



## Werkzame elementen van beweginginterventies voor 55-plussers



Saskia Nijland, Liesbeth Preller, Ineke Kalkman en Noor Willemsen  
Augustus 2018



# Werkzame elementen van beweeginterventies voor 55-plussers

Rapport in opdracht van Centrum Gezond Leven

## Colofon

Uitgave: Kenniscentrum Sport  
Datum: augustus 2018  
Redactieadres: Kenniscentrum Sport  
Postbus 643, 6710 BP Ede  
T (0318) 490900  
E info@kcsport.nl  
W www.kenniscentrumsport.nl

Auteurs: Saskia Nijland, Liesbeth Preller, Ineke Kalkman en Noor Willemsen  
Met dank aan: Ellen van Dongen, Thomas Hoogeboom, Geert Rutten, Paul van de Vijver.  
Bronvermelding: Nijland, S., Preller, L., Kalkman, I., & Willemsen, N. (2018). Werkzame elementen van beweeginterventies voor 55-plussers. Ede, Kenniscentrum Sport

## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
1.1 Beweeggedrag van ouderen.....	5
1.2 Zinnvolle inzet van interventies.....	5
1.3 Interventies en werkzame elementen .....	6
1.4 Leeswijzer.....	6
2. Feiten en cijfers over beweeggedrag van ouderen.....	7
2.1 Gevolgen van onvoldoende bewegen .....	8
2.2 Redenen waarom mensen minder (gaan) bewegen naarmate ze ouder worden.....	8
2.2.1 Beperkte motivatie .....	8
2.2.2 (Levens)gebeurtenissen en verandering in beweeggedrag .....	8
2.3 Redenen waarom ouderen wel bewegen .....	10
3. Methode .....	11
3.1 Werkzame elementen.....	11
3.1.1 Wetenschappelijke literatuur .....	11
3.1.2 Erkende interventies .....	11
3.1.3 Beoordeling door experts.....	12
3.2 Uitvoering van de interventies .....	12
4. Resultaten.....	13
4.1 Werkzame elementen vanuit de literatuur.....	13
4.2 Werkzame elementen uit interventiewerkbladen .....	13
4.3 Toelichting werkzame elementen en toepassing in de praktijk .....	14
4.3.1 Samenhang tussen de werkzame elementen .....	23
4.4 Wat nog niet bekend is .....	24
4.5 Wat niet of minder werkt .....	25
4.6 Uitvoering van de interventies .....	26
4.6.1 Bereik .....	26
4.6.2 Adoptie.....	28
4.6.3 Implementatie.....	28
4.6.4 Borging.....	29
5. Conclusie .....	30
5.1 Werkzame elementen van interventies .....	30
5.2 Uitvoering van de interventies .....	32
6. Aan de slag .....	33
7. Referenties .....	35
8. Bijlage.....	39

### Lijst van figuren

Figuur 1 Samenhang tussen geïdentificeerde werkzame elementen .....	24
---	----

### Lijst van tabellen

Tabel 1 Percentage mensen van 55 jaar en ouder dat wekelijks sport .....	7
Tabel 2 Verband waarin 50-plussers sporten.....	7
Tabel 3 Populairste sporten onder 50-plussers .....	7
Tabel 4 Overzicht van beperkingen en belemmeringen gerelateerd aan (te) weinig bewegen	.8
Tabel 5 Zoektermen en synoniemen.....	11
Tabel 6 Overzicht geïdentificeerde werkzame elementen en voorbeeld(en) toepassing in de praktijk..	30

## 1. Inleiding

Dit rapport is het achtergronddocument bij het 'Wat werkt' dossier mobiliteit van ouderen op de website loketgezondleven.nl. Het geeft handvatten aan gemeenten en professionals die werken voor gemeenten om ouderen, door de inzet van interventies, te stimuleren om te gaan en blijven bewegen.

Ouderen zijn hier gedefinieerd als zelfstandig wonende 55-plussers die nog geen grote mobiliteitsbeperkingen hebben, maar die daar wel een verhoogd risico op hebben. Onder grote mobiliteitsbeperkingen wordt verstaan dat iemand niet meer in staat is, al dan niet met hulpmiddelen als stok of rollator, om zich zelfstandig voort te bewegen over tenminste een paar honderd meter.

Voldoende bewegen draagt bij aan gezondheid, mobiliteit, zelfredzaamheid en daardoor langer zelfstandig thuis blijven wonen. Een goede inzet van beweeginterventies draagt daardoor bij aan de taakstelling die gemeenten hebben ten aanzien van de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG) en Wet Maatschappelijk Ondersteuning (Wmo).

### 1.1 Beweeggedrag van ouderen

Ondanks de gezondheidsvoordelen van bewegen gaan veel mensen juist minder bewegen naarmate ze ouder worden. Als gevolg hiervan voldoen veel 55-plussers niet aan de huidige beweegrichtlijn (CBS & RIVM, 2016). Deze is opgesteld om het risico op chronische aandoeningen en cognitieve beperkingen te verlagen. De huidige beweegrichtlijn voor volwassenen en ouderen luidt (Gezondheidsraad, 2017a):

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter
- Doe minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel
- Doe minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen
- En: voorkom veel stilzitten

In 2016 voldeed een populatie van 3468 mensen al in de jongste groep ouderen, tussen 50 en 60, meer dan 50% (55,1) niet aan de beweegrichtlijn. Hoe hoger de leeftijdscategorie waarbinnen mensen vielen, hoe hoger dit percentage. Zo voldeed 56,4% van de mensen tussen 60 en 70 jaar en 67,0% van de 70- tot 80-jarigen niet aan de beweegrichtlijn. Van de 80-plussers was dit 83,6%. In deze percentages is weinig verschil geconstateerd tussen mannen en vrouwen (CBS & RIVM, 2016).

### 1.2 Zinnige inzet van interventies

Het RIVM Centrum Gezond Leven wil met deze opdracht inzicht krijgen in de elementen die interventies effectief maken, maar ook wat bijdraagt aan een goede uitvoering. Effectiviteit en uitvoering samen bepalen of impact gerealiseerd kan worden. Voor de inzet van beweeginterventies is impact hier: effect bij een relevant deel van de beoogde doelgroep. In 1999 publiceerden Glasgow en collega's hiervoor een bruikbaar kader: het RE-AIM framework (Glasgow et al., 1999.) Dit kader beschrijft dat interventies moeten voldoen aan alle vijf voorwaarden. Vrij vertaald naar de toepassing in dit document betekent dit:

- R(each): goed bereiken van de beoogde doelgroep
- E(ffective): inzetten van effectieve interventie of maatregel, wat inhoudt dat de interventie (zo veel mogelijk) werkzame elementen bevat (zie 1.3)
- A(doption): de (organisaties van) uitvoerders zijn bereid en in staat de interventie goed uit te voeren
- I(mplementation): de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld, wat wil zeggen dat de werkzame elementen op de juiste manier worden geadresseerd om effectiviteit te kunnen realiseren. Dit sluit

aan bij de definitie van werkzame elementen waarin staat dat de werkzaamheid van die elementen afhankelijk is van implementatie

- M(aintenance): borging van de uitvoering van de interventie en behoud van beweeggedrag van deelnemers

### **1.3 Interventies en werkzame elementen**

Interventies bestaan uit een combinatie van kenmerken en activiteiten. De effectiviteit van een interventie wordt bepaald voor die combinatie, in een bepaalde populatie. Hierbij is niet duidelijk welke elementen essentieel zijn voor de effectiviteit. Als bekend is wat die werkzame elementen zijn en ze goed worden toegepast, draagt dat bij aan het effectief inzetten van interventies. Dit geldt zowel voor de interventies die in het onderzoek effectief bleken, die erkend zijn als effectief (zie 3.1), als interventies die niet onderzocht zijn op effectiviteit. Werkzame elementen zijn door Kenniscentrum Sport (2018) gedefinieerd als:

*“Bouwstenen voor interventies, gericht op een specifiek thema/problematiek, die een positieve invloed hebben op de doelgroep. De werkzaamheid van deze elementen is afhankelijk van context en implementatie.”*

Onder context vallen de problematiek, doelgroep en het doel van de interventie. Werkzame elementen kunnen zowel vanuit de literatuur als vanuit de praktijk zijn bewezen, of vanuit beide, maar bewijs vanuit de praktijk is een minimale vereiste voor een element om als werkzaam te worden beschouwd (Kenniscentrum Sport, 2018).

### **1.4 Leeswijzer**

Om context te geven aan het belang van het effectief inzetten op voldoende beweging bij ouderen wordt in hoofdstuk 2 informatie gegeven over het sport- en beweeggedrag van ouderen, redenen waarom mensen minder gaan bewegen naarmate ze ouderen worden en de gevolgen hiervan. In hoofdstuk 3 wordt de methode besproken die voor dit onderzoek is gebruikt, waarna de resultaten volgen in hoofdstuk 4. Tot slot volgt de samenvatting in hoofdstuk 5, en geeft hoofdstuk 6 tips om in de gemeente aan de slag te gaan.

## 2. Feiten en cijfers over beweeggedrag van ouderen

Bewegen omvat meer dan sporten alleen. Bewegen kan bijvoorbeeld ook voortkomen uit het uitvoeren van dagelijkse handelingen of het zich verplaatsen in de openbare ruimte. Op hogere leeftijd voldoen steeds minder mensen aan de beweegrichtlijnen (paragraaf 1.1) en ook het percentage mensen dat wekelijks sport neemt af (CBS & RIVM, 2016). De grootste daling geldt voor mensen vanaf 80 jaar (Tabel 1). Daarbij sport 27% in de groep 50-64 jaar nooit, in de groep 65+ is dat 40% (Tiessen-Raaphorst, 2015).

Tabel 1 Percentage mensen van 55 jaar en ouder dat wekelijks sport (CBS & RIVM, 2016)

	% wekelijks sporter 2016 (n=3005)
55-65 jaar	46,1
65-80 jaar	41,1
80 jaar en ouder	21,2

Ongeveer tweederde van de vijftigplussers sport individueel, iets minder dan de helft informeel (in teamverband, maar buiten een sportvereniging om) en circa een derde bij een sportvereniging (Tabel 2). Deze percentages, die zijn gebaseerd op het jaar 2012, schelen niet wezenlijk van die van de jongere groep volwassenen (Tiessen-Raaphorst, 2015).

Tabel 2 Verband waarin 50-plussers sporten

	35-49 jaar % (n=3047)	50-64 jaar % (n=3047)	65-79 jaar % (n=3047)
Individueel	69	69	61
Informeel	48	45	45
Bij een sportvereniging	33	29	32
Fitness/commercieel	25	21	21
Overig	16	16	19

Uit onderzoek onder 1555 50-64 jarigen en 1052 65-plussers is gebleken dat fitness/conditietraining, binnen in individueel verband, verreweg de populairste sport is met meer dan 20% beoefenaars (Tabel 3). Wandelen, fietsen en zwemmen volgen daarna als populaire sporten, allen met percentages boven de 5% (CBS & RIVM, 2016). Voor de top 15 van populairste sporten onder 50-plussers, zie bijlage.

Tabel 3 Populairste sporten onder 50-plussers

Sport	50-64 jaar (n=1555)	65+ (n=1052)
Fitness/conditietraining (individueel, binnen)	23,5	21,2
(Sportief) wandelen	9,4	8,7
Fietsen algemeen	7,8	9,8
Zwemmen algemeen	6,6	8,7

## **2.1 Gevolgen van onvoldoende bewegen**

Lichamelijke beweging is een van de belangrijkste leefstijlgedragingen voor gezondheid en levert daarmee een grote bijdrage aan het tegengaan van morbiditeit en vervroegd overlijden op oudere leeftijd (Gezondheidsraad, 2017b; Perracini, Franco, Ricci, & Blake, 2017). Wanneer iemand onvoldoende beweegt, stijgt de kans op verschillende ziektes en aandoeningen. Zo is onvoldoende beweging gerelateerd aan het krijgen van kanker (Moore et al., 2016), hart- en vaatziekten (Li & Siegrist, 2012), obesitas en diabetes (Venables & Jeukendrup, 2009). Ook kan onvoldoende beweging leiden tot een verminderde geestelijke gezondheid en cognitieve functie (Kramer, Colcombe, McAuley, Scalf, & Erickson, 2005). Bovendien gaat onvoldoende beweging gepaard met verlies van botdichtheid en spiermassa en een afname in balans, spierkracht, uithoudingsvermogen en functionele prestaties die verband houden met kwetsbaarheid en verlies van mobiliteit en zelfstandigheid op oudere leeftijd (Marzetti et al., 2017). Mensen die weinig bewegen hebben een sterk verhoogde kans om problemen te krijgen met het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Dit zijn activiteiten met betrekking tot bijvoorbeeld persoonlijke hygiëne, aankleden, eten, opstaan en toiletbezoek. Ook de kans op progressie van beperkingen bij ADL is sterk verhoogd bij mensen die (te) weinig bewegen (Tak et al., 2013). In andere termen draagt bewegen bij aan een kleinere kans op fysieke, sociale, psychische en cognitieve kwetsbaarheid (van Oostrom et al., 2015).

## **2.2 Redenen waarom mensen minder (gaan) bewegen naarmate ze ouder worden**

Er zijn verschillende redenen waarom mensen minder bewegen naarmate ze ouder worden. Een deel van deze redenen speelt al voor het 55ste levensjaar, een ander deel pas op hogere leeftijd. Een eerste onderscheid is te maken in mensen die door verschillende beperkingen en belemmeringen niet in staat zijn voldoende te bewegen en mensen die niet gemotiveerd zijn om te bewegen (Slot-Heijs, Collard & Preller, 2017). In Tabel 4 zijn beperkingen en belemmeringen gerelateerd aan (te) weinig bewegen verder uitgewerkt.

### **2.2.1 Beperkte motivatie**

Een beperking of belemmering die leidt tot onvoldoende bewegen kan samenhangen met een gebrek aan motivatie. Zo kan een beperking of belemmering veroorzaken dat mensen beperkt gemotiveerd zijn. Echter, er zijn ook mensen die niet beperkt of belemmerd zijn, maar waarbij een gebrek aan motivatie ervoor zorgt dat zij (te) weinig bewegen. Sommige mensen willen eenvoudigweg niet bewegen (Groothuis & Preller, 2016), bijvoorbeeld omdat zij sporten niet nodig vinden (Elling & Van den Dool, 2010).

