



Evaluatie van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen

**Een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op vrouwen
in een lage sociaal-economische positie**

Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

Famke Mölenberg

Anouk Mesch

Lex Burdorf

Afdeling Onderzoek & Business Intelligence

Gemeente Rotterdam

Petra van de Looij – Jansen

Toine Wentink

m.m.v. Pascal Collard

Juni 2019

CEPHIR is de academische werkplaats van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de GGD Rotterdam-Rijnmond. In CEPHIR participeren verder: GGD Zeeland, GGD Zuid-Holland Zuid, Soa Aids Nederland en Stichting Voedingscentrum Nederland. Huisman Onderzoekscentrum Infectieziekten en Publieke Gezondheid is onderdeel van CEPHIR.



Het evaluatie-onderzoek is gefinancierd door FNO zorg voor kansen en de gemeente Rotterdam.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding.....	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Vraagstelling.....	6
1.3	Methodologische verantwoording	7
1.4	Opzet van de rapportage	8
Hoofdstuk 2	Beschrijving van de interventie SGEB.....	9
2.1	Inleiding	9
2.2	De interventietheorie	9
2.3	De organisatie	13
2.4	Het werkproces	15
Hoofdstuk 3	Werving en bereik.....	18
3.1	Inleiding	18
3.2	De doelgroep.....	18
3.3	Ervaringen met de werving	19
3.4	Voorlichtingsbijeenkomst en intake.....	22
3.5	Bereik en uitval.....	23
3.6	Conclusies.....	25
Hoofdstuk 4	Beschrijving van de fases	28
4.1	Inleiding	28
4.2	Fase 1	28
4.3	Fase 2	33
4.4	Fase 3	34
4.5	Het belang van de communitybuilder.....	37
4.6	Conclusies.....	38
Hoofdstuk 5	Samenwerking met netwerkpartners.....	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Wat zijn belangrijke partners?.....	41
5.3	Conclusies.....	43
Hoofdstuk 6	Resultaten volgens sleutelinformanten.....	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Ervaren effecten volgens professionals	45
6.3	Ervaren effecten volgens ervaringsdeskundigen en deelnemers	47
6.4	Conclusie: ervaren effecten	48

Hoofdstuk 7	Survey-onderzoek: effecten van SGEB	49
7.1	Inleiding	49
7.2	Opzet van de studie	49
7.3	Resultaten	49
7.4	Vergelijking met andere leefstijl interventies	56
7.5	Conclusies van effect-analyse	57
7.6	Referenties	58
Hoofdstuk 8	Kosten-baten overzicht	59
8.1	Inleiding	59
8.2	Gerealiseerde kosten binnen project	59
8.3	Substitutie-effect.....	59
8.4	Gezondheid-effect.....	60
8.5	Kosten bij uitrol naar andere wijken	60
Hoofdstuk 9	Conclusies	63
9.1	Interventietheorie van SGEB.....	63
9.2	Bereik en werving.....	63
9.3	Ervaringen met de scholing.....	64
9.4	Samenwerking.....	65
9.5	Resultaten van SGEB	65
9.6	Tot slot... terug naar de interventietheorie.....	66
Bijlage 1	Methodologische verantwoording survey-onderzoek	69
Bijlage 2	Inzoomen op ervaringsdeskundigen.....	74
Bijlage 3	Vragenlijst survey-onderzoek	77

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

In deze rapportage wordt verslag gedaan van het evaluatie-onderzoek naar de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen (SGEB). Deze interventie wordt uitgevoerd in de Rotterdamse wijken Bloemhof (per 1-1-2017 ca. 13.700 inwoners) en Crooswijk (ca. 19.500 inwoners).

Bloemhof ligt op de Zuidoever van de Maas. Bloemhof figureert in de tweejaarlijkse metingen voor de monitor Sociaal Domein¹ in de lijstjes van de 10 slechtst scorende wijken wat betreft de 'zelfredzaamheid' van de bewoners. Ook op de indicator 'participatie' behoort Bloemhof tot de zwakkere wijken.

De zelfredzaamheid duidt op het persoonlijk kapitaal van bewoners van Bloemhof en dat is in het algemeen een stuk kleiner dan het Rotterdamse gemiddelde. Zo was in 2017 het aandeel huishoudens met een laag inkomen tweemaal zo groot (40%) als het stedelijke gemiddelde, evenals het aandeel huishoudens dat zegt moeite te hebben om rond te komen (30%). Het aandeel bewoners zonder startkwalificatie² is met ruim 50% een stuk hoger dan stedelijk (37%). Het aandeel bewoners dat zijn/haar gezondheid als slecht ervaart, is met 29% eveneens hoger dan het Rotterdams gemiddelde (20%) – zij het dat het sinds 2013 (36%) daalt, terwijl het stedelijk gemiddelde stabiel is. Ook wat betreft het sociale kapitaal³ zijn de bewoners van Bloemhof minder bedeed dan de gemiddelde bewoner van Rotterdam.

De participatie van de bewoners is laag in vergelijking met het stedelijke beeld. 40% van de bevolking van 15 – 65 jaar werkt minimaal 12 uur per week, terwijl dat aandeel in Rotterdam als geheel 53% is. Ook het aandeel bewoners dat vrijwilligerswerk verricht, burenhulp verleent of mantelzorg geeft is enkele procentpunten lager dan het Rotterdamse gemiddelde.

Crooswijk is een groter gebied op de Noordoever van de Maas. Het bestaat uit Oud- en Nieuw-Crooswijk en Rubroek. Nieuw-Crooswijk is een bijzonder gebied omdat er recent een grootscheepse herstructurering van de woningbouw heeft plaatsgevonden. Dit heeft tot een verandering van de bevolking geleid. We zien in de monitor Sociaal Domein terug dat deze wijk in positieve zin de meest dynamische is in Rotterdam: de zelfredzaamheid is toegenomen (zoals bijvoorbeeld te zien is in een uitzonderlijke toename van het opleidingsniveau, doorgaans een tamelijk stabiel kenmerk), alsmede de participatie van de bewoners.

Rubroek laat zich in algemene zin kennen als een tamelijk gemiddelde wijk in Rotterdam met wat kleine afwijkingen op specifieke kenmerken. Zo is het aandeel bewoners dat een slechte gezondheid ervaart met 17% iets lager dan het Rotterdams gemiddelde. Het aandeel bewoners zonder startkwalificatie ligt 29% eveneens onder het Rotterdamse gemiddelde (37%).

¹ De monitor Sociaal Domein meet sinds 2013 tweejaarlijks, o.b.v. een combinatie van enquête- en registratiegegevens, de stand van de 'zelfredzaamheid', 'samenredzaamheid' en 'participatie' van de bewoners van de Rotterdamse wijken. Link naar de presentatietool: [Presentatietool Outcome-monitor Sociaal Domein Rotterdam](#).

² Met een onderwijsdiploma op MBO 2-niveau, Havo, VWO of hoger.

³ Geoperationaliseerd als de mogelijkheid om sociale steun te mobiliseren, de variatie van het sociaal netwerk en deelname aan organisaties.

De wijk Rubroek scoort iets lager als het gaat om indicatoren voor sociale samenhang ('samenredzaamheid') in de wijk. De publieke vertrouwdheid is wat lager alsmede de deelname in bewonersinitiatieven.

Oud-Crooswijk is zonder meer de zwakste van deze drie wijken als het gaat om de zelfredzaamheid. Op allerlei vormen van persoonlijk kapitaal van bewoners scoort de wijk lager dan gemiddeld – het profiel lijkt op dat van Bloemhof: het aandeel huishoudens met een laag inkomen is 38% en het aandeel huishoudens dat stelt moeite te hebben om rond te kunnen komen is 28%. Het aandeel bewoners zonder start kwalificatie is ruim 50%. Het aandeel bewoners dat de gezondheid als slecht ervaart is met 37% fors hoger dan het Rotterdamse gemiddelde (20%). Met name de arbeidsmarktparticipatie van 15 – 65-jarigen, van minimaal 12 uur per week, is heel laag (38%). De maatschappelijke participatie (combinatie van vrijwilligerswerk, geven van burenhulp, deelname aan bewonersinitiatieven) is toegenomen en ligt boven het Rotterdamse gemiddelde.

Kortom, deze interventie vindt plaats in twee wijken, Bloemhof en Crooswijk, met name Oud-Crooswijk, waarvan de bewoners doorgaans een zwakke sociaal-economische positie kennen.

Het onderzoek naar de interventie bestaat uit twee delen. De procesevaluatie is uitgevoerd door de afdeling Onderzoek en Business Intelligence (O&BI) van de gemeente Rotterdam. De effectstudie is uitgevoerd door de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.

1.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van de evaluatie luidt als volgt:

Wat zijn de gezondheidseffecten van de interventie SGEB? Wat zijn de 'werkzame ingrediënten' van deze interventie? Wat zijn de essentiële condities voor implementatie van deze aanpak?

Om de vraag te kunnen beantwoorden is in de eerste fase van deze evaluatie aandacht besteed aan het (re)construeren van de interventietheorie die aan SGEB ten grondslag ligt. Met 'interventietheorie' wordt geen wetenschappelijke theorie bedoeld, maar de ideeën die ten grondslag liggen aan de interventie. Deze interventietheorie is gebruikt om inzicht te krijgen in de doelen, uitgangspunten en veronderstelde werkzame mechanismen van de interventie. Daarmee is tevens een inhoudelijk kader voorhanden voor de dataverzameling en analyse van de proces- en effect-evaluatie.

In de tweede fase van de evaluatie is deze interventietheorie empirisch getoetst met behulp van de data die zijn verzameld voor de procesevaluatie (vooral kwalitatief) en effect-evaluatie (kwantitatief).

1.3 Methodologische verantwoording

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode eind 2016 tot eind 2018. In de volgende paragrafen worden de verschillende gebruikte onderzoeksactiviteiten toegelicht.

1.3.1 Documentenanalyse

Analyse van alle relevante documenten over SGEB.

1.3.2 Bijwonen overleggen

De onderzoekers hebben een aantal overleggen, waaronder een project start-up (PSU), bijgewoond om zicht te krijgen op de organisatie van het project en de betrokken stakeholders

1.3.3 Groepsgesprekken

Bij de startbijeenkomst van de interventie hebben de onderzoekers de mogelijkheid gehad om met de stakeholders te inventariseren wat de belangrijkste doelstellingen van de interventie zijn. Voorts is met een drietal uitvoerders, die van meet af aan betrokken zijn bij SGEB, doorgesproken over wat in hun visie de werkzame ingrediënten van de interventie zijn.

1.3.4 Interviews met betrokkenen

Met diverse belanghebbenden (professionals, ervaringsdeskundigen en deelnemers) zijn semi-gestructureerde interviews gehouden – met een groot deel van de professionals en enkele ervaringsdeskundigen zijn in de periode tussen begin 2017 en medio 2018 twee interviews gehouden.⁴ Doorgaans zijn deze gesprekken integraal opgenomen en woordelijk uitgewerkt. Van gesprekken die niet zijn opgenomen, is op basis van aantekeningen onmiddellijk na het gesprek verslag gelegd.

Het interviewmateriaal is met behulp van het analyseprogramma Atlas.ti verwerkt.

Onderstaand schema biedt een overzicht van de sleutelinformanten:

Type informant	Bloemhof	Crooswijk
Projectleiding	1	1
Communitybuilder	2	2
Fysiotherapeut en diëtist	2	2
Netwerkpartners	3	4
Ervaringsdeskundigen	8	6
Deelnemers	4	3
Totaal	20	18

⁴ Onder meer in het kader van het masteronderzoek van Lelieveld:
Lelieveld, I. (2018) *Experiences and effective elements of community peer-based interventions*.
Amsterdam: Vrije Universiteit (masterthesis)

1.3.5 Analyse registratie

Op basis van de deelnemersregistratie die door de projectleiding is geleverd, is een overzicht gemaakt van de instroom en uitval uit de interventie. De registratie van Crooswijk was vollediger dan van Bloemhof, waardoor in de laatste wijk geen zicht verkregen kon worden op de uitval uit het project.

1.3.6 Survey-onderzoek

De deelnemers hebben vragenlijsten ingevuld voorafgaand aan de interventie en op 3 momenten gedurende het jaar na start van de interventie. Uitkomstmaten die werden gevraagd zijn gewicht, BMI, ervaren gezondheid, fitheid, groente en fruit consumptie, sociale contacten, zorggebruik en deelname aan de arbeidsmarkt. De verandering in gezondheidsmaten direct na start van de interventie, tot een jaar na start van de interventie, zijn vergeleken voor deelnemers begeleid door professionals en ervaringsdeskundigen.

Een verdere verantwoording van deze onderzoeksmethode is opgenomen in bijlage 1.

1.3.7 Kosten-baten analyse

Het projectmanagement heeft inzichten gegeven van de gemaakte kosten gedurende het project. De kosten zijn uitgezet tegen de veranderingen in gezondheidsmaten die zijn voortgekomen uit het vragenlijst onderzoek. Een verdere uitsplitsing van de maatschappelijke kosten en baten was binnen dit project niet mogelijk, aangezien koppeling van deelnemers met bijvoorbeeld gegevens beheerd door uitkeringsinstanties en zorgregistraties niet mogelijk was. Daardoor konden gegevens enkel gebaseerd worden op de resultaten verkregen uit het vragenlijst onderzoek. Deze resultaten zijn niet toereikend voor een volledig maatschappelijk kosten en baten analyse.

1.4 Opzet van de rapportage

In hoofdstuk 2 wordt de interventietheorie die ten grondslag ligt aan SGEB beschreven. Daarnaast worden de organisatie en het werkproces van de interventie geschetst en wordt een overzicht gegeven van de instroom en doorstroom van deelnemers aan de interventie. Hoofdstuk 3 behandelt de werving van deelnemers voor de interventie. In hoofdstuk 4 worden vervolgens de ervaringen met de interventie, de scholing, beschreven. Aan bod komen zowel ervaringen met de eerste fase die door alle deelnemers wordt doorlopen, de tweede fase die de scholing van ervaringsdeskundigen betreft, alsmede fase 3 waarin geschoolde ervaringsdeskundigen hun kennis in praktijk brengen. Hoofdstuk 5 heeft als thema de samenwerking met netwerkpartners. Hoofdstuk 6 en 7 gaan over de effecten van SGEB. In hoofdstuk 6 worden de ervaren effecten beschreven, waarover sleutelinformanten (professionals, ervaringsdeskundigen, deelnemers) hebben verhaald. In hoofdstuk 7 worden de veranderingen in gezondheidsmaten verkregen uit het survey-onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 8 worden de kosten van het programma weergegeven. In hoofdstuk 9 worden de belangrijkste bevindingen op een rijtje gezet.

Hoofdstuk 2 Beschrijving van de interventie SGEB

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de interventietheorie van SGEB en de organisatie van het project beschreven. Met 'interventietheorie' bedoelen we het geheel van assumpties over de te realiseren doelen van het project, de wijze waarop deze doelen kunnen worden bereikt evenals de noodzakelijke voorwaarden om het project te kunnen uitvoeren.

De beschrijving van de interventietheorie en de organisatie is gebaseerd op een analyse van de documentatie van het project en op interviewinformatie van met name de direct betrokken professionals.

De interventie SGEB is niet nieuw, maar bouwt voort op eerdere praktijken. De oorsprong kan worden geplaatst in Bloemhof. Daar werd een project Samen Sportief Afvallen uitgevoerd, dat evenwel onvoldoende aansloot bij de behoeften en een leerstijl van de vrouwen. Op basis van deze ervaringen is dit project doorontwikkeld tot de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen, met behulp van financiering van gemeente Rotterdam. Het idee van de inzet van ervaringsdeskundigen werd geïntroduceerd en de scholing door professionals is meer gericht op potentiële ervaringsdeskundigen ('train de trainer'). Dit is één van de 'ingrediënten' van SGEB. Er is een lesmethode en lesmateriaal ontwikkeld, dat meer toegesneden is op een doelgroep die niet talig is of althans het Nederlands niet altijd goed beheerst. Later is de interventie ook toegepast in Crooswijk.

Met de financiering door het Fonds NutsOhra kwam er een impuls om de interventie steviger in te zetten in beide wijken, met meer groepen deelnemers en dus een groter bereik én om de interventie beter in te bedden in de lokale infrastructuur.

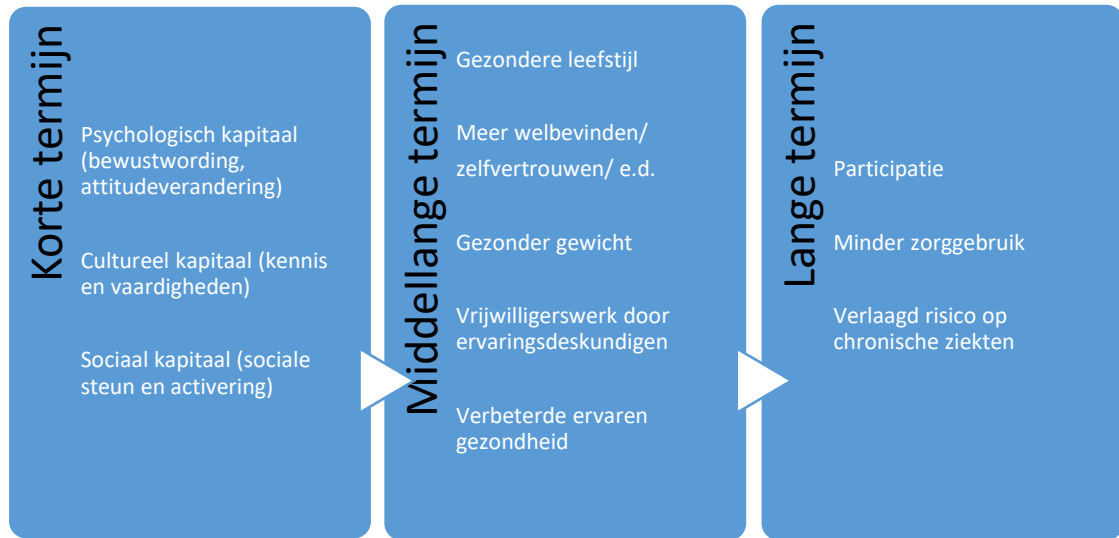
Dit element zal in samenhang met andere kenmerken van het project worden besproken in de volgende paragrafen. Eerst wordt de interventietheorie van SGEB beschreven. Daarna wordt de organisatie kort in beeld gebracht en het werkproces beschreven.

2.2 De interventietheorie

2.2.1 Doelen

De doelen die aan SGEB worden gehecht kunnen uiteengelegd worden in doelen op korte, middellange en lange termijn – overigens zonder dat de termijnen exact zijn afgebakend. Deze onderscheiden doelen geven in feite ook de stapjes weer van het veranderingsproces dat men bij deelnemers en ervaringsdeskundigen van het project hoopt te bewerkstelligen. De doelen kunnen als volgt worden verbeeld:

Figuur 1 De doelen van SGEB



Uit dit overzicht van doelen kunnen twee zaken worden afgeleid. Allereerst dat men door versterking van vormen van persoonlijk kapitaal (psychologisch, cultureel, sociaal) uiteindelijk een gedragsverandering probeert te bewerkstelligen. Door ontwikkeling van probleembesef, de overtuiging dat verandering mogelijk is, meer kennis van gezonde voeding en onderlinge motivering, zou men gemakkelijker de stap naar een gezondere leefstijl kunnen zetten. De stap van korte termijn-veranderingen naar duurzame verandering van gedrag kost tijd en zal niet bij iedereen even succesvol zijn. Dit is een belangrijke overweging voor het streven naar bestendige 'communities' van deelnemers die zich met gezonde leefstijl bezighouden – we komen daar nog op terug.

Het tweede element dat uit het doelen-overzicht kan worden afgeleid is dat het project zich niet alleen richt op gezondheidsbevordering, maar ook op participatie. Het gaat daarbij om het op zinvolle wijze deel te nemen in collectieve verbanden. Het kan daarbij gaan om wandelclubjes, vormen van vrijwilligerswerk of het opzetten van een gezamenlijke activiteit (tegenwoordig ook wel bewonersinitiatief genoemd). Mogelijk fungeert deelname aan SGEB als opstapje naar betaalde arbeid, al zal dat bij de doelgroep naar verwachting geen direct effect zijn. Gezondheidsbevordering en maatschappelijke participatie zijn overigens in de theorie van SGEB geen losstaande grootheden. Sterker, gezondheidsbevordering stimuleert in de visie van SGEB participatie en andersom draagt participatie bij aan een betere (ervaren) gezondheid.

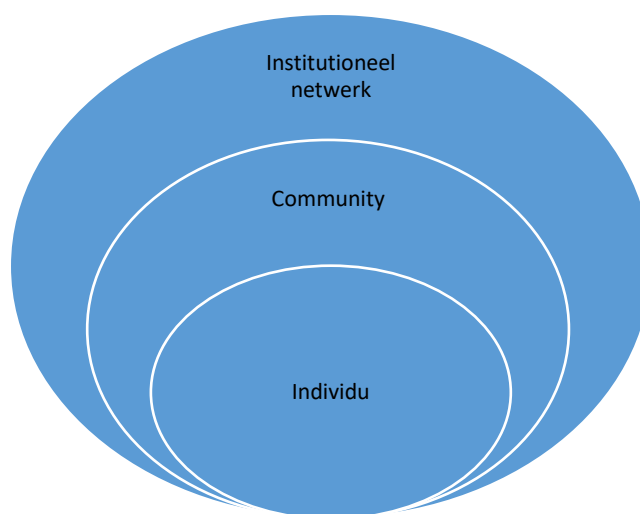
2.2.2 Uitgangspunten

Belangrijkste uitgangspunt is een 'community-based' benadering. Hoewel de doelen gericht zijn op individuele verandering, is er niet gekozen voor een individuele benadering of ondersteuning. Integendeel, er wordt veel belang gehecht aan de inbedding van individuen in informele netwerken ('communities') om de doelen te kunnen bereiken. De 'communities' hebben volgens de interventietheorie twee functies. Ten eerste dragen ze bij aan het sociale kapitaal van de individuele leden. Ten tweede zou hiermee een langdurige aandacht voor gezondheid en participatie geborgd zijn, doordat de leden elkaar blijven aanspreken op en ondersteunen bij de verandering van hun leefstijl.

Volgens het plan is het 'ultieme' doel om 'selfsupporting communities' te scheppen. Dit zijn groepen vrouwen uit de lokale gemeenschap(en), die ook langere termijn samen, en tamelijk zelfstandig, bezig zijn met gezondheid, beweegactiviteiten of maatschappelijke participatie. Tegelijkertijd wordt in hetzelfde plan de noodzaak van een langdurige betrokkenheid van professionals, de zgn. communitybuilders, voorzien.

De 'communities' wil men schragen door (een netwerk van) professionele organisaties die in de betreffende wijken actief zijn. Men wil partijen op het gebied van zorg, welzijn en sport actief betrekken bij het project ten behoeve van gezondheidspreventie en activering. Schematisch samengevat:

Figuur 2 Communities voor een gezonde leefstijl



Het streven van SGEB is om dit gehele 'ketennetwerk' selfsupporting te maken, zodat het zonder de ondersteuning van extra gelden zal blijven voortbestaan.

In relatie tot de 'communities' wordt door een aantal betrokkenen de metafoor van de 'olievlek' gebruikt. Daarmee wordt het idee verbeeld, dat via de netwerken van betrokken vrouwen ook andere bewoners bereikt worden en geactiveerd worden rond het thema gezonde leefstijl. *"Maar, hoe kan je het nu zo ontwikkelen dat het een olievlek wordt? Dat het echt meer wordt? Nou, daarom hebben we dat Train de Trainer-model ontwikkeld, van, mensen uit de buurt, als die eenmaal dingen weten, dan zouden ze het moeten kunnen overdragen aan anderen, zeker in hun eigen families, maar ook, nou ja, aan burens, vriendinnen, enzovoorts."* Een andere betrokkene: *"Het moet als een olievlek moet het gaan rondgaan. En in Crooswijk... maar je moet ergens starten. Dus je moet ergens groepjes gaan starten. Die dus blijven lopen en blijven gaan. En ze moeten leren dat ze dat dus zelfstandig moeten gaan doen en niet meer onder begeleiding. Dat is de uitdaging, dat is een uitdaging."*

Tweede uitgangspunt is de integrale aanpak. Deze integrale benadering toont zich op twee niveaus. Het gaat niet louter om gezondheidspreventie, maar om een bredere leefstijlaanpak die in ieder geval ook de activering van de doelgroep beoogt. Dat is het eerste niveau. Daarnaast kan de integrale aanpak worden teruggezien in het streven om op institutioneel niveau verbindingen te leggen tussen zorg, welzijn en sport teneinde de doelen van gezondheid en participatie dichterbij te brengen.

2.2.3 Werkzame ingrediënten

De, verondersteld, werkzame ingrediënten van het project SGEB hangen sterk samen met de hiervoor genoemde uitgangspunten. Puntsgewijs betreft het de volgende elementen van het project:

- *Scholing* van groepen vrouwen gericht op gezondheid en bewegen. Naast de kennisoverdracht en oefening van vaardigheden, is de cursus het begin van de vorming van 'communities';
- *De groepsbenadering* die moet leiden tot de vorming van bestendige communities van vrouwen die ook na de scholing met elkaar bezig zijn met gezonde leefstijl en participatie;
- *De inzet van ervaringsdeskundigen*. Dit zijn vrouwen die opgeleid zijn ('train de trainer') en hun kennis binnen lokale gemeenschappen kunnen overdragen. De meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigen wordt gezien in drie aspecten. Ten eerste hebben ze betere aansluiting bij de groep, mede omdat ze zelf de cursus doorlopen hebben. Ten tweede dienen ze als voorbeeld voor andere vrouwen: ze laten zien dat het mogelijk is om zich te ontwikkelen. Ten derde worden meer bewoners bereikt via de ervaringsdeskundigen dan door professionele organisaties: het aanspreken van de eigen netwerk van deze vrouwen en hun voorbeeldfunctie maakt deelname aan de scholing mogelijk laagdrempeliger. De inzet van ervaringsdeskundigen kan ook wel worden getypeerd als een 'peer-based' interventiestrategie. Uit de literatuur weten we dat 'peer-based intervention' strategieën met als doel meer te bewegen, effectief zijn bevonden^{5,6}, en dat vaak gelijke resultaten werden gehaald, ongeacht of de interventies werden aangeboden door 'peers' of door professionals⁷. In hoeverre een 'peer-based intervention' strategie kan worden ingezet om gedragsveranderingen te bereiken in lagere sociaaleconomische groepen is onduidelijk;
- *De organisatie van een institutioneel netwerk* van organisaties gericht op zorg, welzijn en sport. Dit institutioneel netwerk moet ondersteunend zijn aan of zelfs deel uit maken van een 'self supporting community'⁸. Hoewel dit 'ingrediënt' niet uitgebreid wordt toegelicht, ligt het voor de hand dat dit netwerk een rol kan of moet spelen in de toeleiding van vrouwen naar SGEB en ook in het bieden van aanbod nadat de vrouwen de cursus van SGEB hebben gevolgd. Het organiseren van een intersectoraal netwerk sluit aan, zoals hiervoor reeds gemeld, bij de integrale aanpak van het project, dat zicht richt op gezondheidsbevordering en maatschappelijke participatie.

⁵ Allison RW, Jennifer O, Joyce T, William LH. A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Interventions on Health-Related Behaviors in Adults. *American Journal of Public Health*. 2010;100(2):247-53.

⁶ Ginis KAM, Nigg CR, Smith AL. Peer-delivered physical activity interventions: an overlooked opportunity for physical activity promotion. *Translational Behavioral Medicine*. 2013;3(4):434-43.

⁷ Ibidem.

