

Wat beweegt mensen deel te nemen aan een leefstijlinterventie?

Een onderzoek naar factoren die deelname aan
de BeweegKuur beïnvloeden.

Bernadette Landwehr Johan
December 2010





MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING

Opleiding	Algemene Sociale Wetenschappen
Master	Arbeid, zorg en welzijn
Begeleider	Dr. M.J.M. Hoogenboom
Tweede lezer	Dr. P.P.N. Liem
Bedrijf	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
Begeleiders	Drs. F. Visser Drs. S. van den Hombergh Dr. L. Preller
Student	Bernadette Landwehr Johan 3208710

Voorwoord

In juli 2007 rondde ik met succes de bacheloropleiding tot verpleegkundige af. Deze studie inspireerde mij voor de masteropleiding Algemene Sociale Wetenschappen.

Utrecht, september 2007. De start van de pre – master van de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen. Hiermee breekt een nieuwe levensfase aan. Het vertrouwde leventje wordt verruild voor een nieuw avontuur. Het verhuizen van Boxtel naar Utrecht. Veel nieuwe indrukken, wennen aan de stad, de studentenkamer, het studentenhuus, het studentenleven. Zelf koken, wassen, strijken, poetsen en boodschappen doen. Nieuwe mensen ontmoeten, andere hockeyclub en een nieuw hockeyteam. Nieuwe (bij)baan in het UMC, ook daar veel nieuwe indrukken, collega's, moeilijke casussen, verdrietige momenten maar gelukkig ook veel mooie herinneringen. Maar bovenal het wennen aan hoorcolleges, werkgroepen, wetenschappelijke (Engelstalige) artikelen en de studiemomenten in de UB. De praktische blik moest omgezet worden in een wetenschappelijke blik. Iets wat in theorie eenvoudig lijkt maar in de praktijk niet zo gemakkelijk bleek.

Bennekom, maart 2010. De start van mijn afstudeerproject. Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) gaf mij de kans om in een goede, interessante, sportieve, gezondheidsbewuste en collegiale omgeving mijn afstudeeronderzoek uit te voeren. Ook dit was een grote uitdaging met hoogte en dieptepunten. Femke, Sofie en Liesbeth zorgden voor de begeleiding vanuit NISB, Marcel voor de begeleiding vanuit de Universiteit. Tijdens het schrijven aan deze afstudeerscriptie heb ik kunnen leren en mogen ervaren hoe het is om in een kennis- en innovatie-instituut te participeren. Hier zag ik voor het eerst wat er mogelijk is met mijn (toekomstige) diploma.

Ik wil in dit voorwoord graag mijn begeleiders Femke, Sofie, Liesbeth en Marcel hartelijk danken voor hun kritische feedback, steun en vooral het vertrouwen. Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de medewerking van de leefstijladviseurs en de respondenten. Ook hen ben ik veel dank verschuldigd.

Ede/ Utrecht, december 2010. Iets later dan gepland maar nu is er dan toch echt een einde aan mijn studietijd gekomen. Elke dag in Ede/ Utrecht heeft me veel gebracht. Niet alleen qua studiestof maar ook op het gebied van doorzetten, communiceren, plannen, netwerken, participeren in een groep collega's en vooral het ontwikkelen van vertrouwen in eigen kunnen. Mijn studievoortgang heb ik vaak vervloekt. Ik had de handdoek allang in de ring gegooid als ik de eindeloze steun van mijn ouders, broer en zus niet had gevoeld. Regelmatig werden er bemoedigende woorden gesproken als ik het even niet zag zitten.

Ook mijn vrienden hebben een goede invloed gehad tijdens het (studie)proces van deze master. Altijd in voor een biertje om het behalen van een tentamen te vieren, de mogelijkheid om hulp te vragen als ik niet begreep wat er met bepaalde opdrachten werd bedoeld en ook het luisterende oor bij een kopje thee als ik het allemaal weer even niet meer wist of weer eens bevestiging nodig had.

Het vinden van de juiste balans tussen inspanning en ontspanning hebben uiteindelijk geleid tot deze scriptie. Een eindproduct waar ik stiekem best een beetje trots op ben.

Bernadette Landwehr Johan

Utrecht, december 2010

Samenvatting

De ongezonde leefstijl van Nederlanders kan tot verschillende welvaartsziekten leiden zoals overgewicht, obesitas en suikerziekte. Uit onderzoek blijkt dat wanneer mensen hun ongezonde leefstijl veranderen of verbeteren, gezondheidsproblemen verminderen en welvaartsziekten kunnen worden voorkomen. Een van de mogelijkheden om mensen te helpen hun ongezonde leefstijl aan te pakken, is door gebruik te maken van leefstijlinterventies. De leefstijlinterventie die voor dit onderzoek is gebruikt is de BeweegKuur: een gecombineerde leefstijlinterventie, waarbij mensen met overgewicht, obesitas en/ of (hoog) risico op diabetes type II vanuit de eerstelijnszorg begeleid kunnen worden naar een gezondere leefstijl.

In dit onderzoek is onderzocht welke factoren invloed hebben op de keuze om deel te nemen aan de BeweegKuur. De onderzoeksvraag luidt:

Welke factoren beïnvloeden deelname aan een leefstijlinterventie?

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau, sociale omgeving, reisafstand, tijd en eigen bijdrage invloed zouden kunnen hebben op de keuze om deel te nemen aan de BeweegKuur. Deze factoren zijn verwerkt in het onderzoeksmodel, welk gebaseerd is op het Health Belief Model en de Rationele Keuze. Deze twee theorieën laten zien dat de menselijke keuze tot stand komt door een kosten – baten analyse. De kosten – baten analyse richt zich in dit model op het ingeschatte gezondheidsrisico en de verwachte gezondheidswinst die de interventie kan opleveren.

Er zijn vragenlijsten verspreid onder deelnemers en niet-deelnemers van de BeweegKuur. Er zijn uiteindelijk 65 vragenlijsten teruggestuurd waarvan er 16 besloten hebben niet deel te nemen aan de BeweegKuur en 49 respondenten wel zijn gaan deelnemen. Deze vragenlijsten zijn geanalyseerd om zo de opgestelde hypothesen te kunnen aanvaarden dan wel verwerpen. Er zijn regressieanalyses, logistische regressieanalyses en multiële regressieanalyses uitgevoerd om eventuele verbanden te kunnen aantonen.

De vragenlijst bevatte één open vraag waarbij de respondenten konden aangeven wat de belangrijkste reden was om wel of niet deel te nemen aan de BeweegKuur. De belangrijkste redenen om deel te nemen bestonden uit verbeteren van de conditie, voorkomen van diabetes, verbetering van de algehele gezondheid en afvallen. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen waren dat er al voldoende bewogen werd en dat men geen tijd had om deel te nemen aan de leefstijlinterventie.

Uit de analyses blijkt dat zowel de deelnemers als niet-deelnemers het gezondheidsrisico veelal verkeerd inschatten. Opleiding en sociaal netwerk hebben een positief verband met betrekking tot de inschatting van het gezondheidsrisico. Hoe groter de verwachte steun uit het sociale netwerk en hoe hoger het opleidingsniveau, hoe beter de dreiging wordt ingeschat.

De deelnemers schatten de gezondheidswinst over het algemeen te hoog in. De niet-deelnemers verwachten een lagere gezondheidswinst dan de 5% die de BeweegKuur stelt te behalen. Geen van de factoren (geslacht, leeftijd, opleiding, sociaal netwerk en burgerlijke staat) hebben invloed op de inschatting van het verwachte effect van de interventie.

Uiteindelijk is er een multi-pele logistische regressieanalyse uitgevoerd waarbij het verband is onderzocht tussen de verschillende demografische factoren, de inschatting van het gezondheidsrisico en het verwachte persoonlijke effect van de interventie ten opzichte van deelname. Uit deze analyse blijkt dat zowel de inschatting van het gezondheidsrisico, het verwachte effect van de leefstijlinterventie en sociaal netwerk van invloed zijn op de (kans op) deelname.

Concluderend kan worden gesteld dat opleiding en sociaal netwerk van invloed zijn op het goed inschatten van het persoonlijke gezondheidsrisico. Hoe beter het gezondheidsrisico wordt ingeschat, hoe groter de kans op deelname. Indirect zijn opleiding en sociaal netwerk dus bepalende factoren voor deelname. Daarnaast toont de analyse een direct verband aan tussen sociaal netwerk, geslacht en leeftijd. Hoe meer steun er verwacht wordt vanuit het sociale netwerk, hoe groter de kans op deelname. Voor mannen geldt dat de kans op deelname kleiner is dan voor vrouwen en de leeftijdspiek van de deelnemers ligt tussen de 60 en 70 jaar. Het positieve verband tussen leeftijd en deelname is echter niet in alle analyses bevestigd.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	5
SAMENVATTING	7
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	11
1.1 ACHTERGROND	11
1.2 PROBLEEMSTELLING	12
1.3 DOELSTELLING	13
1.4 LEESWIJZER	13
HOOFDSTUK 2 THEORETISCHE VERDIEPING	14
2.1 INLEIDING	14
2.2 ACHTERGRONDINFORMATIE	14
2.2.1 Overgewicht en obesitas	14
2.2.2 Diabetes mellitus	15
2.2.3 Leefstijlinterventie	16
2.3 KEUZEPROCES	17
2.4 DEMOGRAFISCHE FACTOREN	19
2.4.1 Leeftijd	19
2.4.2 Geslacht	20
2.4.3 Land van herkomst	21
2.4.4 Opleidingsniveau	21
2.4.5 Sociale status/ sociale omgeving	22
2.4.6 Reisafstand	22
2.4.7 Tijd	22
2.4.8 Eigen bijdrage	23
2.5 ONDERZOEKSMODEL	23
HOOFDSTUK 3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING	25
3.1 OPERATIONALISERING KERNCONCEPTEN	25
3.1.1 Vastgestelde dreiging	25
3.1.2 Persoonlijke inschatting dreiging	26
3.1.3 Voorgestelde interventie	26
3.1.4 Persoonlijke inschatting effect interventie	28
3.1.5 Demografische factoren	28
3.1.6 Keuze	29
3.2 HYPOTHESEN	29
3.3 ONDERZOEKSMETHODE	30
3.3.1 Type onderzoek	30
3.3.2 Onderzoekspopulatie	31
3.3.3 Methode dataverzameling	31
3.3.4 Data – analyse	32
3.4 MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	33
3.5 ASW – VERANTWOORDING	34
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	35
4.1 INLEIDING	35
4.2 WERVINGSPROCES	35
4.2.1 Uitzetten van het onderzoek	35

4.2.2	<i>Teruggestuurde vragenlijsten</i>	36
4.3	VOORBEREIDING OP DE ANALYSE	37
4.4	BESCHRIJVING VAN DE DATA	38
4.4.1	<i>De onderzoekspopulatie</i>	38
4.4.2	<i>Redenen om deel te nemen</i>	40
4.4.3	<i>Redenen om niet deel te nemen</i>	41
4.4.4	<i>Inschatting dreiging</i>	42
4.4.5	<i>Effect interventie</i>	43
4.4.6	<i>Verwachting van de leefstijlverandering</i>	44
4.5	STATISTISCHE ANALYSE	47
4.5.1	<i>Demografische factoren en deelname</i>	47
4.5.2	<i>Verklaring inschatting dreiging</i>	49
4.5.3	<i>Verklaring ingeschatte effect</i>	49
4.5.4	<i>Factoren die deelname beïnvloeden</i>	50
HOOFDSTUK 5	CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	52
5.1	INLEIDING.....	52
5.2	CONCLUSIES.....	52
5.3	AANBEVELINGEN	54
5.4	DISCUSSIE	55
LITERATUUR		57
BIJLAGEN		60
BIJLAGE 1:	BESCHRIJVING BEWEEGKUUR	61
BIJLAGE 2:	VRAGENLIJST	63
BIJLAGE 3:	MAIL NAAR LSA'S.....	65
BIJLAGE 4:	TOTAALOVERZICHT BINNENKOMST RESPONS	66
BIJLAGE 5:	TOTAALOVERZICHT REDENEN DEELNEMEN	67
BIJLAGE 6:	TOTAALOVERZICHT REDENEN 'DEELNEMEN' EN 'NIET – DEELNEMEN'	69

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Wanneer naar de cijfers van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2010) gekeken wordt, blijkt het met de volksgezondheid in Nederland redelijk goed te gaan. De levensverwachting van de Nederlanders is de laatste jaren zelfs toegenomen. De resultaten van de toekomstverkenning zijn echter geen reden om gas terug te nemen betreffende het volksgezondheidsbeleid. Uit het onderzoek blijkt dat Nederlanders er nog steeds ongezonde leefgewoonten op na houden. Een goede gezondheid is namelijk van groot belang om deel te nemen aan het maatschappelijke en economische leven. Zeker in deze tijd waarin de beroepsbevolking krimpt, is het belangrijk dat er zoveel mogelijk gezonde Nederlanders zijn. Vooral bij burgers met een lage sociaal economische status is nog veel gezondheidswinst te behalen (Lucht & Polder, 2010).

Een ongezonde leefstijl kan tot verschillende welvaartsziekten leiden zoals overgewicht, obesitas en diabetes mellitus.¹ Maatschappelijk gezien is het van belang dat welvaartsziekten zo veel mogelijk worden ingeperkt. Enerzijds omdat mensen met welvaartsziekten in veel gevallen minder goed kunnen participeren in de maatschappij wat leidt tot sociale uitsluiting en verminderde arbeidsparticipatie, anderzijds omdat deze doelgroep een grote kostenpost is voor de overheid (Lucht & Polder, 2010).

Uit onderzoek blijkt dat wanneer mensen hun ongezonde leefstijl veranderen of verbeteren, gezondheidsproblemen verminderen en welvaartsziekten kunnen worden voorkomen (Bemelmans et al., 2008). Welvaartsziekten kunnen op verschillende manieren een halt toegeroepen worden. Veranderingen aanbrengen in het voedings- en beweeggedrag zijn daarbij van belang. Een van de mogelijkheden om mensen te helpen hun ongezonde leefstijl aan te pakken, is door gebruik te maken van een gecombineerde leefstijlinterventie. Bij een gecombineerde leefstijlinterventie wordt een deelnemer vanuit de eerstelijnszorg begeleid naar een duurzame gedragsverandering op het gebied van de combinatie voeding en beweging. In Nederland komen ruim een miljoen volwassenen tussen de 30 en 70 jaar, gezien hun huidige leefstijl en (een vergrote kans op) de diagnose overgewicht, obesitas en/of diabetes, in aanmerking voor een dergelijk programma (Bemelmans et al. 2008). Het percentage dat in aanmerking komt voor een gecombineerde leefstijlinterventie is hoger in de oudere leeftijdsgroepen. Ook komen er iets meer mannen voor de gecombineerde leefstijlinterventie in aanmerking dan vrouwen (Milder et al., 2010).

¹ Zie hoofdstuk 2 voor een toelichting van deze ziektebeelden.

Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) is een kennis- en innovatie instituut dat aanzet tot sport en bewegen om participatie, leefbaarheid en gezondheid te bevorderen. Daarbij concentreert NISB zich op doelgroepen die niet of nauwelijks actief zijn.² Met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft NISB vanaf 2007 gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van een gecombineerde leefstijlinterventie, genaamd de BeweegKuur, waarmee mensen met overgewicht, obesitas en/ of (een hoog risico op) diabetes type II vanuit de eerstelijnszorg begeleid kunnen worden naar een gezonde leefstijl (Helmink, Cox & Kremers, 2009).³ In 2008 is het prototype in zeven pilot-regio's geïmplementeerd. Gedurende dit pilotjaar heeft er onderzoek plaatsgevonden naar bruikbaarheid, waardering en gepercipieerde effectiviteit van de BeweegKuur. Op basis van die resultaten is de BeweegKuur bijgesteld en in 2009 bij meer organisaties geïmplementeerd. Tevens is in 2009 – 2010 de BeweegKuur doorontwikkeld van uitsluitend diabetes naar ook overgewicht en obesitas. In 2010 wordt dit prototype volledig geïmplementeerd (Helmink, Boekel & Kremers, 2010-b). NISB ontwikkelt deze leefstijlinterventie met allerlei partners en heeft als doel dat de BeweegKuur wordt opgenomen in het basispakket per 2012. Door de invoering in het basispakket kan iedereen aanspraak maken op de BeweegKuur en naar verwachting zal dit op termijn kostenbesparend werken.

1.2 Probleemstelling

Zoals in paragraaf 1.1 is beschreven, is een gecombineerde leefstijlinterventie een geschikte manier om een gedragsverandering aan te leren. De BeweegKuur is zo'n gecombineerde leefstijlinterventie. De BeweegKuur is een gefaseerd project, waarbij op basis van pilots en testen wordt gekeken hoe het prototype kan worden geoptimaliseerd. Het is van belang dat het prototype goed aansluit bij de wensen en behoeften van de doelgroep.

Wanneer de BeweegKuur wordt opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering, komt deze beschikbaar voor alle personen in de doelgroep. In een nog uit te brengen rapport van het College van Zorgverzekeringen (CVZ), staat dat de BeweegKuur op termijn kostenbesparend zal zijn. Daarvoor is het echter van belang dat er voldoende deelnemers instromen. De deelnemers die momenteel de BeweegKuur volgen, zijn over het algemeen erg enthousiast (Helmink, Cox & Kremers, 2009). Er is echter een aanzienlijk percentage dat de deelname weigert. Op basis van het onderzoek van RIVM blijkt tevens dat naar verwachting slechts een derde van de doelgroep bereid is een leefstijlinterventie te gaan volgen (Bemelmans et al., 2008). Wanneer er te weinig deelnemers instromen, zal de

² <http://www.nisb.nl/over-nisb.html> (geraadpleegd 10 – 08 – 2010)

³ Zie bijlage 1 voor specifieke beschrijving van de BeweegKuur

invoering van de BeweegKuur niet het gewenste effect hebben en zal het project dan niet slagen. Het is daarom van groot belang inzicht te krijgen in factoren die invloed hebben op de instroom of weigering van de BeweegKuur. Daar is momenteel echter nog geen duidelijkheid over (Helmink, Meis & Kremers, 2010-a). Ook in de literatuur is nog niet veel bekend over de factoren die invloed hebben op de instroom in leefstijlinterventies. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd die laten zien waarom iemand wel of niet wil deelnemen aan een gezondheidsbevorderende interventie. Er zijn weinig onderzoeken bekend waarbij specifiek onderzoek is gedaan naar factoren die in het bijzonder deelname aan leefstijlinterventies beïnvloeden. Mogelijkheden om die instroom te bevorderen, moeten worden onderzocht (Bemelmans et al., 2008).

