

# Sociaal Vitaal

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de [HANDLEIDING](#) bij dit werkblad

### Voor meer informatie en contact

[www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

[centrumgezondleven@rivm.nl](mailto:centrumgezondleven@rivm.nl)

[www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkeningscommissie-interventies](http://www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkeningscommissie-interventies)

[www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies)

[www.effectiefactief.nl](http://www.effectiefactief.nl)

[effectiefactief@nisb.nl](mailto:effectiefactief@nisb.nl)

## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Drs. Yldau Dijkstra  
 Adres Stichting GALM  
 Postcode Prunusstraat 41  
 Plaats 9741 LB  
 E-mail Groningen  
 Telefoon Yldau.dijkstra@planet.nl  
 Fax 06-52461980  
 Website www.galm.nl

### Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder

Naam Dr. Mathieu de Greef  
 Adres Stichting GALM  
 Postcode Prunusstraat 41  
 Plaats 9741 LB  
 E-mail Groningen  
 Telefoon m.h.g.de.greef@rug.nl  
 website 06-41184532  
 www.galm.nl

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur Dr. M.de Greef  
 Titel interventie Sociaal Vitaal  
 Databank(en) Sportimpuls  
 Plaats, instituut Groningen, Stichting GALM  
 Datum 3 april 2014

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties

## Inhoud

Colofon .....	2
Samenvatting .....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1.    Probleemomschrijving .....	5
2.    Beschrijving interventie .....	8
3.    Onderbouwing .....	19
4.    Uitvoering .....	24
5.    Onderzoek naar praktijkervaringen.....	29
6.    Onderzoek naar de effectiviteit .....	31
7.    Aangehaalde literatuur .....	35

# Samenvatting

Eén A-4tje, maximaal 400 – 600 woorden:

---

## Doelgroep

Sociaal Vitaal is een programma dat is bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen met een laag opleiding- en/of inkomen, in de leeftijd van 60-85 jaar, die onvoldoende lichamelijk actief zijn, eenzaam zijn en weinig veerkracht hebben om te kunnen omgaan met veroudering.

## Doel

Het doel van Sociaal Vitaal is het bevorderen van het ‘gezond ouder’ worden van de doelgroep. Om dit te realiseren ligt de nadruk op (1) het bevorderen van de fysieke conditie van ouderen, (2) op het ontwikkelen van veerkracht om de gevolgen van veroudering te kunnen opvangen en (3) op het kunnen beschikken van sociale vaardigheden om sociale contacten te kunnen leggen.

## Aanpak

Het Sociaal Vitaal programma bestaat uit het werven van deelnemers, het screenen van de deelnemers op bewegingsarmoede, eenzaamheid en veerkracht alsmede het uitvoeren van het Sociaal Vitaal programma.

De ouderen worden door een groep getrainde vrijwilligers persoonlijk huis aan huis geworven. De ouderen die belangstelling hebben voor het programma worden gescreend door het afnemen van een fysieke fitheidstest in combinatie met een vragenlijst die eenzaamheid en veerkracht meet. Het Sociaal Vitaal programma bestaat uit (1) Een veelzijdig beweegprogramma waarbij deelnemers in hun eigen wijk of buurt worden ondersteund bij het realiseren van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen; (2) Een weerbaarheidstraining waarin de nadruk ligt op het leren omgaan met angst, het krijgen van zelfvertrouwen, het leren aangeven van de eigen grenzen en het greep krijgen op emoties en het eigen gedrag; (3) Een sociale vaardigheidstraining waarin de nadruk ligt op het vergroten van het inzicht in sociale interacties en het verbeteren van sociale vaardigheden om sociale contacten te leggen en te onderhouden en (4) Voorlichting over verschillende gezondheids- en sociale thema's waarvoor de deelnemers belangstelling hebben en waarvan zij de kennis kunnen inzetten bij het realiseren van een gezonder leefpatroon.

De verschillende programma onderdelen van Sociaal Vitaal zijn met elkaar geïntegreerd. De docenten die de beweglessen en trainingen geven zijn speciaal voor dit programma opgeleid. Om gedragsbehoud te bevorderen krijgen de deelnemers als groep een zelfmanagement training aangeboden, waarbij aandacht wordt besteed aan het in praktijk brengen van de getrainde vaardigheden.

Voorafgaand aan de start van een lokaal Sociaal Vitaal project wordt een lokale projectgroep samengesteld die op grond van een buurtscan vaststelt in welke wijk of buurt Sociaal Vitaal wordt uitgevoerd, wie de doelgroep is waar het project zich op richt en welke organisaties bij de uitvoering van het project worden betrokken.

## Materiaal

Voor de uitvoering van een lokaal Sociaal Vitaal project is een werkmap beschikbaar waarin het stappenplan, de voorlichting, brieven aan de deelnemers, het wervingsprotocol, het screeningsprotocol, en de opzet van de lessen zijn beschreven. Voor het beweegprogramma is een GALM scholing beschikbaar en voor het trainen van de sociale en mentale veerkracht een mentale weerbaarheids- en sociale vaardigheidsscholing.

## Onderbouwing

Voor de onderbouwing van Sociaal Vitaal is gebruik gemaakt van het “Health-Related Fitness en Physical Activity” model, ook wel aangeduid als het Toronto model, de evolutie-biologische speltheorie, het Reserve Capacity Model en het Ecologische Model om gezond gedrag te stimuleren.

## Onderzoek

Er is onderzoek uitgevoerd naar Sociaal Vitaal projecten in de Bilt en Baarn (2012-2013) en Utrecht Ondiep (2009 -2012), Utrecht Kanaleneiland/Transwijk (2010-2013), Utrecht Hoograven /Bokkenbuurt/Tolsteeg (2010-2013).

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### **Probleem**

Voor welk probleem of risico is de interventie ontwikkeld?

*Omschrijfaard en ernst van het probleem.*

Ouderen met een lage sociaal economische status (laag inkomen en/of opleiding) hebben verhoudingsgewijs meer ongezonde leefstijlkenmerken, zoals bewegingsarmoede, ongezond eten, roken en overmatig alcoholgebruik, waardoor er tussen laag- en hoogopgeleiden grote verschillen in levensverwachting, verschillen in fysieke en psychosociale problemen én kwaliteit van leven zijn ontstaan (Dottinga & Picavet, 2006, Netuveli et al., 2006; Adler et al., 2008; Mackenbach et al., 2008; Zaninotto et al., 2009; Bambra et al., 2009; Kunst & Droomers, 2009). Onder kwaliteit van leven verstaan we de mate waarin mensen ervaren greep te hebben op hun eigen leven én de ervaren tevredenheid met hun levensomstandigheden (Hyde et al., 2009). Het verschil in levensverwachting tussen hoger en lager opgeleiden is opgelopen tot 6 à 7 jaar en het verschil in het aantal jaren dat doorgebracht wordt in slechte gezondheid verschilt 16 tot 19 jaar (Mackenbach, 2009). Bovendien hebben ouderen met een lage sociaal economische status ruim twee keer zo veel fysieke en psychische problemen als ouderen met een hogere sociaal economische status (Adamson et al., 2006; Groffen et al., 2007), waardoor ze relatief sneller fysiek en mentaal kwetsbaar (frail) worden (Van Campen, 2011; Webb et al., 2011). Met name aan kwetsbaarheid gerelateerde problemen zoals fysieke beperkingen als gevolg van de aantasting van spierkracht en loopsnelheid, toename van psychosociale problemen zoals eenzaamheid, depressie als gevolg van veranderingen in de eigen leefsituatie (het krijgen van ziekten en aandoeningen, het verlies van de partner en vrienden) leiden ertoe dat ouderen met een lage sociaal economische status hun zelfredzaamheid sneller verliezen (Gobbens et al., 2010; Marmot et al., 2012; Gooding et al., 2012).

Omdat de verschillen in gezondheid tussen ouderen met een lagere sociaal economische status en ouderen met een hogere sociaal economische status groot zijn, en dit als een systematisch en chronisch probleem werd beschouwd (Huisman et al. 2003) stelde het kabinet in 2008 het beleidsplan Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV) op. Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van het specifieke aanbod om SEGV verschillen te verkleinen niet op effectiviteit is onderzocht (Bruggink, 2009; Busch & Schrijvers, 2010). Voor zover onderzoek naar effecten is uitgevoerd, wordt duidelijk dat zowel in Nederland als in Europa de verschillen in levensverwachting niet afgenomen zijn en ongezonde leefstijlkenmerken zoals roken, ongezond eten en bewegingsarmoede niet verminderd zijn (van der Lucht & Polder 2010; Marmot 2013).

Omdat mensen met een lage sociaal economische status moeilijk bereikt worden met algemene preventieprogramma's, biedt de wijk waarin de ouderen wonen de meeste gunstige invalshoek om deze doelgroep te benaderen. De reden is dat achterstandswijken niet alleen vindplaatsen van de doelgroep zijn, maar dat deze wijken, door concentratie van ongunstige sociale en fysieke omgevingskenmerken, mede de oorzaak van gezondheids-

problemen zijn (Van der Lucht & Polder, 2010). Door leefstijlinterventies meer toe te spitsen op de doelgroep ouderen met een lage sociaal economische status en meer nadruk te leggen op de eigen kracht van de doelgroep bij het aanleren van bij gezondheidsvaardigheden wordt verondersteld dat de effectiviteit van het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen verbeterd zou kunnen worden (Verweij & van der Lucht, 2010).

### **Spreiding**

Hoe vaak komt het probleem voor en bij wie (demografische en geografische spreiding)?

Op 1 januari 2012 telde Nederland 2.56 miljoen personen in de leeftijd van 60 - 85 jaar. (Giesbers et al., 2013). Het aantal ouderen met een lage sociaal economische status wordt in 2013 geraamd op 15% (384.000) (IBO 2013). De raming is gebaseerd op twee indicatoren, namelijk een laag opleidingsniveau (basisonderwijs) en een laag (huishoud) inkomen (< 105% wettelijke minimum inkomen).

Van de groep ouderen met de laagste sociaal economische status is ongeveer 57% onvoldoende (lichamelijk) actief terwijl dit voor ouderen met de hoogste sociale status 20% is (Breedveld et al., 2008). Ongeveer 40% van de ouderen met een lage sociale economische status heeft psychosociale klachten, zoals angst- en depressiegevoelens en gevoelens van eenzaamheid (Wingen en Otten, 2009).

Het gevolg is dat de ouderen met een lage sociaal economische status relatief eerder en meer fysiek en mentaal kwetsbaar (frail) zijn, waardoor hun levensverwachting 6.7 jaar korter is (Knoops en Van den Brakel, 2010) en ze twee keer zoveel kans hebben om een in verzorgings- of verpleeghuis te worden opgenomen. Op basis van CBS gegevens over het aantal ouderen met een lage sociaaleconomische status schatten we dat ongeveer 76.800 ouderen in Nederland, d.w.z. ongeveer 20% van de doelgroep van 384.000 ouderen met een lage sociaal economische status, kampt met problemen zoals vroegtijdige veroudering als gevolg van bewegingsarmoede, een gebrek aan mentale veerkracht en eenzaamheid (CBS 2010)

In 2012 had 4% van de bevolking van 65 jaar en ouder een allochtone achtergrond en dit aantal zal in 2060 zijn gestegen tot 23% (Giesbers et al., 2013). In 2013 kan de totale groep ouderen met een allochtone achtergrond kan geraamd worden op 102.400 (4% van 2.56 miljoen ouderen). De doelgroep ouderen met een lage sociaaleconomische status met een allochtone afkomst wordt geschat op iets minder 20%, wat neerkomt op een doelgroep van 20.480 ouderen (Giesbers et al., 2013).

### **Gevolgen**

Wat zijn de mogelijke gevolgen (immaterieel en materieel) als er nu niet wordt ingegrepen (zowel voor de doelgroep als in maatschappelijke zin)?

Volgens prognose zijn er in 2060 5.3 miljoen ouderen in de leeftijd 60-85 jaar, waarvan naar schatting 636.000 ouderen (12%) een lage sociaaleconomische status zullen hebben. Alhoewel het CBS op basis van een prognose van de gezonde levensverwachting tot 2030 raamt dat ouderen gedurende langere tijd van hun leven (de grens verschuift naar 75 jaar) geen last van fysieke beperkingen als gevolg van kwetsbaarheid of chronische aandoeningen zullen hebben (Van Duin en Stoeldrayer, 2014), zal die trend bij ouderen met een lage sociaal economische status niet optreden (CBS Statline 2013). De consequentie is dat als er niet wordt ingrepen het aantal levensjaren waarmee ouderen met een lage sociaal-economische status met een chronische aandoeningen en daarmee samenhangende beperkingen (Disability Adjusted Life Years) worden geconfronteerd hoger blijft dan van ouderen in hogere inkomensgroepen. Uit onderzoek naar chronische aandoeningen bij

ouderen met een lage sociaal economische status blijkt dat de prevalentie van hart en vaatziekten zoals herseninfarcten en coronaire hartziekten drie keer hoger ligt en de prevalentie van diabetes, depressie, dementie, kwetsbaarheid, multimorbiditeit en ADL beperkingen twee keer hoger ligt voor ouderen met een lage sociale economische status vergeleken met ouderen in midden en hogere inkomensgroepen (Saraceno et al., 2005; Liu et al., 2011; Addo et al., 2012; Hosseinspoor et al., 2012; Devaux & de Looper, 2012; ter Rele & van der Horst, 2013; Bettinger et al 2014).

Op basis van medische consumptiedata die zijn verzameld in het Nationale Programma Ouderenonderzoek (NPO) komen Lutomski et al (2014) tot de conclusie dat de kosten die zijn verbonden aan behandeling van ouderen die kwetsbaar zijn gecombineerd met multimorbiditeit en ADL beperkingen gemiddeld €2.772 (95% CI: €2.301; €3.243) per jaar bedragen en voor ouderen die deze condities niet hebben neerkomen op gemiddeld €2.018 (95% CI: -€427; €4.464) per jaar.

---

## 2. Beschrijving interventie

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

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie verder bij de betreffende paragrafen hieronder.*

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De uiteindelijke doelgroep zijn zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen die

- niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen;
- sociaal kwetsbaar zijn als gevolg van ervaren eenzaamheid;
- een gebrekkige zelfredzaamheid ervaren als gevolg van onvoldoende mentale weerbaarheid;
- tot de leeftijdsgroep van 60-85 jaar behoren;
- een laag inkomensniveau hebben;
- zowel een autochtone als allochtone achtergrond kunnen hebben;
- de Nederlandse taal beheersen.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

- consulenten bewegen voor ouderen bij Provinciale Sport Organisaties;
- gemeente ambtenaren op afdelingen Sport-, Welzijn-, Gezondheid-, Ouderenbeleid;
- vertegenwoordigers van instellingen in de ouderenzorg, maatschappelijke dienstverlening en welzijns- en geestelijke gezondheidszorg instellingen
- lesgevers, werkzaam met ouderengroepen, met specifieke affiniteit en ervaring met kwetsbare ouderen
- vrijwilligers die de benadering uitvoeren en fitheidstesten afnemen.