Het (duurzaam) stimuleren van bewegen bij mensen die niet of beperkt gemotiveerd zijn, zal in het algemeen een andere en meestal intensievere aanpak vergen dan mensen die op basis van andere belemmeringen weinig bewegen.

### **2.2.2 (Levens)gebeurtenissen en verandering in beweeggedrag**

Cohortstudies waarin de brede doelgroep 55-plussers langdurig is of wordt gevolgd, geven meer inzicht in oorzaken van een veranderd beweeggedrag naarmate mensen ouder worden, waaronder bepaalde levensgebeurtenissen ('life events'). Hiermee kan beter bepaald worden op welk moment er ingegrepen moet worden in het leven van iemand die ouder wordt om voldoende beweging te waarborgen.

Tabel 4 Overzicht van beperkingen en belemmeringen gerelateerd aan (te) weinig bewegen (overgenomen uit Slot-Heijs et al., 2017)

Categorie	Kenmerk
Fysieke beperking	Obesitas Zintuiglijke beperkingen Veroudering, met name 75+; personen bewegen meer direct na pensionering Beperkte mobiliteit Slecht evenwicht Kwetsbaar Revalidanten, na opname ziekenhuis Diabetes type 2 (met name in combinatie met luchtwegaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen) Meerdere chronische aandoeningen Pijn Gebrek aan conditie/kracht Ervaren fysieke belemmeringen bij bewegen
Mentale en cognitieve beperkingen	Angsten: denken bewegen niet vol te kunnen houden; valangst; angst voor blessures; angst voor verergering van aandoening of ernstig incident Gebrek aan sociale vaardigheden en eenzaamheid Lage gezondheidsvaardigheden GGZ-problematiek Weinig beweegkapitaal*
Andere beperkingen	Tijd: (mantel)zorg (voor partner, gezin, ouders), drukke werkzaamheden Arbeidsongeschikt/werkloos zijn Financiën: schulden Laag inkomen Locatie: fysiek ver weg wonen, afstand te groot vanwege veiligheid en beperkte mobiliteit, wonen in achterstandswijk

\*Met 'beweegkapitaal' wordt aangegeven dat ouderen in het verleden opgegroeid zijn in een situatie die niet stimulerend was om te sporten en te bewegen voor plezier (en dat in periode van volwassenheid ook niet hebben ontwikkeld). Als gevolg hiervan zien zij het nut er niet van in om in deze levensfase wel te gaan bewegen. Daardoor hebben ouderen met weinig beweegkapitaal een negatieve mening over bewegen en weinig intentie om te gaan bewegen (Kenter, Crone, Gebhardt, Lottman, & Van Rossum, 2013).

Zo is uit een studie over de Nederlandse LASA populatie (Koeneman et al., 2012), gebaseerd op data uit de jaren '90, gebleken dat pensionering zorgt voor een toename in hoeveelheid bewegen, maar niet in sportparticipatie. Bij navraag onder 1794 50-80 jarigen naar het effect van specifieke levensgebeurtenissen werd pensionering ook genoemd als een reden om meer te gaan bewegen (Preller, 2015). Stoppen met werken leidt tot meer vrije tijd, waarin mensen meer gaan wandelen en fietsen. Bovendien geven gepensioneerden aan meer activiteiten rond en in het huis te doen dan toen zij nog werkten, zoals schoonmaken, tuinieren en klussen. Het verliezen van een partner geeft gemiddeld gezien geen verandering in hoeveelheid matig of intensief bewegen en in sportparticipatie. Andere factoren als werkloos worden of een baan vinden, scheiden en verhuizen kunnen een rol spelen, maar getalsmatige kennis hierover ontbreekt.

Ook op basis van het Doetinchem-cohort (Picavet, Wendel-Vos, Vreeken, Schuit, & Verschuuren, 2011) is informatie bekend over persoonsgebonden factoren die gerelateerd zijn aan veranderingen in recreatief beweeggedrag over een periode van tien jaar. De populatie bevat naast 50-plussers ook jongere volwassenen: ongeveer 50% was 45 jaar of ouder bij de eerste meting en iets minder dan 20% was ouder dan 55. Vrouwen en mensen met een beter ervaren gezondheid werden vanuit een niet-actieve situatie eerder actief. Wanneer de groep 'stabiel actief' werd vergeleken met degenen die inactief werden, blijken de hoogopgeleiden vergeleken met laagopgeleiden en de niet-rokers minder te vervallen tot inactief gedrag. Verder bleek dat vooral alleen wonen een – niet statistisch –significant verband heeft met een negatieve verandering in beweeggedrag. Mensen die alleen wonen hebben een wat verhoogd risico om inactief te worden als zij eerst actief waren en worden gemiddeld minder snel actief wanneer ze eerder inactief waren. Andere cohortstudies naar dit onderwerp zijn, naar weten van de auteurs van dit rapport, niet bekend.

Wel is uit onderzoek van Kenter et al. (2013), waarbij interviews gehouden werden met 21 60-plussers, een lijst met 12 levensgebeurtenissen opgesteld die volgens de deelnemers invloed hebben gehad op hun beweeggedrag. Naast pensionering, waren dit:

- De oudere zelf of partner krijgt een lichamelijke klacht (met of zonder ziekenhuisopname)
- De oudere zelf of partner krijgt een (chronische) ziekte (met of zonder ziekenhuisopname)
- Mentale klachten (zoals overspannen, depressie)
- Valincident
- Overlijden van de partner (dit in tegenstelling tot resultaat uit de LASA studie)
- Overlijden van overige familieleden of mensen uit het sociale netwerk
- Echtscheiding
- Krijgen van een nieuwe partner
- Veiligheidsincident (zoals overval of verkeersongeluk)
- Verhuizing
- Stoppen met betekenis gevende activiteiten (hobby's, vrijwilligerswerk)

### **2.3 Redenen waarom ouderen wel bewegen**

Bij navraag onder 1794 50- tot 80-jarigen kwamen lichaamsbeweging/gezondheid (78%), opbouw van conditie, kracht en/of lenigheid (52%) en lekker buiten zijn (49%) naar voren als belangrijkste redenen om wel te bewegen (Preller, 2015). Ook leuke activiteit/plezier (41%), afslanken/uiterlijk (32%) en uitlaatklep voor dagelijks leven/ontspanning (31%) werden genoemd. Verder is het sociale aspect dat sporten of bewegen kan hebben een drijfveer voor ouderen om wel te bewegen. Gezelligheid speelt een belangrijke rol, net als dat het bewegen in de eigen omgeving kan plaatsvinden (Hoogendoorn & de Hollander, 2017). Hier kan dus op ingespeeld worden in het stimuleren of motiveren van ouderen om wel te bewegen.

### 3. Methode

Op diverse manieren is inzicht verkregen in de voorwaarden die zorgen voor een zinvolle inzet van interventies, waarmee ouderen gestimuleerd worden meer te (blijven) bewegen. Dit is apart gedaan voor de werkzame elementen van interventies en voor de uitvoering van de interventies. Zowel kennis uit onderzoek als uit de praktijk diende als basis.

#### 3.1 Werkzame elementen

##### 3.1.1 Wetenschappelijke literatuur

De methode om werkzame elementen te identificeren is gebaseerd op het onderzoek van Willemsen (2018). In de literatuur is gezocht naar artikelen met informatie over werkzame elementen van interventies voor ouderen om voldoende te (blijven) bewegen. Daarbij werd gebruik gemaakt van de databases Medline en Sportdiscus.

De zoektermen, inclusief vertaling naar het Engels staan in Tabel 5. De zoektermen zijn gecombineerd om bruikbare artikelen te vinden.

Tabel 5 Zoektermen en synoniemen

Zoekterm	Synoniemen
Werkzame elementen (essential element*)	what work*; facilitator*; effectiv*; core element*; essential component*; effective component*
Interventies (intervention*)	program*
Bewegen (physical activ*)	exercis*; sports; motor activity
Ouderen (elder*)	senior*; age*; older people; older person; grey

Uit de gevonden artikelen zijn (systematische) reviews en meta-analyses, met als hoofddoel het bevorderen van beweeggedrag, geselecteerd. Daarbij kwamen alleen artikelen in aanmerking die gericht zijn op thuiswonende 55-plussers zonder grote mobiliteitsbeperkingen. Artikelen met de focus op chronische aandoeningen en dementie zijn uitgesloten. Er bleven 3 artikelen over, waar nog 2 artikelen aan zijn toegevoegd die voldeden aan alle bovengenoemde selectiecriteria. Ter aanvulling is het boek *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (Nyman et al., 2018) gebruikt. Uit de artikelen werden zowel de elementen geselecteerd die effectief zijn, als elementen die (nog) niet aantoonbaar effectief zijn.

##### 3.1.2 Erkende interventies

Interventies kunnen in Nederland geclassificeerd worden als 'erkende interventie'. Op basis van een uitgebreide beschrijving en onderbouwing in zogenaamde werkbladen volgt erkenning op een bepaald niveau (zie kader). Werkbladen van geselecteerde interventies zijn systematisch geanalyseerd, ter aanvulling op de werkzame elementen uit de literatuur. Bovendien is gekeken in hoeverre, en hoe de interventies geïdentificeerde werkzame elementen toepassen. De interventies moesten zich richten op ouderen en als doel hebben door toename in beweging de fysieke activiteit en/of fysieke zelfredzaamheid te vergroten en behouden, of fysieke conditie te verbeteren. Valpreventieprogramma's zijn niet meegenomen.

Alleen interventies op het niveau van 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit', 'goede aanwijzingen voor effectiviteit', 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit' of 'goed onderbouwd' werden geïnccludeerd. Dit zijn: Actief Plus, Coach2Move, Functionele Training Ouderen (FTO) en Sociaal Vitaal.

Op verzoek van het RIVM werd de interventie 'Promuscle' aan deze selectie toegevoegd, die medio 2018 nog niet erkend was maar wel in de procedure zat.

#### **Wat is een erkende interventie?**

Binnen het erkenningstraject worden drie erkenningsniveaus onderscheiden:

- Goed beschreven: de basis is gelegd. Doel(en), doelgroep, aanpak en randvoorwaarden van de interventie zijn goed beschreven.
- Goed onderbouwd: de stap naar bewijsvoering is gemaakt. De interventie is goed onderbouwd door theorie, modellen en/of onderzoek.
- Effectief: het bewijs is geleverd. De effectiviteit van de interventie is bewezen in de theorie en praktijk. Hierbij wordt nog onderscheid gemaakt in 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit', 'goede aanwijzingen voor effectiviteit' of 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit'.

*Tekstbox 1 Uitleg erkende interventie (Loket Gezond Leven, 2013)*

### **3.1.3 Beoordeling door experts**

Twee adviseurs van Kenniscentrum Sport hebben het overzicht met de werkzame elementen aangevuld met kennis over de toepassing van de werkzame elementen in de praktijk.

Het totale overzicht is inclusief (nog niet) aantoonbaar effectieve elementen beoordeeld door vier onderzoekers op het gebied van ouderen en bewegen. Het uiteindelijke overzicht is tot stand gekomen na verwerking van het commentaar.

### **3.2 Uitvoering van de interventies**

Voor het onderdeel 'uitvoering van de interventies' is in eerste instantie gebruik gemaakt van het rapport van Slot-Heijs, Collard & Preller (2017) en de daarin genoemde bronnen. Dat rapport bevat een recent overzicht van evidence en practice based informatie over de inzet van beweeginterventies die kunnen helpen cognitieve achteruitgang te beperken. Aanvullend is gebruik gemaakt van *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (Nyman et al., 2018) en enkele rapporten en publicaties uit de kennisbank van Kenniscentrum Sport.

Behoud van gedrag kan zowel bij 'werkzame elementen' als bij 'uitvoering' van interventies besproken worden. Mede vanwege de beperkte informatie in de geselecteerde publicaties is er voor gekozen om borging, als onderdeel van uitvoering van de interventies, te bespreken.

## 4. Resultaten

Dit hoofdstuk geeft allereerst een korte beschrijving van de geanalyseerde literatuur, waarna een opsomming van de werkzame elementen die hieruit zijn geïdentificeerd volgt. Vervolgens worden de geanalyseerde interventies kort beschreven en wordt een opsomming van de werkzame elementen geïdentificeerd vanuit de werkbladen van deze interventies gegeven. Hierna volgt een toelichting op alle geïdentificeerde werkzame elementen, bestaande uit een beschrijving van het werkzame element, de onderbouwing vanuit de literatuur en de toepassing in de praktijk. (Nog) niet aantoonbaar werkzame factoren, wat niet of minder werkt en de overige elementen van het RE-AIM model (R, A, I, M) komen vervolgens aan bod.

### 4.1 Werkzame elementen vanuit de literatuur

Van de vijf geïncludeerde artikelen waren twee systematische review van reviews (Olanrewaju, Kelly, Cowan, Brayne, & Lafortune, 2016; Zubala et al., 2017) en twee artikelen bevatten zowel een systematische review als meta-analyse (Chase, Philips, & Brown, 2017; Devereux-Fitzgerald, Powell, Dewhurst, & French, 2016). Chase (2015) heeft een meta-analyse uitgevoerd. *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (Nyman et al., 2018) bevat zowel (systematische) reviews, reviews van reviews als meta-analyses.

Hieronder staat in willekeurige volgorde een opsomming van alle werkzame elementen die vanuit deze literatuur zijn geïdentificeerd. Een toelichting op deze werkzame elementen volgt in paragraaf 4.3.