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die meespelen in de keuze van iemand om wel of niet deel te nemen aan een gecombineerde leefstijlinterventie. Er zal inzicht verkregen moeten worden over de manier waarop keuze voor participatie in een programma voor leefstijlbevordering tot stand komt. Per factor wordt gekeken wat de invloed op een keuze is. Aan de hand van dit inzicht kan het beleid rondom leefstijlinterventie mogelijk aangevuld of aangepast worden om op die manier zoveel mogelijk potentiële deelnemers te bereiken. Daarom is ervoor gekozen de volgende onderzoeksvraag te hanteren: *welke factoren beïnvloeden deelname aan een leefstijlinterventie?*

1.4 Leeswijzer

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 is een theoretische verdieping, gevolgd door de methodologische verantwoording van het onderzoek in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 is een weergave van de resultaten en tot slot volgen in hoofdstuk 5 de conclusie en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 Theoretische verdieping

2.1 Inleiding

In deze theoretische verdieping wordt een onderbouwing gegeven hoe de vraag ‘*Welke factoren beïnvloeden deelname aan een leefstijlinterventie?*’ beantwoord kan worden. Er volgt eerst een paragraaf met achtergrondinformatie over de ziektebeelden overgewicht, obesitas en diabetes mellitus, een beschrijving wat een leefstijlinterventie inhoudt en tot slot wordt toegelicht hoe menselijk gedrag tot stand komt. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3 het Health Belief Model besproken waarna in paragraaf 2.4 de factoren worden aangehaald die interessant zijn voor het onderzoek. Aan de hand van de informatie uit de paragrafen 2.2, 2.3 en 2.4, wordt in paragraaf 2.5 het onderzoeksmodel weergegeven. Dit onderzoeksmodel mondt uit in enkele onderzoeksvragen.

2.2 Achtergrondinformatie

2.2.1 Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn chronische ziekten waarbij een overmatige vetopstapeling in het lichaam gezondheidsrisico's met zich meebrengt (WHO, 2000). Er zijn verschillende manieren om te bepalen of er sprake is van een gezond gewicht. De meest gebruikte methode is de 'Body Mass Index' (BMI). De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilogrammen te delen door de lengte in het kwadraat. Bij een BMI van 18.5 of lager is er sprake van ondergewicht, een BMI van 18.5 – 25 geeft een gezond gewicht aan. Bij een BMI van 25 – 30 is er sprake van overgewicht en bij 30 of hoger wordt er van obesitas gesproken (Daansen, 2005). In 2007 had 51% van de mannen en 40% van de vrouwen van twintig jaar en ouder een BMI tussen de 25 en 30. Obesitas kwam voor bij 10% van de mannen en 12% van de vrouwen (Bovendeur, 2008). Bovendeur voorspelt dat wanneer de prevalentie van obesitas zich de komende jaren op dezelfde manier voortzet, het percentage volwassenen met obesitas de komende twintig jaar met de helft zal toenemen (Bovendeur, 2008).

Overgewicht wordt meestal veroorzaakt doordat er meer calorieën worden opgenomen dan verbrand. De verhouding tussen eten en drinken enerzijds en de lichamelijke activiteit anderzijds, is niet in balans (Daansen, 2005). Het ziekte- en sterfterisico neemt toe naarmate het gewicht stijgt. Zo is er onder andere een verhoogde kans op verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, gewrichtsklachten, hoge bloeddruk, ademhalingsproblemen en diabetes mellitus. Ook is er een verhoogde risico op psychische problemen, zoals depressie, angst- en sombiersheidsklachten (Daansen, 2005) (WHO, 2002). Behalve lichamelijke en psychische problemen, kan overgewicht of obesitas ook tot sociale vooroordelen,

stigmatisering en discriminatie door de algemene bevolking en zorgverleners leiden. Dit kan resulteren in een lage zelfwaardering, minderwaardigheidscomplex en sociale isolatie (WHO, 2002).

Overgewicht en obesitas kunnen worden behandeld/ veranderd door aandacht te besteden aan voeding, gewoonten en toename van lichamelijke activiteit. Overgewicht en obesitas zijn in belangrijke mate bepalend voor het ontstaan van diabetes mellitus. Daarom in de volgende paragraaf aandacht voor dit ziektebeeld.

2.2.2 Diabetes mellitus

In Nederland worden er steeds meer mensen gediagnosticeerd met diabetes mellitus type II, in de volksmond ook wel suikerziekte genoemd (Baan & Schoemaker, 2009). Diabetes mellitus is een complexe chronische aandoening waarbij de glucose de lichaamscellen niet bereikt waardoor er een tekort is aan insuline. Er wordt onderscheid gemaakt in diabetes type I, de insuline afhankelijke variant, en diabetes type II, de niet – insuline afhankelijke variant. Diabetes type I ontstaat veelal op jonge leeftijd (Lisdonk et al., 1999).

Dit onderzoek richt zich op de diabetes type II variant. Er zijn een aantal factoren die de kans op het ontwikkelen van deze vorm van diabetes vergroten, te weten: genetische aanleg, overgewicht, abdominale vetverdeling, lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding en roken (Baan & Schoemaker, 2009). De klachten bij diabetes zijn veel drinken, vaak urineren, vermoeidheid en duizeligheid. Diabetes kan schade aan de bloedvaten en het zenuwstelsel veroorzaken waardoor er gezondheidsproblemen kunnen ontstaan zoals hart- en vaatziekten, nieraandoeningen, blindheid en gevoelloosheid in de ledematen (Baan & Schoemaker, 2009).

Cijfers over 2007 laten zien dat het aantal geregistreerde diabetespatiënten de laatste jaren explosief is gestegen. Ruim 740.000 mensen in Nederland hebben de diagnose diabetes type II. Daarnaast hebben naar schatting minstens 250.000 Nederlanders diabetes zonder dat de diagnose is gesteld (Baan & Schoemaker, 2009). De WHO schat dat 5 – 7 % van de wereldbevolking suikerziekte heeft. Dit zijn ongeveer 150 miljoen mensen. Over twintig jaar, verwacht men, zal dit aantal verdubbeld zijn. In 2025 zullen er naar schatting 1.3 miljoen mensen in Nederland gediagnosticeerd zijn met diabetes mellitus type II (WHO, 2009).

Door mensen met (een verhoogde kans op) diabetes, overgewicht en obesitas veranderingen in de leefstijl aan te leren, kunnen de klachten en gezondheidsproblemen verminderen of zelfs voorkomen worden (Bemelmans et al., 2008). In de volgende paragraaf volgt een beschrijving wat verandering van leefstijl inhoudt.

2.2.3 Leefstijlinterventie

Een leefstijlinterventie is een programma voor mensen die gedragspatronen willen veranderen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan trainingen op het gebied van alcoholgebruik en gokgedragingen maar ook op het gebied van beweeggedrag. Een leefstijlinterventie is erop gericht om gezondheidswinst te boeken. Met behulp van begeleiding en training kan deze gezondheidswinst behaald worden. Met gecombineerde leefstijlinterventies worden interventies bedoeld die lichamelijke activiteiten en een gezonde voeding bevorderen (Helmink, Boekel & Kremers, 2010b).

Er is gebleken dat effectieve preventie van overgewicht en obesitas bij volwassenen zich moet richten op zowel dieet-, beweeg als gedragsstrategieën. Deze combinatie lijkt het meest effectief te zijn. Het meeste effect wordt bereikt als naast motivationele interventies ook omgevingsdeterminanten worden meegenomen (Kremers et al., 2008). Uit onderzoek blijkt dat niet iedereen geschikt is om deel te nemen aan een leefstijlinterventie. Als iemand niet gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen, is elke leefstijlinterventie verspilde moeite (Doornick, 2009⁴).

Er zijn verschillende gecombineerde leefstijlinterventies ontwikkeld om de prevalentie van diabetes terug te dringen te weten: de SLIM study, de Finish Diabetes Prevention Study en de Diabetes Prevention Program. Deze interventies zijn primair gericht op mensen met overgewicht of pre-diabetes. Dit gebeurt door middel van individuele begeleiding en advies op maat, gericht op zowel voeding als het bevorderen van lichamelijke activiteit (Helmink, Boekel & Kremers, 2010b).

Onderzoek laat zien dat er wel deelnemers zijn voor de leefstijlinterventies, maar dat de instroom nog niet voldoende is. Er is nog onduidelijkheid over de factoren die invloed hebben op de instroom in leefstijlinterventies (Bemelmans et al., 2008). Maatschappelijk gezien is er een groot belang dat potentiële deelnemers gaan deelnemen aan een leefstijlinterventie. Omdat mensen bij veranderingen van hun gezondheidsgedrag gedwongen worden keuzes te maken is het goed kort stil te staan bij dit proces. In de volgende paragraaf wordt stilgestaan bij dit keuzeprocess.

⁴ www.denieuwepraktijk.nl (geraadpleegd 11 – 08 – 2010)

2.3 Keuzeproces

Een veel gebruikte benadering hoe een keuze tot stand komt binnen de sociale wetenschap is de Rationele Keuze Theorie (RKT). De RKT verklaart het keuzeproces van het individu door een mens te typeren als een rationeel wezen. De mens heeft een aangeboren rationaliteit waardoor hij voortdurend een kosten – baten analyse maakt van verschillende situaties. Hiermee wordt geprobeerd de uitkomsten voor zichzelf te optimaliseren (Parker, 2003). Er wordt ook wel gesproken van een ‘homo economis’. Dit houdt in dat er bij een keuzeproces gestreefd wordt naar zoveel mogelijk voordeel: welk handelen levert in welke situatie het meest op. Hierbij wordt niet alleen naar de korte termijn gekeken maar ook naar de langere termijn. Er vindt dus een kosten – baten analyse plaats tussen verschillende beschikbare mogelijkheden. Verschillende factoren hebben invloed op het keuzeproces. Per situatie verschillen de factoren die invloed hebben op deze rationele keuze (Parker, 2003).

In de jaren vijftig is er een model ontwikkeld om te verklaren waarom mensen meedoen aan programma's die gericht zijn op preventie of vroege opsporing van ziekten; het Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974 in Burg et al., 2001). In dit model staat een kosten – baten analyse centraal bij de totstandkoming van de uiteindelijke keuze voor wel of geen deelname aan een gezondheidsbevorderende interventie.

Bij het analyseren van factoren die de keuze voor deelname aan een leefstijlinterventie beïnvloeden wordt het HBM als theoretisch kader gebruikt. De keuze voor dit model is tweeledig. Enerzijds heeft het HBM vastomlijnde veronderstellingen over beïnvloedende factoren op het al dan niet toepassen van bepaald gedrag. Daarnaast is het HBM een van de meest toegepaste modellen op het terrein van preventief gezondheid gerelateerd gedrag (Bajema, 2001). De centrale gedachte in het HBM is dat het besluit van mensen om bepaald gezond gedrag te vertonen wordt bepaald door de ervaren gezondheidsgedragingen en de evaluatie van het aanbevolen gedrag (Burg et al., 2001). In figuur 1 is het HBM schematisch weergegeven. De elementen uit het model worden vervolgens kort toegelicht.



Figuur 1: Health Belief Model (Burg et al., 2001)

Demografische factoren beïnvloeden volgens het model de veronderstelde dreiging en veronderstelde verwachting (Bajema, 2001). Deze veronderstelde dreiging en veronderstelde verwachting bestaan ieder uit twee dimensies, die als volgt kunnen worden toegelicht:

De veronderstelde dreiging bestaat uit (1) de veronderstelde kwetsbaarheid en (2) de veronderstelde ernst (van de diagnose). Per individu verschilt de inschatting van de mate waarin hij of zij zich als 'kwetsbaar' voor een bepaalde gezondheidsbedreigende situatie ziet (Bajema, 2001).

'De eerste dimensie 'veronderstelde kwetsbaarheid' meet de individuele perceptie van zijn of haar risico om in aanraking te komen met een bepaalde negatieve gezondheidstoestand (Bajema, 2001. P. 42)'. De inschatting van de tweede dimensie, de ernst van gezondheidsproblemen verschilt ook per individu. Onder veronderstelde ernst wordt de inschatting op het risico van een bepaalde ziekte of het onbehandeld laten van een bepaalde ziekte verstaan. Deze inschatting wordt zowel gebaseerd op mogelijke medische gevolgen zoals pijn of een handicap als op mogelijke sociale gevolgen zoals het effect op het gezin (Bajema, 2001).

De veronderstelde verwachting bestaat uit de twee dimensies (1) veronderstelde voordelen en (2) veronderstelde barrières. Bij de veronderstelde voordelen gaat het om de inschatting van een individu wat de gezondheidsbevorderende interventie voor hem/ haar zal opleveren (en dus niet om de objectieve feiten van de voordelen) (Bajema, 2001). De veronderstelde barrières zijn de inschattingen van de negatieve aspecten van de gezondheidsbevorderende interventie door een individu. Er wordt een kosten – baten afweging gemaakt waarin een individu de verwachte voordelen afweegt tegen de nadelen of kosten (Bajema, 2001). In feite sluit dit aan bij de hiervoor genoemde Rationele Keuze Theorie.

Naast demografische factoren, die via de veronderstelde dreiging en veronderstelde verwachting het gedrag beïnvloeden, kunnen ook 'cues to action' een rol spelen om preventief gedrag uit te gaan voeren. 'Cues to action' is een breed begrip. Er zijn meerdere zaken die een aanzet tot actie kunnen zijn. Een voorbeeld van 'cues to action' zijn media activiteiten zoals reclame of de behandeling van een bepaald ziektebeeld in een talkshow waarbij informatie verstrekt wordt over een bepaald ziektebeeld (Bajema, 2001).

Wat ontbreekt in het Health Belief Model is de invloed van de feiten rond een bepaald ziektebeeld op het gezondheidsgedrag van de patiënt. Feiten kunnen voor de patiënt aangedragen worden door de huisarts, andere goed geïnformeerde gezondheidsmedewerkers maar bijvoorbeeld ook door tijdschriften of internet. Deze

informatie rond de gevaren en risico's van een ziekte als diabetes mellitus of obesitas zou kunnen worden benoemd als een kernconcept 'objectieve dreiging'. In dit model wordt evenmin melding gemaakt van wat de invloed die de feitelijke informatie rond de leefstijlinterventie heeft, zoals die wordt gepresenteerd door de huisarts of gezondheidsmedewerker, op het keuzegedrag van de patiënt. De feitelijke informatie rond de leefstijlinterventie zou kunnen worden benoemd als een kernconcept 'objectieve interventie'. Met deze twee hiergenoemde tekortkomingen zal rekening gehouden worden bij het uitwerken van het uiteindelijke onderzoeksmodel. Deze kernconcepten worden in het onderzoeksmodel verwerkt. Aangezien het model start bij de demografische factoren, zullen de voor dit onderzoek relevante demografische factoren worden beschreven in de volgende paragraaf.

2.4 Demografische factoren

Gezondheidsbevordering richt zich op gezondheidsgedrag en leefstijl van individuen en groepen mensen. Gezondheidsbevorderende interventies zijn zowel preventieve onderzoeken, zoals eenmalige screening op risicofactoren voor chronische ziekten, als vervolgotrajecten om de gezondheid te verbeteren, zoals een leefstijlinterventie (Van Wijngaarden, 2004).

Zoals al eerder aangegeven zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd die laten zien waarom iemand wel of niet wil deelnemen aan een gezondheidsbevorderende interventie. Er zijn maar een beperkt aantal studies bekend waarbij er specifiek onderzoek is uitgevoerd naar factoren die mogelijke deelname aan leefstijlinterventies beïnvloeden. Daarnaast zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd naar factoren die invloed hebben op deelname aan preventieve gezondheidsinterventies. Deze studies worden gebruikt in de volgende paragrafen.

De volgende factoren zijn gekozen voor dit onderzoek: leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau, sociale status/ sociale omgeving, reisafstand, tijd en eigen bijdrage. Bij de selectie is gekozen voor die factoren die van belang zijn bij het huidige beleid rondom de BeweegKuur. De factoren worden in de volgende subparagrafen kort toegelicht en onderbouwd met gegevens uit de beperkte literatuur.

2.4.1 Leeftijd

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat leeftijd geen belemmerende factor voor deelname aan een gezondheidsbevorderende interventie is. Deelnemers en niet-deelnemers verschillen niet veel van elkaar op het gebied van leeftijd. Zo heeft het RIVM (2008)

onderzoek gedaan naar opsporing van chronische ziekten bij veertig plussers. De onderzochte groep respondenten kreeg een gezondheidsbevorderend programma aangeboden om het ontstaan van chronische ziekten te kunnen voorkomen (Bogers et al., 2008). Uit dit onderzoek van het RIVM blijkt dat de bereidheid voor deelname aan deze gezondheidsbevorderende interventie het hoogst is bij deelnemers tussen de zestig tot zeventig jaar (Bogers et al., 2008). In Denemarken is een studie uitgevoerd gericht op de belangstelling voor het ontvangen van leefstijladvies. Het onderzoek was uitgevoerd onder 2000 patiënten met een leeftijd tussen de 30 en 50 jaar. Uit dit onderzoek blijkt dat de leeftijd van de deelnemers en niet-deelnemers niet van elkaar verschilt. Gemiddeld waren zowel de deelnemers als de niet-deelnemers 40 jaar (Lauritzen et al., 1995).