⁸ Los, M. en M. van Hal (z.j.) Samen Gezond Eten en Bewegen als integrale aanpak van gezondheidsachterstanden bij kansarme gezinnen. (Subsidie-aanvraag Fonds NutsOhra)

2.2.4 Doelgroep

Het project richt zich op kwetsbare vrouwen uit kansarme gezinnen, mogelijk met multi-problematiek, in de wijken Bloemhof en Crooswijk – die, zoals hiervoor is beschreven, een zwakke sociaal-economische status hebben. In het projectplan is een aantal 'inclusiecriteria' geformuleerd die te maken hebben met leeftijd (volwassen vrouwen), beheersing van de Nederlandse taal, motivatie en aanwezigheid van gezondheidsrisicofactoren.⁹ Tijdens de intake wordt nader ingezoomd op deelnemer-kenmerken (de "inclusiecriteria-plus"). Het gaat daarbij vooral om de motivatie om de cursus bij te wonen en af te maken, het maken van huiswerkopdrachten en de motivatie om kennis over te dragen. Het niet voldoen aan de inclusiecriteria kan reden zijn om een kandidaat af te wijzen of naar ander aanbod toe te leiden. Nadrukkelijk worden ernstige gezondheidsklachten, hetzij somatisch, hetzij psychisch, als uitsluitingsgronden voor deelname genoemd.

Aan de keuze om zich op vrouwen te richten en niet op mannen, liggen enkele overwegingen ten grondslag. Ten eerste is daar de traditionele rol en verantwoordelijkheid van vrouwen voor de voeding, waarmee zij, wat dit betreft een sleutelpositie in het gezin in nemen. Zij zijn ook beter in staat dan mannen om invloed uit te oefenen op de leefstijl van hun kinderen. De tweede overweging is dat, hoewel vrouwen soms meer belemmeringen moeten overwinnen om deel te kunnen nemen aan de cursus (bijv. sociale belemmeringen), zij wellicht de noodzaak tot verandering het sterkst ervaren. Zij voelen zich geïsoleerd, ervaren dat ze weinig energie hebben of hebben 'een kort lontje'. Daardoor zouden zij ook meer gemotiveerd zijn om veranderingen in leefstijl door te voeren.

2.2.5 Conditie

Ten behoeve van de cursus is een handleiding geschreven in drie varianten: voor de professionals, de ervaringsdeskundigen en de deelnemers. Op de ervaringen met het cursusboek komen we in hoofdstuk 4 terug.

Voor de lessen zijn daarnaast andere lesmaterialen gebruikt, zoals de posters van de Schijf van Vijf, een voedingsspel, alsmede oefenmatjes en dynabands voor de beweeglessen.

Met name de beweeglessen stellen eisen aan de cursuslocatie. Vooral in Crooswijk heeft het een tijd geduurd voordat een geschikte locatie is gevonden. In Bloemhof waren er wat dat betreft minder problemen.

2.3 De organisatie

De organisatie van SGEB wordt hier beschreven aan de hand van de functies die in het project zijn samengebracht. De organisatiestructuur is in Bloemhof en Crooswijk hetzelfde, zij het dat de functies door verschillende personen worden uitgevoerd.

2.3.1 Interne organisatie

De organisatie van SGEB bestaat in elk van de wijken uit de volgende functionarissen. Allereerst is er per wijk een *projectleider*, die zich uiteraard richt op de organisatorische aspecten van de interventie in de wijk.

⁹ In hoofdstuk 3 worden de inclusiecriteria uitgebreid beschreven.

Dat betekent in de praktijk onder meer het organiseren van intern overleg met de communitybuilders, fysiotherapeuten en diëtisten, het verzamelen van verantwoordingsinformatie en vragenlijsten voor de effectstudie, de facilitaire organisatie (bijv. zoeken naar geschikte ruimtes), het opzetten van institutionele netwerken rondom de interventie en het verantwoorden van financieringsstromen.

In elke wijk is een *communitybuilder* actief. Deze functie richt zich op de vorming en de bestendiging van de 'communities'; de groepen vrouwen die onder leiding van een ervaringsdeskundige met elkaar aan de slag gaan voor een gezondere leefstijl. Het belang om een professional specifiek verantwoordelijk te maken voor de vorming en het onderhouden van de 'communities', ligt in de veronderstelling dat een intensieve en persoonlijke benadering van de deelnemers nodig is. Immers "het deelnemen aan communities is voor deze doelgroep allesbehalve vanzelfsprekend" (projectplan, bijlage 4). De vrouwen zouden daarbij worden gehinderd door gevoelens als schaamte, een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen, eenzaamheid en een leven in een betrekkelijk isolement.

De werkzaamheden van een communitybuilder zijn de volgende:

- Werving van nieuwe deelnemers en potentiële ervaringsdeskundigen;
- Voorlichting over SGEB en motivering voor deelname;
- Onderhouden van contacten met deelnemers tijdens de cursus met als doel motivering en voorkomen van absentie en uitval. Een belangrijk medium om contact te onderhouden met de groep is "What's app";
- In samenwerking met de fysiotherapeuten en diëtisten coachen van ervaringsdeskundigen die groepen begeleiden;
- Het leggen en onderhouden van contacten met andere organisaties en professionals ten behoeve van de werving (vindplaatsen) en de 'follow up' (aanbod) na SGEB.

De *fysiotherapeuten en diëtisten* zijn verantwoordelijk voor de scholing van de ervaringsdeskundigen. Dat geldt zowel de inhoudelijke kennisoverdracht als oefenen van methoden van kennisoverdracht én de coaching van ervaringsdeskundigen op het moment dat zij hun eigen groepen gaan begeleiden. Deze functionarissen zijn volledig op de scholing en begeleiding van ervaringsdeskundigen gericht en niet op de communitybuilding en institutionele netwerkvorming. Wel spelen zij een rol in de voorlichtingsbijeenkomsten van kandidaat-deelnemers voor de toelichting op de inhoud van de scholing.

Aanvankelijk was een separate functie van coach van ervaringsdeskundigen voorzien, die specifiek zou coachen op de manieren van kennisoverdracht. Echter, nadat de aangestelde coach al vrij snel was gestopt wegens een moeizame relatie met een groep ervaringsdeskundigen, zijn deze taken ondergebracht bij de fysiotherapeuten en diëtisten. Los van het praktijkincident was er een tweetal, verwante, fundamentele redenen om de coachingstaak niet meer van de inhoudelijke begeleiding los te koppelen. Allereerst omdat de coaching op kennisoverdracht, los van de inhoudelijke kennis over eten en bewegen, te abstract bleek voor de ervaringsdeskundigen. Ten tweede bleek in de praktijk al snel dat de ervaringsdeskundigen ook (nog) behoefte hadden aan begeleiding bij de kennisinhoud. Een laatste overweging was om de arbeidsdeling niet te groot te maken en de taken onder minder professionals te verdelen.

2.3.2 Organisatorische inbedding in de wijk

Zoals eerder is aangegeven, wordt de vorming van netwerken van organisaties op het gebied van zorg, welzijn en sport als een belangrijke voorwaarde gezien voor een bestendige integrale aanpak en ondersteuning van de gevormde 'communities'. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van die netwerken ligt vooral bij de projectleiders en de communitybuilders van SGEB. In Bloemhof is de projectleider tevens gebiedsnetwerker in dienst van de gemeente en kan daarbij dus gebruik maken van haar vele contacten in de wijk. In Crooswijk is door de projectleider en communitybuilders opgetrokken met de gebiedsnetwerker aldaar.

Het vormen van deze netwerken is sterk context-gebonden, afhankelijk van de partijen die in een wijk actief zijn en bereid zijn om met SGEB samen te werken. We zien in Bloemhof en Crooswijk dan ook verschillende ontwikkelingen, die in de vervolghoofdstukken worden beschreven.

2.4 Het werkproces

Tot slot van dit hoofdstuk beschrijven we het 'werkproces' van de interventie: welke activiteiten worden achtereenvolgens ontplooid in de uitvoering van de interventie?

Voordat de scholing kan starten wordt er uiteraard ingezet op de werving, voorlichting en motivering van deelnemers aan SGEB. In deze fase zijn vooral de communitybuilder en de gebiedsnetwerker actief. Zij benaderen organisaties en vrouwen die of potentie hebben om geschoold te worden als ervaringsdeskundige, of mogelijk deelnemer kunnen zijn aan een door ervaringsdeskundigen begeleide groep. De wervingsfase eindigt met een voorlichtingsbijeenkomst, waarvoor de benaderde vrouwen worden uitgenodigd. Daar geven alle professionals acte de présence, dus ook de fysiotherapeut en diëtist die de scholing gaan geven. Op de bijeenkomst wordt voorlichting gegeven over de duur, organisatie en inhoud van de cursus, de gegevens van deelnemers worden verzameld en er worden contracten getekend met de deelnemers. Met de contracten wordt vastgelegd dat deelnemers zich committeren aan de cursus: alle bijeenkomsten bijwonen en zich anders tijdig afmelden, hun huiswerkopdrachten zullen maken en meedoen aan het effect-onderzoek. Reeds tijdens de voorlichtingsbijeenkomst worden ten behoeve van de effectstudie vragenlijsten ingevuld.

Op de langere termijn wordt verwacht dat geschoolde ervaringsdeskundigen ook zelf deelnemers weten te werven uit hun 'achterban', ten behoeve van de groepen die zij zelf gaan begeleiden.

De scholing voor (potentiële) ervaringsdeskundigen bestaat uit 3 fases die elk 8 weken duren. Een volledig traject duurt dus 24 weken. De eerste fase staat in het teken van de overdracht van kennis over voeding en beweging door de betrokken diëtist en de fysiotherapeut. Tweemaal per week wordt een bijeenkomst georganiseerd.

In de tweede fase wordt de kennisoverdracht door de potentiële ervaringsdeskundigen geoefend, onder leiding van de diëtisten en fysiotherapeuten. De deelnemende vrouwen kunnen, in de veilige sfeer van de eigen groep, oefenen met presentatie- en werkvormen en met de inhoud van de lessen die zij zullen gaan geven.

In de derde fase gaan de ervaringsdeskundigen daadwerkelijk aan de slag met hun 'eigen' groep deelnemers. De diëtist en fysiotherapeut staan hen in een coachende rol terzijde en zijn ook vaak nog aanwezig bij de bijeenkomsten.

Gedurende alle fasen houdt ook de communitybuilder contact met de deelnemende vrouwen. Deze professional richt zich op het behoud van de 'community' door vrouwen te stimuleren de bijeenkomsten bij te wonen en bij (dreigende) uitval in gesprek te gaan met betrokken vrouwen.

Uiteraard kan tijdens de eerste en tweede fase van de cursus blijken dat sommige vrouwen niet gemotiveerd zijn of niet in staat zijn om de rol van ervaringsdeskundige op zich te nemen. Deze vrouwen worden dan als deelnemer beschouwd (net als de vrouwen die de scholing bij de ervaringsdeskundigen volgen) en na fase 1 of 2 worden ze toegeleid naar ander aanbod op het gebied van gezondheid (beweeggroepen bijvoorbeeld).

Voor de cursus is een draaiboek ontwikkeld in drie varianten, voor de professional, de ervaringsdeskundige en de deelnemer. De draaiboeken kennen dezelfde onderwerpen en structuur. De draaiboeken voor de ervaringsdeskundigen en deelnemers zijn toegankelijker gemaakt door eenvoudiger taalgebruik en beperktere informatie. Het cursusboek biedt ruimte om aantekeningen te maken over de verschillende thema's die erin worden behandeld. Er is veel ruimte om over eigen ervaringen te vertellen en bijvoorbeeld dagboeken bij te houden om inzicht te krijgen in het bewegen en eten van deelnemers. Dit geeft aan dat van de deelnemers een actieve houding in de cursus wordt verwacht, zoals een respondent stelt: *"Dus het moet niet te talig zijn, je moet werken met icoontjes en het moet, vooral, veel doen zijn, want de mensen hier leren door te doen."* Deelnemers worden geacht steeds huiswerkopdrachten uit te voeren. Dat kan zijn het voorbereiden van de volgende bijeenkomst, door alvast de les door te nemen, maar het kan ook de vorm hebben van beweegoefeningen, het bijhouden waarom je 'tussendoortjes' eet, het lezen en vergelijken van etiketten van voedingswaren, etc.

Het is de bedoeling dat de vrouwen na deelname aan de cursus actief bezig blijven met een gezonde leefstijl en blijven participeren. Deze laatste fase van het 'werkproces' is het minst gearticuleerd. Het idee is dat deelnemers gebruik gaan maken van ander, bestaand aanbod in de wijk, bijvoorbeeld op het gebied van bewegen, maar het kan ook hele andere activiteiten of participatievormen betreffen. Het vervolg op de cursus kan individueel zijn of vrouwen kunnen besluiten om als groep, geheel in de geest van het 'community'-denken, gezamenlijk activiteiten te ondernemen. Een voorbeeld van het laatste kan gevonden worden in een eerdere ('pre-pilot') groep van SGEB. Deze vrouwen zijn gezamenlijk een cateringbedrijfje begonnen. Maar nogmaals, in tegenstelling tot de cursus zelf is deze fase minder uitgewerkt in die zin dat aangegeven wat mogelijkheden en middelen zijn om het vervolg op de cursus in te richten.

Box 1 Een gecombineerde voedings- en beweegles

Om 9.00 uur zijn 3 ervaringsdeskundigen, 1 deelnemer en twee professionals (een diëtiste en een fysiotherapeute present). De diëtiste pleegt nog wat telefoontjes om te vragen waar iedereen blijft. Na een kwartier zijn nog 3 deelnemers en een ervaringsdeskundige binnen en kan de les starten. De sfeer in de groep is goed. Er worden veel grapjes gemaakt en er wordt veel gelachen. De ervaringsdeskundigen doen allemaal mee met de groep en 'mengen' als het ware met de deelnemers.

Het eerste deel gaat over voeding. Centraal staat het onderwerp: de schijf van vijf. De deelnemers en ervaringsdeskundigen hebben allemaal de cursusmap voor zich liggen. Ze vertellen ook hoe ze, als huiswerk, de afgelopen week met 'voeding' zijn bezig geweest. De deelnemers hebben aantekeningen in hun mappen gemaakt. Ze analyseren hun voedingspatroon met behulp van de 'schijf van vijf'. Eén van de 4 ervaringsdeskundigen lijkt de primus inter pares en vult de andere ervaringsdeskundigen vaak aan. Haar verklaring voor haar prominente aanwezigheid: ik heb alleen maar de grootste mond. De diëtiste bemoeit zich niet met de les. Als het voedingsdeel afgelopen is, geeft zij wel uitgebreid complimenten aan de ervaringsdeskundigen voor de wijze waarop zij de les hebben gegeven.

Daarna gaan de stoelen en tafels aan de kant en wordt de ruimte geschikt gemaakt voor beweegoefeningen. De deelnemers beginnen aan hun warming up en ondertussen debatteren de ervaringsdeskundigen over wie de beweegles moet geven. De fysiotherapeute doet mee aan de les, maar bemoeit zich er verder niet mee. De ervaringsdeskundigen doen de oefeningen voor en geven individuele aanwijzingen over houding en manier van bewegen. De deelnemers doen enthousiast mee. Dit lesgedeelte eindigt met ontspanningsoefeningen op een yoga-matje.

Eén van de ervaringsdeskundigen vertelt na afloop een beetje beschaamd en teleurgesteld te zijn dat er zo weinig deelnemers zijn.

Hoofdstuk 3 Werving en bereik

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de werving van ervaringsdeskundigen en deelnemers voor SGEB. Hoe is de werving in Bloemhof en Crooswijk verlopen en waar is men tegenaan gelopen?

Paragraaf 3.2 gaat in op de doelgroep van SGEB. Paragraaf 3.3 beschrijft de ervaringen met de werving en geeft verschillen tussen Crooswijk en Bloemhof aan. Ervaringen met de voorlichtingsbijeenkomst en intake komen in paragraaf 3.4 aan de orde. Paragraaf 3.5 gaat in op het bereik van en de uitval uit het programma. In paragraaf 3.6 worden de belangrijkste conclusies op een rijtje gezet.

3.2 De doelgroep

In het projectplan¹⁰ wordt een uitgebreide beschrijving van doelgroep van SGEB gegeven. Het betreft kwetsbare vrouwen uit 'multi-problem' gezinnen wonend in twee wijken in Rotterdam waar de werkloosheid hoog is, men kampt met, taalachterstanden, schulden, armoede, opvoedproblemen, psychische en psychosociale klachten en lichamelijke klachten. Kortom, deelnemers kunnen worden gerekend tot vrouwen met een lage sociaaleconomische status.

De volgende inclusiecriteria zijn geformuleerd:

- Volwassen vrouwen (vanaf 21 jaar)
- die woonachtig zijn in de wijken Bloemhof of Crooswijk
- Nederlands kunnen verstaan, begrijpen en lezen
- Goede motivatie om deel te nemen
- Gemotiveerd om zelf gezonder te gaan eten en dagelijks te bewegen
- Gemotiveerd om de leefstijl in hun gezin en familiekring duurzaam te verbeteren
- Bereid om de eigen, persoonlijke, ervaringen en kennis te delen en ermee te werken
- BMI tussen de 25 en 35 kg/m² in combinatie met een risicofactor (bijv. hoge bloeddruk, roken) dan wel in combinatie met slaapapneu, Diabetes Mellitus II en/of artrose.

Professionals maken een selectie van deelnemers die als ervaringsdeskundigen kunnen worden opgeleid en deelnemers die de cursus kunnen gaan volgen door de opgeleide ervaringsdeskundigen. Dit wordt gedaan door wederom te controleren of de vrouwen voldoen aan bovenstaande inclusiecriteria en de volgende additionele criteria:

- Bij twijfel over gezondheidsklachten: toestemming van hun eigen huisarts om mee te doen
- Goede motivatie om deel te nemen aan alle lessen van de cursus
- Gemotiveerd om huiswerkopdrachten te maken
- Goede motivatie om kennis en informatie door te geven na afloop van de cursus
- Bereid zijn om te reflecteren op eigen ervaringen

¹⁰ Los, M. en M. van Hal (z.j.) Samen Gezond Eten en Bewegen als integrale aanpak van gezondheidsachterstanden bij kansarme gezinnen. (Subsidie-aanvraag Fonds NutsOhra)

Als exclusiecriteria gelden: morbide obesitas (BMI > 40), ernstige co-morbiditeit (ernstige hartklachten), psychiatrische problemen, psychisch nog te kwetsbaar om zich te kunnen inleven in de problematiek van een ander en het niet voldoen aan de inclusiecriteria.

In de praktijk is met de hierboven genoemde inclusiecriteria soepel omgegaan in de werving en selectie van deelnemers en ervaringsdeskundigen. Zo zijn deelnemers ingestroomd met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal en is niet heel sterk op motivatie geselecteerd. Toch kan in algemene zin worden geconcludeerd dat SGEb de doelgroep heeft bereikt die men beoogde: het gaat doorgaans om vrouwen met een lage sociaal-economische status (weinig opleiding, geen werk) en een ongezond gewicht (zie hoofdstuk 7, tabel 1).

3.3 Ervaringen met de werving

Hoewel minder streng is geselecteerd dan op grond van de in het projectplan beschreven inclusiecriteria kon worden verwacht, is de instroom behoorlijk achtergebleven van bij de streefcijfers. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen met de werving.

3.3.1 Algemene ervaringen

Zoals in de voorgaande paragraaf is aangegeven, gaat het bij de werving voor SGEb zowel om de werving van ervaringsdeskundigen, door betrokkenen ook wel 'high potentials' genoemd, als om de werving van deelnemers. *"We zoeken dus ervaringsdeskundigen, wij noemen ze de high potentials, waar je wat mee kan, èn mensen waar je gewoon blij bent als je ze in beweging hebt en een stap kan maken"*, aldus een projectleider. *"In fase één graag alleen de high potentials, dus daar willen we het hele traject mee door."*

De werving van potentiële ervaringsdeskundigen en deelnemers blijkt een intensieve bezigheid te zijn. Het kost veel tijd om mensen te benaderen en ze te enthousiasmeren. Professionals geven aan dat nogal wat mensen onzeker zijn of ze SGEb wel kunnen volgen. Het is een langer traject dan ze meestal gewend zijn en het vraagt ook meer van ze. *"Het is niet iets wat je even doet"*, aldus een communitybuilder. Ze heeft een 'oplossing' hiervoor gevonden door de cursus niet als een langdurig traject van 24 weken te presenteren, maar in 'stukjes te knippen'. De eerste 8 weken is iemand deelnemer en daarna kan iemand beslissen om door te gaan of niet. *"Mensen hebben behoefte aan overzicht en een langdurig en intensief programma kunnen ze niet overzien"*, aldus de communitybuilder. Niet iedereen is het echter eens met de aanpak van een 'getrapte' benadering om mensen deel te laten nemen. Een professional geeft aan dat zij als doel ziet om ervaringsdeskundigen op te leiden. Ze vindt dat er aan de voorkant strikter gekeken moet worden welke mensen geschikt zijn als potentiële ervaringsdeskundige.

Vooraf het vinden van ervaringsdeskundigen blijkt in de praktijk lastiger te zijn dan verwacht. Er is volgens betrokkenen veel instroom nodig om een groep potentiële ervaringsdeskundigen over te houden. Voor de werving van ervaringsdeskundigen zijn volgens betrokkenen 'betere' vindplaatsen nodig.

Om ervaringsdeskundigen en deelnemers te werven, zijn folders gemaakt en breed verspreid onder welzijnspartijen, activeringscoaches van de gemeente (verschillende afdelingen) en binnen de eerstelijnszorg (huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten).

Ook al zijn de folders breed uitgedeeld binnen de zorg, de ervaring leert dat dat niet meteen werkt. Dit blijkt ook uit de registraties: uiteindelijk zijn slechts twee deelnemers in Crooswijk via de eerstelijnszorg ingestroomd.

Het ideaal voor de langere termijn was dat de opgeleide ervaringsdeskundigen ook zelf deelnemers uit hun netwerk in de wijk (de 'achterban') zouden werven – naast de hierboven genoemde wervingskanalen. In de praktijk hebben de ervaringsdeskundigen deze rol zelden vervuld. De werving is toch vooral een zaak van professionele inzet geweest.

3.3.2 Ervaringen met de werving in Crooswijk

In Crooswijk is het merendeel van de ervaringsdeskundigen en deelnemers tot nu toe geworven via de taskforce Tegenprestatie. Het werven via de taskforce Tegenprestatie levert volgens betrokkenen in Crooswijk een doelgroep op die vrij laag staat op de participatieladder. *“Tot nu toe krijgen we echt het onderste laagje binnen van, nou we weten niet zo goed wat we met ze moeten, dus alsjeblieft veel plezier ermee”*, aldus een van de professionals. Uitvoerders van SGEb hebben de indruk dat mensen vanuit de taskforce Tegenprestatie naar SGEb worden gestuurd met het idee van 'we zien wel welke stap ze zetten'. *“We hebben er eentje bijzitten, die komt met een rollator, omdat ze gewoon anders niet op de benen kan blijven staan. Dan kun je je afvragen van ja, dit is een afvaller. Het is leuk dat ze even meedoet, maar dit wordt geen ervaringsdeskundige. En zo heb ik er ook eentje die gewoon niet meekomt met de groep, omdat ze enorm last had van haar knieën. Ja, dan is het klaar. Soms dan lukt het niet. Weet je, je hebt sommigen die het wel goed oppakken en die dan wel groeien. En die merken ook van ja, inderdaad dat bewegen is echt goed voor je. Nou, als je ze zover hebt, dan heb je gedragsverandering en dat is wat je wil.”* De communitybuilder probeert wel te selecteren op motivatie met het oog op het groepsbelang: *“Mensen die echt niet willen, die meld ik gewoon terug. Anders wordt die groep gewoon negatief beïnvloed. Dus de mensen die komen, die willen komen.”*

De meeste mensen die via de taskforce Tegenprestatie instromen, kunnen geschikt zijn om deel te nemen als deelnemer, maar ze zijn over het algemeen niet geschikt als ervaringsdeskundige in de optiek van betrokken professionals. Bij een deel van de mensen die bij aanvang als minder kansrijk werd gezien, lukt het om het niveau te bereiken van ervaringsdeskundige, maar daar is veel meer tijd voor nodig.

Werving via de taskforce Tegenprestatie heeft volgens een van de professionals als voordeel dat de opkomst goed is. *“Ik moet zeggen, ik vind de opkomst beter dan met andere projecten. Ik heb weleens een project gedraaid waar we met twintig man starten en er bleven er maar vier over op het eind. Als je een tegenprestatie ertegenover moet zetten en wij houden netjes de presentie bij. Nou, ze zijn als de dood dat ze niet op de presentielijst staan.”*

Daarnaast zijn in Crooswijk deelnemers geworven via verschillende andere organisaties, waaronder de vrijwilligerswinkel, het wijkpastoraat en een school (zie 3.5). De werving via de eerstelijnsgezondheidszorg heeft minder aandacht gekregen. Eén van de betrokkenen vertelt hierover: *“Eigenlijk zit er nog wel een doelgroep bij die we tot nu toe slecht bereikt hebben en dat is via de huisartsen en POH's. Dat is een verbeterpunt, maar is lastig want dat is echt de boer op gaan en huisarts voor huisarts benaderen. Het is ook een beetje versloft omdat we natuurlijk die instroom kregen via de Taskforce.”*

3.3.3 Ervaringen met de werving in Bloemhof

SGEB heeft in Bloemhof een langere voorgeschiedenis dan in Crooswijk. Alhoewel met het werven van deelnemers en ervaringsdeskundigen in de loop van de jaren ervaring is opgebouwd, blijft het ook hier lastig om de doelgroep voor SGEB te vinden. Anders dan Crooswijk zijn de ervaringsdeskundigen en deelnemers vooral geworven via het 'welzijns circuit': beweeggroepen van de (hoofd)welzijnsaanbieder in het gebied, het wijkpastoraat, een speeltuinvereniging, Huizen van de Wijk en een welzijns partij die empowerment-trajecten aanbiedt. Voorts is een klein aantal deelnemers via zelforganisaties geworven. Aanvankelijk werden ook bewoners via de taskforce Tegenprestatie (destijds nog Maatschappelijke Inspanning geheten) toegeleid, maar de communitybuilder heeft daar later van afgezien vanwege de belemmeringen en motivatie van deze deelnemers.

Dit beeld is gewijzigd na de wisseling van de (hoofd)welzijnsaanbieder in het gebied in 2018. Hiervoor is al geschreven dat de communitybuilder toen een kleinere rol in SGEB is gaan spelen. Mede daardoor is de rol van welzijn als wervingskanaal sterk verminderd. Er zijn wel, opnieuw, afspraken gemaakt met de taskforce Tegenprestatie. De laatste twee groepen in 2018 in Bloemhof bestonden volledig uit deelnemers van de taskforce Tegenprestatie.

De werving in Bloemhof verloopt vaak via mond-tot-mond reclame of bestaande contacten. De communitybuilder werft ook mensen uit de achterban van haar werk bij de welzijnsaanbieder. De groep die in 2016 is gestart bestond uit mensen die deelnamen aan sportgroepen, in het bijzonder de groep 'train de trainer'. Ze heeft met name mensen met potentie uit deze train-de-trainer-groep gezocht: deelnemers van wie gebleken is dat ze duurzaam betrokken zijn, betrouwbaar zijn in de zin van goed op komen dagen en in staat zijn om de SGEB-cursus te volgen. Een professional vraagt zich hierbij wel af of de juiste doelgroep wordt bereikt: *"Dit is natuurlijk toch weer een nieuwe manier om die aantallen te krijgen, we zijn toch weer een ander pad ingeslagen. Want het is op zich wel moeilijk om deelnemers te vinden op een gegeven moment. Je zit in een bepaalde community, van daaruit ga je zoeken, op een gegeven moment is het klaar in die wijk. En het lastigste is, dat vind ik met al die projecten, het is de vraag of de mensen die het het hardste nodig hebben, of je die vindt. Je vindt natuurlijk mensen in groepen die al in zicht zijn. Er zitten natuurlijk een heleboel vrouwen achter die voordeur die vroeger door de huisarts natuurlijk wel werden gesignaleerd omdat die toch met bepaalde problemen bij de huisarts kwamen. En nu werf je dus vanuit samengestelde groepen; de mensen bewegen zich al actiever."*

De communitybuilder in Bloemhof is, zoals gemeld, bij de werving via de taskforce Tegenprestatie kritischer geworden. Ze vertelt hierover: *"We hebben wel geleerd om aan de gemeente Rotterdam te vragen, bij Maatschappelijke Inspanning¹¹, om echt ook te kijken van, hebben de mensen de potentie om ervaringsdeskundige te worden? En dan mag het taalniveau best wel laag zijn, maar hebben ze de potentie om dat te doen? Want ja we hebben op een bepaald moment ook veel mensen gekregen via die lijn, die echt heel veel fysieke klachten hadden."*

Een verschil met Crooswijk is ook dat de communitybuilder de mensen die een tegenprestatie moeten doen, is gaan verwijzen naar een traject Empowerment en Beweging van een andere welzijnsaanbieder. De inschatting van deze communitybuilder is dat vrouwen na het volgen van dit traject meer potentie hebben om SGEB te volgen. In 2017 is een groep gestart voortkomend uit dit traject.