- Persoonsgerichtheid (Olanrewaju et al., 2016; Zubala et al., 2017)
- Kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional (Nyman et al., 2018; Zubala et al., 2017)
- Focus op plezier in bewegen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Zubala et al., 2017)
- Inzetten op sociale voordelen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Nyman et al., 2018; Olanrewaju et al., 2016; Zubala et al., 2017)
- Bevorderen van eigen effectiviteit (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Nyman et al., 2018; Zubala et al., 2017)
- Passende intensiteit (Devereux-Fitzgerald et al.; 2016; Zubala et al., 2017)
- Passende setting (Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Nyman et al. 2018; Olanrewaju et al., 2016)
- Meerdere componenten (Zubala et al., 2017)

### 4.2 Werkzame elementen uit interventiewerkbladen

Voor dit onderzoek werden de beweeginterventies Actief Plus, Coach2Move, FTO, Sociaal Vitaal en Promuscle geanalyseerd op werkzame elementen. Actief Plus is een interventie met goede aanwijzingen voor effectiviteit waarin deelnemers (50 jaar en ouder) beweegadvies op afstand krijgen om thuis zelf uit te voeren. Coach2Move (kwetsbare ouderen) en FTO (60-99 jaar) zijn interventies die beide goede aanwijzingen voor effectiviteit hebben en uitgevoerd worden door een fysiotherapeut in de eerstelijnszorg. Naast het vergroten van lichamelijke activiteit richten deze interventies zich met name op het vergroten van zelfredzaamheid. Sociaal Vitaal (eerste aanwijzingen voor effectiviteit) is specifiek gericht op ouderen (60-85 jaar) die naast onvoldoende lichamelijk actief ook eenzaam zijn en weinig veerkracht hebben om te kunnen omgaan met veroudering. Promuscle combineert krachttraining met verhoogde eiwitname voor het doorbreken van de neerwaartse spiraal in fysiek functioneren van ouderen. Hiermee draagt de interventie bij aan behoud en verbetering van functionaliteit en zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen.

Uit de werkbladen van de geselecteerde interventies kwamen twee werkzame elementen naar voren aanvullend op de werkzame elementen geïdentificeerd vanuit de literatuur:

- Tussentijdse evaluatie van de resultaten met de deelnemer (Promuscle)
- Het trainen van activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven (Coach2Move, FTO)

Ook op deze twee werkzame elementen volgt een toelichting in paragraaf 4.3.

### 4.3 Toelichting werkzame elementen en toepassing in de praktijk

Per werkzaam element genoemd in paragraaf 4.1 en 4.2 staat in onderstaande blokken:

- De definitie
- De onderbouwing vanuit de literatuur dan wel interventiewerkblad(en), dus waarom dit element bijdraagt aan de effectiviteit van interventies. Bij de onderbouwing vanuit de literatuur zijn de originele bronnen toegevoegd
- De wijze van toepassing
  - op basis van de werkbladen
  - op basis van expert judgement

#### Persoonsgerichtheid

*Wat?* Interventies zijn afgestemd op de persoonlijke interesses en voorkeuren in manieren van bewegen van de deelnemer, maar ook op de capaciteiten van het individu.

*Waarom?* Persoonsgerichte interventies slaan beter aan bij de deelnemer en zijn daarom effectiever (Hobbs et al., 2013; Noar, Benac, & Harris, 2007; Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, & Mockenhaupt, 2003; Patterson, Bartlett, Marshall, & Mitchell, 2007; Richards, Hillsdon, Thorogood, & Foster, 2013; Stevens et al., 2014; Tang, Abraham, Greaves, & Yates, 2014; Zubala et al., 2017).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Een computerprogramma combineert de persoonlijke kenmerken van deelnemers (zoals demografisch, pre-motivationeel, post-motivationeel en ervaren omgevingsfactoren), welke zijn verkregen via een vragenlijst tot inhoudelijke boodschappen/adviezen die passen bij de situatie van de individuele deelnemer (Actief Plus)
- Motivational Interviewing wordt ingezet en de therapeut doorloopt stap voor stap de diagnostiek en interventie om tot een persoonsgericht interventieplan te komen (Coach2Move)
- De activiteiten die getraind worden zijn persoonlijk relevant voor de deelnemer (FTO)
- Trainingen worden aangepast aan het persoonlijke niveau van de deelnemers en deelnemers ontvangen persoonlijk advies van een diëtist over hun voedingspatroon (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Persoonsgerichtheid van een interventie kan bereikt worden door dezelfde oefening door verschillende deelnemers op een verschillend niveau te laten uitvoeren, dus bijvoorbeeld iets langer of iets meer herhalingen. De oefening wordt zo dus afgestemd op de capaciteit van de persoon. De definitie van persoonsgerichtheid kan ook veel breder worden getrokken, door op alle van de werkzame elementen waarbij dit toepasbaar is de invulling af te stemmen op de individuele deelnemer. Eigenlijk gaat het er dus om dat de interventie 'op maat' is voor de deelnemer. Daarbij is het ook belangrijk dat de deelnemer weet of ervaart dat de interventie persoonlijk afgestemd is. Dit moet dus gecommuniceerd worden met de deelnemer.

## Kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional

*Wat?* Wanneer de interventie wordt uitgevoerd door een professional dient deze adequaat opgeleid en gekwalificeerd te zijn, ervaring in het kunnen motiveren van ouderen te hebben, enthousiast en zorgvuldig te zijn en mee te leven met de deelnemer tijdens de training en waar mogelijk ook tussen de trainingssessies door.

*Waarom?* De kwaliteit en bovengenoemde eigenschappen van de uitvoerende professional hebben invloed op het al dan niet bijwonen van trainingen door deelnemers en kunnen voor deelnemers naast het meedoen ook bepalend zijn voor het volhouden aan het programma (Hawley-Hague et al., 2014; Hawley-Hague, Horne, Skelton, & Todd, 2016; McPhate et al., 2016). Door mee te leven met de deelnemers tijdens de training en waar mogelijk ook tussen de trainingssessies door worden zij gesteund in hun gevoel dat ze opnieuw kunnen deelnemen wanneer ze een of meer sessies gemist hebben (Hawley-Hague, Laventure, & Skelton, 2018).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Uitvoerders zijn fysiotherapeuten met een aantoonbare specialisatie in de geriatrie die een tweedaagse scholing hebben gevolgd (Coach2Move)
- Programma wordt uitgevoerd door een hiervoor geschoolde fysio- of oefentherapeut die ervaring heeft met het trainen van groepen ouderen en bij voorkeur een specialisatie heeft in de geriatrie (FTO)
- Het beweegprogramma wordt uitgevoerd door opgeleide en gecertificeerde lesgevers. Zij worden geselecteerd op affiniteit en ervaring met het lesgeven aan kwetsbare senioren (Sociaal Vitaal).
- De interventie wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut en diëtist (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Inlevingsvermogen in de doelgroep is erg belangrijk. Vooral voor jonge professionals is dit een aandachtspunt, aangezien zij qua leeftijd het verst weg staan van de doelgroep ouderen. Daarnaast is empathie een belangrijke eigenschap waarover de professional moet beschikken. Ook kennis over ouderdomsmotoriek is hierin heel erg belangrijk. Kennis van ouderdomsmotoriek, samen met voldoende kennis van oefeningen en aanpassingen en met inlevingsvermogen, is een hele goede combinatie voor kwaliteit van de uitvoerende professional. Ook moet de professional het groepsgevoel kunnen aanspreken. Daarnaast is het belangrijk dat er een vast persoon voor de groep staat en dat er dus niet steeds gewisseld wordt van instructeur. Anders zal het niet lukken om een goede band op te bouwen met de deelnemers.

Of het nodig is om een zorgprofessional in te zetten hangt erg af van de deelnemers. Als ze fysieke belemmeringen hebben en weinig vertrouwen in hun eigen kunnen, geven ze de voorkeur aan een zorgprofessional, zeker in de startfase. In het tegenovergestelde het geval, dan kan een zorgprofessional juist ongewenst zijn.

## Focus op plezier in bewegen

*Wat?* De interventie focust op het hebben van plezier en stimuleert hiermee dat deelnemers plezier beleven aan bewegen.

*Waarom?* Ouderen hechten waarde aan het ervaren van plezier. Zij zijn in het algemeen meer bezig met plezier en sociaal contact halen uit lichamelijke beweging dan met het behalen van specifieke fitheidsdoelen of het voldoen aan richtlijnen (Kassavou, Turner, Hamborg, & French, 2014). Plezier is dan ook een sleutelfactor om de acceptatie van de interventie bij de doelgroep ouderen te bereiken. Plezier draagt eraan bij dat ouderen het initiatief nemen tot deelname aan de interventie en het deelnemen volhouden (Devereux-Fitzgerald et al., 2018).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Of een activiteit plezierig is speelt mee bij de keuze voor de aard van de activiteiten die gekozen worden (FTO)
- Door het plezier in bewegen te bevorderen wordt er naar gestreefd om het behoud van een actieve leefstijl te bevorderen. De evolutiebiologische speltheorie wordt gebruikt voor aanknopingspunten voor het bevorderen van spelplezier (Sociaal Vitaal)
- Deelnemers ervaren plezier in bewegen, omdat zij op hun eigen niveau kunnen bewegen (Sociaal Vitaal)

Gebaseerd op expert judgement:

Focussen op plezier in bewegen begint al met de naam van de interventie of het beweegaanbod. Te veel nadruk op bewegen kan weerstand oproepen bij potentiële deelnemers. Probeer mensen daarom tot deelname te verleiden door bijvoorbeeld te vertellen over het plezier of de gezelligheid en sociale contact dat de interventie met zich meebrengt. Sociaal contact en het een gevoel van betrokkenheid en erbij horen leveren ook plezier op bij deelnemers.

Mensen moeten het plezier in bewegen ervaren, dus echt vanuit het doen van de bewegingsactiviteit. Vaak heeft plezier in beweging ook nauwe samenhang met welke bewegingsactiviteiten oudere mensen in het verleden hebben gedaan. Zij halen het meeste plezier uit beweegvormen waar ze bekend mee zijn. Voor de huidige generatie 55-plussers is dat vaak voetbal, gymnastiek, dansen of wandelen. Wanneer de interventie aansluit bij (een van) deze vormen van bewegen, is de kans groter dat de deelnemers plezier in bewegen ervaren dan wanneer zij nieuwe of onbekende sporten moeten uitoefenen. Deelnemers zijn dan eerder bang dat ze het niet kunnen en dan haken ze af. Daarnaast kan er ingezet worden op plezier in bewegen door te focussen op de activiteit en niet alleen op de gezondheid van de deelnemers of het ouder worden. De deelnemers moeten het gevoel krijgen dat plezier hebben de reden is waarom je beweegt, anders houden zij het ook niet vol.

GALM is een goed voorbeeld van een interventie die inzet op plezier in bewegen. Hierin worden diverse vormen van sport en spel aangeboden en dus diverse beweegvormen. Deelnemers kunnen hiermee (opnieuw) kennismaken en na een bepaalde periode kiezen voor een sport- of spelvorm en hier naar doorstromen.

## Inzetten op sociale voordelen

**Wat?** De interventie is zo ontworpen dat deelnemers sociaal contact hebben en sociale steun ervaren. Hier wordt op ingezet, zodat deelnemers deze sociale voordelen van het deelnemen aan een interventie ervaren.

**Waarom?** Ouderen hechten waarde aan sociaal contact als onderdeel van hun zelfidentiteit en halen hier plezier uit, waardoor ze eerder in beweging komen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). Ook is het voor de effectiviteit van een interventie belangrijk dat deelnemers sociale steun ervaren (Greaves et al., 2011; Olanrewaju et al., 2016). Sociale steun zorgt voor een toename in fysieke activiteit, doordat het bijdraagt aan een gevoel van verbondenheid en doordat mensen hun mede-deelnemers als rolmodellen kunnen gaan zien. Dit kan bijdragen aan het tot stand brengen van sociale normen en het inperken of bevorderen van gezondheidsbevorderend gedrag (McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006). Het ervaren van sociale steun is dus gerelateerd aan zowel het initiatief nemen tot lichamelijke beweging als het volhouden hiervan (Van Stralen, De Vries, Mudde, Bolman, & Lechner, 2009). Met name sociale steun van instructeurs/begeleiders of groepsleden/sportpartners is van positieve invloed op het volhouden van bewegen (Van Stralen et al., 2009).

**Hoe?** Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Door het betrekken van naasten (familie/vrienden) tijdens en na de therapie ervaren deelnemers sociale steun, waarbij gefocust wordt op samen (veilig) oefenen, stimuleren om te bewegen en zingeving geven aan het oefenen (Coach2Move)
- De groepsgrootte (van 6 tot maximaal 8 deelnemers) faciliteert sociaal contact. Deelnemers werken in tweetallen, hierdoor wordt het sociale contact extra gestimuleerd door het coachen en steunen van elkaar tijdens de oefeningen (FTO)
- Het uitvoeren van de interventie activiteiten in groepsverband zorgt voor binding, sociale steun en enthousiasme (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Als de interventie in groepsverband wordt uitgevoerd levert dit sociale voordelen op en plezier dat daarmee samenhangt. Een kopje koffie na afloop kan hier aan bijdragen. Dat deelnemers voelen dat ze ergens bij horen werkt bovendien als een stok achter de deur om naar de training te komen. Wanneer de groep uit gelijkgestemden bestaat, is de kans op het ervaren van sociale steun nog groter.

Vanuit ervaring is gebleken dat ouderen het niet per se nodig vinden dat familie en/of vrienden betrokken worden bij de interventie. Ze willen wel graag samen bewegen, maar dat hoeft niet specifiek met vrienden of familie te zijn.

Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) is een voorbeeld van een interventie die goed inzet op de sociale voordelen die uit deelname te halen zijn. De instructeur speelt hierin een belangrijke rol. Deze toont daadwerkelijke interesse in de deelnemer door bijvoorbeeld te vragen hoe een bepaalde oefening zoals opstaan de afgelopen week thuis is gegaan.

## Bevorderen van eigen effectiviteit

**Wat?** Interventies moeten inzetten op het bevorderen van eigen effectiviteit. Eigen effectiviteit (ook wel: eigen effectiviteit) verwijst naar iemands overtuiging dat hij of zij met succes bepaald gedrag kan uitvoeren dat vereist is voor het bereiken van een bepaalde uitkomst (Bandura, 1997). In andere woorden: het vertrouwen van iemand in de eigen competentie om met succes bepaald gedrag te vertonen, ondanks mogelijke tegenslagen en barrières.

**Waarom?** Eigen effectiviteit heeft invloed op iemands motivatie. Het bevorderen van eigen effectiviteit is dus belangrijk voor een (structurele) toename in fysieke activiteit, met name bij volwassenen van 60 jaar of ouder (French et al. 2014). Bovendien draagt eigen effectiviteit bij aan empowerment. Dit is belangrijk omdat dit ouderen in staat stelt om actief vorm te geven aan hun gedrag, waardoor ze het bewegen beter volhouden (Devereux-Fitzgerald et al., 2016), en omdat ouderen waarde hechten aan het behouden van een gevoel van controle over hun eigen leven (McGowan, Devereux-Fitzgerald, Powell, & French, 2017).