Thorogood en anderen (1993) hebben een onderzoek uitgevoerd naar mensen die een uitnodiging kregen voor een gezondheidscheck en hier niet aan deelnamen. De populatie bestond uit 2678 patiënten tussen de 35 – 64 jaar. Er is een splitsing gemaakt in drie leeftijdscategorieën. Van de 1001 potentiële deelnemers tussen de 35 en 44 jaar heeft 18.8% niet deelgenomen. Van de 875 potentiële deelnemers tussen de 45 en 54 jaar heeft 16.3% niet deelgenomen. Van de 802 potentiële deelnemers tussen de 55 en 64 jaar heeft 17.6% niet deelgenomen (Thorogood et al., 1993). De deelnemers en niet-deelnemers aan de gezondheidscheck verschilden dus niet veel van elkaar op het gebied van leeftijd.

2.4.2 Geslacht

Geslacht lijkt een stimulerende/ belemmerende factor voor deelname te zijn. Mannen nemen in verhouding minder vaak deel aan gezondheidbevorderende interventies dan vrouwen. Dit blijkt uit onderzoeken van Bogers (2008), Lauritzen (1995), Thorogood (1993) en Jones (1993). Onderzoek van Hersberger (2006) laat zien dat mannelijke deelnemers zijn meer gemotiveerd voor het beweeggedeelte dan het voedingsgedeelte. Voor vrouwen geldt het omgekeerde.

Het onderzoek naar de opsporing van chronische ziekten (zie paragraaf 2.4.1) van het RIVM (2008) toont aan dat er iets meer mannelijke niet-deelnemers (52%) dan vrouwelijke niet-deelnemers (48%) zijn (Bogers et al., 2008). Ook de eerder genoemde Deense studie (gericht op de belangstelling voor het ontvangen van leefstijladvies) laat zien dat de mannelijke potentiële deelnemers vaker niet deelnemen dan vrouwen. Van de uiteindelijke deelnemers waren 52.3% vrouw en 47.7% man (Lauritzen et al., 1995). In het onderzoek van Thorogood (1993) is 53% van de benaderde populatie vrouw en 47% man. 85% van de vrouwen en 79% van de mannen heeft uiteindelijk deelgenomen aan de interventie (Thorogood et al., 1993). Ook voor dit onderzoek geldt dus een groter percentage van mannelijke niet-deelnemers in verhouding met vrouwelijke niet-deelnemers.

Jones, Cronin en Bowen (1993) hebben een onderzoek uitgevoerd naar risicofactoren van hartproblemen tussen deelnemers en niet-deelnemers aan een screeningsprogramma. Van de 3800 benaderde patiënten tussen de 25 en 55 jaar, deed 63% mee aan het screeningsprogramma. De man – vrouw verdeling van de deelnemers en niet-deelnemers was ongeveer gelijk (Jones, Cronin & Bowen, 1993).

Onderzoek van Hersberger et al. (2006) laat zien dat vrouwen meer gemotiveerd zijn dan mannen voor het uitvoeren van de aanbevelingen rondom gezonde voeding. Mannen laten echter in datzelfde onderzoek zien dat zij meer gemotiveerd zijn dan vrouwen voor het uitvoeren van fysieke activiteiten ter bevordering van de gezondheid. Uit dit onderzoek blijkt dat geslacht invloed heeft op de motivatie om deel te nemen aan een leefstijlinterventie (Hersberger et al., 2006).

2.4.3 Land van herkomst

Land van herkomst lijkt een belemmerende factor voor deelname te zijn. Voor allochtonen is de drempel voor deelname aan een gezondheidsbevorderende interventie hoog. Dit blijkt uit onderzoeken van Stronks (2007) en Ooms en Veenhof (2008).

Het onderzoek van Stronks (2007) toont aan dat er bij gedragsgerichte interventies te weinig aandacht besteed wordt aan de lagere – sociale groepen en etnische groepen. Bestaande preventieprogramma's, bijvoorbeeld anti-rook programma's, lijken minder effect te sorteren onder allochtone groepen dan autochtone groepen (Stronks, 2007).

Ooms en Veenhof (2008) hebben een onderzoek gedaan naar kansrijke interventies om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen. Zij geven aan dat de allochtone doelgroep onderbelicht wordt binnen het huidige beweeg- en valpreventiebeleid. Juist bij deze groep is veel gezondheidswinst te behalen. Er is geen sprake van onwil om weinig te bewegen maar deelname aan het huidige aanbod is een hoge drempel. De interventies sluiten niet aan bij de doelgroep (Ooms & Veenhof, 2008).

2.4.4 Opleidingsniveau

Mensen met een lager opleidingsniveau lijken minder vaak deel te nemen aan een leefstijlbevorderende interventie. Dit blijkt uit onderzoek van Pill (1988). Dit onderzoek toont aan dat mensen met een lage opleiding gemiddeld vaker niet deelnemen aan gezondheidsonderzoek dan mensen met een hoge opleiding (Pill en Stott, 1988).

Twee andere studies, van Thorogood (1993) en Jones (1993) tonen aan dat het opleidingsniveau van de deelnemers ongeveer gelijk verdeeld is (Thorogood et al., 1993)

(Jones, Cronin & Bowen, 1993). Uit recenter onderzoek van de Haan (2009) blijkt ook dat er geen verschil is in deelname tussen hoger en lager opgeleide mensen (de Haan, Jonkers & Sluis, 2009).

2.4.5 Sociale status/ sociale omgeving

Er is uit onderzoek gebleken dat mensen emotionele steun nodig hebben tijdens het ondergaan van een leefstijlverandering. Partners fungeren als een soort van geheugen en ondersteuning voor de noodzakelijke gedragsverandering (Krannich et al., 2008). Sociale verbondenheid is een voorwaarde om tot gemotiveerd gedrag te komen. Daarnaast is groepsgevoel een belangrijke factor (Ryan en Deci, 2000).

Het onderzoek van Thorogood (1993) bestond uit 2109 getrouwde potentiële deelnemers en 509 ongetrouwde potentiële deelnemers, waarvan 15.9% van de getrouwde potentiële deelnemers en 21.4% van de ongetrouwde potentiële deelnemers niet mee deed aan de gezondheidscheck (Thorogood et al., 1993). Een recenter onderzoek van het RIVM (2008) toont ook aan dat niet-deelnemers minder vaak een partner hebben (Bogers et al., 2008).

2.4.6 Reisafstand

Uit onderzoek binnen de BeweegKuur blijkt dat deelname aan een leefstijlinterventie voor een grote groep afhankelijk is van de afstand naar de interventie. Het kunnen deelnemen aan de leefstijlinterventie op fietsafstand is van belang. Is de afstand te ver, dan neemt de deelname af (Helmink, Cox & Kremers, 2009).

Het RIVM (2008) laat met een onderzoek ook zien dat een reden om niet aan een gezondheidsbevorderende interventie deel te nemen de afstand is (Bogers et al., 2008).

2.4.7 Tijd

Het RIVM (2008) toont met haar onderzoek aan dat tijd een belangrijke factor is met betrekking tot deelname. 25% van de ondervraagden geeft aan dat 'geen tijd' een argument is om niet deel te nemen. Dit is het belangrijkste argument van de niet-deelnemers waarom er niet aan de gezondheidsbevorderende interventie wordt deelgenomen (Bogers et al., 2008).

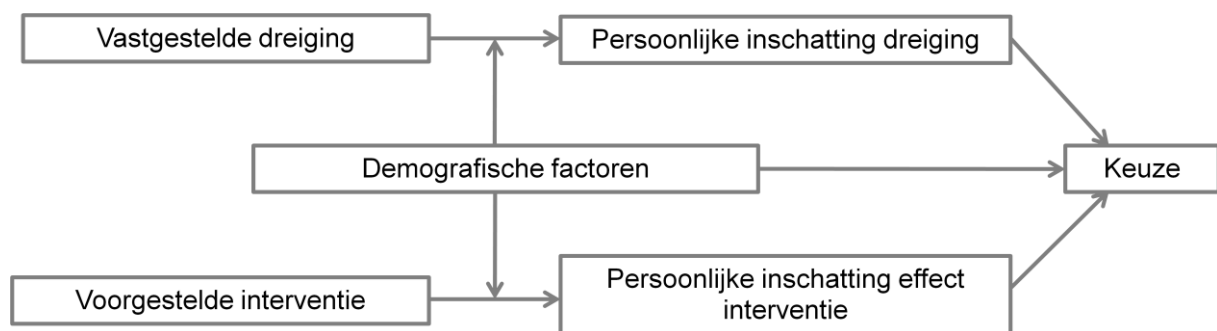
Eerder onderzoek laat zien dat gebrek aan tijd/ een te druk bestaan en de inbreuk die het programma maakt op het dagelijks ritme, invloed heeft op de beslissing tot deelname. Ongeveer 90% van de ondervraagden in dat onderzoek geeft aan dat deze factor invloed heeft bij het weigeren van deelname (de Haan, Jonkers & Sluis, 2009).

2.4.8 Eigen bijdrage

In eerder wetenschappelijk onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren rondom de BeweegKuur is onderzocht wat de invloed van de eigen bijdrage voor de activiteiten is. Van de respondenten vond 25% de eigen bijdrage te hoog. 36% van de respondenten gaf aan niet meer mee te doen als er meer betaald moet gaan worden. En 42% gaf aan dat de prijs een belangrijke afweging is voor de keuze van de activiteit (Helmink, Cox & Kremers, 2009).

2.5 Onderzoeksmodel

De theorieën van het Health Belief Model en de Rationele Keuze laten zien dat een menselijke keuze tot stand komt door een kosten – baten analyse. Deze kosten – baten analyse verschilt per individu en per situatie. De totstandkoming van de keuze voor deelname aan een leefstijlinterventie staat weergegeven in het volgende onderzoeksmodel:



Figuur 2: Onderzoeksmodel

In mijn onderzoeksmodel is voor de totstandkoming van de keuze om wel of niet deel te nemen aan een leefstijlinterventie, het Health Belief Model als basis genomen. Er zitten voor mijn onderzoek bruikbare kernconcepten in: de veronderstelde dreiging en veronderstelde verwachting. Deze zijn in het onderzoeksmodel samengevat onder de kernconcepten 'persoonlijke inschatting dreiging' en 'persoonlijke inschatting effect interventie'.

De demografische factoren die de inschatting van de gevaren en inschatting van het effect van de interventie beïnvloeden, zijn ook afkomstig uit het Health Belief Model. De keuze van de verschillende factoren die in mijn onderzoek worden gebruikt zijn in de vorige paragraaf beargumenteerd. De literatuur laat voor elke factor zien wat voor invloed deze heeft op een gezondheidsbevorderende interventie.

In het HBM ontbrak mijns inziens de invloed van de feitelijke informatie over het ziektebeeld en de feitelijke informatie over de interventie. Deze is in het onderzoeksmodel toegevoegd onder de kernconcepten 'vastgestelde dreiging' en 'voorgestelde interventie'.

De uiteindelijke 'keuze' met betrekking tot deelname is gebaseerd op de kosten – baten analyse, waarbij de 'persoonlijke inschatting dreiging' en de 'persoonlijke inschatting effect interventie' tegen elkaar worden afgewogen. Deze kosten – baten analyse komt zowel terug in het Health Belief Model als in de Rationele Keuze Theorie.

Met het onderzoeksmodel wordt theoretisch weergegeven hoe de keuze voor deelname aan een leefstijlinterventie tot stand komt. Of het model in de praktijk klopt wordt in dit onderzoek onderzocht. Om de keuze voor deelname aan een leefstijlinterventie te verklaren, zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- *In hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de keuze?*
- *In hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de persoonlijke inschatting van de vastgestelde dreiging?*
- *In hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de persoonlijke inschatting van het effect van de voorgestelde interventie?*
- *In hoeverre is de 'persoonlijke inschatting dreiging' en de 'persoonlijke inschatting effect interventie' van invloed op de uiteindelijke keuze om deel te nemen?*

NB: Demografische factoren kunnen worden toegespitst op leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau, sociale omgeving, reisafstand, tijd en eigen bijdrage.

Omdat de gebruikte literatuur laat zien dat er een verband is tussen bepaalde demografische factoren en deelname, zal dit ook in de praktijk te zien moeten zijn. Hierdoor zal er een onderscheid gemaakt moeten worden tussen de demografische factoren en de 'persoonlijke inschatting dreiging' en 'persoonlijke inschatting effect interventie'. Dit is tevens van belang om specifieke aanbevelingen te kunnen doen per demografische factor.

Hoofdstuk 3 Methodologische verantwoording

3.1 Operationalisering kernconcepten

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die meespelen in de keuze van iemand om wel of niet deel te nemen aan een gecombineerde leefstijlinterventie. In de theoretische verdieping is ingegaan op het proces hoe deze keuze tot stand komt, wat heeft geleid tot een onderzoeksmodel (figuur 2). In deze paragraaf komt de operationalisering van de kernconcepten aan bod. Van elk element uit het model wordt besproken op welke wijze dit gemeten gaat worden in de praktijksituatie en hoe deze indicatoren worden opgenomen in de vragenlijst.

3.1.1 Vastgestelde dreiging

Met de vastgestelde dreiging wordt bedoeld: de feitelijke dreiging van de ziektebeelden overgewicht, obesitas en diabetes mellitus, bepaald aan de hand van het BMI. Deze feitelijke dreiging houdt in dat je met overgewicht en obesitas een verhoogde kans hebt op:

- *lichamelijke problemen* zoals gewrichtsklachten, ademhalingsproblemen, hoge bloeddruk, verschillende vormen van kanker en hart- en vaatziekten.
- *psychische problemen* zoals een depressie, angstklachten en somberheidsklachten.
- *psychosociale problemen* zoals een lage zelfwaardering en sociale isolatie.

Bij diabetes mellitus is er naast bovengenoemde dreigingen ook een verhoogde kans op schade aan de bloedvaten en zenuwstelsel waardoor er onder andere blindheid, nieraandoeningen en gevoelloosheid in de ledematen kan ontstaan.

De potentiële deelnemers die worden benaderd voor dit onderzoek hebben allemaal een verhoogde dreiging omdat er sprake is van overgewicht, obesitas en/ of diabetes mellitus. De kans op deze dreigingen neemt toe naarmate het BMI stijgt (zie tabel 1). Voor iemand met een gezond gewicht is de kans klein op een van de bovengenoemde dreigingen. Voor iemand met obesitas is die dreiging een stuk groter. Hetzelfde geldt voor de diagnose diabetes. Een individu met dit ziektebeeld heeft een grotere kans op bovengenoemde dreigingen dan iemand waar sprake is van pre – diabetes. De mate van dreiging verschilt per individu. Deze mate van dreiging staat beschreven in tabel 1.

Tabel 1: Niveau van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico volwassenen (PON, 2008)

BMI (KG/M2)*	Buikomvang		Comorbiditeit**
	< 102 cm (M) < 88 cm (V)	> 102 cm (M) > 88 cm (V)	
20 – 25	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico
25 – 30	Licht verhoogd risico	Hoog risico	Hoog risico
30 – 35	Hoog risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
35 – 40	Zeer hoog risico	Zeer hoog risico	Extreem hoog risico
> 40	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

* De BMI is ingedeeld in categorieën waarbij mensen meer of minder gezondheidsrisico's lopen. Voor dit onderzoek is de BMI – indeling van de PON gebruikt (PON, 2008). ** **Diabetes mellitus type II**, hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, dyslipidemie, artrose en slaapapneu.

Het is noodzakelijk te weten hoe groot de vastgestelde dreiging per individu is, om zo per categorie aan te kunnen geven in hoeverre de benoemde demografische factoren invloed hebben op de persoonlijke inschatting van de vastgestelde dreiging.

De '**vastgestelde dreiging**' van het individu wordt bepaald aan de hand van het BMI; kilogram/ (lengte x lengte), buikomvang in centimeters en een beantwoording van de vraag of er sprake is van (pre)diabetes.

3.1.2 Persoonlijke inschatting dreiging

De persoonlijke inschatting van de dreiging is onder te verdelen in drie soorten dreigingen, te weten: lichamelijke dreiging, psychische dreiging en psychosociale dreiging. De persoonlijke dreiging van het individu wordt bepaald aan de hand van een inschatting door het individu van het krijgen de mogelijke lichamelijke, psychische en psychosociale problemen die kunnen ontstaan door het ziektebeeld. Er is besloten deze dreiging onder de noemer 'algemeen gezondheidsrisico' te meten. Er is gekozen voor een vijf – puntsschaal: 1 is geen verhoogd risico en 5 is extreem hoog risico. Deze indeling is gebaseerd op de mate van dreiging in tabel 1.

De '**persoonlijke inschatting dreiging**' wordt per individu bepaald door de beantwoording van de vraag hoe het algemene gezondheidsrisico wordt ingeschat.

3.1.3 Voorgestelde interventie

Per deelnemer wordt er aan de hand van vastgestelde criteria door de leefstijladviseur beoordeeld welk programma het meest geschikt is. De uitleg van de voorgestelde interventie wordt verstrekt door een professional zoals een huisarts of praktijkondersteuner aan de potentiële deelnemer.

