coping benadering effectiever is in het oplossen van eenzaamheid dan een ‘emotion focused’ coping aanpak, passen we vanwege de houding van de doelgroep een ‘emotion focused’ coping aanpak toe. Maar we combineren deze ‘emotion focused’ coping aanpak met een cognitieve reframing techniek om de oorzaken van eenzaamheid aan te pakken. In de emotionele vaardigheidstraining ligt specifiek het accent om emoties te leren uiten die samenhangen met eenzaamheid, om vervolgens nieuwe helpende gedachten te leren formuleren en sociale vaardigheden aan te leren om de oorzaken van eenzaamheid aan te pakken. Daarbij worden oefeningen aangeboden waarbij het leren vragen om emotionele steun, het leren omgaan met informatieve steun (feedback vragen), het formuleren van nieuwe helpende gedachten en het aanleren van vaardigheden om gedrag te veranderen centraal staan.

*Aangetoond effecten van dit werkingsmechanisme.*

*Naar de toepassing van ‘emotion focused’ coping in combinatie met cognitieve reframing en vaardigheidstraining bij kwetsbare ouderen met een lage ses op eenzaamheid is geen effectonderzoek uitgevoerd.*

*Tabel 5 Tussenstappen in de interventie en de beoogde effecten op dimensies van eenzaamheid<sup>1,2</sup>*

Volgorde	Programma onderdeel	Tussenstap	Beoogde effecten eenzaamheid
1	Kennismaking	Diverse kennismakingsoefeningen (les 1)	Les 1: Dimensie eenzaamheid 2 - meer nieuwe contacten
2	In wisselende kleine groepen spel en	Spel en sportoefeningen	Les 4 Dimensies eenzaamheid 1,2



	sportoefeningen uitvoeren	(les 2-4)	- meer nieuwe wederzijdse contacten - meer gevoel van onderlinge verbondenheid voelen
3	Emotionele weerbaarheid	- Bewustwording van emoties en eigen houding d.m.v. muziek- en beweeg oefeningen -Leren uiten van de eigen (negatieve) gedachten en emoties t.o.v. eenzaamheid -Leren omzetten van negatieve gedachten in andere helpende gedachte d.m.v. cognitieve reframing (les 6)	
4	Toepassen omgaan met eigen houding en het veranderen daarvan in spel en sportsituatie.	Spel- en sportoefening om negatieve gedachten om te zetten andere helpende gedachte (les 7)	les 7 dimensie eenzaamheid 1,3 -minder afgewezen voelen -meer onderlinge verbondenheid
5-6	Sociale weerbaarheid 1 en 2	-Leren maken van sociaal contact d.m.v. rollenspel en spiegel oefening - Bewustwordingsoefening van eigen verwachtingen t.o.v. anderen -Leren om sociale contacten te onderhouden door oefeningen in het omgaan met contacten (grenzen aangeven, proactieve houdingsoefening ) -Leren verandering aan te brengen in bestaand sociaal contact . Oefeningen in leren nee zeggen, leren eigen behoefte en wensen te formuleren, leren feedback te geven, leren balans aanbrengen in een gesprek. (Les 11 en 13)	
7-8	Het toepassen van het maken, onderhouden en veranderen van sociale contacten	Spel en sportoefeningen om vaardigheden in maken, onderhouden en veranderen van sociale contacten te oefenen. (les 12 en 14)	Les 14 Dimensie eenzaamheid 1,3, 5, 6 -meer onderlinge betrokkenheid voelen -minder afgewezen voelen - meer vertrouwen hebben in de ander - meer gevoel van verbondenheid
9	Sociale activiteit 1	Opdracht om een sociale activiteit voor de eigen groep te organiseren. (les 16)	Les 16 Dimensies eenzaamheid 4,5,6 - meer beroep op ander kunnen doen -meer vertrouwen hebben in de ander - meer betrokkenheid voelen van anderen
10	Fysieke weerbaarheid	- Bewustwording van de eigen lichaamshouding - Leren verbeteren van de eigen lichaamshouding. Oefenen met veranderingen in lichaamshouding (staan, lopen, aanpassen van stand van romp en	

		hoofd) - leren aannemen van een actieve houding oefening om ruimte in te nemen - leren zichzelf zelfbewuster te manifesteren oefening met proactieve houding (les 18)	
11	Het toepassen van fysieke weerbaarheidsoefeningen	Spel en sport oefening om lichaamshouding en zelfbewuste houding te oefenen (les 19)	Les 19 Dimensie eenzaamheid 3,4 -zich minder afgewezen voelen -meer beroep kunnen doen op de ander
12	Mentale weerbaarheid	-Bewustwording van het eigen zelfvertrouwen -leren verbeteren gevoel van eigen waarde, Oefening met pep zinnen - leren opkomen voor zichzelf (assertiviteitsoefening) (les 22)	
13	Het toepassen van mentale weerbaarheidsoefeningen	Spel en sportoefening om gevoel van eigenwaarde en leren opkomen voor zichzelf te oefenen (les 23)	Les 23 Dimensies eenzaamheid 3,4,6 -zich minder afgewezen voelen - meer beroep kunnen doen op de ander -meer betrokkenheid voelen van anderen
14	Sociale activiteit 2	Opdracht om een sociale activiteit voor de familie en buurtginten te organiseren. (les 26)	Les 26 - Dimensies eenzaamheid 4,5,6 - meer beroep op ander kunnen doen -meer vertrouwen hebben in de ander - meer betrokkenheid voelen van anderen

<sup>1</sup> We weten uit ervaring met het meten van verandering van sociale en emotionele eenzaamheid bij deelnemers aan Sociaal Vitaal geen lineair proces is. Verandering in eenzaamheid is een incrementeel proces waarbij sprake is van schoksgewijze vermindering na het uitvoeren van spel- en sportoefeningen en met name na het uitvoeren van sociale activiteiten.  
 2 de dimensies van eenzaamheid zijn afgeleid van de 6 items van de DJG: (1) gevoel van betrokkenheid, (2) sociale contacten, (3) afgewezen voelen, (4) beroep op andere kunnen doen, (5) vertrouwen in anderen hebben, (6) onderlinge betrokkenheid voelen

De derde gedragsbeïnvloedingstechniek bij de weerbaarheidstraining is de **'guided practice'** aanpak die ontleend is aan de sociale leertheorie (Bandura 2008) De sociale leertheorie veronderstelt dat gedrag en vaardigheden mede worden geleerd door het gedrag van andere mensen te observeren en dat, als blijkt dat dit positieve effecten oplevert, we ons eigen gedrag bewust (imitatie) dan wel onbewust ('social modeling') veranderen. In alle weerbaarheids-trainingen hebben we 'guided practice' oefeningen opgenomen zoals bijvoorbeeld kennis-makingsoefeningen in de sociale weerbaarheidstraining of de lichamelijke bewustwordings-oefeningen in de fysieke weerbaarheidstraining. In de oefeningen combineren we het bewust waarnemen met het reproduceren van de handelingen van anderen. Na deze

spiegeloefeningen worden deelnemers gevraagd hun manier met het maken van contact en opkomen voor zicht te laten zien. We maken hiervoor gebruik van onder andere rollenspellen in spelvorm.

