



GGD
Amsterdam

Evaluatieonderzoek van de pilot Zicht op Evenwicht voor migranten:

een cultuursensitieve interventie voor de preventie van valangst en
gerelateerd vermijdingsgedrag bij oudere migranten



Auteur(s) Madelein Boers
Ewita Djoechro
Fatima El Fakiri

Colofon

GGD Amsterdam
Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ)
Nieuwe Achtergracht 100
1018 WT Amsterdam
Tel.: 020-5555495
egz@ggd.amsterdam.nl
www.ggd.amsterdam.nl

EGZ Reeks 2019/1
ISBN-nummer: 978-90-5348-245-2
Foto: GGD/afdeling communicatie

Voorwoord

Nederland 'verkleurt en vergrijsst' aldus het CBS. Dit geldt des te meer voor grote steden zoals Amsterdam met haar 167 nationaliteiten. Momenteel bedraagt het aantal Amsterdamse 55-plussers 195.118, met maar liefst een kwart van niet-westerse afkomst. De grootste drie groepen op een rij zijn: Surinamers (17.285), Marokkanen (10.602) en Turken (5.697).

Onderzoek laat zien dat deze groepen ouderen in een ongunstige lichamelijke en psychische gezondheid verkeren vergeleken met hun Nederlandse leeftijdsgenoten, zelfs met diegenen in een vergelijkbare sociaal economische positie. Bovendien blijkt dat typische ouderdomsproblemen zoals vallen en valangst, die een belangrijk risico vormen voor o.a. verlies van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven, veel vaker voorkomen onder oudere migranten.

Preventie loont! En in het bijzonder onder hoog risicogroepen. Maar hoe bereik je groepen die te boek staan als *'moeilijk bereikbaar'*? Of waarvan we automatisch en zonder bij na te denken al roepen *'We kunnen ze niet bereiken!'*?

Het huidige project laat zien dat door een aanbod cultureel, financieel en fysiek toegankelijk te maken, het goed lukt om oudere migranten te bereiken en gunstige effecten te sorteren.

Dit kan onder meer als volgt gerealiseerd worden: breid je wervingskanalen uit want een flyer volstaat niet; zorg voor een goede mond-tot-mond reclame en een aansprekende boodschap; bied alternatieven en haal drempels voor participatie weg; zorg voor herkenning; en zet cursusleiders in die (letterlijk en figuurlijk) de taal van de oudere migranten spreken.

Langs deze weg willen we alle partijen en personen die betrokken waren bij de totstandkoming van de interventie en de evaluatie hiervan bedanken. In het bijzonder willen we de oudere migranten die deel hebben genomen aan dit pilotproject noemen. Magda, bedankt dat we de mooie foto van je (inmiddels overleden) man Eddy mochten gebruiken voor op de voorkant van het rapport!

Verder zijn we veel dank verschuldigd aan alle vrijwilligers en sleutelfiguren die hebben bijgedragen aan de doorontwikkeling van de interventie en de werving van de cursusgroepen: André Bholá en andere bestuursleden/bewoners van woongroep Anand Joti, Afifa Tadmíne (Stichting De Bloem), Mehdi El Ghalsbzouri (MOC), Ahmed El Mesri (Assadaaka), Moreen Waal en de andere leden van het Participatieteam Zuidoost, Humeyra Cakmak Gul en Kamber Sener (Emir Sultan Moskee in Amsterdam Noord), de heer Ramasan (Madeliefje thuiszorg), El Houssaine Boulachioukh, Nesime Akkanat, Fatma Khottoul en Rachid Douyib. Voor de proefimplementatie danken we de (fysio- c.q. ergo) therapeuten Anna Curvers, Enes Tutuncu, Sonja Cinar, Naima Achaaoui en Mariem Ben Yacoub Amrani voor hun enthousiasme en prettige samenwerking.

Eveneens gaat dank uit naar de leden van de klankbordgroep, in het bijzonder Stephan Cremer, voor hun inbreng en bereidheid om mee te denken bij alle stadia van het project; en naar Luuk Haring en Sara Shagiwal die als junior onderzoeker respectievelijk als stagiaire in de beginfase van het project betrokken waren. Last but not least, bedanken we alle interviewers en collega's, in het bijzonder Keziban Koc voor hun ondersteuning tijdens dit project.

Dit project is mogelijk gemaakt dankzij subsidie van FNO, RCOAK en Research & Development fonds van de GGD Amsterdam.

Dr. ir. Fatima El Fakiri, projectleider Zicht op Evenwicht voor oudere migranten



Inhoudsopgave

1 Samenvatting	7
2 Inleiding	10
2.1 Aanleiding project	10
2.2 De interventie Zicht op Evenwicht	11
2.3 Doelstelling project en vraagstellingen	12
3 Methode	13
3.1 Onderzoeksopzet en studiepopulatie	13
3.2 Databronnen	14
3.2.1 Gestructureerde vragenlijsten	14
3.2.2 Diepte-interviews	16
3.2.3 Observaties	16
3.2.4 Aanwezigheidsregistraties	16
3.3 Data-analyse	17
4 Zicht op Evenwicht voor Oudere Migranten (ZoEM)	18
5 Resultaten	21
5.1 Beschrijving van de doelgroep	21
5.2 Resultaten procesevaluatie	23
5.2.1 Werving, bereik en participatie	23
5.2.2 Programma-integriteit	24
5.2.3 Aangepaste cursusinhoud en materiaal	25
5.2.4 Beoordeling interventie door deelnemers	27
5.2.5 Belemmerende en bevorderende factoren	30
5.3 Resultaten effectevaluatie	34
5.3.1 Valangst en valongevallen	34
5.3.2 Alledaagse activiteiten	34
5.3.3 Valangst bij activiteiten	35
5.3.4 Overige effecten interventie	36
6 Discussie, conclusie en aanbevelingen	38
6.1 Belangrijkste resultaten	38
6.1.1 Werving en bereik van de doelgroep	38
6.1.2 Aanpassingen in protocol en programma-integriteit	39
6.1.3 Waardering van de interventie	39
6.1.4 Belemmerende en bevorderende factoren	40
6.1.5 Effecten van de interventie	41
6.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek	41
6.3 Conclusies	42
6.4 Aanbevelingen	43

7 Referenties	45
8 Bijlages	47

1 Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van het evaluatieonderzoek naar de pilot 'Zicht op Evenwicht voor Oudere Migranten': een valangst preventie-interventie gericht op ouderen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst.

Hoewel vallen en valangst een groot gezondheidsprobleem is onder oudere migranten, worden zij weinig bereikt met valpreventieactiviteiten. Bestaande preventieactiviteiten sluiten vaak niet aan bij de belevingswereld en mogelijkheden van deze doelgroep. De GGD Amsterdam heeft daarom een cultuursensitieve variant van de effectief bewezen cursus Zicht op Evenwicht ontwikkeld.

Het evaluatieonderzoek had de volgende doelstellingen:

Procesevaluatie

Wat is het bereik van de doelgroep en in welke mate is de beoogde doelgroep bereikt?

Is de interventie conform plan uitgevoerd? (programma integriteit)

Hoe waarden de deelnemers en de uitvoerders de interventie?

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie?

Effectevaluatie

Is er een vermindering waar te nemen in valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag na afronding van de interventie?

Is er een vermindering waar te nemen in valongevallen en een toename in dagelijkse activiteiten na afronding van de interventie?

Zijn er neveneffecten van de interventie te onderscheiden (zoals op eenzaamheid en gezondheidsbeleving)?

Interventie

De interventie bestond uit acht groepsbijeenkomsten van telkens 1,5-2 uur. Tijdens de bijeenkomsten werd er door een getrainde ergotherapeut voorlichting gegeven over valrisico, werden deelnemers getraind in het omzetten van hun negatieve gedachten in positieve gedachten en werden gezamenlijk spierversterkende oefeningen uitgevoerd. De therapeuten hadden -waar nodig- een biculturele achtergrond, affiniteit en ervaring met de doelgroep oudere migranten. Het cursusmateriaal werd met beelden opgemaakt en zo min mogelijk tekst. Huiswerk oefeningen zijn geschrapt.

Methode

Voor het vaststellen van de effecten is een quasi-experimentele opzet gebruikt, zonder controlegroep en met twee meetmomenten: een voormeting (voor de start van de cursusbijeenkomsten) en een nameting (tijdens de laatste bijeenkomst of vlak daarna).

De procesevaluatie werd uitgevoerd door middel van gestructureerde vragenlijsten, diepte interviews, observaties en registraties om inzicht te krijgen in het bereik van de doelgroep, de programma-integriteit, de ervaringen en het oordeel van de deelnemers, vrijwilligers en therapeuten.

Voor de werving van de deelnemers zijn potentiële vindplaatsen van de doelgroep benaderd; dit betrof veelal woongroepen, buurthuizen en initiatieven voor dagbesteding voor oudere migranten. Naast het ontwikkelen van een aangepaste en vertaalde flyer werd de meeste aandacht besteed aan persoonlijke werving en mond-tot-mond verspreiding van de informatie. In de periode maart 2017 tot februari 2018 zijn zes groepen geïncludeerd in het project, waarvan twee Surinaamse, twee Turkse (mannen en vrouwen apart) en twee Marokkaanse (mannen en vrouwen apart).

Resultaten

In totaal zijn 76 deelnemers geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van 72 jaar (sd.±6,6). 42% heeft een Turkse achtergrond, 26% een Marokkaanse, 22% een Surinaamse en 9% een etnisch gemengde achtergrond. Verder was 40% van de deelnemers man en 60% vrouw. Twee derde van de deelnemers heeft geen onderwijs of alleen basisonderwijs afgerond. Ongeveer twee derde van de doelgroep geeft aan de Nederlandse taal niet of een beetje te kunnen verstaan of spreken. De resultaten van de procesevaluatie laten zien dat de deelnemers (zeer) tevreden waren over de (inhoud van de) cursus en de therapeut. Het bereik van de doelgroep was goed en de uitval zeer beperkt. Ook de therapeuten waren tevreden over de inhoud en opbouw van de cursus en hebben deze conform protocol kunnen implementeren. Er werd echter vaak een beroep gedaan op hun creativiteit en improvisatievermogen, wat inherent is aan het werken met deze doelgroep. Verder was het voor hen belangrijk om voldoende tijd en energie te investeren in het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de deelnemers. Op basis van de effectevaluatie blijkt dat de deelnemers na de cursus minder valangst ervaren bij het uitvoeren van verschillende activiteiten. Het merendeel gaf aan veel baat te hebben bij de cursus: ze bewegen zich veiliger, hebben meer zelfvertrouwen en kunnen beter om gaan met de negatieve gevolgen van vallen. Verder zijn er aanwijzingen voor een positief effect van de cursus op het verminderen van sociale eenzaamheid en op het verbeteren van de gezondheidsbeleving. Na de interventie is er echter geen verschil te zien in valangst (zoals gemeten met een 5-punts Likertschaal), valongevallen of de hoeveelheid dagelijkse activiteiten.

Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat de deelnemers aan de cultuursensitieve versie van Zicht op Evenwicht baat hebben gehad bij de cursus en zeer tevreden waren over zowel de cursus als de therapeuten. Na afloop van de interventie blijken zij ook significant minder valangst te ervaren bij verschillende dagelijkse activiteiten zoals het uitvoeren van huishoudelijke taken en het bezoeken van sociale gelegenheden. Echter, zoals gemeten met een 5-punts Likertschaal, was er geen verschil waar te nemen in valangst na de interventie. Rekening houdend met de kenmerken van deze doelgroep en de goede implementatie van de cursus, kan worden geconcludeerd dat de positieve effecten toe te schrijven zijn aan de interventie. Een andere belangrijke conclusie is dat de doelgroep oudere migranten, zowel mannen als vrouwen, goed te bereiken is met de juiste inzet van personeel (o.a. sleutelfiguren), middelen en wervingskanalen. Hoewel de werving intensiever is vergeleken met autochtone ouderen, blijkt de uitval bij oudere migranten minimaal te zijn. Dit is een sterke indicatie voor interesse in en behoefte aan dergelijke preventieve activiteiten. Na verdere aanpassing en ontwikkeling van op oudere migranten afgestemde cursusmaterialen, is deze interventie geschikt voor implementatie op grotere schaal. Voor de implementatie en een optimale overdracht van de kernelementen van de interventie is het inzetten van biculturele therapeuten noodzakelijk.

Naast kennis van de taal, cultuur, benaderingswijze/bejegening van de doelgroep is een grote mate van flexibiliteit, creativiteit en improvisatievermogen essentieel om de voorlichting en de aanpak af te stemmen op een laaggeletterde doelgroep .

2 Inleiding

2.1 Aanleiding project

Ouderen met een migratieachtergrond zijn een groeiende groep in de Nederlandse samenleving. Anno 2018 wonen in Nederland 126.493 ouderen (65 jaar of ouder) met een niet-westerse achtergrond (CBS, 2017). Na tien jaar zal dit aantal bijna verdubbelen naar 245,931 (CBS, 2017). Niet-westerse migranten zijn op meerdere levensdomeinen kwetsbaar: ze hebben in vergelijking met autochtone ouderen een relatief slechtere gezondheid, leven vaker in armoede en ervaren meer eenzaamheid (mede als gevolg van de taalbarrière) (Den Draak & De Klerk, 2011; Denktas, 2011; El Fakiri & Bouwman-Notenboom, 2015; Michon, 2015; Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten 2009; Schellingerhout, 2004). Verder blijkt uit onderzoek dat valangst en vallen meer voorkomen bij niet-westerse migranten dan bij hun Nederlandse leeftijdsgenoten (El Fakiri et al., 2016). De voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde odds ratio (= OR) voor valangst bedroeg 5,3 (95% BI 3,0-9,3) voor de Marokkaanse doelgroep, 5,5 (95% BI 3,5-8,7) voor de Turkse en 4,7 (95% BI 3,6-6,2) voor de Surinaamse ouderen. Deze verschillen in de prevalentie van valangst tussen oudere migranten en hun Nederlandse leeftijdsgenoten blijven bestaan na correctie voor verschillen in sociaal economische status (SES) en gezondheid. De odds ratio voor (herhaald) vallen was bij oudere migranten 2 tot 3 keer hoger vergeleken met de Nederlandse groep (OR 2,9 (95% BI 1,8-4,8) voor Turkse en OR = 2,1 (95% BI 1,6-2,8) voor Surinaamse ouderen). Deze verhoogde OR werd echter geheel verklaard door verschillen in SES en gezondheid (El Fakiri et al., 2016).

Vallen bij thuiswonende ouderen vormt een groot gezondheidsprobleem. Het leidt niet alleen tot lichamelijk letsel, vaak ontstaat er ook een angst om nogmaals te vallen. Tevens kunnen ouderen, zonder zelf gevallen te zijn, valangst ontwikkelen als gevolg van toenemende kwetsbaarheid. Valangst kan leiden tot het vermijden van activiteiten, een toename van valincidenten, een verminderd fysiek, sociaal en mentaal functioneren, een vervroegde opname in een verpleeghuis en een afname van levenskwaliteit (Scheffer, 2008; Zijlstra et al., 2007).

In Nederland is 54% van de autochtone Nederlandse 70-plussers weleens bang om te vallen (Zijlstra et al., 2007). Bijna 38% vermeldt bepaalde activiteiten te vermijden. Ruim 66% van de 70-plussers die valangst ervaren vermijdt het uitvoeren van activiteiten uit angst om te vallen (Zijlstra et al., 2007).

Ondanks de veelheid aan interventies op het gebied van valpreventie en preventie van valangst (Loketgezondleven.nl, 2018; Veiligheid NL, 2016), is er in Nederland nauwelijks aandacht besteed aan etnische aspecten en eventuele culturele verschillen bij val(angst)preventie. Een cultuursensitieve preventieve interventie gericht op valangst specifiek bij oudere migranten ontbreekt vooralsnog (in Nederland). Tot op heden is Zicht op Evenwicht de enige beschikbare effectieve interventie gericht op valangst (De Jonge et al., 2013; Dorresteyn et al., 2016; Loketgezondleven.nl, 2018; Lugtenberg et al., 2013; Zijlstra, Dorresteyn, Vlaeyen, & Kempen, 2013; Zijlstra et al., 2009), maar deze interventie is minder geschikt voor mensen die geen Nederlands spreken en/of lezen (Zichtopevenwicht.nl, 2016). De beheersing van de Nederlandse taal door oudere migranten is ontoereikend om een dergelijke interventie te kunnen volgen.