---

#### **Selectie van doelgroep**

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

De selectie van de doelgroep bestaat uit twee stappen:

- a. de selectie van de wijk met ouderen met een lage sociaal economische status
- b. de selectie van deelnemers die aan de gestelde inclusiecriteria voldoen



- a. De selectie van de wijk waar een Sociaal Vitaal project wordt uitgevoerd is gebaseerd op een analyse van beschikbare epidemiologische informatie van de GGD, informatie over de bevolkingssamenstelling van de gemeente en de uitgangspunten van het lokale ouderen-, gezondheids- en sportbeleid. In de lokale projectgroep Sociaal Vitaal wordt op basis van deze informatie een scan gemaakt van alle wijken van de betreffende gemeenten.

---

De criteria waarop de wijk(en) wordt geselecteerd die in aanmerking komt voor Sociaal Vitaal zijn:

- een hoge prevalentie van bewegingsarmoede, afgemeten aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen;
- een bovengemiddeld percentage eenzaamheid en gebrek aan weerbaarheid in de wijk;
- een hoge prevalentie van huishoudens met een laag inkomensniveau;
- een sterke vergrijzing, afgemeten aan de proportie ouderen van 60-85 jaar.

- 
- b. De selectie van de deelnemers is gebaseerd op de volgende inclusiecriteria:

- 
- bewegingsarmoede, op basis van een de Stage of Change vragenlijst score van 1,2 of 3 (Marcus, 2008);
  - ervaren eenzaamheid, op basis van de 11-item de Jong Gierveld Eenzaamheids Schaal (De Jong Gierveld, van Tilburg, 1999);
  - een laag inkomensniveau (<105% minimum inkomen);
  - gebrek aan weerbaarheid, op basis van een score in het laagste tertiel van de Anxiety subschaal, die deel uitmaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith 1983);
  - zelfstandig wonend in de leeftijd 60-85 jaar.

Een contra-indicatie is het niet beheersen van de Nederlandse taal. Als gevolg hiervan is het niet mogelijk om te communiceren over ervaringen met eenzaamheid en weerbaarheid en wordt deelname aan de sociale vaardigheids- en weerbaarheids-training geblokkeerd. Ouderen met ernstige chronische aandoeningen met een contra-indicatie om te bewegen (bijvoorbeeld ouderen met hartfalen) dienen toestemming te hebben van hun huisarts of behandelend medisch specialist.

---

## 2.2 Doel

### Hoofddoel

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het doel van Sociaal Vitaal is de toename van kwaliteit van leven van ouderen met een lage sociaaleconomische status. De toename van kwaliteit van leven van ouderen met een lage sociaaleconomische status betekent dat ze zich vitaler gaan voelen, dat ze meer greep op hun leven hebben én dat ze meer tevreden zijn met hun eigen leven,

De invloed op Kwaliteit van leven wordt gemeten met de CASP-19 (Hyde et al., 2003).

### Subdoelen

Wat zijn de subdoelen van de interventie?

*Indien van toepassing: koppel de subdoelen aan de betreffende (intermediaire) doelgroepen, bijvoorbeeld in een schema.*

De subdoelen waarmee de effecten op kwaliteit van leven wordt afgemeten zijn:

- Het bevorderen van lichamelijke activiteit (subdoel 1.1) , het hebben van plezier in bewegen (subdoel 1.2) en een toename van fysieke fitheidseigenschappen (subdoel 1.4) die fysieke kwetsbaarheid, zoals beenkracht en het uithoudingsvermogen, beïnvloeden. De effecten worden gemeten met behulp van de sit -to-stand test (beenkracht) en de steptest (uithoudingsvermogen) , beide testen zijn onderdelen van de Senior fitness Test en zijn gevalideerd en genormeerd (Rikli & Jones, 2001). We verwachten een toename van de beenkracht en het uithoudingsvermogen met ongeveer 10%. Het effect voor gedragsbehoud wordt gemeten door de groepen 24 maanden na afloop van het programma te monitoren en te begeleiden (subdoel 1.3). Verwacht wordt dat 75% van de deelnemers lichamelijk actief blijft.
- De toename van mentale veerkracht door te leren omgaan met fysieke, en cognitieve veroudering (subdoel 2.1). Het effect wordt gemeten met de Groningen Ageing Resilience Inventory (GARI) (Van Abbema et al., 2015). Deze schaal meet twee dimensies van veerkracht, namelijk “Adaptief vermogen” (interne bronnen), “de Verbondenheid” (externe bronnen). We verwachten een toename van veerkracht met ongeveer 7,5%.
- De toename van sociale vaardigheden om sociale contacten te leggen, contacten te onderhouden en de kwaliteit van bestaande contacten te verbeteren (subdoel 3.1). Hiermee wordt eenzaamheid beïnvloed. Het effect wordt afgemeten aan verandering van het aantal sociale contacten met familieleden en met vrienden op basis van de Lubben Social Network Scale (Lubben, 1988). We verwachten een toename van het zelfvertrouwen om met anderen contacten te leggen met gemiddeld 10% en een toename van het aantal sociale contacten met ongeveer 7,5%.
- Toename kennis over de volgende aspecten van gezond leven: bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning (subdoel 4.1). Deze toename zal worden gemeten met een BRAVO vragenlijst, die is gericht op het meten van kennis over bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning. We verwachten een toename in kennis over BRAVO onderwerpen met 15%.

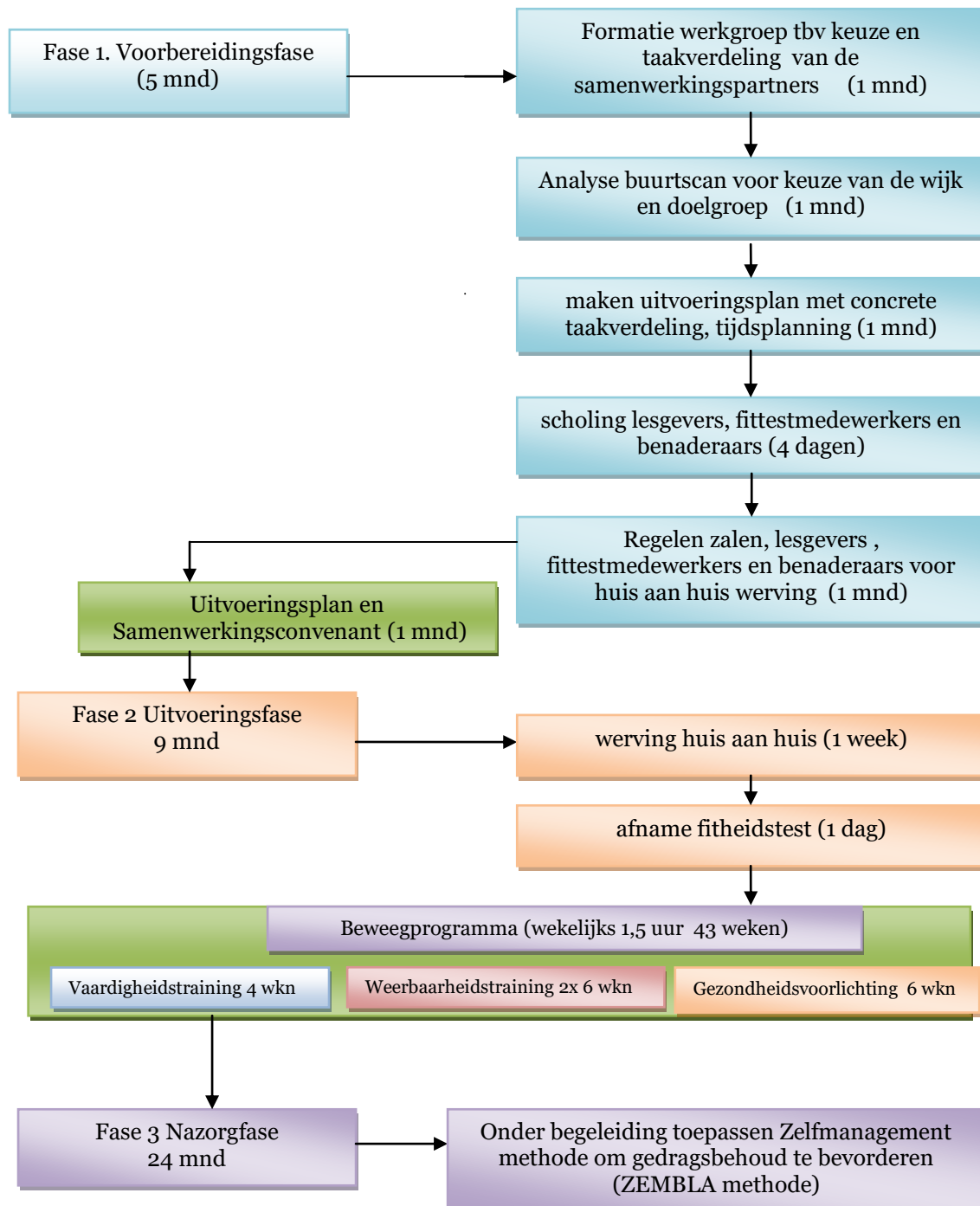
## **2.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

Hoe is de opzet van de interventie? Denk aan volgorde, frequentie, intensiteit en duur - indien van toepassing. *Voeg hier eventueel een schema in.*

De totale duur van Sociaal Vitaal is 38 maanden en kan worden onderverdeeld in drie fasen, te weten de voorbereidingsfase van gemiddeld 5 maanden, de uitvoeringsfase van 9 maanden en een nazorgfase van 24 maanden. De opzet van de uitvoering van Sociaal Vitaal is weergegeven in schema 1.

Figuur 1 De opzet van de uitvoering Sociaal Vitaal

**Locatie en uitvoerders**

Waar wordt de interventie uitgevoerd en door wie?

*Indien van toepassing per onderdeel beschrijven.*

Er wordt voor een Sociaal Vitaal project een lokale projectgroep geformeerd waarin de gemeente (beleid, financiën, aanleveren adressen), de lokale welzijnsstichting (vrijwilligers, uitvoering programma, coördinaties van de uitvoering), lokale buurtsportwerker (inbedding bewegen in de wijk), het buurtcomité (inbedding in de wijk), en waar mogelijk lokale GGZ

medewerkers die zijn gestationeerd bij gezondheidscentra in vertegenwoordigd zijn . De vrijwilligers werven huis aan huis de deelnemers, nadat ze voorlichting over het belang en de werkwijze van Sociaal Vitaal hebben gegeven. De provinciale Sport Organisatie werft de begeleiders voor de sociaal vitaal groepen en doet de training voor de vrijwilligers, coördineert de het werven van de deelnemers en de uitvoering van de fitheidstest, en coördineert de voorbereiding en uitvoering van het project. De Stichting GALM ondersteunt het project met het beschikbaar stellen van protocollen, organiseert de training van de begeleiders en biedt het zelfmanagement training voor de groepen aan. De stichting GALM monitort een lokaal Sociaal Vitaal project.

Er is ook overleg met de (regionale) GGD over epidemiologische gegevens en met lokale ouderenorganisaties, vertegenwoordigers van kerken en vertegenwoordigers gezondheidscentra over de opzet en uitvoering van het project.

Tabel 1 De inzet van de uitvoerders ziet er per fase als volgt uit:

	voorbereidingsfase	uitvoeringsfase	Nazorgfase
<b>gemeente</b>	x	x	
<b>welzijnsinstelling</b>	x	x	x
<b>buurtcomité</b>			x
<b>vrijwilligers</b>	x	x	
<b>buurtsportwerker</b>			x
<b>Provinciale Sportorganisaties</b>	x	x	x
<b>GGD, ouderenorganisaties, kerken en GGZ medewerkers bij gezondheidscentra</b>	x		
<b>Stichting GALM</b>	x	x	x

Het beweegprogramma van Sociaal Vitaal wordt uitgevoerd door opgeleide en GALM/MBvO gecertificeerde lesgevers. De stichting GALM coördineert de scholing van de lesgevers.

De voorlichtingen worden door deskundigen zoals de fysiotherapeut, de huisarts, de apotheker, de diëtist, de notaris of een gemeenteambtenaar aangeboden.

De interventie wordt in een buurthuis of gymnastiekzaal in de eigen buurt van de deelnemers uitgevoerd.

### **Inhoud van de interventie**

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en – eventueel – in welke volgorde?

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd.*

Geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe.

In Sociaal Vitaal worden in de volgende activiteiten uitgevoerd:

### **De voorbereidingsfase**

In deze fase, die ongeveer 5 maanden in beslag neemt, wordt :

- a. het draagvlak gecreëerd dat nodig is om het project tot een succes te maken. Met de

- samenwerkingspartners wordt a. een werkgroep geformeerd, die de uitvoering begeleidt. Door de provinciale sportconsulent ouderen en de gemeente worden vertegenwoordigers van de sport- en welzijnsorganisaties, de GGD, ouderenbonden, de GGZ en maatschappelijke dienstverleningsorganisaties geworven met behulp van de netwerkmethodede;
- b. de wijk geselecteerd waarin een Sociaal Vitaal project wordt uitgevoerd. De criteria hiervoor zijn beschreven in “selectie van de doelgroep (blz 8-9)”. Op basis van een wijkprofiel van deze kenmerken neemt de projectgroep een besluit over welke wijken in aanmerking komen voor een Sociaal Vitaal project. Het beschikbare budget van de gemeente bepaalt uiteindelijk in welke wijk(en) Sociaal Vitaal wordt uitgevoerd.
- c. de vrijwilligers geworven en geschoold voor het huis aan huis benaderen van de deelnemers en het afnemen van de fitheidstest. De vrijwilligers worden lokaal geworven bij ouderen die deelnamen aan GALM groepen, actief zijn in welzijnsinstellingen of vrijwilligers van kerkelijke organisaties. Als er geen oudere vrijwilligers lokaal beschikbaar zijn wordt gekeken of die regionaal (in een gemeente in de buurt) beschikbaar zijn. Als er geen ouderen beschikbaar zijn wordt er via het MBO of HBO onderwijs studenten geworven. Er vindt een kennismakingsgesprek plaats met de beoogde vrijwilliger. Als in het gesprek blijkt hij of zij niet aan de profielkenmerken wil of kan voldoen (zie onderdeel ‘Opleiding en competenties’) is het niet mogelijk om benaderaar te worden.
- Voor het werven van deelnemers en het afnemen van de fitheidstest zijn een aantal protocollen ontwikkeld: (1) een beschrijving van het profiel van de vrijwilliger, (2) een scholing voor het benaderen en een voor het uitvoeren van fitheidstesten, (3) een protocol voor een gestandaardiseerde afname van fitheidstesten.
- De rol van de benaderaars is het geven van informatie over het belang van Sociaal Vitaal voor ouderen, het geven van uitleg over de werkwijze van Sociaal Vitaal, het zoeken naar aanknopingspunten voor deelname aan Sociaal Vitaal tijdens het gesprek en het uitnodigen van ouderen, die twijfelen om deel te nemen, om eerst kennis te komen maken. De vrijwilligers die benaderen nemen soms ook de fitheidstest af. De Provinciale Sportraad coördineert de benadering en afname van de fitheidstesten;
- d. Het maken van een uitvoeringsplan van het project waarin de tijdsplanning, taakverdeling en begroting wordt vastgelegd in een convenant. Nadat de gemeenteraad het projectplan heeft goedgekeurd start de uitvoering van het project.