*Aangetoond effecten van dit werkingsmechanisme.*

Er is tot nu toe geen onderzoek gepubliceerd over de toepassing van 'guided practice' in het verminderen van eenzaamheid bij senioren.

In tabel 5 wordt samengevat welke tussenstappen worden toegepast om eenzaamheid te verminderen. De tussenstappen maken onderdeel van het lesrooster van 30 lessen.

Er worden 14 tussenstapjes onderscheiden voor het verminderen van eenzaamheid, te weten twee groepsinterventies voor het bevorderen van onderlinge contact en groepscohesie, zeven weerbaarheidstrainingen en twee sociale activiteiten.

Omdat de beweeggroep een middel is om specifieke tussendoelen van eenzaamheid te bevorderen staat in de eerste 4 lessen van de interventie het maken van nieuwe contacten in de groep en het bevorderen van netwerkcontacten (wederzijdse contacten) en sociale cohesie centraal in de beweeglessen.

De weerbaarheidstrainingen bestaan uit informatie overdracht en basisoefeningen. Vervolgens worden de basisoefeningen, in de erop volgende beweegles, door de deelnemers toegepast in spel- en sportoefeningen. Tot slot worden in totaal twee sociale activiteiten door de groep georganiseerd waarin het toepassen van gedragsverandering in de praktijk centraal staan.

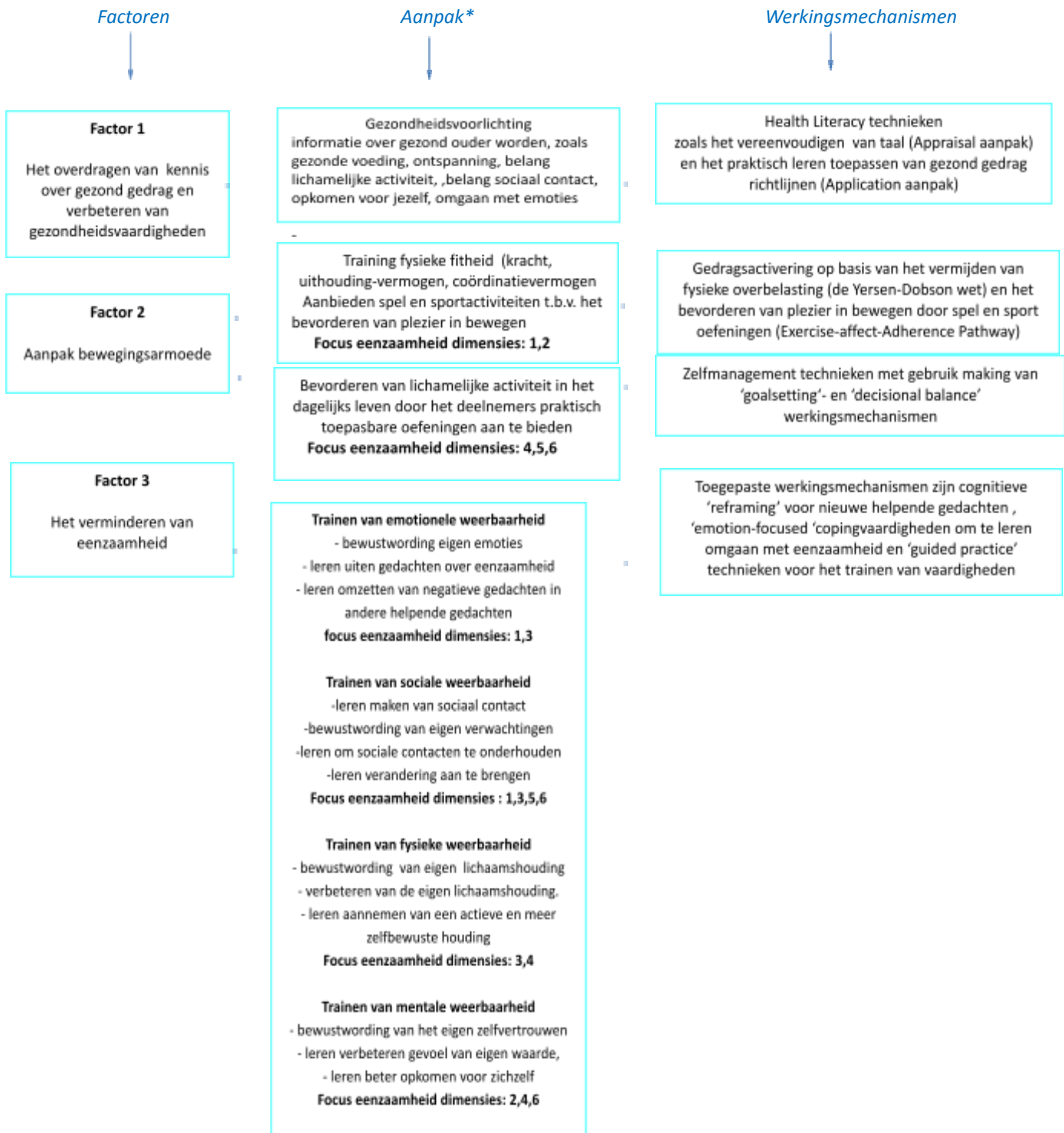
Om eenzaamheid te verminderen worden 5 specifieke weerbaarheidslessen aangeboden, een gecombineerde weerbaarheidstraining en een leefsituatiespel waarin deelnemers hun wensen en behoeften tot verandering van hun leefsituatie in relatie tot eenzaamheid kunnen uiten.

Voor de 7 weerbaarheidslessen worden de tussenstappen die gericht zijn op het verminderen van eenzaamheid gespecificeerd. In alle lessen wordt als introductie de opzet van de les toegelicht en kort informatie verschaft over het weerbaarheidsthema en de relatie naar eenzaamheid gelegd.

De twee sociale activiteiten zijn praktijkoefeningen waarbij de deelnemers, onder begeleiding van de docent, een sociale activiteit kiezen (bijv. een Sociaal Vitaal les in een park organiseren, met koffie en snacks toe aanbieden en daarvoor vrienden en buurtgenoten uitnodigen).

Tot slot wordt de aanpak en werking van Sociaal en Sociaal Vitaal in Kleur in figuur 3 samengevat

Figuur 3: Samenvatting aanpak en werking van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur



\*de dimensies van eenzaamheid zijn afgeleid van de 6 items van de DJG: (1) gevoel van betrokkenheid, (2) sociale contacten, (3) afgewezen voelen, (4) beroep op andere kunnen doen, (5) vertrouwen in anderen hebben, (6) onderlinge betrokkenheid voelen

## 4. Onderzoek

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

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

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

#### **Van der Krieke, B., Veenstra, M., de Greef M. Procesevaluatie verslag Sociaal Vitaal Bolsward, Bolsward, Groningen 2022.**

Aan dit Sociaal Vitaal programma hebben 45 senioren deelgenomen. Bij de start was 76% van de deelnemers onvoldoende lichamelijk actief, 77% fysiek kwetsbaar en had 69% gevoelens van eenzaamheid.