**Hoe?** Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Door middel van Social modelling waarbij gebruik wordt gemaakt van rolmodelverhalen over (het omgaan met) moeilijke situaties in de vorm van een foto of filmpje van een persoon waarmee de deelnemer zich kan identificeren (zelfde geslacht en leeftijd) (Actief Plus)
- Op basis van de hulpvraag, conditie en mogelijkheden van de patiënt bepaalt de therapeut samen met de patiënt welke doelen haalbaar zijn in welke tijd en wat daarvoor nodig is (Coach2Move)
- Deelnemers houden in een trainingslogboek per oefening hun progressie bij, waardoor hun prestatie en vooruitgang goed zichtbaar worden (FTO)

Gebaseerd op expert judgement:

Deelnemers moeten vertrouwd worden gemaakt met de weg naar een interventie. Als zij bijvoorbeeld bang zijn om alleen naar een training te gaan, een bekende angst onder potentiële deelnemers, kunnen ze de eerste keer/paar keren begeleid worden door iemand. Het wegnemen van angsten, bijvoorbeeld voor het onbekende, speelt een belangrijke rol bij het bevorderen van de eigen effectiviteit. Daarnaast is het belangrijk om op een subtiele manier om te gaan met slechte ervaringen, zoals pijn, en het overwinnen van barrières die ervaren worden door ouderen. Er zijn succeservaringen nodig om de eigen effectiviteit te bevorderen. Hier is ondersteuning voor nodig, bijvoorbeeld door de instructeur, zodat het succes eerst samen ervaren kan worden en daarna alleen. De instructeur heeft dus ook een belangrijke invloed op het bevorderen van eigen effectiviteit. Daarnaast is het belangrijk om van tevoren in kaart te brengen wat het doel is van de deelnemers, bijvoorbeeld met behulp van Motivational Interviewing. Wat willen ze bereiken? Hier kan dan naartoe gewerkt worden door het stellen van haalbare kleine doelen.

Ook is het raadzaam om te beginnen op een laag niveau en toe te werken naar een 'challenge'. De Diabetes Challenge, waarin stapsgewijs naar een soort finish toe wordt gewerkt, is hier een goed voorbeeld van. De training heeft zo een opbouwende lijn en als het de deelnemers lukt om het uiteindelijke doel te behalen zal dit een gevoel van trots opleveren.

## Passende intensiteit

**Wat?** Er wordt gezorgd voor een passende intensiteit van de bewegingsoefeningen binnen de interventie. Een passende intensiteit voor de doelgroep ouderen houdt in dat zij worden aangemoedigd om de oefeningen op hun eigen niveau uit te voeren, maar ook gesteund worden om de intensiteit en duur van de oefeningen te verhogen wanneer zij daartoe in staat zijn. Intensiteit verwijst hierbij naar hoe hard een deelnemer moet werken om de oefening uit te voeren. De bewegingsoefeningen zijn bij voorkeur van matige intensiteit en de interventie doet een aanbeveling over het intensiteitsniveau.

**Waarom?** Wanneer een interventie ouderen aanmoedigt om de oefeningen op hun eigen niveau uit te voeren is de kans op effectiviteit hoger, maar zij moeten ook gesteund worden om de intensiteit en duur van de oefeningen te verhogen wanneer zij daartoe in staat zijn, omdat oudere mensen verwachtingen van zichzelf kunnen hebben waarmee ze zichzelf begrenzen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). De bewegingsoefeningen zijn bij voorkeur van matige intensiteit, omdat dit een grotere effectgrootte heeft dan oefeningen van lage intensiteit (Conn, Valentine, & Cooper, 2002). Door niet de grens op te zoeken is bovendien de kans groter dat het plezier in bewegen gewaarborgd blijft, wat bijdraagt aan het behoud van de doelgroep (expert judgement). Interventies die überhaupt een aanbeveling doen over intensiteitsniveaus van de oefeningen hebben grotere positieve effecten dan interventies zonder deze aanbeveling (Conn et al., 2002).

**Hoe?** Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Gedurende elke training stelt de therapeut de oefenstof bij qua zwaarte en complexiteit. Dit wordt progressief opgebouwd over de trainingen, waardoor de capaciteit telkens vergroot blijft worden (FTO)
- Elke oefening wordt door elke deelnemer drie keer uitgevoerd met een passende mate van complexiteit en intensiteit (FTO)
- De krachttraining is progressief, dus toenemend in intensiteit gebaseerd op het startniveau van de deelnemer, en de fysiotherapeut overtuigt deelnemers dat zij een hogere intensiteit aankunnen (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Het plezier in bewegen moet echt worden bewaakt, waardoor oefeningen van matige intensiteit meer aan te raden zijn. Goede begeleiders zijn echter in staat om voor elk individu een balans te vinden tussen onder- en overvragen. Hierbij kan een toenemende intensiteit niet alleen worden bereikt door bijvoorbeeld het gewicht van spieroefeningen te verhogen, maar ook door een oefening onder complexere omstandigheden uit te laten voeren, bijvoorbeeld op één been. Iemand die eerst een oefening alleen zittend kon uitvoeren, kan dit na een tijdje trainen misschien wel staand. Er moet dus een balans worden gevonden tussen belasting en belastbaarheid, waarbij wel wordt gestreefd naar progressie. Er zijn ook deelnemers die juist te snel te veel willen qua intensiteit. Deze personen moeten dan juist wat worden afgeremd.

## Passende setting

- Wat?** In het algemeen houdt een passende setting in dat de interventie in groepsverband wordt aangeboden en op een andere plek dan bij iemand thuis. Voor mensen die minder zelfvertrouwen hebben of een aandoening vormen eerstelijnscentra en huisartsenpraktijken een passende setting om een interventie uit te voeren. Een passende setting houdt ook in dat deze is afgestemd op de mogelijkheden van de doelgroep, zoals lichamelijke gesteldheid.
- Waarom?** In het algemeen geldt dat interventies het meest effectief zijn, in elk geval op de korte termijn, wanneer deze in groepsverband worden aangeboden. Dit hangt mogelijk samen met de sociale voordelen die uit hieruit voortkomen (Conn, Isaramalai, Banks-Wallace, Ulbrich, & Cochran, 2003; Van der Bij, Laurant, & Wensing, 2002). Daarnaast zijn interventies waarbij ouderen in centra bewegen effectiever gebleken dan interventies waarbij ouderen thuis bewegen, omdat zulke centre-based interventies de kans vergroten dat ouderen het bewegen volhouden (Conn et al., 2002; Conn et al., 2003). Ook interventies die worden aangeboden in eerstelijnscentra en huisartsenpraktijken kunnen lichamelijke beweging vergroten, in elk geval op de korte termijn (Cyarto, Moorhead, & Brown, 2004; Neidrick, Fick, & Loeb, 2012, Stevens et al., 2014). Dergelijke interventies zijn met name effectief voor mensen die minder zelfvertrouwen hebben of een aandoening. Deze mensen vragen duidelijk om een hogere mate van begeleiding door mensen vanuit de zorg. Daarnaast moet de doelgroep in staat zijn om de locatie waar de interventie wordt uitgevoerd te bereiken wil een interventie effectief zijn (Devereux-Fitzgerald et al., 2016).
- Hoe?** Gebaseerd op geselecteerde interventies:
- De interventie wordt uitgevoerd in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en/of gezondheidscentra (Coach2Move).
  - De groepsgrootte is 6 tot maximaal 8 deelnemers en de interventie wordt aangeboden in een voor de groepsgrootte geschikte ruimte, zoals een praktijkruimte, kleine sportzaal, vergaderruimte of een instelling (FTO)
  - De interventie wordt in een groep in een buurthuis of gymnastiekzaal in de eigen buurt van de deelnemers uitgevoerd (Sociaal Vitaal)
  - De interventie wordt uitgevoerd bij de uitvoerende zorgdienstverlener (diëtist, fysiotherapeut) in de praktijk (Promuscle)
- Gebaseerd op expert judgement:  
Wanneer de interventie in de directe leefomgeving van ouderen wordt uitgevoerd is de kans op effectiviteit groter, omdat de stap om mee te doen kleiner zal zijn wanneer de locatie zich dicht bij het huis van de deelnemer bevindt. Dit is met name belangrijk met het oog op de afnemende mobiliteit van ouderen en de kosten die vervoer met zich mee kan brengen. Het is dus aan te raden gebruik te maken van bijvoorbeeld wijkcentra. Om passend te zijn moet ook rekening gehouden worden met of de plek toegankelijk is en netjes, hygiënisch en gezellig oogt.  
De ideale groepsgrootte is afhankelijk van de doelgroep. Zo kan een interventie voor een doelgroep die veel individuele aandacht nodig heeft beter een kleinere groepsgrootte hanteren.

## Meerdere componenten

*Wat?* Interventies verbeteren fysieke activiteit en capaciteit door in te zetten op verschillende onderdelen hiervan (conditie, spierkracht en balans). Bovendien bevat de interventie naast de component fysieke activiteit ook educatie- en begeleidingscomponenten.

*Waarom?* Wanneer een interventie meerdere componenten bevat is de kans groter op een (blijvende) toename in beweging onder deelnemers (McCluskey & Lovarini, 2005; Zubala et al., 2017). Daarnaast wordt door het uitvoeren van zowel conditie-, spierkracht- en balansoefeningen aangesloten bij de Nederlandse beweegrichtlijn, waarin geadviseerd wordt dat ouderen minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning zoals wandelen of fietsen moeten doen en daarnaast minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten gecombineerd met balansoefeningen (Gezondheidsraad, 2017b).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- De adviezen behelzen niet alleen sporten, maar ook andere manier van fysieke activiteit zoals wandelen, fietsen, tuinieren (Actief Plus)
- De beweegoefeningen die gegeven worden in deze interventie zijn speciaal gericht op balans- en krachttraining van spiergroepen die van belang zijn voor een oudere populatie (Actief Plus)
- De training bestaat niet alleen uit kracht of alleen snelheid of balans, maar pakt alle lichaamssystemen aan (FTO)
- Er wordt geadviseerd over het behouden/uitbouwen van een actieve leefstijl en waarop te letten voor dit doeleinde in het dagelijks leven (FTO)
- De interventie zet in op het bevorderen van verschillende motorische eigenschappen zoals kracht, lenigheid, snelheid, uithoudings- en coördinatievermogen (Sociaal Vitaal)
- Kracht- en balansoefeningen worden getraind en de interventie bestaat uit zowel een beweegprogramma als een voedingsprogramma (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Ouderen merken vaak wel dat ze resultaat boeken door het bewegen, maar willen dit ook graag zien in concrete cijfers bijvoorbeeld. Daarnaast biedt tussentijds evalueren de mogelijkheid om aanpassingen te doen aan de interventie. Dit kan bijdragen aan het volhouden van deelname. Dat kan bijvoorbeeld worden gedaan door kort met de deelnemer of met de groep in gesprek te gaan en de inhoud van de interventie te evalueren om zo verbeterpunten te identificeren.

## Tussentijdse evaluatie van de resultaten met de deelnemer

*Wat?* De resultaten die de deelnemer boekt worden tussentijds geëvalueerd met hem of haar.

*Waarom?* Monitoring van de resultaten draagt bij aan de motivatie voor deelname en kwaliteit van de uitvoering bij zowel deelnemers als professionals (Dorhout & Haverman, 2018). Als deelnemers verbetering zien, stabiliteit, of minder achteruitgang dan wanneer zij niet aan de interventie mee zouden doen, ervaren zij een gevoel van trots en succes. Dat geeft vertrouwen, bijvoorbeeld in dat ze dingen makkelijk zelf weer kunnen of kunnen blijven volhouden. Tussentijdse evaluatie van de resultaten kan zo ook bijdragen aan het bevorderen van eigen effectiviteit (expert judgement).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Deelnemers ontvangen een logboek om het eigen beweeggedrag te monitoren (Actief Plus)
- De fysiotherapeut monitort met een set gestandaardiseerde tests de voortgang van de therapie alsook de specifieke doelen en deelt de progressie met de patiënt (Coach2Move)
- Een consult bij de diëtist om de voortgang te bespreken (Promuscle)
- Op de helft van het eerste deel van de interventie, na 6 weken, wordt de deelnemer geïnformeerd over de vooruitgang. Resultaten zijn gebaseerd op een krachttest die wordt gedaan door de fysio. Deze was ook gedaan voor aanvang van het beweegprogramma (Promuscle)

Gebaseerd op expert judgement:

Ouderen merken vaak wel dat ze resultaat boeken door het bewegen, maar willen dit ook graag zien in concrete cijfers bijvoorbeeld. Bij bewegingsactiviteiten waarvoor het niet mogelijk is om concrete resultaten te laten zien, kan feedback van de professional ingezet worden ter evaluatie.

Daarnaast biedt tussentijds evalueren de mogelijkheid om aanpassingen te doen aan de interventie. Dit kan bijdragen aan het volhouden van deelname. Dat kan bijvoorbeeld worden gedaan door kort met de deelnemer of met de groep in gesprek te gaan en de inhoud van de interventie te evalueren om zo verbeterpunten te identificeren.

## Het trainen van activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven

*Wat?* Binnen de interventie worden activiteiten getraind die relevant zijn voor het dagelijks leven van de deelnemer(s). Dit zijn activiteiten met betrekking tot bijvoorbeeld aankleden, eten, opstaan, boodschappen doen, toiletbezoek en huishoudelijke taken, oftewel algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

*Waarom?* Bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten merken ouderen vaak voor het eerst dat bewegen minder goed gaat, waardoor deze activiteiten relevant zijn om te trainen (Diehr, Thielke, Newman, Hirsch, & Tracy, 2013). Daarnaast is het kunnen blijven uitvoeren van dagelijkse activiteiten sterk gerelateerd aan zelfredzaamheid en zelfvertrouwen van ouderen, wat eraan bijdraagt dat zij (kunnen) blijven bewegen (Baert et al., Gorus, Mets, Geerts & Bautmans, 2011; expert judgement).