### **De uitvoeringsfase**

De uitvoeringsfase neemt 9 maanden in beslag en bestaat uit de volgende onderdelen.

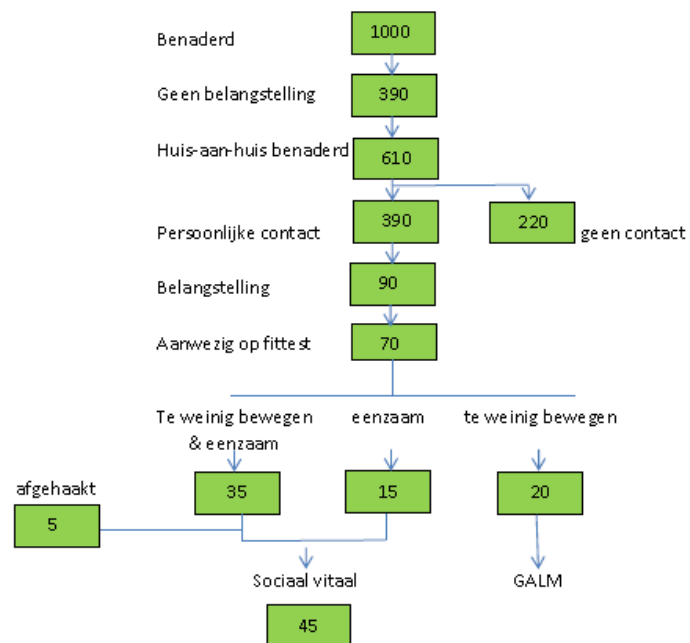
- a. De werving van deelnemers bestaat uit het huis aan huis benaderen van de ouderen. Hiertoe worden door de gemeente de namen en adressen van zelfstandig wonende ouderen (60-85 jaar) uit de gemeentelijke bevolkingsadministratie gedraaid. Deze groep ontvangt van de gemeente een brief met uitleg van Sociaal Vitaal. Ongeveer 1000 ouderen worden per project aangeschreven. Ouderen kunnen met een antwoordkaart aangeven dat ze niet benaderd willen worden. Van de 390 ouderen die geen belangstelling hebben geeft ongeveer de helft aan dat ze voldoende bewegen en ongeveer 20% dat ze te ziek of te oud zijn om deel te nemen. De overige 30% geeft geen reden op. Ouderen van wie geen antwoordkaart is ontvangen worden thuis bezocht

door geschoolde vrijwilligers. Hierbij wordt een toelichting gegeven op het project en een korte vragenlijst afgenomen voor vaststellen van het beweeggedrag (stage of change, één van de selectiecriteria zie blz. 9). Ouderen die geïnteresseerd zijn in deelname aan het project (dit betreft 90 ouderen van de totale groep die wordt benaderd), worden uitgenodigd voor een fitheidstest. Op de fitheidstest komen gemiddeld 70 ouderen opdagen. De 20 ouderen die niet op de fitheidstest komen worden nagebeld om te bespreken op welke wijze ze betrokken kunnen worden bij het project.

- b. De afname van een fitheidstest waarin de beenkracht (sit to stand test), het uithoudingsvermogen (step test), de knijpkracht test (dynamometer) worden afgenomen en de bloeddruk en de BMI bepaald. Om inzicht te krijgen in de belastbaarheid van de deelnemers wordt de Physical Activity Readiness Questionnaire (PARQ) afgenomen. Ook vullen de ouderen tijdens de fitheidstest vragenlijsten in over eenzaamheid en weerbaarheid en wordt de inkomenssituatie in kaart gebracht (zie ook selectiecriteria blz. 9). De resultaten van de fitheidstesten en de ingevulde vragenlijsten worden individueel met de deelnemers besproken. Op grond van de inventarisatie worden ouderen ingedeeld in drie groepen: 1) ouderen die zowel onvoldoende bewegen als eenzaam zijn (n=35); 2) ouderen die eenzaam zijn en onregelmatig lichamelijke actief (n=15); 3) ouderen die onvoldoende bewegen, maar niet eenzaam zijn (n=20). Aan groep 1 en 2 wordt het Sociaal Vitaal programma aangeboden, groep 3 wordt ondergebracht in een GALM groep of een ander beweegprogramma voor ouderen. Dat is afhankelijk van de behoefte van ouderen.

De gehele flowchart van werving en selectie ziet er als volgt uit:

Figuur 2 Flowchart werving Sociaal Vitaal



In de ontwikkeling van Sociaal Vitaal werden alleen de 35 ouderen ingesloten in het Sociaal Vitaal programma. Hiervan namen daadwerkelijk 30 ouderen deel. In een recent uitgevoerd project in Amersfoort is Sociaal Vitaal ook aan de 15 ouderen die eenzaam zijn en onregelmatig bewegen aangeboden.

- c. De uitvoering van het Sociaal Vitaal programma. Deze bestaat uit een veelzijdig beweegprogramma, een weerbaarheidstraining, een sociale vaardigheidstraining, een aantal gezondheidsvoorlichtingsbijeenkomsten over BRAVO thema's en een training om gedragsbehoud en sociale participatie te bevorderen. Het beweegprogramma vormt de basis. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het GALM programma (Greef et al., 1999). Daarnaast wordt in blokken sociale weerbaarheid en sociale vaardigheid getraind. De module weerbaarheid is een uitgewerkt lessenplan dat gericht is op het leren omgaan met angst, op het ontwikkelen en verstevigen van het vermogen om in kwetsbare situaties stevig in je schoenen te blijven staan. Weerbaarheid heeft te maken met een zelfbewuste houding en het hebben van zelfvertrouwen, met controle over eigen gedrag en emoties en met het aangeven van grenzen. De sociale vaardigheidstraining is een uitgewerkt lessenplan dat gericht is op het vergroten van inzicht in sociale interacties en het verbeteren van de sociale vaardigheden om sociale contacten te leggen en te onderhouden. De deelnemers ervaren dat zij grip en invloed krijgen op hun eigen situatie als ze sociale vaardigheden beheersen om contact te maken. Daarnaast worden voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden over uiteenlopende gezondheidsthema's zoals bewegen, medicijngebruik en gezonde voeding en stress en ontspanning. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat deelnemers zelf thema's aandragen over sociale onderwerpen zoals wonen, veiligheid, de WMO, sociale uitkeringen, openbaar vervoer, erfrecht etc..

Het bewegingsprogramma vormt de kern van het Sociaal Vitaal programma omdat bewegen naast stimuleren van lichamelijke activiteiten en het verbeteren van fitheid de groepscohesie bevordert. Door de groepscohesie wordt de drempel om sociale vaardigheden en weerbaarheid te trainen verlaagd. Omdat de doelgroep meer limbisch (emotioneel) dan cognitief (rationeel) is ingesteld en bereikbaar is, zijn de weerbaarheidstraining en de sociale vaardigheidstraining vertaald in beweegoefeningen waardoor de instructie en het oefenen meer aansluit bij de belevingswereld van de deelnemers. In de beweeglessen worden door middel van rollenspelen in beweegactiviteiten de sociale vaardigheden en weerbaarheid aangeleerd en geoefend. De deelnemers worden ook gestimuleerd om in het dagelijks leven oefeningen uit de training toe te passen.

Het Sociaal Vitaal programma wordt wekelijks aangeboden, onderbroken door vakanties. In totaal vinden er 43 bijeenkomsten plaats waarin het beweegprogramma de basis vormt en wekelijks wordt aangeboden. Om de twee weken wordt het beweegprogramma gecombineerd met een weerbaarheidstraining (twee blokken van 6 bijeenkomsten) en een sociale vaardigheidstraining (4 bijeenkomsten).

Het monitoren in de vorm van het afnemen van vragenlijsten en uitvoeren van fitheidstesten, voorafgaand en na afloop van het programma, rekenen we tot de uitvoering van het programma.

### **De continueringsfase**

De continueringsfase duurt 24 maanden, waarin groepen worden ondersteund bij het organisatorisch onderbrengen en het leren werven van nieuwe deelnemers.

Al bij de start van de uitvoering van het programma wordt in de werkgroep het organisatorisch onderbrengen van de Sociaal Vitaal groepen, na afloop van het programma, besproken. Lokaal wordt bepaald wat de meest aangewezen partners zijn om mee samen te

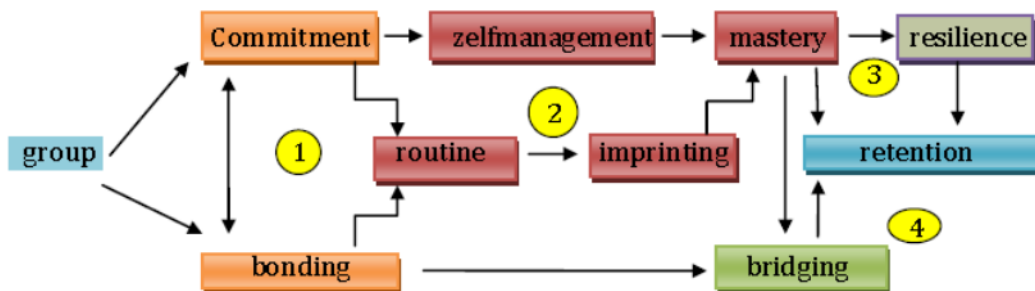
werken na afloop van het programma. Sociaal Vitaal groepen kunnen ook besluiten om zelfstandig verder te gaan.

De zelfmanagement methode om gedragsbehoud en sociale participatie te bevorderen is gebaseerd op een conceptueel model dat uitgaat van de veronderstelling dat een beweegroep de basis vormt voor gedragsbehoud. Deze veronderstelling is gebaseerd op de gedachte dat het als groep lichamelijk actief worden twee basisvoorwaarden schept voor gedragsbehoud.

- a. Bewegen in groepen bevordert commitment met bewegen als onderdeel van een gezonde leefstijl (Lechner, 2007) waardoor beweeggewoonten en routines worden versterkt (Graybiel & Smith 2014).
- b. Bewegegroepen bevorderen sociale cohesie en het gemeenschappelijke leerproces bij het greep te krijgen op het beweeggedrag waardoor deelnemers elkaar ondersteunen bij gedragsbehoud (Whaley & Schrider 2005; Middleton et al., 2013).

Beide groepsprocessen bevorderen het ontwikkelen van nieuwe beweeggewoonten (routines) waardoor er cognitief een inprentingsproces bij deelnemers op gang komt. Door cognitieve inprenting wordt nieuw beweeggedrag als het ware geautomatiseerd waardoor deelnemers greep krijgen op hun eigen gedragspatroon (mastery) en gedragsbehoud (retention) wordt bevorderd.

Figuur 3: Conceptueel model zelfmanagement gedragsbehoud Sociaal Vitaal



Op basis van dit conceptuele model is een vaardigheidstraining ontwikkeld voor deelnemers aan Sociaal Vitaal die bestaat uit vier onderdelen, namelijk (1) het ontwikkelen van groeps cultuur ten behoeve van het bevorderen van sociale cohesie in de groep, (2) het leren van vaardigheden om als groep beweeggedrag en sociale vaardigheden te routiniseren en het aanleren van zelfmanagement vaardigheden om ervoor te zorgen dat de continuïteit van de groep gewaarborgd wordt (o.a. regelmatig zelf nieuwe leden werven), (3) het geven van veerkracht training en oefenen met goalsetting als basis voor gezond ouder worden en (4) het stimuleren van groepen om actief te worden in hun eigen wijk. De groepsleden krijgen uitleg van technieken over specifieke zelfmanagementvaardigheden op deze vier thema's en krijgen opdrachten om ze toe te passen en feedback over hoe ze de vaardigheden hebben toegepast. De zelfmanagementvaardigheidstraining wordt over een periode van 24 maanden gespreid met gemiddeld eens per half jaar een trainingssessie. In de trainingssessie worden opdrachten aan de groepen gegeven om uit te voeren. De begeleiders van de



groepen bespreken met de groepen de uitvoering van de opdrachten en geven daar feedback op. Deze zelfmanagementvaardigheids training is in Delfzijl ontwikkeld en uitgetest op uitvoerbaarheid. Er is een wetenschappelijk onderzoek naar de werking en effect van deze methode in voorbereiding.

---

## 2.4 Ontwikkelgeschiedenis

### **Betrokkenheid doelgroep**

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

Voorafgaand aan de ontwikkeling van Sociaal Vitaal is er een behoefteonderzoek gedaan bij ouderen met een lage sociaaleconomische status. Hieruit is gebleken dat de doelgroep 65-plussers met een lage Sociaal Economische Status behoefte had aan ondersteuning bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Uit de inventarisatie onder ouderen bleek ook dat er behoefte was om te leren om beter voor zichzelf op te komen en te leren om contacten te onderhouden.

---

### **Buitenlandse interventie**

Is de interventie buiten Nederland ontwikkeld en wat is aangepast met het oog op de uitvoering in Nederland?

**NIET VAN TOEPASSING**

---

## 2.5 Vergelijkbare interventies

### **In Nederland uitgevoerd**

Worden in Nederland vergelijkbare interventies uitgevoerd, zo ver bekend? Welke? Zijn deze opgenomen in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

Er worden in Nederland geen programma's uitgevoerd die bewegen en sociale weerbaarheid en sociale vaardigheden in combinatie met elkaar trainen.