De deelnemers waarden Sociaal Vitaal gemiddeld met een 8.0, waarbij de hoogste beoordeling wordt gegeven voor de begeleiding van de docent, de sfeer in de les, het plezier in bewegen en de inhoud van het programma (bewegen en weerbaarheid). Uit de evaluatie van de ervaren effecten van het programma blijkt dat 88% van de deelnemers nieuwe sociale contacten, meer kennis en inzicht in veroudering en meer plezier in bewegen heeft gekregen. Ruim 73% van de deelnemers voelt zich fitter, ruim 61% zegt meer te zijn gaan bewegen en 53% ervaart minder eenzaamheid.

De belangrijkste succesfactoren van de uitvoering van Sociaal Vitaal is de betrokkenheid van de doelgroep bij de opzet en uitvoering van het programma, de inzet van de docenten Sociaal Vitaal en de uitvoering van het Sociaal Vitaal programma zoals beschreven in het handboek. Twee factoren hebben negatief effect gehad op de uitvoering: de Covid-19 epidemie heeft de werving negatief beïnvloed en de begeleiding van de thuiszorg bij de werving had meer doelgericht uitgevoerd kunnen worden. De evaluatie van de lesgevers met Sociaal Vitaal is positief. Wel geven de lesgevers aan dat het onderhouden van contact met deelnemers meer tijd dan is begroot voor docenten, en dat het ondersteunen van deelnemers die ernstig eenzaam waren moeizaam verliep.

**Raukema I., De Greef, M., De betrokkenheid en het bereik van de doelgroep, de uitvoering van Sociaal Vitaal, de effecten van deelname, de ervaringen van deelnemers en de borging van Sociaal Vitaal in Oost Groningen. Een procesevaluatieverslag. Groningen 2019 (interne rapportage)**

Sociaal Vitaal is uitgevoerd bij senioren van 65-85 jaar in Veendam (Bareveld), Oude en Nieuwe Pekela, Vlagtwedde, Sellingeren, Bourtonge en Bellingwolde. Op grond van de prevalentie van eenzaamheid en bewegingsarmoede is de doelgroep geraamd op 2193 senioren (73% van 3014). Er hebben zich 561 deelnemers rechtstreeks via een antwoordkaart of na een huisbezoek aangemeld voor de Sociaal Vitaal fitheidstest. In totaal zijn er 241 senioren (respons van 11%) met Sociaal Vitaal gestart, verdeeld over 14 groepen. De uitval was 16% (39 van 214). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 71.7 jaar en de man-vrouw verhouding was 42%-58%. Van de deelnemers aan de fitheidstest was 53.9% onvoldoende lichamelijk actief en voelde 63.0% zich eenzaam. Uit de analyse van de verschillen tussen de voor- en nameting blijkt dat beenkracht, knijpkracht en uithoudingsvermogen significant ( $p < .05$ ) zijn verbeterd. Bovendien blijkt dat de deelnemers significant meer zijn gaan bewegen en significant minder eenzaamheid ervaren. Het aantal deelnemers met weinig veerkracht is weliswaar afgenomen, maar deze verandering is niet significant ( $p > .05$ ). Uit een evaluatie onder de deelnemers blijkt dat ruim 86% vindt dat ze fitter zijn geworden, 76% van de deelnemers zegt dat ze nieuwe contacten hebben gekregen en 78% heeft meer kennis over het belang van bewegen gekregen. Alle deelnemers zijn tevreden met de docent. De docenten ervaren de uitvoering van Sociaal Vitaal als positief. Een aantal docenten heeft suggesties om weerbaarheidslessen te verbeteren. De borging heeft er ertoe geleid dat er 12 groepen zijn gecontinueerd.

De uitkomsten van bovenstaande evaluaties hebben ertoe geleid dat nu samen met de deelnemers de thema's voor de gezondheidsvoorlichting worden gekozen. Ook de toepassing van health literacy technieken is voortgekomen uit de behoefte van de deelnemers. De suggestie van de docenten in het project in Oost Groningen om de weerbaarheidstrainingen te verbeteren heeft ertoe geleid dat we een nieuwe weerbaarheidstraining hebben ontwikkeld en uitgetest. Op basis van expert meetings met deskundigen wordt ook meer nadruk gelegd op het leren toepassen van de weerbaarheidskennis en vaardigheden in spel- en sportlessen en opdrachten in het dagelijks leven. De omvang van de laaggeletterdheid (0%) bij de deelnemers heeft ertoe geleid dat er een veel eenvoudiger en begrijpelijker uitleg van de weerbaarheidstrainingen is gemaakt. Ook hebben de evaluaties met deelnemers en docenten ertoe geleid dat in overleg met de groepen zomeractiviteiten in de buitenlucht worden georganiseerd. Verder is het ontstaan van Sociaal Vitaal in Kleur ontstaan als gevolg van de behoefte van deelnemers met een migratieachtergrond om samen met mensen met dezelfde culturele achtergrond te bewegen. Tot slot is er op verzoek van de deelnemers een programma boekje gemaakt met oefeningen die mensen thuis kunnen uitvoeren. De evaluatie van de docenten heeft ertoe geleid dat er in 2021 een nieuwe scholingsopzet en bijbehorende scholingsmap is gemaakt.

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

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

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

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

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie, onderzoeksperiode en publicatiedatum.
- 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. Werk eventueel met een tabel of ander schema.

### **De Greef MHG, Vreeswijk-Manusiwa, J. , Papilaja,T. Toename van fitheid en afname van eenzaamheid bij kwetsbare senioren met een migratieachtergrond: resultaten van een RCT studie (2021)**

#### **Kenmerken studie**

Een RCT studie naar effecten van deelname Sociaal Vitaal in Kleur die is uitgevoerd bij 182 Sociaal Vitaal in Kleur deelnemers. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan deze studie was 75 jaar, 71% was vrouw, 75% onvoldoende lichamelijke actief en 58% eenzaam). In deze studie zijn de effecten van deelname aan Sociaal Vitaal in Kleur op lichamelijke activiteit, afname van kwetsbaarheid, fysieke fitheid sociale contacten en eenzaamheid en veerkracht geanalyseerd. De duur van deze interventie studie was 12 maanden. De deelnemers zijn geworven via ontmoetingsgroepen van Molukse en Indische senioren in diverse gemeenten in Nederland.

#### **Samenvatting**

In dit onderzoek is vastgesteld dat het aantal deelnemers aan Sociaal Vitaal in Kleur dat, volgens de Nederlandse Norm Gezond bewegen, onvoldoende beweegt significant is afgenomen (p .003, d.75), p<.05). Deelname aan Sociaal Vitaal in Kleur heeft geleid tot een statistisch significante en een klinisch relevante toename van beenkracht (p<.05; ES .47) en uithoudingsvermogen (p<.05 en ES. .51). De veerkracht van de deelnemers, die is gemeten met de subschaal adaptief vermogen van de GARI (van Abbema et al.), is niet statisch significant (p.061) maar wel matig klinisch relevant (ES.30) toegenomen. Het aantal sociale contacten is, mede door toename van contacten in de beweeggroep, toegenomen. De gevoelens van sociale eenzaamheid zijn statistisch significant afgenomen (p<.05, ES 45), de gevoelens van emotionele eenzaamheid zijn gelijk gebleven.