*Hoe?* Gebaseerd op geselecteerde interventies:

- Dagelijkse activiteiten worden uitgevoerd onder steeds veranderende omstandigheden (FTO)

Gebaseerd op expert judgement:

Het belang van de normale handelingen (algemeen dagelijks handelingen en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) zijn enorm groot en hebben grote invloed op kwetsbaarheid, zelfredzaamheid en zelfvertrouwen van ouderen. Inzet van inhoudelijke training op deze handelingen in combinatie met een speel- of spelfactor versterkt het plezier en hiermee train je met creativiteit, waardoor de drempel om te bewegen wordt verlaagd. In gesprekken met ouderen en beweegprofessionals komt naar voren dat eigen regie behouden en de normale dingen blijven doen een hoge trigger is om deel te nemen aan een beweegprogramma. Achteruitgang is iets wat men niet fijn vindt en ook niet zo graag over praat. Daarmee kun je deelnemers triggeren, dus werven, om deel te nemen aan een interventie. Voorbeelden van te trainen activiteiten zijn opstaan uit een stoel, stappen op de plaats, lopen of spieroefeningen voor het dragen van tassen.

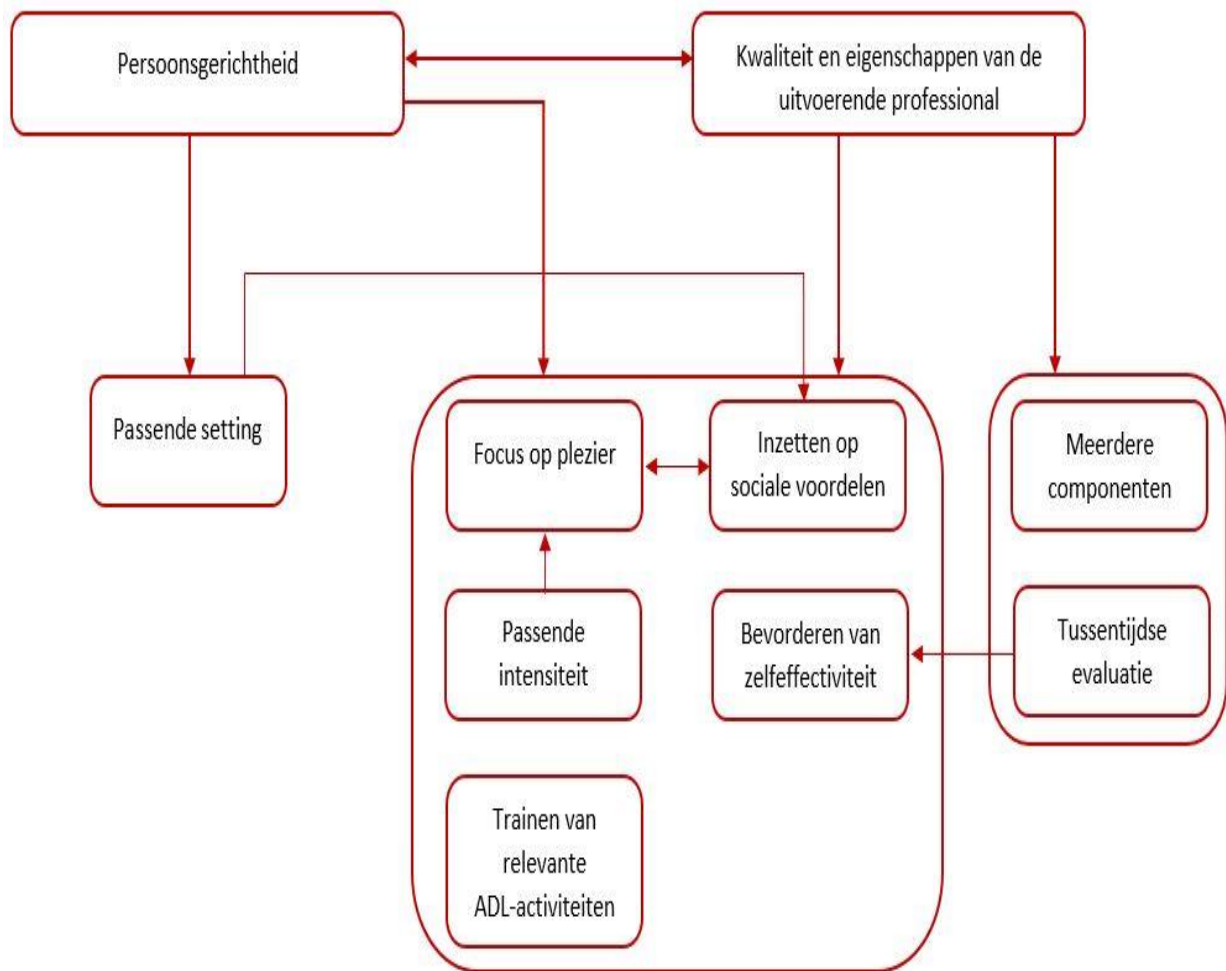
### 4.3.1 Samenhang tussen de werkzame elementen

Op basis van de blokken in paragraaf 4.3 bleken verschillende van de in totaal 10 werkzame elementen een samenhang met elkaar te hebben. Met name de werkzame elementen 'persoonsgerichtheid' en 'kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional' zijn op veel andere werkzame elementen van invloed. Beide elementen beïnvloeden namelijk de werkzame elementen 'focus op plezier', 'inzetten op sociale voordelen', 'bevorderen van eigen effectiviteit', 'passende intensiteit' en 'het trainen van activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven'. Dit wil dus zeggen dat de manier waarop invulling wordt gegeven aan het werkzame element 'persoonsgerichtheid' van invloed is op de werkzame elementen waar een samenhang mee geconstateerd is. Hetzelfde geldt voor de toepassing in de praktijk van het werkzame element 'kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional'. Bovendien zijn deze twee werkzame elementen van invloed op elkaar.

Persoonsgerichtheid is daarnaast ook van invloed op 'passende setting' en 'kwaliteit en eigenschappen van de professional' beïnvloedt ook de werkzame elementen 'tussentijdse evaluatie van de resultaten met de deelnemer' en 'meerdere componenten'. Ondanks dat laatstgenoemde werkzame element met name te maken heeft met het design van de interventie, heeft de uitvoerende professional er wel invloed op of de meerdere componenten al dan niet ook daadwerkelijk aan bod komen. Verder bleek het werkzame element 'inzetten op sociale voordelen' van invloed is op 'focus op plezier' en andersom. Ook hoe er invulling wordt gegeven aan 'passende intensiteit' kan van invloed zijn op 'focus op plezier'. Hoe 'passende setting' wordt toegepast in de praktijk kan van invloed zijn op 'inzetten op sociale voordelen'.

'Tussentijdse evaluatie van de resultaten met de deelnemer' bleek van invloed op 'bevorderen van eigen effectiviteit'.

Op basis van deze resultaten is een schematische weergave van de samenhang tussen geïdentificeerde werkzame elementen gemaakt (Figuur 11). Dit geeft inzicht in hoe de aanwezigheid of toepassing van een bepaald werkzaam element de aanwezigheid of toepassing van een of meerdere andere werkzame elementen kan beïnvloeden. Aanwezigheid verwijst hierbij naar of een interventie het werkzame element bevat. Hoe er invulling wordt gegeven aan 'passende intensiteit' is bijvoorbeeld van invloed op de aanwezigheid van 'focus op plezier'.



Figuur 1 Samenhang tussen geïdentificeerde werkzame elementen

#### 4.4 Wat nog niet bekend is

Vijf (nog) niet aangetoonde factoren kwamen uit de literatuuranalyse naar voren: de beroepsmatige achtergrond van de uitvoerende professional, de frequentie van het contact tussen de deelnemer en de uitvoerende professional, welk soort bewegingsoefening het meest effectief is, het optimale aantal interventie-minuten per week en de optimale duur van interventiesessies. In deze paragraaf volgt een toelichting.

##### Beroepsmatige achtergrond van de uitvoerende professional

Interventies uitgevoerd door professionals uit de gezondheidssector, zoals huisartsen of bewegingsspecialisten, zijn niet bewezen effectiever dan interventies die door professionals zonder zorgachtergrond zoals een sportleraar worden uitgevoerd (Zubala et al., 2017). Onderzochte

effectgroottes bleken vergelijkbaar (Chase, 2015; Foster, Richards, Thorogood, & Hillsdon, 2013; Greaves et al., 2011; Kassavou, Turner, Hamborg, & French, 2014). Zoals beschreven onder het werkzame element 'kwaliteit en eigenschappen van de professional' zijn andere kenmerken van de professional wel bepalend voor effectiviteit. Hieronder valt het hebben van een adequate opleiding. Dit betekent dus dat deze passend is voor de interventie en niet dat de professional per se een opleiding in de zorgsector moet hebben gedaan. Mensen met een grotere zorgvraag, hebben mogelijk wel meer baat bij iemand uit de zorgsector als uitvoerder.

#### Frequentie van contact tussen de deelnemer en de uitvoerende professional

Voor de frequentie van het contact tussen de deelnemer en de uitvoerende professional is niet aangetoond dat het een beter is dan het ander (Zubala et al., 2017).

#### Soort bewegingsoefening

Het doen van bewegingsoefeningen voor zowel spierkracht, balans als conditie kwam naar voren als werkzaam element ('meerdere componenten'). Er is echter niet aangetoond dat binnen deze drie domeinen een bepaalde bewegingsoefening beter is dan de andere wat betreft effectiviteit (Olanrewaju et al., 2016; Zubala et al., 2017). Wel is het zo dat interventies vaak gebruik maken van wandelen, omdat deze manier van bewegen universeel en sterk geaccepteerd is onder ouderen (Rosenberg et al., 2012). Ook is het aan te raden om voor bewegingsoefeningen te kiezen die aan de behoeftes van een gemixte groep voldoen. Dit omdat het waarschijnlijk is dat er binnen een interventie ouderen met verschillende mate van lichamelijke capaciteiten mee zullen doen (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). Daarnaast blijkt dat in ieder geval kwetsbare ouderen zich beter kunnen houden aan oefeningen die van kortere duur zijn, maar er is niet bekend om hoeveel minuten dit dan gaat.

#### Aantal interventie minuten per week en duur van de interventiesessies

Een hoger aantal interventie minuten per week blijkt gerelateerd te zijn aan een groter effect van de interventie. Hetzelfde geldt voor een langere duur van de interventiesessies (Chase et al., 2017). Echter kwam in de literatuur niet naar voren welk aantal minuten dan aangeraden wordt of wat de optimale duur van de interventiesessies is. Zodoende kan hier geen aanbeveling over worden gedaan en is deze factor daardoor niet als werkzaam element opgenomen.

### **4.5 Wat niet of minder werkt**

Uit de geanalyseerde literatuur kwamen twee dingen naar voren die minder werken bij interventies gericht op het stimuleren van ouderen om voldoende te (blijven) bewegen: bewegingsoefeningen van hoge intensiteit en het gebruik van gedragsveranderingstechnieken. Hier volgt een toelichting.

#### Hoge intensiteit van bewegingsoefeningen

Oefeningen van hoge intensiteit kunnen wel wat effectiever zijn in het verbeteren van lichamen functioneren dan oefeningen van matige intensiteit (De Vries et al., 2012), maar slaan in het algemeen minder aan bij ouderen (Department for Culture, 2011). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat sommige ouderen fysieke activiteit van hogere intensiteit meer beschouwen als iets voor jongere mensen (Department for Culture, 2011). Met name voor mensen die zich niet meer in staat voelen om deel te nemen aan fysieke activiteiten met een hogere intensiteit zal een matige intensiteit beter aanvaard worden (US Department of Health and Human Services, 2008). Bij een hoge intensiteit van de uit te voeren bewegingsoefeningen bestaat bovendien de kans dat het plezier in bewegen verloren gaat, terwijl dit een bepalende factor is voor (het volhouden van) deelname.

#### Gebruik van gedragsveranderingstechnieken

Het gebruik van gedragsveranderingstechnieken (BCT's) lijkt minder dan voor andere leeftijdsgroepen bepalend te zijn voor de effectiviteit van interventies (French et al., 2014; Zubala et al., 2017). Dit zijn

technieken die worden ingezet om een of meerdere determinanten van gedrag te beïnvloeden en zo gedragsverandering te bewerkstelligen (Michie et al., 2013). Iemands houding ten opzichte van iets is of een gewoonte zijn voorbeelden van zulke determinanten. BCT's kunnen apart van elkaar of in combinatie ingezet worden. 'The Behaviour Change Technique Taxonomy of 93 Hierarchically Clustered Techniques' (Michie et al., 2013) biedt een indeling van 93 van BCT's, geclusterd binnen zestien groepen. Voorbeelden van BCT's uit interventies die streven naar gedragsverandering zijn het stellen van doelen, zelfmonitoring van gedrag en het maken van een actieplan (Wood et al., 2014).

Dat BCT's niet of minder werken voor de doelgroep ouderen zou kunnen komen doordat veel van deze technieken gebaseerd zijn op zelfregulatie, dus het vermogen om goede keuzes te maken uit de eigen gedragsmogelijkheden en deze te realiseren (Devereux-Fitzgerald et al., 2017). Dergelijke technieken kunnen te veel vragen van de deelnemers, minder geaccepteerd zijn door oudere mensen en te complex voor deze doelgroep zijn (Devereux-Fitzgerald, 2016). Dit gebrek aan acceptatie kan gerelateerd zijn aan het feit dat cognitieve vaardigheden zoals werkgeheugen, planning en organisatie afnemen bij ouderen, terwijl deze van belang zijn bij bepaalde BCT's (Hofmann, Schmeichel, & Baddeley, 2012).

Ook kan het zijn dat bepaalde van deze technieken mensen bewust maken van hun afnemende functionele capaciteiten en lichamelijke beperkingen, wat een ontmoedigend effect kan hebben (McGowan et al., 2017). Mensen die dicht bij het einde van het leven komen, zoals ouderen, laten andere motivatiepatronen zien dan mensen die nog een langere tijd te leven hebben (Löckenhoff & Carstensen, 2004). Zo hebben ouderen meer behoefte aan het krijgen van positieve informatie, wat niet altijd gegarandeerd is bij het gebruik van BCT's (O'Brien et al., 2015).

