Sportinterventies voor mensen met diabetes

Een onderzoek naar de invloed van sportmotivatie op het interventie-aanbod.

Jeroen Flim

WAGNER GROUP
sport management

Titel

Sportinterventies voor mensen met diabetes
Een onderzoek naar de invloed van sportmotivatie op interventies.

Opleiding

Wagner Group, Sport Management Institute
Executive MBA Sport Management

Student

Jeroen Flim
jeroen@bvdgf.org

Begeleiders

Begeleider: Mw. Drs. Sandra Meeuwsen
Tweede lezer: Dhr. Prof. Dr. Philip Wagner

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek naar de invloed van sportmotivatie van mensen met diabetes op interventies. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn executive MBA Sport Management aan het Sport Management Institute van de Wagner Group. Het onderzoek is uitgevoerd onder drie groepen mensen met diabetes die deelnemen aan de diverse challenges van de Bas van de Goor Foundation in 2014 waarbij het centrale thema zelfmanagement is.

Allereest wil ik de Bas van de Goor Foundation bedanken voor de mogelijkheid om de studie Sport Management bij het Sport Management Institute van de Wagner Group te kunnen volgen. Het volgen van deze studie hebben mij nieuwe inzichten gegeven op gebied van sportmanagement die ik heb toegepast bij het opstellen van deze thesis en in mijn dagelijkse werkzaamheden voor de stichting. Daarnaast wil ik ook de deelnemers, die bereid waren mee te werken aan het onderzoek, bedanken voor hun toewijding en inzet.

In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn collega's Bas van de Goor en Petra Seegers, internist Henk Bilo van het Isala in Zwolle, medisch onderzoeker en psycholoog Sasja Huisman van het Leids Universitair Medisch Centrum, Klaas Groenier van het Universitair Medisch Centrum Groningen en arts in opleiding Steven Hendriks voor de ondersteuning en begeleiding in het onderzoeksproces. Ook gaat mijn dank uit naar Drs. Sandra Meeuwsen en Prof. Dr. Philip Wagner voor de begeleiding en ondersteuning die zij vanuit de Wagner Group aan dit onderzoek hebben verleend.

Tot slot wil ik het thuisfront bedanken en met name mijn vrouw Michelle Flim voor haar onvoorwaardelijke steun.

Jeroen Flim
Hardenberg, 24 mei 2014

Samenvatting

De prevalentie van diabetes type 2 in Nederland neemt ernstige vormen aan. Een ongezonde leefstijl met te veel en ongezond eten, weinig tot geen sporten en beweging en weinig ontspanning zijn belangrijke oorzaken hiervan. Op dit moment zijn er 1 miljoen mensen met diabetes in Nederland maar de voorspelling is dat dit oploopt naar 1,3 miljoen mensen in 2025. Deze cijfers moeten iedere jaar weer worden bijgesteld omdat ze worden ingehaald door de werkelijkheid. Nederland volgt daarmee een internationale trend. Regelmatig sporten en bewegen heeft een zeer positief effect op diabetes en het voorkomen daarvan. Maar alleen sporten is niet genoeg. Dagelijkse beweging naast het sporten verbetert de algehele gezondheid. Voor mensen met diabetes geldt dat regelmatige sporten en bewegen zorgt voor een betere opname van de medicatie, constantere bloedglucosewaarden (bij de juiste balans) en het voorkomt complicaties op latere leeftijd. Sporten met diabetes is echter niet altijd makkelijk, met name als het gaat om het vinden van balans in de bloedglucoseregulatie.