Er zijn wel programma's die ouderen sociaal ondersteunen zoals het Grip en Glans programma (Steuerink, 2009) en de Sociale Rehabilitatie benadering die ouderen ondersteunen bij het zin geven aan het eigen leven (Korevaar en Droes, 2008). Ook eigen kracht conferenties om volwassenen en ouderen te helpen met empowerment is in ontwikkeling en wordt op kleine schaal toegepast. Tot slot zijn er zelfmanagement cursussen voor deelnemers beschikbaar waarmee ze nieuwe deelnemers voor de beweeggroep leren werven.

Daarnaast zijn er uiteenlopende beweegprogramma's voor ouderen zoals het MBvO, GALM, Communities in Beweging, de Beweegkuur, de ketenaanpak en de taskforce 55+ aanpak. Deze beweegprogramma's zijn beschreven in de menukaart Sportimpuls en Effectief Actief.

Sociaal Vitaal is gebaseerd op GALM, GROSSO en ACTOR.

Van GALM, een bewegingsstimuleringsprogramma voor sedentaire ouderen van 60-85 jaar. (de Greef et al., 1999) <sup>(eindnoot 1)</sup> is de benaderstrategie en benadertraining, het fittestprotocol en de bijbehoren verwerkingssoftware en het beweegprogramma overgenomen.

Van ACTOR, een begeleidingsprogramma voor eenzame ouderen, is de Sociale Vaardigheidstraining om sociale contacten te leggen en te onderhouden overgenomen. Deze training is een bewerking van de Goldstein methode (Goldstein et al., 1976).

Van GROSSO, een programma voor het bevorderen van een gezonde leefstijl van ouderen met een lage sociaaleconomische status, is de weerbaarheidstraining en het gezondheidsvoorlichtings-programma overgenomen.

---

### **Overeenkomsten en verschillen**

Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen (puntsgewijs)?

Sociaal Vitaal is een multifactorieel programma waarin bewegen wordt gecombineerd met specifieke trainingen om sociale weerbaarheid en sociale contacten te bevorderen. Geen van de genoemde programma's combineren bewegen met sociale doeleinden. Bewegen is in Sociaal Vitaal een middel om de sociale redzaamheid en veerkracht van ouderen met een lage sociaaleconomische status te bevorderen.

---

### **Toegevoegde waarde**

Wat is de toegevoegde waarde van deze interventie ten opzichte van hierboven genoemde vergelijkbare interventies in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

De toegevoegde waarde deze interventie is

- a. Dat er een interventieprogramma is ontwikkeld dat zich specifiek richt op het verbeteren van een gezonde leefstijl en zelfredzaamheid van ouderen met een lage sociaaleconomische status.
- b. Innovatief is dat het trainen van weerbaarheid en sociale vaardigheden is ingebed in een bewegingsprogramma, waardoor ouderen die niet primair cognitief zijn georiënteerd door middel van spelvormen vaardigheden kunnen trainen.
- c. Dat geïntegreerd met het beweegprogramma ook voorlichtingen over sociale en gezondheidsonderwerpen op laagdrempelige wijze tijdens het koffiedrinken kunnen worden aangeboden. Als aan senioren met een lage SES losse voorlichtingen worden aangeboden blijkt dat zij hier vaak niet naar toe komen. Bewegen vormt een prima middel om ook andere doelen na te streven.

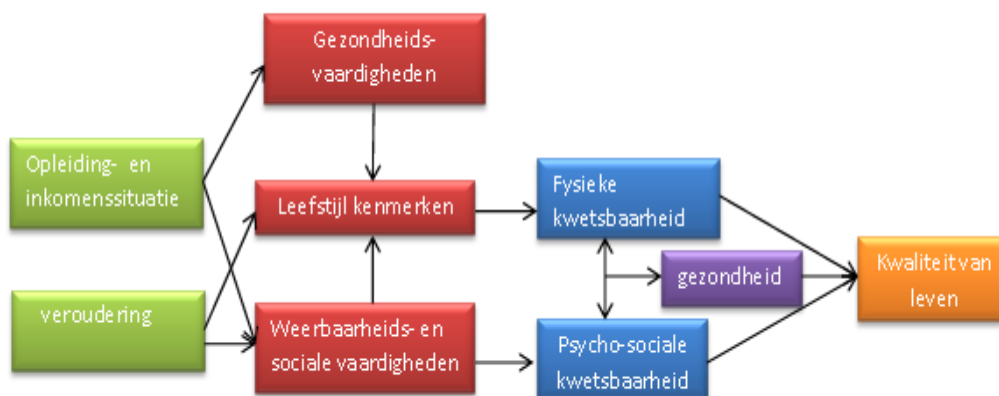
### 3. Onderbouwing

#### Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Het conceptuele model van Sociaal Vitaal gaat ervan uit dat de opleidings- en inkomenssituatie van ouderen (lage sociaal economische situatie) en verouderingskenmerken (fysieke beperkingen, morbiditeit) een negatieve invloed hebben op leefstijlkenmerken (onvoldoende bewegen, ongezonde voeding, omgaan met stress) en tevens leiden tot een aantasting van de weerbaarheid en veerkracht en een toename van eenzaamheid (weerbaarheids- en sociale vaardigheden). Met name een gebrek aan gezondheidsvaardigheden (health literacy) belemmert het nemen van initiatief om gezond en actief te leven (voldoende bewegen, gezonde voeding, ontspannen). Het gevolg is dat ouderen met een lage sociaaleconomische status al vroeg in het verouderingsproces geconfronteerd worden met fysieke - en sociale & mentale kwetsbaarheid die vervolgens weer invloed heeft op zowel de gezondheid (multi-morbiditeit en mortaliteit) als kwaliteit van leven.

Figuur 4: Conceptueel model Sociaal Vitaal: samenhang tussen de factoren die kwetsbaarheid, gezondheid en kwaliteit van leven bij ouderen met een lage sociaal economische status bevorderen



#### Gezondheidsvaardigheden in relatie tot leefstijlkenmerken

Gebrek aan gezondheidsvaardigheden, ook wel health literacy genoemd, een van de mogelijke oorzaken van een ongezonde leefstijl van ouderen met een lage sociaal economische status (De Walt et al., 2004; Schillinger et al., 2006; Paasche et al., 2007). Een gebrek aan gezondheidsvaardigheden hangt samen met laaggelettertheid (Bohnen et al., 2004) en komt tot uitdrukking in een gebrekkige toegang tot informatie over gezondheid, zoals kennis over het ontstaan van chronische aandoeningen en de invloed van ongezonde leefstijl kenmerken op veroudering (Gazmararian et al., 2003; Baker et al., 2007) en een gebrek aan ervaren verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Ouderen met lage

gezondheidsvaardigheden rapporteren vaker een minder goede lichamelijke en geestelijke gezondheid en meer beperkingen bij het uitvoeren van ADL (Wolf et al., 2005) Uit review studies blijkt dat het afstemmen van gezondheidsvoorlichting op de mate van geletterdheid van ouderen en patiënten en het trainen van communicatievaardigheden van werkers in de welzijns- en gezondheidszorg kan bevorderen dat de negatieve effecten van health literacy worden beperkt ( Pignone et al. 2005, Clement et al., 2009).

Gebrek aan gezondheidsvaardigheden heeft een negatief effect op een gezonde leefstijl. Dit uit zich in bewegingsarmoede waardoor de fysieke fitheid (spierkracht en loopsnelheid) afneemt) bij het verouderen en de fysieke kwetsbaarheid toeneemt. Ouderen met een lage sociaaleconomische status hebben een grotere kans om eerder kwetsbaar (frail) te worden dan ouderen met een hogere sociaaleconomische status, en daarmee een grotere kans hebben om op jongere leeftijd hun zelfredzaamheid (ADL capaciteit) te verliezen (Van Campen,2011; Webb et al.,2011). Longitudinaal onderzoek en reviewstudies tonen aan dat bewegingsarmoede een negatief effect heeft op kwaliteit van leven bij ouderen (Penedo et al.,2005; Elavsky et al.,2005; Netz et al.,2005; Conn et al.,2009; Gillison et al.,2009; Taguchi et al.,2010). Door het plezier in bewegen en zelfmanagement te bevorderen wordt er naar gestreefd om het behoud van een actieve leefstijl te bevorderen.

#### Weerbaarheids- en sociale vaardigheden in relatie tot leefstijlkenmerken

Gebrek aan veerkracht als gevolg van een verminderde weerbaarheid en aanpassingsvermogen om adequaat te reageren op fysieke, cognitieve en sociale veranderingen als gevolg van veroudering bevordert ongezonde leefstijlkenmerken van ouderen met een lage sociaal economische status. Gebrek aan veerkracht is een wisselwerking tussen persoonlijke eigenschappen, omgevingskenmerken en levensomstandigheden (Johnson and Wiechelt 2004). Het gebrek aan copingvaardigheden en het onvoldoende kunnen mobiliseren van sociale ondersteuning om te kunnen omgaan met tegenslagen is kenmerkend voor een gebrek aan veerkracht (Ong, 2009; Van Kessel 2013) Met name bij ouderen met een lage sociaal economische status leidt het gebrek aan veerkracht tot een aantasting van hun kwaliteit van leven (Blane et al.,2004; Netuveli et al.,2006; Zaninotto et al.,2009) en tot een grotere ontevredenheid met de eigen leefsituatie rol (Von dem Knesebeck et al.,2007; Blane et al.,2007). Onder kwaliteit van leven van ouderen verstaan we de ervaring dat ze greep hebben op hun leven én de mate van tevredenheid met hun eigen bestaan (Hyde et al., 2003). Het verbeteren van emotionele en sociale weerbaarheid van ouderen is trainbaar. (Nygren et al., 2005; Lamond et al.,2008). Onderzoek bij ouderen toont aan dat ouderen die meer greep krijgen op hun eigen leven minder kans hebben op psychische aandoeningen en minder kans om vroegtijdig te overlijden (Shen & Zeng, 2010; Windle et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2010)

Vereenzaming kan eveneens worden beschouwd als een van de oorzaken van ongezonde leefstijlkenmerken en gezondheidsproblemen bij ouderen met een lage sociaaleconomische status. Eenzaamheid wordt wel gezien als een situatie waarin iemand een onprettig of een ontoelaatbaar gebrek aan sociale contacten heeft en/of een tekort aan sociale en emotionele steun ervaart (De Jong Gierveld, 1998) Ouderen ervaren eenzaamheid als een aantasting van de kwaliteit van leven (Van Tilburg en De Jong-Gierveld, 2007 ; O’Luanaigh & Lawlor 2008; Savikko, 2005; Hawton et al., 2010).Ondanks verschillende verklaringsmodellen van eenzaamheid ( Karnick 2005; Cacioppo & Hawkey, 2010; Tesch-Romer 2012 ) en een veelvoud aan interventies tonen review studies aan ( Cattan et al. 2005, Beswick et al., 2008; Masi et al., 2011; Dickens et al., 2011) dat interventies om eenzaamheid te

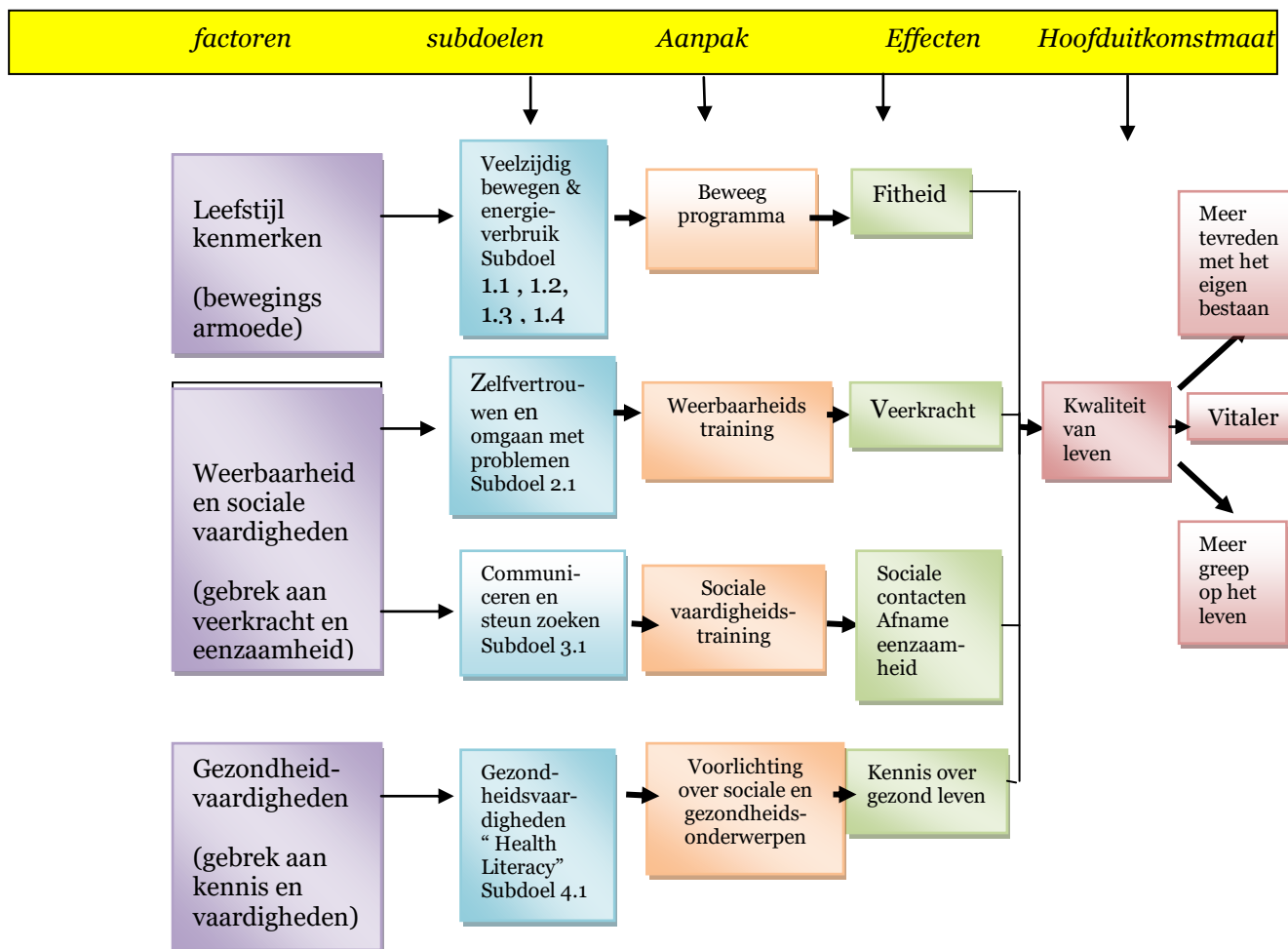
beïnvloeden meer effect hebben als ze zijn afgestemd op de leefsituatie van de doelgroep waarop projecten zich richten.