### **Bielderman A, Abbema R, de Greef MHG, Schout G, Krijnen WP, van der Schans CP. Ownership as a key to improving quality of life in older residents of deprived neighbourhoods: a community-based lifestyle intervention. 2016**

#### **Kenmerken studie**

Een quasi-experimenteel onderzoek onder 193 deelnemers (met een gemiddelde leeftijd 75 jaar en 69% vrouw, in de experimentele groep) naar effecten op fysieke fitheid, sociale contacten, depressie, en kwaliteit van leven .

## **Samenvatting**

In dit onderzoek is vastgesteld dat het aantal deelnemers dat voldoet aan de beweegnorm significant ( $p < .05$ ) met 40% is toegenomen. Dit onderzoek onder 193 deelnemers aan Sociaal Vitaal heeft aangetoond dat er sprake is van een significante toename ( $< .05$ ) in beenkracht met 21% en van het uithoudingsvermogen met 22%. Er is geen significant toename op balansvermogen aangetoond. Evenmin heeft deelname aan Sociaal Vitaal een significante afname in depressie aangetoond.

Uit deze studie blijkt dat het aantal sociale contacten in de experimentele groep na 12 maanden gelijk is gebleven. Ook heeft deelname aan Sociaal Vitaal geen significant effect op kwaliteit van leven, met uitzondering van de subschaal autonomie, aangetoond.

**De Greef MHG, Bielderma A, Dijkstra Y. Gedragsbehoud en longitudinale effecten op fitheid, veerkracht en eenzaamheid bij deelnemers aan Sociaal Vitaal. Hanzehogeschool Groningen, Groningen 2016. (interne publicatie)**

## **Kenmerken studie**

Een follow-up onderzoek (pretest-posttest design) bij 124 Sociaal Vitaal deelnemers (gemiddelde leeftijd 74.9 jaar, 69% vrouw, 29% is kwetsbaar) 60 maanden na baseline. In deze studie zijn de lange termijn effecten op gedragsbehoud van lichamelijke activiteit, fysieke fitheid, sociale contacten en eenzaamheid en veerkracht geanalyseerd.

## **Samenvatting**

Er is een cohort studie (pre-post design) uitgevoerd naar gedragsbehoud van de deelnemers aan Sociaal Vitaal. De follow-up meting vond plaats 60 maanden na baseline. Het criterium voor gedragsbehoud is een (betaald) lidmaatschap van een Sociaal Vitaal Groep én een opkomstpercentage van 80%. Van de 124 gestarte deelnemers (gemiddelde leeftijd 74.9 jaar, 46% vrouw, 29% kwetsbaar) is na 60 maanden 40% meer lichamenlijk actief. Van de uitvallers na 60 maanden is 3% overleden, is 20% opgehouden vanwege een chronische aandoening, is 2% opgenomen in een verzorgingshuis en 15% opgehouden vanwege gebrek aan motivatie.

Uit de follow-up studie blijkt dat het totaal aantal sociale contacten bij de deelnemers aan Sociaal Vitaal is afgenomen ( $p > .05$ , afname met 10%). De ervaren eenzaamheid is, 60 maanden na baseline, significant ( $p < .05$ ) afgenomen met 21%. Na afloop van Sociaal Vitaal voldoet 40% van de deelnemers meer aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen.

**De Greef MHG, Dijkstra Y, Aspelng W, Bielderma A. Evaluatie pilotprojecten Sociaal Vitaal in Utrecht Noordwest, Utrecht Zuid en Utrecht Zuidwest 2009-2013. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 2014. (interne publicatie).**

## **Kenmerken studie**

Een pre-experimenteel onderzoek (pre-post design) onder 114 Sociaal Vitaal deelnemers (gemiddelde leeftijd 71 jaar, 70% vrouw, 34% kwetsbaar) naar effecten op fysieke fitheid en sociale contacten en eenzaamheid. In deze studie is 29.5% van de doelgroep van Sociaal Vitaal bereikt. De nameting is 36 maanden na baseline uitgevoerd.



## **Samenvatting**

In dit onderzoek is het effect van deelname aan Sociaal Vitaal op fysieke fitheid is bij 114 deelnemers uitgevoerd. Op grond van een nameting, 36 maanden na baseline, is met een Student T-test aangetoond dat deelname aan Sociaal Vitaal tot een significante toename ( $p < .05$ ) van de beenkracht (+ 16%) en van het uithoudingsvermogen (+18%).

Uit dit onderzoek blijkt dat na 36 maanden het totaal aantal sociale contacten is afgenomen ( $p > .05$ ) met 4%. De ervaren eenzaamheid is significant afgenomen ( $p < .05$ ) met 38%.

## 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*

Er kunnen een aantal mogelijke werkzame bestanddelen worden onderscheid voor het realiseren van de subdoelstellingen van Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur. Om fysieke fitheid en bewegingsarmoede, ten behoeve van het verminderen van fysieke kwetsbaarheid en verbeteren van kennis en gezondheidsvaardigheden, aan te pakken is gebruik gemaakt van gedragsactivering en gezondheidsvoorlichting als werkzame elementen. Als theoretische onderbouwing van gedragsactivering is gebruik gemaakt van de 'Arousal' theorie en de 'Affect-Adherence-Pathway' theorie. Als onderbouwing van gezondheidsvoorlichting is zijn health literacy technieken toegepast die gericht zijn op het bevorderen van 'appraisal' en 'application' vaardigheden om nieuwe kennis te leren omzetten in gezondheidsvaardigheden.

Voor het bevorderen van weerbaarheidsvaardigheden ten behoeve van het verminderen van eenzaamheid is gebruik gemaakt van 'cognitieve reframing', die is gebaseerd op de schema theorie, het leren van 'emotion focused' copingvaardigheden in combinatie met 'cognitieve reframing' en het aanleren van sociale vaardigheden en het toepassen een 'guided practice' aanpak, die is ontleend aan de Sociale leertheorie.