Er zijn veel organisaties in Nederland die zich bezig houden met het organiseren van sportactiviteiten voor mensen met diabetes waarbij sport als middel wordt ingezet om de gezondheid te verbeteren. Deze sportinterventies zijn de ene keer een succesvoller dan de andere keer. Een belangrijke succesfactor voor sportinterventies ligt in de motivatie om te sporten. Indien mensen met diabetes gemotiveerd zijn om aan sport te doen, blijkt in dit onderzoek dat zij zowel intrinsiek als extrinsiek gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Sporten omwille van gezondheid wordt als belangrijkste motivatie gezien. Mensen met diabetes type 2 hechten daarnaast ook veel extrinsieke waarde aan het verbeteren van het uiterlijk. Motivatie is sterk van invloed op sportinterventies en kunnen zorgen voor langdurige sportparticipatie en -beleving. Het organiseren van een sportinterventies voor mensen met diabetes vraagt daarmee om specifieke kennis. Naast medische veiligheid en ondersteuning spelen vertrouwen en motivatie een belangrijke rol. Een passend sportaanbod kenmerkt zich door een aantal specifieke eigenschappen. Bij het organiseren van sportinterventies voor mensen met diabetes dient een organisatie rekening te houden met:

- de sportmotivatie van mensen met diabetes en hun voorkeuren om aan sport te doen. Het is dan ook belangrijk om de interventie samen met de doelgroep te ontwikkelen;
- het betrekken van de sociale omgeving (familie, (sport)coach en zorgverlener);
- het ontwikkelen van een multidisciplinaire aanpak waarbij meerdere professionals betrokken zijn, waar ook aandacht is voor voeding, leefstijl en ontspanning;
- de ruimte voor de ontwikkeling van kennis, ervaring en inspiratie om nieuwe zelfmanagement-vaardigheden te ontwikkelen;
- ‘good practices’ uit de praktijk om je eigen interventie te versterken en/of verbeteren;
- een positieve houding van de organisatie bij het enthousiasmeren van mensen met diabetes;
- onderling contact tussen mensen met diabetes zorgt voor een verbeterde en bredere motivatie;
- het creëren van ambassadeurs waar potentiele deelnemers zich mee kunnen identificeren;
- de acquisitie van de interventie. De wensen en behoeften van de doelgroep bepalen de insteek van de interventie (laagdrempelig of juist uitdaging);
- mensen die gemotiveerd zijn zich committeren aan een vooraf gesteld doel;
- na een succesvolle ervaring met sport is het belangrijk om te leren om op eigen benen te staan;
- Het monitoren en evalueren van de voortgang om een dynamisch interventie-aanbod te creëren;
- Het delen van ervaringen met organisaties om een sterk sportaanbod-netwerk te creëren.

Het organiseren van sportinterventies voor mensen met diabetes vraagt dus om specifieke kennis. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan de voorbereidingen en uitvoering van succesvolle sportinterventies voor mensen met diabetes. Want sportinterventies spelen een belangrijke rol in de sportmotivatie van mensen met diabetes.

Abstract

The prevalence of diabetes type 2 in the Netherlands becomes very serious. An unhealthy lifestyle with too much unhealthy food, little to no exercise and movement and little relaxation are important causes of this incidence. Currently there are 1 million people with diabetes in the Netherlands, but the prediction is that this number increases to 1.3 million people in 2025. These figures can be adjusted yearly because they are overtaken by reality. With this development The Netherlands is following an international trend. Regular exercise has a very positive effect on diabetes and its prevention. But only exercise is not enough. Daily movement next to exercise improves the overall health. For people with diabetes regular exercise helps with a better absorption of the medication, it helps to create more constant blood glucoses and it prevents complications later on. To sport with diabetes is not always easy, especially not when it comes to finding balance in blood glucose control.