¹¹ Is de oude benaming van de taskforce Tegenprestatie.

Evenals in Crooswijk zijn ook in Bloemhof breder contacten gelegd met organisaties, zoals een gezondheidscentrum in de wijk. Deze contacten hebben niet geleid tot de toeleiding van deelnemers naar SGEB.

In 2018 is een probleem ontstaan omdat een nieuwe welzijnsaanbieder de welzijnsopdracht in het gebied is gegund. De communitybuilder heeft nog een tijdlang haar rol als ondersteuner van actieve SGEB-groepen vervuld, maar is niet meer actief geweest in de werving van nieuwe deelnemers. Daardoor is vanaf 2018 de rol van de welzijnssector als vindplaats voor deelnemers en potentiële ervaringsdeskundigen aanzienlijk verminderd. Bovendien is de instroom in Bloemhof drastisch afgenomen. Het wegvallen van deze vindplaats is ten dele gecompenseerd door nieuwe instroom uit de taskforce Tegenprestatie, waarmee, als nieuwe 'vindplaats', afspraken over toeleiding zijn gemaakt.

3.4 Voorlichtingsbijeenkomst en intake

De communitybuilder organiseert na de werving een voorlichtingsbijeenkomst waar ook direct de intake plaatsvindt. De fysiotherapeut en diëtist geven tijdens deze bijeenkomst informatie over de cursus, ze maken duidelijk wat de verwachtingen zijn en lichten hun rol toe gedurende het traject. *“Het is informatief omdat ze goed op de hoogte moeten zijn dat dit niet zomaar een cursus is, maar dat ze iets aangaan. Dat ze daar ook hun handtekening onder zetten en dat het de bedoeling is dat ze het afmaken. Het is niet zoiets van: ik ga het eens proberen, ik kijk wel. In die bijeenkomst moet wel heel duidelijk zijn: ik ga het doen en ik ga het afmaken”*, aldus een professional.

Na het verhaal van de fysiotherapeut en de diëtist, vindt de intake plaats en worden de contracten ondertekend. Een professional geeft aan dat de meesten na de voorlichtingsbijeenkomst doorgaan naar de cursus. *“In die zin is het voorwerk gelukkig al gedaan”*, aldus deze professional.

De druk om voldoende vrouwen in te laten stromen, maakt dat er weinig tijd is voor een individuele, meer persoonlijke, intake. De intakes vinden om die reden dan ook groepsgewijs plaats. Betrokkenen geven aan een individuele intake prettiger te vinden omdat een betere inschatting van de motivatie gemaakt kan worden. Een professional in Bloemhof die al langer bij SGEB betrokken is, heeft ervaring met individuele intakes en vertelt hierover het volgende: *“Je komt minder voor verrassingen te staan. Bij zo'n intake hoor je dan bijvoorbeeld wat de achtergrond thuis is, dat komt er toch spontaan uit. En in zo'n grote groep komt dat er totaal niet uit. En ook al heb je die intake zelf niet gedaan... als je collega die heeft gedaan en het valt heel erg op, die zegt toch oppassen voor deze dame, want die heeft het thuis zwaar omdat er dat aan de hand is. Daar kan je toch op anticiperen.”* Een andere professional merkt op: *“Een individuele intake vond ik prettiger dan hoe we het nu hebben gedaan, we hebben het nu massaal gedaan. Omdat wij toch wat meer achter die motivatie konden komen en of zij er wat serieuzer mee bezig waren of niet. Dus ik vond die persoonlijke intake eigenlijk wat prettiger. Kost wat meer tijd”*.

3.5 Bereik en uitval

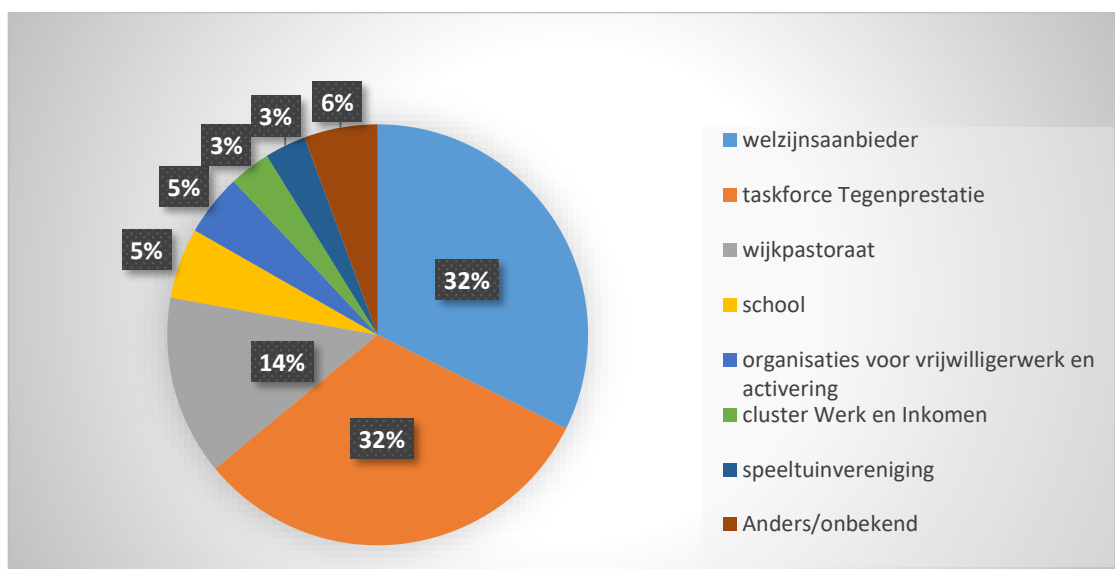
SGEB mikte vooraf op het bereiken van in totaal 795 deelnemers aan de cursus en het opleiden van 65 ervaringsdeskundigen in de periode van 2015 tot en met 2018 – de targets van beide wijken bij elkaar opgeteld.

De totale instroom in Bloemhof, vanaf de allereerste groep in april 2015, bedraagt 252 personen. De instroom in Crooswijk, vanaf september 2016, bedraagt 205 personen. Het project SGEB kent dus een instroom tot en met 2018 van in totaal 457 personen.

Van deze instroom in SGEB zijn 49 personen (26 in Bloemhof, 23 in Crooswijk) als ervaringsdeskundige opgeleid (75% van het geplande aantal ervaringsdeskundigen). Daarvan hebben 36 personen in de praktijk daadwerkelijk groepen deelnemers aan SGEB begeleid (21 in Bloemhof, 15 in Crooswijk) – 55% van het geplande aantal ervaringsdeskundigen.

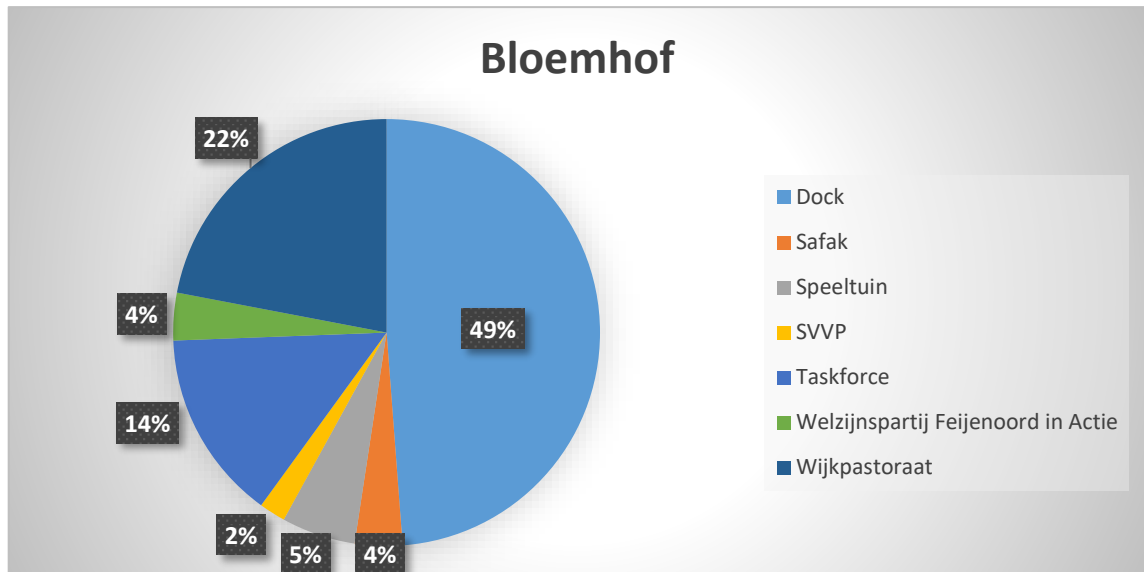
In onderstaande figuur worden de verwijzers gepresenteerd die deelnemers en ervaringsdeskundigen hebben toegeleid naar SGEB:

Figuur 3 Verwijzers naar SGEB totaal, in procenten



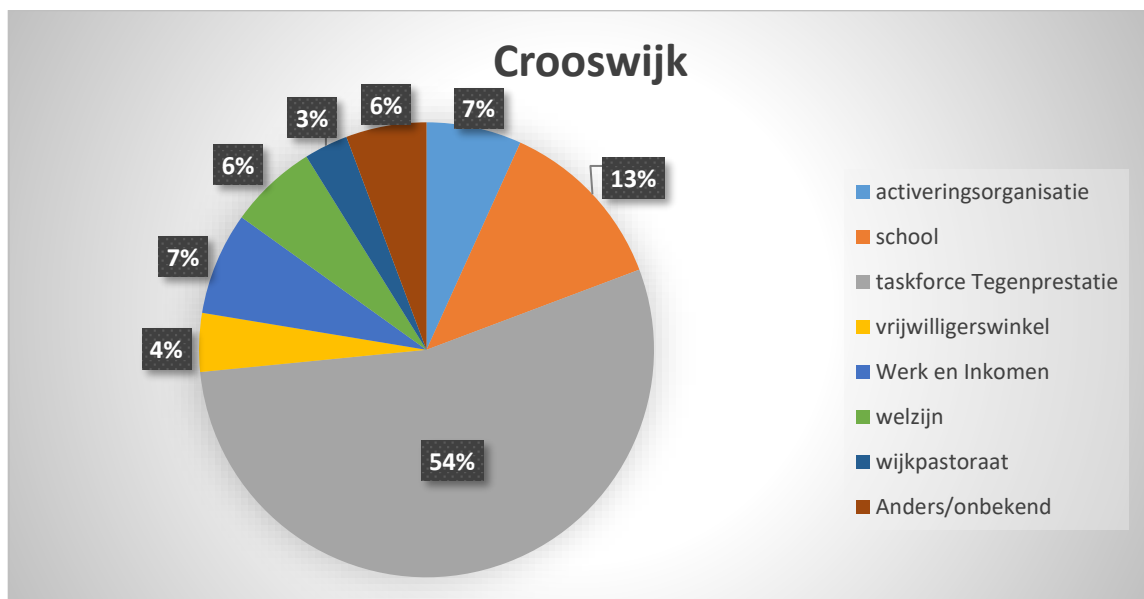
Een welzijnsaanbieder en de taskforce Tegenprestatie zijn de grootste verwijzers naar SGEB. Er zijn wat dit betreft wel grote verschillen tussen de gebieden. Daar waar in Bloemhof de welzijnsaanbieder verreweg de grootste verwijzer is, geldt voor Crooswijk dat de taskforce Tegenprestatie (iets) meer dan de helft van de verwijzingen voor haar rekening neemt, zoals figuren 4 en 5 tonen.

Figuur 4 Verwijzers naar SGEB in Bloemhof, in procenten



In Bloemhof is, in tegenstelling tot Crooswijk, ook een aantal deelnemers door zelforganisaties voor bewoners met een migratie-achtergrond naar SGEB geleid (6% van de instroom aldaar) en via een speeltuinvereniging is geworven.

Figuur 5 Verwijzers naar SGEB in Crooswijk, in procenten



En ook in Crooswijk zijn, naast de taskforce Tegenprestatie, door diverse organisaties deelnemers toegeleid. Een opvallende hier is de school als vindplaats. De verschillen in verwijzers zien we ook terug bij de personen die uiteindelijk ervaringsdeskundige zijn geworden: in Crooswijk is de meerderheid afkomstig van de taskforce Tegenprestatie en in Bloemhof zijn ervaringsdeskundigen vaker door welzijnspartijen verwezen.

Het aandeel uitvallers kon wegens een onvolledige registratie in Bloemhof niet worden vastgesteld.

In Crooswijk was in de registratie niet (altijd) eenduidig vastgelegd of personen een cursus (of fase) hebben afgerond of niet. Wel is de absentie geregistreerd. We hebben als criterium gehanteerd dat personen die 50% van de bijeenkomsten of meer afwezig zijn geweest, worden beschouwd als uitvallers.

In Crooswijk blijken 71 personen de 1^{ste} fase van de cursus niet doorlopen te hebben of zeer vaak absent te zijn geweest. Kortom, 35% van de aanvankelijke instroom kan als uitval worden beschouwd. De uitval onder deelnemers van de taskforce Tegenprestatie is met 25% relatief gering in vergelijking met deelnemers die via andere organisaties zijn ingestroomd. Hoewel professionals soms twijfelen aan de competenties en motivatie van juist deze deelnemers, haalt een groter deel van hen de eindstreep dan van de deelnemers die door andere organisaties zijn verwezen. Mogelijk speelt de (ervaren) drang vanuit de uitkeringsorganisatie hier een rol.

Eerder is al aangegeven dat in de praktijk minder streng geselecteerd is bij de werving dan het plan was. Pas gaandeweg bleek, soms reeds in fase 1, soms later in fase 2, dat sommige deelnemers niet op hun plek waren bij SGEB. De redenen voor uitval zijn divers. Het kan zijn dat er te veel (lichamelijke) problemen spelen en dat deelnemers daardoor te veel aan hun hoofd hebben of dat men niet voldoende gemotiveerd is. Incidenteel is het voorgekomen dat vrouwen stoppen met SGEB omdat ze een baan gevonden hebben. Een professional: *“In het gunstigste geval krijgen ze een baan, nou ja, beter kan eigenlijk niet. Maar soms spelen er heel veel lichamelijke zaken en worden ze ziek. Er zijn ook wel mensen die zeggen dat ze het toch niet zo leuk vinden of dat ze vinden dat er te veel van ze wordt gevraagd. We geven bijvoorbeeld opdrachten voor thuis en dat zien ze niet zo zitten. Ze hebben toch meer het idee dat het wat vrijblijvender is. Een beetje praten over eten, een beetje sporten en dan is het klaar. En het is toch net een stukje serieuzer dan dat.”*

De volume-ambities van het project wat betreft het opleiden van ervaringsdeskundigen en het begeleiden van deelnemers bij een gezonde leefstijl, kunnen achteraf dus als te optimistisch worden gekarakteriseerd. De instroom van deelnemers (incl. ervaringsdeskundigen) blijft ruim achter bij de target die men zich heeft gesteld, nl. iets meer dan de helft. Houden we rekening met ruim een derde uitval, zoals het ervaringsgegeven in Crooswijk uitwijst, dan is feitelijk een derde van de target gerealiseerd. Het aantal actieve ervaringsdeskundigen is uiteindelijk iets meer dan de helft van het beoogde aantal.

3.6 Conclusies

De selectiecriteria die in het plan van aanpak zijn beschreven zijn in de praktijk minder strikt gehanteerd: voor wat betreft de taalvaardigheid, motivatie en bijvoorbeeld gezondheidsbelemmeringen is de lat minder hoog gelegd dan het plan was. Uiteraard is dit niet zonder gevolgen gebleven. Zo stroomden ook deelnemers in die niet heel sterk gemotiveerd waren voor deelname aan dit leefstijlprogramma of deelnemers die fysiek moeilijk mee konden komen.

Dit verklaart in ieder geval een deel van de (flinke) uitval uit het programma van 35% van de instroom. Daar komt bij dat deelnemers die niet gemotiveerd of ernstig belemmerd zijn, de begeleiding van groepen voor de ervaringsdeskundigen nog lastiger kunnen maken dan het voor professionals al is.

Ondanks de 'wat verder openstaande deur' is het project SGEB er niet in geslaagd om de volume-ambities waar te maken. Het aantal deelnemers bedroeg uiteindelijk ongeveer een derde van de targets (rekening houdend met de uitval) en het aantal praktiserende ervaringsdeskundigen was iets meer dan de helft van wat men beoogde.

De professionals hebben ervaren dat het werven van deelnemers een intensieve bezigheid is. De communitybuilders hebben, in samenwerking met gebiedsnetwerkers van de gemeente, getracht SGEB onder de aandacht te brengen van diverse organisaties en functionarissen in de wijk. Daarbij zijn uiteindelijk diverse 'vindplaatsen' aangeboord, waarbij in Bloemhof vooral deelnemers geworven zijn via aan de 'welzijnssector' gelieerde groepen en in Crooswijk de taskforce Tegenprestatie ruim de helft van de instroom in SGEB voor haar rekening nam. Opvallend afwezig in beide wijken is een verbinding met de eerstelijnsgezondheidszorg. Het idee dat ervaringsdeskundigen, of de 'communities' van deelnemers, ook zelf via hun gemeenschappen nieuwe deelnemers werven, hebben we in de praktijk nauwelijks teruggezien.

De voorlichting over en intake van het programma zijn op collectieve wijze georganiseerd. Daardoor ervoeren professionals dat zij weinig kennis hadden over de nieuwe deelnemers (hun achtergronden, gezondheid, motivatie) – minder althans dan in eerdere varianten van het programma, waarin individuele intakes werden uitgevoerd. Mogelijk verklaart dit mede waarom men moeite had om in het beginstadium al een onderscheid te maken tussen potentiële ervaringsdeskundigen (de 'high potentials') en 'gewone' deelnemers. Ook in dit opzicht is de praktijk afgeweken van het oorspronkelijke idee waarin men meteen en gericht ervaringsdeskundigen zou kunnen rekruteren en in een groep plaatsen.

Box 2 Een bewegles

Op een donderdagochtend start om half tien een beweeggroep, begeleid door twee ervaringsdeskundigen. De communitybuilder is ook aanwezig. Ze informeert aan het begin hoe het met de gezondheid van de vrouwen is gesteld. Er zijn 12 deelnemers aanwezig. Enkelen arriveren overigens pas na 20 minuten, maar niemand stoort zich daaraan en ze doen meteen mee met de groep.

De sfeer in de groep is ontspannen. Er worden grappen gemaakt en er wordt veel gelachen. De voertaal is Nederlands, al worden uitstapjes naar het Turks en Arabisch gemaakt.

Eén van de ervaringsdeskundigen neemt het eerste deel van de bijeenkomst voor haar rekening. Als de muziek aangaat, begint iedereen met bewegen in navolging van de ervaringsdeskundige. Zij doet de bewegingen (steps, boksbewegingen, dansen) voor en moedigt de deelnemers aan hun best te doen. De communitybuilder corrigeert soms de houding van de deelnemers of geeft individuele aanwijzingen. Daarnaast bekommert zij zich om 3 deelnemers die voortijdig moeten stoppen vanwege hun gezondheidsproblemen.

In het tweede deel van de bijeenkomst neemt de andere ervaringsdeskundige het heft in handen. Zij gaat de groep voor in ontspanningsoefeningen op yogamatjes. Niet iedereen lijkt meer even fanatiek te volgen en sommigen hebben ook wat moeite met de houdingen en bewegingen.

Ter afsluiting worden nog wat rekoefeningen gedaan en nemen de deelnemers, ervaringsdeskundigen en de communitybuilder afscheid van elkaar. Het is dan half 11.

Hoofdstuk 4 Beschrijving van de fases

4.1 Inleiding

De interventie SGEB bestaat uit drie fases. Fase 1 bestaat uit een training van acht weken door de fysiotherapeut en de diëtiste. Tijdens deze acht weken worden er per week twee bijeenkomsten georganiseerd waarin bewegen centraal staat en in één bijeenkomst staat gezonde voeding centraal. Fase 2 bestaat eveneens uit een training van acht weken door de fysiotherapeut en de diëtiste én door deelnemers. Ook hier worden twee bijeenkomsten per week georganiseerd waarin bewegen centraal staat en één bijeenkomst waarin gezonde voeding centraal staat. In deze fase leren de deelnemers ook hoe zij kunnen presenteren en informatie kunnen overdagen aan andere deelnemers. In fase 1 en 2 worden de deelnemers opgeleid als ervaringsdeskundige. In fase 3 gaan deze deelnemers, gedurende acht weken zelf training aan nieuwe deelnemers geven. Naast de fysiotherapeuten en diëtisten is een belangrijke rol in de uitvoering van deze fases weggelegd voor de communitybuilder.

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen met de 3 fases van SGEB.

4.2 Fase 1

4.2.1 Ervaringen met de cursusmap

Voor de fysiotherapeut en de diëtiste is een cursusmap opgesteld, waarin een handleiding voor elke les beschreven staat. Per les wordt het programma en de inhoud van de les beschreven alsmede de doelen die nagestreefd worden. De professionals zijn tevreden met hun cursusmap. Zij vinden de cursusmap inhoudelijk sterk, nuttig gestructureerd, duidelijk en er vrolijk uitzien. De professionals houden zich strikt aan de structuur van de cursus en de opdrachten ervaren zij als nuttig. Een projectleider benadrukt dat er dankzij de map een rode draad in alle lessen zit. Er zit in haar beleving meer lijn in de SGEB-cursus dan in de voorlopers van deze interventie. De map is een naslagwerk voor deelnemers, waar zij zelf in kunnen werken. *“Zij kunnen de map zich eigen maken. Wij geven het de deelnemers mee als leidraad, maar als ze dan hun eigen ding gaan doen, is dat helemaal prima”*, aldus een projectleider. Het meenemen van de cursusmap wordt als eis voor deelname gesteld, maar in de praktijk wordt daar minder strikt mee omgegaan. Deelnemers moeten leren dat het een hulpmiddel is.

De professionals benoemen ook enkele zorgen over de cursusmap. De map is talig en omvangrijk. Voor de doelgroep geldt: hoe praktischer, hoe beter. De beperkte beheersing van de Nederlandse taal en de laaggeletterdheid maken de map niet voor iedere deelnemer geschikt. De professionals denken, mede om deze redenen, dat deelnemers de map niet of nauwelijks lezen en gebruiken. *“Er zijn groepen deelnemers van Marokkaanse afkomst [...] die door ervaringsdeskundigen geleid worden. Zij spreken nauwelijks Nederlands. Dit leidt ertoe dat ervaringsdeskundigen zelf creatief moeten zijn in het maken van alternatief lesmateriaal, bijvoorbeeld door met plaatjes te werken”*, aldus een communitybuilder. In de praktijk bedenken ervaringsdeskundigen, al dan niet met behulp van voorbeelden van het internet, dan ook, deels, zelf de lesstof; *“ze verzinnen vaak zelf een lesje”*, aldus een diëtiste.

De ervaringen van de ervaringsdeskundigen en de deelnemers sluiten aan bij die van de professionals. Ze geven aan dat ze de cursusmap goed, maar veelal moeilijk te lezen vinden. Om de taalbarrière op te lossen, bespreken zij de map met hun kinderen of partner, of met andere deelnemers tijdens de les. Zo vertelt een deelnemer: *“Eén vrouw kan niet lezen, maar door samen de map te bespreken, kan ze het toch begrijpen”*. De deelnemers die de Nederlandse taal wel goed beheersen, geven aan dat zij tevreden zijn met de map. *“Het is een hulp waar je naar kunt kijken. Je moet wel durven schrijven en niet bang zijn om fouten te maken”*, aldus een deelnemer. Het vergt kortom, niet alleen taalvaardigheid, maar ook enige mate van zelfzekerheid om met deze map te werken.

Het idee dat deelnemers de map ook thuis gebruiken, bijvoorbeeld om tussendoor huiswerk te maken, komt niet uit de verf. Een enkeling, hoger opgeleid en het Nederlands machtig, geeft aan de map als naslagwerk te hebben gebruikt voor voeding. Echter, doorgaans wordt de map alleen tijdens de bijeenkomsten gebruikt. De thuissituatie is soms ook een rem op opdrachten uitvoeren of gedrag veranderen. Zoals de man van deze deelnemster, die haar fysieke ‘activering’ deels kan accepteren: *“Ja, echt waar, hij (haar man TW) vindt het wel leuk, maar alleen buiten wandelen. Dat vindt-ie goed. Ja, soms heb ik in huis bewegen. En dan komt hij thuis zo: ‘ben je gek geworden, in huis oefeningen aan het doen’.”*

Een verbeterpunt in deze fase is volgens de professionals het meer aandacht aan het huiswerk besteden. *“Je merkt heel erg dat ze consumeren, dus ze zitten gewoon te luisteren en stil te zijn en ze doen wat jij zegt. Maar, ze moeten zelfredzaam worden. Dus een beetje zelfmanagement creëren. En dat bereik je eigenlijk alleen maar om hen te laten participeren in de lessen”*, zo legt een fysiotherapeut uit. Een ander verbeterpunt voor fase 1 is om deelnemers duidelijkere informatie over de cursus te geven. *Deelnemers zaten met veel vragen, zoals ‘hoe lang duurt de les, is het verplicht en wat zijn de regels’? De meeste deelnemers kregen pas in fase 2 door wat de bedoeling was”*, aldus een diëtiste. Een diëtiste geeft verder aan dat zij in het vervolg strakkere afspraken zou maken, met name gericht op het op tijd zijn en de cursusmap meenemen.

4.2.2 Invulling van de les

De diëtisten geven aan dat zij vooral de basisprincipes rondom voeding trachten over te brengen. Het gaat hier om regelmaat, goed ontbijten, gezond eten, minder vet, olie en suiker. De ‘schijf van vijf’ wordt veelvuldig onder de aandacht gebracht. Zij geven invulling aan hun les door theorie te combineren met praktische opdrachten en werken in kleine groepjes en plenaire groepsgesprekken af te wisselen.

De fysiotherapeuten besteden in hun beweglessen ook veel aandacht aan algemene gezondheid. *“De basisgezondheid, de wijsheid, die ontbreekt bij heel veel mensen”*, aldus een fysiotherapeut. Professionals merken dat opvattingen, bijvoorbeeld over het omgaan met pijntjes en stress, deels ingegeven door de culturele herkomst van de deelnemers, afwijken van de professionele inzichten. *‘Ik heb pijn, dus ik moet stoppen. Ik moet zitten en ga nooit meer opstaan’*. Daarnaast bezoeken de deelnemers bij elk pijntje vrijwel direct hun huisarts. In de les gaan ze in op pijngevoelens en stress en wordt uitgelegd waarom bepaalde leefgewoonten goed en andere slecht zijn.

Een professional vertelt: *“Ja, dan maak je ze bewust van het feit dat ze te weinig doen. En als ze dat gevoel hebben van o, ja, verrek, hij heeft gewoon gelijk. (...) Nou, dat proberen we dus door te vertellen wat eigenlijk - en dat staat mooi in het [cursus-]boek beschreven - wat er gebeurt als je overgewicht hebt? Wat gebeurt er met je organen? Wat gebeurt er met je conditie? Wat gebeurt er met je spieren? Wat gebeurt er als je slecht leeft, veel rookt of drinkt? Dat soort dingen. En als je ze dat mee confronteert en bewustmaakt ja, niet iedereen gaat meteen om. Kijk, dat is ook een proces. Hè, de ene pakt het in drie weken op, de ander heeft daar een half jaar voor nodig en de ander die zal het nooit begrijpen.”*

De ervaring van de professionals is dat het belangrijk is om de kennisoverdracht te richten op de belangrijkste zaken die je wilt overbrengen – en niet te veel informatie verstrekken.