### Aan te pakken factoren

Welke factoren pakt de interventie aan en welke, in paragraaf 2.2. benoemde, (sub)doelen horen daarbij?

Er worden in het conceptueel model (fig. 4) zeven factoren onderscheiden die van invloed zijn op gezondheidsachterstanden en de daarmee samenhangende aantasting van de kwaliteit van leven van ouderen met een lage sociaal economische status.

Figuur 5: De relatie tussen aan te pakken en factoren, subdoelen en beoogde effecten in Sociaal Vitaal



Twee van de 7 genoemde factoren worden beschouwd als moderators, d.w.z. factoren die niet beïnvloedbaar zijn in het kader van dit project. Dit betreft de Sociaal Economische Status en Veroudering. We gaan ervanuit dat het opleidings- en inkomensniveau van de deelnemers die de basis vormen voor de Sociaal Economische Status en de leeftijd van de deelnemers als basis van het verouderingsproces niet beïnvloedbaar is.

Drie factoren die van invloed zijn op gezondheidsachterstanden en de aantasting van de kwaliteit van leven van ouderen met een lage sociaal economische status worden in Sociaal Vitaal aangepakt, namelijk 1) leefstijlkenmerken (in het bijzonder het beweggedrag), 2) gezondheidsvaardigheden (in het bijzonder informatie over gezond gedrag) en 3) weerbaarheid- en sociale vaardigheden (in het bijzonder het omgaan met

verouderingsproblemen en vaardigheden om te communiceren en steun te zoeken. We veronderstellen dat het aanpakken van deze drie factoren invloed zal hebben op 2 factoren die als mediators op kwaliteit van leven kunnen worden beschouwd, te weten de 1) fysieke - en psychosociale kwetsbaarheid van ouderen en 2) gezondheid. Vermindering van kwetsbaarheid en het bevorderen van de gezondheidstoestand heeft naar verwachting een positieve invloed op kwaliteit van leven.

De aanpak van Sociaal Vitaal is SMART. Er wordt een specifiek doel nagestreefd (verbeteren kwaliteit van leven, uitgewerkt in determinanten en een stappenplan), dat meetbaar is (CASP-19), dat acceptabel is (ouderen vinden het zinvol), dat realistisch is (pilot onderzoek in Baarn, de Bilt en Utrecht geven aanwijzingen voor effecten) en dat tijdgebonden is (effecten worden gemeten over een periode van 12 maanden, op basis van een voor- en nameting).

---

**Verantwoording** Verantwoord hoe met deze aanpak ook daadwerkelijk de (sub)doelen bij deze doelgroep(en) bereikt worden.

De aanleiding van het probleem en de consequenties zijn vertaald in een specifiek doel en duidelijk afgebakende doelgroep. Bij de vertaling van het probleem in het doel, de doelgroep en de interventie is gebruik gemaakt van meerdere theorieën. Met name het “Health-Related Fitness en Physical Activity” model, ook wel aangeduid als het Toronto model (Bouchard & Shephard, 1994), de evolutiebiologische speltheorie (Bult, 1994), het Reserve Capacity Model (Matthews et al., 2008; Meyers, 2009) en de Resilience theory (Windle et al., 2008; Hildon et al., 2010 en het Ecologische Model om gezond gedrag te stimuleren (Sallis et al., 2008) bieden aanknopingspunten voor het bevorderen van de kwaliteit van leven van ouderen met een lage sociale economische status.

De verbetering van fysieke fitheid, in het bijzonder de beenkracht en het uithoudingsvermogen (subdoel 1.4) wordt gerealiseerd door de oefeningen die in het beweegprogramma worden uitgevoerd. Om het beweeg gedrag (subdoel 1.1) te bevorderen is gebruik gemaakt van de uitgangspunten van het Toronto model waarin ervan wordt uitgegaan dat het bevorderen van lichamelijke activiteit zowel direct als indirect, via het bevorderen van fysieke fitheid, gezondheid en kwaliteit van leven kan bevorderen. De evolutiebiologische speltheorie van Bult (1994) benadrukt dat het leren van veelzijdig bewegen van belang is voor bevorderen van motorische eigenschappen zoals kracht, lenigheid (flexibiliteit), snelheid, uithoudings- en coördinatievermogen. Het lesmodel dat is afgeleid uit de evolutiebiologische speltheorie geeft aanknopingspunten voor het bevorderen van energieverbruik en bevorderen van (subdoel 1.2) spelplezier met behoud van de beginselen van de inspanningsfysiologie. Review studies naar het effect van bewegen of fitheid, ADL en kwaliteit van leven (Daniels et al. 2008; De Vries et al. 2012; Chin A Paw et al. 2008; Theou et al. 2011; Chou et al. 2012; Cadore et al. 2013) tonen aan dat spierkracht, uithoudingsvermogen, gewrichtsmobiliteit en functionele mobiliteit, die nodig zijn voor het uitvoeren van ADL takenvaardigheden, aantoonbaar toenemen. Toename van lichamelijke activiteit (subdoel 1.1) wordt bevorderd door deel te nemen aan wekelijks recreatief beweegprogramma. Om gedragsbehoud (subdoel 1.3) te bevorderen krijgen deelnemers aan Sociaal Vitaal als groep een zelfmanagementtraining.

De verbetering van de veerkracht (subdoel 2.1) wordt gerealiseerd door het trainen van mentale weerbaarheid. Om de veerkracht van ouderen (subdoel 2.1) te verbeteren wordt

door specifieke weerbaarheidsoefeningen het vermogen van ouderen verbeterd om te kunnen omgaan met tegenspoed, zoals het verlies van dierbaren of de aantasting van zelfstandigheid als gevolg van ziekten en aandoeningen ( Frey et al., 2010).

Het beïnvloeden van eenzaamheid (subdoel 3.1) wordt gerealiseerd door een sociale vaardigheidstraining die is afgeleid van de Goldstein methode. De training beoogt vaardigheden aan te leren om sociale contacten te leggen, te onderhouden en zo mogelijk de kwaliteit van bestaande contacten (vragen sociale steun) te verbeteren. Om de sociale eenzaamheid van ouderen te verminderen (subdoel 3) worden op basis van het Reserve Capacity Model de intra persoonlijke (coping eigenschappen, veerkracht) en interpersoonlijke vaardigheden (onderhouden sociale contacten, verwerven van sociale steun) getraind, die de basis vormen om greep te krijgen op de eigen leefsituatie. Bovendien biedt het ecologische model om gezond gedrag te stimuleren aanknopingspunten om het bevorderen van veerkracht en vaardigheden te combineren met bewegingsstimulering (Sallis et al.,2008).

Het beïnvloeden van kennis (subdoel 4.1) wordt gerealiseerd door het geven van gezondheidsvoorlichting over BRAVO onderwerpen. De voorlichting beoogt door meer kennis te geven over een gezonde leefstijl de gezondheidsvaardigheden van de deelnemers te beïnvloeden. Naar verwachting beïnvloedt het geven van voorlichting over een gezonde leefstijl, in combinatie met deelname aan Sociaal Vitaal, niet alleen de houding ten opzichte van gezond gedrag maar ervaren deelnemers dat door zelf meer te gaan bewegen en voor zichzelf op te komen ze hun eigen leefsituatie en gezondheid zelf kunnen beïnvloeden (Pignone et al. 2005).

### Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen die de doelen van de interventie realiseren? Geef een puntsgewijze opsomming.

Tabel 2 Schematische kunnen de volgende werkzame elementen van de subdoelen worden onderscheiden.

doel	subdoel	Werkzaam element	Verwijzing naar tekst
<b>1</b>	Toename lichamelijke activiteit	1.12Plezier in bewegen 1.1 Veelzijdig bewegen 1.3.Gedragsbehoud als groep door zelfmanagement	1.1 Interventie. (par 2.3.b) 1.2. Interventie (par 2.3.b) 1.3. Interventie (par 2.3.c)
	Verbeteren fysieke fitheid	1.4 Training van beenkracht, loopsnelheid en coördinatievermogen	1.4 Onderbouwing (par 3 Verantwoording)
<b>2</b>	Toename weerbaarheid en veerkracht	2.1 Coping vaardigheden aanleren door ze individueel te oefenen in de beweegroep (inclusief feedback)	2.1 Onderbouwing (par 3 Verantwoording) en Interventie (par 2.3.b)
<b>3</b>	Afname eenzaamheid	3.1Vaardigheden om contacten te leggen individueel oefenen in de groep (inclusief feedback)	3.1 Onderbouwing (par 3 Verantwoording) en Interventie (par 2.3.b)
<b>4</b>	Toename kennis gezond gedrag	4.1 Interactieve uitwisseling van kennis in de groep (bij het drinken van de koffie na afloop)	4.1 Onderbouwing (par 3 Verantwoording) en Interventie (par 2.3.b)

---

## 4. Uitvoering

---

### **Materialen**

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

Er is een wervingsprotocol beschikbaar voor de deelnemers. Er is een fitheidstest ontwikkeld, waarvoor een meetprotocol en materialen beschikbaar zijn. Alle onderdelen van het programma zijn uitgeschreven en er zijn trainingen voor de begeleiders van het programma ontwikkeld. Voor het beweegprogramma bestaat een GALM opleiding en er is een scholing voor de weerbaarheid- en sociale vaardigheidstraining ontwikkeld. Tevens zijn de lessen weerbaarheid en sociale vaardigheid beschreven in een uitgeteste module. De landelijk stichting GALM ondersteunt lokale Sociaal Vitaal werkgroepen door het beschikbaar stellen van werkmappen (stappenplan, opzet lessen, fitheidsprotocol, opzet voorlichting) en beeldmateriaal, en het concreet adviseren en ondersteunen van de werkgroep bij het opzetten en uitvoeren van Sociaal Vitaal. De werkmappen worden op grond van de ervaringen in de pilot projecten ontwikkeld.

Voor vragen over de beschikbare materialen en het gebruik ervan kan contact worden opgenomen met de Stichting GALM ([www.galm.nl](http://www.galm.nl))

---

### **Type organisatie**

Welk(e) soort(en) organisatie(s) kan /kunnen de interventie uitvoeren?

In principe kunnen Provinciale Sport Organisaties de lokale coördinatie van Sociaal Vitaal projecten voor hun rekening nemen en ervoor zorg dragen dat Sociaal Vitaal lokaal wordt uitgevoerd. Hiertoe zal met Sportkracht 12 leden een contract worden gesloten, waardoor ze over de benodigde informatie kunnen beschikken en begeleiding van de landelijke stichting GALM krijgen.

Er zijn Sociaal Vitaal projecten uitgevoerd in de Bilt, Baarn en Utrecht. Er is belangstelling bij Sportkracht 12 leden om Sociaal Vitaal projecten uit te voeren in Zeeland, Noord-Holland en Friesland.

We hebben voor SK12 een stappenplan gemaakt dat ze bij de uitvoering kunnen gebruiken en toepassen. Bovendien zorgt de Stichting GALM dat er trainingen voor sociale weerbaarheid en sociale vaardigheid worden georganiseerd. De stichting GALM zorgt voor het monitoren en evalueren van lokale Sociaal Vitaal projecten.

---

### **Opleiding en competenties**

Welke opleiding /training en specifieke competenties van de uitvoerders zijn vereist?

Het beweegprogramma van Sociaal Vitaal wordt uitgevoerd door opgeleide en GALM/MBvO gecertificeerde lesgevers. De lesgevers dienen de GALM scholingen, de Weerbaarheidsscholing en Sociale vaardigheidsscholing te hebben gevolgd. De lesgevers hebben een ééndaagse training “weerbaarheidsmodule voor senioren” en een ééndaagse training “sociale vaardigheden in de bewegles”, gericht op het leggen en onderhouden van



sociale contacten, gevolgd. Tevens worden lesgevers geselecteerd op affiniteit en ervaring met het lesgeven aan kwetsbare senioren. Met de leden van SK12 worden weerbaarheid en vaardigheidstrainingen gepland als er nieuwe Sociaal Vitaal projecten van start gaan. De trainingen worden regionaal (noord, zuid, west, oost) aangeboden. Als Sociaal Vitaal op grote schaal zal worden uitgevoerd gaan we over op het tweemaal per jaar landelijk aanbieden van beide trainingen.

Personen die huis-aan-huis de deelnemers werven, zoals vrijwilligers die werkzaam zijn bij de Stichting Welzijn, GALM deelnemers of vrijwilligers van kerkelijke organisaties dienen een scholing te hebben gehad in het benaderen van deelnemers.

Aan de vrijwilligers die de deelnemers benaderen worden specifieke eisen gesteld. De profielkenmerken voor vrijwilligers die huis aan huis benaderen zijn: (1) een opleiding op middelbaar onderwijsniveau, (2) affiniteit met het werken met ouderen, (3) interview ervaring of de bereidheid om een korte interviewtraining te volgen, (4) ervaring met het afnemen van vragenlijsten of de bereidheid dit te willen leren door deel te nemen aan de scholing. De vrijwilligers die benaderen nemen soms ook de fitheidstest af.

Er is een verplichte scholing gemaakt voor het huis-aan-huis werven en voor het afnemen van fitheidstesten. Er is voor beide taken een scholings DvD beschikbaar, en een serie oefeningen om een huis-aan-huis gesprek te voeren en vragenlijsten af te nemen. Tot slot is er een manual beschikbaar voor het uitvoeren van de fitheidstesten. In deze manual wordt instructie gegeven over de wijze waarop de testen afgenomen dienen te worden en de wijze waarop de data met het bijbehorende softwareprogramma verwerkt dienen te worden.”

### **Kwaliteitsbewaking**

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De kwaliteitsbewaking van het Sociaal Vitaal project wordt uitgevoerd door de Stichting GALM en bestaat uit de volgende onderdelen:

- screening van uitgevoerde lokale projecten (screening op het insluiten van de juiste deelnemers en uitvoeren volgens stappenplan en beschreven methodiek), inzet van getrainde lesgevers, uitvoering van het programma volgens beschreven lesprogramma's en modules;
- gebruik fitheidsprotocol en evaluatie van fitheidseffecten door vergelijken van voor- en nametingen;
- evaluatie van ervaringen van deelnemers per project, lesgevers en gemeenten en overige Instellingen;
- evaluatie van de aangetoonde effecten.