De feitelijke beschrijving van de BeweegKuur gaat er van uit dat de gecombineerde leefstijlinterventie uit drie onderdelen bestaat:⁵

- *het verminderen van de energie – inname door een individueel samengesteld dieet.* De BeweegKuur levert na een jaar een gewichtsreductie op van minimaal 5%.
- *het verhogen van de lichamelijke activiteit.* Binnen de BeweegKuur wordt een bepaalde beweegdosis nagestreefd om gezondheidswinst te bewerkstelligen. De beweegdosis geeft de hoeveelheid beweging aan die verricht dient te worden. Specifiek wordt gestreefd naar een verbranding van minimaal 1200 kilocalorieën per week. De beweegdosis hoeft niet onmiddellijk bij het starten met de BeweegKuur behaald te worden. Een geleidelijke dosis is vaak effectiever om deelnemers zonder problemen naar een blijvend hoger energieverbruik te loodsen. Of er sprake is van een verbranding van 1200 kilocalorieën per week, is te bepalen door de formule van energieverbruik toe te passen. Deze formule luidt als volgt: $(MET \times 3.5 \times \text{Lichaamsgewicht in KG}) / 200$. MET is een afkorting voor metabole equivalenten en is een maat voor stofwisselingsprocessen. De MET – waarde in rust is 1. Een MET – waarde van 2 geeft aan dat er twee keer zoveel energie verbruikt wordt ten opzichte van het energieverbruik in rust etc. De MET – score staat per activiteit genoteerd in bijlage 3. Door het verbruik van de verschillende activiteiten per week bij elkaar op te tellen, wordt het energieverbruik bepaald.
- *ondersteuning van de leefstijlaanpassingen door gedragsveranderingen.* Deze ondersteuning wordt gegeven door de leefstijladviseur (4 bijeenkomsten), diëtist (5 bijeenkomsten) en eventueel de fysiotherapeut (6 bijeenkomsten). Dit is afhankelijk van het soort programma wat aangeboden wordt (zelfstandig, opstart of begeleid).

Het doel van de interventie is het realiseren van gezondheidswinst door middel van meer bewegen, gezonde voeding en het laten beklijven van de aangepaste leefstijl door gedragsveranderingen. Er wordt van uit gegaan dat de potentiële deelnemers allen dezelfde informatie te horen krijgen omdat diegenen die de BeweegKuur aanbieden allemaal dezelfde instructies hebben gehad.

De '**voorgestelde interventie**' wordt bepaald aan de hand van de beantwoording van de vraag welk programma de leefstijladviseur heeft voorgesteld te gaan volgen.

⁵ Geldt voor alle programmavormen: zelfstandig programma, opstartprogramma en begeleid programma.

3.1.4 Persoonlijke inschatting effect interventie

De inschatting van het persoonlijke effect van de interventie is de inschatting van de gezondheidswinst die de interventie op kan leveren voor de potentiële deelnemer. Ook hier wordt onderzocht hoe een individu de winst van de interventie inschat. De 'inschatting persoonlijk effect interventie' wordt gemeten door een inschatting van de gewichtsafname na een jaar BeweegKuur te bevrage. Daarnaast wordt er ook gevraagd hoeveel een potentiële deelnemer verwacht te gaan bewegen door de BeweegKuur en wat voor soort activiteit dit gaat worden. Aan de hand van de formule van het energieverbruik kan met die informatie (frequentie en type activiteit) het percentage van de verwachte gewichtsafname berekend worden. Ook wordt er bevrage hoeveel steun een potentiële deelnemer verwacht van de leefstijladviseur, diëtist en fysiotherapeut en hoe vaak ze verwachten hen te zien.

De '**persoonlijke inschatting effect interventie**' bestaat uit een inschatting van de gewichtsafname (in %), een inschatting van het verwachte energieverbruik (in kilocalorieën) per week en een inschatting van de steun van de ondersteunende disciplines (aantal bijeenkomsten en mate van steun).

3.1.5 Demografische factoren

Uit het literatuuronderzoek van hoofdstuk 2 zijn enkele factoren naar voren gekomen die voor dit onderzoek van belang zijn, te weten: leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau, sociale status/ sociale omgeving, reisafstand, eigen bijdrage en tijd.

De factoren leeftijd, geslacht, land van herkomst en opleidingsniveau worden bepaald door naar het geboortjaar, het geslacht, het geboorteland en het opleidingsniveau te vragen. Voor de uiteindelijke analyse wordt het opleidingsniveau ingedeeld in drie categorieën: laag (geen/ basisonderwijs/ LBO/ MAVO/ Mulo/ MMS), midden (MBO/ HAVO/ VWO) en hoog (HBO/ WO). De sociale status wordt bevrage door in te laten vullen of iemand alleenstaand, samenwonend, gehuwd, weduwe/ weduwnaar of gescheiden is. De sociale omgeving wordt ingedeeld in vijf keuzemogelijkheden van geen sociale omgeving tot extreem grote sociale omgeving. De reisafstand is de beleving van de deelnemer/ niet deelnemer van de afstand van huis naar de locatie waar de BeweegKuur activiteiten plaatsvinden. Dit kan als te ver, te dichtbij of niet te ver – niet te dichtbij worden ervaren.

Ook de tijd die een individu verwacht aan de BeweegKuur te besteden is een inschatting van het individu. Dit wordt bevrage door een inschatting te maken hoeveel tijd het individu

verwacht aan de BeweegKuur te moeten besteden. De eigen bijdrage wordt bepaald door te vragen hoeveel eigen bijdrage er betaald moet worden (dit verschilt per organisatie en individu) en hoe deze eigen bijdrage ervaren wordt (te veel / te weinig).

3.1.6 Keuze

Op het moment van de keuze wordt een kosten – baten analyse gemaakt. De positieve elementen uit de 'inschatting persoonlijke dreiging' en de 'inschatting persoonlijk effect interventie' worden verrekend met de negatieve elementen uit de 'inschatting persoonlijke dreiging' en 'inschatting persoonlijk effect interventie'. Als de positieve elementen zwaarder wegen dan de negatieve elementen, zal er voor deelname gekozen worden. Wegen de negatieve elementen zwaarder dan de positieve elementen, dan zal er niet voor deelname gekozen worden. De keuze wordt gemeten door te kijken of iemand ja of nee antwoordt op de vraag deel te nemen aan de leefstijlinterventie. Er wordt onderzocht of er een onderscheid te maken is in mensen die wel of niet deelnemen.

De '**keuze**' wordt gemeten door te vragen of iemand deelneemt (ja of nee).

3.2 Hypothesen

Er zijn enkele hypothesen die naar aanleiding van het theoretisch kader kunnen worden opgesteld om uiteindelijk door middel van dit onderzoek te kunnen worden aanvaard of verworpen. Wanneer er naar het onderzoeksmodel gekeken wordt, kunnen er een viertal hypothesen worden opgesteld:

- *Een deelnemer schat de gevaren van het ziektebeeld goed in.*
- *Een niet-deelnemer schat de gevaren van het ziektebeeld verkeerd in.*
- *Een deelnemer schat de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie goed in.*
- *Een niet – deelnemer schat de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie verkeerd in.*

Verder kunnen er hypothesen per factor worden opgesteld:

- **Leeftijd** is geen stimulerende/ belemmerende factor voor deelname. De piek van de deelnemers ligt bij de 60 – 70 jarigen.
- **Geslacht** is een stimulerende/ belemmerende factor voor deelname. Mannen nemen in verhouding minder vaak deel dan vrouwen.

- **Land van herkomst** is een stimulerende/ belemmerende factor voor deelname. Voor allochtonen is de drempel voor deelname aan een leefstijlbevorderende interventie hoog.
- **Sociale status/ sociale omgeving:** Sociale verbondenheid is een voorwaarde om de beslissing tot deelname positief uit te laten vallen. Niet-deelnemers hebben minder vaak een partner.
- **Opleidingsniveau** is een stimulerende/ bepalende factor voor deelname. Mensen met een lage opleiding nemen gemiddeld minder vaak deel dan mensen met een hoge opleiding.
- **Reisafstand** is een bepalende factor voor deelname. Het kunnen deelnemen aan een leefstijlinterventie op fietsafstand is van belang.
- **Tijd** (gebrek aan) is de belangrijkste factor om af te zien van deelname.
- **Eigen bijdrage** is een stimulerende/ bepalende factor voor deelname. De eigen bijdrage zal belemmerend werken wanneer deze te hoog is.

3.3 Onderzoeksmethode

3.3.1 Type onderzoek

Doordat er in de literatuur niet veel bekend is over factoren die deelname aan een leefstijlinterventie bevorderen of belemmeren, is er sprake van een explorerend onderzoek. Daarnaast kan dit onderzoek geïnterpreteerd worden als een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. 'Het doel van een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek is het doen van een onderzoek naar de ontwikkeling, de uitvoering en evaluatie van oplossingen voor praktijkproblemen die bestaan bij aanwijsbare personen, groepen of organisaties buiten de wetenschap ('t Hart et al., 2005, p. 71). De belangrijkste informatiebronnen zijn de cliënten/ patiënten en eventueel (betrokken) beroepskrachten. Een mogelijkheid om aan de benodigde informatie te komen is door bijvoorbeeld interviews te houden of door een gestructureerde vragenlijst af te nemen onder de betrokkenen (Migchelbrink, 2008). Voor dit onderzoek is gekozen voor een gestructureerde vragenlijst, zie bijlage 2.

3.3.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek richt zich op de potentiële deelnemers aan de BeweegKuur. Onder potentiële deelnemers worden patiënten verstaan die aan de opgestelde criteria voor NISB voldoen om deel te nemen aan de BeweegKuur, te weten:

- de diagnose overgewicht, obesitas en/ of diabetes mellitus type II.
- de potentiële deelnemer voldoet niet aan de beweegnorm.
- de potentiële deelnemer bezit enige mate van motivatie.

De onderzoekspopulatie zijn potentiële deelnemers van 13 organisaties die meedoen aan dit onderzoek. De organisaties krijgen allemaal 10 vragenlijsten. In totaal worden er dus 130 vragenlijsten uitgedeeld. De helft (65) onder de deelnemers en de andere helft (65) onder de niet-deelnemers. De organisaties die meedoen liggen verspreid door Nederland (bijlage 4).

3.3.3 Methode dataverzameling

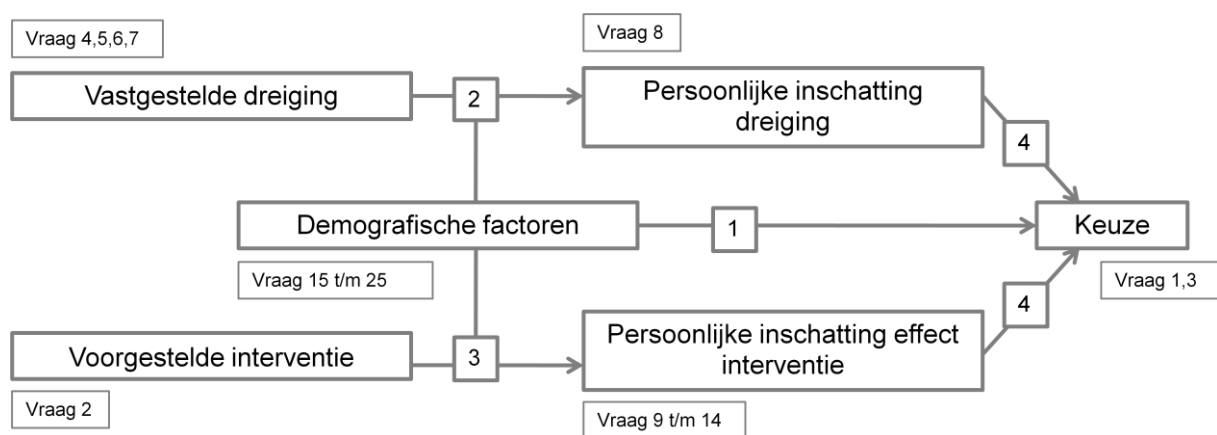
In de dertien deelnemende organisaties van dit onderzoek, is de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige tevens de leefstijladviseur. Vrijwel alle potentiële deelnemers komen op het spreekuur van de praktijkondersteuner waar zij in aanraking kunnen komen met de leefstijlinterventie. De potentiële deelnemers mogen in verband met de wet op bescherming van privacy de vragenlijst niet op het thuisadres toegestuurd krijgen. Om deze reden worden de vragenlijsten bij iedere organisatie persoonlijk overhandigd aan de leefstijladviseur met het verzoek aan de leefstijladviseur de vragenlijsten aan de potentiële deelnemers te verspreiden. Daarnaast is de onderzoeker een dag op de locatie aanwezig om zo potentiële deelnemers te kunnen bevragen. Deze dag wordt in overleg met de leefstijladviseur gekozen om uiteindelijk zoveel mogelijk deelnemers en niet-deelnemers te kunnen bevragen.

De vragenlijst zal vanaf 16 oktober uitgedeeld worden. Leefstijladviseurs hebben drie weken de tijd om de vragenlijsten uit te delen. Tot en met 8 november kunnen de vragenlijsten worden geretourneerd. De vragenlijsten zijn volledig anoniem maar worden wel gecodeerd zodat er achterhaald kan worden van welke locatie de respons komt. Op die manier kan worden nagegaan welke locaties een hoge respons hebben en welke een lage respons. Met deze informatie kan gericht contact opgenomen worden met de organisaties die een lage respons hebben. Er zal tussentijds contact opgenomen worden met alle leefstijladviseurs om te controleren of de vragenlijsten worden/ zijn verspreid.

Onder de potentiële deelnemers worden 3 bioscoopbonnen verloot. Hiervoor moet de potentiële deelnemer wel zijn of haar e-mailadres invullen om het adres te kunnen achterhalen. Deze gegevens worden voor geen enkele andere doeleinden gebruikt.

3.3.4 Data – analyse

De analyse van de vragenlijst zal worden uitgevoerd met behulp van SPSS. Het onderstaande model wordt daarbij getoetst. De cijfers op de pijlen geven aan welke onderzoeksvragen zich op welke positie in het model bevinden. Daarbij staat voor ieder element beschreven welke vragen uit de vragenlijst erbij horen.



Figuur 3: onderzoeksmodel met nummering voor analyse

Er wordt eerst onderzocht of er een verband is tussen ‘demografische factoren’ en ‘keuze’ (1). Dit is noodzakelijk om de eerste onderzoeksvraag “*in hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de keuze*” te kunnen beantwoorden. Dit eventuele verband wordt berekend met behulp van de logistische regressieanalyse. Logistische regressieanalyse is een geschikte methode wanneer er onderzocht moet worden wat de invloed van een of meerdere onafhankelijke variabelen (demografische factoren) op een afhankelijke variabele (keuze) is. Logistische regressieanalyse kan worden gebruikt bij een dichotome afhankelijke variabele (wel of geen deelname).

Vervolgens wordt er onderzocht of er een verband is tussen de ‘vastgestelde dreiging’, ‘demografische factoren’ en de ‘persoonlijke inschatting dreiging’ (2). Dit is noodzakelijk om de tweede onderzoeksvraag “*in hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de persoonlijke inschatting van de vastgestelde dreiging*” te kunnen beantwoorden. Het berekenen van het effect op de persoonlijke inschatting van de dreiging is lastig omdat de afhankelijke variabele eigenlijk niet continu is, maar ordinaal. De beste analyse is een ordinale logistische regressie. Echter, als we mogen aannemen dat de verdeling over de

verschillende categorieën bij persoonlijke dreiging enigszins normaal verdeeld is, is het uitvoeren van een normale regressieanalyse ook mogelijk. Dezelfde analyse wordt gebruikt om te onderzoeken of er een verband is tussen de ‘voorgestelde interventie’, ‘demografische factoren’ en de ‘persoonlijke inschatting effect interventie’ (3). Hiermee wordt de onderzoeksvraag *“in hoeverre zijn demografische factoren van invloed op de persoonlijke inschatting van het effect van de voorgestelde interventie”* beantwoord.

Een eventueel verband tussen demografische gegevens, inschatting dreiging en de keuze wordt berekend met behulp van een mediatie analyse. Dit houdt in dat er meerdere regressie analyses worden uitgevoerd om het effect van demografische factoren op keuze ‘via’ inschatting te toetsen. Hieruit kunnen we concluderen of het eerder onderzochte verband tussen demografische factoren en keuze inderdaad een direct verband is, of indirect. Op die manier komen we terug op onze eerste onderzoeksvraag en geven we ook een antwoord op de laatste vraag: *“In hoeverre is de ‘inschatting persoonlijke dreiging’ en de ‘inschatting persoonlijke effect interventie’ van invloed op de uiteindelijke keuze om deel te nemen”* (4). Ook dit wordt, vanwege de dichotome afhankelijke variabele, gedaan met een logistische regressie analyse.

3.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

‘Chronische aandoeningen verminderen de deelname aan het maatschappelijk leven, door de functionele beperkingen die chronisch zieken als gevolg van hun ziekte ondervinden. Zo belemmeren bijvoorbeeld pijn, het niet goed kunnen lopen of snel moe worden de normale deelname aan de samenleving. Maatschappelijke participatie is belangrijk omdat dit mensen allerlei mogelijkheden biedt zoals productiviteit, zelfontplooiing, betrokkenheid en sociaal contact. Daarnaast heeft participatie ook een maatschappelijk nut, bijvoorbeeld voor het verrichten van betaalde arbeid, vrijwilligerswerk of het verlenen van informele hulp. De meeste ziekten vormen een belemmering voor het verrichten van betaalde arbeid en vrijwilligerswerk (de Hollander et al., 2006, p. 48)’.

Er worden steeds meer Nederlanders gediagnosticeerd met de chronische aandoeningen overgewicht, obesitas en diabetes mellitus type II. Deze ziektebeelden brengen, zoals eerder beschreven, klachten en gezondheidsrisico’s met zich mee. Het is van maatschappelijk belang dat er zoveel mogelijk mensen met deze ziektebeelden aan een leefstijlinterventie meedoen, zodat klachten en gezondheidsproblemen verminderd kunnen worden. Door te onderzoeken welke factoren invloed hebben op wel of niet deelnemen aan een

leefstijlinterventie, kan de interventie mogelijk worden aangepast, zodat er nog meer mensen gaan deelnemen aan leefstijlbevorderende programma's.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar factoren die deelname aan een gezondheidsbevorderende interventie beïnvloeden. De onderzoeken die reeds gedaan zijn naar factoren die deelname aan een gezondheidsbevorderende interventie beïnvloeden, hebben zich vooral gericht op preventieve screening en eenmalige preventieve interventies zoals een gezondheidscheck. Wetenschappelijk gezien kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan de bestaande theorieën over deelname aan gezondheidsbevorderende interventies, met name leefstijlbevorderende interventies. Er zijn niet veel onderzoeken bekend waarbij de nadruk ligt op leefstijlbevorderende interventies.