Uit de literatuur bleek dat in interventies waarin wel gebruik werd gemaakt van BCT's 'het identificeren van barrières om te bewegen' en 'probleemoplossing' het meest consistent gelinkt zijn aan een positief effect (Zubala et al., 2017). Wanneer er wel gebruik wordt gemaakt van BCT's is het van belang dat deze persoonsgericht zijn. Het is dan waarschijnlijker dat er aan persoonlijke behoeftes wordt voldaan en dat er adequater gereageerd wordt op de positie van het individu in de gedragsveranderingscyclus (Zubala et al., 2017).

## **4.6 Uitvoering van de interventies**

Volgens het RE-AIM model kan optimale impact van sport- en beweeginterventies op de publieke gezondheid alleen gecreëerd worden als naast de inzet van inhoudelijke werkzame elementen (E), ook de doelgroep goed bereikt wordt (R), de uitvoerende organisatie in staat en bereid is de interventie uit te voeren (A), de interventie goed geïmplementeerd wordt zoals deze bedoeld is (I) en de interventie en het beweeggedrag geborgd worden (M) (Glasgow et al., 1999). Deze elementen gelden voor alle doelgroepen, maar kunnen bij beweeginterventies voor ouderen meer aandacht vragen dan voor andere doelgroepen. Hoofdstuk 4.6 beschrijft de belangrijkste aandachtspunten per element. Meer gedetailleerde informatie is te lezen in het rapport van Slot-Heijs, Collard en Preller (2017).

### **4.6.1 Bereik**

Bereik gaat over het aantal personen en het percentage van de doelgroep die daadwerkelijk bereikt zijn met de interventie. Ook de mate waarin deze bereikte personen representatief zijn voor de doelgroep valt onder het element bereik (King, Glasgow, & Leeman-Castillo, 2010). Voor het effectief bereiken van de doelgroep ouderen dient op hoofdlijnen rekening te worden gehouden met de volgende aspecten:

- **Interventieaanbod:** is dat geschikt en bereikbaar voor alle mensen in de wijk? Een deel van de beperkte deelname aan interventies door ouderen heeft namelijk te maken met onbekendheid met geschikt aanbod (Stathi, Western, de Koning, Perkin & Withall, 2018). Het is ook mogelijk dat geschikt aanbod niet beschikbaar of bereikbaar is.
- **Netwerk:** wie heb je nodig om deelnemers te kunnen bereiken en om een goed aanbod te faciliteren? Als er een netwerk is opgezet is het ook belangrijk om dit te onderhouden, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten.

- Communicatie: hoe en met welke boodschap ga je naar de doelgroep? Hierbij dient ook rekening te worden gehouden de bronnen van informatie die de doelgroep gebruikt. Voor ouderen is mond-tot-mondreclame een belangrijke wijze van bereik (Slot-Heijs et al., 2017). Ook persoonlijke benadering kan goed werken. Mensen die zelf positieve ervaringen hebben met sport en bewegen zijn vaak goede ambassadeurs. Enthousiaste peers, sleutelfiguren en boegbeelden kunnen zo worden ingezet om voordelen te delen met potentiële deelnemers en angsten weg te nemen (Nyman et al., 2018). Toch zijn er verschillen tussen de manier waarop ouderen het liefst benaderd worden: sommigen stellen een brief van de gemeente juist op prijs terwijl anderen dit als bemoeienis beschouwen. Ook voelen met name jongere ouderen zich mogelijk minder snel aangesproken wanneer zij als 'ouderen' worden benoemd. Wel is het vrijwel altijd beter het woord 'sport' te vermijden en 'bewegen' te gebruiken. Veel ouderen zijn van mening dat zij niet meer kunnen sporten (Hoogendoorn & de Hollander, 2017; Stathi et al., 2018). Een boodschap die aansluit bij wat ze nog wel kunnen (leren) en wat een activiteit voor hen zinvol maakt (bijvoorbeeld plezier en sociaal contact, het kopje koffie na afloop) spreekt meer aan dan naderend(e) functieverlies en verslechtering van de gezondheid te benoemen (Hoogendoorn & de Hollander, 2017).

Hoe goed bereik van de doelgroep er op lokaal- en wijkniveau uit dient te zien is sterk afhankelijk van de samenstelling van de populatie en van de beschikbare organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan het beweegaanbod. Wel is vanuit de praktijk gebleken dat voor kwetsbare groepen de gehanteerde strategie erg bepalend kan zijn voor succes. Het bereiken van mensen met weinig motivatie en eigen effectiviteit vraagt in de regel veel tijd en moeite. Persoonlijke verwijzing door zorgverleners en welzijnswerkers via een buurtsportcoach naar geschikt aanbod werkt bij deze groep veel beter dan een brief of andere algemene (geschreven) informatie. Zo kan, gebaseerd op het rapport van Groothuis & Preller (2016), verwacht worden dat een juiste wijze van bereik kan bijdragen aan een grotere groep van (matig) gemotiveerde ouderen. Het gaat er dus niet alleen om wat je doet om mensen te bereiken, maar ook om hoe je dit doet (Nyman et al., 2018).

Uit de geanalyseerde interventiewerkbladen kwamen drie strategieën naar voren waarmee potentiële deelnemers kunnen worden bereikt:

- Persoonlijk benaderen van ouderen
  - persoonlijke brief of e-mail van de gemeente, waarbij adresgegevens uit de gemeentelijke bevolkingsadministratie (GBA) kunnen worden gehaald, evenals leeftijdsgegevens waarop wijken en/of inwoners geselecteerd kunnen worden. Omwille van de betrouwbaarheid is het belangrijk dat er duidelijk wordt aangegeven dat deze brief afkomstig is van de gemeente.
  - advertentie of oproep in huis-aan-huiskranten of -bladen
  - aansluiten bij formele en informele lokale netwerken in buurten of wijken die in contact staan met de doelgroep, zoals het sociaal wijkteam of ouderenoverleg
  - vrijwilligers die huis-aan-huis werven
- Via therapeuten, huisartsen, apothekers, thuiszorg, welzijnswerkers of sociale wijkteams
  - affiches, flyers of posters in de wachtkamer
  - geattendeerd worden op de interventie door deze professionals
- Via samenwerking tijdens een bestaand evenement of bestaande activiteit
  - een open dag van bijvoorbeeld een woonzorgcentrum
  - activiteiten zoals een kaart- of bingoavond
  - structureel aanwezig zijn op locaties als een bibliotheek

Voor alle drie de wervingsstrategieën is het belangrijk dat rekening gehouden wordt met een geschikte wijze om zich aan te kunnen melden. Bij het persoonlijk benaderen van ouderen is het meesturen van een antwoordkaart een mogelijkheid. Ook kan er gekozen worden om een website te vermelden waarop

deelnemers zich kunnen aanmelden, een telefoonnummer en/of e-mailadres te noemen, of aan te laten geven dat ze telefonisch benaderd willen worden door een buurtsportcoach voor persoonlijk advies. Dit kan ook bij werving via therapeuten, huisartsen, apothekers, thuiszorg of welzijnswerkers. Ook is het belangrijk om ervoor te zorgen dat zowel de moeilijk als de makkelijk bereikbare ouderen worden benaderd. De keuze voor wervingsstrategie hangt af van specifieke doelgroep, wervingskosten, tijdsinvestering en kans op respons. Verder kan er voor gekozen worden om een proefles of proefabonnement aan te bieden. Op deze manier kunnen mensen vrijblijvend kennis maken met de interventie zonder dat zij zich meteen moeten binden. Hierdoor wordt de interventie laagdrempeliger en dus toegankelijker (Hoogendoorn & de Hollander, 2017).

#### 4.6.2 Adoptie

Het kernpunt bij adoptie is dat de uitvoerende organisatie en begeleiders in staat zijn en gemotiveerd blijven om de interventie uit te voeren. Hierbij is het belangrijk dat zij voldoende (terug) krijgen om dit vol te houden. Het kan dan gaan om financiële mogelijkheden, waardering van partners en deelnemers, competentieontwikkeling, ondersteuning bij de uitvoering, uitbreiding van het netwerk en zichtbaarheid van resultaten.

Op hoofdlijnen zijn enkele belangrijke aspecten te noemen:

- **Interventie:** sluit het doel aan bij de doelgroep en is de interventie voldoende aan te passen aan de omstandigheden zonder nadelige gevolgen voor de effectiviteit, en garandeert de interventie voldoende plezier voor deelnemers en begeleider (Slot-Heijs et al., 2017)?
- **(Intermediair) begeleider:** is deze ervan overtuigd dat hij/zij de interventie goed kan uitvoeren en is hij/zij intrinsiek gemotiveerd om dit te doen? Ervaart deze geen onnodige administratieve belasting en heeft deze indien nodig voldoende ondernemerschap om een interventie in te zetten en draaiende te houden (Slot-Heijs et al., 2017)?
- **Organisatie:** stelt deze voldoende tijd, middelen en ondersteuning beschikbaar aan degene die de interventie uitvoert?

#### 4.6.3 Implementatie

Voor effectieve implementatie is het belangrijk dat de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Dit wil allereerst zeggen dat de geïdentificeerde werkzame elementen op de juiste manier worden toegepast. Praktische voorbeelden staan in paragraaf 4.3. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de volgende algemene voorwaarden voor implementatie:

- **Afbakening doelgroep**  
Een belangrijke basis voor een goede implementatie is dat er een duidelijk gedefinieerde doelgroep is. Meestal betekent dit dat de fysieke mogelijkheden van de deelnemers niet al te ver uit elkaar liggen. Eventueel kan dit worden aangevuld met andere kenmerken die relevant zijn voor de uitvoering, zoals andere beperkingen, soort motivatie (intrinsiek of extrinsiek) en sociale omgeving van de deelnemers inclusief zorgverleners.
- **Netwerk**  
Een goed netwerk ondersteunt de uitvoering en implementatie op verschillende elementen. Het is belangrijk dat daar gemotiveerde vertegenwoordigers in zitten van organisaties die direct contact hebben met en vertrouwen hebben van de doelgroep, die de uitvoerende organisatie kunnen ondersteunen, die eventueel vervolgaanbod kunnen realiseren en die belangrijk zijn voor financiering. Voor het bereiken en begeleiden van meer kwetsbare ouderen zijn de zorg- en welzijnssectoren vaak een relevante partner, maar zij zien zichzelf nog niet altijd een logische partner van 'de sport' (Buist et al., 2018).

- **Monitoring en evaluatie**

Procesequeraties zijn belangrijk om uitvoering te kunnen optimaliseren. Inzicht in resultaten is belangrijk voor deelnemers zelf en om draagvlak te behouden bij uitvoerders en mensen in het netwerk. Ook kan dit gebruikt worden voor verantwoording naar financiers en beleid.

#### **4.6.4 Borging**

Borging heeft hier zowel betrekking op het langdurig uitvoeren van een interventie, als op het behoud van beweeggedrag. Borging moet dus zowel op individueel als op interventieniveau plaatsvinden (King, Glasgow, & Leeman-Castillo, 2010).

##### Behoud van beweeggedrag

Voor behoud van beweeggedrag op individueel niveau is het aan te raden de interventie minimaal 6 maanden in te zetten. Deze periode wordt veelal aangehouden voor duurzame gedragsverandering, zodat bewegen een routine wordt (Herens, Wagemakers, den Besten, & Bernaards, 2015). Een deel van deze periode kan bestaan uit een nazorgtraject met een beperkt aantal contactmomenten. Het meegeven van adviezen hoe de oefeningen na afloop van de interventie thuis uitgevoerd kunnen worden of in het dagelijks leven kunnen worden ingebed kan bijdragen aan borging van beweeggedrag.

Bij tijdelijke en vooral de korter durende interventies is het belangrijk dat er vervolgaanbod is dat minimaal afwijkt van de qua groepssamenstelling, begeleiding, locatie en tijdstip. Dit helpt uitval van oudere en meer kwetsbare mensen. Ook mag er geen gat vallen tussen einde van de interventie en begin van het vervolgaanbod. Als er wel wijzigingen nodig zijn, dan bij voorkeur geleidelijk of minimaal. Een begeleider van vervolgaanbod kan een aantal keer aanwezig zijn tijdens de interventie en het nieuwe aanbod kan op de oude locatie blijven. Een goed netwerk ondersteunt de samenhang in aanbod binnen en tussen verschillende sectoren. Dat vergroot de kans dat mensen bij de start of bij afname van capaciteiten (door)verwezen worden naar geschikt aanbod. Georganiseerd beweegaanbod zorgt ervoor dat mensen een stok achter de deur hebben om te bewegen. Wanneer deze ontbreekt is de kans groter dat zij terugvallen in oud gedrag (Nyman et al., 2018).

##### Borging van de interventie

Borging van de interventie vraagt al aandacht voordat een interventie voor het eerst uitgevoerd wordt. Het is veelal goedkoper en bevredigender om een (goedlopende) interventie te continueren dan een nieuwe op te starten met bijkomende problemen en kosten (Herens et al., 2015). Als de kosten van een interventie - op zichzelf staand of in verhouding tot de baten - laag zijn is het een stuk makkelijker om die langdurend te kunnen laten lopen. Het inzetten op een interventie op basis van een positieve baten- en kostenverhouding kan echter lastig zijn voor een gemeente. De direct relatie tussen inversteringen door en opbrengsten voor de gemeente is lastig te kwantificeren (Bailey, Hillman, Arent & Pepitas, 2013). Er kan wel op kosten van de uitvoering worden bespaard door, waar mogelijk, vrijwilligers in te zetten (Van de Vijver et al., 2018) en deelnemers zelf in te zetten bij de organisatie, zoals bij de Groningen Active Ageing Strategy gedaan wordt (GAAS). Deelname aan bepaalde interventies wordt bovendien deels vergoed door de zorgverzekeraar. Bij afspraken over een gemeentepolis kan hier ook op gestuurd worden (BS&F, 2017). Daarnaast is van bepaalde interventies bewezen dat deze kosteneffectief (kunnen) zijn of dat de baten in termen van kwaliteit van leven aantoonbaar hoog zijn (Coach2Move en SLIMMER).

Andere aspecten die belangrijk zijn voor de borging van een interventie zijn het verbeteren van de interventie wanneer dit nodig blijkt, borging in beleid van de uitvoerende organisatie en van de gemeente, en continu aandacht voor voldoende deelnemers. Dat laatste betekent tijdige werving, maar ook beperken van overbodig concurrerend aanbod.