Het percentage analfabeten (ook in de eigen moedertaal) is hoog en loopt op tot meer dan 90% bij oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen (El Fakiri & Bouwman-Notenboom, 2015; Schellingerhout, 2004). Het opleidingsniveau van Surinaamse ouderen ligt veel hoger vergeleken met Turkse en Marokkaanse ouderen, hoewel het percentage dat geen opleiding heeft gevolgd nog altijd groter is dan bij de autochtone ouderen (El Fakiri & Bouwman-Notenboom, 2015; Schellingerhout, 2004). Verder geldt voor de meeste (Nederlandse) interventies dat oudere migranten over het algemeen niet of nauwelijks bereikt worden. De organisaties die de interventies organiseren zijn meestal niet gericht op migranten of hanteren wervingsstrategieën die niet aansluiten bij specifieke kenmerken van oudere migranten (Pharos, 2015). In verschillende onderzoeken blijkt dat het gebruik van etnisch specifieke kanalen essentieel is voor het bereiken van groepen waarvan de eerste (moeder)taal anders was dan het Nederlands (El Fakiri et al., 2014; Hartman, 2013; Hesselink, Verhoeff, & Stronks, 2009; Joosten-van Zwanenburg, Kocken, & de Hoop, 2004).

Gezien de toenemende vergrijzing onder migranten, hun verminderde gezondheidstoestand en hogere mate van lichamelijke inactiviteit en het feit dat ze langer thuis wonen, wordt verwacht dat de valproblematiek, de valangst en het gerelateerd vermijdingsgedrag bij deze groep aanzienlijk zullen toenemen. Dit benadrukt het belang van de preventie van deze problematiek bij hen.

2.2 De interventie Zicht op Evenwicht

De cursus Zicht op Evenwicht (ZoE) is een effectief bewezen Nederlandse interventie voor de preventie van valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag (Loketgezondleven.nl, 2018; Zijlstra, Van Haastregt, & Kempen, 2012). Het richt zich voornamelijk op het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden om gevoelens van competentie en controle te vergroten. Hierdoor zal de kans op valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag verminderen. De deelnemers leren om hun angst en problematiek rondom vallen op een realistische wijze te interpreteren en verwerken in hun dagelijkse activiteiten. De cursus bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten van twee uur en een herhalingsbijeenkomst die twee maanden na afloop van de cursus plaats vindt. Er bestaat ook een individuele thuisvariant van ZoE. Deze sluit aan bij de behoefte van ouderen die niet in staat zijn om naar een locatie van een groepscursus te komen. Thema's die tijdens de cursus aanbod komen: bezorgdheid om te vallen, gedachten over vallen, lichaamsbeweging, opkomen voor jezelf, veilig gedrag en veiligheid in en om het huis (Loketgezondleven.nl, 2018). Om de cognitieve gedragsverandering te realiseren wordt tijdens de cursus gebruik gemaakt van vier strategieën. Ten eerste leren de deelnemers om niet-helpende gedachten over vallen te herkennen en om te zetten naar helpende gedachten. Dit wordt gedaan met behulp van de positieve / negatieve spiraal. Ten tweede leren de deelnemers om realistische doelen op te stellen en deze uit te voeren. Ten derde ontvangen ze informatie en concrete tips over het verminderen van valrisico's. Tot slot voeren de cursisten allerlei spierkrachtoefeningen uit, onder meer met een dynaband en krijgen ze een werkboek mee met informatie, werkbladen en huiswerkopdrachten.

De aanpassingen ten opzichte van de oorspronkelijke cursus Zicht op Evenwicht kunt u vinden in hoofdstuk 4.

2.3 Doelstelling project en vraagstellingen

De doelstelling van het pilotproject is het ontwikkelen, testen en evalueren van een cultuursensitieve variant van de interventie ZoE voor de preventie van de angst om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag bij oudere migranten.

Het huidige onderzoek heeft tot doel om deze cultuursensitieve groepsvariant van ZoE te evalueren wat betreft het proces en effecten en om aanbevelingen te formuleren ter verdere verbetering van de interventie en implementatie onder oudere migranten.

De volgende vragen zijn geformuleerd:

Procesevaluatie:

1. Wat is het bereik van de doelgroep en in welke mate is de beoogde doelgroep bereikt?
2. Is de interventie conform plan uitgevoerd? (programma integriteit)
3. Hoe waarden de deelnemers en de uitvoerders de interventie?
4. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie?

Effectevaluatie:

1. Is er een vermindering waar te nemen in valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag na afronding van de interventie?
2. Is er een vermindering waar te nemen in valongevallen en een toename in dagelijkse activiteiten na afronding van de interventie?
3. Zijn er neveneffecten van de interventie te onderscheiden (zoals op eenzaamheid en gezondheidsbeleving)?

3 Methode

Het onderzoek betreft een procesevaluatie en een effectevaluatie. Hieronder wordt beschreven hoe de gegevens van de deelnemers zijn verzameld en verwerkt.

3.1 Onderzoeksopzet en studiepopulatie

Om het effect van de cultuursensitieve variant van Zicht op Evenwicht te bepalen is een quasi-experimentele opzet gebruikt zonder controlegroep met twee meetmomenten: een voormeting en een nameting. De voormeting vond een week voor de start van de eerste cursusbijeenkomst plaats en de nameting veelal tijdens de laatste cursusbijeenkomst of een week erna. Verder is er een procesevaluatie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de mate waarin de interventie conform protocol is geïmplementeerd, ervaringen en het oordeel van de deelnemers, vrijwilligers en therapeuten.

De doelgroep voor de pilotinterventie bestond uit oudere mannen en vrouwen (60 jaar en ouder) van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst, woonachtig in Amsterdam en met enige mate van valangst. De interventie is minder geschikt voor mensen met cognitieve beperkingen (zoals bijvoorbeeld dementie), doof of (zeer) slechthorend zijn, blind of (zeer) slechtziend zijn, bedlegerig of rolstoel gebonden zijn (binnens- en buitenshuis). Deze deelnemers werden dan ook geëxcludeerd van de studie. De minimale grootte van de onderzoekspopulatie is vastgesteld door middel van een powerberekening gebaseerd op de primaire uitkomstmaat (angst om te vallen). Om een effectgrootte van minimaal 0,11 als significant aan te treffen in een 2-zijdige toets bij een $\alpha=0,05$ en een power van $(1-\beta)=0,80$, is een streekproef van $N=46$ nodig. Bij de berekening is uitgegaan van het onderzoek van Zijlstra et al. (2012) en de prevalentie van valangst onder oudere migranten (El Fakiri, et al 2016). Rekening houdend met een uitval van 40% dienen er daarom 90 proefpersonen deel te nemen aan de pilotstudie. Aangezien de cursusgroepen etnisch homogeen en soms man-vrouw gescheiden (in het geval van de Turkse en Marokkaanse ouderen) moeten zijn, komt dit neer op het organiseren van zes cursusgroepen met elk maximaal 15 deelnemers. Meer concreet: 2 Turkse (1 mannengroep, 1 vrouwengroep), 2 Marokkaanse (1 mannengroep, 1 vrouwengroep) en 2 Surinaamse groepen (1 Hindoestaanse groep, 1 Creoolse groep). Voor de werving van de deelnemers zijn verschillende potentiële 'vindplaatsen' benaderd.

Geïnteresseerde deelnemers zijn geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de cursus. Ter beschikking werden informatiebrieven en flyers in het Turks-Nederlands of Arabisch-Nederlands gesteld. Voorafgaand aan de voormeting werd een informed consent voorgelegd in het Nederlands of in de eigen taal en de vraag gesteld om dit te ondertekenen¹.

¹ Het verkrijgen van Informed consent van oudere migranten is over het algemeen heel moeizaam en kan zelfs de medewerking aan het onderzoek cq. Interventie negatief beïnvloeden. Speciale aandacht en passende uitleg door een vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld een sleutelfiguur, familielid, ed.) zijn van groot belang om dit proces te faciliteren.

In totaal deden 76 ouderen mee aan de pilotstudie. Van 67 deelnemers werd de vragenlijst (voormeting) voor de start van de cursus afgenomen, bij negen was dit omwille van allerlei redenen niet mogelijk (bijv. vakantie of andere verplichtingen). In de loop van de interventie zijn 13 deelnemers uitgevallen. De redenen die zij hiervoor aangaven waren o.a. vakantie, ziekte en afstand tot de cursuslocatie. Uiteindelijk zijn van 54 deelnemers volledige gegevens, dat wil zeggen met een voor- en nameting, beschikbaar voor de analyses voor de effectevaluatie. Voor de procesevaluatie zijn gegevens van 63 deelnemers beschikbaar.

3.2 Databronnen

De dataverzameling voor het evaluatieonderzoek vond plaats gedurende de projectperiode, gelijk met de pilot-interventie tussen het voorjaar van 2017 en begin 2018. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van gestructureerde vragenlijsten, diepte-interviews met de therapeuten en een viertal vrijwilligers, observaties bij drie van de cursusgroepen en aanwezigheidsregistraties.

3.2.1 Gestructureerde vragenlijsten

Tijdens een kennismakingsbijeenkomst zijn de vragenlijsten voor de voormeting afgenomen. Bij de Turkse en Marokkaanse groepen werden deze vragenlijsten afgenomen door interviewers die zowel het Nederlands als de taal van de ouderen goed beheersten. Alle deelnemers werden één voor één geïnterviewd. Per interviewronde waren er gemiddeld twee tot vier interviewers aanwezig, afhankelijk van de groepsgrootte en de beschikbaarheid van de interviewers. De interviews zijn face-to-face afgenomen op de cursuslocatie. De interviewers hebben vooraf instructie ontvangen over het onderzoek en de vragenlijsten.

In de vragenlijst van de nameting is een deel van de vragen t.b.v. de procesevaluatie opgenomen, zoals de ervaringen en meningen van de deelnemers. De vragenlijsten bestonden uit gesloten meerkeuzevragen (ja/nee, en meerkeuze vragen, schalen) en een aantal open vragen. Verder was er ruimte voor de deelnemers om extra opmerkingen en aanvullingen te geven.

De volgende onderwerpen zijn opgenomen in de vragenlijst voor de voormeting en nameting. Tenzij anders vermeld, is de referentieperiode bij de voormeting zes maanden voorafgaand aan de cursus. Bij de nameting hadden de vragen betrekking op de periode gedurende de cursus.

Achtergrondkenmerken deelnemers

Sociaal demografische kenmerken: geslacht, geboortjaar, geboorteland, jaar van komst naar Nederland, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau, werksituatie, financiële situatie en mate van beheersing van de Nederlandse taal. Hierbij is zoveel mogelijk rekening gehouden met de vraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (2011). Waar nodig zijn vraagstellingen aangepast of vragen toegevoegd.

Vallen en bezorgdheid om te vallen

Vallen en valangst: om te bepalen of de deelnemers waren gevallen is een enkelvoudige vraag gesteld: hoe vaak bent u gevallen? Nooit, 1 val, 2 vallen, 3 vallen, 4 vallen, 5 of meer vallen.

Indien de deelnemer gevallen was, werd gevraagd waar dit gebeurde, binnenshuis of buitenshuis en of er een letsel was opgelopen. Verder werden de deelnemers gevraagd of ze een hulpmiddel gebruikten bij het lopen (een stok, een rollator of een ander hulpmiddel). Om de bezorgdheid om te vallen te meten, werd de volgende enkelvoudige vraag gesteld: hoe vaak bent u bezorgd om te vallen? Nooit, bijna nooit, soms, vaak, erg vaak, waarbij de antwoordcategorieën soms, vaak en erg vaak beschouwd worden als 'het hebben van valangst', en nooit en bijna nooit als 'geen valangst'.

Bezorgdheid om te vallen bij dagelijkse activiteiten is gemeten met behulp van de Falls Efficacy Scale (FES). Deze 16-item schaal meet de bezorgdheid om te vallen bij activiteiten zoals: schoonmaken, het aan- of uitkleden, koken, traplopen en wandelen (al dan niet op een gladde ondergrond).

De antwoordcategorieën waren: helemaal niet bezorgd (1 punt), een beetje bezorgd (2 punten), tamelijk bezorgd (3 punten) en erg bezorgd (4 punten). Deelnemers konden op deze wijze minimaal 16 tot maximaal 64 punten scoren, waarbij een afkappunt van >23 punten impliceert dat iemand een hoge mate van bezorgdheid heeft om te vallen bij het ondernemen van dagelijkse activiteiten (Delbaere et al., 2010; Zijlstra et al 2012). Voor de analyse is de gemiddelde score voor en na de cursus bepaald.

De vragen rond *gevoel van controle over vallen* werden gesteld, maar verder niet meegenomen in de analyses. Dit vanwege de ernstige twijfels over de validiteit van de antwoorden: de meerderheid van de deelnemers begreep één of meerdere stellingen niet, zelfs na herhaalde uitleg (in de eigen taal).

Alledaagse activiteiten

Om inzicht te krijgen in de hoeveelheid activiteiten die deelnemers dagelijks uitvoerden en of hier een verandering in plaatsvond gedurende de cursus, werd de FAI (Frenchay Activities Index) als meetinstrument gebruikt. De FAI evalueert retrospectief 15 dagelijkse activiteiten die de deelnemers hebben ondernomen (Schuling, De Haan, Limburg, & Groenier, 1993; Zijlstra, Van Haastregt, Van Eijk, & Kempen, 2005, Zijlstra et al, 2012).

De antwoordmogelijkheden waren: nooit, soms (minder dan 1 keer per maand), regelmatig (1 tot 3 keer per maand) of vaak (minstens 1 keer per week). Voor het huidige project zijn 10 van de 15 activiteiten opgenomen in de vragenlijsten; de resterende vijf bleken minder geschikt voor of niet van toepassing op oudere migranten.

Overige mogelijke effecten

Hierbij valt te denken aan het volgende:

Gezondheidsbeleving: geeft een samenvattend oordeel over de eigen gezondheid. Mensen met een ongunstige gezondheidsbeleving hebben een groter risico op verscheidene ziektes, meer zorggebruik en (vroegtijdige) sterfte. De gezondheidsbeleving is gemeten met de volgende enkelvoudige vraag: hoe is over het algemeen uw gezondheid? De deelnemers konden kiezen uit: zeer goed, goed, gaat wel, slecht of zeer slecht (Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (2011)).

Eenzaamheid/sociaal isolement: Hiervoor zijn de vijf items uit De Jong-Gierveld schaal gebruikt die betrekking hebben op sociale eenzaamheid (De Jong-Gierveld & Van Tilburg, 2008).

Aanvullend is er nog een enkelvoudige vraag gesteld, namelijk: Hoe vaak voelde u zich eenzaam in de afgelopen 4 weken? (Antwoordcategorieën: nooit, af en toe, soms, meestal, de hele tijd).

Ervaren baat van de deelnemers bij de cursus: tijdens de nameting is een twaalfstal stellingen (Zijlstra, et al 2012) voorgelegd aan de deelnemers om na te gaan wat de ervaren baat is van de cursus.

Voorbeeldvragen zijn: door het volgen van de cursus ' beweeg ik veiliger' of ' ben ik zekerder geworden'.

Waardering interventie door de deelnemers

De tevredenheid over de cursus werd aan de hand van verschillende vragen bepaald: tevredenheid met de duur van de cursus en het aantal bijeenkomsten, de meest en minst favoriete onderdelen uit de cursus, het nut en de begrijpelijkheid van de onderwerpen en de hoeveelheid informatie. Verder werden de deelnemers gevraagd of ze thuis de lichamelijke oefeningen uitvoerden, of ze de cursus zouden aanbevelen bij bekenden en of ze als vrijwilliger zouden willen meehelpen bij een volgende cursus. Tot slot is de beschikbare informatie over valpreventie uit andere bronnen dan de cursus geïnventariseerd. Deze tevredenheidsvragen zijn gebaseerd op Zijlstra et al. (2012) en El Fakiri et al. (2014) en aangepast aan de huidige interventie.

3.2.2 Diepte-interviews

De diepte-interviews zijn afgenomen met alle therapeuten (zes interviews waarvan twee met dezelfde therapeut die twee cursussen heeft gegeven) en met vrijwilligers (drie interviews waarvan één met twee vrijwilligers). Voor alle interviews is een topiclijst opgesteld, die als leidraad diende tijdens het interview. Op deze wijze was de geïnterviewde vrij om zijn/haar verhaal te vertellen en kreeg de interviewer de ruimte om aanvullende vragen te stellen. Alle interviews zijn afgenomen door de betrokken medewerkers van dit project. Met toestemming van de geïnterviewden zijn de interviews opgenomen en ad verbum uitgewerkt.

De thema's die aan bod kwamen tijdens de interviews met de therapeuten en/of de vrijwilligers waren: de organisatie/werving, de inhoud en het verloop van de cursus, de beschikbaar gestelde en ingezette materialen, de samenwerking tussen de verschillende partijen (therapeuten, vrijwilligers en GGD), de rol van de vrijwilliger tijdens de cursus en de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie.