Dat is ook in de praktijk gebleken als ervaringsdeskundigen de lessen gaan verzorgen. Met name in Crooswijk kwam het voedingsgedeelte in het gedrang, omdat men dat het lastigste vond om over te dragen. Daar is SGEB steeds meer om het bewegen gaan draaien en is er minder sprake van kennisoverdracht met betrekking tot voeding.

4.2.3 Vertrouwen kweken

Soms spelen ook problemen thuis waar vrouwen mee worstelen. Bijvoorbeeld een man die eigenlijk niet wil dat zijn vrouw naar de cursus gaat, terwijl zij dat toch doet. Dit toont aan dat de cursus invloed heeft op gezinsverhoudingen.

Een fysiotherapeut ervoer aan het begin van fase 1 weerstand van enkele vrouwen omdat hij een man is. *“We kregen dan drie, vier telefoontjes van ‘ja, als de fysiotherapeut een man is dan mag ik niet van mijn man”*, aldus een communitybuilder. De volgende les heeft de fysiotherapeut uitgelegd dat hij gestudeerd heeft om de deelnemers te helpen met hun medische klachten. *“De vrouwen merkten dat hij geen rare dingen doet, dus het vertrouwen is er gekomen”*, voegt een communitybuilder daar nog aan toe. De volgende anekdote van een communitybuilder illustreert de complexiteit:

“We zijn ook weleens door dochters gebeld, van nou mijn moeder moet allemaal rare oefeningen doen met benen wijd. Maar die vrouwen leggen natuurlijk iets uit wat ze aan het doen zijn en dat klinkt in zo’n dochters optiek misschien vreselijk. Dus we zeggen tegen de dochters, kom iedere keer langs als je wilt, kijk wat er gebeurt. Inmiddels is het geen probleem meer.”

4.2.4 Zichtbare ontwikkeling

Het doel van de beweeglessen is om de deelnemers een actieve leefstijl aan te leren. *“De een staat daar meer voor open dan de ander. En je ziet al heel snel wie dat wel gaat lukken en wie dat niet gaat lukken. En degene die het dan wel lukt, die heeft wel de drive om meer te gaan bewegen en die pakt het ook op. De groep die het niet oppakt, die moet je blijven sturen en bij het handje meenemen.”*, legt een fysiotherapeut uit. Aan het begin uiten de deelnemers wel wat weerstand, maar dat is inherent aan gedragsverandering. Vooral fysieke ongemakken, zoals pijn en hernia’s, worden als reden genoemd om niet te kunnen bewegen. Tijdens de beweeglessen *“leggen we de problemen naast ons weg en focussen we ons op wat men nog wel kan. Dan zijn ze allemaal zo aan het bewegen en als ik dan zeg ‘hé, hoe is het trouwens met je rug?’, dan is het stil en is er geen gemopper meer”*, aldus een fysiotherapeut.

De meeste deelnemers merken na verloop van tijd dat bewegen een positief effect heeft op hun gevoel en ongemakken. Een andere zichtbare ontwikkeling is dat deelnemers informatie vanuit hun eigen cultuur gaan vergelijken met informatie uit de lessen van SGEB (uit Nederland). *“De deelnemers krijgen via de televisie informatie van artsen uit Turkije enzovoorts. Dat pikken ze op en vergelijken ze met wat er hier allemaal is. Tenminste, ik hoor vaak: koop vers fruit, koop verse groenten, ga het niet in voorverpakte zakken kopen. Dat is veel duurder, maar koop het gewoon vers. Nou, dat is goed,”* aldus een communitybuilder. De ervaring van professionals is dat deelnemers bewuster worden van een gezonde leefstijl.

4.2.5 Ervaringen van deelnemers met de lessen

Deelnemers vinden de lessen van de fysiotherapeut en diëtiste 'leuk'. Ze leren veel en doen prettige oefeningen. *“Vroeger ging ik naar de keuken en maakte ik de koelkast open en pakte ik een plakje kaas. Nu denk ik twee keer na of ik het wel moet pakken of niet”,* aldus een deelnemer. Een andere deelnemer vertelt: *“Ik ben zelf juf. [Zelf lesgeven] is een fluitje van een cent. En mijn kennis is best wel heel breed. Je moet mij niet vergelijken met iemand die analfabeet is. Maar, ik leer wel elke week wat nieuws: vetten, suikers en bewuster keuzes maken met eten”.*

Er heerst een prettige sfeer in de groepen en men is ook erg bereid elkaar te helpen. Dat zie je bijvoorbeeld terug in het voorbeeld dat de diëtiste schetst: *“Als ik dan opdrachten had waarbij gelezen moest worden in groepjes, dan was het vaak wel zo dat er dan mensen die wel de Nederlandse taal beter beheersen bij mensen zaten die het wat minder beheersen. Dat ging vooral in fase 2 ook goed”.*

Een deelnemer vertelt dat de deelnemers elkaar ophalen als ze naar de bijeenkomsten gaan. Dat motiveert haar dan wel weer om toch te gaan, ook al heeft ze wel eens geen zin.

In Crooswijk is er op zeker moment geen sprake meer van vaste groepen met deelnemers die gezamenlijk een programma doorlopen, maar van 'vlottende' groepen van deelnemers die 'blijven hangen' en aan het beweegprogramma mee blijven doen in combinatie met individuele instromers. De communitybuilder ziet dat wel als een positieve ontwikkeling, omdat nieuwkomers dan goed ontvangen worden in een enthousiaste groep en worden geholpen door al wat meer ervaren deelnemers.

4.2.6 Belemmerende factoren

1) Tijdgebrek

De diëtisten ervaren dat zij te weinig tijd hebben om het volledige programma tijdens de les te doorlopen. *“Ik wil meer met ze oefenen, maar ik heb daar geen tijd voor. Het eerste kwartier van de les is altijd herhalen, anders weten ze het niet meer”,* aldus een diëtiste. Daar komt bij dat een aantal deelnemers ook regelmatig te laat komt. *“Je hebt wel vaak dat deelnemers te laat komen, terwijl we in les één de groepsregel hebben besproken: op tijd komen. En dan begin je weer tien minuten later en dan krijg je niet de hele les af en begin je al met een achterstand bij les 2”,* legt een diëtiste uit. De professionals zijn tevreden over de structuur van SGEB, maar als de ramadan en de zomervakantie tussen de fases zitten, *“dat is dramatiek ten top, dan zit je met je organisatie zo te rommelen”,* aldus een fysiotherapeut. Dit heeft als gevolg dat deelnemers lessen missen en vanzelf afhaken of uit beeld raken.

2) Een gemengde groep

De samenstelling, het verschil in motivatie en in niveau van de groep leiden tot moeilijkheden in het lesgeven. Een deel van de deelnemers is geïnteresseerd, maar een deel ook niet. Dit zorgt ervoor dat er weinig tijd is om geïnteresseerden voldoende bagage mee te geven voor de volgende fase. Het gebrek aan diepgang en aandacht leidde ook tot gemopper onder de geïnteresseerden. Door het tijdgebrek kwamen de diëtisten ook niet aan de huiswerkopdrachten toe. Daar komt bij dat het niveauverschil tussen deelnemers onderling te groot is. Ook lopen de diëtisten ertegenaan dat de groepen soms te groot zijn om persoonlijke aandacht te geven en controle te houden.

Enkele deelnemers geven aan dat het niveau van het bewegen wel omhoog mag. Het probleem daarbij is dat de verschillen in conditie nogal groot zijn, waardoor de beteren op de anderen moeten wachten.

Tegelijkertijd worden de niveauverschillen in de groepen niet alleen maar als een probleem ervaren. Het tekent, aldus een van de deelnemers, ook de lage drempel van deze groepen: het is makkelijk voor vrouwen met verschillende condities of taalniveaus om in te stappen. De vrouwen houden rekening met elkaar of helpen elkaar bij de lessen. En los van de niveauverschillen: enkele deelnemers vertellen dat ze het leuk vinden om andere mensen, met ook een andere culturele achtergrond, te ontmoeten. In dat opzicht wordt de pluriformiteit gewaardeerd, althans door een deel van de deelnemers.

3) High potentials

De projectleiding streeft ernaar om in fase 1 *high potentials* te identificeren. Hiermee worden deelnemers bedoeld die de vaardigheden en de wilskracht hebben om een rol als ervaringsdeskundige te vervullen. In fase 1 bestaat de groep over het algemeen uit veel deelnemers. Dit leidt ertoe dat er minder persoonlijke aandacht gegeven kan worden dan gewenst is. Ook betekent het dat *high potentials* niet de volle aandacht kunnen krijgen, terwijl in hen de toekomst ligt. Professionals worstelen ook met de motivatie van deelnemers in fase 1. De deelnemers die verplicht zijn om te komen vanuit Taskforce, maar geen motivatie hebben of niet geschikt zijn als ervaringsdeskundigen, hebben een negatieve invloed op degenen die wel gemotiveerd zijn. *“Tijdens de eerste fase wordt al gauw zichtbaar welke deelnemers zich kunnen ontwikkelen tot ervaringsdeskundigen”*, aldus een fysiotherapeut. Dit is overigens niet altijd zo; soms wordt de professional positief of negatief verrast door een deelnemer. Tussen fase 1 en 2 vindt er een selectie plaats. Een deel (de *high potentials*) gaat door naar fase 2. Een ander deel niet, maar *“gelukkig hebben de communitybuilders een netwerk van andere dingen waar de deelnemers kunnen blijven trainen. Dus die blijven bezig”*, aldus een fysiotherapeut. Vaak geven deelnemers zelf ook aan dat ze niet door willen als ervaringsdeskundige. In fase 2, wanneer de groep kleiner is en enkel de gemotiveerden overblijven, is de sfeer beter en wordt er ook efficiënter gewerkt.

4) Ruimte en materiaal

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is een aantal middelen nodig voor de cursus, met name in verband met het beweeggedeelte. In Crooswijk waren de locaties tijdens de onderzoeksperiode niet heel geschikt bevonden voor het bewegen in groepen. Later is een goede locatie gevonden. Daarnaast is er gesignaleerd dat er behoefte is aan wat meer ondersteunende materialen (muziekapparatuur, sportmatjes en bijvoorbeeld stappentellers) bij de beweeglessen of de huiswerkopdrachten.

4.3 Fase 2

In fase 2 gaan de potentiële ervaringsdeskundigen samen oefenen hoe zij groepen deelnemers kunnen begeleiden. De lesstof, die ze in fase 1 hebben, gehad passeert nogmaals de revue, maar dan met het accent op kennisoverdracht en de begeleiding van groepen. De tweede fase wordt ingegaan met personen die de potentie en motivatie hebben om een rol als ervaringsdeskundige te gaan vervullen.

4.3.1 Klein beginnen

In fase 2 herhalen de deelnemers veel informatie en oefeningen die zij in fase 1 geleerd hebben. Allerlei vragen en onvolkomenheden uit fase 1 komen hier ter sprake. In fase 2 krijgen de deelnemers de opdracht mee om korte oefeningen voor te bereiden om zodoende ervaring in het lesgeven op te doen. Het begint heel klein door bijvoorbeeld samen een warming-up voor te bereiden. *“Ik geef ze dan een opdrachtje mee om een oefening voor te bereiden en sommigen staan dan echt een partij te dansen en te doen. Zij vinden het geweldig!”*, aldus een fysiotherapeut. De deelnemers halen hun oefeningen uit Nederland in Beweging, aangezien ze veel televisiekijken. Verder is er ook sprake van veel kopieergedrag van elkaar en van de professional. Als deelnemers het eng vinden om zelfstandig een oefening te geven, gaan ze dat in tweetallen proberen.

4.3.2 Niet te veel verwachten

Een ervaringsdeskundige die zelfstandig les kan geven is het streven van SGEB. De professionals ervaren dit streven echter als onhaalbaar. *“We moeten niet te hoge verwachtingen hebben. Het is niet zo dat ze dadelijk les kunnen geven, he. Ik bedoel, ze hebben geen opleiding gehad; het is maar een cursus van een paar weken. Zo moet je het ook bezien”*, aldus een fysiotherapeut. De andere professionals lopen er ook tegenaan dat hoge verwachtingen misplaatst zijn. Ze ervaren het als lastig om in fase 2 voort te bouwen op de kennis uit fase 1. *“De deelnemers hebben vaak nul-komma-nul kennis van voeding en dan moet het elkaar gaan leren. Dat werkt niet”*, legt een diëtiste uit.

Ook al kijken de professionals tevreden terug op fase 2, er zijn wel punten die zij in het vervolg anders zouden doen. Zo gaat een fysiotherapeut voortaan meer focussen op het echt leren lesgeven. Houding en presentatie vergt meer aandacht. *“Je kunt dat wel op papier zetten, maar daar pikken ze niet veel van op. Samen oefenen werkt beter dan een pure theorieles over hoe je moet lesgeven”*, zo legt een fysiotherapeut uit. De ervaring van een diëtiste is dat het in fase 2 voor deelnemers een stap te ver is om zelf een les voor te bereiden. De diëtiste wil het anders gaan doen: *“Voortaan zou ik koppeltjes maken die samen een les kunnen voorbereiden. Er zou ook tijd moeten zijn om dat met het koppel voor te bespreken: wat ga je doen, wat heb je nodig en hoe lang duurt dat?”* De professionals hebben behoefte aan meer tijd om de deelnemers te coachen.

4.4 Fase 3

In fase 3 gaan ervaringsdeskundigen gedurende acht weken zelf aan de slag met het begeleiden van een groep deelnemers. De diëtist, de fysiotherapeut en de communitybuilder vervullen in deze fase de rol van coach.

4.4.1 Ervaringsdeskundigen trekken samen op

Volgens het projectplan zou een ervaringsdeskundige alleen een groepje deelnemers gaan begeleiden. In de praktijk was dat niet realistisch, op een enkele ervaringsdeskundige na. Als vrij snel na de start is besloten om de ervaringsdeskundigen met zijn tweeën of drieën op te laten trekken in fase 3. Ervaringsdeskundigen voelen zich zekerder als ze de cursus samen met een andere ervaringsdeskundige kunnen geven. Een professional vertelt hierover: *“Ze kunnen het dus niet alleen. Dat hadden we bij de start bedacht dat iedereen wel in hun eigen taal een paar man konden hebben. Maar we hebben steeds meer geleerd, heb ik gemerkt, dat ze zich met z’n tweeën veiliger voelen. Ze voelen zich zekerder. Alleen wordt ‘m helemaal niet. Met z’n tweeën is beter.”* Een bijkomend voordeel van deze opzet is dat ervaringsdeskundigen elkaar kunnen vervangen bij ziekte.

4.4.2 Matching ervaringsdeskundigen en deelnemers

Een taak van de communitybuilder is om een goede match te maken tussen ervaringsdeskundigen en een groep deelnemers. Die match is cruciaal voor de begeleiding van de groep deelnemers. Bij het matchen van ervaringsdeskundigen en deelnemers spelen vooral taal en culturele achtergrond een rol.

De ervaringen over het slagen van een goede match zijn divers. Een voorbeeld van een goede match was een koppel van een Turkse en Nederlandse ervaringsdeskundige die aan een groep Nederlandse vrouwen les gingen geven: *“Dat komt omdat die Turkse mevrouw wel heel goed Nederlands spreekt en die Nederlandse mevrouw die sluit heel goed aan bij de Crooswijkse cultuur. Ze is opgegroeid in Crooswijk, ze sluit heel goed aan bij die Crooswijkse dames. Dus dat gaat dan ook wel heel goed. Maar daar heb ik ze dus wel op uitgekozen.”* Een voorbeeld van een minder goede match was tussen Turkse ervaringsdeskundigen en een gemengde culturele groep: *“We hadden Turkse dames opgeleid en die waren heel enthousiast. Maar toen gingen we ze les laten geven aan vrouwen van verschillende culturele achtergronden, waaronder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. Het taalniveau van die vrouwen is beter, het Nederlandse taalniveau. Dus daar kreeg je gewoon een soort concurrentiestrijd en dat werd gevoerd op de taal. ‘Je zegt dat niet goed. Dat moet je zo en zo zeggen’, weet je wel. Dus die Turkse vrouwen die begonnen zich erg onzeker te voelen.”*

Tot slot stelt een van de professionals dat het van belang is dat gemotiveerde deelnemers voor de groepen, die worden begeleid door ervaringsdeskundigen, worden geselecteerd. *“De communitybuilders moeten goed kijken dat onze ervaringsdeskundigen ook wel gemotiveerde trouwe dames hebben. Want het werkt demotiverend als juist hun dames ook weer niet komen.”*

4.4.3 In eigen kracht zetten en werken aan zelfvertrouwen

In alle fasen wordt voortdurend gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen. Dat is ook in fase 3 nog van belang. Een fysiotherapeut vertelt hierover: *“In die derde fase zet je ze in hun kracht en zeg je van nou, weet je, jij bent goed in wandelen of in iets uitleggen bijvoorbeeld, hè. Want niet iedereen kan iets uitleggen. Jij gaat iets uitleggen over de Nederlandse norm. En jij gaat een mooie warming-up doen. En dan zie je dat ze dat wel doen, dat lukt ze wel.”*

“In de derde fase sta ik er meer voor spek en bonen bij. En dan kijk ik echt wel van of ze het goed doen. Ze krijgen van mij ook elke keer feedback van wat er goed ging en wat er niet goed ging. En dan bereiden we de volgende keer weer voor van nou, jij gaat dit doen en jij gaat dat doen. En zo hebben we het wel gedaan.”

“Dat zelfvertrouwen is heel belangrijk en als ze dat zelfvertrouwen hebben, dan durven ze dat ook wel. Dan worden ze ook steeds vindingrijker wat betreft het zoeken van opdrachten, bijvoorbeeld, van kennis. Dus ze gaan op YouTube kijken naar filmpjes om te bewegen, voor oefeningetjes die ze kunnen aanbieden. Ze gaan op YouTube kijken of op andere, vooral, websites en YouTube filmpjes uit hun eigen cultuur, van, wat is gezond? Wat zegt de dokter zus en de dokter zo erover? Wat ze echt heel erg leuk vinden. Dat stimuleren we ook enorm, om de kennis uit de eigen cultuur daar heel goed bij te gebruiken en altijd in het kader van de Schijf van Vijf en het kader van de lessen die we hebben opgebouwd. Maar dat stimuleert ook enorm het vertrouwen, het zelfvertrouwen van, ik weet dat, ik weet wat ik zeg, ik weet wat ik moet zeggen.”

In het kader van het werken aan zelfvertrouwen geeft een ervaringsdeskundige aan dat ze vaak complimentjes krijgt. Ze voelt zich daardoor ook zelfverzekerder. *“Je voelt je zelfverzekerder. Als mensen een vraag hebben, dat je ze kan beantwoorden. Met zelfverzekerdheid, niet dat je het beter weet, maar ik voel me beter. En als je je beter voelt, voel je je ook sterk. En als je je sterk voelt, dan denk je van, ik kan het aan.”*

4.4.4 Verschil kennisoverdracht bewegen en voeding

Kennis over voeding blijkt moeilijker over te brengen dan beweging. Een diëtiste vertelt hierover: *“Voeding blijft ingewikkelde materie, dus correcties/aanvullingen waren ook in fase 3 regelmatig nodig. Met name in de praktische kant, zoals productkeuze en etiketten lezen, zie ik dat ze bewustere keuzes kunnen maken voor zichzelf. Het verhaal overbrengen aan anderen is voor sommigen nog een stap te ver.”* Dit lukt beter voor het bewegen, maar voeding komt nu te weinig aanbod. Ervaringsdeskundigen worden op dat terrein niet als expert gezien, een diëtist zal altijd nodig zijn. Een ander probleem hierbij kan zijn dat het thema voeding talig is. Bij bewegen ligt dat anders, omdat men oefeningen voor kan doen.

4.4.5 Variatie in aanbod belangrijk

Het arsenaal aan beweegoefeningen waar de ervaringsdeskundigen over beschikken, raakt enigszins uitgeput. Ze doen steeds hetzelfde en dat zorgt op een gegeven moment voor verveling. Het cursusboek biedt wat dit betreft ook onvoldoende voorbeelden of inspiratiebronnen.

Meer voorbeelden of uitgewerkte beweglessen zou de ervaringsdeskundigen kunnen ondersteunen, aldus een communitybuilder: *“Bijvoorbeeld zes krachtrainingen zodat ze uit die zes dingen kunnen putten. Dat ze een papiertje hebben met, oké, ik ga nu dit doen. En dan weer zes ontspanningsoefeningen. Dan zouden het complete lessen moeten zijn, op beeld denk ik. Ja, en dan kunnen ze dat afdraaien, waardoor ze wat meer gestimuleerd worden, want anders zitten ze heel erg op de tekst.”*

Voor de borging van fase 3 is het van belang dat de ervaringsdeskundigen de ruimte (locatie) hebben om beweglessen te geven, maar ook dat er materialen aanwezig moeten zijn om leuke beweglessen te kunnen geven, zoals ze hebben geleerd in fase 1 en 2.

4.4.6 Combinatie van professionele en ervaringsdeskundigheid

“Chaotisch” noemt een deelnemer de lessen van ervaringsdeskundigen. *“Er zit geen lijn in, dat is het ‘em. En dat merken wij ook. [...] Gewoon wat je moet doen en wat voor stappen we deze week gaan doen. Het is allemaal: oh ja, het is donderdag 9 uur, wat gaan we eigenlijk doen? Dat is het. Het is niet van ‘goh, ik neem een dag van tevoren even door van wat we gaan doen’.”* Een ervaringsdeskundige vindt haar lessen ook soms ‘rommelig’. *“Ja, zoals ik al zei, is een beetje rommelig in het begin. We wisten niet hoe en wat. Wij hadden groepje gevormd, we gaan begeleiden, maar op een gegeven moment was dat niet het geval en was het rommelig geworden. [...] waren er meer deskundigen dan deelnemers. En toen was het een beetje zo van: wat moet ik zeggen, wat moet ik doen? Dat was niet zo leuk.”*

Ook uit de beschrijvingen van de bijeenkomsten in dit rapport (zie boxen) blijkt dat een wat informeel en soms licht chaotisch verloop van de bijeenkomsten. Hoewel deelnemers, zoals hierboven, aangeven dat er meer uit de lessen gehaald kan worden als het efficiënter is georganiseerd, heeft de informaliteit op zichzelf ook wel weer waarde. Want je ziet dat de ervaringsdeskundigen inspanning plegen om het goed te doen. Daar komt bij dat ze vaak ook tweetalig zijn en als ze er zelf in het Nederlands niet uitkomen, dat in hun moedertaal kunnen toelichten. *“Vooral X. vind ik goed. Zij spreekt vrij moeilijk Nederlands, maar ze probeert het wel heel goed uit te leggen en... ik vind zij wel een positief pluspunt. [...] Je komt ook gewoon op je gemak. En dat merk je ook aan de groep ook. Want zij is natuurlijk, ja, tweetalig en dan ook met die taalbarrière, dus die hele groep komt gewoon eigenlijk door haar ook wel weer ten goede eigenlijk. [...] Juist omdat zij er ook een beetje moeite mee heeft.”*

Om de lessen in fase 3 goed te laten verlopen, is een doorlopende betrokkenheid van de professionals van belang. De betrokkenheid is om verschillende redenen van belang. Veel ervaringsdeskundigen zijn wat onzeker, ook al trekken ze samen of in groepjes van 3 op. Professionele achterwacht sterkt hun vertrouwen. Als die er niet is weten ze ook niet goed hoe ze het moeten aanpakken, zoals de volgende ervaringsdeskundigen vertellen: B1: *“Wij moeten de hele tijd verantwoordelijkheid nemen. Want kijk, de diëtiste komt niet de hele tijd. Als ze weg is, niemand neemt verantwoordelijkheid.”* B2: *“Er is niet echt iemand dat ze zegt van: als dit er is... waar moeten we heen? Dan weten we niet. En die persoon moet beschikbaar zijn.”*

Een communitybuilder vertelt: *“Dan nemen ze niet echt de leiding van, nou, want wij zijn nu de leidinggevendenden. Wat ik de eerste keren dan ook vaak hoor is dat een ervaringsdeskundige zegt tegen de deelnemers van, nou ja, wat weet ik nou? Ben ik nou echt een ervaringsdeskundige? Ik weet wel wat, maar ja, weet ik nou zoveel? Ik ben geen goed rolmodel, hoor, zeggen ze dan soms. En dat geeft niks, dat mogen ze wel even zeggen. Daarom is het ook zo belangrijk dat we er dan bij zijn en dan ga je tegengas geven natuurlijk, zo van, ja maar je weet heel veel. Kom, we gaan eens even kijken, wat zullen we deze keer behandelen? Dat weten we van tevoren natuurlijk, van tevoren ook al de opdracht gekregen van, nou, jij gaat nu hoofdstuk zoveel doen en dat en dat gaat het over en jij gaat dat hoofdstuk over de voeding doen en heb je nog informatie nodig? Je moet ze daar echt bij helpen. En dat vind ik ook wel een beetje begrijpelijk, want je wordt eigenlijk toch een beetje in het diepe gegooid.”*

De professionals vullen soms tijdens de lessen de ervaringsdeskundigen ook aan of geven na de bijeenkomsten aanwijzingen hoe het een volgende keer anders of beter kan.

Tenslotte wijzen een professional en een deelnemer op het belang van expertstatus. De ervaringsdeskundigen kunnen als ‘gelijken’ aan de deelnemers hun verhaal kwijt en vervullen een functie als rolmodel van iemand die, komend uit de eigen groep, een bepaalde kennis heeft verworven. Dat geeft een binding en een gemakkelijke entree voor deelnemers – ‘laagdrempelig’ zoals een deelnemer dat noemt. Een communitybuilder: *“Laagdrempelig, voor mensen is het laagdrempelig. [...] nou, ik heb heel veel groepen training gegeven en een lerares wordt altijd... hoort niet bij de groep. Dat is afstand, want dat is de lerares zeg maar. En met ervaringsdeskundigen, daar wordt dus verteld van die zijn net zo begonnen als jullie. Dus die worden een voorbeeldfunctie voor de groep. Als zij dat kunnen, zo kan ik dus ook worden.”* Tegelijkertijd krijgt de kennis (of het nu informatie over voeding betreft of beweegoefeningen) meer gewicht als er professionals betrokken zijn. Een professional merkte dat tijdens de lessen: *“Omdat ik erbij ben, krijgt wat zij vertellen meer waarheid.”* Een deelnemer: *“Ik denk dat het ook meer vertrouwen overbrengt ook. Want ik denk dat als je deze cursus na 8 weken alleen door bijvoorbeeld A. (ervaringsdeskundige – TW) zou laten doen, dan zou ik denk ik, ook die andere cursisten... toch iets minder vertrouwen zijn. Want je hebt toch wel iemand, twee professionele mensen, achter je staan. Dat komt toch wel meer betrouwbaar over.”*

Kortom, het is de mix van ervaringsdeskundigheid en professionele expertise die de groepen in fase 3 tot een succes lijkt te maken. Het idee dat ervaringsdeskundigen volledig ‘losgelaten’ kunnen worden, lijkt in de praktijk geen stand te houden.

4.5 Het belang van de communitybuilder

Gedurende elke fase SGEB speelt de communitybuilder een cruciale rol in het organiseren van de cursus en het behouden en motiveren van deelnemers. Een fysiotherapeut legt uit: *“Zo’n communitybuilder zit er bovenop. Dus die belt continu mensen na om te vragen ‘waar blijf je nou’. We rekenen op je. En dat miste je in voorgaande cursussen. Dus de communitybuilder is een hele grote pre.”* De communitybuilder houdt bij wie er aan- en afwezig zijn, houdt bij hoe het met mensen gaat en zoekt waar nodig naar oplossingen voor problemen. Als deelnemers niet komen opdagen, belt de communitybuilder die persoon op om te vragen naar de reden.