### **Randvoorwaarden**

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

De randvoorwaarden voor het uitvoeren van Sociaal Vitaal zijn:

1. een gemeente met voldoende draagvlak en financieel budget om Sociaal Vitaal uit te voeren;
2. een provinciale sportconsulent die de gemeente ondersteunt bij de ontwikkeling en

uitvoering van Sociaal Vitaal;

3. geschoolde uitvoerders zoals vrijwilligers die benaderen en fitheidstesten afnemen, lesgevers die geschoold zijn in GALM, weerbaarheid en sociale vaardigheden;

4. de beschikbaarheid van voorlichters;

5. een geschikte binnen accommodatie van minimaal 60 m<sup>2</sup>;

Sociaal Vitaal is een laagdrempelig bewegings- en gezondheids-stimuleringsprogramma.

Daarom is er voor gekozen om het project in de eigen buurt van ouderen uit te voeren. Een lokale aanpak dus. De 'sportconsulenten ouderen' van de Provinciale Sport Organisaties, die ook de uitvoering van overige op GALM gebaseerde en hiervan afgeleide interventies begeleiden voeren Sociaal Vitaal in samenwerking met de gemeente en verschillende organisaties uit. Op de achtergrond ondersteund door het landelijk GALM-Sociaal Vitaal team kunnen zij werkmappen, beeldmateriaal en handboeken gebruiken om hun gemeente te adviseren en ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van het project.

De docenten van de groepen krijgen twee één-daagse scholingen op het gebied van weerbaarheid en sociale vaardigheid aangeboden. Als basis hebben zij een afgeronde ALO- of CIO-opleiding en de GALM-scholing. Het is bovendien van belang dat ze ervaring en affiniteit hebben met het lesgeven aan kwetsbare ouderen.

De docenten moeten de groepen goed kunnen begeleiden en weten aan welke informatie en adviezen de senioren behoefte kunnen hebben.

Een groep heeft maximaal vijftien deelnemers, dus per groep is een zaal in een buurthuis van min. 60-70 m<sup>2</sup> voldoende.

---

### **Implementatie**

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Ja, er is een werkmapp waarin uitgebreid staat beschreven hoe het project lokaal moet worden uitgevoerd. Voor een aantal aspecten wordt ook gebruik gemaakt van het GALM handboek.

De beschrijving van de randvoorwaarden, deskundigheid, doelgroep en doelen, methodiek (benaderprotocol – fittestprotocol – beweeglessen - voorlichtingen – extra modules – extra trainingen in beweeg les - scholingen) is op grond van de pilotprojecten ontwikkeld en wordt op dit moment op basis van het eerste landelijke implementatieproject in Amersfoort definitief uitgewerkt. Op basis van inzichten in dit en volgende implementatieprojecten zal de methodiek verder worden verfijnd en waar nodig bijgesteld.

Landelijke implementatie: Met leden van Sportkracht 12 die belangstelling hebben om Sociaal Vitaal te gaan uitvoeren op korte termijn zullen afspraken worden gemaakt over de wijze waarop Provinciale Sport Organisaties Sociaal Vitaal als programma gaan uitvoeren. We gaan ervan uit dat alle leden van Sportkracht 12 in de komende jaren Sociaal Vitaal zullen gaan uitvoeren. Hiermee wordt een landelijke dekking mogelijk.

---

**Kosten**

Wat zijn de kosten van de interventie?

De totale kosten bedragen € 25.576,-

Een Sociaal Vitaal project wordt bekostigd door gemeenten als dan niet in combinatie met geworven subsidies zoals de Sportimpuls of collectebusfondsen.

**Begroting Sociaal Vitaal****Vorbereidingsfase****voorbereiding en coördinatie project**

<b>bedrag</b>		<b>Wie factureert?</b>
overleg gemeent/St. Welzijn incl voorber.&nazorg per tel/mail en reistijd	720,00	PSO
reiskosten	38,00	PSO
vooroverleg PSO-LT	240,00	PSO
vooroverleg PSO-LT	240,00	LT
voorlichting potentiële projectgroepleden	320,00	PSO
reiskosten voorlichting pto. Projectgroepleden	19	PSO
voorlichting potentiële projectgroepleden incl.vorbereiding en reistijd	320,00	LT
reiskosten voorlichting pot. Projectgroepleden	76	LT
voorbereidende werkgroepvergaderingen	320,00	lok.coord.
voorbereidende werkgroepvergaderingen incl.reistijd	400,00	PSO
	<b>2693,00</b>	

**Uitvoeringsfase****Overleg en ondersteuning**

lokale coördinatie	7200,00	lok. Coord.
ondersteuning en advies lok. Coord.	2800,00	PSO
ondersteuning en advies PSO en lok. Coord.	1200,00	LT
voortgangsoverleg projectgroep	320,00	Lok. Coord.
voortgangsoverleg projectgroep incl. reistijd	400,00	PSO
reiskosten	38,00	PSO
voortgangsoverleg projectgroep incl. reistijd	320,00	LT
reiskosten	76,00	PSO
	<b>12354,00</b>	

**Benadering (1000 personen)**

antwoordkaarten	192,00	gemeente
ophalen enquêtes	600,00	benadermedew
brief copieren en in enveloppen doen	350,00	lok coordinator
porto-copieer-envelop	1000,00	gemeente
	<b>2142,00</b>	

**Fitheids test (70 personen)**

aanschrijven deelnemers (brief)	100,00	Lok.coord.
paramedicus (incl. BTW)	300,00	Paramedicus
testleiders	540,00	testleiders
adviseurs (=lesgevers)	336,00	adviseurs
verbruikersmaterialen (copieën)	60,00	Lok.coord.
huur testmaterialen	125,00	PSO
zaalhuur	140,00	Buurthuis
koffie/thee	200,00	Buuthuis
catering testleiders	135,00	Buurthuis
	<b>1936,00</b>	

**Sociaal vitaal scholing tbv programma: 2 dagen**

kosten opleidingsdocenten (incl. BTW)	<b>1500,00</b>	St. GALM
---------------------------------------	----------------	----------

**Programma voor Sociaal Vitaal deelnemers (2 groepen 30 weken)**

aanschrijven deelnemers (copieën, postzegels, enveloppen)	35,00	St. Welzijn
sport- en spelpakket	500,00	St. Welzijn
huur zaal	1500,00	Buurthuis
lesgevers	1680,00	lesgevers

reiskosten lesgevers	171,00	lesgevers
voorlichting diverse onderwerpen	250,00	voorlichters
	<b>4416,00</b>	
<b>Programma voor overige deelnemers</b>		
instroom in bestaande activiteiten	35,00	st Welzijn
<b>Ondersteuning, monitoring, evaluatie St. GALM</b>		
fittedrapportage	500,00	St. GALM
licentiekosten	500,00	St. GALM
	<b>1000,00</b>	
<b>Continueringsfase</b>		
Zemblastraining	1500,00	St. GALM
<b>UITGAVEN</b>	<b>27576,00</b>	
<b>INKOMSTEN</b>		
(eigen bijdrage deelnemers)	<b>1800,00</b>	
<b>KOSTEN</b>	<b>25776,00</b>	

Afkortingen:

PSO= Provinciale Sport Organisatie

LT = Landelijk GALM Team

Lok coörd= lokale coördinator (bijvoorbeeld van de Stichting Welzijn)

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek en resultaten

Is er onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie en wat zijn daarvan de meest relevante uitkomsten?

Er zijn twee Sociaal Vitaal projecten uitgevoerd in de Bilt en Baarn (2012-2013). Hieraan voorafgaand is Sociaal Vitaal als onderdeel van een veel breder programma, namelijk het GROSSO programma, uitgevoerd in Utrecht Ondiep (2009 -2012)– Utrecht Kanaleneiland/Transwijk (2010-2013)– Utrecht Hoograven/Bokkenbuurt/Tolsteeg (2010-2013). Er loopt op dit moment nog een onderzoek naar de uitvoering van Sociaal Vitaal in het kader van een brede leefstijl aanpak voor ouderen met een lage sociaaleconomische status in Delfzijl (2011-2014, promotieonderzoek).

### Het bereik

Het werven van ouderen, die aan de specifieke inclusiecriteria moeten voldoen, leidt er toe dat er bij het benaderen van 1000 ouderen, gemiddeld 30 ouderen met deze inclusie kenmerken worden geworven en dat 30 ouderen belangstelling hebben, maar niet aan de criteria voldoen. Deze ouderen worden doorverwezen naar andere sociale- of beweegprogramma's in de eigen buurt.

Een ander kenmerk van het bereik is dat alle Provinciale Sport Organisaties, verenigd in Sportkracht 12, besloten hebben Sociaal Vitaal te willen gaan uitvoeren. De infrastructuur voor het landelijk implementeren van Sociaal Vitaal is daarmee beschikbaar.

### Succesfactoren

De implementatie van het Sociaal Vitaal project wordt bevorderd door de volgende factoren. In de eerste plaats de beschikbaarheid van een 'evidence based' methode, die garant staat voor een bepaald resultaat. Als gemeenten besluiten om dit project uit te voeren kunnen ze ervan uitgaan dat de geformuleerde doelstelling haalbaar is.

In de tweede plaats bevordert de op een analoge manier als overige GALM producten ontwikkelde methode (met alle daarbij behorende instrumenten en protocollen) een gestandaardiseerde uitvoering. Door deze kennis beschikbaar te stellen aan Provinciale Sport Organisaties en consultants te scholen in het gebruik wordt de kwaliteit gegarandeerd. Door de projecten regelmatig te evalueren en daarbij deelnemers, lesgevers, gemeenten en sportconsultanten te betrekken kan voortdurend worden bijgesteld en vernieuwd. In de derde plaats garandeert de zeer uitgebreide netwerkaanpak bij de implementatie van het project de organisatorische inbedding in het provinciale en lokale sport, beweeg, gezondheids- en ouderenbeleid.

### Evaluatie van de deelnemers, lesgevers en coördinatoren

De evaluatie met de deelnemers, lesgevers en coördinatoren hebben in de vorm van gesprekken, na afloop van het programma plaatsgevonden (de Greef et al., 2013a; de Greef et al., 2013b; de Greef et al., 2013c). De gezondheidswerkers van de GG&GD in de wijken Noordwest, Zuid en Zuidwest in Utrecht geven aan dat het met name door de intensieve huis-aan-huis campagne gelukt is om doelgroep te bereiken met het project. De lokale coördinatoren zeggen dat er met name "nieuwe" mensen zijn geworven, dat wil zeggen

mensen die nog niet bekend waren bij de bestaande welzijnsorganisaties. De lesgevers en de lokale projectleiders zijn van mening dat er hechte groepen zijn ontstaan waar ouderen zich thuis voelen. Volgens de coördinatoren hebben de trainingen in sociale vaardigheden in combinatie met bewegen de groepscohesie bevordert. De projectcoördinatoren zijn van mening dat door de sociale vaardigheds- en weerbaarheidstrainingen de deelnemers beter in staat waren om hun grenzen te verleggen en assertiever te worden. Een van de deelnemers zegt over deelname aan de weerbaarheidstraining “Ik zeg thuis eerder zegt wat ik wil, ik voel me weerbaarder” (vrouw, 68, Ondiep).

Deelnemers ervaren plezier in bewegen omdat deelnemers op hun eigen niveau kunnen bewegen. De lesgevers ervaren dat de deelnemers baat hebben bij het programma omdat ze vitaler zijn geworden en dat ze beter in staat zijn om met de uitdagingen van het leven om te gaan. Een van de deelnemers (vrouw, 70 jaar, Transwijk) geeft aan dat ze door het programma “ sneller weer haar benen kon belasten na een heupoperatie” ,

Deelnemers hebben naar eigen zeggen “geleerd om positiever te denken en staan door de weerbaarheidstraining steviger in de schoenen” (vrouw 65 jaar, Tolsteeg). Een deelnemer uitte zijn tevredenheid over “de ondersteuning van de lesgever om thuisoefeningen te doen (vrouw 72 jaar Hoograven) Volgens de gezondheidswerker en coördinator van Zuidwest is de sociale participatie van de deelnemers bevordert, omdat ze in dezelfde buurt wonen en elkaar makkelijker opzoeken buiten het beweegtuurtje. Bovendien zijn de deelnemers zijn tevreden met het brede scala aan voorlichtingen, waarbij mensen die hulp nodig hadden die ook werkelijk konden krijgen.

De lesgevers in Bilt en Baarn hebben met plezier aan deze groepen lesgegeven. Er is veel gelachen tijdens de lessen omdat het plezier in bewegen voorop stond. De lessen zijn aanpast aan de mogelijkheden van de deelnemers, omdat met het ouder worden er langzaam ook wat balansproblemen ontstaan. Het was een uitdaging elke week weer iets passend en uitdagends te verzinnen, maar vaste programma onderdelen, zoals bijvoorbeeld bewegen op muziek, doen het altijd goed. De projectcoördinator in Baarn (Stichting Welzijn Baarn) vertelt dat zij vooral heel blij was met de locatie (brede school) waardoor in loop van het programma de interactie tussen de kinderen en de deelnemers op gang is gekomen. Ze hebben samen pannenkoeken gegeten, er zijn dansjes opgevoerd door de kinderen en aan het einde van het jaar hebben de leerlingen van groep 8 en de deelnemers aan Sociaal Vitaal wenskaarten uitgewisseld tijdens de koffie.

De ervaren veiligheid in Sociaal Vitaal groepen is belangrijk waardoor ruimte ontstaat om weerbaarheidsaspecten te oefenen. Deelnemers deden daar dan thuis ook echt iets mee. De lesgevers vertellen dat mensen ook dingen herkennen, bijvoorbeeld hoe je over straat loopt. Deelnemers waren enthousiast over het weerbaarheidsprogramma “Ik vond het ook leuk te leren hoe je weer wat positiever in het leven kunt staan” (vrouw, 73 jaar, Baarn), en “Het geeft ook zelfvertrouwen, elke week een stapje meer. Had ik niet verwacht op mijn leeftijd” (man, 75 jaar, de Bilt). Het sociale aspect is voor Sociaal Vitaal groepen heel belangrijk. Voor sommige mensen is de lesmiddag namelijk het enige uitje dat ze in de week hebben. Onder het genot van een kopje koffie of thee werd nog nagepraat over de training, of een voorlichting of er werd gewoon gezellig gekletst over gebeurtenissen in het dorp. De voorlichtingsbijeenkomsten van een diëtiste en een fysiotherapeut gaven volgens de lesgevers de mogelijkheid om vragen te stellen en er werden goede tips gegeven.