3.2.3 Observaties

Bij drie van de zes cursusgroepen, namelijk de Marokkaanse mannen- en vrouwengroep en de Turkse vrouwengroep, zijn observaties door onderzoeksassistenten uitgevoerd die de taal van de cursusgroep beheersen. De observaties waren bedoeld om te achterhalen hoe de cursusbijeenkomsten verliepen, of alle onderdelen aan bod kwamen en hoe de interactie was tussen de therapeut en de deelnemers, en tussen de deelnemers onderling. Voor de observaties werden bestaande formulieren gebruikt die ontwikkeld werden in het kader van het project Diabetes Voorkomen (El Fakiri et al., 2014). Deze zijn aangepast aan de inhoud van Zicht op Evenwicht voor oudere migranten. Hierin waren, naast de feitelijke informatie zoals opkomst en duur van de bijeenkomst, alle onderdelen van de te behandelen theorie en de bewegingsoefeningen opgenomen.

3.2.4 Aanwezigheidsregistraties

Tijdens elke bijeenkomst werd de aanwezigheid van de deelnemers genoteerd door de therapeut, de aanwezige vrijwilliger of onderzoeksassistente. Op deze wijze kon de opkomst van de deelnemers worden bijgehouden.

3.3 Data-analyse

Om inzicht te geven in de kenmerken van de deelnemers, het bereik en de tevredenheid over de interventie is beschrijvende statistiek toegepast (frequentieverdelingen en gemiddelden).

Voor het vergelijken van de uitkomsten vóór en na de interventie wordt gebruik gemaakt van verschillende toetsen: de McNemar toets voor nominale variabelen en de gepaarde t-toets of Wilcoxon signed rank toets voor het toetsen van continu variabelen.

Voor de effectevaluatie zijn alleen gegevens van respondenten met resultaten voor beide meetmomenten gebruikt. De resultaten worden gepresenteerd voor de totale groep; daar waar mogelijk zullen analyses worden uitgevoerd naar relevante kenmerken zoals geslacht, leeftijd of opleiding. Voor de statistische data-analyse is gebruikt gemaakt van SPSS².

Voor de kwalitatieve data-analyse van de procesevaluatie zijn allereerst de interviews ad verbum uitgeschreven. Vervolgens zijn ze geanalyseerd met behulp van het programma MAXQDA³.

De getranscribeerde teksten zijn gecodeerd door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar. Dit om de betrouwbaarheid en objectiviteit van de coderingen en analyses te waarborgen. De analyse is uitgevoerd volgens het concept van de Grounded Theory Approach voor kwalitatieve data-analyse. Allereerst kregen alle relevante fragmenten een code. Vervolgens zijn deze codes samengevoegd in meer abstracte codes. Tot slot is er een verhaallijn ontworpen voor de resultaten.

² IBM SPSS Statistics 21

³ MAXQDA Qualitative Data Analyse software, 2018

4 Zicht op Evenwicht voor Oudere Migranten (ZoEM)

Voor de proefimplementatie van de pilot zijn een aantal aanpassingen verricht om ervoor te zorgen dat de cursus cultuursensitief is en aansluit op de doelgroep, waarbij de kernelementen van de interventie behouden werden. Aanpassingen zijn verricht aan de methoden en cursusopbouw, het cursusmateriaal en de inhoud van de bijeenkomsten (tabel 4.1.).

Op basis van de focusgroeps gesprekken met oudere migranten en ervaringen uit eerdere projecten zijn de keuzes voor de aanpassingen gemaakt. Een samenvatting van de informatie uit focusgroepen is te vinden in bijlage 1.

De inhoud van de cursus bestond, net als de oorspronkelijke ZoE, uit onderwerpen als de positieve/negatieve spiraal, risico's in en om het huis, veilig gedrag en omgaan met bezorgdheid om te vallen. Verder is het onderwerp 'hulpmiddelen' toegevoegd, omdat uit de focusgroepen bleek dat deelnemers hier vaak behoefte aan hebben of omdat ze deze niet durfden, konden of wilden gebruiken. Ook wisten ze niet welke hulpmiddelen allemaal beschikbaar waren, waar deze aangeschaft konden worden en hoe duur deze waren.

De informatie werd ondersteund met veel beeldmateriaal. De casussen uit de oorspronkelijke cursus zijn waar nodig aangepast aan de belevingswereld van de deelnemers. De namen van de personages zijn eveneens aangepast aan namen uit de desbetreffende etnische groepen en sociale gelegenheden/activiteiten in de casus zijn ook toegespitst op de leefwereld en geloofsovertuiging van de deelnemers.

De materialen die zijn ontwikkeld voor ZoE zijn uitsluitend in het Nederlands beschikbaar. Deze zijn aangepast voor ZoEM, zodat ze leiden tot een betere herkenbaarheid bij oudere migranten en aansluiten bij hun belevingswereld. Zo is de PowerPoint presentatie vereenvoudigd door zo veel mogelijk tekst en lange zinnen te vervangen door afbeeldingen. Het doel van de PowerPoint was om het verhaal van de therapeuten visueel te ondersteunen. Het werkboek met huiswerkopdrachten werd niet gebruikt, ook niet bij groepen die het Nederlands voldoende of goed beheersen, zoals de Surinaamse ouderen. Ook werd de voor ZoE beschikbare DVD niet gebruikt tijdens de pilot vanwege de taalbarrière en de niet-herkenbare context voor migranten. Een nieuwe DVD ontwikkelen lag qua tijdsplanning en budget niet binnen de mogelijkheden van het huidige project. Ter ondersteuning van de deelnemerswerving is een tweetalige folder ontwikkeld (Turks/Nederlands en Arabisch/Nederlands).

De oorspronkelijke ZoE cursus bestaat uit acht bijeenkomsten en een herhalingsbijeenkomst die twee maanden later plaats vindt. Vanwege de strakke projectplanning en de te verwachten grote uitval bij deze doelgroep, werd de keuze gemaakt om geen herhalingsbijeenkomst te organiseren. Tijdens de achtste en tevens laatste bijeenkomst werd enige tijd ingepland voor de evaluatie en afronding van de cursus. De opbouw van de oorspronkelijke bijeenkomsten is zodanig ingedeeld dat in elke sessie een nieuw thema wordt behandeld.

Voor ZoEM is ervoor gekozen om uitleg te geven over moeilijke/complexere cursusonderdelen (zoals het omzetten van negatieve in positieve gedachten), tijdens meerdere sessies te herhalen en de meest praktische/eenvoudige topics eerst aan bod te laten komen. Ook werd beslist om vanaf de eerste bijeenkomst en niet vanaf de derde, de lichamelijke oefeningen te starten en deze bij iedere bijeenkomst te herhalen.

Alle aanpassingen zijn verwerkt in een compacte cursushandleiding die van tevoren ter inzage is gegeven aan een tweetal therapeuten, verbonden aan dit project. Hen is gevraagd naar feedback en naar hun oordeel over de volledigheid en werkbaarheid van de handleiding. De feedback van beide therapeuten werd verwerkt in een nieuwe versie van de handleiding voor de pilot ZoEM.

Alle cursusleiders zijn geworven en geselecteerd op basis van hun affiniteit en ervaring met de doelgroep. Voor de Turkse en Marokkaanse groepen zijn, naast hun professionele kennis en ervaring, therapeuten met eenzelfde etnische en culturele achtergrond aangeworven vanwege de herkenbaarheid en taalbarrière. Alle therapeuten hebben voorafgaand aan de pilot de officiële train-de-trainer cursus voor Zicht op Evenwicht gevolgd aan de Trimbos Academie, wat een voorwaarde is om de cursus ZoE zelfstandig te mogen aanbieden als therapeut.

Tabel 4.1 Aanpassingen Zicht op Evenwicht (ZoE) voor cultuursensitieve variant (ZoEM)

Inhoud Cursus	ZoE	ZoEM
Aantal bijeenkomsten en duur bijeenkomsten	8 plus een herhalingsbijeenkomst, 2 maanden na afloop van de cursus	8 bijeenkomsten zonder herhalingsbijeenkomst, vanwege de te verwachten grote uitval
	2 uur per bijeenkomst	1,5 – 2 uur per bijeenkomst
Materiaal	DVD (Nederlands)	Niet geschikt, op basis informatie uit de focusgroepgesprekken
	Folder (Nederlands)	Tweetalig (Turks/Nederlands en Arabisch/Nederlands) Inhoud aangepast. Tekst tot minimum beperkt, achtergrondinformatie over (gevolgen van) vallen/valangst en belang van val(angst)preventie foto's gebruikt met migrantenouderen.
	Docentenhandleiding	Beknopte ZoEM versie met aangepaste casussen. (Indien nodig konden docenten bestaande docentenhandleiding raadplegen).
	Huiswerksyllabus	Niet geschikt wegens ontoegankelijk/moeilijk (Nederlands) taalgebruik.
	PowerPoint	Aangepast aan laaggeletterdheid deelnemers. Tekst vervangen door pictogrammen en afbeeldingen.
Inhoud en volgorde thema's	Elke sessie nieuw thema	Thema's komen vaker terug en eenvoudige thema's komen als eerste aan bod.
	Lichamelijke oefeningen vanaf bijeenkomst #3	Lichamelijke oefeningen vanaf bijeenkomst # 1 (oefeningen zijn een middel om aandacht deelnemers vast te houden en opkomst bij volgende bijeenkomsten te bevorderen)
	Thema 'Risico's in en om het huis' in bijeenkomst #7	Thema 'Risico's in en om het huis' in bijeenkomst #4. Is een praktisch onderwerp dat deelnemers zeer aanspreekt.
	Casussen (Nederlandse namen, Nederlandse context)	Aangepast aan culturele context en belevingswereld van deelnemers. Gebruik van herkenbare namen en situaties.
Sfeer tijdens cursus		Informeel sfeer noodzakelijk, geen ' schoolse ' situatie, gelegenheid om gezamenlijk iets te eten of te drinken e.d.
Therapeuten	Fysiotherapeut of ergotherapeut die de train-de-trainer cursus heeft gevolgd aan de Trimbo Academie	Aanvullende eis: affiniteit en ervaring met de doelgroep oudere migranten. Kennis van de moedertaal is noodzakelijk in geval van Turkse en Marokkaanse ouderen.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het evaluatieonderzoek toegelicht, waaronder een beschrijving van de kenmerken van de deelnemers, de wijze waarop de interventie is geïmplementeerd en de effecten van de pilotinterventie.

5.1 Beschrijving van de doelgroep

Tabel 5.1 geeft een omschrijving van een aantal doelgroep kenmerken (N=76)⁴. De doelgroep bestaat uit 60% vrouwen en 40% mannen. De leeftijd varieert van 60 tot 87 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 72 jaar (sd. $\pm 6,6$)⁵. Ruim de helft van de deelnemers is 70 jaar en ouder. Tevens bestaat de doelgroep uit verschillende etnische groepen. Het merendeel is afkomstig uit Turkije (42%), gevolgd door Marokko (26%) en Suriname (22%). Het opleidingsniveau van de doelgroep is over het algemeen laag. Zo heeft 38% geen onderwijs gehad en heeft 29% alleen het basisonderwijs afgerond. Ruim één op de vijf deelnemers (22%) geeft de middelbare school aan als hoogst genoten opleiding en één op de twintig (5%) heeft HBO of universiteit afgerond. Bijna twee derde van de doelgroep (63%) woont samen met hun echtgenoot, echtgenote en/of kinderen. De helft (51%) is met (vervoegd) pensioen, 37% is huisvrouw/man en de rest is werkzaam in loondienst (3%), arbeidsongeschikt (4%) of werkloos (4%).

De mate van beheersing van de Nederlandse taal door de doelgroep is (zeer) beperkt. Het merendeel kan het Nederlands niet of slechts een beetje verstaan, spreken, schrijven of lezen. Ongeveer een kwart van de deelnemers, vrijwel allemaal van Surinaamse afkomst, geeft aan goed Nederlands te kunnen lezen schrijven, spreken en verstaan.

⁴ N = 76 (67 deelnemers uit de effectevaluatie + 9 interventie)

⁵ Op advies van de therapeut mocht een 45-jarige deelnemer (voldeed dus niet aan het leeftijdscriterium van 60+) meedoen met de pilot, wegens zijn gezondheidstoestand.

Tabel 5.1: Kenmerken doelgroep pilot Zicht op Evenwicht Migranten (N=76)

	N	%
<i>Geslacht</i>		
Mannen	30	40
Vrouwen	46	60
<i>Leeftijd in categorieën</i>		
60 - 69 jaar	28	42
70 - 79 jaar	28	42
≥ 80 jaar	10	15
<i>Geboorteland</i>		
Turkije	32	42
Marokko	20	26
Suriname	17	22
Nederland	1	1
Anders	6	8
<i>Opleidingsniveau</i>		
Geen opleiding	29	38
Basisonderwijs	22	29
Middelbare school	17	22
HBO of universiteit	4	5
Anders, nl	4	4
<i>Alleenwonend</i>		
Ja	26	34
Nee	48	63
onbekend	2	2
<i>Werksituatie</i>		
Met (vervroegd) pensioen	39	51
Huisvrouw/man	28	37
Werkzaam in loondienst	2	3
Arbeidsongeschikt	3	4
Werkloos/werkzoekende	3	4
Onbekend	1	1
<i>Beheersing Nederlands (Niet/beetje)</i>		
Lezen	52	68
Schrijven	53	70
Spreken	52	68
Verstaan	47	61

5.2 Resultaten procesevaluatie

5.2.1 Werving, bereik en participatie

De werving voor deze pilotinterventie was tijdrovend en zeer arbeidsintensief. Voor de werving zijn buurthuizen, religieuze instellingen (kerken, moskeeën), gezondheidscentra, fysiotherapiepraktijken, woongroepen, dagbestedingsgroepen, verzorgingshuizen, zorgwoningen en thuiszorginstellingen benaderd. Hiervoor hebben de onderzoekers contact gelegd met sleutelfiguren in hun netwerk of sleutelfiguren die werden aangedragen door derden. De onderzoekers moesten voldoende aandacht en tijd besteden aan het opbouwen van een vertrouwensband met sleutelfiguren en potentiële deelnemers; vooral daar waar de laatsten geen goede ervaringen hadden met de gemeente als samenwerkingspartner. Daarnaast waren er verschillende zaken van belang: de mogelijkheden van (migranten)zelforganisaties waarmee samengewerkt moet worden zoals de cursuslocatie, de planning van de cursusedagen (rekening houdend met (religieuze) feestdagen en vakantieperioden) en de samenstelling van de groep. Ook hebben de onderzoekers meerdere bezoeken gebracht aan potentiële cursuslocaties, voordat over een definitieve locatie werd beslist.

Als ondersteunend materiaal is bij de werving gebruik gemaakt van flyers in het Nederlands, Turks en Arabisch. Het verspreiden van flyers voor de werving van deze groep is echter niet voldoende, omdat enerzijds persoonlijk contact noodzakelijk is voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie en anderzijds een groot deel van de doelgroep analfabeet is.

Uit de gesprekken met potentiële deelnemers bleek dat het aantal en de duur van de bijeenkomsten (acht bijeenkomsten van telkens twee uur) voor veel mensen een struikelblok vormde. Ze vonden het lastig om zich hieraan te houden. Vaak was er een behoefte om een bijeenkomst bij te wonen en nadien te beslissen of er nog steeds interesse was. Vanwege de projectduur en het beschikbare budget was er echter geen ruimte binnen het project om te experimenteren en meer dan zes cursusgroepen te implementeren. Verder bleek een centrale locatie in de buurt belangrijk voor de bereikbaarheid. Tijdens de werving en de start van de cursus bleek een busrit van 10 minuten al voldoende te zijn voor sommige deelnemers om niet deel te willen nemen of om voortijdig af te haken. Vooral de kosten die gepaard gaan bij het bereiken van de locatie zijn voor veel deelnemers bepalend. Eventuele minima-regelingen die deelnemers recht zouden geven op gratis openbaar vervoer waren niet altijd bekend. Indien ze wel bekend waren kon de wijze van aanvragen een struikelblok vormen om hier ook daadwerkelijk gebruik van te maken.

Wat betreft de samenstelling van de verschillende cursusgroepen is bij de werving ingezet op bestaande groepen. De ervaring leert dat het samenbrengen van individuele deelnemers voor een cursus over het algemeen een moeizaam proces kan zijn. Er werd ingezet op 8-15 deelnemers per cursusgroep, rekening houdend met een uitval van ongeveer 40%. In tabel 5.2 worden de uiteindelijke zes cursusgroepen toegelicht. Het aantal deelnemers per cursusgroep varieerde van 6 tot 20 deelnemers. Het totaal aantal deelnemers bedroeg bij de start 76, waarvan 64 de cursus hebben afgerond.