Een communitybuilder voegt daar echter wel aan toe dat deze intensieve betrokkenheid niet gedurende het hele traject van SGEB mogelijk was. *“In het begin was ik er altijd bij. Dan hield ik ook de lijsten bij, maar dat was gewoon niet vol te houden”*, legt de communitybuilder uit. De communitybuilder speelt in elke fase een rol in de versterking van de groepsbinding en het voorkomen dat deelnemers afhaken. WhatsApp blijkt een belangrijk medium daarbij te zijn. Elke cursusgroep heeft ook een eigen WhatsAppgroep, waar zowel deelnemers als professionals inzitten. De communitybuilder stuurt regelmatig berichten rond om de deelnemers te herinneren van de lessen. Ook worden er veel positieve en opbeurende berichten rondgestuurd. Een deelnemer over de communitybuilder: *“Als je ziek bent, stuurt ze een bericht met de vraag hoe het gaat. Ze maakt ook vaak complimentjes, zoals ‘wat zie je er goed uit, je bent afgevallen’.”*

In fase 3, de fase waarin de ervaringsdeskundigen zelf groepen gaan begeleiden, spelen de diëtisten en fysiotherapeuten een centrale rol in de inhoudelijke begeleiding van de ervaringsdeskundigen en, indirect, de groepen. In Crooswijk heeft de communitybuilder later die inhoudelijke rol ook wel vervuld, echter meer vanuit haar inhoudelijke deskundigheid op het gebied van bewegen, dan vanuit haar taken als communitybuilder.

De verminderde betrokkenheid van de communitybuilder in Bloemhof in 2018, nadat haar welzijnsorganisatie buiten de aanbesteding van de nieuwe welzijnsopdracht was gevallen, had onmiddellijke repercussies op werving van deelnemers. De instroom in SGEB is sterk afgenomen tot maar een kwart van het jaar daarvoor.

Tot slot speelt de communitybuilder ook een rol in het ondersteunen van initiatieven van groepjes deelnemers die iets buiten de cursus om met elkaar willen doen. *“Nou als iemand nou zo'n idee heeft, dan vraag ik aan de rest van: ‘goh S. wil graag met iemand wandelen bij het Kralingse bos, is er iemand die dat ook leuk vind buiten de beweeg-uren?’ Nou dan wisselen jullie maar even telefoonnummers uit, maak maar een groepje aan en dan regel je dat. En als er nou iemand zegt van ik wil met iemand kletsen, ik ben heel veel alleen. Dan vraag ik in de groep: ‘is er iemand die dat ook heeft?’ en dan zet ik ze even apart bij elkaar. [...] Dat is dus het doel van een communitybuilder, dat je ze de mogelijkheden geeft om ook buiten de cursus mensen te ontmoeten en te bewegen. [...] Nee, alleen in het begin in de aansluiting zit ik ertussen. En dan moeten ze het zelf doen. Ik kan dat niet allemaal zelf blijven monitoren.”*

4.6 Conclusies

Wat zijn de belangrijkste lessen die we kunnen trekken uit de ervaringen van professionals en ervaringsdeskundigen in verband met de scholing van SGEB?

Allereerst kan worden geconstateerd dat er niet alleen eenvoudigweg sprake is van kennisoverdracht op het gebied van voeding en bewegen. Er is daarnaast ook doorlopend aandacht nodig voor de motivatie van de deelnemende vrouwen en mogelijke belemmerende factoren in hun leefsituatie – dat geldt ook voor de vrouwen die als ervaringsdeskundigen aan de slag gaan. Die belemmerende factoren kunnen liggen in ernstige gezondheidsproblemen, maar bijvoorbeeld ook in de reactie van gezinsleden op deelname van de vrouwen aan SGEB of in (cultureel bepaalde) opvattingen over hoe je om moet gaan met ziekte en pijn. In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat daar in de werving en intake weinig ruimte voor is.

Er kan worden vastgesteld dat de communitybuilder een belangrijke rol speelt in het motiveren van de vrouwen, het bespreken van mogelijke problemen of belemmeringen en het trachten bijeen te houden van de groepen.

Ten tweede is het zoeken naar een goede aansluiting bij de leermogelijkheden of 'leerstijl' van de deelnemende vrouwen. Velen zijn laagopgeleid en hebben weinig ervaring met scholing. Daarbij komt dat een deel van de vrouwen de Nederlandse taal niet heel goed beheerst. De cursusopzet, zoals uitgewerkt in de cursusmap, wordt als duidelijk ervaren en biedt een goede structuur. Echter, daarbinnen is het zoeken naar manieren om een effectief leerproces te organiseren. Belangrijk lijkt te zijn om daarbij een zo praktisch mogelijke benadering te hanteren, met veel oefenen en praktijkervaringen op doen – de indruk bestaat dat de vrouwen meer leren in fase 2 als ze zelf oefeningen of 'lessen' moeten bedenken. Dat lijkt overigens bij het thema bewegen wat gemakkelijker te gaan dan bij voeding. Het blijkt ook van belang te zijn om tijdens het programma te focussen op een aantal kernboodschappen met betrekking tot voeding en beweging – en niet het hele cursusboek in extenso te willen behandelen: de tijd schiet daarvoor te kort en de kennis beklijft niet.

De groepsdynamica lijkt te werken. Hoewel de pluriformiteit van de groepen soms wat groot is (bijv. verschillen in fysieke conditie), wordt door verschillende betrokkenen geconstateerd dat de deelnemende vrouwen elkaar ondersteunen bij het doen van oefeningen of het maken van opdrachten in de les. Enkelen geven ook aan dat dat juist mede de laagdrempeligheid van de groepen bepaalt.

Ten derde kunnen we vaststellen dat de ambitie dat ervaringsdeskundigen in staat zijn zelfstandig groepen te begeleiden en het gehele cursusprogramma met hun groep te doorlopen, te hoog gegrepen is. De uiteindelijke kracht van het programma zit in de (doorlopende) mix van professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid. Dat is nodig vanwege de onervarenheid van de vrouwen met kennisverwerking en kennisoverdracht, de onzekerheid die daarmee gepaard gaat, maar bijvoorbeeld ook omdat hun status als 'deskundige' niet zomaar wordt aanvaard door deelnemersgroepen. Professionele stut en steun en, passieve, presentie lijken voorwaardelijk om de ervaringsdeskundigen te laten functioneren. Een oplossing om de onzekerheid te verminderen, is om de ervaringsdeskundigen in duo's of trio's voor een groep te zetten. Het is daarbij handig om naar de mix van competenties van de ervaringsdeskundigen te kijken. En ook de match met de groep deelnemers is van belang.

Tenslotte is er een aantal organisatorische factoren die de effectiviteit in de ogen van de professionals beïnvloeden. Dat zijn tijd (het volledige programma afwerken kost meer tijd dan nu voorhanden is), de omvang en samenstelling van de groep, locatie en ondersteunende middelen.

Box 3 Een voedingsles

Er staat om half tien 's ochtends een voedingsles op het programma. De ervaringsdeskundige is ruim van tevoren aanwezig om de beamer te installeren. De communitybuilder is alleen aanwezig om de presentielijst in te vullen. Er komen uiteindelijk 13 deelnemers opdagen, al zijn er enkelen die pas halverwege de les arriveren. Als blijkt dat er geen koffie is, worden daar steeds weer (grappig bedoelde) opmerkingen over gemaakt door de deelnemers: 'hoe kan ik zo op gang komen? Is er nog steeds geen koffie?'

Aan de hand van onder meer de website voedingscentrum.nl en een poster met 'de schijf van vijf' wordt besproken waar je betrouwbare informatie kunt vinden over voeding (genoemde website), wat gezonde en ongezonde voeding is en de relatie tussen voeding en ziekten. Als het gaat over diëten en recepten wordt de bijeenkomst wat interactiever. Tot dan zijn enkele deelnemers aan het woord en houdt het grootste deel zijn mond.

De bijeenkomst verloopt nogal rommelig. Er wordt gekletst, telefoons gaan af en deelnemers komen veel te laat nog binnen. De ervaringsdeskundige moet herhaaldelijk om aandacht vragen voor de vertoning van een filmpje. Ze houdt verder stoïcijns vast aan haar lesprogramma. Soms lukt het om een onderling gesprek op gang te brengen. Echter, op het laatst zitten ook enkele vrouwen afwezig uit het raam te staren. Als de ervaringsdeskundige oppert de les iets uit te laten lopen om het gesprek goed af te kunnen ronden, wordt daar collectief tegen geprotesteerd. Na een uur is de ruimte al weer snel verlaten door de deelnemers.

De ervaringsdeskundige heeft haar les inhoudelijk goed voorbereid en houdt aan dit programma vast. Ze verstrekt veel informatie. Ze weet ook goed en, blijkend uit de reacties, tot tevredenheid antwoorden te geven op vragen van de vrouwen. Ze probeert het onderlinge gesprek op gang te brengen en soms lukt dat. De interactie blijft wel beperkt tot de dominante vrouwen. De 'stille' deelnemers worden niet actief betrokken. De communitybuilder is aanwezig, maar participeert nauwelijks. Ze maakt enige corrigerende opmerkingen als er storende factoren zijn, zoals deelnemers die laat komen of telefoongeluiden.

Hoofdstuk 5 Samenwerking met netwerkpartners

5.1 Inleiding

Een streven van het project SGEB is om rondom de te vormen 'communities' van vrouwen een institutioneel netwerk te organiseren, bestaande uit organisaties uit de sectoren zorg, welzijn en sport. Deze organisaties kunnen helpen bij de toeleiding van vrouwen naar SGEB en dus aan een effectief bereik van de interventie. Daarnaast is samenwerking met deze partners van belang voor de follow-up na de interventie. Men wil dat de vrouwen daarna gebruik gaan maken van voor hen betekenisvol aanbod dat reeds in de omgeving aanwezig is. Bovendien zou het institutionele netwerk kunnen bijdragen aan de bestendinging van de gevormde 'communities'.

5.2 Wat zijn belangrijke partners?

In Bloemhof wordt vooral samengewerkt met organisaties in de sfeer van het welzijnswerk. Voor de 'oude' SGEB-groepen betreft dat het wijkpastoraat. Voor de latere SGEB-groepen gaat het in hoofdzaak om de door de gemeente gecontracteerde welzijnsaanbieder in deze wijk. De communitybuilder was in dienst van deze instelling. Zowel voor de werving van potentiële ervaringsdeskundigen en deelnemers als voor het verwijzen naar vervolgaanbod wordt vooral gebruik gemaakt van het netwerk en (beweeg)aanbod van deze welzijnsorganisatie. Later heeft ook een andere welzijnspartner gericht op Empowerment en Bewegen enkele potentiële ervaringsdeskundigen naar SGEB toegeleid.

Zoals eerder vermeld is door een aanbestedingsronde van het welzijnswerk ruim een jaar geleden een nieuwe aanbieder aangetreden. De betrokkenheid bij SGEB is veranderd: het beperkt zich vooralsnog tot de doorgeleiding van Tegenprestatie-kandidaten naar SGEB-groepen en het beschikbaar stellen van ruimtes. De communitybuilder is vanuit een andere organisatie nog een korte tijd, in een beperkte rol betrokken geweest bij SGEB – ze heeft zich bijvoorbeeld niet meer actief met de werving bemoeit. Een medewerker van het Wijkpastoraat heeft later de rol van communitybuilder weer opgepakt.

De nieuwe welzijnsaanbieder heeft zich nog niet verdiept in de achtergrond en filosofie van SGEB. Men is bezig om eerst te bouwen aan een nieuwe infrastructuur van bestaande initiatieven – met name de organisatie van en koppeling aan het lokale verenigingsleven, opdat deze groepen bewoners zonder veel professionele ondersteuning zelfstandig kunnen blijven voortbestaan. En men wil de doorstroming vergemakkelijken vanuit de beweeggroepen naar bestaand verenigingsaanbod. Overigens ervaart de nieuwe aanbieder dat er veel beweeg- en gezondheidsaanbod is voor vrouwen – de uitdaging ligt mogelijk meer in het in beweging krijgen van mannen.

De doorstroming naar ander beweegaanbod, bijvoorbeeld van sportverenigingen, lijkt inderdaad een vraagstuk te zijn. De follow-up van SGEB is niet systematisch bijgehouden, maar de doelstelling om deelnemers gebruik te laten maken van ander aanbod in de omgeving lijkt niet ruimt verwezenlijkt. Er zijn aanwijzingen dat deelnemers soms gebruik maken van het (beweeg-)aanbod van de welzijnsorganisatie.

Wel zien we dat verschillende deelnemers als groepje ('community') doorgaan, gebruikmakend van faciliteiten van de welzijnsorganisatie. In Bloemhof gaat het om 25 tot 45 deelnemers, die na het programma nog samen bewegen onder leiding van een ervaringsdeskundige.

Voor de werving in Crooswijk was de taskforce Tegenprestatie de belangrijkste samenwerkingspartner. Later zijn ook deelnemers en potentiële ervaringsdeskundigen toegeleid door (andere) organisaties op het gebied activering en vrijwilligerswerk en, zoals we zagen, bijvoorbeeld een school.

Een bijzondere vermelding verdienen de twee deelnemersgroepen die onder de noemer Samen Sportief in Beweging (SSiB) zijn georganiseerd. In de methodiek van deze interventie worden, anders dan bij SGEB, beweegaanbieders reeds tijdens de cursus actief betrokken. Zo zijn deelnemers bezoeken gaan brengen en deel gaan nemen aan activiteiten van een atletiekvereniging, een boksschool, een zwembad en een particuliere aanbieder van gecombineerde beweeg- en taallessen. Een aantal van de deelnemers aan deze groepen, hoeveel is helaas onbekend, is doorgestroomd naar beweegaanbod van de betrokken organisaties.

Evenals in Bloemhof is in Crooswijk een aantal deelnemers in dezelfde groep ('community') onder leiding van een ervaringsdeskundige doorgegaan met bewegen. Het gaat om ca. 40 tot 60 deelnemers.

De netwerkvorming in beide wijken gaat verder dan alleen de netwerkpartners die in de onderzoeksperiode een feitelijke bijdrage aan de uitvoering van SGEB, of het vervolg daarop, hebben geleverd. Zo zijn onder meer contacten gelegd, variërend per gebied, met gebiedsnetwerkers van de gemeente, sportregisseurs, andere welzijnsaanbieders, netwerken voor 1^e-lijnszorg in de wijk, e.d., zonder dat dit onmiddellijk, in deze periode, tot een feitelijke samenwerking heeft geleid. Zo vertelt een respondent: *"Nou we hebben de huisartsen wel benaderd. (...) Daar hebben we ook een gesprek mee gehad, een interview en uiteindelijk is dat toch ook weer doodgebloed. Maar dat... huisartsen hebben zoveel taken ja dat is gewoon heel lastig om dat dichterbij hun praktijk..."*

Wel is gepoogd via deze contacten, voorlichting te geven, flyers te verspreiden, de bekendheid van SGEB te vergroten.

De ontwikkeling van het netwerk is nog niet 'af', zoals ook blijkt uit de wens een van de uitvoerders van SGEB: *"Ja, dat is wel wat ik een beetje mis. Gewoon aanbieders van bewegen. En ik weet dat er een coördinator is en ik weet dat er van alles uit gemeente georganiseerd wordt, maar ik zie ze niet. Nou moet ik ook wel eerlijk zeggen, ik doe ook mijn best niet om ze te zien. Maar die samenwerking, die moet wat beter. Want dadelijk hebben we die uitstroom en die mensen die moeten weg, die moeten verder met een bepaalde instroom."*

5.3 Conclusies

Het idee achter de netwerkvorming in de wijken is dat de 'communities' van de deelnemers ondersteund worden organisaties in de omgeving, hetzij bij de werving en instroom, hetzij tijdens programma, hetzij door doorstroommogelijkheden te bieden naar ander aanbod.

Voor de netwerkvorming rondom de interventie SGEB zijn in de beide wijken diverse organisaties en actoren benaderd op het gebied van welzijn, activering, sport en zorg. Onder meer door voorlichting te geven tijdens overleggen en het verspreiden van folders. We hebben eerder gezien dat voor de werving en instroom er met diverse partners is samengewerkt – in die zin is de netwerkvorming voor deze functie geslaagd te noemen, zij het dat de verbinding met d eerstelijnsgezondheidszorg niet tot stand is gekomen.

Meer dan voor de werving geldt dat de 'follow up', de doorstroom naar ander aanbod buiten de SGEB-communities een vraagstuk is: de samenwerking met andere organisaties is minder goed ontwikkeld. Het lijkt nu niet stelselmatig te lukken om deelnemers naar ander aanbod in de omgeving toe te leiden. Als deelnemers actief blijven, lijkt dat voornamelijk binnen de SGEB-communities te zijn (bijv. bewegen, catering) die tijdens de cursus zijn gevormd. In totaal gaat het om zo'n 20% van de instromers die ook na het interventieprogramma blijft bewegen binnen de SGEB-groepen.

Box 4 Beweegles

Het betreft een cultureel diverse groep van 2 ervaringsdeskundigen en 8 deelnemers, waarvan de meesten sportkleding dragen. Exact om 10.00 uur wordt de muziek aangezet en beginnen de deelnemers met een wandeling door de zaal. Er wordt nog wat gekletst onderling. Na wat jogging en warming up, beginnen de oefeningen.

De ervaringsdeskundigen introduceren wat nieuwe oefeningen aan de groep. De inzet van de deelnemers is naar vermogen. Enkelen, die wat vermoeid zijn of pijnlijke hebben, rusten tussendoor aan de kant wat uit, iemand anders doet de oefeningen op een stoel. Eén van de deelnemers wordt naar buiten gestuurd om wat frisse lucht te krijgen. Eén van de ervaringsdeskundigen houdt de vrouwen die moeite hebben met het volgen van de oefeningen in het oog en praat met hen over wat hen mankeert.

Op zeker moment worden de oefeningen wat zwaarder gemaakt door flesjes water als gewichten te gebruiken. De ervaringsdeskundigen moedigen de deelnemers voortdurend aan om vol te houden of zich nog iets meer in te spannen. Echter, geen van de deelnemers benadert het inspanningsniveau van de ervaringsdeskundigen zelf. De twee ervaringsdeskundigen vullen elkaar op een natuurlijk manier aan als een van hen iets vergeet te vertellen of voor te doen.

Op het eind van de les gaat de muziek uit en worden strek- en ontspanningsoefeningen uitgevoerd. Na een uur is de les afgelopen. De deelnemers en ervaringsdeskundigen drinken samen nog wat thee en koffie. Dan gaat ook een presentielijst rond.

Hoofdstuk 6 Resultaten volgens sleutelinformanten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van SGEB, of: ervaren effecten, zowel vanuit het perspectief van de professionals als vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundigen en deelnemers. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, onderscheiden we volgens de interventietheorie effecten op korte, middellange en lange termijn.

6.2 Ervaren effecten volgens professionals

6.2.1 In beweging komen

Volgens een professional groeien alle deelnemers in meer of mindere mate en de één wat sneller dan de ander: *“Ik vind wel dat ze allemaal groeien, moet ik eerlijk zeggen. De een qua zelfvertrouwen en Nederlandse taal en kennis natuurlijk, een heleboel slurpen kennis op. En soms heb ik zoiets van het komt niet aan. Nu heb ik weer een groep waarvan ik denk, nou dit is helemaal drama. En dan toch na een paar keer denk ik, oh, het is toch blijven hangen blijkbaar. En dat zie je vaak in die fase 2. Dan doen ze dingen waarvan ik denk, nou je hebt het toch wel goed op gepakt.”*

Een communitybuilder benoemt dat het letterlijk en figuurlijk in beweging komen tot een verandering bij de vrouwen leidt: *“En het belangrijkste is denk ik voor ons allemaal, dat wij zien dat als vrouwen in ieder geval in beweging komen, dat ze ook veranderen. Dat zie je, dat voel je. Dat ze veel meer grip lijken te krijgen. Dat ze zekerder van zichzelf worden, dat zie je. En dat komt natuurlijk niet alleen door dat bewegen, al bewegend gaan mensen praten en gaan mensen dingen bespreken. Maar wel waar ze ook steun in elkaar kunnen vinden en zo. Dus dat zijn verschillende dingen die bij elkaar komen bij dat bewegen en dat eten, want eten is natuurlijk ook heel belangrijk. Maar dat komt dan samen, waarbij ja, ik zie dat ze veranderen.”*

“De bagage omtrent gezond leven is vergroot, ze zijn in beweging gekomen”, aldus een professional.

6.2.2 Kennis voeding en beweging

‘Een heleboel slurpen kennis op’, geeft een professional aan. Professionals zien dat de belangrijke principes die ze over willen dragen bij de deelnemers aankomen. *“Kijk, niet alles wat wij vertellen wordt onthouden, maar de hele belangrijke dingen wel. Dat mensen moeten bewegen en dat je op verschillende manieren kan bewegen. En dat lichamelijke klachten voort kunnen komen uit stress. En met voeding dat ze gaan ontbijten en minder olie gaan gebruiken en zo. Ik denk, die grote dingen, die echt belangrijk zijn, die komen er bij iedereen wel in. Als dat nou maar binnenkomt, dan zijn we heel tevreden.”* Een diëtiste merkt op dat zij vooral ontwikkeling ziet in de praktische kant: *“Productkeuze en etiketten lezen, daar zie ik dat ze bewustere keuzes kunnen maken voor zichzelf. Het verhaal overbrengen aan de ander is voor sommigen echter nog*

6.2.3 Zelfvertrouwen

Professionals werken tijdens alle fasen aan het versterken van het zelfvertrouwen. Er wordt voortdurend op getraind. Dat gebeurt heel concreet door ze in fase 2 steeds om de beurt opdrachten te geven om lesjes uit te voeren. Professionals zien dat er een ontwikkeling plaatsvindt in het zelfvertrouwen. Een diëtist vertelt hierover: *“In fase 2 zie je ze echt wel ontwikkelen. Dus degene die over zijn gebleven, dan zie je echt wel een positieve groei. Ze durven meer, ze zijn ook naar ons toe opener of ze vertellen meer over thuis. Ze kunnen vertellen wat ze hebben geleerd. Ze gaan wel naar dat stukje lesgeven. Daar zie je wel verandering, absoluut. Ze bloeien wat meer op.”*

Zelfvertrouwen is erg belangrijk en *als ze dat zelfvertrouwen hebben, dan durven ze dat ook wel. Dan worden ze steeds vindingrijker, bijvoorbeeld wat betreft het zoeken van opdrachten. Dan gaan ze op YouTube kijken naar filmpjes over bewegen, voor oefeningen die ze aan kunnen bieden*, aldus een communitybuilder. Ze gaan ook websites en YouTube filmpjes uit hun eigen cultuur bekijken en professionals stimuleren dat ook. *“Dat stimuleert ook enorm het vertrouwen, het zelfvertrouwen van ik weet dat, ik weet wat ik zeg, ik weet wat ik moet zeggen”*, aldus een communitybuilder.

6.2.4 Gedrag

Professionals merken dat deelnemers elkaar aan gaan spreken. *“Dat mensen dan plotseling zeggen van jij eet veel te veel fruit, daar zitten ook suikers in”*, aldus een professional. Een communitybuilder vertelt over een situatie waarbij ervaringsdeskundigen die een eigen cateringbedrijfje hadden opgericht, tegen hun principes in frisdranken moesten gaan aanbieden: *“We hadden op een bepaald moment de gemeente Rotterdam hier over de vloer, en toen moesten de dames ook de catering verzorgen en ja, toen stond er op het wensenlijstje van de gemeente Rotterdam ook frisdranken, waarvan de dames van de catering zeiden, ja maar dat kunnen we toch niet aanbieden aan de gemeente Rotterdam? Dat is niet gezond. Dat hebben we geleerd, dat is niet gezond, dat kopen we niet meer. Wij kopen het nooit meer in onze gezinnen, dat kunnen we nu natuurlijk toch niet die mensen van de gemeente aanbieden. Dus daar hebben we nog over onderhandeld en de gemeente Rotterdam zei van ja, doe maar wel. Dus toen moest ik praten als Brugman tegen de dames om te zeggen van, nou ja, wie betaalt, bepaalt. En als je vraagt naar de effecten, voor ervaringsdeskundigen was dat echt een heel groot effect. We mogen mensen niet meer iets aanbieden dat ongezond is, dat kan niet. Dus dat is wel een groot effect, toch?”*

6.2.5 Sociale contacten

Professionals merken dat deelnemers het prettig vinden om contact te maken en dat ze het jammer vinden als het een keer niet door gaat. Een professional vertelt hierover: *“Je merkt wel dat ze het heel prettig vinden om elke keer met de vertrouwde gezichten samen iets te doen. Kijk, ik bedoel, laat ze een taart bakken, dan hebben ze het net zo naar hun zin waarschijnlijk. Maar het gaat om dat contact. Dat is natuurlijk heel belangrijk voor deze doelgroep. Het zijn allemaal mensen die natuurlijk niet zo heel veel contacten hebben en die weinig vrienden hebben buiten hun eigen gezin om. Dus het heeft wel een positief effect. Ik probeer die wandelgroep nu leven in te blazen. En dan vraag je af en toe, zou je het leuk vinden om lekker te wandelen? Ja, gezellig met de meiden en zo en zo gaat het. Dus dat werkt wel.”*

6.2.6 Overige effecten

Een aantal ervaringsdeskundigen zijn naar betaalde sportlessen gegaan omdat ze het belang zien van sportief bezig zijn.

6.3 Ervaren effecten volgens ervaringsdeskundigen en deelnemers

6.3.1 Kennis en bewustwording voeding en beweging

Ervaringsdeskundigen en deelnemers geven aan veel geleerd te hebben over gezonde voeding en bewegen. Bij voeding gaat het met name om het gebruik van minder vet en suiker, het eten van meer groente en het lezen van etiketten. Ook de Schijf van Vijf wordt regelmatig genoemd. Sommige vrouwen hebben een poster van de Schijf van Vijf thuis opgehangen.

Een ervaringsdeskundige vertelt: *“Ik heb ook geleerd, je moet zoveel keren wandelen, zoveel minuten. En als je overdag een paar uurtjes kan wandelen en de stappen die je maakt vooral. Trappenlopen en dergelijke. Dan kom je aan je taks.”* Een andere ervaringsdeskundige geeft aan: *“En ik heb geleerd wat verzadigd vet is, wat niet verzadigd vet is en wat gezond is en niet gezond is. En nu als ik naar de supermarkt ga, ja dan kijk ik even achterop, dan ga ik even lezen wat er allemaal in zit. Vroeger keek ik wel maar dan dacht ik van hè, wat betekent dat? Maar nu heb ik dit geleerd.”*

Een ervaringsdeskundige vertelt over de groep deelnemers die ze heeft begeleid: *“Volgens mij zijn ze wel wijzer geworden. Want ze dachten: olijfolie is de beste. Dat is ook zo, maar de hoeveelheid speelt ook een rol. Sommige mensen drenken het er helemaal doorheen, want dat is gezond, weet je wel. Dus hoeveelheid speelt ook een rol’.*

Uit de interviews komt ook naar voren dat ervaringsdeskundigen en deelnemers hun kennis doorgeven aan hun kinderen, andere familie of vrienden. Een ervaringsdeskundige: *‘Ik heb de cursus ook aan mijn familie gegeven. Ze doen nog steeds ongezonde boodschappen, maar dan minder. Dat kost meer tijd. Stap bij stap’.*

6.3.2 Gedrag

Ervaringsdeskundigen blijken ook in staat te zijn hun kennis om te zetten in gezond gedrag. In de interviews worden veel voorbeelden genoemd waar dit uit blijkt:

“Eerlijk gezegd, ik deed vroeger als ik een ui moest gaan bakken, gewoon olie eroverheen gooien. Maar nu heb ik geleerd dat een mens twee lepeltjes of een lepel nodig hebt. En wat doe ik? Als we met zijn tweeën zijn, dan doe ik twee lepeltjes in een grote pan. Dat heb ik geleerd. Vroeger deed ik gewoon omgooien en dan krijg je veel vet binnen.”

“Ik leer veel van eten, wat goed is en wat niet goed is. Ik heb meer informatie dan eerder. Ik zeg nu ook tegen mijn kinderen, dat is goed en dat is niet goed. Ik let nu op. Ook doe ik soms met m'n dochter thuis een beetje sporten, gewoon met muziek bewegen”.

“Nu weet ik precies wat ik wil kopen, wat is gezond voor mij en mijn kinderen. Ik kook en eet nu ook anders: veel groenten, minder vet, minder olie, veel water drinken. Ook minder zout, suiker. Dat soort dingen.”

“Wij Marokkanen drinken heel veel suiker in de thee en koffie. En nu doe ik heel weinig suiker. Bijvoorbeeld, vroeger twee lepels in het glas, nu één of een half. Mijn kinderen een lepeltje. Wij proberen minder. Vet ook, en olie.”