### **Verbeterpunten**

- het uitvoeren van Sociaal Vitaal projecten volgens beschreven methodiek, met name afwijking van het wervingsprotocol (schriftelijk werven, benadereers niet trainen) leidt tot het werven van de verkeerde doelgroep, namelijk bijv. ouderen die voldoende lichamelijk actief zijn.
- het aanbieden van een veelzijdig beweegprogramma met geschoolde docenten in een kleinschalige setting is bepalend voor gedragsverandering. Docenten moeten de kennis niet alleen kunnen toepassen, maar dienen goed begeleid te worden omdat het begeleiden van ouderen met een lage sociaal economische status veel inlevingsvermogen en geduld vragen.
- het ontwikkelen van een Sociaal Vitaal programma waaraan allochtone ouderen, die niet de Nederlandse taal beheersen, kunnen deelnemen. Tot nu toe wordt Sociaal Vitaal wordt toegepast voor ouderen die de Nederlandse taal beheersen, omdat beheersing van de Nederlandse taal, op grond van opgedane ervaringen in Utrecht, noodzakelijk is gebleken om te kunnen communiceren over eenzaamheid en weerbaarheid en om nieuwe sociale vaardigheden aan te leren. In de praktijk heeft bij de uitgevoerde sociaal vitaal projecten gemiddeld 10% van deelnemende ouderen een allochtone achtergrond. Om ouderen met een allochtone achtergrond die de Nederlandse taal niet beheersen niet uit te sluiten in het initiatief genomen om een Sociaal Vitaal variant voor allochtone ouderen te ontwikkelen. We zijn hierover in gesprek met ondersteuningsorganisaties voor allochtonen in de gemeenten Delfzijl en Amersfoort.

Om te bevorderen dat de juiste doelgroep wordt benaderd is er een protocol ontwikkeld voor het uitvoeren van een buurtscan, waardoor specifieke informatie over het beweeggedrag, fysieke kwetsbaarheid en eenzaamheidsproblemen systematisch wordt geanalyseerd zodat beter beredeneerd kan worden in welke wijk of buurt een Sociaal Vitaal project kan worden uitgevoerd. In de gemeente Amersfoort is dit protocol met succes als eerste toegepast.

De lesgevers die een training in weerbaarheid en sociale vaardigheid hebben gekregen worden gecoacht bij het uitvoeren van het Sociaal Vitaal programma. In Amersfoort wordt met deze werkwijze ervaring opgedaan.

---

## **6. Onderzoek naar de effectiviteit**

---

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

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

De effecten van Sociaal Vitaal zijn in drie studies onderzocht.

(1) Een pre-experimenteel onderzoek (pre-post design) onder 114 Sociaal Vitaal deelnemers (gemiddelde leeftijd 71 jaar, 70% vrouw, 34% kwetsbaar) naar effecten op fysieke fitheid (subdoel 1.4) en sociale contacten en eenzaamheid (subdoel 3.1). In deze studie is 30% van de doelgroep van Sociaal Vitaal bereikt. De nameting is 36 maanden na baseline uitgevoerd. (De Greef et al., 2014, bijlage 1).

(2) Een quasi-experimenteel onderzoek (Bielderma et al., submitted, bijlage 2) onder 193 deelnemers (gemiddelde leeftijd 75 jaar, 69% vrouw, 31% fysiek kwetsbaar) naar effecten op fysieke fitheid (subdoel 1.4), sociale contacten (subdoel 3.1) en kwaliteit van leven (hoofddoel). Het bereik van de doelgroep in deze studie was, dankzij een multiële benaderingsstrategie, 43%. In deze studie zijn de resultaten van de nameting, 12 maanden na baseline, gebruikt.

(3) Een follow-up onderzoek (pretest-posttest design) bij 74 Sociaal Vitaal deelnemers (gemiddelde leeftijd 73 jaar, 63% vrouw, 29% is kwetsbaar) 60 maanden na baseline. (De Greef et al., 2016, bijlage 3) De baseline data van het quasi-experimentele onderzoek zijn hiervoor als pre-test gebruikt. In deze studie zijn de lange termijn effecten op lichamelijke activiteit (subdoel 1.1) gedragsbehoud (subdoel 1.3), fysieke fitheid (subdoel 1.4), sociale contacten en eenzaamheid (subdoel 3.1) en veerkracht (subdoel 2.1) geanalyseerd.

Gerelateerd aan de geformuleerde subdoelen en het geformuleerde hoofddoel leveren de drie uitgevoerde wetenschappelijke onderzoeken de volgende resultaten op.

○ **Toename van lichamelijke activiteit (subdoel 1.1).**

De toename van lichamelijke activiteit is gemeten met behulp van twee uitkomstmaten. De eerste plaats het aantal deelnemers dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Dit is gemeten met behulp van de Nederlandse vertaling van de Stage of Change (Marcus 1992). In de tweede plaats is de toename van het aantal stappen met behulp van een stappenteller (Digiwalker Yamax SW-200) gemeten.

In een follow-up study (De Greef et al., 2016, bijlage 3) is met een Chi<sup>2</sup> analyse vastgesteld dat het aantal deelnemers dat voldoet aan de beweegnorm significant ( $p < .05$ , stijging met 40%) is toegenomen. Ook is aangetoond dat, getoetst met een Student T-test, het gemiddeld aantal stappen per dag significant ( $p < .05$ , toename met 15%) is gestegen. Er is geen specifiek doel voor de toename van lichamelijke activiteit van Sociaal Vitaal deelnemers geformuleerd.

○ **Toename plezier in bewegen (subdoel 1.2)**

Plezier in bewegen is geëvalueerd met de deelnemers, maar niet wetenschappelijk onderzocht. Er ontbreekt een voor- en nameting. Er is geen specifiek doel voor de toename van lichamelijke activiteit van Sociaal Vitaal deelnemers geformuleerd.

○ **Effect op gedragsbehoud (subdoel 1.3)**

Er is een pre-experimentele studie (pre-post design) verricht naar gedragsbehoud van de deelnemers aan Sociaal Vitaal (bijlage 3). De follow-up meting vond plaats 60 maanden na baseline. Het criterium voor gedragsbehoud is een (betaald) lidmaatschap van een Sociaal Vitaal Groep én een opkomstpercentage van 80%. Van de 124 gestarte deelnemers (gemiddelde leeftijd 74 jaar, 46% man, 28% kwetsbaar) is na 60 maanden 60% actief. Van de uitvallers na 60 maanden is 10% overleden, is 15% opgehouden vanwege een chronische aandoening, is 5% opgenomen in een verzorgingshuis en 10% uitsluitend opgehouden vanwege gebrek aan motivatie. Als specifiek doel is geformuleerd dat 75% van de deelnemers nog lichamelijk actief is na 36 maanden.



- **Toename van fysieke fitheid (subdoel 1.4)**

In drie studies zijn de effecten van deelname aan Sociaal Vitaal op fysieke fitheid vastgesteld. De toename op fysieke fitheid is gemeten aan de hand van beenkracht en uithoudingsvermogen. Beenkracht is gemeten met behulp van de 30 sec Chair stand test. Het uithoudingsvermogen is gemeten met de 2 min Step test. Beide fitheidstesten, die deel uitmaken van de Senior fitness Test, zijn genormeerd voor leeftijd en geslacht.

In het pre-experimentele onderzoek (bijlage 1) is 36 maanden na baseline, met een Student T-test aangetoond dat deelname aan Sociaal Vitaal tot een significante toename ( $p < .05$ ) van de beenkracht met 16% en van het uithoudingsvermogen met 18% leidt.

Uit het quasi-experimentele onderzoek (bijlage 2) is op basis van een lineair mixed model analyse aangetoond dat er sprake is van een significante toename ( $< .05$ ) in beenkracht met 21% en van het uithoudingsvermogen met 22%.

Uit de follow-up studie naar gedragsbehoud van de deelnemers aan Sociaal Vitaal (bijlage 3) blijkt dat getoetst met een Student T-test, 60 maanden na baseline, er sprake is van een significante toename ( $p < .05$ ) van beenkracht met 18% en van uithoudingsvermogen met 17%.

Als specifiek doel is 10% toename van beenkracht en uithoudingsvermogen geformuleerd.

- **Toename van mentale veerkracht (subdoel 2.1)**

De invloed van deelname op mentale veerkracht in het omgaan met veroudering en kwetsbaarheid is onderzocht in een follow-up studie naar gedragsbehoud van de deelnemers aan Sociaal Vitaal. (bijlage 3). Veerkracht is gemeten met de 13-item Groningen Ageing Resilience Questionnaire (GARI), specifiek ontwikkeld en gevalideerd om veerkracht bij kwetsbare deelnemers aan Sociaal Vitaal te meten (Van Abbema et al., 2015). De GARI bestaat uit 2 subschalen, namelijk "Adaptief vermogen" (interne bronnen) en "Verbondenheid" (externe bronnen).

Op grond van de follow up meting 60 maanden na baseline, is met een Student T-test aangetoond dat deelname aan Sociaal Vitaal leidt tot een significante toename ( $p < .05$ ) in veerkracht (somscore GARI) met 21%.

Als specifiek doel is een 7.5% toename van veerkracht geformuleerd.

- **Toename van sociale contact en afname eenzaamheid (subdoel 3.1)**

De toename van sociale contact is onderzocht aan de hand van verandering van het aantal sociale contacten van familieleden en vrienden. Hiervoor is de Lubben Social Network Scale gebruikt. (Lubben, 1988). Ervaren eenzaamheid is gemeten met de 11 item De Jong Gierveld eenzaamheidsschaal (De Jong Gierveld en Van Tilburg, 2011).

Uit het pre-experimentele onderzoek (bijlage 1) blijkt dat na 36 maanden het totaal aantal sociale contacten is afgenomen ( $p > .05$ , afname met 4%). De ervaren eenzaamheid is significant afgenomen ( $p < .05$ , afname 38%). Uit de quasi-experimentele studie (bijlage 2) blijkt dat het aantal sociale contacten in de experimentele groep na 12 maanden gelijk is

gebleven. Uit de follow-up studie (bijlage 3) blijkt dat het totaal aantal sociale contacten bij de deelnemers aan Sociaal Vitaal is afgenomen ( $p > .05$ , afname met 10%). De ervaren eenzaamheid is, 60 maanden na baseline, significant ( $p < .05$ ) afgenomen met 21%. Als specifiek doel is een toename van 7.5% van het aantal sociale contacten gespecificeerd. Er is geen specifiek doel voor de afname van eenzaamheid geformuleerd.

- **Toename kennis over gezond leven (subdoel 4.1)**  
Als specifieke doel is 15% toename van de kennis over gezond leven geformuleerd. De kennis over gezond leven is geëvalueerd met de deelnemers, maar niet wetenschappelijk onderzocht. Er ontbreekt een voor- en nameting.
- **Verbetering van kwaliteit van leven (hoofddoel)**  
In de quasi-experimentele studie (bijlage 2) is de verbetering van kwaliteit van leven van Sociaal Vitaal deelnemers na 12 maanden gemeten. Hiervoor is gebruik gemaakt van de CASP-19 vragenlijst. (Hyde et al., 2003).

Getoetst met Anova (groep x tijd analyse) blijkt dat er geen significante verandering ( $p > .05$ , toename 0.9%) van kwaliteit van leven bij deelnemers aan het Sociaal Vitaal programma optreedt. Alleen op de subschaal Autonomie (greep op het eigen leven) treedt een significante verbetering op ( $p < .05$ , toename 5.3%). Er is geen specifiek doel in toename van kwaliteit van leven van Sociaal Vitaal deelnemers geformuleerd.

### Samenvatting

Samengevat heeft het onderzoek naar de effecten van Sociaal Vitaal de volgende resultaten opgeleverd:

<i>subdoel</i>	<i>geformuleerd doel</i>	<i>gerealiseerd</i>	<i>nameting</i>	<i>Effectief*</i>
<i>1.1 Lichamelijke activiteit</i>	Geen	40% meer actief 15% toename stappen	60 mnd 60 mnd	+ -
<i>1.2 Plezier in bewegen</i>	Geen	Niet onderzocht	nvt	o
<i>1.3 Gedragsbehoud</i>	75%	60%	60 mnd	-
<i>1.4 Fitheid</i>	Toename 10%	Beenkracht +17% Uithoudingsverm +18%	60mnd	+
<i>2.1 Mentale veerkracht</i>	Toename 7.5%	Toename 21%	60 mnd	+
<i>3.1 Sociaal contact</i>	Toename 7.5%	Afname 10%	60 mnd	-
<i>3.1 Eenzaamheid</i>	Geen	Afname 21%	60 mnd	+
<i>4.1 Kennis gezond leven</i>	Toename 15%	Niet onderzocht	nvt	0
<i>Hoofddoel Kwaliteit van leven</i>	geen	Geen toename somscore (wel toename subschaal Autonomie)	12 mnd	-

\* += effectief - = niet gerealiseerd o = niet op effectiviteit onderzocht

Van de 9 geformuleerde doelen zijn er 4 gerealiseerd (44%), zijn er 3 (33%) niet gerealiseerd en 2 (23%) niet wetenschappelijk onderzocht

### Vergelijking buitenlandse onderzoek fysieke fitheid

De substantiële effecten voor beenkracht en uithoudingsvermogen liggen in lijn met review studies naar de (fysieke) effecten van beweegprogramma's voor ouderen (USDHHS 1996; Taylor et al., 2004; Warburton et al. 2006). In het algemeen geldt dat het lastig is om

effecten goed te vergelijken, vanwege de summier informatie en zeer uiteenlopende uitkomstmaten. Er zijn twee beweegprogramma's waar Sociaal Vitaal inhoudelijk gezien mee kan worden vergeleken. Dat zijn Project ACTIVE en CHAMPS (I en II). In de studie van Dunn e.a. (1998, project ACTIVE) is er een significante toename in uithoudingsvermogen (2.8%  $p < .01$ ) na 6 mnd, maar het betreft een jongere doelgroep (gem. leeftijd 46 jaar,  $n=121$ ). Bij CHAMPS is wel sprake van dezelfde doelgroep (gem. leeftijd 77), maar ligt de nadruk op toename van energieverbruik Metmin-1 (Stewart e.a., 1997).

## Eindnoten

1 (blz 17) Het Groningen Actief Leven Model (GALM) is een bewezen effectief bewegingsstimuleringsprogramma voor sedentaire ouderen en bestaat uit een wervingsprotocol, een fittest protocol, een beweegprogramma en een Zelfmanagement training om Gedragsbehoud van Lichamelijke Activiteit (ZEMBLA) van deelnemers te bevorderen. Er zijn inmiddels 875 lokale GALM projecten in 245 Nederlandse gemeenten uitgevoerd, waarbij in totaal ruim 80.000 sedentaire ouderen in lokale GALM projecten zijn ingestroomd. GALM is ontwikkeld door de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met het Nederlands Instituut Sport en Bewegen (NISB). De stichting GALM coördineert de landelijke implementatie van GALM en draagt zorg voor innovatie van de GALM methode. De stichting GALM werkt daartoe samen met alle Provinciale Sport Organisaties in Nederland. Begin 2000 heeft GALM de Preventie Effectiviteits Prijs (PREFFI) de European Health Promotion Award gewonnen.