Bij de werving van deelnemers bij de woongroepen moesten zowel het bestuur als de individuele bewoners benaderd worden om de interesse te peilen. De eerste woongroep (cursusgroep nr. 1), met een actief bestuur en vrijwilligers, beschikte over een grote gemeenschappelijke ruimte die veelvuldig gebruikt wordt door zowel de bewoners van de woongroep als ouderen uit de buurt. De deelnemers van de cursusgroep bestonden uit bewoners van de woongroep en uit de directe omgeving.

De tweede woongroep (cursusgroep 5 en 6) had ook een (kleine) gemeenschappelijke ruimte die nauwelijks wordt gebruikt voor activiteiten. In het verleden zijn afspraken gemaakt om geen externe of onbekende deelnemers toe te laten. Bij de locatie van de dagbesteding (cursusgroep 3 en 4) had de coördinator (van dezelfde achtergrond als de ouderen) een doorslaggevende rol in het bereiken en de werving van de deelnemers en dus hoefde er geen werving op deelnemer-niveau plaats te vinden. Dit waren groepen die al jaren bijeenkwamen onder leiding van dezelfde coördinator.

De enige cursuslocatie waar een groep met individuele deelnemers werd samengesteld, bestaat uit de etnisch gemengde Surinaamse groep in het buurthuis (cursusgroep nr.2). Vergeleken met de bovengenoemde vijf groepen was de werving hier het meest arbeidsintensief.

Tabel 5.2: Overzicht cursusgroepen

Cursus #	Locatie	Etnische herkomst	Gemiddelde aantal Deelnemers	Aantal bijeenkomsten
1	Woongroep	Surinaams-Hindoestaans (♀+♂)	11	8
2	Buurthuis	Diverse etnische achtergronden (♀+♂)	8	8
3	Dagbesteding	Turks (♂)	10	8
4	Dagbesteding	Turks (♀)	20	8
5	Woongroep	Marokkaans (♀)	6	7
6	Woongroep	Marokkaans (♂)	9	6

De opkomst gedurende de cursusperiode was erg stabiel. 35% heeft alle acht bijeenkomsten bijgewoond. 75% van de deelnemers heeft ≥ 6 van de acht bijeenkomsten bijgewoond. De redenen voor uitval waren onder andere ziekte, vakantie of de afstand naar de locatie.

5.2.2 Programma-integriteit

Centraal in de cursus Zicht op Evenwicht staan het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden om beter te leren omgaan met valangst, het stellen van realistische doelen, het verminderen van risicofactoren en het stimuleren van fysieke activiteiten (Zijlstra et al., 2012). Hiervoor wordt onder meer gebruik gemaakt van de positieve en negatieve spiraal en het uitvoeren van spierversterkende oefeningen. Deze thema's komen in verschillende cursusbijeenkomsten aan bod. De positieve en negatieve spiraal is bedoeld om de deelnemers te helpen hun eigen manier van denken te analyseren en aan te passen. Op deze wijze wordt beoogd de deelnemers handvatten aan te reiken om negatieve gedachten (bijv. bewegen en het ondernemen van activiteiten) om te buigen naar positieve gedachten.

Op basis van de observaties door onderzoeksassistenten en zelfrapportage van de therapeuten, zijn we nagegaan of de cursus volgens protocol is geïmplementeerd. Er werd onder meer gekeken naar het aantal en de duur van de cursusbijeenkomsten, de aanwezigheid van deelnemers, de onderdelen die bij de informatievoorziening aan bod kwamen, de beweegactiviteiten, de gebruikte materialen en overige zaken die bevorderend of belemmerend konden werken tijdens de cursus.

Op basis van de verkregen informatie kan gesteld worden dat alle onderdelen van de cursus conform plan aan bod zijn gekomen. De therapeuten gaven allemaal aan de aangepaste handleiding te hebben gehanteerd. De volgorde van de verschillende onderdelen binnen een cursusdag is weleens aangepast, afhankelijk van de aandachtspanne en vragen van de cursisten.

Het was vaak moeilijk om de aandacht en concentratie van de deelnemers vast te houden bij het theoretische gedeelte. De therapeuten hebben veel tijd besteed aan het creëren van een vertrouwde groepssfeer. Dit zorgde ervoor dat de deelnemers persoonlijke verhalen gingen delen met de groep. Verder vroegen de beknopte opzet van de aangepaste handleiding en de samenstelling van de cursusgroepen veel van het improvisatievermogen en de creativiteit van de therapeuten. Meer informatie hierover kunt u vinden in paragraaf 5.2.3.

De therapeuten hebben aangegeven dat alle thema's uit de cursushandleiding aan bod kwamen. Wel werd benadrukt dat de positieve en negatieve spiraal een lastig onderwerp was, omdat het voor vele deelnemers te abstract was. De therapeuten poogden deze spiraal te linken aan voorbeelden uit de eigen belevingswereld van de deelnemers, zoals religie. Zo werden bijvoorbeeld negatieve gedachten vergeleken met 'inluisteringen' van de duivel. Tijdens de cursusdagen zijn telkens oefeningen uitgevoerd. Zo nu en dan waren dit oefeningen uit de handleiding, anderzijds werden deze aangevuld met oefeningen van de therapeut. Deze oefeningen werden soms met de dynaband uitgevoerd. Andere oefeningen waren gericht op het verbeteren van het evenwicht. Uit de observaties blijkt dat een enkele keer behalve de warming-up verder geen oefeningen zijn gedaan.

Wat betreft het aantal bijeenkomsten bleek dat bij vier van de zes groepen alle acht bijeenkomsten hebben plaats gevonden. Bij een mannengroep zijn cursusdag 3 en 4 samengevoegd vanwege ziekte van de therapeut. Bij een vrouwengroep zijn cursusdag 4 en 5 en cursusdag 6 en 7 samengevoegd vanwege respectievelijk ziekte van een groot deel van de deelnemers en de therapeut. Organisatorisch was het niet mogelijk de cursus langer door te laten gaan om de gemiste dagen in te halen. Door de cursusdagen samen te voegen zijn volgens de therapeuten toch alle onderdelen aan bod gekomen. De bijeenkomsten duurden meestal 1,5 tot 2 uur. In de (oorspronkelijke) handleiding staat dat de bijeenkomsten 2 uur duren.

5.2.3 Aangepaste cursusinhoud en materiaal

In hoofdstuk 4 werden de aanpassingen in de cursushandleiding beschreven. In de evaluatie gaven de therapeuten aan dat ze tevreden waren over de aangepaste handleiding en dat alle onderdelen uit de handleiding aan bod zijn gekomen. De therapeuten zijn flexibel geweest in de volgorde van de onderdelen. Zo varieerde de theorie met de praktijk en begon de les weleens met een fysieke warming-up, om zo de deelnemers actief te maken.

Aangezien de aangepaste handleiding zeer beknopt was, vroeg het meer eigen inbreng van de therapeuten vergeleken met de originele cursus. Daar wordt namelijk een zeer gedetailleerde handleiding gebruikt waarbij wordt aangegeven wat er wanneer gezegd moet worden. De therapeuten gaven aan dat een dergelijke handleiding voor deze doelgroep niet wenselijk is. Dit betekent echter dat de therapeuten hun creativiteit en inlevingsvermogen aanzienlijk hebben moeten aanspreken.

Verder was er volgens de therapeuten overlap tussen de verschillende bijeenkomsten of onderwerpen. Hoewel de deelnemers dit minder storend vonden, hadden de therapeuten het gevoel dat ze de tijd aan het opvullen waren. Dit gevoel werd versterkt door de moeilijkheid om meer diepgang aan de cursus te geven.

De deelnemers vonden het lastiger om zich te concentreren tijdens het theoretische gedeelte van de cursus. Om de aandacht vast te houden, moesten de therapeuten meer gebruik maken van afwisseling in hun verhalen en gebruikte methoden.

Ook was het belangrijk om dit gedeelte zo interactief mogelijk te maken en herkenbare casussen te introduceren, zodat de deelnemers zich meer verbonden voelden met de theorie. Om dit te bewerkstelligen gebruikten de therapeuten hun eigen ervaringen met cliënten uit dezelfde doelgroep. Sommige therapeuten hadden hierbij voldoende ervaringen, anderen hadden behoefte aan meer - en verder uitgewerkte-casussen om hun verhaal te ondersteunen. De voorbeeldcasussen in de handleiding waren voor hen niet uitgebreid genoeg.

Het gebruiken van materialen ter ondersteuning van de cursus ervaren de therapeuten verschillend. Zo heeft de therapeute van de Nederlandstalige groepen de PowerPointpresentatie intensief gebruikt en aangevuld met zelf uitgezochte filmpjes en voorbeelden. Bij de vrouwengroepen bleek het gebruik van de PowerPointpresentatie geen toegevoegde waarde te hebben, omdat er niet naar gekeken werd. Bij een vrouwengroep zorgde dit zelfs voor onrust nadat de laptop werd aangesloten op de aanwezige televisie. De vrouwen wisten niet goed wat er gebeurde en waren bang gefilmd te worden. Omwille van deze reden heeft de therapeute besloten de PowerPointpresentatie bij hen achterwege te laten. Ook bij een mannengroep werkte de PowerPointpresentatie niet zoals gewenst, omdat de deelnemers zich meer gingen focussen op de context dan op de boodschap van de afbeeldingen. Zo keken ze bijvoorbeeld meer naar de locatie waar een foto werd genomen of de kleding van degene op de foto.

Het zorgt vooral bij de groep die kijkt voor reacties als: "Ja maar wij lopen niet op zulke plekken, wij dragen dat soort dingen niet, wij eten dat soort dingen niet...". Maar daar gaat het mij niet om.

Uit de interviews met de vrijwilligers is gebleken dat de deelnemers behoefte hadden aan meer tastbare, praktische voorbeelden. De PowerPoint presentaties hadden volgens hen weinig effect. De doelgroep was wel geïnteresseerd wanneer de trainer praktische hulpmiddelen toonde zoals antislip matjes, krukjes en wandelstokken. De deelnemers konden hierdoor de informatie beter onthouden. Daarnaast riep het vragen op over de beschikbaarheid en de prijzen van deze hulpmiddelen. Deze audiovisuele combinatie is volgens de vrijwilligers het meest geschikt.

Materialen! Wij hebben laten zien hoe je ergens op kunt staan. Maar dan wel een stevige trap. Bijvoorbeeld van [meubelwinkel x], die hebben we meteen laten zien en dat is wel goed vind ik. Ze onthouden het beter. Sommigen zijn visueel, sommigen zijn auditief dus dat is mooi.

De therapeuten vonden het eventueel toevoegen van filmpjes en spelelementen in de theorie een meerwaarde. In één van de cursusgroepen werd een filmpje getoond waarin een deelneemster haar woning als voorbeeld gebruikte voor het onderdeel 'risico's in en rondom het huis'. De vrijwilligers merkten op dat de aandacht van de deelnemers meteen geprikkeld werd omdat de beelden herkenbaar waren. Ze voelden zich verbonden met de persoon uit het filmpje.

Het viel de vrijwilligers wel op dat sommige getoonde hulpmiddelen verouderd waren en hierdoor niet goed aansloten bij de doelgroep. Ze adviseerden om meer recente beelden van de hulpmiddelen te tonen, ook om de schaamte rondom het gebruik van deze middelen te verminderen.

In deze studie is ervoor gekozen de schriftelijke huiswerkopdrachten te schrappen wegens het hoge aantal analfabeten. De therapeuten gaven aan dat dit voor de meeste groepen een juiste keuze was. Twee therapeuten gaven echter aan dat sommige binnen hun groep wel capabel waren om deze huiswerkopdrachten te maken en hier baat bij konden hebben. Een kanttekening hierbij was de mogelijke verdeeldheid tussen de verschillende deelnemers (wel/geen huiswerk maken), waarbij de ene deelnemer zich sneller kan ontwikkelen dan een andere.

Volgens de therapeuten zou het aantrekkelijk zijn als er een soort keuzemenu beschikbaar is, waarbij de therapeut bij elke nieuwe groep kan bepalen welke onderdelen of technieken wel of niet gebruikt kunnen worden. Zo kan een op maat gemaakt programma worden samengesteld, waarin alle werkzame elementen gewoon behouden worden.

Voor de pilot zijn voor de Marokkaanse en Turkse deelnemers biculturele therapeuten aangeworven om de cursus in de moedertaal van de ouderen te kunnen geven. Bij de Surinaamse groepen is ervoor gekozen om de cursus in het Nederlands aan te bieden. De vrijwilligers van één van de Surinaamse groepen merkten op dat enkele deelnemers toch wat moeite hadden met de taal, ondanks de bereidwilligheid van de vrijwilligers om te vertalen. Desbetreffende deelnemers beheersten het Nederlands onvoldoende of waren onzeker om voldoende actief te participeren.

En bij allochtonen speelt ook nog de beheersing van de taal een rol. Het speelt heel sterk bij een heleboel van de ouderen die hier wonen en andere woongroepen, dat zijn mensen die niet zo goed geschoold zijn en dan denken ze van hé, als ik naar zo'n training ga dan kan ik het niet in het Nederlands zeggen of alles begrijpen. Neem bijvoorbeeld meneer (...) aan de overkant, is best iemand die met alles kan meedoen en wilt ook meedoen maar ik merk het wel bij hem als het om dingen gaat waarbij Nederlands gesproken moet worden en hem een vraag gesteld zal worden, dan is hij niet zo taalvaardig om dingen uit te leggen. Terwijl die andere meneer (...) – Ja dus hij doet met alles mee en zijn Nederlands is gewoon goed. Mevrouw (...) is ook zo'n geval. Ze is dochter van een leraar en heeft een goede opleiding gehad; thuis werd er alleen maar Nederlands gesproken.

De beslissing om na afloop van de cursus alle deelnemers een certificaat te overhandigen, aangevuld met een goodiebag vol nuttige artikelen (zoals een stapenteller of een nieuwe dynaband) werd door zowel de therapeuten als de deelnemers gewaardeerd.

5.2.4 Beoordeling interventie door deelnemers

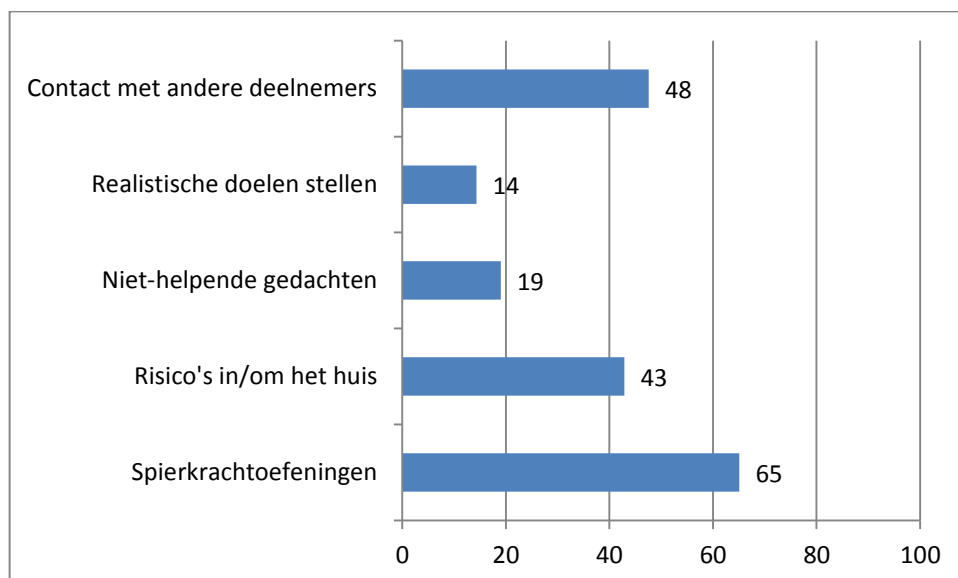
De volgende tabel toont de ervaren voordelen na afloop van de cursus. Deelnemers konden aangeven of ze het eens of oneens waren met een aantal stellingen die betrekking hebben op verschillende aspecten van de cursus. Op basis van de antwoorden is op te merken dat de deelnemers veel voordelen rapporteerden door het volgen van de cursus. Het merendeel van de deelnemers geeft aan dat ze zich veiliger bewegen (79%), dat hun vertrouwen is toegenomen (75%) en dat ze beter in staat zijn om te gaan met de negatieve gevolgen van vallen (64%).