Een ervaringsdeskundige maakt nog een kritische noot bij gedragsverandering: *‘Ik denk dat deelnemers wel wat theorie hebben geleerd. Maar van theorie tot jouw gedrag veranderen is niet zo makkelijk. Sommigen zijn zich er meer bewust van, anderen iets minder’.*

6.3.3 Sociale effecten

Volgens de ervaringsdeskundigen en deelnemers zijn er ook verschillende effecten te zien op sociaal gebied. Veel vrouwen uit de doelgroep voor SGEB zitten thuis, zo vertelt een deelnemer. De cursus heeft een lage drempel. Door een cursus als SGEB komen ze hun huis uit, gaan ze naar buiten en zijn ze onder de mensen. Een deelnemer zegt hierover het volgende: *‘Ik vind het ook goed dat ik dan uit huis ben en dat ik dan ook een beetje een soort van afleiding krijg, dat ik een beetje onder de mensen ben. Dat vind ik wel fijn. Dat doet me ook goed, geestelijk, weet je wel’.* En een andere deelnemer: *‘Aan het begin dacht ik waarom moet ik gaan? Maar toen ik eenmaal de deur uit was, vond ik het toch wel fijn. Thuis voelde ik me echt zieker. Mijn motivatie is beter geworden. Nu ga ik ook meer naar buiten en dat doet me goed’.* Het effect van meer sociale contacten werkt dus ook door in hoe ze zich voelen. Zo geven ze aan dat ze zich beter of vrolijker voelen. Een ervaringsdeskundige vertelt hierover: *“Is mijn leven veranderd? Als het om piekeren gaat, nee. Maar ik heb dames leren kennen, dat vind ik wel leuk. Ik kan weer een beetje lachen.”* Ook benoemen ze dat ze emotionele steun ontvangen uit de groep. Een ervaringsdeskundige vertelt bijvoorbeeld dat de andere vrouwen erg met haar hebben meegeleefd bij het overlijden van haar moeder.

Er zijn ook ervaringsdeskundigen en deelnemers die benoemen dat ze het leuk vinden om andere culturen te leren kennen en elkaar daardoor beter begrijpen. Een deelnemer: *‘Je bent ook positiever in de omgang met anderen, andere culturen waar je anders tegenaan kijkt, je leert ze begrijpen’.* Een andere deelnemer geeft aan: *‘Ik heb vooral geleerd over hoe je met bepaalde vrouwen om moet gaan’.*

Het is wisselend of vrouwen elkaar buiten SGEB om zien. Bij de ene groep komt dit meer voor dan bij de andere groep. Een deelnemer vertelt dat ze vriendinnen aan de cursus heeft overgehouden, vrouwen die ze van het schoolplein kende en met wie ze door de cursus nu meer contact heeft gekregen.

6.4 Conclusie: ervaren effecten

De ervaren effecten hebben vooral betrekking op de effecten die op korte en middellange termijn te verwachten zijn. Ervaren effecten op korte termijn betreffen volgens professionals vooral bewustwording (‘in beweging komen’), vergroten van zelfvertrouwen, kennis en sociale steun. Ook worden effecten op middellange termijn genoemd, dan gaat het met name om het toepassen van een gezonde leefstijl (gezonder eten, meer bewegen). Ervaren deskundigen en deelnemers benoemen zelf de toename in kennis en meer sociale contacten als effecten op korte termijn. Ook blijkt uit de interviews dat ze in staat zijn hun kennis om te zetten in gezond gedrag (gezonder eten, meer bewegen).

Hoofdstuk 7 Survey-onderzoek: effecten van SGEB

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het effect van de interventie op gezondheidsmaten geëvalueerd. De effectiviteit van de interventie wordt vergeleken tussen groepen begeleid door professionals (fysiotherapeuten en diëtisten) en de groepen voornamelijk begeleid door ervaringsdeskundigen ('peers').

7.2 Opzet van de studie

De eerste jaren van het project stonden in het teken van werven en opleiden van ervaringsdeskundigen, dus werden alle deelnemers automatisch geplaatst in groepen begeleid door professionals. In de jaren erna was het streven om zoveel mogelijk groepen te laten starten die werden begeleid door ervaringsdeskundigen, maar dit was afhankelijk van het aantal ervaringsdeskundigen dat beschikbaar was om een groep te begeleiden. Indien er geen geschikte ervaringsdeskundige beschikbaar was, maar nog wel een opleiding startte voor ervaringsdeskundigen konden de deelnemers een fase volgen die werd gegeven door professionals. Ervaringsdeskundigen die een groep begeleiden werden ondersteund door een professional.

Op 4 tijdstippen werd informatie verzameld door middel van vragenlijsten: bij aanvang van de interventie (T0), na afloop van de interventie (T1), 6 maanden na start van de interventie (T2), en 12 maanden na start van de interventie (T3). Een verantwoording van de onderzoeksmethode is weergegeven in bijlage 1.

7.3 Resultaten

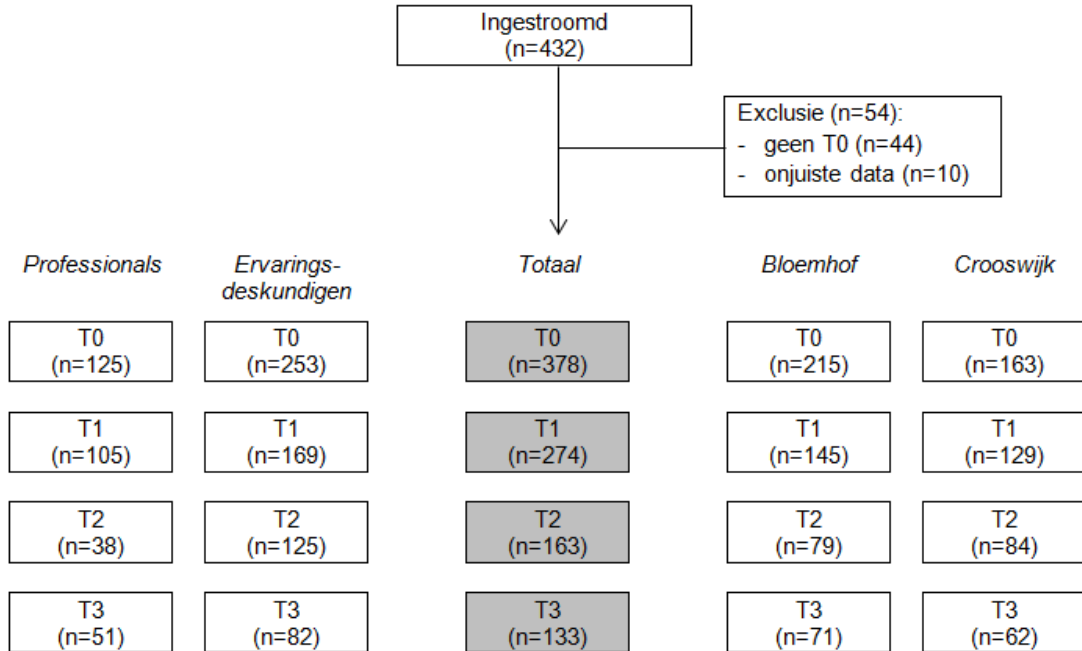
7.3.1 Beschikbare vragenlijsten

In figuur 1 is het aantal deelnemers dat is ingestroomd aan de interventie en het aantal vragenlijsten dat is ingevuld grafisch weergegeven. Van april 2015 tot mei 2018 zijn 432 vrouwen gestart met de interventie. Deelnemers zonder vragenlijst op T0 (n=44), voor aanvang van de interventie, of met onjuiste gegevens over lengte (≥ 10 cm verandering gedurende de studieperiode) (n=10) zijn niet meegenomen in de evaluatie. De studiepoulatie bestaat dus uit 378 deelnemers. Voor 125 deelnemers werd de interventie gegeven door professionals, en voor 253 deelnemers door ervaringsdeskundigen.

In totaal zijn er 948 vragenlijsten meegenomen in de evaluatie, 67,4% van het totaal aantal vragenlijsten als alle deelnemers 4 vragenlijsten hadden ingevuld. Het percentage vragenlijsten op T1, T2 en T3 waren, respectievelijk, 72,5%, 45,4% en 45,7%. Het percentage vragenlijsten beschikbaar op T1, direct na de interventie, was hoger bij groepen begeleid door professionals (84,0%) dan voor groepen begeleid door ervaringsdeskundigen (66,8%).

Figuur 6 Overzicht van ingevulde vragenlijsten

April 2015 → Mei 2018



<i>Professionals</i>	<i>Ervaringsdeskundigen</i>	<i>Totaal</i>	<i>Bloemhof</i>	<i>Crooswijk</i>
T0 (100%)	T0 (100%)	T0 (100%)	T0 (100%)	T0 (100%)
T1 (84,0%)	T1 (66,8%)	T1 (72,5%)	T1 (67,4%)	T1 (79,1%)
T2 (30,4%)	T2* (53,4%)	T2* (45,4%)	T2* (38,0%)	T2* (55,6%)
T3 (40,8%)	T3* (49,4%)	T3* (45,7%)	T3* (35,5%)	T3* (68,1%)

* Percentages zijn gecorrigeerd voor het feit dat niet alle groepen al een T2 (19x ervaringsdeskundigen; 7x Bloemhof, 12x Crooswijk) of T3 hebben ingevuld (87x ervaringsdeskundigen; 15x Bloemhof, 72x Crooswijk) wegens de looptijd van de onderzoeksperiode.

Tabel 1 Karakteristieken van deelnemers bij T0, voor aanvang van de interventie SGEB

	Totaal (n=378)	Missing
<i>Algemene kenmerken</i>		
Leeftijd, jaren	48,2 ± 11,3 ^a	41
Nationaliteit, n (%)		7
Nederlandse afkomst	43 (11,6)	
Niet-Nederlandse afkomst	328 (88,4)	
Opleiding, n (%)		3
Lager of geen opleiding	210 (56,0)	
Vorbereidend of middelbaar beroepsonderwijs	128 (34,1)	
Hoger beroepsonderwijs of universiteit	37 (9,9)	
Gezinssamenstelling, n (%)		25
Partner en kinderen	146 (41,4)	
Partner, geen kinderen	5 (1,4)	
Geen partner, wel kinderen	173 (49,0)	
Geen partner, geen kinderen	29 (8,2)	
Sociale positie, n (%)		104
Betaald werk	24 (8,8)	
Geen werk	250 (91,2)	
Vrijwilligerswerk, n (%)		109
Wekelijks	80 (29,7)	
Niet wekelijks	189 (70,3)	
<i>Gezondheid</i>		
Lichaamsgewicht, kg	77,0 ± 15,5	19
BMI, n (%)		23
Ondergewicht	5 (1,4)	
Gezond gewicht	76 (21,4)	
Overgewicht	127 (35,8)	
Obesitas	147 (41,4)	
Ervaren gezondheid, n (%)		11
Zeer slecht tot slecht	77 (21,0)	
Gaaf wel	175 (47,7)	
Goed tot zeer goed	115 (31,3)	
Ervaren fitheid, n (%)		103
Onvoldoende (<6)	165 (60,0)	
Voldoende (6/7)	82 (29,8)	
Goed (8+)	28 (10,2)	
Gezondheid geeft problemen bij actieve dingen doen, n (%)		100
Nee	64 (23,0)	
Ja, een beetje	122 (43,9)	
Ja, heel erg	92 (33,1)	
Gezondheid geeft problemen bij traplopen, n (%)		106
Nee	79 (29,0)	
Ja, een beetje	108 (39,7)	
Ja, heel erg	85 (31,3)	
<i>Voeding en bewegen</i>		
Voedingsinname, dagen per week		

Gebakken/gekookte groente	4,7 ± 2,0	5
Sla/rauwkost	4,2 ± 2,2	10
Fruit	5,2 ± 2,1	6
Vruchtensap	2,4 ± 2,4	33
Lichaamsbeweging, n (%)		139
≥150 min/week	133 (55,6)	
<150 min/week	106 (44,4)	
Sport met anderen, n (%)		99
Wekelijks	75 (26,9)	
Niet wekelijks	204 (73,1)	
<i>Sociale contacten</i>		
Contacten met burens, n (%)		101
Wekelijks	176 (63,5)	
Niet wekelijks	101 (36,5)	
Contact met familie of vrienden, n (%)		99
Wekelijks	209 (74,9)	
Niet wekelijks	70 (25,1)	
Hulp geven aan anderen, n (%)		106
Wekelijks	57 (21,0)	
Niet wekelijks	215 (79,0)	
<i>Zorggebruik de afgelopen 4 weken</i>		
Contact met huisarts, n (%)		106
Ja	135 (49,6)	
Nee	137 (50,4)	
Contact met medisch specialist, n (%)		118
Ja	76 (29,2)	
Nee	184 (70,8)	
Contact met paramedici ^b , n (%)		120
Ja	52 (20,2)	
Nee	206 (79,8)	
Contact met verpleeg- of zorghulp, n (%)		122
Ja	27 (10,5)	
Nee	229 (89,5)	
<i>Geluk</i>		
Ervaren geluk, n (%)		101
Ongelukkig	12 (4,3)	
Niet zo gelukkig	71 (25,6)	
Gelukkig	171 (61,7)	
Zeer gelukkig	23 (8,3)	

^a Gemiddelde ± standaard deviatie (geldt voor alle noteringen).

^b Fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck.

7.3.2 Doelgroep

In tabel 1 zijn de karakteristieken weergegeven van de deelnemers. Gemiddeld waren de deelnemers 48 jaar, de jongste deelnemer was 20 jaar en de oudste 89 jaar. De meeste deelnemers waren van niet-Nederlandse afkomst (88,4%), hadden geen opleiding of waren lager opgeleid (56,0%) en hadden geen betaalde baan (91,2%). Bijna alle deelnemers hadden kinderen, en de helft is alleenstaande moeder (49,0%).

Het gemiddelde gewicht bij aanvang van de interventie bedroeg 77 kg, 35,8% had overgewicht en 41,4% obesitas. De gezondheid werd door 31,3% van de deelnemers beoordeeld als goed tot zeer goed, en fitheid werd door 40,0% een cijfer van 6 of hoger gegeven. Veel deelnemers gaven aan dat hun gezondheid problemen gaf bij actieve dingen doen (77,0%), of bij traplopen (71,0%). Groente, sla en rauwkost, en fruit werden op 4 tot 5 dagen per week geconsumeerd, en vruchtensap op gemiddeld 2 dagen per week. De meerderheid beweegt ≥ 150 min/week (55,6%), en een kwart (26,9%) sport wekelijks met anderen. De deelnemers hebben veelal wekelijks contact met burens (63,5%), familie en vrienden (74,9%), en geven in minder vaak hulp aan anderen (21,0%). Bijna de helft heeft de afgelopen 4 weken contact gehad met de huisarts (49,6%), en in mindere mate met medisch specialisten (29,2%), paramedici (20,2%) en verpleeg- of verzorgingshulp (10,5%). De meerderheid van de deelnemers is gelukkig (61,7%) of zeer gelukkig (8,3%).

7.3.3 Effect van de interventie

In tabel 2 en 3 zijn de behaalde effecten weer gegeven op de uitkomstmaten gemeten bij de start van de interventie, en op 3 tijdstippen in het jaar na start van de interventie. Hierbij moet worden bedacht dat niet alle personen aan alle metingen hebben meegedaan, waardoor het aantal observaties (bv voor BMI hebben we 909 metingen) niet automatisch 4x het aantal deelnemers (voor BMI 372 personen) is. In de statistische analyse wordt hiermee rekening gehouden. De statistische analyse geeft daarom ook andere percentages voor belangrijke variabelen, dan in het algemene overzicht in tabel 1 worden gepresenteerd. De beschrijvende informatie in tabellen 2 en 3 kan dus verschillen van de algemene informatie in tabel 1.

Tabel 2 Effecten van de interventie op verandering in continue uitkomstmaten in de gehele populatie (n=378)

	Obs	Pers	T0	T1	T2	T3	T0 – T1	T0 – T2	T0 – T3
<i>Gewicht en fitheid</i>									
BMI (kg/m ²)	909	372	29,4	29,1	29,0	28,6	-0,3 (-0,4; -0,1)	-0,4 (-0,6; -0,1)	-0,8 (-1,1; -0,5)
Gewicht (kg)	911	374	77,1	76,3	76,1	75,0	-0,8 (-1,1; -0,4)	-1,0 (-1,6; -0,4)	-2,0 (-2,8; -1,3)
Fit (1-10)	745	328	5,1	5,5	5,5	6,0	0,4 (0,2; 0,7)	0,4 (0,1; 0,8)	0,9 (0,5; 1,3)
<i>Voeding</i>									
Groente (dag/week)	936	377	4,7	4,8	5,0	5,0	0,1 (-0,1; 0,3)	0,2 (0,0; 0,5)	0,3 (0,0; 0,6)
Sla/rauwkost (dag/week)	923	376	4,2	4,6	4,7	5,0	0,4 (0,2; 0,6)	0,5 (0,2; 0,8)	0,8 (0,4; 1,1)
Fruit (dag/week)	931	377	5,1	5,4	5,3	5,6	0,3 (0,1; 0,5)	0,2 (-0,1; 0,5)	0,4 (0,1; 0,8)
Vruchtensap (dag/week)	884	364	2,3	2,3	2,2	1,9	0,0 (-0,3; 0,3)	-0,1 (-0,5; 0,2)	-0,4 (-0,8; 0,0)

Gemiddelde (95% betrouwbaarheidsinterval) verkregen uit mixed-effects models. Dik gedrukte waarden zijn significante veranderingen ($P < 0,05$). Afkortingen: T0 = aanvang van de interventie; T1 = direct na de interventie; T2 = een half jaar na start van de interventie; T3 = een jaar na start van de interventie.

^a Fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck.

Zowel de BMI als het gewicht nam significant af gedurende de interventie, en bleef dalen gedurende het jaar na start van de interventie. De BMI nam gedurende de interventie af met gemiddeld $-0,3 \text{ kg/m}^2$ (95% CI: $-0,4; -0,1$), en bleef dalen tot gemiddeld $-0,8 \text{ kg/m}^2$ (95% CI: $-1,1; -0,5$) een jaar na de interventie. Als het verschil wordt uitgedrukt als percentage van baseline gaat het om een BMI-verandering van, respectievelijk, $-1,0\%$ en $-2,8\%$. Ook daalde het lichaamsgewicht gedurende de interventie met gemiddeld $-0,8 \text{ kg}$ (95% CI: $-1,1; -0,4$). Op langere termijn is het gewicht afgenomen tot gemiddeld $-2,0 \text{ kg}$ (95% CI: $-2,8; -1,3$) een jaar na de interventie. In percentages gaat het om een gewichtsverandering van, respectievelijk, $-1,0\%$ en $-2,7\%$.

Ook op diverse intermediaire factoren werd een significante verandering waargenomen. Het aantal deelnemers dat een cijfer van 6 of hoger geeft voor fitheid nam toe van $40,6\%$ naar $52,7\%$ direct na start van de interventie, tot $64,6\%$ een jaar na start van de interventie. Ook werd er meer bewogen, vaker met anderen werd gesport, en geeft de gezondheid minder vaak problemen bij actieve dingen doen of bij traplopen. Het aantal deelnemers met een goede ervaren gezondheid veranderde niet direct na de interventie, en was toegenomen een jaar na start van de interventie van $31,2$ naar $42,5\%$. Het aantal dagen dat men sla/rauwkost en fruit consumeert nam toe zowel direct na de interventie ($0,4$ en $0,3$ dagen/week, respectievelijk), als een jaar na start van de interventie ($0,8$ en $0,4$ dagen/week, respectievelijk). De consumptie van groente en vruchtensap veranderde niet over de tijd. Ook sociale contacten veranderden niet direct na start van de interventie, maar een jaar na start van de interventie was er vaker wekelijks contact met familie of vrienden, en werd er vaker hulp gegeven aan anderen. Het zorggebruik veranderde niet-significant gedurende het jaar na start van de interventie, maar er was wel een daling te zien in het aantal deelnemers dat de afgelopen 4 weken contact heeft gehad met de huisarts, medisch specialist, en verpleeg- en zorg hulp. Contact met de fysiotherapeut of andere paramedici veranderde niet. Ook geluk werd niet anders gewaardeerd na deelname aan de interventie. Er is een niet-significante stijging te zien in het aantal deelnemers dat vrijwilligerswerk doet. Voor aanvang van de interventie was $28,9\%$ wekelijks actief als vrijwilliger. Een jaar na start van de interventie was dit toegenomen tot $36,1\%$. Een deel van deze vrijwilligers waren actief als ervaringsdeskundigen. Het hebben van een betaalde baan veranderde niet over de tijd.

Voor 3 uitkomstmaten werden significante verschillen ($P < 0,10$) op ten minste twee tijdstippen gevonden tussen Bloemhof en Crooswijk. In Bloemhof nam de fitheid toe met $1,2$ punt een jaar na start van de interventie, waar in Crooswijk fitheid niet-significant veranderden. In Bloemhof nam het aantal deelnemers dat contact had met de huisarts af ($43,1\%$ voor start van de interventie; $35,3\%$ direct na start van de interventie; $26,4\%$ een jaar na start van de interventie) en waren er meer mensen gelukkig ($72,4\%$ voor start van de interventie; $84,8\%$ direct na de interventie; $89,4\%$ een jaar na start van de interventie). Dit in tegenstelling tot Crooswijk, waar geen verandering werd gevonden voor contact met de huisarts ($56,2\%$ voor aanvang van de interventie; $54,2\%$ direct na de interventie; $57,9\%$ een jaar na start van de interventie) en geluk ($67,9\%$ voor aanvang van de interventie; $65,0\%$ direct na de interventie; $65,4\%$ een jaar na start van de interventie).

Tabel 3 Effecten van de interventie op categorische uitkomstmaten in de gehele populatie (n=378)

	Obs	Pers	T0 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T0 – T1 OR	T0 – T2 OR	T0 – T3 OR
<i>Gezondheid</i>									
Goede of zeer goede algemene gezondheid	924	376	31,2	33,5	32,5	42,5	1,1 (0,9; 1,4)	1,1 (0,8; 1,5)	1,6 (1,2; 2,3)
Fitheid voldoende	745	317	40,6	52,7	52,7	64,6	1,6 (1,2; 2,3)	1,6 (1,2; 2,3)	2,7 (1,8; 4,0)
Gezondheid geeft heel veel problemen bij actieve dingen doen	747	319	33,0	25,5	25,9	20,1	0,7 (0,5; 1,0)	0,7 (0,5; 1,0)	0,5 (0,3; 0,8)
Gezondheid geeft heel veel problemen bij traplopen	738	315	31,4	24,4	22,3	16,8	0,7 (0,5; 1,0)	0,6 (0,4; 0,9)	0,4 (0,3; 0,7)
Lichaamsbeweging ≥150 min/week	526	279	56,4	63,3	66,9	75,8	1,3 (0,9; 2,0)	1,6 (1,1; 2,4)	2,5 (1,5; 4,2)
Wekelijks sporten met anderen	748	320	27,0	52,8	40,4	48,3	3,0 (2,1; 4,3)	1,8 (1,3; 2,6)	2,5 (1,7; 3,8)
Gelukkig	740	317	70,5	74,2	68,5	76,6	1,2 (0,9; 1,7)	0,9 (0,6; 1,3)	1,4 (0,9; 2,1)
<i>Zorggebruik de afgelopen 4 weken</i>									
Huisarts	740	319	49,2	45,2	43,0	43,2	0,9 (0,6; 1,1)	0,8 (0,5; 1,1)	0,8 (0,5; 1,2)
Medisch specialist	716	314	28,8	28,5	26,8	23,5	1,0 (0,7; 1,4)	0,9 (0,6; 1,3)	0,8 (0,5; 1,2)
Paramedici ^a	709	314	19,9	20,0	21,1	18,7	1,0 (0,7; 1,4)	1,1 (0,7; 1,6)	0,9 (0,5; 1,5)
Verpleeg- of zorghulp	704	313	10,5	8,9	6,2	3,2	0,8 (0,5; 1,4)	0,6 (0,3; 1,1)	0,3 (0,1; 0,6)
<i>Sociale contacten, wekelijks</i>									
Buren	749	319	64,1	67,9	64,8	69,7	1,2 (0,9; 1,5)	1,0 (0,7; 1,4)	1,3 (0,9; 1,8)
Familie of vrienden	751	320	74,8	75,4	73,8	85,2	1,0 (0,8; 1,4)	1,0 (0,7; 1,3)	1,9 (1,1; 3,2)
Hulp geven aan anderen	735	318	20,3	24,1	22,9	28,4	1,2 (1,0; 1,6)	1,2 (0,8; 1,7)	1,6 (1,1; 2,4)
<i>Deelname arbeidsmarkt</i>									
Vrijwilligerswerk	726	314	28,9	32,2	35,6	36,1	1,2 (0,9; 1,5)	1,3 (1,0; 1,8)	1,4 (0,9; 2,0)
Betaalde baan	743	318	8,2	7,7	8,9	8,7	0,9 (0,7; 1,2)	1,1 (0,7; 1,5)	1,0 (0,7; 1,6)

Odds Ratio (95% betrouwbaarheidsinterval) verkregen uit Generalized Estimating Equations modellen. Dik gedrukte waarden zijn significante veranderingen ($P < 0,05$). Afkortingen: T0 = aanvang van de interventie; T1 = direct na de interventie; T2 = een half jaar na start van de interventie; T3 = een jaar na start van de interventie.

^a Fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck.

Ervaringsdeskundigen die een groep begeleiden kregen altijd ondersteuning door een professional. Alleen voor ervaren gezondheid en contact met medisch specialisten werden significante verschillen gevonden tussen deelnemers begeleid door professionals en ervaringsdeskundigen. Ervaren gezondheid veranderde niet voor deelnemers die werden begeleid door professionals, terwijl goede ervaren gezondheid toenam voor deelnemers die werden begeleid door ervaringsdeskundigen: van 30,9% naar 40,0% direct na de interventie, en 50,1% een jaar na start van de interventie. Ook het contact met medisch specialisten veranderde niet voor deelnemers begeleid door professionals, maar daalde voor deelnemers begeleid door ervaringsdeskundigen van 30,8% naar 30,0% direct na de interventie, tot 21,3% een jaar na start van de interventie.

In de primaire doelgroep van vrouwen met een ongezond gewicht bij aanvang van de interventie ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) veranderde BMI met $-0,4 \text{ kg/m}^2$ (95% CI: $-0,6; -0,2$) direct na de interventie, en $-1,1 \text{ kg/m}^2$ (95% CI: $-1,5; -0,7$) een jaar na start van de interventie. Als percentages zijn dit veranderingen van, respectievelijk $-1,2\%$ en $-3,4\%$. Gewicht veranderde met $-1,0 \text{ kg}$ (95% CI: $-1,4; -0,6$) direct na de interventie en $-2,8 \text{ kg}$ (95% CI: $-3,7; -2,0$) een jaar na start van de interventie, respectievelijke veranderingen van $-1,1\%$ en $-3,5\%$.

7.3.4 Inzoomen op ervaringsdeskundigen

In deze subgroep analyse werd specifiek gekeken naar kenmerken van deelnemers die zijn doorgestroomd tot ervaringsdeskundigen. In totaal zijn er 27 deelnemers doorgegroeid tot ervaringsdeskundigen in de wijk Bloemhof, en 26 in Crooswijk. Gezien de kleine aantallen hebben we enkel gekeken naar de verandering in gewicht en maatschappelijke participatie gedurende het jaar na start van de interventie. Voor de analyse hebben we gegevens van 49 ervaringsdeskundigen meegenomen met een vragenlijst op T0, voor aanvang van de interventie.

Deelnemsters die zijn doorgegroeid tot ervaringsdeskundigen verschilden niet in leeftijd, nationaliteit, opleidingsniveau of gewicht van de overige deelnemers (bijlage 2, tabel 1). Ervaringsdeskundigen zijn bij aanvang van de interventie vaker maatschappelijk betrokken dan de overige deelnemers: een vijfde van de ervaringsdeskundigen had een betaalde baan en een derde deed wekelijks vrijwilligerswerk. In vergelijking met deelnemers beoordeelden de ervaringsdeskundigen hun fitheid vaak als voldoende, ervaarde deze groep minder vaak gezondheidsproblemen, bewegen ze meer, sporten ze vaker met anderen en zijn ze vaker in contact met burens, familie en vrienden.