Tabel 5 Overzicht werkzame bestanddelen Sociaal Vitaal en Sociaal Vitaal in Kleur programma

factor	werkzaam element	theoretische onderbouwing
<b>Bevorderen kennis en gezondheidsvaardigheden</b>	Gezondheidsvoorlichting gericht op het aanbieden van kennis over gezondheid ter verbetering van gezondheidsvaardigheden	De gezondheidsvoorlichting is gebaseerd op 'health literacy' technieken met aandacht voor 'appraisal' en 'application' vaardigheden.
<b>Aanpak bewegingsarmoede</b>	Het trainen van fysieke fitheid en het aanbieden van sport en spelactiviteiten om plezier in bewegen te bevorderen.  Zelfmanagement technieken om beweeggedrag te bevorderen en te behouden	Gedragsactivering op basis van het vermijden van fysieke overbelasting (de 'Yersen-Dobson' wet) en het bevorderen van plezier in bewegen door spel en sport activiteiten ('Exercise-affect-Adherence Pathway')  Zelfmanagement oefeningen voor het veranderen en behoud van beweeggedrag is gebaseerd op de 'Goalsetting' theorie en het 'Decisional Balance' model. De WHO normen voor lichamelijke activiteit vormen het uitgangspunt,
<b>Afname eenzaamheid</b>	Het trainen van coping vaardigheden om van fysieke, mentale, sociale en emotionele weerbaarheid aan te leren en daardoor vermindering van eenzaamheid te bevorderen.	Voor het verbeteren van weerbaarheids-vaardigheden wordt gebruik gemaakt van 'cognitieve reframing', die is ontleend aan de Schema theorie. Voor het beter mobiliseren van emotionele steun worden 'emotion focused' copingvaardigheden getraind. 'Guided practice' en imitatietechnieken, ontleend aan de uit de Sociale leertheorie, worden toegepast om weerbaarheidsvaardigheden te trainen.

## 2. 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).

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H.T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1880–1888.
- AFM, Nederlanders met een migratieachtergrond. Een verkenning naar de mate van financiële kwetsbaarheid en de relatie met financiële dienstverlening, Den Haag 2021.
- Agyemang, C., Richters, A., Jolani, S., et al (2021). Ethnic minority status as social determinant for COVID-19 infection, hospitalisation, severity, ICU admission and deaths in the early phase of the pandemic: a meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6, e007433.
- Araújo-Soares, V., Hankonen, N., Pesseau, J., Rodrigues, A., & Sniehotta, F. F. (2019). Developing behavior change interventions for self-management in chronic illness: An integrative overview. *European Psychologist*, 24(1), 7–25.
- Bandura, A. (2008). An Agentic Perspective on Positive Psychology. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive Psychology: Exploring the best in people*. Volume I (pp. 167-196). Westport, CT: Greenwood Publishing Company.
- Bartlett, F.(1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Baykara-Krumme, H., & Fokkema, T. (2019). The impact of migration on intergenerational solidarity types. *Journal of ethnic and migration studies*, 45(10), 1707-1727.
- Bielderman, A., Schout, G.H., de Greef, M.H.G., van der Schans, C.P. (2015) How Community-Dwelling Older Adults Living in Deprived Neighbourhoods in the Netherlands Address Ageing Issues'. *The British Journal of Community Nursing*, 20(8), 394 – 399.
- Bittlingmayer, U.H., Harsch, S., Isleras, Z. (2021). Health Literacy in the Context of Health Inequality – A Framing and a Research Overview. In: Saboga-Nunes, L.A., Bittlingmayer, U.H., Okan, O., Sahrai, D. (eds) *New Approaches to Health Literacy*. *Gesundheit und Gesellschaft*. Springer VS, Wiesbaden.
- Bouwman, T.E., & Van Tilburg, T.G. (2020). Naar een gerichte aanpak van eenzaamheid: zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol 51.
- Brady, S., D'Ambrosio, L.A., Felts, A., Rula, E.Y., Kell, K.P., & Coughlin, J.F. (2020). Reducing Isolation and Loneliness Through Membership in a Fitness Program for Older Adults: Implications for Health. *Journal of Applied Gerontology*, 39(3), 301–310.
- British Columbia Ministry of Health. PAR-Q validation report. Fitness and amateur sport Canada. Canadian standardized test of fitness (CSTF): Operations manual; 1986.
- Broeders, D.W.J., Das, H.D., Jennissen, R.P.W., Tiemeijer, W.L., De Visser, M. (2018). Van Verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaal economische gezondheidsverschillen, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.
- Bull, F.C., Al-Ansari, S.S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M.P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P.C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C.M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P.T., Lambert, E., Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462.
- Burns, A., Leavey, G., Ward, M. et al. (2022). The impact of loneliness on healthcare use in older people: evidence from a nationally representative cohort. *J Public Health*, 30, 675–684.
- Cacioppo, S., Grippo, A.J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J.T. (2015), *Loneliness. Clinical import and interventions. Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249.
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL), *Advances in Experimental Social Psychology*, Academic Press, 58,127-197.
- Carey, R.N., Connell, L.E., Johnston, M., Rothman, A.J., de Bruin, M., Kelly, M.P., Michie, S. (2019). Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action: A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature, *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 693–707.
- Carstensen, L.L., Fung, H.H., & Charles, S.T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in second half of life. *Motivation and Emotion*, 27,103–123.
- CBS (2021a). Verkenning bevolking 2050: meer inwoners met een migratieachtergrond. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2021b). Laag en langdurig inkomen van personen en persoonskenmerken. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2020) Jaarrapport Integratie 2020. -[www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2022). [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Centers for Disease Control and Prevention (2021). Impact of Racism on our Nation's Health. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).
- Chase J. A. (2015). Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 55(4), 706–718.
- Ciobanu, R.O., Fokkema, T., & Nedelcu, M. (2017). Ageing as a migrant: vulnerabilities, agency and policy implications. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(2), 164181.
- Cohen-Mansfield, J. & Perach, R. (2015) Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3): e109-e125.
- Conoley, C. W., Garber, R. A. (1985). Effects of reframing and self-control directives on loneliness, depression, and controllability. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 139–142.