Tabel 5.3: Ervaren baat van de deelnemers bij de cursus

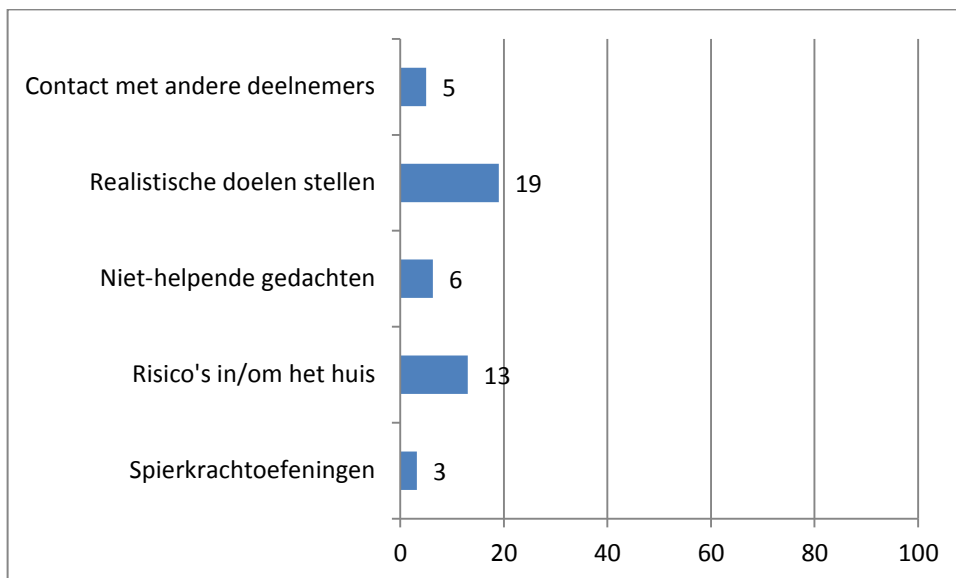
	ja, mee eens (n=63)
Ik beweeg veiliger	50 (79%)
Mijn zelfvertrouwen is vergroot	47 (75%)
Ik kan mijn negatieve gedachtes omzetten in behulpzame gedachtes	42 (67%)
Ik weet beter hoe ik met de negatieve gevolgen van vallen om kan gaan	40 (64%)
Ik ben lichamelijk actiever geworden	16 (25%)
Ik ben zelfverzekerder geworden	24 (38%)
Ik ben minder bezorgd om te vallen	36 (57%)
Mijn risico om te vallen is afgenomen	33 (52%)
Mijn woonomgeving is veiliger geworden	26 (41%)
Mijn balans is toegenomen	27 (43%)
Mijn spierkracht is toegenomen	32 (51%)

De deelnemers werden gevraagd naar hun oordeel over de verschillende aspecten en favoriete onderdelen van de cursus (zie figuur 5.1 en figuur 5.2). Het onderdeel 'spierkrachtoefeningen' werd door 65% als meest favoriete onderdeel gekozen. Als tweede favoriete onderdeel werd het contact met de andere deelnemers geselecteerd (48%), gevolgd door het praktische onderdeel 'risico's in en om het huis' (43%). Ook zijn de deelnemers gevraagd naar hun minst favoriete onderdelen. Ongeveer één op de vijf deelnemers gaf aan het onderdeel 'realistische doelen stellen' (19%) als minst favoriet te ervaren.

Figuur 5.1: Meest favoriete onderdelen (%)



Figuur 5.2: Minst favoriete onderdelen (%)

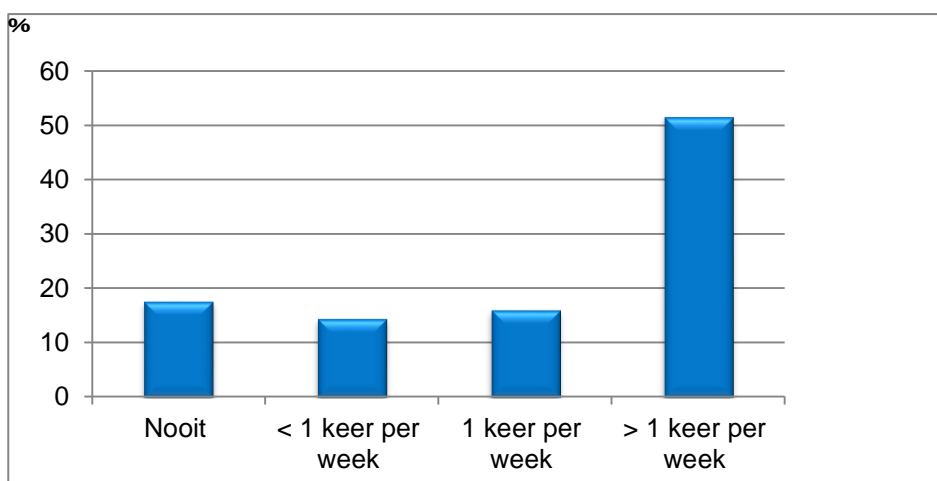


Met betrekking tot het uitvoeren van de opdrachten (oefeningen thuis) gaf de helft van de deelnemers (51%) aan meer dan eenmaal per week er thuis mee bezig te zijn. Bijna één op de vijf (18%) rapporteerde echter de oefeningen nooit thuis uit te voeren (figuur 5.3). Van de deelnemers die de opdrachten uitvoerden, gaf het merendeel aan er ongeveer 10 minuten per keer aan te besteden.

Als maat voor de tevredenheid werden de deelnemers gevraagd een cijferrapport toe te kennen aan de cursus en therapeuten. De cursus scoorde met een gemiddelde van 8,4) en de therapeut met 8,7). Van de deelnemers gaf 57% aan zeer tevreden te zijn over de cursus; 41% was tevreden. Verder was men tevreden over de duur van de bijeenkomsten (91%) en de hoeveelheid informatie (91%). Het aantal bijeenkomsten werd door 65% als 'niet veel en niet weinig' beschouwd, 32% vond het aantal bijeenkomsten onvoldoende. Op de vraag of de gegeven informatie begrijpelijk was, antwoordde 92% bevestigend. De informatie werd door 86% van de deelnemers als zinvol ervaren. Vrijwel alle deelnemers (98%) zouden de cursus aanraden aan familie, vrienden of kennissen.

Tevens werden de deelnemers gevraagd of zij bereid zijn om bij een eventuele volgende cursus als vrijwilliger op te treden. Een derde van de deelnemers (32%) zou dit wel willen; de rest had hier geen interesse in of wist het nog niet.

Figuur 5.3: Uitvoeren van lichamelijke oefeningen (%).



5.2.5 Belemmerende en bevorderende factoren

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven over de factoren die een belemmerende en/of bevorderende werking hebben op de implementatie van de interventie. Deze informatie is gebaseerd op de diepte-interviews met de therapeuten en vrijwilligers.

Creëren van vertrouwen

Op één cursusgroep na, bestonden de cursusgroepen uit deelnemers die elkaar al kenden. De therapeuten legden tijdens de interviews veel nadruk op het belang van het creëren van een vertrouwensrelatie tussen de therapeut en de deelnemers. Dit was een aspect waar ze veel tijd, energie en aandacht aan schonken. Deze investering was in hun ogen noodzakelijk voor het laten slagen van de cursus. Ook de vertrouwensrelatie tussen de deelnemers onderling was noodzakelijk om een sfeer te creëren waarin iedereen zijn of haar bijdrage kon leveren en open durfde te vertellen over angsten of struikelblokken.

Voor al bij mijn vrouwengroep, ja dan werkt gewoon echt het vertrouwen en je merkt zodra er iemand maar ook al een beetje argwaan begint te krijgen denken ze van 'hmm...', dat niet pluis gevoel zeg maar, dan komen ze al niet meer. En dan gaan ze elkaar ook opsteken, dus van 'Nou, ik ga niet meer'. Dan denkt de ander nou, dan ga ik ook niet meer, ik heb ook geen zin. Dus het is echt een stukje motivatie en mond-tot-mond reclame zeg maar. Dus als de een het leuk vindt dan brengen ze ineens nog drie andere vrouwen, dan zie je ineens dat de groep groeit.

De etnisch gemixte groep bestond uit deelnemers die elkaar niet allemaal kenden. Een deel kwam uit het ene buurthuis, de rest uit een ander buurthuis. Hierdoor was er nog geen vertrouwensrelatie tussen de deelnemers onderling.

Dit merkte de therapeute aan de onwennige sfeer, die gedurende de hele cursus in de lucht hing. Hierdoor voerden de deelnemers vooral gesprekken met de therapeute en niet met elkaar. Zo vonden de deelnemers het niet prettig dat ze soms als voorbeeld werden gebruikt voor de rest van de groep. Het inzetten van bestaande groepen kan ook nadelen opleveren, juist omdat de deelnemers elkaar al kennen en zaken over elkaar weten. Hierdoor kan schaamte makkelijker optreden, wat soms een drempel is om open over een persoonlijke situatie te praten.

Opkomst en betrokkenheid bij de cursus

Zoals eerder vermeld, was de opkomst tijdens de pilot redelijk stabiel. Indien deelnemers aan de cursus begonnen, bleven ze herhaaldelijk komen. Bij afwezigheid hadden ze vaak een legitieme reden.

De therapeuten hadden het gevoel dat veel cursisten in eerste instantie vrijblijvend begonnen aan de cursus. Volgens hen zaten de meeste deelnemers aan het begin van de cursus in een soort 'ontkenning' wat betreft het volgen van een valpreventiecursus. Ze konden zich moeilijk in een situatie plaatsen waarin ze een hulpmiddel zouden gebruiken of op de juiste manier moeten leren opstaan na een val. Er heerste een gevoel van trots onder de deelnemers en sommigen schaamden zich ervoor om het toe te geven. De therapeuten vonden het lastig dit gedrag positief te beïnvloeden.

Maar ook de ouderen zelf geven het niet toe, dat vind ik lastig. Jij weet wat je nodig hebt, jij weet dat je er baat bij hebt, maar je wilt niet meedoen. Waarom niet? – 'Anders gaat de buurman me raar aankijken'. Dat kan je dus niet beïnvloeden, dat kan je niet – hoe wil jij het gedrag van een 80-jarige beïnvloeden? Dat gaat gewoon echt niet.

Ondanks het voorzichtige begin, gaven alle therapeuten unaniem aan dat na verloop van tijd het belang van de cursus duidelijker werd bij de deelnemers. Door het opbouwen van een vertrouwensband en de wekelijkse routine, werd het enthousiasme van de deelnemers gewekt en raakten ze op die manier ook betrokken.

Over het algemeen gaven de deelnemers tijdens de les en tijdens het afnemen van de nameting aan dat ze graag door wilden met de cursus of een andere gezamenlijke activiteit, zoals een beweegcursus, sporten of Nederlandse les. Ook vroegen ze of de therapeut zich kon blijven engageren om samen met de deelnemers te blijven bewegen. Ze gaven nadrukkelijk aan dat educatie en bewegen de perfecte combinatie is. Echter, het initiëren van gezamenlijke activiteiten na de cursus is nauwelijks tot stand gekomen. De meeste deelnemers hebben hierbij grote behoefte aan een trekker die iedereen blijft motiveren en zover krijgt deel te blijven nemen. De therapeuten vervulden deze rol gedurende de duur van de cursus.

Ze hadden in het begin ook een groep verzameld waarvan ze dachten, we gaan dus elke zondag wandelen met zijn allen. Dus zij raakten gemotiveerd, ze waren zo fanatiek aan het sporten. (...) Ja toen ging het sneeuwen volgens mij. Dan hebben we ook weer die 'niet-helpende gedachten'.

Eén van de mannengroepen heeft wel het initiatief genomen om na afloop van de pilotcursus op wekelijkse basis te blijven bewegen onder begeleiding van de therapeut, die gespecialiseerd is in ouderenfysiotherapie. Hij biedt hen een medisch sportabonnement aan in zijn eigen praktijk voor een sterk gereduceerd tarief, omdat hij het belangrijk vindt dat deze specifieke groep blijft bewegen.

Cursuslocatie en groepsgrootte

De locatie van de cursus was naar mening van de therapeuten belangrijk voor de opkomst van de deelnemers en de vertrouwde sfeer in de groep. Door de cursus op een voor de deelnemers bekende locatie te organiseren, werd een belangrijke drempel weggenomen. Dit werd ook bevestigd door de deelnemers tijdens de interviews voor de procesevaluatie. Echter, bij één van de groepen was gelijktijdig een zanggroep actief in een aangrenzende ruimte. Hier werden de deelnemers erg door afgeleid.

De locatie was perfect. Alles was er al en het was ook een locatie waar zij al kwamen, dat was wel fijn denk ik want dan voel je je heel vertrouwd. Het is jouw woonkamer en ik ben op bezoek. Dat is gewoon heel fijn.

Bij de werving was het van essentieel belang dat de groepen uit minimaal acht en maximaal vijftien deelnemers bestonden. De groepsgrootte werd over het algemeen als prima ervaren door de therapeuten. Eén van de groepen echter werd, na terugkeer van veel potentiële deelnemers van de zomervakantie, te groot. Dit had af en toe een ongunstig effect op hun concentratie en was het lastig voor de trainer om overzicht te houden tijdens de les en de spierkrachtoefeningen.

De groep had gewoon iets kleiner moeten, dan had je langer op bepaalde onderwerpen kunnen doorgaan. Nu wil iedereen iets vertellen. En ook met bewegen, wat ik soms wel een beetje eng vond, omdat ik niet iedereen goed in de gaten kon houden; ik dacht, 'O jee, straks gaat iemand een heel andere, verkeerde oefening doen'. Want ze zijn ook geopereerd aan de schouder, of aan een been, het zijn geen gezonde mensen en dat lukt niet.

Verder deden zich specifiek bij de vrouwengroepen regelmatig situaties voor die als storend werden ervaren door de therapeuten of andere deelnemers, zoals binnenkomende telefoontjes en het meenemen van kleinkinderen omdat de deelnemers moesten oppassen.

Behoeftte aan bewegen

De behoefte aan een gezamenlijk beweegprogramma was groot bij alle groepen. Tijdens de werving werden deelnemers enthousiast wanneer de beweegcomponent in de cursus werd toegelicht. Dat er ook voorlichting gegeven zou worden leek een ondergeschikte rol te spelen. Naarmate de cursus vorderde bleef de behoefte aan bewegen bestaan, maar werd vaak ook het belang van de theoretische informatie erkend.

Ook de therapeuten merkten dat het beweegonderdeel het belangrijkste was voor de deelnemers en dat deze hier veel tijd aan wilden besteden. Dit konden ze op een positieve manier inzetten gedurende de cursus. De wijze waarop ze dit deden hing af van de sfeer in de groep en hun eigen intuïtie over wat op dat moment goed zou werken. De therapeuten vonden het niveau van de oefeningen zeer geschikt voor deze doelgroep, maar het aantal oefeningen dat in de handleiding beschreven stond ervoeren ze als te beperkt.

Daarom hebben de therapeuten zelf extra oefeningen toegevoegd, gericht op balans en spierversterking. Dit werd door de deelnemers gewaardeerd.

Ik dacht nou, ik moet dit wel een beetje interessant voor ze maken. Dus ik probeerde ook evenwichtsoefeningen erin te verwerken, dat we het ook staand gingen doen. En toen dacht ik oké, dit zijn best wel pittige oefeningen. Als je hier je spierkracht mee traint, nou dan ben je echt wel een heel eind voor vrouwen die nooit sporten, of alleen wandelen. Dus ik vond dat wel echt perfect aansluiten qua beweegoefeningen.

Volgens de therapeuten en de vrijwilligers gaf het merendeel van de deelnemers aan thuis de oefeningen uit te voeren. Ook de therapeuten besteedden veel aandacht aan de oefeningen, zodat de deelnemers beter zouden onthouden welke oefeningen uitgevoerd dienden te worden. De dynaband werd intensief gebruikt door de deelnemers, zowel tijdens de cursusbijeenkomst als thuis. Het werd een vast onderdeel van de cursus en werd, doordat de deelnemers het mee naar huis mochten nemen, ook hun bezit. Opvallend was dat de dynaband bijna nooit werd vergeten naar de cursus, wat wijst op interesse van deze doelgroep in de cursus.

Rol van de vrijwilligers bij de cursus

In de cursusopzet was het streven dat er een belangrijke rol weggelegd was voor de vrijwilligers, zowel in de praktische ondersteuning van de docent als in het fungeren als verbindende schakel voor de cursusgroep. In de praktijk bleek de inzet van de vrijwilligers per locatie verschillend te zijn.

De vrijwilligers hadden tijdens alle fasen een actieve rol. Ze hielpen bij de werving van deelnemers of waren hier geheel verantwoordelijk voor.