De veranderingen in BMI en gewicht zijn vergelijkbaar met de behaalde effecten in de gehele deelnemersgroep (bijlage 2, tabel 2). Zowel BMI als gewicht veranderde met $-0,7\%$ direct na de interventie, en $-2,4\%$ een jaar na start van de interventie. Het aantal vrouwen dat aan vrijwilligerswerk doet is gestegen van $36,1\%$ bij aanvang van de interventie, naar $58,2\%$ een jaar na start van de interventie (bijlage 2, tabel 3). Het aantal ervaringsdeskundigen met een baan veranderde niet gedurende het jaar na start van de interventie.

7.4 Vergelijking met andere leefstijl interventies

Momenteel zijn er door het RIVM drie gecombineerde leefstijlinterventies erkend als effectief. Hoewel verandering in BMI niet altijd de primaire uitkomst was, bereikten deze interventies vergelijkbare percentuele verandering in BMI gemeten minimaal een jaar na start van de interventie. Voor de 138 volwassen deelnemers van de COOL studie was 18 maanden na start

van de interventie het BMI veranderd met gemiddeld -1,7% (1). Voor de evaluatie van SLIMMER werden 316 volwassenen gerandomiseerd in de interventie dan wel de controle groep, en zowel 12 maanden als 18 maanden na start van de interventie was BMI veranderd met -3,3% in de interventie groep (en -0,3% in de controle groep) (2). De implementatie van de Beweegkuur binnen het Nederlandse gezondheidssysteem laat zien dat BMI voor de 517 deelnemers veranderde met -3,0% een jaar na deelname van de interventie (3). SGEB bereikte een verandering in BMI van -2,8% in de gehele deelnemersgroep, maar wanneer deelnemers met een gezond gewicht buiten de analyse werden gelaten was dit gemiddeld -3,5%. Het is belangrijk om bij de inclusie van deelnemers in het programma goed te kijken naar de gezondheidsproblematiek, aangezien het meest resultaat wordt gehaald voor vrouwen met overgewicht.

Een verschil tussen deze 3 gecombineerde leefstijl interventies en SGEB zijn demografische kenmerken van de deelnemers aan de interventie. Allereerst richtte SGEB zich primair op vrouwen, en in de huidige evaluatie van de uitvoering van SGEB in 2 Rotterdamse wijken was 88,4% van de deelnemers van niet-Nederlandse afkomst, 56,0% was lager opgeleid, en 91,2% had geen baan. Dit is een typische weerspiegeling van enkele wijken in Rotterdam, en in deze wijken ligt de levensverwachting en gezonde levensverwachting lager dan in andere Rotterdamse wijken (4). Ter vergelijking, in de COOL-studie was 4,6% van de volwassen deelnemers van niet-Nederlandse afkomst, 38,2% lager opgeleid, en 51,1% had geen baan (1). In SLIMMER was 11,1% van niet-Nederlandse afkomst, 52,3% lager opgeleid, en 21,0% had geen baan (en 47,0% was met pensioen) (5). SGEB laat zien dat een afname in gewicht en een positieve verandering op intermediaire factoren kan worden bereikt in een doelgroep van vrouwen met andere dan de Nederlandse achtergrond, die veelal lager opgeleid zijn en geen baan hebben.

7.5 Conclusies van effect-analyse

De interventie Samen Gezond Eten en Bewegen heeft onder vrouwen met een laag sociaal-economische positie bijgedragen aan een verlaging van lichaamsgewicht en Body Mass Index. Deelnemers zijn gezonder gaan eten en bewegen meer. Ook is de ervaren fitheid van de deelnemers gestegen. Daarnaast is het aantal deelnemers dat vrijwilligerswerk doet toegenomen, waarvan een deel als ervaringsdeskundigen binnen de interventie. Deelnemers met meer sociale contacten, en deelnemers met een betaalde baan of vrijwilligerswerk bij aanvang van de interventie, groeiden vaker door tot ervaringsdeskundigen. De uitvoering van de interventie door ervaringsdeskundigen laat dezelfde effecten zien als de uitvoering van de interventie door professionals.

7.6 Referenties

1. Van Rinsum C, Gerards S, Rutten G, Philippens N, Janssen E, Winkens B, et al. The Coaching on Lifestyle (Cool) Intervention for Overweight and Obesity: A Longitudinal Study into Participants' Lifestyle Changes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(4):680.
2. Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, Beek Jt, van Bruggen R, Willink MGJ, et al. Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial. *Nutrition & Diabetes*. 2017;7:e268.
3. Schutte BAM, Haveman-Nies A, Preller L. One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. *BioMed research international*. 2015;2015:484823-.
4. Jonker MF, Congdon PD, van Lenthe FJ, Donkers B, Burdorf A, Mackenbach JP. Small-area health comparisons using health-adjusted life expectancies: A Bayesian random-effects approach. *Health & Place*. 2013;23:70-8.
5. Bukman AJ, Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, ter Beek J, Hiddink GJ, et al. Is the success of the SLIMMER diabetes prevention intervention modified by socioeconomic status? A randomised controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;129:160-8.

Hoofdstuk 8 Kosten-baten overzicht

8.1 Inleiding

Voor de interventie is een kosten-baten overzicht gemaakt. Hierin wordt beschreven wat de kosten waren voor de interventie van 2016 t/m 2018, uitgesplitst voor kosten gemaakt tijdens de aanloopfase, de uitvoering van de interventie en de kosten gerelateerd aan de borging. Deze kosten worden gepresenteerd naast de behaalde effecten zoals gemeten in het survey-onderzoek dat is beschreven in hoofdstuk 7. Tot slot geven we inzicht in de kosten van de interventie als deze elders wordt uitgerold. Deze kosten zijn berekend voor verschillende scenario's wat betreft de instroom van deelnemers.

8.2 Gerealiseerde kosten binnen project

In tabel 4 zijn de kosten weergegeven die per wijk zijn gemaakt om het project op te zetten, uit te voeren en het project te borgen. Deze kosten zijn gemaakt om in totaal 457 vrouwen deel te laten nemen aan de interventie in twee Rotterdamse wijken, en waarbinnen 49 ervaringsdeskundigen zijn opgeleid. In beide wijken was voorafgaand aan het project nagenoeg geen organisatorische infrastructuur aanwezig, waardoor in elke fase een forse investering noodzakelijk was voor het creëren van een netwerk en het vinden van de juiste personen binnen de netwerkpartners door de communitybuilders en de projectleiders. De gemiddelde kosten voor het deelnemen aan het programma plus het opleiden van ervaringsdeskundigen waren 586 euro per deelnemer. Dit omvat ook uren gemaakt door de projectleiders ten behoeve van het onderzoek, maar is exclusief externe onderzoekskosten.

Tabel 4 Kosten van de interventie voor de periode 2016 t/m 2018

Implementatiefase	Kosten			
	Kostenpost	Omschrijving	Uren	
Aanloopfase	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		PR en communicatie		€ 2.405,77
Uitvoer interventie	Inhuur professionals	Beweeg-, voedings- en coachprofessionals	293,00	€ 15.093,75
		Communitybuilder	370,00	€ 35.459,61
		Projectleider	528,25	€ 23.969,18
	Materiaal	Cursusmappen/flyers/certificaten		€ 2.803,65
	Overig	Ruimtes + onvoorziene kosten		€ 6.700,35
Borging	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		Stuurgroep		€ 543,57
Totaal gemiddelde kosten per wijk				€ 135.266,41

8.3 Substitutie-effect

In het eerste jaar na deelname van de interventie laat zelf gerapporteerd zorggebruik een niet-significante daling zien in het aantal huisartsen bezoeken, medisch specialist en zorg- en verpleeghulp. Paramedische zorg veranderde niet na deelname aan de interventie.

8.4 Gezondheid-effect

Zowel direct na de interventie als een jaar na start van de interventie zijn BMI en gewicht significant afgenomen. Op diverse intermediaire factoren werden significante veranderingen geconstateerd zowel direct na de interventie, als een jaar na start van de interventie.

Met een investering van 591 euro per deelnemer is er gemiddeld een gewichtsverlies van 2.0 kg behaald, wat neer komt op 296 euro per kilo gewichtsverlies. Voor deelnemers met overgewicht bij aanvang van de interventie waren de kosten lager per kilo gewichtsverlies (2.8 kg gewichtsverlies, 211 euro per kilo gewichtsverlies). Daarnaast werden ook op intermediaire factoren gunstige veranderingen gezien, en nam het aantal vrijwilligers toe. In deze studie kunnen we niet kijken naar de lange termijn effecten van een gewichtsverlies van 2 kg op het voorkomen van chronische aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, en daarmee gepaard gaande directe en indirecte kosten van ziekten. Dat valt buiten de mogelijkheden van de opdracht. Op basis van beschikbare literatuur is hier ook niet een goed onderbouwde schatting van te geven, gezien de grote complexiteit van ziekte-ontwikkeling over periodes van vele jaren.

8.5 Kosten bij uitrol naar andere wijken

De kosten van de interventie zijn afhankelijk van de totale instroom van deelnemers gedurende een periode van 3 jaar en de mate van organisatorische infrastructuur in de wijk waar men de interventie wil gaan implementeren. Om inzichten te geven in deze kosten schetsen wij 3 varianten qua instroom en hebben hiervoor doorgerekend wat de kosten per deelnemer zouden. Hierbij zijn we uitgegaan van een beperkte instroom van 100 deelnemers, een realistische instroom van 231 deelnemers (zoals behaald in Bloemhof en Crooswijk), en een optimistische instroom van 350 deelnemers.

8.5.1 Beperkte instroom

Tabel 5 Kosten van de interventie wanneer 100 deelnemers instromen over een 3-jaar tijdsperiode

Implementatiefase	Kosten lage instroom variant (100 deelnemers)			
	Kostenpost	Omschrijving	Uren	
Aanloofase	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		PR en communicatie		€ 2.405,77
Uitvoer interventie	Inhuur professionals	Beweeg-, voedings- en coachprofessional	146,50	€ 7.546,88
		Communitybuilder	370,00	€ 35.459,61
		Projectleider	528,25	€ 23.969,18
	Materiaal	Cursus mappen/flyers/certificaten		€ 1.401,82
	Overig	Ruimtes + onvoorziene kosten		€ 3.350,17
Borging	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		Stuurgroep		€ 543,57
Totaal gemiddelde kosten per wijk				€ 122.967,54
Totaal gemiddelde kosten per deelnemer				€ 1.229,68

Indien er 100 deelnemers instromen over een 3-jarige periode is het noodzakelijk om eenmaal een opleiding van ervaringsdeskundigen te organiseren.

In vergelijking met de gerealiseerde kosten binnen het project kunnen de kosten van de inhuur van de professionals met de helft worden vermindert. De inzet van de projectleider en communitybuilder blijft echter gelijk. Daarnaast zijn de helft van het aantal cursusboeken, ruimtes en onvoorziene kosten noodzakelijk. In tabel 5 is te zien dat de gemiddelde prijs per deelnemer dan €1230 wordt.

8.5.2 Realistische instroom

Tabel 6 Kosten van de interventie wanneer 229 deelnemers instromen over een 3-jaar tijdsperiode

Implementatiefase	Kosten midden instroom variant (229 deelnemers)			
	Kostenpost	Omschrijving	Uren	
Aanloofase	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		PR en communicatie		€ 2.405,77
Uitvoer interventie	Inhuur professionals	Beweeg-, voedings- en coachprofessional	293,00	€ 15.093,75
		Communitybuilder	370,00	€ 35.459,61
		Projectleider	528,25	€ 23.969,18
	Materiaal	Cursusmappen/flyers/certificaten		€ 2.803,65
	Overig	Ruimtes + onvoorziene kosten		€ 6.700,35
Borging	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		Stuurgroep		€ 543,57
Totaal gemiddelde kosten per wijk				€ 135.266,41
Totaal gemiddelde kosten per deelnemer				€ 590,68

Indien we het scenario aanhouden zoals gerealiseerd in Bloemhof en Crooswijk (229 deelnemers per wijk) zal er tweemaal een opleiding van ervaringsdeskundigen moeten worden georganiseerd. De gemiddelde prijs per deelnemer is dan zoals eerder aangegeven €591.

8.5.3 Optimistische instroom

Tabel 7 Kosten van de interventie wanneer 350 deelnemers instromen over een 3-jaar tijdsperiode

Implementatiefase	Kosten hoge instroom variant (350 deelnemers)			
	Kostenpost	Omschrijving	Uren	
Aanloofase	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		PR en communicatie		€ 2.405,77
Uitvoer interventie	Inhuur professionals	Beweeg-, voedings- en coachprofessional	293,00	€ 15.093,75
		Communitybuilder	370,00	€ 35.459,61
		Projectleider	528,25	€ 23.969,18
	Materiaal	Cursusmappen/flyers/certificaten		€ 2.803,65
	Overig	Ruimtes + onvoorziene kosten		€ 6.700,35
Borging	Inhuur professionals	Projectleider	200,00	€ 9.074,94
		Communitybuilder	157,25	€ 15.070,33
		Stuurgroep		€ 543,57
Totaal gemiddelde kosten per wijk				€ 135.266,41
Totaal gemiddelde kosten per deelnemer				€ 386,48

Indien 350 deelnemers instromen volstaat nog steeds om tweemaal de opleiding van ervaringsdeskundigen uit te voeren. De gemiddelde per deelnemer wordt dan geschat op €386. Schaalvergroting leidt dus tot een aanzienlijke vermindering in kosten.

Zoals eerder beschreven zijn de kosten sterk afhankelijk van de aanwezigheid, of afwezigheid, van een goede organisatorische infrastructuur. Om een inzicht te geven in de verschillen qua kosten geven we twee scenario's. Het eerste scenario gaat uit van geen tot weinig organisatorische infrastructuur in de wijk. Dan gelden de kosten zoals in weergegeven in tabel 5, 6 en 7. Het tweede scenario gaat uit van de aanwezigheid van een goede organisatorische infrastructuur. De kosten van de projectleider en communitybuilder zullen dan allebei met 25% afnemen. In tabel 8 is weergegeven wat de mate van organisatorische infrastructuur doet in combinatie met het aantal ingestroomde deelnemers op de gemiddelde prijs per deelnemer.

Tabel 8 Kosten in relatie tot de organisatiegraad en instroom

Graad van organisatie	Kosten instroom variant i.c.m. graad van organisatie infrastructuur		
	Pessimistisch (100 deelnemers)	Realistisch (229 deelnemers)	Optimistisch (350 deelnemers)
Geen/weinig	€ 1.229,68	€ 590,68	€ 386,48
Goed	€ 960,38	€ 473,09	€ 299,96

De geschatte kosten om de interventie in andere wijken uit te rollen zijn dus sterk afhankelijk van het aantal deelnemers en de organisatorische infrastructuur. De kosten variëren tussen €300 en €1230 per deelnemer.

Hoofdstuk 9 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen gepresenteerd. Het hoofdstuk begint met een korte samenvatting van de interventietheorie die ten grondslag ligt aan SGEB. Daarna worden de verschillende onderdelen van de interventiepraktijk beschreven. Tot slot keren we terug naar de interventietheorie achter SGEB en de bijstellingen die nodig zijn op basis van de praktijkervaringen.

9.1 Interventietheorie van SGEB

SGEB streeft een verandering van leefstijl na bij haar deelnemers ten aanzien van een gezondheid en maatschappelijke participatie. De nagestreefde gedragsverandering moet worden bereikt door, als tussenstap, een versterking van het psychologisch (zelfvertrouwen, attitude-verandering), cultureel (kennis en vaardigheden) en sociaal kapitaal (sociale steun en activering) van betrokkenen.

Twee belangrijke uitgangspunten om het veranderingsproces te bewerkstelligen zijn de vorming van 'communities' (informele netwerken) en de integrale benadering. De vorming van 'communities' grijpt ten eerste onmiddellijk aan op de versterking van het sociale kapitaal van de deelnemers en moet, ten tweede, een waarborg zijn om de veranderingen te bestendigen. Het idee is dat de groepen deelnemers ook op de langere termijn een, relatief zelfstandige, gemeenschap vormen, die gezamenlijk actief is op het thema gezondheid, bewegen of bijvoorbeeld als vorm van maatschappelijke participatie. Ook zouden via de groep andere bewoners kunnen worden aangesproken of geactiveerd.

De integrale benadering moet recht doen aan het feit dat veranderingen niet alleen op gezond gedrag betrekking hebben, maar ook, en onder meer, op de wijze waarop bewoners aan de samenleving deelnemen.

We hebben de volgende verondersteld werkzame ingrediënten geïdentificeerd:

- Scholing;
- Groepsbenadering;
- Inzet van ervaringsdeskundigen;
- Organisatie van een institutioneel netwerk van organisaties gericht op welzijn, zorg en sport.

SGEB richt zich op kwetsbare vrouwen uit kansarme gezinnen, mogelijk met multi-problematiek. In het projectplan is een set met 'inclusiecriteria' benoemd, waarmee deze groep preciezer is afgebakend.

9.2 Bereik en werving

We hebben geconstateerd dat de SGEB de beoogde doelgroep bereikt van kwetsbare vrouwen uit kansarme gezinnen. Het is in cultureel opzicht een pluriforme groep. Omdat de selectiecriteria in de praktijk soepeler zijn gehanteerd, kreeg men te maken met deelnemers met motivatieproblemen of ernstige gezondheidsbelemmeringen. Dit verklaart mede de aanzienlijke uitval uit het programma van 35% van de instroom.

Door de collectieve organisatie van de voorlichting en intake hadden de professionals bij aanvang weinig zicht op de motivatie, competenties en belemmeringen van individuele deelnemers. Mede daardoor kwam ook weinig terecht van het idee dat men in een vroeg stadium de potentiële ervaringsdeskundigen kon onderscheiden van de 'gewone' deelnemers. Veelal konden pas in de loop van het programma de 'high potentials' worden gesignaleerd.

In de beide wijken is een verschillende wervingsstrategie toegepast. In Crooswijk zijn in deze periode in meerderheid deelnemers betrokken van de taskforce Tegenprestatie. Het betreft bijstandsontvangers die verplicht zijn een tegenprestatie voor hun uitkering te leveren. In Bloemhof zijn de deelnemers uit de onderzoeksperiode vooral geworven uit het 'welzijnscircuit'. Vaak betrof het bewoners die al actief waren in beweeggroepen (of andere bewonersgroepen) of zelfs een 'train-de-trainer'-traject volgden om zelf beweeggroepen te gaan leiden. Er is met andere woorden in Bloemhof op deze, indirecte, wijze wat meer op 'motivatie' geselecteerd.

Overigens zijn daarnaast in beide wijken ook andere 'vindplaatsen' gebruikt – dat zijn onder meer organisaties voor vrijwilligerswerk, zelforganisaties en een school. Opvallende afwezige was de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook blijkt het idee dat deelnemers en ervaringsdeskundigen mensen uit hun 'achterban' gaan activeren niet, of slechts incidenteel, praktijk geworden.

Helaas hebben we niet kunnen vaststellen of er een relatie is tussen de wervingsstrategie en de instroom, uitval en doorstroom van deelnemers. Wel is geconstateerd dat ondanks de lage verwachtingen van professionals over de 'doelgroep Tegenprestatie' de uitval onder deze groep relatief laag was (mogelijk vanwege ervaren drang van de uitkeringsinstantie) en er evengoed een flink deel van de opgeleide ervaringsdeskundigen uit deze groep afkomstig is.

9.3 Ervaringen met de scholing

De scholing beperkt zich niet tot het 'eenvoudigweg' overdragen van kennis over voeding en bewegen. Er is daarnaast doorlopend aandacht nodig voor de motivatie van de deelnemende vrouwen, mogelijke belemmerende factoren in hun leefsituatie en het stimuleren van hun zelfvertrouwen – en dat geldt ook voor de vrouwen die als ervaringsdeskundigen aan de slag gaan. Geconstateerd is dat de communitybuilder, niet alleen maar wel in het bijzonder, een belangrijke rol speelt in het motiveren van de vrouwen, het bespreken van mogelijke problemen of belemmeringen en het trachten bijeen te houden van de groepen.

De deelnemende vrouwen zijn doorgaans laagopgeleid en hebben weinig ervaring met scholing. Daar komt bij dat een deel van de vrouwen de Nederlandse taal niet heel goed beheerst. In de onderzoeksperiode is dus gezocht naar een manier van leren, die goed aansluit bij de mogelijkheden en motivatie van de deelnemers. Lessen die in de praktijk zijn geleerd:

- De cursusopzet, zoals uitgewerkt in de cursusmap, biedt op zich een goede structuur;
- Er kan niet veel worden verwacht van huiswerkopdrachten en oefeningen die schriftelijke vaardigheden vergen;
- Het is belangrijk om te focussen op enkele kernboodschappen over eten en bewegen en die te herhalen;
- Zoek naar praktische oefeningen tijdens de lessen en zaken die gemakkelijk in het dagelijks leven van de deelnemers kunnen worden ingepast;

De groepsdynamica lijkt te werken. Hoewel de pluriformiteit van de groepen soms wat groot is (bijv. verschillen in fysieke conditie), wordt door verschillende betrokkenen geconstateerd dat de deelnemende vrouwen elkaar ondersteunen bij het doen van oefeningen of het maken van opdrachten in de les. Enkelen geven ook aan dat dat juist mede de laagdrempeligheid van de groepen bepaalt.

De ambitie, dat ervaringsdeskundigen in staat zijn zelfstandig groepen te begeleiden en het gehele cursusprogramma met hun groep te doorlopen, is te hoog gegrepen. De uiteindelijke kracht van het programma zit in de (doorlopende) mix van professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid. Dat is nodig vanwege de onervarenheid van de vrouwen met kennisverwerking en kennisoverdracht, de onzekerheid die daarmee gepaard gaat, maar bijvoorbeeld ook omdat hun status als 'deskundige' niet zomaar wordt aanvaard door deelnemersgroepen. Professionele stut en steun en, op zijn minst passieve, presentie lijken voorwaardelijk om de ervaringsdeskundigen te laten functioneren.

Een oplossing om de onzekerheid te verminderen, is om de ervaringsdeskundigen in duo's of trio's voor een groep te zetten. Het is daarbij handig om naar de mix van competenties van de ervaringsdeskundigen te kijken. En de match met de groep deelnemers is van belang.

Tenslotte is er een aantal organisatorische factoren die de effectiviteit in de ogen van de professionals beïnvloeden. Dat zijn tijd (het volledige programma afwerken kost meer tijd dan nu voorhanden is), de omvang en samenstelling van de groep, locatie en ondersteunende middelen.

9.4 Samenwerking

De inbedding in de lokale infrastructuur is tijdens het project een vraagstuk gebleven. Het oorspronkelijke idee was om een institutioneel netwerk rond het project te bouwen van organisaties uit verschillende sectoren: welzijn, gezondheid, sport, etc. Dit netwerk zou de opgebouwde 'communities' van deelnemers kunnen ondersteunen, een rol in de werving en toeleiding van vrouwen kunnen vervullen en bijdragen aan de 'follow up' na de scholing.

Geconstateerd kan worden dat voor de werving van deelnemers is samengewerkt met verschillende organisaties, met uitzondering van de gezondheidszorg. Echter, veel minder samenwerking heeft plaatsgevonden voor de follow up, de eventuele doorstroming van deelnemers naar ander aanbod in de wijk.

9.5 Resultaten van SGEB

Een inventarisatie van ervaren effecten leert dat er overeenkomsten zijn met de interventietheorie. Op basis van de interventietheorie kan worden verwacht dat SGEB in eerste instantie vooral gevolgen heeft voor de diverse persoonlijke kapitaalsoorten van deelnemende vrouwen – en mede op basis van ontwikkeling daarvan ook voor het gedrag en de leefstijl.

De ervaren effecten hebben vooral betrekking op de effecten die op korte en middellange termijn te verwachten zijn. Ervaren effecten op korte termijn betreffen volgens professionals vooral bewustwording ('in beweging komen'), vergroten van zelfvertrouwen, kennis en sociale steun. Ook worden effecten op middellange termijn genoemd, dan gaat het met name om het toepassen van een gezonde leefstijl (gezonder eten, meer bewegen).

Ervaringsdeskundigen en deelnemers benoemen zelf de toename in kennis en meer sociale contacten als effecten op korte termijn. Ook blijkt uit de interviews dat ze in staat zijn hun kennis om te zetten in gezond gedrag (gezonder eten, meer bewegen).

Uit het survey-onderzoek komt naar voren dat de interventie een doelgroep bereikt die mogelijk baat heeft bij het veranderen van hun leefstijl. Veel deelnemers hebben een ongezond gewicht, ervaren regelmatig pijn bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden, ervaren hun fitheid als onvoldoende en bezoeken regelmatig de huisarts.

De interventie heeft bijgedragen aan een gezondere leefstijl. Zo daalden het gewicht en de BMI direct na de interventie en bleven het gewicht en de BMI afnemen gedurende het jaar na de start van de interventie. Het grootste effect is bereikt bij de vrouwen met overgewicht. Het resultaat van SGEB op de uitkomstmaat BMI is vergelijkbaar met het drietal door RIVM als effectief erkende leefstijlinterventies, zij het dat SGEB een groter bereik heeft onder lage SES-groepen.

Ook werd er op veel intermediaire factoren een positieve gedragsverandering waargenomen. Denk daarbij aan ervaren fitheid, beweging, het eten van fruit, sla en rauwkost en bijvoorbeeld sociale contacten. Daarnaast is het aantal deelnemers dat vrijwilligerswerk heeft toegenomen, deels als ervaringsdeskundigen binnen de interventie.

Er was geen verschil in effectiviteit tussen professionals en ervaringsdeskundigen als aanbieders van het programma. Dit is conform wat in eerder onderzoek naar 'peer-based' interventie-strategieën is gevonden. Daarbij moet overigens wel in acht worden genomen dat groepen die door ervaringsdeskundigen zijn begeleid altijd ondersteuning kregen door een professional.

9.6 Tot slot... terug naar de interventietheorie

Nu de interventie in praktijk gebracht is, kan de vraag worden gesteld in hoeverre de praktijk de theorie ondersteunt, en zo nee, of deze moet worden bijgesteld. In deze slotparagraaf grijpen we, op basis van de inzichten in de empirie, terug op de theorie achter SGEB.

Geconstateerd kan worden dat het centrale mechanisme dat, volgens de theorie van SGEB, zou moeten leiden tot gedragsverandering door de empirie wordt ondersteund. We zien dat versterking van het psychologisch, cultureel en sociaal kapitaal van deelnemers leidt tot meer gezond gedrag en maatschappelijke activering. Dat betekent ook dat het project de dubbele doelstelling van de bevordering van een gezonde leefstijl en maatschappelijke activering waar maakt.

Wat kan, op basis van de praktijkervaringen, gezegd worden over de werkzame ingrediënten? We lopen de veronderstelde ingrediënten na.

De eerste betreft het ingrediënt 'scholing'. Daarvan is geconstateerd dat kennisoverdracht over voeding en beweging van belang is om een gedragsverandering te bewerkstelligen. Maar daar zijn wel enkele kanttekeningen bij te plaatsen. Ten eerste gaat het niet alleen om kennisoverdracht, maar ook om motivering, bevordering van zelfvertrouwen en het omgaan met belemmeringen in de leefsituatie. Ten tweede is het van belang om niet heel veel kennis te willen overdragen, maar te focussen op een beperkt aantal kernboodschappen. Ten derde lijkt veel praktische oefening (en herhaling van boodschappen) tijdens de lessen van belang te zijn – een meer 'schoolse' of 'talige' benadering sluit vaak niet goed aan bij de doelgroep.

Het tweede ingrediënt betreft de 'groepsbenadering'. We hebben geconstateerd dat de groepen 'werken' in de zin dat ze een belangrijke steun voor individuele deelnemers vormen. Het tot stand brengen van 'bestendige communities' is niet altijd gemakkelijk, en vergt soms meer dan verwacht en mogelijk ook meer aandacht reeds tijdens de scholing: meer koersen op 'hoe gaan we verder' en mogelijk ook meer professionele begeleiding na de scholing.