## 5. Conclusie

### 5.1 Werkzame elementen van interventies

Analyse van de literatuur en van werkbladen van sport- en beweeginterventies, aangevuld met expert judgement, leidde tot de identificatie van tien inhoudelijke werkzame elementen. Deze elementen dragen bij aan de effectiviteit van interventies waarmee ouderen gestimuleerd worden meer te bewegen. Voor deze elementen is aangegeven hoe ze in de praktijk ingezet (kunnen) worden.

Tabel 6 vat de resultaten samen met één of meerdere voorbeelden van de toepassing in de praktijk.

Tabel 6 Overzicht geïdentificeerde werkzame elementen en voorbeeld(en) toepassing in de praktijk

Werkzaam element	Uitleg	Voorbeeld(en) van toepassing in de praktijk
Persoonsgerichtheid	Interventies zijn afgestemd op de persoonlijke interesses, voorkeuren in manieren van bewegen en capaciteiten van de individuele deelnemer.	Een persoonlijke intake vooraf waarin motivatie en doelen van de deelnemer worden besproken. Door de training aan te passen aan het persoonlijk niveau van de deelnemer.
Kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional	De uitvoerende professional dient adequaat opgeleid, gekwalificeerd, enthousiast en zorgvuldig te zijn, ervaring te hebben met het kunnen motiveren van ouderen en mee te leven met de deelnemer tijdens de training en waar mogelijk ook tussen de trainingssessies door.	Alleen gebruik maken van gecertificeerde professionals en deze een training geven specifiek gericht op de interventie. Selecteren op affiniteit en ervaring met het lesgeven aan ouderen.
Focus op plezier	De interventie focust op het hebben van plezier en stimuleert hiermee dat deelnemers plezier beleven aan bewegen.	Niet te veel nadruk te leggen op het bewegen zelf en de (afnemende) gezondheid, maar in plaats daarvan focussen op de gezelligheid en het sociale contact dat deelname voortbrengt. Door een manier of niveau van bewegen aan te bieden waartoe deelnemers in staat zijn.
Inzetten op sociale voordelen	De interventie is zo ontworpen dat deelnemers sociaal contact hebben en sociale steun ervaren. Hier wordt op ingezet, zodat zij deze sociale voordelen van het deelnemen aan een interventie ervaren.	Door oefeningen in paren uit te laten voeren. Een gezamenlijk kopje koffie na afloop.
Bevorderen van eigen effectiviteit	Het vertrouwen van de deelnemer in de eigen competentie om met succes bepaald gedrag te vertonen ondanks mogelijke tegenslagen en barrières wordt vergroot.	Door samen met de deelnemer (tussentijdse) haalbare doelen te stellen zodat zij succeservaringen opdoen.

Werkzaam element	Uitleg	Voorbeeld(en) van toepassing in de praktijk
Passende intensiteit	Er wordt gezorgd voor een passende intensiteit van de bewegingsoefeningen binnen de interventie. Passend houdt voor de doelgroep ouderen in dat zij worden aangemoedigd om de oefeningen op hun eigen niveau uit te voeren, maar ook gesteund worden om de intensiteit en duur van de oefeningen te verhogen wanneer zij daartoe in staat zijn. Intensiteit verwijst hierbij naar hoe hard een deelnemer moet werken om de oefening uit te voeren. De bewegingsoefeningen zijn bij voorkeur van matige intensiteit en de interventie doet een aanbeveling over het intensiteitsniveau.	Een oefening onder steeds moeilijkere omstandigheden laten uitvoeren. De training progressief maken, dus toenemend in intensiteit, gebaseerd op het startniveau van de deelnemer.
Passende setting	De setting van de interventie is afgestemd op de mogelijkheden van de doelgroep. In het algemeen geldt: interventies die buiten het huis van de deelnemer en in groepsverband worden uitgevoerd zijn het meest effectief. Ook interventies in eerstelijnscentra zijn bewezen effectief.	Een uitvoeringslocatie in de directe leefomgeving van deelnemers. Gebruik maken van bijvoorbeeld wijkcentra. Rekening houden met of de plek toegankelijk is en netjes, hygiënisch en gezellig oogt.
Meerdere componenten	Dit houdt in dat de interventie oefeningen voor zowel het verbeteren van spierkracht, balans als conditie bevat en naast de component fysieke activiteit ook educatie- en begeleidingscomponenten biedt.	Bewegingsoefeningen voor zowel spierkracht, balans als conditie laten uitvoeren door de deelnemer. Het verspreiden van kennis over een actieve gezonde leefstijl.
Tussentijdse evaluatie van de resultaten met de deelnemer	De resultaten die de deelnemer boekt worden tussentijds geëvalueerd met hem of haar.	Aan de hand van een logboek dat de deelnemer zelf bijhoudt. Door gebruik te maken van tets en de resultaten hiervan met de deelnemer te bespreken.
Het trainen van activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven	Binnen de interventie worden activiteiten getraind die relevant zijn voor het dagelijks leven van de deelnemer(s). Dit zijn activiteiten met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals verzorging en huishoudelijke activiteiten.	Te trainen activiteiten zijn ontstaan uit een stoel, stappen op de plaats, lopen of spieroefeningen voor het dragen van tassen.

De werkzame elementen zijn afhankelijk van de context, waaronder de doelgroep en het beoogde effect. De resultaten in dit onderzoek gelden voor de doelgroep zelfstandig wonende ouderen boven de 55 jaar, die nog geen grote mobiliteitsbeperkingen hebben maar wel een verhoogd risico daarop, die te

weinig bewegen en waar het doel is ze voldoende te laten (blijven) bewegen. Voor bijvoorbeeld valpreventieprogramma's en interventies om diabetes te voorkomen kunnen andere elementen gelden.

Verschillende van deze werkzame elementen hangen met elkaar samen (Figuur 11, paragraaf 4.3.1). Dit schema is gebaseerd op de informatie uit het huidige onderzoek, maar is mogelijk niet uitputtend. Ook kan het zijn dat elementen die nu onderscheiden worden onderdeel zijn van één en hetzelfde element. In het schema zijn **'persoonsgerichtheid'** en **'kwaliteit en eigenschappen van de uitvoerende professional'** overkoepelende werkzame elementen. Dit wil zeggen dat de wijze van invulling van de meeste van de werkzame elementen met name afhangt van de mate van afstemming op de persoon of personen die deelnemen en van de uitvoerende professional.

In de praktijk en in het onderzoek worden nog andere elementen genoemd, waarvan echter niet kan worden aangetoond dat ze als werkzaam gezien kunnen worden. Dat zijn de beroepsmatige achtergrond van de uitvoerende professional, de frequentie van het contact tussen deelnemer en professional, en de soort bewegingsoefening. Bekend is daarnaast wel dat een hoger aantal interventie-minuten per week en een langere duur van interventiesessies effectiever is, maar niet wat optimaal is.

Verder blijkt dat bewegingsoefeningen met een hoge intensiteit minder goed bruikbaar zijn voor de doelgroep ouderen. Dit geldt ook voor het gebruik van gedragsveranderingstechnieken. Die kunnen te veel vragen van de deelnemers, worden minder geaccepteerd, of zijn te complex voor deze doelgroep.

## 5.2 Uitvoering van de interventies

Om optimale impact te realiseren met effectieve beweeginterventies geldt dat bereik van de doelgroep, adoptie van de interventie, implementatie van de interventie en borging van het beweeggedrag en van de interventie goed moeten zijn.

Voor de doelgroep ouderen ligt vooral een uitdaging in het bereik. De meer kwetsbare groepen worden minder aangesproken en minder bereikt. Mond-tot-mondreclame en persoonlijke benadering werken het best, al zijn er duidelijke verschillen binnen de doelgroep in hoe mensen het best benaderd kunnen worden. Sommigen krijgen juist liever een mail dan een brief en met name jongere 55-plussers kunnen zich minder snel aangesproken voelen door gebruik van het woord 'ouderen'. In de communicatie is het vrijwel altijd beter om het woord 'sport' te vermijden, omdat veel oudere mensen denken dat ze niet meer kunnen sporten vanwege hun leeftijd of gebreken. 'Bewegen' spreekt meer aan. Potentiële deelnemers ontvangen een boodschap beter die benoemt wat ze nog wel kunnen (leren) en wat de activiteit voor hen zinvol maakt (bijvoorbeeld sociaal contact). Hiervoor kunnen enthousiaste *peers*, sleutelfiguren en boegbeelden worden ingezet.

Voor adoptie van beweeginterventies geldt dat de doelgroep en de interventie zoveel mogelijk aansluit bij de visie en missie van de uitvoerende organisatie en bij de motivatie van begeleiders.

Voor implementatie dient de doelgroep duidelijk gedefinieerd te zijn. Wanneer de fysieke mogelijkheden van de oudere deelnemers te ver uit elkaar liggen is dit van invloed op de mate waarin bepaalde werkzame elementen toegepast kunnen worden.

Tot slot is voor behoud van gedrag belangrijk dat deelnemers erop kunnen vertrouwen dat de training of activiteit op een vaste tijd en plek plaatsvindt. Dit draagt bij aan gewoontevorming onder deelnemers. Bij een tijdelijk aanbod dient er vervolgaanbod te zijn na afloop van de interventie. Wanneer dit ontbreekt is de kans groot dat deelnemers terugvallen in oud gedrag van weinig bewegen.

## 6. Aan de slag

Dit onderzoek bracht verschillende elementen naar voren om op een effectieve wijze bewegen bij 55-plussers te stimuleren. In dit hoofdstuk laten we zien wat belangrijke aandachtspunten zijn als u hier mee aan de slag wilt.

Beweeginterventies worden ingezet voor mensen die extra ondersteuning nodig hebben om meer te gaan bewegen, of voor wie andere mogelijkheden niet (meer) aanwezig zijn. Laat de beweeginterventies voor de beoogde groep bij voorkeur onderdeel zijn van integrale preventieve zorg voor ouderen. Beweeginterventies hebben immers de potentie zowel fysieke, sociale, psychische als cognitieve kwetsbaarheid te beperken. Ze kunnen daardoor een doelmatig middel zijn om doelstellingen op meerdere beleidsterreinen te behalen.

Zorg dat er een goed beeld is van het bestaande sport- en beweegaanbod in de wijk, ook van zorg en welzijn. Creëer het overzicht bij voorkeur middels een bijeenkomst in de wijk met de verschillende stakeholders. Sluit aan bij een bestaand netwerk, of stimuleer de vorming en het onderhoud van een netwerk. Een netwerk is een voorwaarde voor bereik van kwetsbare doelgroepen en (door)verwijzing naar geschikt aanbod. Als verbinder tussen sport en andere sectoren kan een buurtsportcoach een relevante rol spelen met betrekking tot het netwerk.

Analyseer of het aanbod aansluit bij de samenstelling van de wijk. De GGD monitor, ROS-wijkscan en [waarstaatjegemeente.nl](http://waarstaatjegemeente.nl) geven informatie over samenstelling wat betreft leeftijd, (zorggebruik voor) chronische aandoeningen, beweeggedrag en gebruik van Wmo regelingen. Zijn er groepen mensen voor wie activiteiten niet geschikt of bereikbaar zijn in termen van inhoud, niveau, afstand en kosten? Het kan helpen dit te bepalen aan de hand van profielen van wijkbewoners, bijvoorbeeld op basis van fysieke beperkingen, psychische, sociale en cognitieve kwetsbaarheid, en sport- en beweegverleden. Dat zijn factoren die mede bepalen welk aanbod en welke wijze van bereik geschikt zijn.

Zijn er aanvullend bepaalde soorten interventies nodig om geschikt aanbod te hebben voor alle bewoners? Of beperkt concurrentie juist de levensvatbaarheid van verschillende activiteiten?

Beoordeel de interventies zowel op de aanwezigheid en toepassing van werkzame elementen als op goede implementatie, zoals dat in hoofdstuk 5 kort is samengevat en in hoofdstuk 4 uitgebreider is beschreven. Ga met de uitvoerder in gesprek of er aanpassingen mogelijk zijn als aan weinig voorwaarden wordt voldaan. Ook kan een andere interventie in aanmerking komen.

Voor interventies is het in eerste instantie belangrijk dat ze persoonsgericht zijn en aansluiten bij wensen en mogelijkheden van deelnemers. In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende mogelijkheden genoemd om dit toe te passen binnen interventies. Daarbij is het wenselijk rekening te houden met voorkeuren van mannen. Zij zijn vaak sterk ondervertegenwoordigd bij groepsinterventies. Aanbod als Old Stars/Walking Football blijkt op veel locaties met succes mannen aan te trekken.

In tweede instantie dienen de kwaliteit en de eigenschappen van de uitvoerende professional aan te sluiten bij de doelgroep. Realiseer dat er een grote groep is met ernstiger beperkingen of onvoldoende vertrouwen in eigen kunnen die, tenminste in eerste instantie, begeleid moeten worden door een (geriatrisch) fysiotherapeut, zoals bij Coach2Move of Functioneel Trainen Ouderen (FTO). Faciliteer gebruik van dit soort interventies voor mensen met beperkte financiële middelen, bijvoorbeeld via de gemeentepolis. Zorg dat dit aanbod aansluit bij het vervolgaanbod buiten de paramedische setting.

Bij andere interventies zoals Sociaal Vitaal en Meer Bewegen voor Ouderen hebben begeleiders een specifieke opleiding of training gevolgd.

Opleiding alleen volstaat echter niet om een geschikte begeleider te zijn. De begeleider dient affiniteit te hebben met en aansluiting te hebben bij de doelgroep, de deelnemers goed te kunnen motiveren, in

staat te zijn binnen de interventie het niveau van de oefening aan te passen aan het individu, en het groepsgevoel te kunnen stimuleren. Veel gemeenten blijken daarom vaker te kiezen voor buurtsportcoaches senioren die zelf ouder zijn.

Het is belangrijk dat er ingezet wordt op het bevorderen van eigen effectiviteit en mensen te laten zien en dat zij resultaten behalen, bijvoorbeeld door met regelmaat te testen met een eenvoudige looptest, knijpkrachttest, of op snelheid van zitten naar staan. Gewenste resultaten zijn op hogere leeftijd niet alleen progressie van fysieke capaciteiten, maar ook vertraging van achteruitgang.