Ze ondersteunden zowel de docent als de deelnemers tijdens de training. Daarnaast zorgden ze onder andere voor de voorbereidingen en consumpties, 'vertaalden' wanneer nodig de theorie nogmaals voor de deelnemers en motiveerden hen om trouw te blijven komen. Tevens waakten zij over de samenhang en cohesie binnen de groep en fungeerden ze als aanspreekpunt voor de deelnemers. Dit werkte ondersteunend voor de therapeuten. De aanwezigheid van de vrijwilligers stelde de cursisten ook op hun gemak omdat zij de vrijwilligers kennen van eerdere activiteiten uit de woongroep of buurthuis.

Ik ben met het werven bezig geweest, heb de mensen gebeld, en aangegeven wat de doelstelling is. Ik heb ook aangegeven wat de GGD verwacht, dus ook van de deelnemers. Dat ze dus inderdaad kunnen beginnen met de cursus, maar dat ze proberen deze zoveel mogelijk af te maken m.u.v. in geval van ziekte is of een calamiteit of wat dan ook. Dus dat heb ik gedaan. Ik heb hier geprobeerd ook de mensen te motiveren, om de volgende keer weer te blijven komen. En daarna zijn we over gegaan op die maaltijd hé [broodjes geregeld zodat de deelnemers niet onmiddellijk zouden vertrekken na de cursus], daarna omdat we op een gegeven moment zagen van goh, de mensen bleven toch langer.

Naast een ondersteunende rol hebben de vrijwilligers een educatieve rol en voorbeeldfunctie binnen de cursus. Ze hielpen de deelnemers met het begrijpen van de positieve/negatieve spiraal, wat lastig was vanwege de mate van abstractie. Zij erkenden het belang van de theorie en begrepen dat de deelnemers hiervoor een bepaalde 'mindset' moesten ontwikkelen. De meeste vrijwilligers hebben in de loop der jaren meerdere strategieën ontwikkeld om informatie aan de doelgroep over te brengen. Dit doen ze bijvoorbeeld door middel van toneelstukjes of het uitnodigen van een desbetreffende professional. Voor het project Zicht op Evenwicht hebben de vrijwilligers de lesstof nader uitgelegd door herkenbare voorbeelden te gebruiken en deze te vertalen (naast uitleg van de therapeuten).

Eén van de vrijwilligers werd het onderwerp van gesprek nadat zij zelf een aantal keren van haar fiets was gevallen. Zij werd als voorbeeld genomen zodat de deelnemers de theorie van de cursus makkelijker konden toepassen.

De vrijwilligers hielpen tijdens de oefeningen'. Die band moest je zo vasthouden.' Dus, die waren ook mij een beetje aan het helpen. Maar goed als je 15 man hebt, dan kan je niet iedereen tegelijk corrigeren. Dat levert vertraging op. Het eten voorbereiden, thee zetten, enzovoort. Dat was wel fijn. Je kreeg dan ook af en toe de ruimte om dan even weer door te nemen wat je gaat bespreken, of even iets te 'googlen'. Het viel nooit stil. Ten minste, het was niet rommelig maar er was altijd wel iemand die aan het vertellen was.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de vrijwilligers al eerder een valpreventie bijeenkomst wilden faciliteren, maar niet goed wisten hoe ze dit moesten aanpakken. Ze erkenden het belang van een preventieve valcursus omdat ze merkten dat veel ouderen uit hun achterban behoefte hadden aan deze informatie. Vandaar dat ze zeer tevreden waren dat de GGD met het initiatief kwam. Bovendien hebben de vrijwilligers ervaring om samen te werken met gezondheidsinstanties, waaronder de GGD, wat weer bevorderend was voor het vertrouwen van deelnemers in de GGD als organisatie. Ook organiseren ze regelmatig bijeenkomsten voor de bewoners rond gezondheid gerelateerde onderwerpen.

Er waren niet voor alle cursusgroepen vrijwilligers beschikbaar. Opmerkelijk was dat enkele therapeuten aangaven dat ze de vrijwilligers niet als een missend element ervoeren. Het is niet duidelijk wat de achterliggende redenen zijn. In beide gevallen betrof het twee cursusgroepen met een beperkt aantal deelnemers.

5.3 Resultaten effectevaluatie

5.3.1 Valangst en valongevallen

In de voormeting gaf ruim de helft (58%) van de deelnemers aan bang te zijn om te vallen (tabel 5.4). In de nameting is dit percentage nagenoeg hetzelfde gebleven (54%). Eén op de drie deelnemers had te maken met één of meerdere valongevallen (34%). Na de cursus is dit percentage gedaald naar 23%, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Tabel 5.4: Valongevallen en valangst, voor- (T₀) en na de interventie (T₁) (n=54)

	voormeting (T ₀)	nameting (T ₁)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-waarde</i>
angst om te vallen	30 (58%)	28 (54%)	0,777
valongevallen (≥ 1)	18 (34%)	12 (23%)	0,210
letsel opgelopen	6 (86%)	3 (29%)	0,375
gebruik hulpmiddel	17 (35%)	14 (29%)	0,250

5.3.2 Alledaagse activiteiten

Dagelijkse activiteiten zijn in kaart gebracht met behulp van een tiental activiteiten afkomstig uit de Frenchay Activiteiten Index (4-puntenschaal van laag tot hoog). De gemiddelde omvang van de dagelijkse activiteiten is nauwelijks veranderd na de interventie en lijkt zelfs enigszins te zijn afgenomen (29,7 (sd. ± 6,1) voor en 28,2 (sd. ± 8,3) na (t=1,91; df=44; p=0,059) (tabel 5.5). Deze afname trad met name op bij activiteiten zoals het bereiden van warme maaltijden en afwassen (bijlage 2). Subanalyses naar relevante kenmerken laten een opvallende daling zien van de dagelijkse activiteiten bij mannen (gemiddelde score 27,6 (sd. ± 6,6) voor en 24,1 (sd. ± 7,6) na de interventie (t=2,80; df=17; p=0,012).

Tabel 5.5: Effecten van de cursus op dagelijkse activiteiten, voor- (T₀) en na de interventie (T₁) (gem. (sd.); score 10-40) (N=54)

	voormeting (T ₀)	nameting (T ₁)	p-waarde
Geslacht			
<i>Vrouw</i>	31,1 (6,0)	30,9 (7,8)	0,818
<i>Man</i>	27,6 (6,6)	24,1 (7,6)	0,012
Leeftijd			
<i><75 jaar</i>	31,2 (5,4)	30,3 (7,2)	0,416
<i>≥ 75 jaar</i>	28,6 (7,1)	26,5 (9,4)	0,100
opleidingsniveau			
<i>geen opleiding</i>	28,2 (6,8)	25,1 (9,8)	0,061
<i>wel opleiding*</i>	30,5 (5,5)	29,9 (7,0)	0,454
Totaal	29,7 (6,1)	28,2 (8,3)	0,059

* Basisonderwijs en hoger

5.3.3 Valangst bij activiteiten

Een belangrijk probleem dat gepaard kan gaan met valangst of valongevallen is het vermijden van activiteiten vanwege de bezorgdheid om te vallen. Valangst bij activiteiten is gemeten aan de hand van de Falls Efficacy Scale. In tabel 5.6 is te zien dat de gemiddelde score voor valangst bij activiteiten significant was afgenomen na de cursus van 30,6 (sd. ± 12,0) naar 28,3 (sd. ± 10,4) ($t=2,0$; $df=50$; $p=0,046$).

Wanneer de resultaten uiteen worden gezet naar relevante determinanten zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau vallen met name de resultaten naar het opleidingsniveau op. Valangst bij activiteiten is duidelijk verminderd onder mensen zonder opleiding dan mensen met basisonderwijs of hoger. De gemiddelde score was gedaald van 37,7 (sd. ± 13,8) naar 31,4 (sd. ± 12,7) ($t=3,2$; $df=17$; $p=0,006$) onder ouderen zonder opleiding. De gemiddelde score vóór en na de interventie onder de groep met een basisonderwijs en hoger was hetzelfde gebleven (26,7 (sd. ± 9,0) vóór en 26,6 na (sd. ± 8,7) ($t=0,12$; $df=32$; $p=0,904$)). Ook blijken de 75-plussers en vrouwen beter te scoren na de interventie op het vermijden van activiteiten vanwege valangst dan resp. ouderen jonger dan 75 jaar en mannen. Onder de vrouwen was de gemiddelde score afgenomen van 33,6 (sd. ± 12,9) naar 30,1 (sd. ± 10,7) ($t=2,0$; $df=31$; $p=0,05$) en onder de 75-plussers van 28,7 (sd ± 8,5) naar 25,6 (sd. ± 7,4) ($t=2,1$; $df=19$; $p=0,05$). Deze effecten worden net niet als significant beschouwd.

Wanneer we naar de afzonderlijke activiteiten kijken (bijlage 2), zien we een significante afname van de bezorgdheid bij de volgende activiteiten: het bezoeken van sociale gelegenheden, het klaar maken van maaltijden, het schoonmaken in huis en het lopen op een oneffen ondergrond (zoals een slecht onderhouden stoep).

Tabel 5.6: Effecten van de cursus op valangst bij activiteiten, voor- (To) en na de interventie (T1) (gem. (sd.); score 16-64) (N=54)

	voormeting (To)	nameting (T1)	p-waarde
Geslacht			
<i>Vrouw</i>	33,6 (12,9)	30,1 (10,7)	0,051
<i>Man</i>	25,6 (8,6)	25,2 (9,5)	0,659
Leeftijd			
<i><75 jaar</i>	29,6 (12,6)	29,3 (11,6)	0,853
<i>≥ 75 jaar</i>	28,7 (8,5)	25,6 (7,4)	0,052
Opleidingsniveau			
<i>geen opleiding</i>	37,7 (13,8)	31,4 (12,7)	0,006
<i>wel opleiding*</i>	26,7 (9,0)	26,6 (8,7)	0,904
Totaal	30,6 (12,0)	28,3 (10,4)	0,046

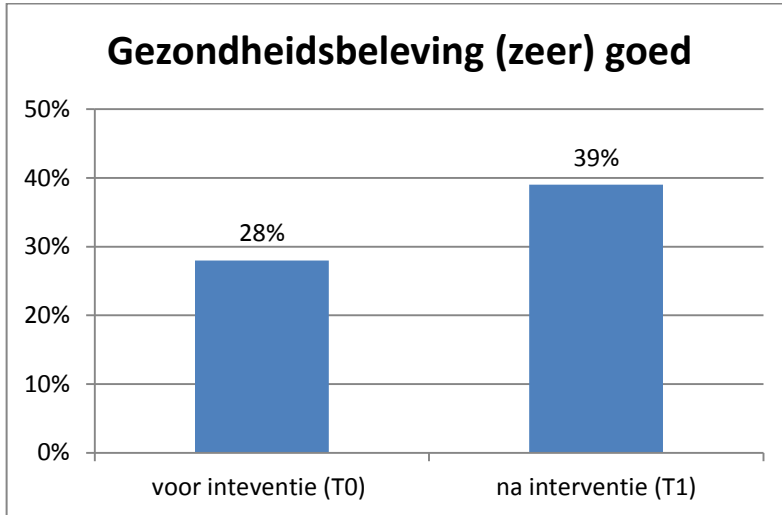
* Basisonderwijs en hoger

5.3.4 Overige effecten interventie

Het percentage deelnemers dat de eigen gezondheid goed beoordeelt is toegenomen na de interventie van 28% naar 39% (verschil van 11%), wat echter niet statistisch significant is.

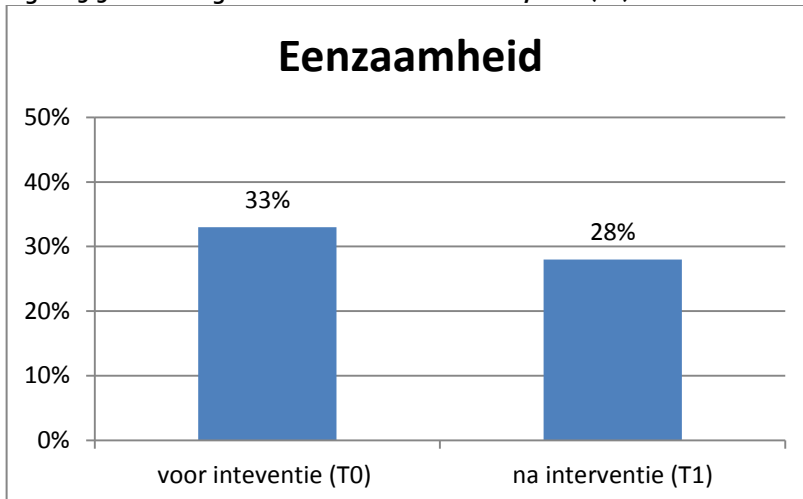
Verder is tijdens de nameting de vraag gesteld hoe men de eigen gezondheid beoordeelt vergeleken met de periode vóór de interventie; 41% van de deelnemers geeft aan dat ze zich veel beter voelen na de cursus en 57% vindt dat de eigen gezondheid hetzelfde was gebleven.

Figuur 5.4: Percentage deelnemers dat eigen gezondheid als (zeer) goed beoordeelt, vóór (T0) en na de interventie (T1)



Figuur 5.5. rapporteert dat voor aanvang van de cursus 33 % van de deelnemers zich sociaal eenzaam voelde. In de nameting was het percentage afgenomen tot 28%; dit verschil is echter statistisch niet significant.

Figuur 5.5: Percentage deelnemers dat eenzaam is, vóór (T0) en na de interventie (T1)



6 Discussie, conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste resultaten van de effectevaluatie en procesevaluatie worden besproken en zullen de sterke en zwakke kanten van het onderzoek toegelicht worden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusies en aanbevelingen.

6.1 Belangrijkste resultaten

Voor het project 'Zicht op Evenwicht voor Oudere Migranten (ZoEM) waren voor de procesevaluatie de volgende doelstellingen geformuleerd:

- 1) vaststellen of met deze interventie de beoogde doelgroep is bereikt;
- 2) vaststellen of de cursus volgens protocol verliep;
- 3) vaststellen hoe de deelnemers en de therapeuten de interventie waarden;
- 4) vaststellen wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn voor de uitvoering van de interventie.

Voor de effectevaluatie waren de volgende doelstellingen geformuleerd:

- 1) vaststellen of er een vermindering is waar te nemen in valangst en gerelateerd vermijdingsgedrag na de interventie;
- 2) vaststellen of er een vermindering waar te nemen is in valongevallen of een toename in dagelijkse activiteiten na afloop van de interventie;
- 3) nagaan of de interventie andere effecten heeft, zoals op het vlak van gezondheidsbeleving en sociale eenzaamheid.

De interventie was gericht op ouderen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse komaf van 60 jaar of ouder en met enige mate van valangst. De effecten zijn gemeten met behulp van een voor- en nameting zonder controlegroep. Voor de procesevaluatie is een mixed-methods aanpak gebruikt. De belangrijkste resultaten zullen in de volgende alinea's worden besproken.

6.1.1 Werving en bereik van de doelgroep

De werving van deelnemers was intensief en tijdrovend. Een aanbod gericht op valpreventie is vaak onbekend en men weet niet wat te verwachten. Ook leek het aantal bijeenkomsten vaak een struikelblok voor potentiële deelnemers. Ze vonden acht bijeenkomsten te veel en vonden het moeilijk zich hieraan te houden. Verder heerst er bij deze doelgroep soms wantrouwen richting de gemeentelijke instellingen, vanwege niet-nagekomen beloften in het verleden en/of onbekendheid met de regelingen rondom sociale voorzieningen (welke organisatie regelt wat en wie heeft waar invloed op). Dit wantrouwen in combinatie met het verzamelen van achtergrondgegevens en het tekenen van een informed consent belemmerde de werving en inclusie van deelnemers aanzienlijk.

Essentieel tijdens de werving was de rol van sleutelfiguren. Zij vormen een schakel naar cursuslocaties en deelnemers en zijn belangrijk voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met potentiële deelnemers. Na afloop van de cursus bleek uit de procesevaluatie dat men uiteindelijk tevreden was over het aantal bijeenkomsten. Ook vroegen vrijwel alle deelnemers om een voortzetting van de cursus of een andere activiteit. Dit is een sterke indicatie dat men tevreden was over de cursus.

Deze interventie slaagde erin de beoogde doelgroep te bereiken, namelijk mannen en vrouwen van Surinaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst. Verder was de gemiddelde leeftijd 72 jaar en was de grote meerderheid van de bereikte deelnemers analfabeet en/of laagopgeleid (38% heeft geen onderwijs gehad en 29% alleen basisonderwijs). Uit eerder onderzoek blijkt dat deze groep moeilijk(er) bereikbaar is (El Fakiri et al., 2014; Hartman, 2013; Hesselink et al., 2009; Pharos, 2015). Voor de werving van deelnemers werden vrijwel altijd bestaande groepen gebruikt. Hoewel deze groepen zorgvuldig werden uitgekozen, bleek een deel van de deelnemers niet te voldoen aan een van de vooraf opgestelde criteria, namelijk de aanwezigheid van valangst en/of het vermijden van activiteiten van wege valangst. Deze deelnemers uitsluiten is in de praktijk niet altijd mogelijk. De uitval tijdens de cursus was minimaal. Als deelnemers eenmaal gestart waren met de cursus, dan blijven ze vaak ook regelmatig komen. De vertrouwde locatie waar de cursus plaatsvond speelde hierin ook een rol.