- Cramm, J.M., Strating, M.M., de Vreede, P.L., Steverink, N., Nieboer, A.P. (2012). Validation of the self-management ability scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalisation. *Health Qual Life Outcomes*, 24, 10,9.
- Das, M., de Jong, E. (2020). Zelfredzaamheid van senioren en gebruik van de WMO, CBS.
- Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2017). Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing research reviews*, 38, 6–17.
- Davies, K., Maharani, A., Chandola, T., Todd, C., Pendleto, N. (2021) The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. *Lancet Healthy Longev*, 2, e70–77.
- De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T.G. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39(1), 4-15.
- Deckx, L., van den Akker, M., Buntinx, F., & van Driel, M. (2018). A systematic literature review on the association between loneliness and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 899-916.
- Donat Tuna, H., Ozcan Edeer, A., Malkoc, M. *et al.* (2009), Effect of age and physical activity level on functional fitness in older adults. *Eur Rev Aging Phys Act* 6, 99–106..
- El Fakiri, F., Bouman-Notenboom, J. (2015). De gezondheid van senioren in vier grote steden. Factsheet Gezondheidsenquête volwassenen en senioren G4. GGD Amsterdam.
- Ekkekakis, P., Parfitt, G., and Petruzzello, S. J. (2011). The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities: decennial update and progress towards a tripartite rationale for exercise intensity prescription. *Sports Med.* 41, 641–671.
- Emerson, J. A., and Williams, D. M. (2015). The multifaceted relationship between physical activity and affect. *Soc. Pers. Psychol. Compass* 9, 419–433.
- Erzen, E', Çikrikci, Ö. (2018) The effect of loneliness on depression: a meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 64(5), 427-435.-
- Evandrou, M., Falkingham, J., Feng, Z., Vlachantoni, A. (2016). 'Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited'. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 653–62.
- Francis, J. J., O'Connor, D., & Curran, J. (2012). Theories of behavior change synthesised into a set of theoretical groupings: Introducing a thematic series on the theoretical domains framework. *Implementation Science*, 7, 1–9.
- Franse, B., van Grieken, A., Qin, L., Melis, R.J.F., Rietjens, J.A.C., Raat, H. (2018). Ethnic differences in frailty: a cross-sectional study of pooled data from community-dwelling older persons in the Netherlands. *BMJ Open*;8(8):e022241.
- Fokkema, T. (2019) Migranten van het eerste uur: een verloren generatie op leeftijd. Oratie Erasmus School of Social and Behavioural Sciences Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Geller, K. S., Mendoza, I. D., Timbobolan, J., Montjoy, H. L., & Nigg, C. R. (2012). The decisional balance sheet to promote healthy behavior among ethnically diverse older adults. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 29(3), 241–246.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*, 105(5), 1013–1019.
- Glasgow, R.E., Estabrooks, P.E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. *Prev Chronic Dis*, 15, 170271.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. (1976). *Skill training for Community Living. Applying Structured learning Therapy*, New York, Pergamon Press.
- Graybiel, A.M., Smith, K.S. (2013). Good Habits, bad habits. *Scientific American*, 310(6), 23-27.
- Hegeman, A., Schutter, N., Comijs, H. et al. (2018) Loneliness and cardiovascular disease and the role of late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(1), e65-e72.
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 88, 102066.
- Hofman, M. (2006) Sport, Spel en Spirit. *Sporten met Senioren*. De Bark, Baarn.
- Hofman, M. (2014) Fit en Vitaal. *Sporten met Senioren*. De Bark, Baarn.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227-237.
- Hoogendijk, E.O., Smit, A.P., Van Dam, C., et al. (2020). Frailty combined with loneliness or social isolation: an elevated risk for mortality in later life. *J Am Geriatr Soc*, 68(11), 2587–93.
- Hoogendoorn, M.P., De Hollander E.L. (2016). Belemmeringen en drijfveren voor Sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. RIVM Bilthoven.
- Ikram, U.Z., Snijder MB, Fassaert TJ, Schene AH, Kunst AE, Stronks K. (2015). The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur J Public Health*, 25(2), 243-8. - Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Jayasinghe, U.W., Harris, M.F., Parker, S.M. et al. (2016) The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes*, 14, 68.
- Janis, I.L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Jenkin, C.R., Eime, R.M., Westerbeek, H. *et al.* Sport and ageing: a systematic review of the determinants and trends of participation in sport for older adults. *BMC Public Health* 17, 976 (2017).
- Jorna, A.A.M. (Ed.), *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam: SWP.
- Kamwa, V., Welch, C., Hassan-Smith, Z.K. (2021) .The endocrinology of sarcopenia and frailty. *Minerva Endocrinol (Torino)*, 46(4), 453-468.
- Kim, Y.P., Choe, Y.R., Park, J.H. et al. (2019). Frailty index associated with all-cause mortality, long-term institutionalization, and hip

- fracture. *Eur Geriatr Med*, 10, 403–411.- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, 20(1), 49-65.
- Klokgieters, S.S., van Tilburg, T.G., Deeg, D.J., & Huisman, M. (2018). Gezondheidsverschillen onder Senioren met een migratieachtergrond in Nederland. *Demos, Bulletin over Bevolking en Samenleving*, 34(9), 4-7.
- Kojima, G., Iliffe, S., Walters, K. (2018). Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 47(2), 193-200.
- Kojima, G., Liljas, A., & Iliffe, S. (2019). Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk management and healthcare policy*, 12, 23–30.
- Kojima, G., Taniguchi, Y., Aoyama, R., Tanabe, M. (2022) Associations between loneliness and physical frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 81, 01705.
- Kremers, I.P., Steverink, N. Albersnagel, F.A., Slaets, J.P.J. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging Ment Health*, 10, 476–84.
- Langhammer, B., Bergland, A., Rydwick, B. (2018) The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed Research International*. AI 7856823.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., et al. (2017) An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- Lemmink, K.A.P.M. (1996). *The Groningen Fitness Test for the Elderly*. Thesis University of Groningen.
- Lewis, B. A., Williams, D. M., Frayeh, A., & Marcus, B. H. (2016). Self-efficacy versus perceived enjoyment as predictors of physical activity behaviour. *Psychology & health*, 31(4), 456–469.
- Lindsay Smith, G., Banting, L., Eime, R. et al. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14, 56.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513.
- Lutomski, J.E., Baars, M.A.E., Boter, H., Buurma, B.M., den Elzen, P.J., Jansen, A.P.D., Kempen, I.J.M, Steunenbergh, B., Steyerberg, E.W., Olde Rikkert, M.G.M., Melis, R.J.F. (2014). Kwetsbaarheid, dagelijkse beperkingen en ziektelast. *Ned Tijdschr Geneeskunde*, 58, A7297.
- Makizako, H., Shimada, H., Doi, T., Tsutsumimoto, K. Suzuki, T. (2015). Impact of physical frailty on disability in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 5(9), e008462.
- Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., Schulz, P.J. (2015) The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS One*, 10(12), e0145455.
- Marcus, B.H., Owen, N. (1992). Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. *J Appl Soc Psychol*, 22, 3-16.
- McDowell, C.P., Meyer, J.D., Russell, D.W., et al. (2021). Bidirectional Associations Between Depressive and Anxiety Symptoms and Loneliness During the COVID-19 Pandemic: Dynamic Panel Models With Fixed Effects. *Frontiers in Psychiatry*.
- McEwan, D., Harden, S.M., Zumbo, B.D., Sylvester, B.D., Kaulius, M., Ruissena, G.R., Dowdd, A.J. and Beauchamp, M.R. (2015). The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*.
- Menkin, J.A., Guan S.S.A., Araiza, D., et al., (2017). Racial/Ethnic Differences in Expectations Regarding Aging Among Older Adults, *The Gerontologist*, 57, Issue suppl 2: S138–S148.
- Middleton, K.R., Anton, S.A., & Perri, M.G. (2013). Long Age-term adherence to health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(6), 395-404.
- Morina, N., Kip, A., Hoppen, T.H., Priebe, S., Meyer, T. (2021). Potential impact of physical distancing on physical and mental health: a rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. *BMJ Open*, 11, e042335.
- Morr, M., Liu, X., Hurlmann, R., Becker, B., Scheele, D. (2022) Chronic Loneliness: Neurocognitive Mechanisms and Interventions. *Psychother Psychosom*, 91(4), 227-237.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (NASEM) (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the healthy Care System*. Washington DC: the National Academic Press.
- Neto, F. (2014). psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11(4), 313-319.
- Nuyen, J., Tuithof, M., de Graaf, R. et al. (2020). The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55, 1297–1310.
- Nuijen, J., van Bon-Martens, M., van Doesum, T., Keijnjan, M., van der Poel, A. (2019). *Depressieproblematiek gemeten in Nederland*. Utrecht, Trimbos.
- Orrow, G., Kinmonth, A., Sanderson, S., Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials *BMJ*, 344, e1389.
- Owusu-Addo, E., Ofori-Asenso, R., Batchelor, F., Mahtani, K.R., & Brijnath, B. (2020). Effective implementation approaches for healthy ageing interventions for older people: A rapid review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92, 104263
- Patel, N., Ferrer, H.B., Tyrer, F., Wray, P., Farooqi, A., Davies MJ, Khunti K. (2017). Barriers and Facilitators to Healthy Lifestyle Changes in Minority Ethnic Populations in the UK: a Narrative Review. *J Racial Ethn Health Disparities*, 4(6), 1107-1119.
- O’Caoimh R., Sezgin, D., O’Donovan, M.R., Mollooy, D.W., Clegg, A., Rockwood, K., Liew, A. (2021) Prevalence of frailty in 62 countries. *Age Ageing*, 8(50), 96-104.
- Platzer, F., Steverink, N., Haan, M., de Greef, M., Goedendorp, M. (2021) A healthy view? Exploring the positive health perceptions of older adults with a lower socioeconomic status using photo-elicitation interviews, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16:1, 1959496.