Een passende setting zorgt voor betere effectiviteit. Meestal werkt een aanbod in groepsverband beter dan individueel, omdat deze beter inspelen op de sociale voordelen: plezier in het gezamenlijk bewegen en sociale steun ontvangen waardoor ze het bewegen langer volhouden. De optimale grootte van de groep kan variëren, afhankelijk van de beperkingen, van 6-8 (FTO), tot bijvoorbeeld maximaal 20 bij Meer Bewegen voor Ouderen.

Voor optimaal bereik van de doelgroep is een goed netwerk en goede communicatie van belang. Er zijn veel mensen die van mening zijn dat aanbod te hoog gegrepen is en daardoor niet de stap nemen tot deelname. Verwijzing van kwetsbare mensen door zorg- en welzijnsprofessionals en via de buurtsportcoach is aantoonbaar effectiever dan via de media of een brief. Introductielessen op zeer laag niveau, met mensen van vergelijkbaar niveau, en (in eerste instantie) zorgverleners mee laten begeleiden verlagen de drempel tot deelname.

Zorg voor behoud van beweeggedrag dat het aanbod lang genoeg duurt, zoals Sociaal Vitaal (9 maanden uitvoering en 24 maanden nazorg) of Meer Bewegen voor Ouderen (in principe permanent). Bij tijdelijke en vooral korter durende interventies dient er vervolgaanbod te zijn dat minimaal afwijkt qua groepssamenstelling, begeleiding, locatie en tijdstip om uitval te vermijden van de oudere en meer kwetsbare mensen. Ook mag er geen gat vallen tussen einde van de interventie en begin van het vervolgaanbod. Uitval wordt beperkt als bijvoorbeeld de begeleider van het vervolgaanbod een aantal keer aanwezig is tijdens de interventie, of het nieuwe aanbod op de oude locatie kan blijven.

Tot slot is het belangrijk om een aantal zaken te monitoren. Dit helpt om de kwaliteit van de inzet van de interventie te bewaken, ter onderbouwing van wijzigingen in aanpak en beleid, en te kunnen verantwoorden naar beleid en financiers.

## 7. Referenties

- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing research reviews*, 10(4), 464-474.
- Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). Physical activity: An underestimated investment in human capital?. *Journal of physical activity and health*, 10(3), 289-308.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bij, A. K. van der, Laurant, M. G., & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American journal of preventive medicine*, 22(2), 120-133.
- BS&F (2017). *Preventie en de gemeentepolis*. Zwolle: BS&F.
- Buist, Y., Bruin, S. de, Rijken, M., Lemmens, L., Vooren, N. van, & Baan, C. (2018). *Vroegsignalering bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om samenwerking te verbeteren?* Bilthoven: RIVM.
- CBS & RIVM (2016). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. Verkregen op 12 april 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/bestanden/documenten/top30sporten4jrenouder20152016xlsx>.
- Chase, J. A. D. (2015). Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults: A Meta-Analysis. *Gerontologist*, 55(4), 706-718.
- Chase, J. A. D., Phillips, L. J., & Brown, M. (2017). Physical activity intervention effects on physical function among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of aging and physical activity*, 25(1), 149-170.
- Conn, V. S., Valentine, J. C., & Cooper, H. M. (2002). Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Annals of behavioral medicine*, 24(3), 190-200.
- Conn, V. S., Isaramalai, S-A., Banks-Wallace, J., Ulbrich, S., Cochran, J. (2003). Evidence-Based Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 27(2), 39-52.
- Cyarto, E. V., Moorhead, G. E., & Brown, W. J. (2004). Updating the evidence relating to physical activity intervention studies in older people. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 30-38.
- Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., Dewhurst, A., & French, D. P. (2016). The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review and meta-synthesis. *Social Science & Medicine*, 158, 14-23.
- Devereux-Fitzgerald, A., McGowan, L., Powell, R., & French, D. P. (2018). Making Physical Activity Interventions Acceptable to Older People. In *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (pp. 291-311). Palgrave Macmillan, Cham.
- Department for Culture (2011). *Adult participation in sport: Analysis of the taking part survey*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/137986/tp-adult-participation-sport-analysis.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137986/tp-adult-participation-sport-analysis.pdf). Accessed 10 July 2015.
- Diehr, P. H., Thielke, S. M., Newman, A. B., Hirsch, C., & Tracy, R. (2013). Decline in health for older adults: five-year change in 13 key measures of standardized health. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(9), 1059-1067.
- Dorhout, B. & Haverman, A. (2018). *Promuscle in de Praktijk*. Wageningen University & Research, AGORA.
- Elling, A. & Dool, R. van den (2010). *Niet-sporters: achtergronden en opvattingen: aanvullende rapportage SportersMonitor 2008*. Utrecht: Mulier Instituut.
- Foster, C., Richards, J., Thorogood, M., & Hillsdon, M. (2013). Remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9).
- Gezondheidsraad (2017a). *Beweegrichtlijnen 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2017b). *Physical activity and risk of chronic diseases. Background document to the Dutch physical activity guidelines 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327.
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H., & Schwarz, P. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC public health*, 11(1), 119.
- Groothuis, M. & Preller, L. (2016). *Wat beweegt mensen met een chronische aandoening?* Ede: Kenniscentrum Sport.
- Hawley-Hague, H., Horne, M., Campbell, M., Demack, S., Skelton, D. A., & Todd, C. (2014). Multiple levels of influence on older adults' attendance and adherence to community exercise classes. *The Gerontologist*, 54(4), 599-610.

Hawley-Hague, H., Horne, M., Skelton, D. A., & Todd, C. (2016). Older adults' uptake and adherence to exercise classes: instructors' perspectives. *Journal of aging and physical activity*, 24(1), 119-128.

Hawley-Hague, H., Laventure, B., & Skelton, D. A. (2018). The Role of the Instructor in Exercise and Physical Activity Programmes for Older People. In *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (pp. 337-357). Palgrave Macmillan, Cham.

Herens, M., Wagemakers, A., Besten, H. den & Bernaards, C. (2015). Welke factoren zijn van invloed op duurzaam beweeggedrag bij vrouwen van niet-westerse herkomst? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 93(3):93-101.

Hobbs, N., Godfrey, A., Lara, J., Errington, L., Meyer, T. D., Rochester, L., ... & Sniehotta, F. F. (2013). Are behavioral interventions effective in increasing physical activity at 12 to 36 months in adults aged 55 to 70 years? A systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 11(1), 75.

Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*, 16(3), 174-180.

Hoogendoorn M.P. de Hollander E.L. (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. RIVM Briefrapport 2016-0201

Kassavou, A., Turner, A., Hamborg, T., & French, D. P. (2014). Predicting maintenance of attendance at walking groups: Testing constructs from three leading maintenance theories. *Health Psychology*, 33, 752-756.

Kenniscentrum Sport (2018). Kader Werkzame Elementen van Kenniscentrum Sport. Ede: Kenniscentrum Sport.

Kenter, E., Crone, M., Gebhardt, W., Lottman, I., & Rossum, M. van (2013). Wat beweegt u?: een kwalitatief onderzoek naar de invloed van levensgebeurtenissen tijdens de ouderdom op het beweeggedrag van senioren uit Alphen aan den Rijn en Oegstgeest. Leiden: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

King, D. K., Glasgow, R. E., & Leeman-Castillo, B. (2010). Reaiming RE-AIM: using the model to plan, implement, and evaluate the effects of environmental change approaches to enhancing population health. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2076-2084.

Koeneman, M. A., Chinapaw, M. J., Verheijden, M. W., van Tilburg, T. G., Visser, M., Deeg, D. J., & Hopman-Rock, M. (2012). Do major life events influence physical activity among older adults: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 147.

Kramer, A. F., Colcombe, S. J., McAuley, E., Scalf, P. E., & Erickson, K. I. (2005). Fitness, aging and neurocognitive function. *Neurobiology of aging*, 26(1), 124-127.

Li, J., & Siegrist, J. (2012). Physical activity and risk of cardiovascular disease—a meta-analysis of prospective cohort studies. *International journal of environmental research and public health*, 9(2), 391-407.

Loket Gezond Leven (2013). Criteria voor goed onderbouwd en effectief: Beoordeling door de erkenningscommissie interventies. Bilthoven: Loket Gezond Leven.

Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of personality*, 72(6), 1395-1424.

Marzetti, E., Calvani, R., Tosato, M., Cesari, M., Di Bari, M., Cherubini, A., ... & Bernabei, R. (2017). Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. *Aging clinical and experimental research*, 29(1), 35-42.

McCluskey, A., & Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC medical education*, 5(1), 40.

McGowan, L. J., Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., & French, D. P. (2017). How acceptable do older adults find the concept of being physically active? A systematic review and meta-synthesis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1-24.

McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Social science & medicine*, 63(4), 1011-1022.

McPhate, L., Simek, E. M., Haines, T. P., Hill, K. D., Finch, C. F., & Day, L. (2016). "Are your clients having fun?" The Implications of respondents' preferences for the delivery of group exercise programs for falls prevention. *Journal of aging and physical activity*, 24(1), 129-138.

Moore, S. C., Lee, I. M., Weiderpass, E., Campbell, P. T., Sampson, J. N., Kitahara, C. M., ... & Adami, H. O. (2016). Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA internal medicine*, 176(6), 816-825.

Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological bulletin*, 133(4), 673.

Nyman, S. R., Barker, A., Haines, T., Horton, K., Musselwhite, C., Peeters, G., ... & Wolff, J. K. (2018). *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion*.

Neidrick, T. J., Fick, D. M., & Loeb, S. J. (2012). Physical activity promotion in primary care targeting the older adult. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 24(7), 405-416.

O'Brien, N., McDonald, S., Araújo-Soares, V., Lara, J., Errington, L., Godfrey, A., Meyer, T. D., Rochester, L., Mathers, J. C., White, M., & Sniehotta, F. F. (2015). The features of interventions associated with long-term effectiveness of physical activity interventions in adults aged 55 to 70 years: A systematic review and metaanalysis. *Health Psychology Review*, 9(4), 417-433.

Olanrewaju, O., Kelly, S., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2016). Physical activity in community dwelling older people: a systematic review of reviews of interventions and context. *PLoS One*, 11(12), e0168614.

Oostrom, S. van, A D. van der, Picavet, S., Rietman, L., Bruin, S. de & Spijkerman, A. (2015). *Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?* Bilthoven: RIVM.

Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American journal of preventive medicine*, 25(3), 164-171.

Patterson, I., Bartlett, H., Marshall, A., & Mitchell, G. (2007). The use of volunteer leaders to support older adults in physically active leisure. *Australian Journal on Volunteering*, 12(1), 37.

Perracini, M. R., Franco, M. R. C., Ricci, N. A., & Blake, C. (2017). Physical activity in older people—Case studies of how to make change happen. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*.

Picavet, H. S. J., Wendel-Vos, G. W., Vreeken, H. L., Schuit, A. J., & Verschuren, W. M. M. (2011). How stable are physical activity habits among adults? The Doetinchem Cohort Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(1), 74-79.

Preller, L. (2015). *SportersMonitor 2011*. Ede: Kenniscentrum Sport.

Richards, J., Hillsdon, M., Thorogood, M., & Foster, C. (2013). Face-to-face interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*, 9.

Rosenberg, D. E., Kerr, J., Sallis, J. F., Norman, G. J., Calfas, K., & Patrick, K. (2012). Promoting walking among older adults living in retirement communities. *Journal of aging and physical activity*, 20(3), 379-394.

Slot-Heijs, J., Collard, D. & Preller, L. (2017). *Succesvolle strategieën om de impact van beweeginterventies ter preventie van cognitieve achteruitgang te vergroten*. Utrecht: Mulier Instituut, Ede: Kenniscentrum Sport.

Stathi, A., Western, M., de Koning, J., Perkin, O., & Withall, J. (2018). Implementing Physical Activity Programmes for Community-Dwelling Older People with Early Signs of Physical Frailty. In *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (pp. 401-422). Palgrave Macmillan, Cham.

Stevens, Z., Barlow, C., Kendrick, D., Masud, T., Skelton, D. A., Dinan-Young, S., & Iliffe, S. (2014). Effectiveness of general practice-based physical activity promotion for older adults: systematic review. *Primary health care research & development*, 15(2), 190-201.

Stralen, M. M. van, Vries, H. van, Mudde, A. N., Bolman, C., & Lechner, L. (2009). Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. *Health Psychology Review*, 3(2), 147-207.

Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(1), 329-338.

Tang, J., Abraham, C., Greaves, C., & Yates, T. (2014). Self-directed interventions to promote weight loss: a systematic review of reviews. *Journal of medical Internet research*, 16(2).

Tiessen-Raaphorst, A. (2015). *Rapportage sport 2014*. De Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

US Department of Health and Human Services. (2008). *Physical activity guidelines for Americans*. In: *The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion*.

Venables, M. C., & Jeukendrup, A. E. (2009). Physical inactivity and obesity: links with insulin resistance and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 25(S1), S18-S23.

Willemsen, N. (2018). *Werkzame elementen in sport- en beweeginterventies voor jeugd met een lage ses*. Ede: Kenniscentrum Sport.

Wood, C. E., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., & Michie, S. (2014). Applying the behaviour change technique (BCT) taxonomy v1: a study of coder training. *Translational behavioral medicine*, 5(2), 134-148.

Zubala, A., MacGillivray, S., Frost, H., Kroll, T., Skelton, D. A., Gavine, A., ... & Morris, J. (2017). Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. *PloS one*, 12(7), e0180902.

## 8. Bijlage

### Top 15 populaire sporten onder 50-plussers (CBS & RIVM, 2016)

Sport	50-64 jaar (n=1555)	65+ (n=1052)
1. Fitness/conditietraining(individueel, binnen)	23,5	21,2
2. (Sportief) wandelen	9,4	8,7
3. Fietsen algemeen	7,8	9,8
4. Zwemmen algemeen	6,6	8,7
5. Hardlopen	9,1	4,6
6. Tennis	6,5	7,1
7. Golf algemeen	3,1	6,5
8. Gymnastiek	1,2	6,9
9. Yoga algemeen	2,5	2,6
10. Wielrennen	3,1	1,4
11. Mountainbiken	1,8	0,5
12. Spinning	1,7	0,4
13. Pilates	1,5	0,6
14. Badminton	1,1	1,1
15. Volleybal	1,2	0,8