3.5 ASW – verantwoording

De opleiding Algemene Sociale Wetenschappen gaat uit van twee principes bij het bestuderen van sociale vraagstukken: probleemgerichtheid en interdisciplinariteit.

Het onderwerp van dit onderzoek, deelname aan leefstijlinterventies, is erg actueel. Het maatschappelijke vraagstuk is bestudeerd vanuit verschillende disciplines wat typerend is voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen. Vanuit de sociologische invalshoek wordt naar de huidige maatschappij gekeken, namelijk het groeiende probleem van welvaartsziekten. De totstandkoming van de keuze voor deelname komt voort uit de psychologische invalshoek, via het Health Belief Model.

Het betreft hier een kleinschalig onderzoek. Mogelijk kunnen de uitkomsten een bijdrage leveren aan een efficiëntere inzet van leefstijlinterventies.

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek weergegeven, waarbij de hypothesen zijn getoetst. Paragraaf 4.2 gaat in op het wervingsproces van de respondenten. Eerst wordt er beschreven hoe het onderzoek is uitgezet. Het tweede deel beschrijft welke actie er is ondernomen om voldoende respons te krijgen en geeft een overzicht van de totale respons.

In paragraaf 4.3 wordt ingegaan op de voorbereiding van de analyse. Daarbij worden tevens enkele elementen uit de vragenlijst besproken die om verschillende redenen niet geanalyseerd kunnen/ hoeven te worden.

Paragraaf 4.4 geeft een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten. Ook wordt hier ingegaan op de redenen wel of niet deel te nemen, de inschatting van het gezondheidsrisico door de respondenten en het verwachte effect van de leefstijlinterventie.

De laatste paragraaf bevat de statistische analyse. Er wordt gezocht naar verbanden en verklarende factoren (op het gebied van de inschatting van de dreiging, de inschatting van het effect en de demografische factoren) die moeten leiden tot de keuze om wel of niet deel te nemen aan een leefstijlinterventie. Per deelvraag wordt aan de hand van de analyses beoordeeld of er een significant verband bestaat.

4.2 Wervingsproces

4.2.1 *Uitzetten van het onderzoek*

Het onderzoek is uitgezet bij 13 locaties waar de BeweegKuur aangeboden wordt. Deze locaties zijn op 8 oktober per mail geïnformeerd over het onderzoek.⁶ Op 11, 12 en 13 oktober is er telefonisch contact opgenomen met de leefstijladviseurs van de verschillende locaties. Tijdens die gesprekken is besproken hoe de leefstijladviseurs de vragenlijsten zullen gaan verspreiden. Vervolgens zijn deze afspraken kort samengevat in een brief die tegelijk met de vragenlijsten met retourenveloppen op 13 oktober naar de locaties zijn verstuurd. De vragenlijsten zijn gecodeerd zodat per locatie genoteerd kan worden hoeveel respons er is. Op 15 oktober is er een mail gestuurd naar de locaties met de vraag of de post was gearriveerd.

⁶ Zie bijlage 3 voor de inhoud van de mail

4.2.2 Teruggestuurde vragenlijsten

Op 19 oktober kwamen de eerste vragenlijsten retour.⁷ Op 21 en 22 oktober is er telefonisch contact gezocht met leefstijladviseurs van de locaties om hen er nogmaals aan te herinneren de vragenlijsten te verspreiden.

De locaties met een lage respons (< 5) zijn in de week van 1 november nogmaals telefonisch benaderd. Één locatie gaf aan de vragenlijsten niet te kunnen verspreiden omdat zij geen potentiële deelnemers meer op haar spreekuur kreeg. Een viertal locaties had vakantie gehad en daardoor nog niet alle vragenlijsten kunnen verspreiden. Met één locatie is geen contact meer geweest. Van deze locatie is geen respons teruggekomen. De rest van de locaties had hun vragenlijsten uitgedeeld waardoor er geen invloed meer uitgeoefend kon worden op de respons. Eén locatie gaf daarbij aan dat ze geen 'niet-deelnemers' heeft weten te benaderen en heeft uit eigen initiatief een vijftal extra vragenlijsten verspreid onder 'deelnemers'.

De locaties met een respons van 5 of hoger zijn gemaild om hen op de hoogte te stellen van een goede respons van hun locatie en het verzoek of ze de andere vragenlijsten (mits nog niet uitgedeeld) ook wilden verspreiden.

In verband met een lage respons op de oorspronkelijke deadline (n=42), is deze verlengd met een week van 8 november naar 15 november. Uiteindelijk is er een respons van 54% behaald: zie tabel 2 voor een overzicht van de respons.

Tabel 2: respons

Respons	N	%
Totaal uitgezet	120	100
Totaal retour	65	54.2
Deelnemers	49	40.8
Niet-deelnemers	16	13.3

⁷ Zie bijlage 4 voor het totaal overzicht van de binnengekomen respons

4.3 Voorbereiding op de analyse

De gegevens zijn ingevoerd in SPSS. Alle elementen zijn gecodeerd zodat de analyses uitgevoerd kunnen worden.⁸ Sommige elementen, zoals 'BMI' en 'juist inschatten gezondheidsrisico', zijn vooraf berekend in Excel, waarna deze in SPSS zijn ingevoerd.

Voorafgaand aan de analyses is besloten enkele factoren niet mee te nemen in de analyses, te weten: land van herkomst, reisafstand, tijd en eigen bijdrage. Land van herkomst is weggelaten omdat er maar drie respondenten een ander geboorteland dan Nederland hebben ingevuld. Hierdoor was een te klein percentage van de respondenten geboren buiten Nederland om zinvol onderzoek naar te doen (Nijdam, 2003).

Voor het element reisafstand geldt ongeveer hetzelfde. Ook bij dit element hebben er maar twee respondenten ingevuld dat de BeweegKuur locaties te ver zijn. Hieruit kan wel geconcludeerd worden dat de bereikbaarheid van de locaties goed is.

De eigen bijdrage en de beoordeling van de eigen bijdrage (te laag, neutraal, te hoog) is slecht ingevuld. 27 respondenten hebben hier niets ingevuld, dit is bijna de helft van alle respondenten. Hiermee wordt het moeilijk conclusies te trekken uit deze gegevens. Voor vraag 14, waarbij de 'beweegverwachting' ingevuld moest worden, geldt hetzelfde. Tijd is niet meegenomen in de analyses omdat er enkel niet-deelnemers aangaven geen tijd te hebben. De resultaten op deze laatste drie vragen worden wel gebruikt voor de aanbevelingen aan NISB.

De operationalisering 'persoonlijke inschatting effect interventie' is vereenvoudigd tot enkel de inschatting van de gewichtsafname in procenten. De inschatting van het energieverbruik (in kilocalorieën) kon niet worden berekend i.v.m. veel ontbrekende respons op die vraag.

Door bovengenoemde argumenten kunnen de volgende hypothesen niet getoetst worden:

- *Land van herkomst is een stimulerende/ belemmerende factor voor deelname. Voor allochtonen is de drempel voor deelname aan een leefstijlbevorderende interventie hoog.*
- *Reisafstand is een bepalende factor voor deelname. Het kunnen deelnemen aan een leefstijlinterventie op fietsafstand is van belang.*
- *Tijd (gebrek aan) is de belangrijkste factor om af te zien van deelname.*
- *Eigen bijdrage is een stimulerende/ bepalende factor voor deelname. De eigen bijdrage zal belemmerend werken wanneer deze te hoog is.*

⁸ Zie bijlage 5 voor de betekenissen van de coderingen

4.4 Beschrijving van de data

4.4.1 De onderzoekspopulatie

De vragenlijsten zijn door 37 mannen en 28 vrouwen ingevuld. Van deze 65 respondenten nemen er 49 deel aan de BeweegKuur. De resterende 16 respondenten hebben besloten niet deel te nemen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 61,6 jaar waarbij de mannen gemiddeld ouder zijn (65,4) dan de vrouwen (56,6). De jongste respondent is 31 jaar en de oudste respondent is 83 jaar. Het grootste deel van de respondenten is getrouwd. 7 respondenten zijn alleenstaand, 5 respondenten wonen samen, 2 zijn weduwnaar en 1 respondent is gescheiden.

Het merendeel van de respondenten is in Nederland geboren. Drie respondenten zijn in een ander land geboren. De verdeling van het opleidingsniveau is ongeveer gelijk verdeeld onder de drie categorieën (laag – midden – hoog).

Bijna alle respondenten vinden de afstand naar de BeweegKuur locaties 'niet te ver'. Twee respondenten geven aan dat de afstand naar de BeweegKuur locaties te ver is. Drie respondenten hebben geen antwoord gegeven op deze vraag. Bijna vijftien procent van de respondenten vindt de eigen bijdrage te hoog. Ruim drie kwart geeft aan de eigen bijdrage niet te hoog of te laag te vinden.

Ruim de helft van de respondenten heeft het begeleid programma aangeboden gekregen. Ongeveer een kwart is uitgenodigd voor het zelfstandig programma en de rest is uitgenodigd voor het opstartprogramma. Meer dan de helft van de respondenten verwacht voldoende tijd te hebben om de BeweegKuur uit te kunnen voeren/ in te passen in hun leven. Ongeveer een vijfde van de respondenten twijfelt daar nog over. Een vijfde van de respondenten verwacht te weinig tijd te hebben om de BeweegKuur uit te kunnen voeren.

50 respondenten gaven aan dat ze (pre)diabetes/ suikerziekte hebben. 14 respondenten antwoordde dat ze niet gediagnosticeerd zijn met (pre)diabetes/ suikerziekte en 1 respondent had niets ingevuld. De gemiddelde Body Mass Index van de respondenten is 31.1. De mannen hebben gemiddeld genomen een iets lager BMI (29.7) dan de vrouwen (31.9). De laagst gemeten BMI is 23.0 en de hoogst gemeten BMI is 44.9. In beide gevallen was er sprake van een mannelijke respondent.

Tabel 4 geeft de kenmerken van de respondenten weer. Het optellen van de absolute aantallen leidt niet voor elk item tot 65 respondenten. Dit heeft te maken met de ontbrekende waarden in de teruggestuurde vragenlijsten. De berekening van de percentages is gebaseerd op de N van dat item. Tabel 5 geeft de verdeling van het BMI weer.

Tabel 3: (Achtergrond)kenmerken respondenten

	N	%		N	%
Respons	65	100	Geslacht	65	100
Deelnemers	49	75.4	Man	37	56.9
Niet-deelnemers	16	24.6	Vrouw	28	43.1
Programma	57	100	Tijd	64	100
Zelfstandig	16	28.1	Voldoende	42	65.6
Opstart	9	15.8	Onvoldoende	11	17.2
Begeleid	32	56.1	Weet (nog) niet	11	17.2
Leeftijd	65	100	Burgerlijke staat	65	100
< 30	0	0	Alleenstaand	7	10.8
30 – 40	4	6.2	Weduwe/ weduwnaar	2	3.1
40 – 50	5	7.7	Gehuwd	50	76.9
50 – 60	11	16.9	Samenwonend	5	7.6
60 – 70	32	49.2	Gescheiden	1	1.5
70 – 80	12	18.5	Geboorteland	65	100
>80	1	1.5	Nederland	62	95.4
Opleidingsniveau	65	100	Curaçao	1	1.5
Laag	23	35.4	Suriname	1	1.5
Midden	25	38.5	Indonesië	1	1.5
Hoog	17	26.1	Eigen bijdrage	42	100
Reisafstand	64	100	Te weinig	4	9.5
Te ver	2	3.1	Neutraal	32	76.2
Niet te ver	62	96.8	Te veel	6	14.3
(pre) Diabetes	64	100			
Ja	50	78.1			
Nee	14	21.9			

Tabel 4: Verdeling BMI

	N	%	Gemiddelde	Spreiding
Lengte	65	100	1.73	1.53 – 1.91
Gewicht	65	100	93.4	65 – 150
BMI	65	100	31.1	23.0 – 44.9
BMI man	37	56.9	29.7	23.0 – 44.9
BMI vrouw	28	43.1	31.9	24.5 – 43.6
BMI				
< 20	0			
20 – 25	8	12.3	23.9	23.0 – 24.9
25 – 30	21	32.3	28.1	25.2 – 29.9
30 – 35	22	33.8	31.7	30.1 – 34.2
35 – 40	10	15.4	37.9	35.3 – 39.2
> 40	4	6.1	42.9	40.2 – 44.9

4.4.2 Redenen om deel te nemen

De vragenlijst bevatte één open vraag waarin de respondenten konden noteren wat de belangrijkste reden van deelname/ niet deelname was. Er zijn in totaal 80 redenen genoemd als belangrijkste reden voor deelname aan de BeweegKuur. Deze zijn ondergebracht in zeven categorieën, zie tabel 5.⁹

Een kwart van de redenen betrof het onder controle houden/ krijgen van de diabetes. Zo noemde één respondent *“Om te voorkomen dat ik in de toekomst medicijnen moet gaan gebruiken voor mijn diabetes”*. Een andere respondent noemde *“Bloedglucose en gewicht omlaag brengen zodat ik geen insuline hoeft te gaan spuiten”*.

Daarnaast was ruim een vijfde van de redenen gericht op het verbeteren van de algehele gezondheid. Zo noemde één respondent als reden voor deelname *“Gezond leven en bewegen. Indien mogelijk afvallen. Bloedglucose zo te houden om zonder medicatie verder te gaan. Ik wil oud worden!”*. Een andere respondent schreef *“Ik wil mijn gezondheid verbeteren, blijvend gewicht verliezen en fitter worden. Bij het bereiken van dit doel vind ik het handig een stok achter de deur te hebben”*.

Afvallen wordt ook in ruim een vijfde van redenen genoemd waarom er deelgenomen wordt aan de BeweegKuur. Deze reden wordt vaak in combinatie met andere redenen gegeven zoals: *“gezonder leven, afvallen”* en *“conditie verbeteren, afvallen, voorkomen suikerziekte en volop te kunnen genieten van de kleinkinderen”*.

Ook professionele begeleiding wordt in vijf gevallen als een belangrijke reden voor deelname gezien. Een respondent schreef: *“Dat ik met mijn chronische rugpijnen toch deel kan nemen. Omdat de kuur begeleid wordt door iemand die er echt kijk op heeft. Dit is in het verleden vaak anders geweest”*.

Tabel 5: Redenen deelnemen

Reden deelname	N	%
Conditie	16	20.0
Diabetes	20	25.0
Algehele gezondheid	17	21.3
Afvallen	18	22.5
Professionele begeleiding	4	5
Stok achter de deur	3	3.8
Voedingspatroon verbeteren	2	2.5

% gebaseerd op n=80

⁹ Zie bijlage 6 voor totaaloverzicht redenen deelnemen

4.4.3 Redenen om niet deel te nemen

Er zijn veertien redenen genoemd waarom er niet deelgenomen wordt aan de BeweegKuur. Deze redenen zijn in zes categorieën gegroepeerd, zie tabel 6.¹⁰

Ruim een kwart van de 'niet-deelnemers' geeft als belangrijkste reden om niet deel te nemen aan dat zij zelf of de leefstijladviseur vinden of de dat er al voldoende bewogen wordt. Zo schreef één respondent *"Ik kwam hiervoor niet in aanmerking omdat ik drie keer per week naar aquajogging ga en daarnaast banen zwem"*. Een andere respondent noteerde: *"fiets iedere dag en tuinier"*.

Een ander kwart van de redenen betrof 'geen tijd'. Meestal is dit werk gerelateerd *"geen tijd ivm beroep (internationaal chauffeur)"* en *"werk onregelmatig, daarom moeilijk om naar groepsbijeenkomsten te gaan"*. Een respondent schreef: *"Ik zou graag willen deelnemen, maar ivm onregelmatig werk 's avonds en in het weekend is het moeilijk in te passen. Helaas!"*.

Verder werden er ook redenen genoemd als *"geen zin/ behoefte aan"*, *"geen vertrouwen dat dit wel gaat werken, ben al heel vaak bij een diëtist geweest"* en *"ben niet geïnteresseerd in groepsgebonden activiteiten"*.

Tabel 6: Redenen niet deelnemen

Reden geen deelname	Aantal	%
Beweeg al voldoende	4	28.6
Geen tijd	4	28.6
Geen zin/ niet nodig	2	14.3
Niet geïnteresseerd in groepsgebonden activiteiten	2	14.3
Geen vertrouwen	1	7.1
Ziekte	1	7.1

% gebaseerd op N=14

¹⁰ Zie bijlage 6 voor totaaloverzicht redenen niet – deelnemen

4.4.4 Inschatting dreiging

In deze paragraaf worden de volgende hypothesen getoetst:

- *Een deelnemer schat de gevaren van het ziektebeeld goed in.*
- *Een niet-deelnemer schat de gevaren van het ziektebeeld verkeerd in.*

De potentiële deelnemers aan de BeweegKuur is gevraagd hun gezondheidsrisico in te schatten. Deze schattingen zijn vergeleken met het feitelijke gezondheidsrisico (vastgestelde dreiging). De uitkomsten van deze vergelijking staan in tabellen 7 en 8. Tabel 8 laat zien dat 73% van de respondenten het gezondheidsrisico verkeerd inschat. Ruim 80% van de niet-deelnemers schatten het gezondheidsrisico verkeerd in. Deelnemers scoren met 70% iets beter.

Vervolgens is er eerst een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of er een verband is tussen 'feitelijke dreiging' (X) en 'ingeschatte dreiging' (Y).