6.1.2 Aanpassingen in protocol en programma-integriteit

Op basis van de procesevaluatie kan gesteld worden dat de therapeuten zich hielden aan het aangepaste cursusprotocol. Alle thema's zijn aan bod gekomen, het aantal bijeenkomsten en de duur werden telkens gerespecteerd. Indien nodig, hebben zij de informatie of vorm van aanbieden verder aangepast aan de laaggeletterdheid en het referentiekader van de deelnemers. De toegevoegde aanpassingen zijn vooral gericht op het ondersteunen van de therapeut.

Het is echter moeilijk in te schatten of een deel van de deelnemers alle leerstof volledig heeft begrepen. Dit heeft te maken met hun beperkte opleidingsniveau in combinatie met het abstracte niveau van de informatie. Ook heeft een deel van de deelnemers niet alle bijeenkomsten bijgewoond, waardoor informatie wellicht onbekend bleef.

De aangeboden cursus werd in de eigen taal gegeven door therapeuten met een biculturele achtergrond, met uitzondering van de Surinaamse groepen. Daarvoor was het inzetten van een tolk niet nodig, wat als een storende factor zou fungeren voor de interactie tussen de deelnemers en de therapeut. Ondanks de gemeenschappelijke taal moesten de therapeuten hun taalgebruik soms aanpassen ter verduidelijking van de informatie voor de deelnemers.

Voor de Surinaamse groepen zijn we ervan uitgegaan dat de beheersing van het Nederlands voldoende zou zijn om de cursusinhoud te kunnen volgen. Bij één van de Surinaamse groepen waren er echter aanwijzingen dat enkele potentiële deelnemers moeite hadden met het Nederlands waardoor ze besloten hadden om niet aan de cursus deel te nemen.

6.1.3 Waardering van de interventie

Zowel de deelnemers als de therapeuten en vrijwilligers waren (zeer) tevreden over de cursus. De deelnemers gaven zowel de cursus als de therapeut hoge cijfers (respectievelijk 8.4 en 8.7). De informatie werd als zinvol beoordeeld en men was tevreden over het aantal bijeenkomsten en de duur hiervan. Het onderdeel 'lichamelijke oefeningen' werd als meest favoriete onderdeel gekozen.

Ook tijdens de werving bleken potentiële deelnemers meer geïnteresseerd te zijn in dit onderdeel van de cursus. De grote meerderheid van de deelnemers voerde tevens thuis de oefeningen uit. Hierin voorziet de interventie duidelijk in de behoefte van deelnemers om meer te gaan bewegen.

Het contact met andere deelnemers werd eveneens als hoog beoordeeld. Dit gold voor alle deelnemers, ongeacht of ze elkaar vóór de cursus al kenden of niet. Dat het sociale aspect bij een cursus valpreventie belangrijk is, zoals uit eerder onderzoek blijkt (Yardley et al., 2006), wordt hierbij bevestigd. Verder werd het praktische onderdeel 'risico's in en om het huis' goed gewaardeerd. Dit betrof een onderdeel waar deelnemers meteen actie konden ondernemen, mocht dit nodig zijn.

De therapeuten hebben de cursus als positief ervaren, zowel op het vlak van noodzaak als uitvoering. Het vergde veel van hun improvisatievermogen en creativiteit, maar dit werd niet als negatief ervaren. Wel gaf het in sommige gevallen veel druk.

6.1.4 Belemmerende en bevorderende factoren

Op basis van de procesevaluatie kwamen een aantal factoren naar voren die van invloed waren op de implementatie van de interventie voor oudere migranten. Het is van essentieel belang dat het vertrouwen van de doelgroep wordt gewonnen door de trainer en projectorganisatie. Door een goede vertrouwensband te creëren ontstaat er een open en ontspannen sfeer binnen de groep. Verder had het invloed op de opkomst van de deelnemers. Het is dan ook belangrijk dat de juiste professional wordt ingezet; een therapeut die bekend is met de cultuur en het referentiekader van de doelgroep, die zowel de taal spreekt van de deelnemers als ervaring heeft met voorlichting en training geven aan ouderen. Gebaseerd op de ervaringen in deze pilot, lijkt het werken met een tolk ongewenst en inefficiënt; niet alleen omdat het vertragend werkt, maar ook omdat dit de interactie tussen de deelnemers en de therapeut verstoort. De therapeut moet kunnen inspelen op de opmerkingen en vragen van de deelnemers. Als de therapeut hierbij afhankelijk is van een tolk, dan gaat er veel informatie en tijd verloren.

Daarnaast moet de cursus zowel cultureel, fysiek als financieel toegankelijk zijn. De locatie moet zich binnen een fysiek haalbare afstand bevinden voor de doelgroep, om de reistijd en reiskosten minimaal te houden. In het kader van deze pilot konden de deelnemers gratis de cursus volgen. De kosten voor de cursus moeten dus laag blijven, zodat het gratis gevolgd kan worden. Uit eerdere interventies bleek dat zelfs een minimale eigen bijdrage van een paar euro's al een struikelblok vormde om deel te nemen (El Fakiri et al., 2014). Daarnaast hebben een aantal 'culturele elementen' de cursus toegankelijker gemaakt, wat leidde tot betere participatie van de deelnemers. Hieronder valt het gescheiden organiseren van de cursus voor mannen en vrouwen bij de Turkse en Marokkaanse ouderen, de informele sfeer tijdens de bijeenkomsten en de gelegenheid samen iets te eten of drinken.

Verder moet er rekening gehouden worden met de belevingswereld en behoeften van de doelgroep. Bij de meeste groepen is de mate van laaggeletterdheid hoog en is het van belang dat de trainer de lesstof hierop kan aanpassen.

De ervaring leert dat het gebruiken van PowerPointpresentaties niet effectief werkt als het in een collegestijl wordt gebruikt. Dit was dan ook niet de opzet van deze interventie. Wel kan het ondersteuning bieden bij het tonen van foto's of filmpjes. De therapeuten ervoeren het soms als negatief dat er tijdens de cursus geen aangepast audiovisueel materiaal was voor de doelgroep, ter ondersteuning van de lesstof. Tot slot moet er aandacht zijn voor de rol van vrijwilligers. Niet alle cursusgroepen beschikten over een vrijwilliger. Dit zou echter wel aan te raden zijn, aangezien de vrijwilliger een centrale schakel in de groep is en voor ondersteuning van de therapeut zorgt.

6.1.5 Effecten van de interventie

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de deelnemers veel baat heeft bij de cursus; ze geven aan dat ze zich veiliger bewegen, meer zelfvertrouwen hebben en beter om kunnen gaan met de negatieve gevolgen van vallen. Ook blijkt dat de deelnemers significant minder valangst ervaren bij het uitvoeren van verschillende activiteiten. Dit geldt zowel voor de gemiddelde score als voor vier afzonderlijke activiteiten, namelijk het bezoeken van sociale gelegenheden, het klaar maken van maaltijden, het schoonmaken in huis en het lopen op een oneffen ondergrond (zoals een slecht onderhouden stoep). Wanneer de resultaten uitgesplitst worden naar relevante kenmerken, blijkt dat valangst bij activiteiten duidelijk verminderd is onder ouderen zonder voorafgaande opleiding, vrouwen en 75-plussers dan resp. ouderen met basisonderwijs of hoger, mannen en ouderen jonger dan 75 jaar. Verder zijn er sterke aanwijzingen dat deelnemers na afloop van de cursus de eigen gezondheid positiever beoordeelden en dat ze minder eenzaam waren. Deze verschillen zijn echter statistisch niet significant. Valangst is niet veranderd na afloop van de interventie. Mogelijk heeft het ontbreken van gunstige effecten van de cursus te maken met het relatief kleine aantal deelnemers en de wijze waarop valangst is gemeten (enkelvoudige vraag). Ook de uitvoering van dagelijkse activiteiten was niet toegenomen na de cursus, waarbij onder de mannen zelfs een afname te zien was. Mogelijk zijn de mannen als gevolg van de informatie juist voorzichtiger geworden in hun bewegingsgedrag en ondernamen ze (daardoor) minder activiteiten.

6.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Een beperking van dit onderzoek is de onderzoeksopzet (quasi-experimenteel opzet zonder controle groep en een éénmalige nameting). Door het ontbreken van een controlegroep kan niet met zekerheid gesteld worden dat de resultaten van deze studie geheel toegeschreven kunnen worden aan de interventie. Het doen van slechts één nameting, gelijk na afloop van de interventie, was het maximaal haalbare. Daardoor is het onduidelijk wat het (middel)langetermijneffect van de interventie kan zijn. Een nameting na drie of zes maanden zou wenselijk zijn geweest, om de duurzaamheid van de effecten te kunnen vaststellen.

Deelnemers aan de pilot zijn, net als bij veel vergelijkbare interventies onder migranten, geworven via bestaande groepen. Andere mogelijke potentiële wervingskanalen zijn: valpoli's, huisartsen, thuisorganisaties en dergelijke. Via deze 'vindplaatsen' kunnen ouderen worden gecontacteerd die waarschijnlijk een groter risico hebben op valangst. Tegelijkertijd houdt het inzetten van deze alternatieve wervingskanalen in dat de werving intensiever wordt en het risico op uitval van deelnemers groter. Een andere beperking is dat bij informatie die verzameld werd onder de deelnemers gebruik is gemaakt van zelfrapportage en meetinstrumenten die niet cultureel gevalideerd zijn. In toekomstig onderzoek zou het wenselijk zijn om geschikte en objectieve meetinstrumenten in te zetten en waar mogelijk cultureel gevalideerde instrumenten te ontwikkelen.

Ondanks bovengenoemde beperkingen kent deze pilot een aantal sterke punten, zoals de beperkte uitval en de inclusie van een zeer diverse groep oudere mannen en vrouwen met een migratieachtergrond die niet of nauwelijks te bereiken is. Met name de inclusie van (oudere) mannen is een groot succes binnen deze studie. Mannen, in het bijzonder met een migratieachtergrond, zijn over het algemeen moeilijker te bereiken voor dit soort preventieactiviteiten.

Verder was de meerderheid van de deelnemers analfabeet en/of laagopgeleid. Deze groepen worden niet alleen nauwelijks bereikt via het algemene aanbod aan preventieve interventies, maar hebben tegelijkertijd (bijna) geen toegang tot andere informatiebronnen zoals Nederlandstalig voorlichtingsmateriaal of het internet.

Tijdens dit onderzoek is tevens een procesevaluatie uitgevoerd waarbij gebruik werd gemaakt van triangulatie van data en methoden. Op deze wijze is beter inzicht verkregen in de mate van tevredenheid van de deelnemers, de bevorderende en belemmerende factoren en de wijze waarop de interventie is uitgevoerd.

6.3 Conclusies

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de deelnemers aan de cultuursensitieve versie van Zicht op Evenwicht baat hebben gehad bij de cursus en zeer tevreden waren over zowel de cursus als de therapeuten. Na afloop van de interventie blijken zij ook significant minder valangst te ervaren bij het uitvoeren van verschillende dagelijkse activiteiten zoals huishoudelijke taken en het bezoeken van sociale gelegenheden. Verder zijn er aanwijzingen voor een positief effect op het verminderen van sociale eenzaamheid en het verbeteren van de gezondheidsbeleving. Na de cursus was er echter geen verschil te zien in valangst (zoals gemeten met een 5-punts Likertschaal), valongevallen en de hoeveelheid dagelijkse activiteiten (zoals gemeten met het FAI-meetinstrument). Rekening houdend met de kenmerken van de doelgroep (laaggeletterdheid en geen informatiebron dan de cursus), de hoge implementatie 'graad' van de cursus en de beperkte uitval, kan worden geconcludeerd dat de gunstige effecten op vermindering van valangst bij activiteiten zeer waarschijnlijk toe te schrijven zijn aan de cursus.

Een andere belangrijke conclusie is dat de doelgroep oudere migranten, zowel mannen als vrouwen, goed te bereiken is met de juiste inzet van personeel (o.a. sleutelfiguren en biculturele therapeuten), middelen en wervingskanalen. Hoewel de werving intensiever is vergeleken met autochtone ouderen, blijkt de uitval minimaal te zijn wat een sterke indicatie is voor interesse in en behoefte aan dergelijke preventie activiteiten.

Voor de implementatie van de cursus is het selecteren en trainen van geschikte therapeuten van essentieel belang. Voor een optimale overdracht van de kernelementen van de interventie is inzet van biculturele therapeuten noodzakelijk, vooral bij oudere migranten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn (meer dan twee derde in deze pilot en vergelijkbare studies).

Naast kennis van de taal, cultuur en benaderingswijze/bejegening van de doelgroep is een grote mate van flexibiliteit, creativiteit en improvisatievermogen essentieel om voorlichting en aanpak af te stemmen op een laaggeletterde doelgroep. Zowel voor de werving als ter ondersteuning van de therapeuten tijdens de implementatie van de interventie blijkt er een belangrijke rol weggelegd te zijn voor vrijwilligers. Daarom is inzet, begeleiding maar ook scholing van vrijwilligers aan te raden.

De cultuursensitieve variant van Zicht op Evenwicht is een preventieve interventie die oudere migranten zeer waarderen, die effectief is gebleken in de vermindering van valangst bij activiteiten en gunstige neveneffecten lijkt te hebben op de gezondheid van oudere migranten. Na verdere aanpassing en ontwikkeling van op oudere migranten afgestemde cursusmaterialen (herkenbare foto's, filmpjes en praktische materialen), is deze interventie geschikt voor implementatie op grotere schaal.

6.4 Aanbevelingen

Werving van oudere migranten

Voor de werving van oudere migranten dient ingezet te worden op verschillende, vaak alternatieve kanalen vergeleken met niet-migranten ouderen. Werving kan plaatsvinden via sleutelfiguren bij o.a. reeds bestaande groepen, maar ook via andere vindplaatsen zoals huisarts- en fysiotherapie praktijken, thuiszorgorganisaties, valpoli's en buurtcentra. De werving en benadering dienen persoonlijk te zijn. Flyers en posters kunnen eventueel als ondersteunend materiaal worden ingezet.

Opbouwen van vertrouwensrelatie

Door de therapeuten zal veel aandacht besteed worden aan het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met de deelnemers. Ook degenen die ondersteunen in de werving zullen hierin investeren. Dit aspect kreeg binnen dit project veel aandacht, met als gevolg dat er zes cursusgroepen succesvol afgerond zijn en er een zeer diverse groep op het vlak van etniciteit, geslacht en leeftijd is geïnccludeerd. Het bereiken en betrekken van de juiste sleutelfiguren is hierbij cruciaal.

Kiezen van de juiste locatie

De locatie zal vertrouwd moeten zijn voor de beoogde doelgroep, zodat de afstand geen obstakel vormt voor de deelnemers. Idealiter kennen ze de locatie. Indien deelnemers verder moeten reizen voor de locatie dan gewenst, zijn ze al snel afhankelijk van derden (bijvoorbeeld openbaar vervoer). Aangezien niet iedereen weet hoe er gebruik gemaakt kan worden van bepaalde minimaregelingen, kan de prijs van het openbaar vervoer een obstakel vormen. Ook de huurkosten van de locatie dienen zo laag mogelijk te blijven, zodat dit geen invloed heeft op de deelnemers. Indien mogelijk kan een reeds beschikbare ruimte van een vereniging of woongroep worden gebruikt.

Therapeuten met kennis van taal en cultuur van de deelnemers

Om de cursus soepel te laten verlopen, is het aan te raden om therapeuten in te schakelen die kennis hebben van de taal, culturele achtergrond en specifieke kenmerken van de doelgroep (o.a. beperkte gezondheidsvaardigheden en laag geletterdheid, omgangsvormen en bejegening van ouderen binnen de eigen cultuur). Aangezien de opzet van de cursus veel interactie vraagt, is het niet goed werkbaar om dit te doen met behulp van een tolk. Dit zou een negatief effect hebben op de communicatie en diepgang van de interactie tussen therapeut en deelnemers.

Voor wat betreft kennis van de cultuur dienen de therapeuten open te staan voor de behoeften van de deelnemers en begrijpen hoe deze benaderd moeten worden. Daarnaast is het van belang als de therapeut voorbeelden uit de cursus kan linken met herkenbare situaties voor de deelnemers.