- Raza, Q., Nicolaou, M., Dijkshoorn, H., & Seidell, J. C. (2015). Comparison of general health status, myocardial infarction, -obesity, diabetes, and fruit and vegetable intake between immigrant Pakistani population in the Netherlands and the local Amsterdam population. *Ethnicity & Health*, 22(6), 551-564.
- Rhodes, R. E., and Kates, A. (2015). Can the affective response to exercise predict future motives and physical activity behavior? A systematic review of published evidence. *Ann. Behav. Med.* 49, 715–731.
- Rikli, R., & Jones, C.J., (2001) Senior Fitness Manual. Champaign Il, Human Kinetics.
- RIVM. (2023) Loket gezond Leven: Sport en bewegen. [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)
- Rodriguez, M., Bellet, B. W., & McNally, R. J. (2020). Reframing Time Spent Alone: Reappraisal Buffers the Emotional Effects of Isolation. *Cognitive Therapy and Research*, 44(6), 1052–1067.
- Room J, Hannink E, Dawes H, et al. (2017). What interventions are used to improve exercise adherence in older people and what behavioural techniques are they based on? A systematic review *BMJ Open*, 7, e01922.
- Sand, G., & Gruber, S. (2018). Differences in subjective well-being between older migrants and natives in Europe. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 83-90.
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59–69.
- Schoenmakers, E.C., van Tilburg, T.G., & Fokkema, T. (2012). Coping with loneliness: what do older adults suggest?. *Aging & mental health*, 16(3), 353–360.
- Scholte, R., & Lammers M., (2017) Inkomenspositie Senioren. Amsterdam: SEO-rapport.
- SCP (2019) Armoede in kaart. [www.scp.nl](http://www.scp.nl).
- Seah, B., Kowitlawakul, Y., Jiang, Y., Ang, E.N., Chokkanathan, S., & Wang, W. (2019). A review on healthy ageing interventions addressing physical, mental and social health of independent community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*, 40, 37–50.
- Shephard, R.J. (1997) Ageing, Physical Activity and Health, Human Kinetics: Champaign Ill.
- Sherwood, D. E., and T. D Lee. (2003). Schema theory: critical review and implications for the role of cognition in a new theory of motor learning." *Research quarterly for exercise and sport*, 74( 4), 376–382.
- Shiovitz-Ezra ,S., Ayalon, L. (2010) Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*, 22(3),455-62.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins. K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*, 15(3), 194-200.
- Solar, O. , and Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. WHO World Health Organization, Geneva.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. For (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
- Steenhuis, I., & Overtoom, W. (2018). Positieve leefstijlverandering, Amsterdam: WSP.
- Stevens, M., Moget, P., de Greef, M.H.G., Lemmink, K.A.P.M., Rispens, P. (2000). The Groningen Enjoyment Questionnaire: a measure of enjoyment in leisure-time physical activity. *Percept Mot Skills*, 90(2), 601-4.
- Stolz, E., Mayer, H., Hoogendijk, E.O., Armstrong, J.J., Roller-Wirnsberger, R., Freidl ,W. (2021). Acceleration of health deficit accumulation in late-life: evidence of terminal decline in frailty index three years before death in the US health and retirement study. *Ann Epidemiol*, 58,56–61.
- Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., Van den Broucke, S. (2020) Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JB I Evidence Synthesis*, 18 (7),1389-1469.
- Swann, C., Rosenbaum,S., Lawrence,A., Vella, S.A., McEwan, D., & Ekkekakis, P. (2021) Updating goal-setting theory in physical activity promotion: a critical conceptual review, *Health Psychology Review*, 15:1, 34-50.
- Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlöv, P., Jakobsson, U. (2015) Loneliness and health care consumption among older people. *Scand J Caring Sci*, 29(3),435-443.
- Teigen, K.H. (1994) Yerkes-Dodson: A Law for all Seasons. *Theory & Psychology*,4(4),525-547.-Ten kate, R., Bilecen, B., Steverink, N., (2020). Eenzaamheid onder senioren migranten een nadere blik, *Geron*, 22(4).
- Teo, N., Gao ,Q., Nyunt, M.S.Z., Wee, S.L., Ng, T.P.(2017). Social frailty and functional disability: findings from the Singapore longitudinal ageing studies. *J Am Med Dir Assoc*, 18(7), 637.e13–19.
- Tichenor, P.A.,Donohue, G.A., Olien, C.N. (1970). "Mass media flow and differential growth in knowledge". *Public Opinion Quarterly*. 34 (2): 159–170.
- Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006 Aug;29(4):377-87
- Uysal-Bozkir, Ö., Fokkema, T., MacNeil-Vroomen, J.L., van Tilburg, T.G., de Rooij, S.E.(2015). Translation and validation of the De Jong Gierveld loneliness scale among older migrants living in the Netherlands. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1-9.
- Van Abbema, R., Bielderman, A. , de Greef, M.H.G., Hobbelen, H., Krijnen, W., van der Schans, C.P .(2015). Building from a conceptual model of the resilience process during ageing, towards the Groningen Aging Resilience Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2208–2219.
- Van Hecke, A., Heinen, M., Fernández-Ortega, P., Graue, M., Hendriks, J. M., Høy, B., Köpke, S., Lithner, M., & Van Gaal, B. G. (2017). Systematic literature review on effectiveness of self-management support interventions in patients with chronic conditions and low socio-economic status. *Journal of advanced nursing*, 73(4), 775–793.
- Van Kessel, G. (2013). 'The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept', *Geriatric Nursing*, 34(2),122-127.