Tabel 9 toont in regressie A de uitkomst van bovenstaande analyse. Hoewel er een statistisch significante correlatie is gevonden, kan er op basis van de regressie niet geconcludeerd worden dat de feitelijke dreiging relevant is voor het inschatten van die dreiging. De relatie tussen de ingeschatte dreiging en feitelijke dreiging is met een coëfficiënt van 0,146 immers erg zwak. Dit blijkt ook uit de lage R^2 waarde voor deze regressie analyse: de R^2 is de proportie van de variantie in Y die verklaard wordt door X.¹¹ Dus: de ingeschatte dreiging wordt voor 4.8% verklaard door de feitelijke dreiging. Hoewel statistisch significant is deze relatie dus te verwaarlozen.

Om een idee te krijgen van het verschil van de ingeschatte dreiging tussen deelnemers en niet-deelnemers is er onderzocht of er een verband is tussen 'feitelijke dreiging' (X_1), deelname (X_2) en ingeschatte dreiging (Y). De uitkomst van deze regressieanalyse staat in tabel 9 onder B.

Uit deze analyse blijkt dat deelnemers hun risico significant hoger inschatten dan niet-deelnemers. De inschatting van deelnemers is gemiddeld 0,73 punten hoger. De ingeschatte dreiging wordt voor 19,5% verklaard door de feitelijke dreiging en deelname hetgeen blijkt uit R^2 . In de sociale wetenschap betekent deze R^2 een sterk lineair verband.

De hypothese dat een deelnemer de gevaren van het ziektebeeld goed inschat kan worden verworpen. De hypothese dat een niet-deelnemer de gevaren van het ziektebeeld verkeerd

¹¹ In de sociale wetenschappen waardeert men de waarde van R^2 als mate van lineair verband veelal als volgt: < .05: zwak, .05 - .15: (middel)matig, >.15: sterk, >.30: zeer sterk (Nijdam, 2003).

inschat kan worden aanvaard. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat een deelnemer het gezondheidsrisico hoger inschat dan een niet-deelnemer.

Tabel 7: Verdeling gezondheidsrisico

Gezondheidsrisico	Inschatting		Feitelijk	
	N	%	N	%
Geen verhoogd risico	8	12.7	8	12.7
Licht verhoogd risico	31	49.2	2	3.2
Hoog risico	20	31.7	20	31.7
Zeer hoog risico	3	4.8	20	31.7
Extreem hoog risico	1	1.6	13	20.6

Tabel 8: Inschatting gezondheidsrisico

Inschatting gezondheidsrisico	N	Juist	%	Onjuist	%
Totaal	63	17	26.9	46	73.0
Deelnemers	47	14	29.8	33	70.2
Niet-deelnemers	16	3	18.8	13	81.2

Tabel 9: regressieanalyse

Ingeschat gezondheidsrisico vs feitelijk risico en deelname

	A	B
Intercept	1,8302 (0,0000)	1,4490 (0,0000)
Feitelijke gezondheidsrisico	0,1461 (0,0861)	0,0983 (0,2180)
Deelname		0,7316 (0,0016)
R²	0,0475	0,1946

Afhankelijke variabele: ingeschat gezondheidsrisico.
P-waarde tussen haakjes onder de coëfficiënt.

4.4.5 Effect interventie

In deze paragraaf worden de volgende hypothesen getoetst:

- Een deelnemer schat de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie goed in.
- Een niet-deelnemer schat de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie verkeerd in.

De potentiële deelnemers van de BeweegKuur is ook gevraagd naar het aantal kilo's dat men door eventuele deelname aan de BeweegKuur verwacht af te vallen. Tabel 10 geeft de resultaten van deze vraag weer. Zo schatten 29 deelnemers in dat zij een gewichtsafname van meer dan 5,5% van hun totale lichaamsgewicht binnen 1 jaar BeweegKuur kunnen bereiken. 10 niet-deelnemers verwachten minder dan 4,5% van hun totale lichaamsgewicht

te kunnen verliezen bij deelname aan de BeweegKuur gedurende een jaar. Gemiddeld schatten deelnemers een gewichtsverlies van 7,8% in, niet-deelnemers 3,2%.

Er een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of er een verband is tussen 'programma' (X_1), 'deelname' (X_2) en 'verwacht effect' (Y). Tabel 11 toont de uitkomst van de regressieanalyse. Uit deze regressie analyse blijkt dat deelnemers de gewichtsafname gemiddeld 4,8 procent(punt) hoger inschatten. Deze uitkomst is significant; er is dus een positieve correlatie tussen deelname en geschatte resultaat, ook gecorrigeerd naar programma. De R^2 waarde 0,158 laat een (middel)matig lineair verband zien. Het verwachte effect wordt voor 15,8% verklaard door deelname.

De hypothese dat deelnemers de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie goed inschatten kan worden verworpen. De hypothese dat niet-deelnemers de gezondheidswinst van de leefstijlinterventie verkeerd inschatten kan worden aanvaard. Daarnaast kan ook geconcludeerd worden dat deelnemers de gezondheidswinst hoger inschatten dan niet-deelnemers.

Tabel 10: inschatting gewichtsverlies

Inschatten gewicht	N	Gem. %	< 4,5%	4,5% – 5,5%	> 5,5%	Spreiding
Deelnemers	47	7,8%	14	3	29	0% – 26,3%
Niet-deelnemers	14	3,2%	10	1	3	0% – 8,9%

Tabel 11: regressieanalyse verwacht effect vs deelname

Intercept	4,2274 (0,0324)
Programma	-0,5477 (0,4508)
Deelname	4,8776 (0,0027)
R²	0,1580

Afhankelijke variabele: verwachte effect.

P-waarde tussen haakjes onder de coëfficiënt.

4.4.6 Verwachting van de leefstijlverandering

De verwachtingen van het effect van de BeweegKuur op het beweegpatroon en voedingspatroon staan weergegeven in tabel 12. Deze tabel laat zien dat het grootste deel van de niet-deelnemers verwacht dat de BeweegKuur geen verandering zal brengen aan het huidige beweeg- en voedingspatroon. Daarnaast laat de tabel ook zien dat het grootste deel

van de respondenten verwacht dat er meer bewogen gaat worden en dat er een gezonder voedingspatroon ontwikkeld wordt. Zowel de deelnemers als de niet-deelnemers verwachten meer verbetering op het beweeggedeelte dan op het voedingsgedeelte.

Tabel 12: verwachting verandering beweeg- en voedingspatroon

Verwachting verandering beweegpatroon	N	%	Verwachting verandering voedingspatroon	N	%
<i>Veel minder bewegen</i>	0	0	<i>Veel ongezonder</i>	0	0
<i>Minder bewegen</i>	0	0	<i>Ongezonder</i>	0	0
<i>Niets veranderd</i>	14	21,5	<i>Niets veranderd</i>	25	38,5
- Deelnemers	3	4,6	- Deelnemers	11	16,9
- Niet deelnemers	11	16,9	- Niet deelnemers	14	21,5
<i>Meer bewegen</i>	42	64,6	<i>Gezonder</i>	36	55,4
- Deelnemers	37	56,9	- Deelnemers	34	52,3
- Niet deelnemers	5	7,7	- Niet deelnemers	2	3,1
<i>Veel meer bewegen</i>	9	13,8	<i>Veel gezonder</i>	4	6,1
- Deelnemers	9	13,8	- Deelnemers	4	6,1
- Niet deelnemers	0	0	- Niet deelnemers	0	0

Tabel 13 en tabel 14 geven de verwachting weer van de steun van de verschillende disciplines (LSA, diëtist en fysiotherapeut) op het beweeggedeelte ^{tabel13} als het voedingsgedeelte ^{tabel14}. Zowel de deelnemers als niet-deelnemers verwachten meer steun van de LSA en fysiotherapeut bij het beweeggedeelte en bij het voedingsgedeelte wordt er meer steun van de diëtist verwacht.

Bijna een kwart van de respondenten verwacht geen steun te krijgen van de diëtist als het gaat om het beweegpatroon. Een kleine dertig procent van de respondenten verwacht van de fysiotherapeut geen steun te krijgen bij het voedingsgedeelte. Men verwacht over het algemeen veel steun te ontvangen van de LSA. De steun van de fysiotherapeut en diëtist passen zich aan, aan de specialisatie van de disciplines. Dus van een fysiotherapeut verwacht men meer steun bij het beweeggedeelte t.o.v het voedingsgedeelte. En van een diëtist verwacht men meer steun bij het voedingsgedeelte t.o.v. het beweeggedeelte.

Tabel 13: Verwachte steun mbt het beweegpatroon

Verwachte steun	BEWEEGGEDEELTE					
	LSA		Diëtist		Fysio	
	N	%	N	%	N	%
<i>Geen</i>	8	12,0	15	23,1	7	11,0
- Deelnemers	5	7,7	9	13,8	3	4,6
- Niet deelnemers	3	4,6	6	9,2	4	6,2
<i>Matige</i>	11	17,0	13	20,0	7	11,0
- Deelnemers	5	7,7	8	12,3	2	3,1
- Niet deelnemers	6	9,2	5	7,7	5	7,7
<i>Voldoende</i>	19	29,0	20	30,8	22	34,0
- Deelnemers	16	25,0	19	29,2	19	29,0
- Niet deelnemers	3	4,6	1	1,5	3	4,6
<i>Ruim voldoende</i>	21	32,0	12	18,5	18	28,0
- Deelnemers	20	31,0	11	16,9	17	26,0
- Niet deelnemers	1	1,5	1	1,5	1	1,5
<i>Veel</i>	2	3,1	1	1,5	5	7,7
- Deelnemers	2	3,1	1	1,5	5	7,7
- Niet deelnemers	0	0	0	0	0	0
<i>NVT</i>	4	6,2	4	6,2	6	9,2
- Deelnemers	1	1,5	1	1,5	3	4,6
- Niet deelnemers	3	4,6	3	4,6	3	4,6

Tabel 14: Verwachte steun mbt het voedingspatroon

Verwachte steun	VOEDINGSGEDEELTE					
	LSA		Diëtist		Fysio	
	N	%	N	%	N	%
<i>Geen</i>	11	17,0	8	12,3	19	29,0
- Deelnemers	5	7,7	3	4,6	11	17,0
- Niet deelnemers	6	9,2	5	7,6	8	12,0
<i>Matige</i>	10	15,0	7	10,8	10	15,0
- Deelnemers	6	9,2	2	3,1	7	11,0
- Niet deelnemers	4	6,2	5	7,7	3	3,4
<i>Voldoende</i>	23	35,0	25	38,5	18	28,0
- Deelnemers	22	34,0	23	35,4	17	26,0
- Niet deelnemers	1	1,5	2	3,1	1	1,5
<i>Ruim voldoende</i>	15	23,0	18	28,0	10	15,0
- Deelnemers	13	20,0	17	26,0	9	14,0
- Niet deelnemers	2	3,1	1	1,5	1	1,5
<i>Veel</i>	2	3,1	3	4,6	0	0
- Deelnemers	2	3,1	3	4,6	0	0
- Niet deelnemers	0	0	0	0	0	0
<i>NVT</i>	4	6,2	4	6,2	8	12,0
- Deelnemers	1	1,5	1	1,5	5	7,7
- Niet deelnemers	3	4,6	3	4,6	3	4,6

4.5 Statistische analyse

In paragraaf 4.5 worden de volgende hypothesen getoetst:

- *Leeftijd is geen stimulerende/ belemmerende factor voor deelname. De piek van de deelnemers ligt bij de 60 – 70 jarigen.*
- *Geslacht is een stimulerende/ belemmerende factor voor deelname: Mannen nemen in verhouding minder vaak deel dan vrouwen.*
- *Sociale omgeving: sociale verbondenheid is een voorwaarde om de beslissing tot deelname positief uit te laten vallen. Niet – deelnemers hebben minder vaak een partner.*
- *Opleidingsniveau is een stimulerende/ bepalende factor voor deelname. Mensen met een lage opleiding nemen gemiddeld minder vaak deel dan mensen met een hoge opleiding.*

4.5.1 Demografische factoren en deelname

Om te onderzoeken of er een verband is tussen de verschillende demografische factoren en de keuze om deel te nemen, is er een logistische regressieanalyse uitgevoerd van de gezamenlijke factoren geslacht, leeftijd, opleiding, sociaal netwerk en burgerlijke staat op deelname. Zoals in hoofdstuk 3 staat beschreven, is een logistische regressieanalyse een geschikte methode bij dichotome afhankelijke variabele.

Met de logistische regressieanalyse wordt nagegaan welke demografische factoren invloed hebben op het wel of niet deelnemen aan de BeweegKuur. De samenvatting van de conclusies van de regressie wordt gegeven middels de odds (ratio). De odds is de kans om wel deel te nemen gedeeld door de kans om niet deel te nemen en wordt getoetst aan de hand van de variantie in de x variabelen.

De analyse laat zien dat er een significant positief verband bestaat tussen sociaal netwerk en deelname. Wanneer iemand veel steun uit zijn of haar netwerk verwacht, stijgt de kans om deel te nemen. Tabel 16 geeft een voorbeeld wat de invloed is van sociaal netwerk op deelname.

Daarnaast laat de analyse zien dat er een significant verband bestaat tussen geslacht en deelname. Voor mannen (geslacht = 1) geldt dat de kans op deelname kleiner is dan voor vrouwen. Mannen zijn in dit onderzoek dus minder geneigd om deel te nemen dan vrouwen. Deze waarnemingen zijn significant op 10% niveau en moet dus wellicht met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

Het model verklaart 26% van de variantie in deelname, en is daarmee een redelijke voorspeller. Dit blijkt uit de Nagelkerke R^2 waarde van 0,264.

Aan de hand van deze logistische regressie kan worden geconcludeerd dat zowel sociaal netwerk als leeftijd als geslacht voorspellers zijn van de kans op deelname. De factoren opleidingsniveau en burgerlijke staat hebben geen invloed op de kans op deelname.

NB: gegeven de kleine onderzoekspopulatie is er gekozen voor een 90% betrouwbaarheidsinterval. Hiermee is iets meer onzekerheid ingeruild voor iets meer conclusies.

Tabel 15: logistische regressieanalyse demografische factoren vs keuze

90.% B.I. voor odds ratio				
	B (S.E.)	Lower	Odds ratio	Upper
Constant	-4,000 (2,856)		0,18	
Geslacht	-1,354 (,845)	0,064	0,258*	1,036
Leeftijd	0,051 (,039)	1,004	1,052*	1,105
Opleiding	0,106 (,438)	0,541	1,111	2,285
Burgerlijke staat	0,988 (,818)	0,699	2,685	10,312
Sociaal netwerk	0,737 (,433)	1,026	2,090*	4,260
Nagelkerke R^2	0,264			

Sterretjes (*, **, ***) geven significantie van de coëfficiënten aan op respectievelijk 10%, 5% en 1% niveau.

Tabel 166: voorbeeld invloed sociaal netwerk op deelname
(onder de ceteris paribus aanname¹²)

Stel	Situatie 1	Situatie 2
Geslacht	0	0
Leeftijd	30	30
Opleiding	1	1
Sociale netwerk	1	5
Samenwonend/ gehuwd	0	0
Ingeschatte kans op deelname	0.3	0.8

¹² d.w.z. dat alle andere factoren gelijk blijven

4.5.2 Verklaring inschatting dreiging

Om te onderzoeken of er een verband is tussen de verschillende demografische factoren en de inschatting van de dreiging, is er een regressieanalyse uitgevoerd.

Deze analyse, waarvan de uitwerking in tabel 17 staat, laat zien dat opleiding en sociaal netwerk positief gecorreleerd zijn met het juist inschatten van de dreiging. Hoe groter de verwachte steun uit het sociale netwerk, hoe beter de dreiging wordt ingeschat. En hoe hoger de opleiding hoe beter het gezondheidsrisico wordt ingeschat.

*Tabel 17: regressieanalyse bij
demografische factoren vs inschatting dreiging*

Snijpunt	-0,4637 (0,2859)
Geslacht	-0,0868 (0,4994)
Leeftijd	0,0069 (0,2535)
Opleiding	0,1388 (0,0563)
Sociaal netwerk	0,1161 (0,0843)
Samenwonend/ gehuwd	-0,2548 (0,1178)
R ²	0,1623

Afhankelijke variabele: juist inschatten dreiging
P-waarde tussen haakjes onder de coëfficiënt

4.5.3 Verklaring ingeschatte effect

De volgende analyse die is uitgevoerd betreft het effect van de demografische factoren op de inschatting van het effect.

*Tabel 18: regressieanalyse
Demografische factoren vs inschatting effect*

Snijpunt	7,5045 (0.0371)
Geslacht	-2,0274 (0.1702)
Leeftijd	-0,0170 (0.7706)
Opleiding	-1,0138 (0.2133)
Sociaal netwerk	0,7716 (0.2990)
Samenwonend/ gehuwd	0,9980 (0.5850)
R ²	0,1164

Afhankelijke variabele: verwachte effect.
Significantie tussen haakjes onder de coëfficiënt

In tabel 19 staat de uitwerking van deze analyse waarbij de afhankelijke variabele het verwachte effect (afvalpercentage) is en de onafhankelijke variabelen de demografische factoren zijn. Geen van de demografische factoren zijn gecorreleerd met de verwachte gewichtsafname.

4.5.4 Factoren die deelname beïnvloeden

Tot slot is er een logistische regressie analyse uitgevoerd waarbij deelname de afhankelijke variabele is en inschatting gezondheidsrisico, verwachte effect en de demografische factoren de onafhankelijke variabelen zijn.

Uit de analyse in tabel 20 blijkt dat het ingeschatte risico, het verwachte effect en sociaal netwerk van invloed zijn op de beslissing deel te nemen aan de BeweegKuur. Al deze factoren zijn positief gecorreleerd met deelname, waarbij sociaal netwerk en ingeschat risico het grootste effect hebben op de kans op deelname.

De R^2 van het model is 0,65, hetgeen aangeeft dat de factoren die in deze analyse zijn onderzocht, vrij goede voorspellers zijn van de kans op deelname.