## 7. Aangehaalde literatuur

---

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur, en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters).

Abbema R van, Bielderma A, de Greef MHG, Hobbelen H, Krijnen W, van Der Schans CP. Building from a conceptual model of the resilience process during ageing, towards the Groningen Aging Resilience Inventory. *Journal of Advanced Nursing* 2015;71(9), 2208–2219.

Adamson JA, Ebrahim A, Hunt K. The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequalities in disability among older adults: data from the West of Scotland Twenty-07 Study. *J. Epidemiol Community Health* 2006;60:974-980.

Addo J, Ayerbe L, Mohan KM, Crichton S, Sheldenkar A, Chen R, Wolfe CD, McKeivitt C. Socioeconomic status and stroke: an updated review. *Stroke* 2012 ;43(4):1186-91.

Adler NE, Rehkopf DH. U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms. *Annual Review of Public Health* 2008;29:235-252.

Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1503-1509.

Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A, Scott Samuel A. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009;63 (1): 38–44.

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

Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2008;, 371: 725–735.

- Bettinger JP, Zhao X, Bushnell C, Zimmer L, Pan W, Williams LS, Peterson ED. The association between socioeconomic status and disability after stroke: findings from the Adherence eValuation After Ischemic stroke Longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health* 2014 ; 26(14):281.
- Blane D, Higgs P, Hyde M, Wiggins RD. Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine* 2004;58:2171-2179.
- Blane D, Netuveli G, Bartley M. Quality of Life at Older Ages vary with Socio-Economic position? *Sociology* 2007;41(4):717-726.
- Bohenn E, Ceulemans C, Guchte C. van der, Kurvers J. Tendeloo van, T. *Laaggeletterdheid in de lage landen: hoge prioriteit voor beleid*. Den Haag: Nederlandse Taalunie,2004.
- Bowling, A. (2009). The psychometric properties of the older people's quality of life questionnaire, compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2009, 298950.
- Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T (eds). *Physical Activity, Fitness and Health. A consensus of current Knowledge*. Champaign:Human Kinetics Publishers1994.
- Breedveld K, Kamphuis C, Goossens R, Tiessen-Raaphorst A. *Rapportage Sport 2008*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau 2008.
- Bruggink JW. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkings-trends 2009*. In: Van den Berg M, Schoemaker CG. *Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010*. Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM 2010:71-5.
- Bult P. *Bewegingsopvoeding als evolutionair probleem*. Assen: Van Gorcum1994.
- Busch MCM, Schrijvers CTM. *Effecten van leefstijlinterventies voor lage ses groepen*. Bilthoven: RIVM 2010.
- Cacioppo, J, Hawkey L. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2010; 40(2): 218-227.
- Cadore EL, Rodriguez-Manas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: A systematic review. *Rejuvenation Res.* 2013;16(2):105-114.
- Campen C van (red). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag :Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 2005;, 25, 41-67.
- CBS StatLine, 2013.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statline, Bevolking; kerncijfers naar diverse kenmerken*. 2010.
- Chin A Paw MJ, van Uffelen JG, Riphagen I, van Mechelen W. The functional effects of physical exercise training in frail older people : A systematic review. *Sports Med.* 2008;38(9):781-793.
- Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: A meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(2):237-244
- Clement S, Ibrahim S, Crichton N, Wolf M, Rowlands G. Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2009;75:340-351.
- Conn VS, Hafdahl AR, Brown LM. Meta-analysis of quality-of-life outcomes from physical activity interventions. *Nurs Res.* 2009;58(3):175-183.

Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:278-6963-8-278.

Devaux M, de Looper M. *Income Inequalities in Health Service Utilization in 19 OECD Countries.* OECD Health Working Papers 58, Paris: OECD Publishing 2012.

De Greef M, Stevens M, Bult P, Lemmink K, Rispes P. *Groninger Actief Leven model (GALM). Een strategie van sportstimulering voor senioren.* (2e druk) Haarlem, De Vrieseborch 1999.

De Greef MHG de, Dijkstra Y, Aspelings W, Bielderma A. *Evaluatierapport GROSSO Utrecht (Noordwest, Zuid en Zuidwest) 2009-2013.* Groningen: Stichting GALM/Rijksuniversiteit Groningen 2013a.

De Greef MHG de, Dijkstra Y, Aspelings W, Bielderma A. *Evaluatierapport Sociaal Vitaal Baarn, 2012-2013.* Groningen: Stichting GALM/Rijksuniversiteit Groningen 2013b.

De Greef MHG de, Dijkstra Y, Aspelings W, Bielderma A. *Evaluatierapport Sociaal Vitaal de Bilt, 2012-2013.* Groningen: Stichting GALM/Rijksuniversiteit Groningen 2013c.

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

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

De Jong, J de, Stevens M, Lemmingk KAPM, Rispes P, Greef MHG de, Mulder T. *Background and intensity of the GALM physical Activity program.* *Journal of Physical Activity and Health* 2005;2:51-62.

De Jong Gierveld J de, *A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences.* *Reviews in Clinical Gerontology* 1998 8; 73–80.

De Jong Gierveld J, van Tilburg T. *Manual of the Loneliness Scale.* Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, 1999 (update 2011).

De Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MW. *Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis.* *Ageing Res Rev.* 2012;11(1):136-149.

De Walt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. *Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature.* *J Gen Intern Med* 2004;19:1228-1239.

Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. *Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review,* *BMC Public Health* 2011; 11: 647.

Donovan RJ, Jones S, D'Arcy C, Holman DJ, Corti B; *Assessing the reliability of a stage of change scale.* *Health Educ Res* 1998; 13 (2): 285-291  
Dottinga A, Picavet HSJ. *Vraagstelling 2 MGA samengevat.* In: *Monitor Gezondheidsachterstanden.* Bilthoven: RIVM 2006.

Dunn, A. L., Garcia, M. E., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Kohl, H. W., & Blair, S. N. (1998). *Six-month physical activity and fitness changes in Project Active, a randomized trial.* *Medicine and Science in Sports and Exercise* 30(7), 1076-1083.

- Elavsky S, McAuley E, Motl RW, Konopack JF, Marquez DX, Jerome GJ, Diender E. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine* 2005;30(2):138-145.
- Frey PS, Keyes C. *New frontiers in resilient aging: Life strengths and well-being in late life*. New York: Cambridge University Press 2010.
- Graybiel AM, Smith KS. Good Habits, bad habits. *Scientific American* 2014; 310(6): 23-27.
- Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003;51:267-275.
- Giesbers H, Verweij A, Beer J de. Vergrijzing: Wat is de huidige situatie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2013.
- Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*. 2006;166(4):418-423.
- Gillison FB, Skevington SM, Sato A, Standage M, Evangelidou S. The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2009; 68(9):1700–1710.
- Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(3):175-181.
- Goldstein AP, Sprafkin RP, Gershaw NJ. *Skill training for Community Living. Applying Structured learning Therapy*, New York, Pergamon Press 1976.
- Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 262–270.
- Groffen DAI, Bosma H, van den Akker M, Kempen GJM, van Eijk JT. Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people; Findings from the SMILE study. *European Journal of Public Health* 2007;18(3):258–263.
- Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, Greaves CJ, Campbell JL: The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research* 2010, 1-11.
- Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggin RD, Netuveli G. Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is “Right” About the Way We Age? *The Gerontologist* 2010;50(1):36-47.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 2010;7(7)
- Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, Chatterji S. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health* 2012; 12:474.
- Huisman, M., Kunst, A.E. & Mackenbach, J.P. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science and Medicine* 2003; 57(5), 861-873.
- Hughes ME, Waite CJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. *Research on Aging* 2004;26(6):655-672.
- Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health* 2003, 7(3), 186-194.
- IBO Inkomens- en vermogenspositie en subsidiëring 65+: analyse en beleidsopties, Ministerie van Financiën, Den Haag 2013.

- Johnson JL, Wiechelt SA. Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use and Misuse* 2004;39: 657–670
- Karnick, P.M. Feeling lonely: theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly* 2005; 18(1):7-12.
- Kooiman TJM, Dontje ML, Sprenger SR, WP, van der Schans CP, de Groot M. Reliability and validity of ten consumer activity trackers. *BMC Sports Sci Med Rehabil* 2015; 7: 24.
- Korevaar L, Dröes J. (red). *Handboek Rehabilitatie*. Bussum: Coutinho 2008.
- Knoops K, van den Brakel M. Rijke mensen leven lang en gezond. *TSG* 2010; 8: 18-24.
- Kunst AE, Dalstra JAA, Bos V, Mackenbach JP, Otten FWJ, Geurts JJM. Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand. Afdeling Maatschappelijk Gezondheidszorg Erasmus MC. Rotterdam/Heerlen: Universitair Medisch Centrum Rotterdam en Centraal Bureau voor de Statistiek 2005.
- Kunst A, Meerding W, Varenik N, Polder J, Mackenbach JP. Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland. Bilthoven: RIVM 2003.
- Kunst A, Droomers M. Evaluatie van schattingen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de gezonde levensverwachting in Nederland. Bilthoven: RIVM 2009.
- Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, Golshan S, Ganiats TG, Jeste DV. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008; 43(2): 148–154.
- Lechner L. Paden naar gezondheid. Bewust naar een gezond gedrag. Oratie. Open Universiteit, Heerlen, 2007.
- Liu L, Ma J, Yin X, Kelepouris E, Eisen HJ. Global variability in angina pectoris and its association with body mass index and poverty. *Am J Cardiol* 2011; 107:655–661. Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*: 1988;11(3):42-52.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., et al.. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist* 2006; 46(4): 503-513.
- Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM 2010.
- Lutomski JE, Baars MAE, Boter H, Buurman BM, den Elzen PJ, Jansen APD, Kempen IJM, Steunenbergh B, Steyerberg EW, Olde Rikkert MGM, Melis R.J.F. Kwetsbaarheid, dagelijkse beperkingen en ziektebelasting. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7297.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle, Leinsalu GM, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* 2008;258:2468-2481
- Marcus BH, Owen N, Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. *Journal of Applied Social Psychology* 1992;22:3-16.
- Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 2012; 380 (9846):1011–1029.
- Marmot M. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers, European Union 2013.
- Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 2011;15:219–266.

- Matthews KA, Rääkkönen K, Gallo L, Kuller LH. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women :testing the reserve capacity model. *Health Psychol.* 2008;27(5):576-83.
- Meyers HF. Ethnicity- and socio-economic status related stresses in context: an integrative review and conceptual model. *J. Behav Med* 2009;32:9-19.
- Middleton, K. R., Anton, S. A., & Perri, M. G. Long-term adherence to health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2013: 395-404.
- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of ageig (wave 1). *J. Epidemiol Community Health* 2006;60:357-363.
- Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology of Aging* 2005;20(2):272–284.
- Nygren B, Alex L, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health* 2005; 9(4): 354–362.
- O’Luanaigh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23 (12): 1213–1221.
- Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *J Pers.* 2009; 77(6): 1777–1804
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31 Suppl 1:S19-S26.
- Penedo F, Dahn, Jason D. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry* 2005;18(2):189-193.
- Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med* 2005;20:185-192.
- Rikli RE en Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 1999, 7, 129-161.
- Rikli R, Jones CJ. *Senior Fitness Test Manual (2nd Edition)*. Champaign: Human Kinetics Publishers 2013.
- Sallis J, Owen N and Fisher E. Ecological Models of Health Behavior. In Glanz K, Rimer B and Viswanath K (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th ed)*. United States: Jossey-Bass 2008:465-482.
- Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry* 2005:181-189.
- Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM, Applying the Transtheoretical Model to Regular Moderate Exercise in an Overweight Population: Validation of a Stages of Change Measure. *Preventive Medicine* 2001;33: 462–469.
- Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkala KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2005, 41:223-233.
- Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep* 2006;121:245-254.
- Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res* 2010; 23: 105–115.



Steverink N. *Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagement vaardigheden*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2009; 40: 244-252.

Stewart AL, Mills KM, Sepsis PG, King AC, McLellan BY, Roitz K, Ritter PL. *Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults*. Ann Behav Med. 1997;19(4):353-61.

Ter Rele H, van der Horst A. *De prijs van gelijke zorg*. Den Haag: CPB Achtergronddocument bij de CPB Policy Brief 2013/01 2013.

Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, Hillsdon M, Narici Mand Van Der Bij AK. *Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions*. J Sports Sci 2004;22: 703-725.

Taguchi N, Higaki Y, Inoue S, Kimura H, Tanaka K. *Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study*. Journal of Epidemiology 2010;20(1):21-9.

Tesch-Romer C. *Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives*. European Journal of Ageing 2012; 9: 285–295.

Theou O, Stathokostas L, Roland KP, Jacobi JM, Patterson C, Vandervoort AA, Jones SR. *The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: A systematic review*. J Aging Res. 2011;2011:569194.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.

Van Duin, C. en L. Stoeldraijer (2014a) Projecties van de gezonde levensverwachting tot 2030. Bevolkingstrends, Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag, 2014.

Van Kessel, G . 'The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept', Geriatric Nursing 2013; 34(2):122-127.

Van Tilburg T, & De Jong Gierveld J (Eds.). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak Assen: Van Gorcum Uitgeverij 2007.*

Von dem Knesebeck O, Wahrendorf M, Hyde M, Siegrist J. *Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study*. Age and Ageing 2007; 27(2):269-284

Von dem Knesebeck O, Wahrendorf M, Hyde M, Siegrist J. *Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study*. Age and Ageing 2007; 27(2):269-284.

Verweij A, van der Lucht F. *Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2010.

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. *Health benefits of physical activity: the evidence*. CMAJ. 2006;174(6):801-9.

Webb E, Blane E, McMunn A, Netuveli G. *Proximal predictors of change in quality of life at older ages*. J. Epidemiol Community Health 2011;65:542-547.

Whaley, D.E., & Schrider, A.F. 2005. *The process of adult exercise adherence: Self-perceptions and competence*. The Sport Psychologist, 19, 148–63.

Wiggins RD, Higgs PFD, Hyde M, Blane DB. *Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure*. Ageing & Society 2004;24:693–708.

Windle G, Woods RT, Markland DA. Living with ill-health in older age: the role of a resilient personality. *J Happiness Stud* 2010; 11(6): 763–777.

Wingen M, Otten F. Sociaaleconomische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen. *Tsg* 2009;87(3):109-117.

Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 2005;165:1946-1952.

Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Qual Life Res* 2009;18:1301-1309.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.

.

.