Het derde ingrediënt betreft de 'inzet van ervaringsdeskundigen'. Om redenen van voorbeeldfunctie, identificatie met de doelgroep en (soms) dezelfde moedertaal sprekend, geeft de inzet van ervaringsdeskundigen meerwaarde. Maar ook is vastgesteld dat een aantal verwachtingen niet is waargemaakt. De ervaringsdeskundigen hebben nauwelijks bijgedragen aan de werving van deelnemers en aan het bereik van SGEB. Noch zijn ervaringsdeskundigen doorgaans in staat gebleken zelfstandig groepen te begeleiden en daarmee het gehele cursusprogramma te doorlopen. De inzet van professionals blijft nodig voor het borgen van de continuïteit van de groepen, inhoudelijke advisering, stimuleren van het zelfvertrouwen van ervaringsdeskundigen en hun 'expertstatus' die de ervaringsdeskundigen ontberen. Dit ingrediënt zou moeten worden geherdefinieerd in 'inzet van een optimale mix van professionele en ervaringsdeskundigheid'.

Het laatste ingrediënt betreft de vorming van een 'institutioneel netwerk' van organisaties gericht op zorg, welzijn en sport dat ondersteunend is aan het project en de daaruit voortkomende 'communities' van bewoners. Via het netwerk van 'vindplaatsen' is, zoals geconstateerd, de doelgroep van vrouwen met een lage sociaal-economische status bereikt. Echter, ook voor de follow up is samenwerking in een vitaal netwerk dat vervolg-aanbod kan bieden van groot belang.

Tot slot gaan we kort in op de noodzakelijke condities om een dergelijk project uit te voeren.

Conditie zijn:

- Meer selectie aan de poort, hetzij door betere afspraken met toeleidende organisaties, hetzij door een meer persoonlijke intake te organiseren ten behoeve van het voorkomen van uitval wegens ernstige gezondheidsbelemmeringen of gebrekkige motivatie;
- Een meer persoonlijke intake kan ook meer zicht bieden op wie potentiële ervaringsdeskundigen zijn en wie niet, al blijkt dat niet altijd voorspelbaar;
- De cursushandleiding is van belang voor de structurering van de scholing door professionals en door ervaringsdeskundigen, zij het dat deze niet zo gedetailleerd en minder 'talig' hoeft te zijn dan nu het geval is;
- De scholing stelt eisen aan de locatie (geschikt voor bewegen/sport) en voorhanden zijnde materialen (zoals muziek-apparatuur, matjes, stappentellers en dergelijke);

- Gezien de benodigde inzet van professionals, ook op de langere duur, voor de ondersteuning van ervaringsdeskundigen vergt de uitvoering van een project als SGEB mogelijk meer middelen dan aanvankelijk is voorzien;
- De rol (niet noodzakelijkerwijs: functie) van communitybuilder moet goed worden belegd bij een van de professionals;
- Investeer van meet af aan in de opbouw van de goed institutioneel netwerk rond het project.

Bijlage 1 Methodologische verantwoording survey-onderzoek

Data-collectie

Op 4 tijdstippen werd informatie verzameld: bij aanvang van de interventie (T0), na afloop van de interventie (T1), 6 maanden na start van de interventie (T2), en 12 maanden na start van de interventie (T3). Bij de eerste groepen werd een korte vragenlijst gebruikt om data te verzamelen. Om een completer beeld van de interventie te hebben op meerdere uitkomsten is er over gegaan op een langere vragenlijst. Voor zover mogelijk zijn de vragenlijsten geharmoniseerd.

De langere vragenlijst die is gebruikt om data te verzamelen is weergegeven in de bijlage 3. Algemene kenmerken die werden nagevraagd omvatten leeftijd, geboorteland, en hoogste afgeronde opleiding. Gezinsamenstelling werd gebaseerd op de vraag of men samen woont met een partner (ja/nee) en met kinderen (ja/nee). Ook werd gevraagd of ze een betaalde baan hebben (ja/nee), en of er minstens 1 keer per week onbetaald vrijwilligerswerk werd gedaan (ja/nee).

Lichaamsgewicht (kg) en lichaamslengte (m) werden gemeten op de projectlocatie. Voor het bepalen van lichaamsgewicht werd een gekalibreerde weegschaal gebruikt. BMI werd berekend als gewicht (kg) gedeeld door de lengte in het kwadraat (m^2) en geclassificeerd als ondergewicht ($\leq 18,5 \text{ kg}/m^2$), gezond gewicht ($>18,5\text{-}25 \text{ kg}/m^2$), overgewicht ($>25\text{-}30 \text{ kg}/m^2$) of obesitas ($>30 \text{ kg}/m^2$). Ervaren gezondheid werd nagevraagd aan de hand van de vraag "Hoe is over het algemeen uw gezondheid?" en antwoorden werden gecategoriseerd als goede ervaren gezondheid (goed of zeer goed), en minder dan goede gezondheid (gaat wel, slecht of zeer slecht). Ervaren fitheid werd nagevraagd aan de hand van de vraag "Hoe fit bent u, naar eigen inzicht op een schaal van 0-10?", en gecategoriseerd als onvoldoende (<6), voldoende (6/7), of goed (8+). In 2 separate vragen werd gevraagd of de gezondheid problemen geeft bij actieve dingen doen of bij traplopen, en werd gecategoriseerd als veel problemen (heel erg), of weinig problemen (een beetje of nee). Consumptie van groente en fruit werd gevraagd aan de hand van 4 losse vragen voor het aantal dagen per week dat de deelnemer groente, salades/rauwkost, fruit en vruchtensappen consumeert. Voor lichaamsbeweging werd de frequentie en duur vermenigvuldigen om de totale minuten per week dat een deelnemer fysiek actief is te verkrijgen. Vervolgens werd lichaamsbeweging gecategoriseerd als ≥ 150 minuten/week bewegen of <150 minuten/week. Daarnaast werd gevraagd hoe vaak men sport met anderen, wat werd gecategoriseerd als wekelijks of niet wekelijks. Ook werd zorggebruik nagevraagd of men voor eigen klachten de afgelopen 4 weken contact heeft gehad met de huisarts, een medisch specialist, paramedici (fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck), of verpleeg- of zorghulp. Voor sociale contacten werd gevraagd naar de frequentie waarmee de deelnemer contact heeft met burens, familie of vrienden, en hulp aan anderen geeft, wat werd gecategoriseerd als wekelijks of niet wekelijks. Tot slot werd ervaren geluk bepaald aan de hand van de vraag "Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig zou u zeggen dat u bent?" wat werd gecategoriseerd als gelukkig (gelukkig of zeer gelukkig), of ongelukkig (niet zo gelukkig of ongelukkig). Er werden ook vragen gesteld over veerkracht, maar deze vragen bleken te ingewikkeld om te beantwoorden en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

Statistische analyse

In deze analyse (februari 2019) evalueerden we effect van de interventie door de uitkomsten te vergelijken bij aanvang van de interventie (T0) en na afloop van de interventie (T1). Om veranderingen in gezondheidsmaten te evalueren op de langere termijn werden uitkomsten bij start van de interventie vergeleken met 6 maanden na start van de interventie (T2), en 12 maanden na start van de interventie (T3).

Voor de evaluatie van de continue variabelen werden mixed-effects models toegepast, wat corrigeert voor het feit dat data binnen hetzelfde individu niet onafhankelijk zijn. Met dit statistische model werden ook deelnemers met deels ontbrekende gegevens meegenomen voor het schatten van parameters. Voor de evaluatie van de categorische variabelen werden Generalized Estimating Equations model toegepast. Als covariantie structuur bij beide modellen werd first-order auto regressie toegepast, wat veronderstelt dat residuen binnen het individu zijn gecorreleerd, maar niet correleren tussen personen.

Vervolgens werd er getoetst of de uitkomsten over tijd verschilden door de aanbieder van het programma (professionals vs ervaringsdeskundigen) en per wijk (Bloemhof vs Crooswijk). Hiertoe werd een interactie term toegevoegd tussen tijd en de aanbieder, dan wel wijk. P-interactie < 0,10 voor ten minste 2 tijdstippen werd beschouwd als statistisch significante verschillen in uitkomsten over tijd tussen groepen.

Gecombineerde leefstijlinterventies hebben als doel om gedragsverandering te bereiken bij mensen met een ongezond gewicht. Als sensitiviteitsanalyse werden deelnemers met een gezond gewicht bij aanvang van de interventie geëxcludeerd.

Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 24,0, en P-waardes < 0,05 werden beschouwd als statistisch significant.

Kracht van de studie

De kracht van deze effect evaluatie is de grote onderzoeksgroep die in regulier onderzoek maar beperkt worden bereikt. Voor deze unieke groep deelnemers hebben we op 4 momenten data verzameld over een vele aspecten rondom gezondheid en welzijn. Het laatste meet moment vond plaats een jaar na start van de interventie waardoor ook kan worden geëvalueerd of de veranderingen in leefstijl duurzaam waren.

Limitaties van de studie

Een limitatie van onze studie is dat er voor 54% van de deelnemers geen vragenlijst beschikbaar was een jaar na start van de interventie, wat zou hebben kunnen leiden tot een selectiebias. Deelnemers waarvoor een vragenlijst beschikbaar was een jaar na start van de interventie waren al vaker wekelijks actief als vrijwilliger, hadden vaker een betaalde baan en hadden minder zorggebruik, maar op algemene karakteristieken en gezondheidsmaten waren geen grote verschillen tussen deelnemers met en zonder meting een jaar na start van de interventie (bijlage 1, tabel 1).

Het is mogelijk dat er factoren zijn die we niet hebben gemeten waarin deze groepen deelnemers verschillen, zoals motivatie om deel te nemen aan de interventie. Daarnaast werden veelal subjectieve maten meegenomen in dit onderzoek. Het was niet altijd eenvoudig voor deelnemers om alle vragen te beantwoorden, wat resulteerde in een groot aantal missende waarden.

Beweging hebben we door de beperkte vragensectie meegenomen als een categorische uitkomstmaat met één afkappunt, waardoor kleinere individuele veranderingen niet zijn gemeten. Het gebruik van stappentellers en GPS meters zouden een uitkomst kunnen bieden om niet alleen de toename in beweging te meten, maar ook de verruiming van de leefwereld van de deelnemers. Als uitkomstmaten van een gezonder eetpatroon werd er gevraagd naar een beperkt aantal items waarop al goed werd gescoord bij aanvang van de interventie (dus op veel dagen werd er groente, sla/rauwkost en fruit geconsumeerd, en op weinig dagen vruchtensap). Andere gedragsveranderingen, zoals de vervanging van harde boters voor oliën en witbrood voor bruinbrood, werden niet nagevraagd. Een uitgebreidere vragenlijst over voeding zou meer inzichten kunnen geven in de aanpassingen in hun voedingspatroon die deelnemers hebben gemaakt. Het is echter niet makkelijk om een korte vragenlijst te ontwikkelen gericht op lagere sociaaleconomische groepen die rekening houdt met diverse eetculturen.

Suggesties voor vervolg onderzoek

Vervolg onderzoek in laag sociaaleconomische groepen zouden meer objectieve maten kunnen gebruiken om een beter beeld te krijgen van de gedragsveranderingen. Validatie van vragenlijst items zou wenselijk zijn, ook om studies beter met elkaar te kunnen vergelijken. Een standaard vragenlijst voor gecombineerde leefstijlinterventies zou bij kunnen dragen aan een betere vergelijking van diverse interventies die momenteel worden gebruikt om gezond gedrag te bevorderen.

Tabel 1: Karakteristieken van deelnemers bij T0, voor aanvang van de interventie SGEB, voor deelnemers zonder een T3 meting (n=245) en met een T3 meting (n=133).

	Zonder T3 (n=245)	Missing	Met T3 (n=133)	Missing
<i>Algemene kenmerken</i>				
Leeftijd, jaren	48,5 ± 11,6 ^a	40	47,7 ± 10,8	1
Nationaliteit, n (%)		6		1
Nederlandse afkomst	26 (10,9)		17 (12,9)	
Niet-Nederlandse afkomst	213 (89,1)		115 (87,1)	
Opleiding, n (%)		3		0
Lager of geen opleiding	138 (57,0)		72 (54,1)	
Voorbereidend of middelbaar beroepsonderwijs	81 (33,5)		47 (35,3)	
Hoger beroepsonderwijs of universiteit	23 (9,5)		14 (10,5)	
Gezinssamenstelling, n (%)		19		6
Partner en kinderen	93 (41,2)		53 (41,7)	
Partner, geen kinderen	4 (1,8)		1 (0,8)	
Geen partner, wel kinderen	114 (50,4)		59 (46,5)	
Geen partner, geen kinderen	15 (6,6)		14 (11,0)	
Sociale positie, n (%)		53		51
Betaald werk	14 (7,3)		10 (12,2)	
Geen werk	178 (92,7)		72 (87,8)	
Vrijwilligerswerk, n (%)		56		53
Wekelijks	51 (27,0)		29 (36,3)	
Niet wekelijks	138 (73,0)		51 (63,8)	
<i>Gezondheid</i>				
Lichaamsgewicht, kg	76,5 ± 15,1	12	78,0 ± 16,2	5
BMI, n (%)		16		7
Ondergewicht	3 (1,3)		2 (1,6)	
Gezond gewicht	47 (20,5)		29 (23,0)	
Overgewicht	90 (39,3)		37 (29,4)	
Obesitas	89 (38,9)		58 (46,0)	
Ervaren gezondheid, n (%)		6		5
Zeer slecht tot slecht	57 (23,8)		20 (16,6)	
Gaat wel	103 (43,1)		72 (56,3)	
Goed tot zeer goed	79 (33,1)		36 (28,1)	
Ervaren fitheid, n (%)		53		50
Onvoldoende (<6)	115 (59,9)		50 (60,2)	
Voldoende (6/7)	56 (29,2)		26 (31,3)	
Goed (8+)	21 (10,9)		7 (8,4)	
Gezondheid geeft problemen bij actieve dingen doen, n (%)		50		50
Nee	46 (23,6)		18 (21,7)	
Ja, een beetje	80 (41,0)		42 (50,6)	
Ja, heel erg	69 (35,4)		23 (27,7)	
Gezondheid geeft problemen bij traplopen, n (%)		55		51
Nee	56 (29,5)		23 (28,0)	
Ja, een beetje	71 (37,4)		37 (45,1)	
Ja, heel erg	63 (33,2)		22 (26,8)	
<i>Voeding en bewegen</i>				
Voedingsinname, dagen per week				

Gebakken/gekookte groente	4,7 ± 2,2	3	4,8 ± 1,8	2
Sla/rauwkost	4,0 ± 2,2	5	4,6 ± 2,2	5
Fruit	5,1 ± 2,1	3	5,2 ± 2,1	3
Vruchtensap	2,4 ± 2,5	22	2,2 ± 2,2	11
Lichaamsbeweging, n (%) ^b		76		63
≥150 min/week	91 (53,8)		42 (60,0)	
<150 min/week	78 (46,2)		28 (40,0)	
Sport met anderen, n (%)		49		50
Wekelijks	53 (27,0)		22 (26,5)	
Niet wekelijks	143 (73,0)		61 (73,5)	
<i>Sociale contacten</i>				
Contacten met burenen, n (%)		51		50
Wekelijks	124 (63,9)		52 (62,7)	
Niet wekelijks	70 (36,1)		31 (37,3)	
Contact met familie of vrienden, n (%)		49		50
Wekelijks	141 (71,9)		68 (81,9)	
Niet wekelijks	55 (28,1)		15 (18,1)	
Hulp geven aan anderen, n (%)		53		53
Wekelijks	42 (21,9)		15 (18,8)	
Niet wekelijks	150 (78,1)		65 (81,3)	
<i>Zorggebruik de afgelopen 4 weken</i>				
Contact met huisarts, n (%)		54		52
Ja	100 (52,4)		35 (43,2)	
Nee	91 (47,6)		46 (56,8)	
Contact met medisch specialist, n (%)		64		54
Ja	60 (33,1)		16 (20,3)	
Nee	121 (66,9)		63 (79,7)	
Contact met paramedici ^b , n (%)		66		54
Ja	39 (21,8)		13 (16,5)	
Nee	140 (78,2)		66 (83,5)	
Contact met verpleeg- of zorghulp, n (%)		69		53
Ja	23 (13,1)		4 (5,0)	
Nee	153 (86,9)		76 (95,0)	
<i>Geluk</i>				
Ervaren geluk, n (%)		52		49
Ongelukkig	12 (6,2)		0 (0)	
Niet zo gelukkig	46 (23,8)		25 (29,8)	
Gelukkig	116 (61,7)		52 (61,9)	
Zeer gelukkig	16 (8,3)		7 (8,3)	

^a Gemiddelde ± standaard deviatie (geldt voor alle noteringen).

^b Fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck.

Bijlage 2 Inzoomen op ervaringsdeskundigen

Tabel 1: Karakteristieken van deelnemers bij T0, voor aanvang van de interventie SGEB, voor deelnemers die zijn doorgeroeid tot ervaringsdeskundigen

	Totaal (n=49)	Missing
<i>Algemene kenmerken</i>		
Leeftijd, jaren	49,0 ± 9,3 ^a	0
Nationaliteit, n (%)		0
Nederlandse afkomst	3 (6,1)	
Niet-Nederlandse afkomst	46 (93,9)	
Opleiding, n (%)		0
Lager of geen opleiding	25 (51,0)	
Vorbereidend of middelbaar beroepsonderwijs	20 (40,8)	
Hoger beroepsonderwijs of universiteit	4 (8,2)	
Gezinssamenstelling, n (%)		0
Partner en kinderen	18 (36,7)	
Partner, geen kinderen	1 (2,0)	
Geen partner, wel kinderen	23 (46,9)	
Geen partner, geen kinderen	7 (14,3)	
Sociale positie, n (%)		18
Betaald werk	7 (22,6)	
Geen werk	24 (77,4)	
Vrijwilligerswerk, n (%)		17
Wekelijks	12 (37,5)	
Niet wekelijks	20 (62,5)	
<i>Gezondheid</i>		
Lichaamsgewicht, kg	75,3 ± 12,2	0
BMI, n (%)		1
Ondergewicht	0 (0)	
Gezond gewicht	13 (27,1)	
Overgewicht	14 (29,2)	
Obesitas	21 (43,8)	
Ervaren gezondheid, n (%)		1
Zeer slecht tot slecht	8 (16,7)	
Gaat wel	24 (50,5)	
Goed tot zeer goed	16 (33,3)	
Ervaren fitheid, n (%)		17
Onvoldoende (<6)	15 (43,8)	
Voldoende (6/7)	12 (37,5)	
Goed (8+)	6 (18,8)	
Gezondheid geeft problemen bij actieve dingen doen, n (%)		17
Nee	9 (28,1)	
Ja, een beetje	18 (56,3)	
Ja, heel erg	5 (15,6)	
Gezondheid geeft problemen bij traplopen, n (%)		17
Nee	10 (31,3)	

Ja, een beetje	15 (46,9)	
Ja, heel erg	7 (21,9)	
<i>Voeding en bewegen</i>		
Voedingsinname, dagen per week		
Gebakken/gekookte groente	4,7 ± 2,1	2
Sla/rauwkost	4,6 ± 2,4	5
Fruit	5,0 ± 2,1	3
Vruchtensap	2,3 ± 2,4	8
Lichaamsbeweging, n (%)		22
≥150 min/week	21 (77,8)	
<150 min/week	6 (22,2)	
Sport met anderen, n (%)		17
Wekelijks	15 (46,9)	
Niet wekelijks	17 (53,1)	
<i>Sociale contacten</i>		
Contacten met burens, n (%)		18
Wekelijks	27 (87,1)	
Niet wekelijks	4 (12,9)	
Contact met familie of vrienden, n (%)		17
Wekelijks	27 (84,4)	
Niet wekelijks	5 (16,5)	
Hulp geven aan anderen, n (%)		21
Wekelijks	8 (28,6)	
Niet wekelijks	20 (71,4)	
<i>Zorggebruik de afgelopen 4 weken</i>		
Contact met huisarts, n (%)		19
Ja	16 (53,3)	
Nee	14 (46,7)	
Contact met medisch specialist, n (%)		21
Ja	9 (32,1)	
Nee	19 (67,9)	
Contact met paramedici ^b , n (%)		19
Ja	8 (26,7)	
Nee	22 (73,3)	
Contact met verpleeg- of zorghulp, n (%)		19
Ja	2 (6,7)	
Nee	28 (93,9)	
<i>Geluk</i>		
Ervaren geluk, n (%)		16
Ongelukkig	0 (0)	
Niet zo gelukkig	7 (21,2)	
Gelukkig	24 (72,7)	
Zeer gelukkig	2 (6,1)	

^a Gemiddelde ± standaard deviatie (geldt voor alle noteringen).

^b Fysiotherapeut, oefentherapeut, caesar, mensendieck.

Tabel 2: Effecten van de interventie op verandering in BMI en gewicht voor deelnemers die zijn doorgeroeid tot ervaringsdeskundigen (n=49)

	Obs	Pers	T0	T1	T2	T3	T0 – T1	T0 – T2	T0 – T3
BMI (kg/m ²)	149	49	28,8	28,6	28,2	28,1	-0,2 (-0,6; 0,2)	-0,6 (-1,1; 0,0)	-0,7 (-1,4; 0,0)
Gewicht (kg)	149	49	75,3	74,8	73,8	73,5	-0,5 (-1,4; 0,4)	-1,5 (-2,8; - 0,1)	-1,8 (-3,6; - 0,1)

Gemiddelde (95% betrouwbaarheidsinterval) verkregen uit mixed-effects models. Dik gedrukte waarden zijn significante veranderingen (P<0,05). Afkortingen: T0 = aanvang van de interventie; T1 = direct na de 8-weekse interventie; T2 = een half jaar na start van de interventie; T3 = een jaar na start van de interventie.

Tabel 3: Effecten van de interventie op verandering in maatschappelijke participatie voor deelnemers die zijn doorgeroeid tot ervaringsdeskundigen (n=49)

	Obs	Pers	T0 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T0 – T1 OR	T0 – T2 OR	T0 – T3 OR
Vrijwilligerswerk	108	39	36,1	36,2	55,6	58,2	1,0 (0,5; 2,2)	2,2 (1,1; 4,7)	2,4 (0,9; 6,2)
Betaalde baan	110	39	19,6	13,9	16,2	15,7	0,6 (0,4; 1,1)	0,8 (0,4; 1,7)	0,8 (0,4; 1,6)

Odds Ratio (95% betrouwbaarheidsinterval) verkregen uit Generalized Estimating Equations modellen. Dik gedrukte waarden zijn significante veranderingen (P<0,05). Afkortingen: T0 = aanvang van de interventie; T1 = direct na de 8-weekse interventie; T2 = een half jaar na start van de interventie; T3 = een jaar na start van de interventie.

Bijlage 3 Vragenlijst survey-onderzoek



Wat is uw naam?

Wat is de datum van vandaag?

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

dag

maand

jaar

Deze vragenlijst wordt ingevuld:

- bij de start van de cursus (T0)
 - aan het einde van de cursus (na 8 weken) (T1)
 - een half jaar na start cursus (T2)
 - een jaar na start van de cursus (T3)
-

Alle gegevens uit dit onderzoek zullen vertrouwelijk worden behandeld. Dit betekent dat alleen de onderzoekers uw gegevens kunnen inzien en dus niemand anders. Door het invullen van de vragenlijst geeft u toestemming aan de onderzoekers uw anonieme gegevens te gebruiken voor hun onderzoek.

Algemene gegevens

1 Wat is uw geboortedatum?

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

dag

maand

jaar

2 Hoe lang bent u (zonder schoenen)?

--	--	--

centimeter

3 Hoeveel kilo weegt u (zonder kleren)?

--	--	--

kilogram

4 Wat is het geboorteland van:

u zelf

uw vader

uw moeder

Nederland

Turkije

Marokko

Nederlandse Antillen / Aruba

Suriname

Anders namelijk:

5 Woont u samen met een partner?

Ja

Nee

6 Heeft u kinderen?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel kinderen wonen er bij u thuis?

--	--

7 Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

lager of geen opleiding (lager onderwijs, of niet afgemaakt)

voorbereidend of middelbaar beroepsonderwijs

hoger beroepsonderwijs (of universiteit)

Uw gezondheid

- 8 Aan welke beweegactiviteiten doet u? recreatief fietsen, recreatiesporten, sportief wandelen (matig intensieve belastingen)
 rustig wandelen, rustig fietsen (lichte belastingen)
 niets

- 9 Hoe lang doet u deze activiteiten achter elkaar? meer dan 30 minuten
 20-30 minuten
 10-20 minuten
 minder dan 10 minuten
 Niet van toepassing

- 10 Hoe vaak doet u aan beweegactiviteiten? 5-7 x per week
 3-4 x per week
 1-2 x per week
 1 x per maand of minder
 Niet van toepassing

- 11 Hoe fit bent u, naar eigen inzicht op een schaal van 0-10? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
 Niet fit beetje gemiddeld goed heel goed

Omcirkel het hele getal

- 12 Hoeveel dagen per week eet u gekookte/gebakken groenten, sla of rauwkost?

	Aantal dagen per week							
<i>Kruis op iedere regel uw antwoord aan</i>	Minder dan 1	1	2	3	4	5	6	7
a. Gebakken of gekookte groenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sla/rauwkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 Hoeveel dagen per week eet u fruit of drinkt u vruchtensap?

	Aantal dagen per week							
<i>Kruis op iedere regel uw antwoord aan</i>	Minder dan 1	1	2	3	4	5	6	7
a. Fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vruchtensap (vers geperst/uit pak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Zeer goed
 goed
 gaat wel
 slecht
 zeer slecht

15 De volgende vragen gaan over wat u dagelijks doet. Geeft uw gezondheid u op dit moment problemen bij de volgende activiteiten?

	ja, heel erg	ja, een beetje	nee
a. Actieve dingen doen zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een paar trappen oplopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Heeft u de afgelopen 4 weken voor uw *eigen* lichamelijke of psychische klachten contact gehad met?

	nee	ja	Zo ja, aantal keren
a. uw huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. medisch specialist(en) in een ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. fysiotherapeut / oefentherapeut / caesar / mensendieck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. verpleeghulp, zorghulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. andere medische deskundige, namelijk:			

Uw contacten

17	Hoe vaak heeft u contacten met uw burens of andere mensen uit uw buurt?	<input type="checkbox"/> Minstens één keer per week <input type="checkbox"/> Twee of drie keer per maand <input type="checkbox"/> Eén keer per maand <input type="checkbox"/> Minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Nooit
18	Hoe vaak heeft u contacten met uw familie of vrienden?	<input type="checkbox"/> Minstens één keer per week <input type="checkbox"/> Twee of drie keer per maand <input type="checkbox"/> Eén keer per maand <input type="checkbox"/> Minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Nooit
19	Hoe vaak geeft u hulp aan iemand die voor langere tijd zoek, hulpbehoevend of gehandicapt is?	<input type="checkbox"/> Minstens één keer per week <input type="checkbox"/> Twee of drie keer per maand <input type="checkbox"/> Eén keer per maand <input type="checkbox"/> Minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Nooit
20	Hoe vaak sport u samen met anderen (maar niet bij een vereniging)?	<input type="checkbox"/> Minstens één keer per week <input type="checkbox"/> Twee of drie keer per maand <input type="checkbox"/> Eén keer per maand <input type="checkbox"/> Minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Nooit
21	Hoe vaak doet u onbetaald vrijwilligerswerk? Bijvoorbeeld voor ouderen/zieken, op school, bij een koor, muziekvereniging, sportvereniging, hobbyvereniging, moskee/kerk, crèche, etc.	<input type="checkbox"/> Minstens één keer per week <input type="checkbox"/> Twee of drie keer per maand <input type="checkbox"/> Eén keer per maand <input type="checkbox"/> Minder dan één keer per maand <input type="checkbox"/> Nooit
22	Heeft u op dit moment een betaalde baan?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ik doe betaald werk voor ___uur per week

Uw veerkracht

23 De volgende vragen gaan over uw veerkracht en regie over uw eigen leven. Zet bij elke vraag een kruis bij het antwoord dat voor u klopt.

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
a. Ik zoek altijd naar een goede manier om een moeilijke situatie aan te pakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik heb mijn reacties altijd in de hand in allerlei situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik kan leren van het omgaan met moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik zoek altijd naar positieve dingen, ook in moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig zou u zeggen dat u bent?

- Zeer gelukkig
- Gelukkig
- Niet zo gelukkig
- Ongelukkig