Tabel 19: Logistische regressieanalyse beïnvloedende factoren vs deelname

	B (S.E.)	90.% B.I. voor odds ratio		
		Lower	Odds ratio	Upper
Constant	-14,461 (5,697)		0,000	
Geslacht	-1,779 (1,397)	,017	,169	1,680
Leeftijd	,115 (,074)	0,993	1,121	1,267
Opleiding	,567 (,729)	,531	1,763	5,849
Burgerlijke staat	,976 (1,076)	,452	2,654	15,581
Sociaal netwerk	,946 (,524)	1,088	2,576*	6,098
Inschatting GR	1,767 (,954)	1,218	5,853*	28,128
Inschatting effect	,368 (,160)	1,110	1,445**	1,880
Nagelkerke R^2	,651			

Sterretjes (*, **, ***) geven significantie van de coëfficiënten aan op respectievelijk 10%, 5% en 1% niveau.

De hypothese dat leeftijd een stimulerende of belemmerende factor voor deelname is blijkt niet uit deze analyse. De hypothese kan worden verworpen. Hetzelfde geldt voor de hypothesen dat burgerlijke staat of opleidingsniveau een stimulerende of belemmerende factor voor deelname aan de BeweegKuur is. Ook dit blijkt niet uit de analyse.

Sociale verbondenheid is een factor van belang om de beslissing tot deelname positief uit te laten vallen. Hoe meer steun van het sociale netwerk er wordt verwacht, hoe groter de kans op deelname.

Hoofdstuk 5 Conclusie, aanbevelingen en discussie.

5.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek was een antwoord vinden op de vraag welke factoren invloed hebben op deelname aan de BeweegKuur. Hiervoor zijn in hoofdstuk 4 de hypothesen getoetst. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.2 de conclusie beschreven. De bevindingen uit het onderzoek hebben uiteindelijk geleid tot een nieuw model waarmee de paragraaf eindigt.

Paragraaf 5.3 bevat de discussie van het onderzoek, waarbij kritisch gekeken wordt naar het verloop van het onderzoek. Tot slot volgen in paragraaf 5.4 enkele aanbevelingen voor NISB en eventueel vervolgonderzoek.

5.2 Conclusies

Uit de analyse blijkt dat zowel de deelnemers als niet-deelnemers het gezondheidsrisico veelal verkeerd inschatten. Een deelnemer schat het gezondheidsrisico percentueel gezien beter in: 30% juiste inschatting versus 19% voor niet-deelnemers.

De gezondheidswinst wordt over het algemeen te hoog ingeschat door deelnemers, en te laag door niet-deelnemers. De inschatting van het risico en de ingeschatte gezondheidswinst zijn van invloed op de keuze om deel te nemen.

Vervolgens is er onderzocht of de persoonlijke inschatting van de dreiging verklaard kan worden door demografische factoren. Uit dit onderzoek blijkt dat zowel opleiding als sociaal netwerk een positief verband hebben met betrekking tot de inschatting van de dreiging. Hoe groter de verwachte steun uit het sociale netwerk, hoe beter de dreiging wordt ingeschat. En ook hoe hoger het opleidingsniveau hoe beter de dreiging wordt ingeschat.

Daarna is er onderzocht of het persoonlijk verwachte effect verklaard kan worden door demografische factoren. Uit dit onderzoek blijkt dat geen van de demografische factoren (geslacht, leeftijd, opleiding, sociaal netwerk en burgerlijke staat) invloed hebben op de inschatting van het verwachte effect van de interventie.

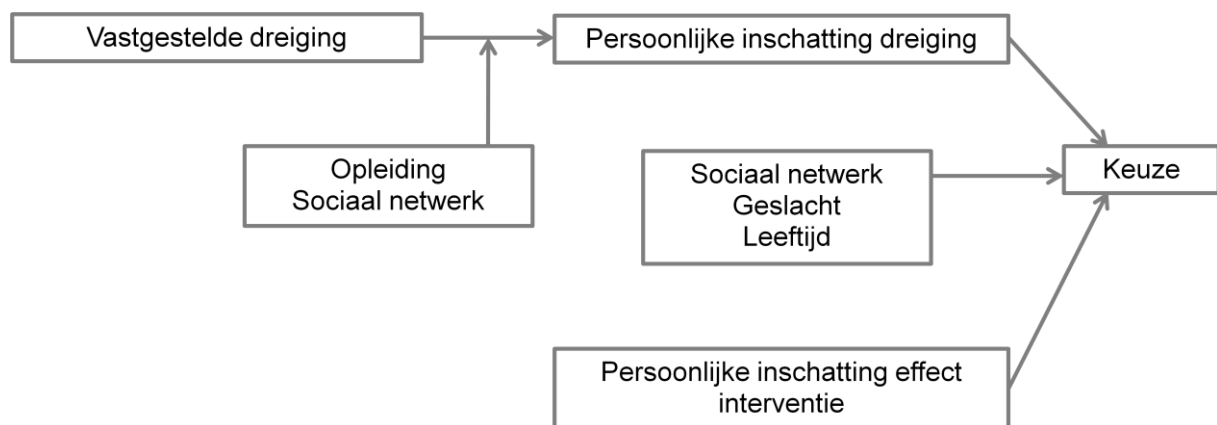
De leeftijdspiek van de benaderde groep voor deelname aan de leefstijlinterventie BeweegKuur ligt bij de 60 tot 70 jarigen. Bijna vijftig procent van de respondenten valt binnen deze leeftijdscategorie. Er lijkt een positief verband te bestaan tussen leeftijd en deelname, maar dit is niet door alle analyses bevestigd.

Zowel sociaal netwerk als geslacht hebben invloed op de keuze voor deelname. Dit onderzoek bevat iets meer mannelijke dan vrouwelijke respondenten, hoewel voor mannen

geldt dat de kans op deelname kleiner is. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden uit een hoger (ingeschat) gezondheidsrisico voor mannen. Sociale verbondenheid is een belangrijke voorwaarde om de beslissing tot deelname positief uit te laten vallen. De elementen leeftijd, opleiding en burgerlijke staat hebben geen directe invloed op de keuze met betrekking tot deelname.

Tot slot blijkt uit een laatste analyse dat zowel inschatting risico, verwacht effect als sociaal netwerk van invloed zijn op de (kans op) deelname. Al deze factoren zijn positief gecorreleerd met deelname, waarbij sociaal netwerk en ingeschat risico het grootste effect hebben op de kans op deelname.

De bevindingen uit het onderzoek leiden uiteindelijk tot het volgende model.



Figuur 4: model

5.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor NISB

Ontwikkel een minder tijdsintensieve variant voor de BeweegKuur.

De hoeveelheid tijd die de BeweegKuur kost, blijkt voor potentiële deelnemers reden om niet deel te nemen aan de BeweegKuur. Los van de vraag hoeveel tijd acceptabel is en wat potentiële deelnemers onder die tijd verstaan, zou (al) nagedacht kunnen worden over een mogelijke minder tijdsintensieve variant voor de BeweegKuur.

Probeer de sociale omgeving van de potentiële deelnemer bij de BeweegKuur te betrekken.

Uit de analyses blijkt dat de verwachte steun uit de sociale omgeving invloed heeft op de keuze om wel of niet deel te gaan nemen. Hoe meer steun er verwacht wordt, hoe groter de kans op deelname. Het is dus verstandig om de sociale omgeving bij de BeweegKuur te gaan betrekken.

Om te beginnen kan NISB de leefstijladviseurs te instrueren de potentiële deelnemers te vragen wat zij verwachten van hun sociale omgeving. Op die manier kan de leefstijladviseur proberen het sociale netwerk bij de BeweegKuur te betrekken.

Om het helemaal goed te doen, is extra onderzoek op dit gebied noodzakelijk. Wie zijn de doorslaggevende mensen uit de sociale omgeving van de deelnemers van wie zij steun verwachten? En wat voor steun wordt er van deze groep verwacht? Met deze informatie kan het beleid worden aangepast zodat de sociale omgeving actief bij de BeweegKuur wordt betrokken.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Onderzoek in hoeverre alle in Nederland wonende mensen die in aanmerking komen voor de BeweegKuur worden bereikt (zowel geboren in Nederland als daarbuiten).

Het valt op dat slechts 3 van de 65 respondenten (5%) geboren zijn buiten Nederland terwijl, wanneer naar de samenstelling van de Nederlandse bevolking wordt gekeken, 11,2% is geboren buiten Nederland (CBS, 2010). Los van de vraag of er een verband bestaat tussen het geboorteland en het in aanmerking komen voor de BeweegKuur, is het bijzonder dat het verschil zo groot is. Het zou kunnen dat een gedeelte van de niet in Nederland geboren mensen niet bereikt wordt als het gaat om de BeweegKuur en aangezien NISB de BeweegKuur breed in de markt wil zetten, zou dat ongewenst zijn.

Onderzoek hoeveel tijd mensen acceptabel vinden om deel te nemen aan de BeweegKuur.

Uit het onderzoek komt naar voren dat respondenten niet deelnemen aan de BeweegKuur omdat zij zeggen dat het hen teveel tijd kost. Het is echter niet duidelijk hoeveel tijd als onacceptabel wordt ervaren. Ook is niet voldoende duidelijk welke tijdsbesteding mensen scharen onder 'tijd kwijt aan de BeweegKuur'. Het zou kunnen gaan om reistijd, tijd bij de LSA, tijd die zij thuis aan de BeweegKuur moeten besteden etc. Dit zou direct meegenomen kunnen worden in het onderzoek.

Onderzoek in hoeverre de eigen bijdrage van invloed is op het al dan niet deelnemen aan de BeweegKuur.

Uit het onderzoek zijn geen betrouwbare cijfers naar voren gekomen waarmee aangetoond is of de eigen bijdrage van invloed is op het al dan niet deelnemen aan de BeweegKuur. Dit zal opnieuw onderzocht moeten worden. Wanneer toch nieuw onderzoek gedaan wordt naar deze variabele, dan is het aan te bevelen om ook te bekijken of er sprake is van meer of minder invloed op al dan niet deelnemen wanneer gevarieerd wordt met de hoogte van de eigen bijdrage.

5.4 Discussie

Regressieanalyse

Bij een regressieanalyse kunnen alleen correlaties worden getoetst, geen causale verbanden. Dat wil zeggen dat alle resultaten met enige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd, omdat verbanden niet per se willen zeggen dat dat de redenen zijn om wel of niet deel te gaan nemen.

Er is gebruik gemaakt van een 90% betrouwbaarheidsinterval.

Waar het in de sociale wetenschappen gebruikelijk is gebruik te maken van een 95% betrouwbaarheidsinterval, is in dit onderzoek besloten een 90% betrouwbaarheidsinterval te hanteren. Hiermee is iets meer onzekerheid ingeruild voor iets meer conclusies. De kleine onderzoekspopulatie heeft hier een belangrijk aandeel in gehad in de keuze voor een 90% betrouwbaarheidsinterval.

Respons

Vanwege de wet op bescherming mochten de onderzoekers de potentiële deelnemers niet direct benaderen. De te onderzoeken doelgroep was hierdoor moeilijk te bereiken. Er zat een

schakel tussen de respondenten en onderzoeker, namelijk de LSA. Vooral niet-deelnemers bleken moeilijk te bereiken.

De uiteenzetting van dit onderzoek is niet steekproefsgewijs gegaan, hetgeen het resultaat eventueel zou kunnen hebben beïnvloed. Gegeven de resultaten met betrekking tot de bepaalde demografische factoren verwacht ik een redelijk waarheidsgetrouwe weergave te hebben gevonden van de redenen tot deelname.

Vragenlijsten niet altijd juist ingevuld.

Doordat enkele vragen niet goed zijn ingevuld, konden sommige elementen niet meegenomen worden in de analyses (zie paragraaf 4.3). De onderdelen eigen bijdrage en verwachting beweegpatroon konden niet worden geanalyseerd. Een oorzaak zou kunnen zijn dat de vraag niet goed geformuleerd was of dat de kennis bij de respondenten ontbrak.

Mogelijk zijn er respondenten meegenomen in het onderzoek die niet tot de doelgroep behoorden waardoor de onderzoeksresultaten niet geheel betrouwbaar zijn.

Uit de analyse van de enquêteformulieren komt naar voren dat enkele respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek die mogelijk niet in aanmerking kwamen voor deelname aan de BeweegKuur. Deze respondenten gaven namelijk aan niet-deelnemer te zijn omdat zij al voldoende bewegen. Mensen die voldoende bewegen komen sowieso niet in aanmerking voor deelname aan de BeweegKuur. Vanuit die redenatie zouden deze respondenten dan ook niet hebben mogen deelnemen aan het onderzoek. Echter, de leefstijladviseurs die de respondenten hebben benaderd, zijn vooraf uitvoerig geïnformeerd over het belang van de juiste respondenten en ik heb geen signalen gekregen dat zij niet wisten wie er benaderd moesten worden. Het kan dus ook zijn dat de specifieke vraag onvoldoende duidelijk was voor de betreffende respondenten. Ik heb besloten om uit te gaan van de correcte handelswijze van de leefstijladviseurs en heb daarom de betreffende respondenten wel meegenomen in het onderzoek.

Literatuur

- Baan, C.A. & Schoemaker, C.G. (2009). *Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang*. Bilthoven: RIVM.
- Bajema, C. (2001). *Omgaan met ongewenst seksueel gedrag op school*. Universiteit Groningen.
- Bemelmans, W.J.E., Wendel – Vos, G.C.W., Bogers, R.P., Milder, I.E.J., Hollander, E.L. de, Barte, J.C.M., Tariq, L. & Jacobs – van der Bruggen, M.A.M. (2008). *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (een hoog risico op) diabetes mellitus type II*. Bilthoven: RIVM.
- Bogers, R.P., Dingemanse, C.J., Felix, J., Bogt, N.C.W. ter, & Bemelmans, W.J.E. (2008). *Deelname aan preventief gezondheidsonderzoek rondom de leefstijl. Bereik onder Nederlanders en redenen voor non – respons*. Bilthoven: RIVM.
- Bovendeur, I. (2008). *Preventie gericht op lichaamsgewicht samengevat*. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: van Gorcum.
- Daansen, P. (2005). *Leven met obesitas*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haan, C. de, Jonkers, R. & Sluis, M. van der, (2010). *BeweegKuur, onderzoek naar 'niet doorstromen'*. Amsterdam: ResCon.
- Helmink, J.H.M., Cox, V.C.M. & Kremers, S.P.J. (2009). *Implementatie van de BeweegKuur: een pilotstudie*. Universiteit Maastricht.
- Helmink, J.H.M., Meis, J. & Kremers, S.P.J. (2010). *Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren*. Universiteit Maastricht.
- Helmink, J.H.M., Boekel, L.C. & Kremers, S.P.J. (2010). *Doorontwikkeling van de BeweegKuur voor Overgewicht en Obesitas*. Universiteit Maastricht.
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: RIVM.
- Jones, A., Cronin, P.A. & Bowen, M. (1993). Comparison of risk factors for coronary heart disease among attenders and non – attenders at a screening programme. *British Journal of General Practice* 43, 375 – 377.

- Krannich, J.H., Weyers, P., Lueger, S., Schimmer, C., Faller, H. & Elert, O. (2008). The effectiveness of a motivation programme for lifestyle change in the course of aortocoronary bypass graft surgery. *Clinical Rehabilitation* 22, 3 – 13.
- Kremers, S., Martens, M., Reubsaet, A., Weerdt, I. de, Vries, N. & Jonkers, R. (2008). *Programmeringstudie overgewicht*. Universiteit Maastricht.
- Lauritzen, T., Leboeuf – Yde, C., Lunde, I.M. & Bach Nielsen, K.D. (1995). Ebeltoft project: baseline data from a five – year randomized, controlled, prospective health promotion study in a Danish population. *British Journal of General Practice* 45, 542 – 547.
- Lisdon, E.H. van de, Bosch, W.J.H.M. van de, Huygen, F.J.A. & Lagro – Jansen, A.L.M. (1999). *Ziekten in de huisartsenpraktijk*. Maarsse: Elsevier/ Bunge.
- Lucht, F. van der & Polder, J.J. (2010). *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar Beter*. Bilthoven: RIVM.
- Milder, I.E.J., Veldwijk, J., Verschuren, W.M.M., Blokstra, A., Ueters, A.H. & Bemelmans, W.J.E. (2010). *Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht. Om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* Bilthoven: RIVM.
- Nijdam, A.D. (2003). *Statistiek in onderzoek. Beschrijvende technieken*. Groningen/ Houten: Wolters Noordhoff.
- Nijdam, A.D. (2004). *Statistiek in onderzoek. Inductieve technieken*. Groningen/ Houten: Wolters Noordhoff.
- Ooms, L. & Veenhof, C. (2008). *Evaluatie van kansrijke interventies om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen*. Utrecht: Nivel.
- Parker, J. (2003). *Social Theory, a basic toolkit*. New York: Palgrave MacMillan.
- Pill, R. & Stott, N. (1988). Invitation to attend a health check in a general practice setting: comparison of attenders and non – attenders. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 38, 57 – 60.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well – being. *American Psychologist* 55, 68 – 78.
- Stevens, J.P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Thorogood, M., Coulter, A., Jones, L., Yudkin, P., Muir, J. & Mant, D. (1993). Factors affecting response to an invitation to attend for a health check. *Journal of Epidemiology and Community Health* 47, 224 – 228.
- Visscher, T., Kremers, S. & Kromhout, D. (2007). *Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing*. NHS – NRG.

- Wijngaarden, J.C.M. van, (2004). *Wat is gezondheidsbevordering? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- World Health Organisation (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva.
- World Health Organisation (2002). *The world health report. Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. Geneva.