- Van Oostrom, S., Van der A, D., Picavet S, Rietman L, De Bruin S, Spijkerman A. (2015). Senioren van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?. Bilthoven, RIVM.
- Van Oostrom, S., Spijkerman, A. (2016) Senioren van nu en straks deel 2: een terugblik voor kwetsbaarheid en de samenhang met multimorbiditeit. Bilthoven, RIVM.
- Van Tilburg, T., & De Jong-Gierveld, J. (Eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2018). Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse senioren in Nederland: Op zoek naar een verklaring. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(6), 263-273.
- Vaughan, L., Corbin, A. L., & Goveas, J. S. (2015). Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1947–1958.
- VWS, Een tegen Eenzaamheid. Actieprogramma 2022-2025. Den Haag, 2022.
- Walker, R. J., Strom Williams, J., & Egede, L. E. (2016). Influence of Race, Ethnicity and Social Determinants of Health on Diabetes Outcomes. *The American journal of the medical sciences*, 351(4), 366–373.
- Wang, X. M.(2016). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1037–1042.
- Watkinson, R.E., Sutton, M., Turner, A.J.(2021). Ethnic inequalities in health-related quality of life among older adults in England: secondary analysis of a national cross-sectional survey'. *The Lancet Public Health*, 6(3), e145-e154.
- World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451-1462.
- Williams, D. M. (2008). Exercise, affect, and adherence: an integrated model and a case for self-paced exercise. *J. Sport Exerc. Psychol.* 30, 471–496.
- Williams, D., Dunsiger, S., Ciccolo, J.T., Lewis, B. A., Albrecht, A E., and Marcus, B.H. (2008). Acute affective response to a moderate-intensity exercise stimulus predicts physical activity participation 6 and 12 months later. *Psychol. Sport Exerc.* 9, 231–245.
- Williams, D.M., Dunsiger, S., Jennings, E.G., and Marcus, B.H. (2012). Does affective valence during and immediately following a 10-min walk predict concurrent and future physical activity? *Ann. Behav. Med.* 44, 43–512736
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pinyopornpanish, M., Simcharoen, S., Suradom, C., Varnado, P., Kuntawong, P.(2020). Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *Br J Health Psychol*,25(2),233-256.
- Xue, Q.L., Bandeen-Roche, K., Tian, J., Kasper, J.D., Fried, L.P. (2021). Progression of physical frailty and the risk of all-cause mortality: is there a point of no return? *J Am Geriatr Soc*, 69(4), 908–15.
- Ye, L., Elstgeest, L.E.M., Zhang, X., Alhambra-Borrás ,T., Tan, S.S., Raat, H.(2021). Factors associated with physical, psychological and social frailty among community-dwelling older persons in Europe: a cross-sectional study of Urban Health Centres Europe (UHCE). *BMC Geriatr*,12,21(1),422.
- Yerkes, R.M. & J.D. Dodson (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zazzara, M.B., Vetrano, D.L., Carfi, A., Onder. G. (2019). Frailty and chronic disease. *Panminerva Med*, 61(4), 486–92.

### 3. 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?*

#### **Sociaal Vitaal in Kralingen Cooswijk (Rotterdam 2018-2020)**

De stichting GALM heeft in samenwerking met Sportsupport Rotterdam in 2018 - 2020 Sociaal Vitaal bij senioren van 65-85 jaar uitgevoerd in de wijk Kralingen Crooswijk in Rotterdam. Het project werd gefinancierd door Fonds Achterstandswijken uit Rotterdam. Het project was gericht op moeilijk bereikbare autochtone Rotterdammers, die vanwege een hoge mate van fysieke kwetsbaarheid, laag geletterdheid en een laag inkomen in een sociaal isolement terecht waren gekomen en daardoor nauwelijks meer de deur uitkwamen. In samenwerking met DOC Rotterdam, de stichting Super Actief, een aantal lokale buurthuizen en de seniorenraad Kralingen Crooswijk zijn senioren die in en in de buurt van twee senioren wooncomplexen, te weten Oostmolensteyn en de Esch, woonden persoonlijk benaderd door de projectleider van Sociaal Vitaal en een aantal vrijwilligers. Na het verspreiden van een folder bij 323 senioren zijn er met 121 senioren gesprekken gevoerd over hun leefsituatie en de behoefte om deel te nemen aan Sociaal Vitaal. De gesprekken met de senioren maakte duidelijk dat driekwart van de senioren vonden dat door fysieke beperkingen hun zelfredzaamheid ernstig was aangetast en dat ze daardoor de greep op het onderhouden van hun gezondheid en sociale contacten kwijt waren. Met name senioren die alleenstaand waren en/of een klein netwerk hadden zeiden letterlijk dat “ze zichzelf verwaarloosden” of “geen puf meer hadden om de deur uit te gaan”. In totaal hebben 76 senioren deelgenomen aan de Sociaal Vitaal fitheidstest en zijn 58 senioren (48% van 120 senioren) ingestroomd in Sociaal Vitaal. Alle deelnemers uit Oostmolensteyn en omgeving waren lichamelijk inactief en 62% was eenzaam. Van de deelnemers uit de Esch en omgeving was 76% onvoldoende lichamelijk actief en 81% eenzaam. Er zijn twee groepen Sociaal Vitaal gevormd die een jaar lang aan het Sociaal Vitaal programma hebben deel genomen. De uitval was 10% (6 van 58). De participatiegraad was 90%. De relatief geringe uitval was te danken aan het initiatief van de stichting Super Actief om een keer per week een maaltijd aan de deelnemers van Sociaal Vitaal en de bewoners van beide wooncomplexen aan te bieden en ook persoonlijke ondersteuning te bieden bij het aanvragen van bijzondere bijstand, thuiszorg en andere zorgvoorziening. Deelname aan Sociaal Vitaal heeft geleid tot een verbetering van beenkracht en uithoudingsvermogen (twee determinanten van fysieke kwetsbaarheid) en afname van eenzaamheidsgevoelens. De twee Sociaal Vitaal groepen zijn geborgd, omdat beide Sociaal Vitaal docenten, als freelancers, hun eigen groep onder hun hoede hebben genomen. Omdat er geen zaalhuur betaald hoeft te worden, kunnen met een kleine bijdrage van € 2,- per persoon per les de Sociaal Vitaal docenten betaald worden. Tijdens Corona hebben beide docenten en Super Actief met de deelnemers aan de Sociaal Vitaal groepen actief contact onderhouden door beweegfilmpjes (Youtube kanaal Sociaal Vitaal bij u Thuis) aan te bieden, boodschappen te bezorgen en waar nodig mentale ondersteuning te bieden. De ervaringen van de deelnemers was positief. Driekwart van de deelnemers had het gevoel dat ze fitter waren geworden en dat ze daardoor meer zelfredzaam waren geworden. Een kwart was in fitheid en gezondheid achteruitgegaan door toename van fysieke beperkingen



vanwege chronische aandoeningen, door valincidenten of overlijden van de partner. De helft van de deelnemers had door deel te nemen aan Sociaal Vitaal nieuwe contacten gekregen. De andere helft van de deelnemers vond het moeilijk om nieuwe contacten te leggen omdat ze naar eigen zeggen zich moeilijk konden uiten of omdat ze genoeg aan zichzelf hadden en daardoor geen ruimte hadden voor anderen.

Samengevat heeft Sociaal Vitaal voor de helft van de bewoners van beide woon-zorgcomplexen en omgeving, die hebben deelgenomen aan Sociaal Vitaal, een boost gegeven voor de verbetering van hun leefsituatie. De commitment van Super Actief en beide docenten heeft dit mogelijk gemaakt. Er ontbreekt structurele financiering voor de langere termijn.