Inzet van vrijwilligers

De rol van vrijwilligers binnen dit project is niet te onderschatten. Daarom heeft het een meerwaarde om hen een rol te laten spelen tijdens de werving, voorbereiding en implementatie van de cursus. Ze kunnen een verbindende factor zijn, deelnemers stimuleren om te blijven komen en praktische ondersteuning bieden aan de therapeut. Naast het toekennen van een vrijwilligersvergoeding is een passende begeleiding en bijscholing van vrijwilligers nodig zodat zij deze ondersteunende rol bij de interventie optimaal kunnen vervullen.

Beeldend cursusmateriaal en passende cursusinhoud

Aangezien er in deze doelgroep sprake is van een hoog percentage analfabetisme, is het noodzakelijk om gebruik te maken van beeldend cursusmateriaal en alternatieve vormen van kennisoverdracht waarbij gelet wordt op een geschikte combinatie van educatie en entertainment. Sprekende voorbeelden aan de hand van foto's, filmpjes en tastbare materialen kunnen ondersteunen in het duidelijk overbrengen van de theorie. Alternatieve vormen van kennisoverdracht zoals rollenspellen zijn geschikt om de informatie levendig en aantrekkelijk te maken. Daarnaast moeten deelnemers zich kunnen herkennen in de situaties en dienen de casussen aangepast te worden aan hun belevingswereld en referentiekader. Voor toekomstige cursussen is het raadzaam om moderne hulpmiddelen te tonen en de schaamte rond het gebruik hiervan bespreekbaar te maken.

Financiering

Voor de uitvoer van de cursus is financiering noodzakelijk. Aan de deelnemers kan geen eigen bijdrage gevraagd worden, omdat dit een te groot obstakel voor deelname zal vormen en de cursus ontoegankelijk maakt. Het is sterk aan te bevelen om deze cursus onder te brengen bij bestaande projecten en financieringsvormen.

7 Referenties

- CBS. (2017). Prognose bevolking; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 2018-2060. Retrieved from <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83784NED/table?ts=1528198208238>
- De Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39(1), 4-15.
- De Jonge, M., Van der Poel, A., Van Haastregt, J., Du Moulin, M., Zijlstra, G., & Voordouw, I. (2013). Zicht op Evenwicht, landelijke implementatie van een cursus gericht op het verminderen van angst om te vallen bij zelfstandig wonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44, 12-21.
- Delbaere, K., Close, J., Mikolaizak, A., Sachdev, P., Brodaty, H., & Lord, S. (2010). The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. *Age Ageing*, 39(2), 210-216. doi:10.1093/ageing/afp225
- Den Draak, M., & De Klerk, M. (2011). Oudere migranten: Kennis en kennislacunes. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Denktas, S. (2011). Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands: a comparative study. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dorresteijn, T., Zijlstra, G., Ambergen, A., Delbaere, K., Vlaeyen, J., & Kempen, G. (2016). Effectiveness of a home-based cognitive behavioral program to manage concerns about falls in community-dwelling, frail older people: results of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 16(2).
- El Fakiri, F., & Bouwman-Notenboom, A. (2015). Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. Amsterdam: GGD Amsterdam, Epidemiologie & Gezondheidsbevordering; i.s.m. GGD Haaglanden, Gemeente Utrecht/Volksgezondheid en GGD Rotterdam/Rijnmond.
- El Fakiri, F., Kegel, A., Schouten, G., & Berns, M. (2016). Ethnic Differences in Fall Risk Among Community-Dwelling Older People in the Netherlands. *Journal of Aging and Health*, 30(3), 365-385.
- El Fakiri, F., Oulali, M., Van Wijhe, W., Gaddour, N., Krol, A., Corstjens, R., & Atif, H. (2014). *Evaluatieonderzoek van de interventie 'diabetes voorkomen'*. Amsterdam: GGD Amsterdam, Epidemiologie & Gezondheidsbevordering.
- Frambach, J., Van der Vleuten, C., & Durning, S. (2013). AM last page. Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic medicine*, 88(4), 552. doi:10.1097/ACM.0b013e31828abf7f
- Hartman, M. (2013). *Health promotion for a multiethnic population: the case of weight-gain prevention among a multiethnic population of mothers living in Amsterdam South-East*. (PhD), Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Hesselink, A., Verhoeff, A., & Stronks, K. (2009). Ethnic Health Care Advisors: A Good Strategy to Improve the Access to Health Care and Social Welfare Services for Ethnic Minorities? . *Journal of Community Health*, 34(5), 419-429.
- Joosten-van Zwanenburg, E., Kocken, P., & de Hoop, T. (2004). Het project Bruggen Bouwen: Onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van allochtone zorgconsulenten in Rotterdamse huisartspraktijken in de zorg aan vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst met stressgerelateerde pijnklachten. Rotterdam: GGD Rotterdam.
- Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (2011). Standaardvraagstelling Kwaliteit van Leven _ Ervaren Gezondheid. Retrieved from <https://www.monitoregezondheid.nl/gezondheidindicatoren.aspx>

- Loketgezondleven.nl. (2018). Zicht op evenwicht. Retrieved from <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1400744>
- Lugtenberg, M., Van der Sman, C., Poort, E., Scheffer, A., Zijlstra, R., & Van der Poel, A. (2013). Effectief verminderen van valangst. Amsterdam: VeiligheidNL.
- Michon, L. e. a. (2015). Armoedemonitor 2014: Lage inkomens in Amsterdam. i.o.v. Gemeente Amsterdam, rve Participatie. Amsterdam: OIS, Amsterdam.
- Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (2009). Bagaimana – hoe gaat het? een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten. Utrecht: NOOM.
- Pharos. (2015). Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. Utrecht: Pharos -UMCU/NUZO-AMC.
- Scheffer, A., Schuurmans, M., Van Dijk, N., Van der Hoof, T., & De Rooij, S. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons *Age and Ageing*, 37(1), 19-24.
- Schellinghouth, R. (2004). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Schuling, J., De Haan, R., Limburg, M., & Groenier, K. (1993). The Frenchay Activities Index. Assessment of Functional Status in Stroke Patients. *Stroke*, 24, 1173-1177. doi:10.1161/01.STR.24.8.1173
- VeiligheidNL. (2016). Vallen 65 jaar en ouder. In C. Draisma (Ed.). Amsterdam: VeiligheidNL.
- Yardley, L., Bishop, F., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., . . . Holt, A. (2006). Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *Gerontologist*, 46(5), 650-660.
- Zichtopevenwicht.nl. (2016). Zicht op Evenwicht. Retrieved from <https://www.zichtopevenwicht.nl/>
- Zijlstra, G., Dorresteyn, T., Vlaeyen, J., & Kempen, G. (2013). Measuring Avoidance Behavior Due to Fear of Falling in Community-Living Older Adults. *Gerontologist*, 53, 199.
- Zijlstra, G., Van Haastregt, J., Ambergen, T., Van Rossum, E., Van Eijk, J., Tennstedt, S., & Kempen, G. (2009). Effects of a multicomponent cognitive behavioral group intervention on fear of falling and activity avoidance in community-dwelling older adults: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2020-2028.
- Zijlstra, G., Van Haastregt, J., & Kempen, G. (2012). 'Zicht op Evenwicht': een effectieve interventie om bezorgdheid om te vallen en gerelateerd vermijdingsgedrag bij ouderen te verminderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43, 164-175.
- Zijlstra, G., Van Haastregt, J., Van Eijk, J., & Kempen, G. (2005). Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial *BMC Public Health*, 5(26). doi:10.1186/1471-2458-5-26
- Zijlstra, G., Van Haastregt, J., Van Eijk, J., Van Rossum, E., Stalenhoef, P., & Kempen, G. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing*, 36(3), 304-309.

8 Bijlages

Bijlage 1: Samenvatting focusgroepsgesprekken

Er zijn 5 gesprekken gehouden bij een Hindoestaanse groep (woongroep Anand Joti), Creoolse groep (buurtcentrum Bonte Kraai), Marokkaanse vrouwengroep (stichting de Bloem), Turkse vrouwengroep (dagbesteding Madeliefje thuiszorg) en Turkse mannengroep (Sultan Emir Moskee). Het aantal deelnemers varieerde tussen 8 en 14 personen; de leeftijd van de deelnemers lag tussen de 52 en 77 jaar. De gesprekken met de Surinaams Hindoestaanse en Creoolse groep waren in het Nederlands. De gesprekken met Turkse vrouwen en -mannengroep werden volledig vertaald door een persoon van de dagbesteding resp. moskee. De Marokkaanse groepen zijn in het Arabisch gehouden. De groepen/organisaties zijn geworven via- via en via bestaande contacten.

Voorafgaande aan de focusgroepen is een topiclijst opgesteld. Thema's die aan bod kwamen waren ervaringen met vallen en bezorgdheid om te vallen; redenen voor grotere bezorgdheid t.o.v. Nederlandse ouderen; bekendheid met valpreventieprogramma's; mening over de cursus DVD; ideeën over de cursus; ideeën over de therapeut en vrijwilligers en voorkomen van uitval deelnemers.

De gesprekken leverden de volgende inzichten op:

Bezorgdheid voor vallen:

Bezorgdheid om te vallen wordt bij alle groepen m.u.v. de Turkse mannengroep herkend.

Er wordt in de Turkse mannengroep door een aantal personen aangegeven dat zij zijn gevallen maar volgens hen leidt dit niet tot een veranderende bezorgdheid.

De Turkse mannengroep geeft aan dat de omgeving (bijvoorbeeld gladheid en slechte weg) de reden is dat ze zijn gevallen. Zij zien dan niet in hoe een cursus voor hen iets kan betekenen. Het betreft hier een groep mannen van middelbare leeftijd.

Hoe met bezorgdheid voor vallen wordt omgegaan lijkt te verschillen tussen de geïnterviewde groepen. Waar Creoolse ouderen aangeven dat ze de activiteiten ondanks bezorgdheid om te vallen blijven doen wordt er door Turkse vrouwen juist veel aangegeven dat zij activiteiten mijden en minder buiten komen. Dat eerder onderzoek laat zien dat valangst vaker voorkomt bij ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond, wordt niet door elke groep zo beleefd. De Hindoestaanse en Creoolse groep geven aan dat zij niet geloven dat zij vaker bezorgd zijn dan Nederlandse ouderen. Ze verwachten dat het andersom zou zijn. Volgens De Creoolse groep klagen Surinaamse ouderen niet zo snel en zouden zij juist minder snel aangeven dat ze bang zijn om te vallen. De Turkse vrouwen daarentegen hebben veel ideeën waardoor er onder hen meer wordt gevallen.

Risicofactoren voor vallen

Medicatiegebruik (genoemd door de Turkse groep).

Schaamte voor het gebruik van hulpmiddelen. Hier wordt vaak wisselend binnen de groep (SH/SC/Mv/Tv) over gedacht. Sommige geven aan dat dit erg speelt terwijl anderen zich hier niet zo in herkennen.

Geen hulpmiddelen gebruiken (o.a. wegens schaamte) wordt in de Surinaamse en Marokkaanse groepen aangekaart als een van de oorzaken van een val.

Een extra reden voor het vermijden van naar buiten gaan onder Turkse vrouwen is het slecht spreken van de taal en slechte oriëntatie van de plaats waar zij zich bevinden. Een angst is dat zij bij een val niet om hulp kunnen vragen.

Cursus

Voor alle ouderen die wij gesproken hebben is het groepsgevoel zeer belangrijk voor het volgen van de cursus. De Turkse vrouwengroep geeft hierbij aan dat zij vooraf al willen kennismaken met de andere cursisten. Zij willen niet deelnemen aan een andere groep Turkse groep.

Niemand die wij spraken had ooit eerder aan een valpreventie cursus meegedaan.

Taal

Taalbarrières binnen de Surinaamse groepen zijn laag. Voor de Turkse en Marokkaanse groepen (en ook Chinese ouderen) zijn zij wel erg relevant.

Zonder goede vrijwilliger die vertaalt is het onmogelijk dat Turkse en Marokkaanse ouderen een valpreventie cursus kunnen volgen.

Cursusmateriaal

De DVD "Voor wie onbezorgd actief wilt zijn" is enkel voor de Surinaamse groepen (onder voorbehoud) te gebruiken. Hindoestaanse groep vindt dat de voorbeelden in de DVD niet erg aanspreken. De Creoolse groep gaf aan hier minder moeite mee te hebben.

Er was weinig reactie op de DVD bij de Turkse mannengroep en Marokkaanse vrouwengroep. Bij beide groepen leek het merendeel van deelnemers de DVD vanwege de taal niet te begrijpen. De Marokkaanse vrouwen vonden bovendien de ouderen in de DVD "te oud".

Voor iedere groep zijn de werkboeken van een te hoog niveau. Ook voor de Surinaamse ouderen sluit het werkboek niet aan bij het overgrote merendeel van de groep die wij spraken.

Kennisniveau

Er zijn grote verschillen in de kennis over vallen. De Surinaamse ouderen die wij spraken waren redelijk geïnformeerd over vallen en de risico's voor een val. Wel waren er vragen over wat ze moesten doen bij een val en waar ze terecht kunnen voor hulpmiddelen.

Bij de Turkse en Marokkaanse groepen is het kennisniveau zeer laag .

Vrijwilligers

De beschikking tot vrijwilligers lijkt het makkelijkst haalbaar voor de Surinaamse groepen. Hier zijn al goed gevormde netwerken. In de andere groepen lijken deze minder goed te zijn georganiseerd.

Inhoud cursus

Bij de Turkse en Marokkaanse groepen lijkt er naast valangst ook behoefte te zijn om aandacht besteden aan angst.

(Mv) Ademhalingsoefeningen aanbieden/aanleren (tegen hyperventileren en angst); er is sprake van veel psychosomatische klachten.

De (SH/SC/Mv/Tv) groepen benoemen dat variatie in activiteiten belangrijk is. Niet alleen informatie maar ook juist actief bezig zijn.

(Mv): Geen of zo min mogelijk discussie toelaten tijdens de cursus: vrouwen zijn snel afgeleid, niet gewend aan het lang achter elkaar aanhoren van informatie.

De (SH/Mv) groepen benoemde dat beweegactiviteiten buiten ook een goede optie zijn.

Locatie

Iedere groep wil dat de cursus op een bekende locatie wordt gehouden.

Voorkomen uitval deelnemers

Hindoestaanse groep benoemt de combinatie met lekker eten een manier waardoor mensen blijven komen.

Voor de Creoolse groep is individuele aandacht van belang. Als iemand je persoonlijk benadert blijf je wel komen.

Voor Turkse vrouwengroep speelt de groep de grootste rol. "Als iedereen komt dan kom ik ook".

Marokkaanse vrouwen gaven aan dat het voor hen belangrijk is dat ze humor en lol beleven aan de activiteiten.

Bijlage 2: Alledaagse activiteiten en bezorgdheid om te vallen bij uitvoer van activiteiten (voor- en na de interventie).

Tabel 1 Alledaagse activiteiten (FAI)

Activiteiten	z-score	p-waarde
Warme maaltijden bereiden	-2,244	0,025
Afwassen	-3,413	0,001
Kleding wassen	-0,897	Ns
Licht huishoudelijk werk	-1,811	Ns
Zwaar huishoudelijk werk	-0,919	Ns
Boodschappen doen	-1,2	Ns
Op bezoek gaan	-1,739	Ns
Buiten wandelen	-0,85	Ns
Actief bezig zijn met een hobby	-0,659	Ns
Auto rijden/ reizen met het openbaar vervoer	-1,724	Ns

Tabel 2: Bezorgdheid om te vallen bij de uitvoer van dagelijkse activiteiten (FES)

Bezorgdheid bij activiteit.....	z-score	p-waarde
Het schoonmaken in huis	-2,142	0,032
Het aan- of uitkleden	-0,284	Ns
Het klaarmaken van eenvoudige maaltijden	-2,448	0,014
Het nemen van een bad of douche	-0,791	Ns
Het doen van boodschappen	-1,496	Ns
Het in of uit een stoel komen	-0,085	Ns
Het op- of aflopen van een trap	-0,766	Ns
Het maken van een wandeling in de buurt	-0,361	Ns
Het reiken naar iets boven uw hoofd of naar iets op de grond	-0,25	Ns
Het beantwoorden van de telefoon voordat deze ophoudt met overgaan	-0,374	Ns
Het lopen op een gladde ondergrond	-1,512	Ns
Het bezoeken van een vriend(in), kennis of familielid	-1,352	Ns
Het lopen op een plek waar veel mensen zijn	-0,239	Ns
Het lopen op oneffen ondergrond	-2,1	0,036
Het op- of aflopen van een helling	-1,48	Ns
Het bezoeken van een sociale gelegenheid	-3,252	0,001