Bijlagen

Bijlage 1	Beschrijving BeweegKuur
Bijlage 2	Vragenlijst
Bijlage 3	Mail naar LSA's
Bijlage 4	Totaaloverzicht binnenkomst respons
Bijlage 5	Redenen deelname
Bijlage 6	Redenen niet-deelname

Bijlage 1: Beschrijving BeweegKuur

Met subsidie van het ministerie van VWS wordt in de periode van 2007 tot en met 2012 gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van een gecombineerde leefstijlinterventie waarmee mensen met (een hoog risico op) diabetes mellitus type II vanuit de eerstelijnszorg begeleid kunnen worden naar een gezond leefstijl. Deze gecombineerde leefstijlinterventie heeft als naam de BeweegKuur meegekregen. Doel is om de BeweegKuur per 01-01-2011 op te nemen in het verzekerde pakket van de zorgverzekering. Het NISB is de projectleider van dit project en werkt daarin samen met LHV, NHG, NVD, NVDA, LVG, NDF, KNGF, VSG en DVN (NISB, 2009).

De BeweegKuur is een multidisciplinaire interventie. Ze creëert samenhang in beweegactiviteiten, realiseert samenwerking tussen partners in zowel de eerstelijnszorg als de openbare gezondheidszorg en draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van een solide (lokale) infrastructuur voor preventie. Goede contacten binnen het multidisciplinaire team zijn belangrijk. De deelnemer moet ervaren dat er een team achter hem staat, dat er betrokkenheid is en dat de zorgverleners dezelfde doelen nastreven. Het is cruciaal voor de therapietrouw dat zorgverleners onderling eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen. De leefstijladviseur is de spil in de BeweegKuur. Zij is het aanspreekpunt voor de deelnemer en schakelt, waar nodig, andere disciplines in zoals de fysiotherapeut, diëtist maar ook lokale sport- en beweegaanbieders, voedingsconsulenten, thuiszorg, sportraden en gemeenten. Juist door het leggen van een netwerk, een verbinding tussen eerstelijnszorg, welzijn en openbare gezondheidszorg, wordt een structuur neergelegd die uitvoering van de BeweegKuur ondersteunt en faciliteert. De ROS is, samen met andere regionale en lokale partners verantwoordelijk voor het creëren van deze netwerken op lokaal niveau.

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie die bestaat uit drie onderdelen:

- Het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet
- Het verhogen van de lichamelijke activiteit
- Ondersteuning van de leefstijlaanpassing door gedragsveranderingen

Binnen de BeweegKuur vindt begeleiding onder andere plaats door middel van een beweeg- en voedingsprogramma. Bij het onderdeel bewegen worden drie programma's onderscheiden die hoofdzakelijk verschillen in de mate van begeleiding die geboden wordt:

- Programma 1 zelfstandig beweegprogramma
- Programma 2 opstartprogramma
- Programma 3 begeleid beweegprogramma

Een belangrijk kenmerk van de BeweegKuur is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg. Wanneer een deelnemer via de huisarts instroomt, bekijkt de huisarts of de deelnemer voldoet aan de inclusiecriteria om in te stromen in de BeweegKuur en verwijst daarna door naar de leefstijladviseur.

De leefstijladviseur bepaalt op basis van de algemene inclusiecriteria of de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur, brengt de huisarts op de hoogte van de deelname en stelt ook een indicatie voor het programma vast. Indien de indicatie (van de leefstijladviseur en de fysiotherapeut) voor het beweegprogramma opstart- of begeleid beweegprogramma luidt, kan de deelnemer het geïndiceerde beweegprogramma bij de fysiotherapeut volgen. Bij de indicatie zelfstandig beweegprogramma blijft de deelnemer onder begeleiding van de leefstijladviseur.

Bijlage 2: Vragenlijst

Geachte heer/ mevrouw,

Voor u ligt een korte vragenlijst over de BeweegKuur. Het doel is om aan de hand van dit onderzoek de BeweegKuur verder te ontwikkelen en nog beter aan te laten sluiten op de behoefte van mogelijke deelnemers. Deze vragenlijst is volledig anoniem en er wordt zorgvuldig omgegaan met de gegevens. Omdat u in aanmerking bent gekomen om deel te nemen aan de BeweegKuur, krijgt u deze vragenlijst voorgelegd. Daarom is het van belang om de vragenlijst volledig in te vullen, ook als u heeft besloten niet deel te nemen aan de BeweegKuur. Het invullen duurt ongeveer 5 minuten. Graag zien wij uw ingevulde vragenlijst vóór maandag **8 november** retour. U kunt de ingevulde vragenlijst in de bijgevoegde envelop versturen (*postzegel is niet nodig*).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking! Met vriendelijke groet,
Het BeweegKuur team, NISB

Onder alle teruggestuurde vragenlijsten worden 3 bioscoopbonnen verloot. Wilt u kans maken op één van deze bioscoopbonnen, vul dan hieronder uw naam, emailadres en/ of telefoonnummer in:

-
1. Neemt u deel aan de BeweegKuur? ☐ Ja ☐ Nee
 2. Voor welk programma van de BeweegKuur bent u benaderd?
☐ Zelfstandig programma ☐ Opstartprogramma ☐ Begeleid programma
 3. De belangrijkste reden dat ik wel / niet (*doorhalen wat niet van toepassing is*) deelneem aan de BeweegKuur is:
.....
.....
.....
.....
 4. Wat is uw lengte? cm
 5. Wat is uw gewicht? kilo
 6. Wat is uw buikomvang (*meet op het smalste gedeelte van uw middel tussen de onderste rib en de bovenkant van het heupbeen of vraag het uw leefstijladviseur*)? cm
 7. Heeft u de diagnose (pre) diabetes/ suikerziekte? ☐ Ja ☐ Nee
 8. Hoe schat u uw gezondheidsrisico in?
☐ Geen ☐ Licht verhoogd ☐ Hoog ☐ Zeer hoog ☐ Extreem hoog
 9. Hoeveel verwacht u door een jaar deel te nemen aan de BeweegKuur af te kunnen vallen? kilo
 10. Verwacht u dat u door de BeweegKuur uw bewegingspatroon kunt veranderen? Ik verwacht:
☐ veel minder te gaan bewegen dan voorheen
☐ minder te gaan bewegen dan voorheen
☐ dat er niets verandert aan mijn bewegingspatroon
☐ meer te gaan bewegen dan voorheen
☐ veel meer te gaan bewegen dan voorheen

11 Verwacht u dat u uw voedingspatroon door de BeweegKuur kunt veranderen? Ik verwacht:

- ☐ een veel ongezonder voedingspatroon dan voorheen
- ☐ een ongezonder voedingspatroon dan voorheen
- ☐ dat er niets verandert aan mijn voedingspatroon
- ☐ een gezonder voedingspatroon dan voorheen
- ☐ een veel gezonder voedingspatroon dan voorheen

12 De verwachte steun van ondersteuners in de BeweegKuur als het gaat om mijn **beweegpatroon**:

Leefstijladviseur:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel
Diëtist:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel
Fysiotherapeut:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel

(Kruis per ondersteuner aan hoeveel steun je verwacht op het gebied van uw **beweegpatroon**)

13 De verwachte steun van ondersteuners in de BeweegKuur als het gaat om mijn **voedingspatroon**:

Leefstijladviseur:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel
Diëtist:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel
Fysiotherapeut:	☐ geen	☐ matig	☐ voldoende	☐ ruim voldoende	☐ veel

(Kruis per ondersteuner aan hoeveel steun je verwacht op het gebied van uw **voedingspatroon**)

14 Hoe vaak verwacht u de onderstaande activiteiten uit te (moeten) gaan voeren tijdens de BeweegKuur?

	Hoe vaak per week	Hoeveel minuten per keer
Fietsen		
Wandelen		
Zwemmen		
Rennen/ Joggen		
Dansen		
Anders nl		

15 Wat is uw geslacht? ☐ Man ☐ Vrouw

16 Wat is uw geboortjaar? 19

17 Wat is uw geboorteland?

18 Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau?

19 Wat is uw burgerlijke status?

- ☐ Alleenstaand ☐ Weduwe/ weduwnaar ☐ Gehuwd
- ☐ Samenwonend ☐ Gescheiden ☐ Anders, nl

20 Bij eventuele deelname aan de BeweegKuur verwacht ik van mijn sociale netwerk:

- ☐ geen steun ☐ weinig steun ☐ redelijk wat steun ☐ veel steun ☐ extreem veel steun

21 De reisafstand naar de BeweegKuur locatie(s) vind ik: ☐ te ver ☐ niet te ver

22 Hoeveel eigen bijdrage moet u per maand betalen voor deelname aan de BeweegKuur? Euro

23 Deze eigen bijdrage vind ik: ☐ te weinig ☐ neutraal ☐ te veel

24 De tijd die ik aan de BeweegKuur moet gaan besteden vind ik: ☐ te veel ☐ niet te veel

25 Ik heb voldoende tijd om de BeweegKuur in mijn dagelijks leven in te passen:

- ☐ ja ☐ nee ☐ weet (nog) niet

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 3: Mail naar LSA's

Ede, 8 oktober

Beste Leefstijladviseur,

Graag wil ik u informeren over een kleinschalig onderzoek dat voor de BeweegKuur uitgevoerd wordt. In februari 2010 ben ik begonnen met mijn afstudeerstage bij NISB. Mijn opdracht bestaat uit het onderzoeken welke factoren invloed hebben op deelname aan de BeweegKuur. Het doel is om aan de hand van de resultaten van dit onderzoek de BeweegKuur verder te ontwikkelen en nog beter aan te laten sluiten op de behoeften van de deelnemers. De uitkomsten van dit onderzoek worden in de volgende fase van de doorontwikkeling meegenomen.

Voor het onderzoek is een vragenlijst opgesteld voor de mensen die in aanmerking komen om deel te nemen aan de BeweegKuur. Sommigen van hen zullen enthousiast gereageerd hebben op deze leefstijlinterventie en het besluit genomen hebben om deel te gaan nemen. Anderen zullen wat behoudender gereageerd hebben en uiteindelijk besloten hebben niet deel te gaan nemen.

In juni heeft u van ons al enkele vragenlijsten ontvangen. Het onderzoek heeft enkele aanvullende gegevens nodig om tot een goede conclusie te komen. De vragenlijsten zijn hiervoor aangepast en aangevuld. In overleg met het BeweegKuur team is daarom besloten uw organisatie nogmaals te benaderen en te vragen mee te werken aan dit kleinschalige onderzoek.

Volgende week worden er via de post tien vragenlijsten naar u opgestuurd. Wij hopen op uw medewerking deze vragenlijsten te verdelen onder zowel mensen die deelnemen aan de BeweegKuur (5 stuks) als de mensen die besloten hebben niet deel te nemen (5 stuks). Bij de vragenlijst zit ook een retourenveloppe, zodat de ingevulde lijsten kosteloos kunnen worden teruggestuurd.

De vragenlijsten zijn anoniem en er wordt zorgvuldig omgegaan met de gegevens. De vragenlijsten bevatten wel een codering zodat er achterhaald kan worden van welke locatie de respons afkomstig is. De vragenlijsten worden in de week van 8 november geanalyseerd. U zult zo spoedig mogelijk na de analyse een rapport van dit onderzoek ontvangen.

In de loop van de komende week neem ik contact met u op om eventuele vragen te beantwoorden. Indien gewenst kan ik langskomen bij uw organisatie om ondersteuning te bieden bij het invullen van de vragenlijsten. Een grote respons is zeer gewenst voor dit onderzoek!

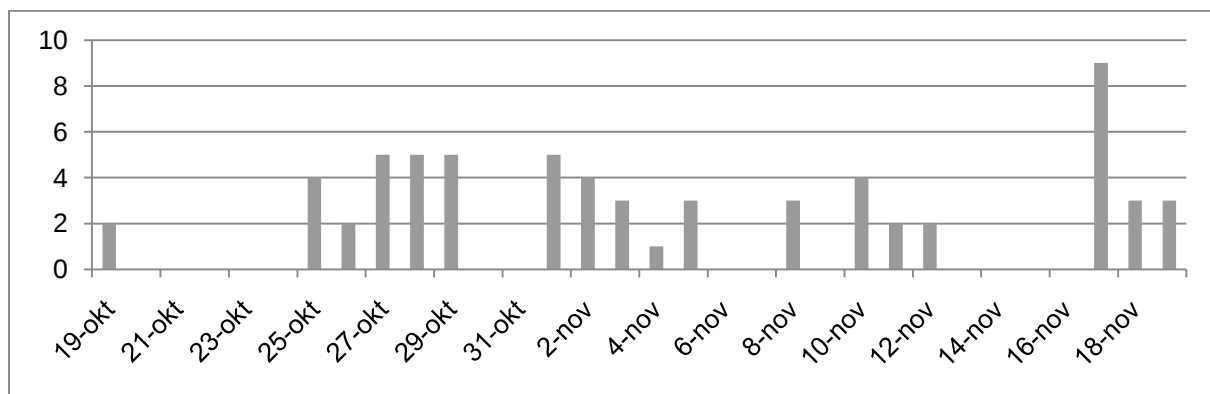
Hopelijk heb ik u zo voldoende geïnformeerd. Voor vragen kunt u altijd contact opnemen met mij via de mail (nisbst6@nisb.nl) of telefoon (06-.....).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking,

Met vriendelijke groet,
Mede namens het BeweegKuur team,

Bernadette Landwehr Johan

Bijlage 4: Totaaloverzicht binnenkomst respons



Bijlage 5: Totaaloverzicht redenen deelnemen

Redenen 'deelnemen'

- Conditieverbetering en verlaging bloedsuikerwaarde
- Conditie verbeteren
- De algehele controle op mijn gezondheid
- Ik wil mijn gezondheid verbeteren, blijvend gewicht verliezen en fitter worden. Bij het bereiken van dit doel vind ik het handig een stok achter de deur te hebben.
- Waar ik kan me nog ergens gaan verbeteren
- Verbetering conditie en hopelijk afvallen
- Mijn gezondheid verbeteren, risico verminderen
- Het verlagen van mijn bloedsuiker
- Iets afvallen, gezonder eten
- Gezondere leefstijl en afvallen dmv bewegen en gewijzigd voedingspatroon
- Samen bereik je meer in overleg in de groep. Van elkaar hoor en zie je de dingen ook daar leer je van. Samenspel, samen sterk.
- Om te voorkomen dat ik geen medicijnen hoeft te gebruiken in de toekomst voor mijn diabetes zijn.
- Werken aan conditie en de diabetes proberen niet verder omhoog te laten gaan.
- Diabetes
- Conditie opvijzelen en wellicht iets afvallen (minstens 10 kilo)
- Voorkomen obesitas en diabetes
- Mijn algehele conditie op het oude niveau brengen
- Dat ik met mijn chronische rugpijnen toch deel kan nemen. Omdat de kuur begeleid wordt door iemand die er echt kijkt op heeft dit is in het verleden vaak anders geweest.
- Diabetes
- Bloedsuikerwaarden positief beïnvloeden? Beter voelen.
- Het omlaag brengen van mijn nuchtere glucosewaarde.
- Bloedglucose en gewicht omlaag zodat ik geen insuline hoeft te spuiten.
- Cholesterolprobleem + lichte hartklachten. Afvallen en conditie.
- Gezond leven en bewegen. Indien mogelijk afvallen. Bloedglucose zo te houden om zonder medicatie verder te gaan. Ik wil oud worden.
- Een vast beweegritme te krijgen en zodoende conditieverbetering
- Afvallen, conditie en bewegen
- Bewegen en geen diabetes complicaties. Afvallen.
- Hartproblemen, te zwaar, kans op diabetes.
- Afvallen, gezonder leven.
- Na de diagnose diabetes, vind ik het belangrijk het medicijngebruik zo veel mogelijk beheersbaar te houden.
- Vermindering van mijn gewicht, meer energie krijgen, minder medicijnen voor mijn suikerziekte.
- Verlagen van de bloedsuiker, evt. van de medicijnen af te komen. Af te vallen, 10 – 15 kilo. Me fitter voelen en meer energie hebben.
- Om meer te weten wat goed is voor mijn lichaam nu ik diabetes heb en zo lang mogelijk zonder medicijnen te blijven.

- Er van overtuigd te zijn dat het voor mijn gezondheid beter is meer te bewegen en af te vallen.
- Omdat het zelf doen te moeilijk bleek
- Controle op mijn gewicht (diabetes 2) door bewegen zit ik beter in mijn vel.
- Conditie verbeteren, afvallen, voorkomen DMII en volop te kunnen genieten van de kleinkinderen
- Gezonder leven, afvallen, geen medicatie.
- Om zoveel mogelijk af te kunnen vallen, ook om het juiste voedingsadvies ontvangen om te voorkomen dat ik nooit de insulinespuit te gaan gebruiken. Gaat niet altijd makkelijk maar ik ben mijn best aan het doen.
- Voor de conditie en om af te vallen.
- Dat ik gemotiveerder ben geworden om te gaan bewegen.

Bijlage 6: Totaaloverzicht redenen ‘deelnemen’ en ‘niet – deelnemen’

Redenen ‘niet – deelnemen’

- Geen tijd ivm beroep (int. Chauffeur)
- Ben niet geïnteresseerd in groepsgebonden activiteiten
- Doe iedere dag 30 minuten oefeningen thuis
- Niet nodig
- 2^e herseninfarct in mei 2010
- Fiets iedere dag en tuinier
- Ik zou graag willen deelnemen maar ivm onregelmatig werk 's avonds en in het weekend is het moeilijk in te passen
- Gaat niet lukken ivm werkzaamheden op onregelmatige werktijden.
- Wil niet in de gaten gehouden worden, baas over eigen lichaam.
- Geen zin/ behoefte aan.
- Geen vertrouwen dat dit wel gaat werken, al heel vaak bij de diëtist geweest.
- Werk onregelmatig, daardoor moeilijk om bij de groepsbijeenkomsten aan te sluiten.
- Ik kwam hiervoor niet in aanmerking omdat ik 3x per week naar aquajogging ga en daarnaast banen zwem.
- Doe zelfstandig beweegoefeningen.