There are many organizations in the Netherlands who are involved in organizing sports interventions for people with diabetes. Some of them are more successful than others. A key success factor for sport interventions lies in the motivation of people with diabetes to sport. If people with diabetes are motivated for sport this study shows that they are both intrinsic and extrinsic motivated to do sports. To sport for health is seen by people with diabetes as the main motivation factor. People with type 2 diabetes are also attached to the extrinsic improving of their appearance. In that way sports interventions play an important role and can provide long-term sports participation. Organizing a sports intervention for people with diabetes requires specific knowledge. In addition to medical safety and support, confidence and motivation play an important role. An appropriate sports intervention is characterized by a number of specific characteristics. When organizing sports interventions for people with diabetes, an organization must take into account that:

- the sport motivation of people with diabetes and their preferences to play sports. It is therefore important to make the intervention with the target group to be developed;
- the involvement of the social environment (family, sports coach and caregiver);
- the development of a multidisciplinary approach in which multiple professionals are involved, where there is attention to diet, lifestyle and entertainment;
- there's space for knowledge, experience and inspiration to develop new self-management skills;
- good practices can strengthen and / or improve your intervention;
- a positive attitude of the organization helps motivating people with diabetes on the long term;
- contact between people with diabetes provides enhanced and broader motivation;
- creating ambassadors helpt the potential participants to have someone where they can identify themselves with;
- in the acquisition of the intervention the wishes and needs of the potential participants need te be taken into account;
- people who are motivated, stay motivated by committing themselves to a pre-set goal;
- after a successful experience with sports it's important that the participants learn to stand on their own feet;
- monitoring and evaluating the progress of the intervention is important to create a dynamic intervention;
- sharing experiences with organizations helps to create a strong sports network.

Organizing sports interventions for people with diabetes requires a specific knowledge. The results of this study may contribute to the preparation and implementation of successful sports interventions for people with diabetes in the Netherlands and beyond. Which means that sports interventions play an important role in the motivation of people with diabetes to play sports.

Inhoudsopgave

Voorwoord **2**

Samenvatting/Abstract **3/4**

1. Inleiding **6**
1.1. Aanleiding 6
1.2. Probleemstelling 6
1.3. Doelstelling en vraagstelling 7
1.4. Relevantie 8
1.5. Leeswijzer 8

2. Theoretisch kader **9**
2.1. Overzicht van de bestaande literatuur 9
2.1.1. Diabetes en sport 9
2.1.2. Sportmotivatie 11
2.1.3. Passend sportaanbod 16
2.1.4. Conclusie 18
2.2. Conceptueel model 19
2.3. Theoretische lacunes 20

3. Onderzoeksmethode **21**
3.1. Onderzoeksstrategie 21
3.2. Focus en afbakening 22
3.3. Definities van begrippen 22
3.4. Operationalisering van begrippen 24
3.5. Onderzoeksmethoden 24
3.5.1. Kwantitatief onderzoek 24
3.5.2. Kwalitatief onderzoek 25
3.6. Onderzoekspopulatie 25
3.7. Betrouwbaarheid en validiteit 26

4. Sportmotivatie van mensen met diabetes **27**
4.1. Resultaten van empirisch onderzoek 27
4.2. Analyse van de resultaten 33
4.2.1. Vergelijkend onderzoek 33
4.2.2. Organisatievergelijking 34
4.2.3. Evidence based interventies 35
4.2.4. Expert panel 35

5. Conclusies en aanbevelingen **38**
5.1. Beantwoording deelvragen 38
5.1.1. Theoretische deelvragen 38
5.1.2. Empirische deelvragen 40
5.2. Beantwoording hoofdvraag en aanbevelingen 41

6. De management uitdaging **44**

7. Kritische reflectie **50**

Literatuuroverzicht **52**

Bijlagen

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

,,Op 17 januari 1993 werd er bij mij diabetes type 1 gediagnosticeerd. Als negenjarige jongen, met nog een hele toekomst voor mij, was dat een behoorlijke klap voor mij en mijn ouders." De eerste vraag die ik aan de kinderarts stelde was: "Kan ik nog sporten?" Die vraag werd ruim twintig jaar geleden niet naar volledige tevredenheid beantwoord. Met een onbegrensde passie en intrinsieke motivatie voor sport ben ik zelf, tegen alle adviezen in, aan de slag gegaan. Ik kwam er achter dat sport geen belemmering voor mijn diabetesregulatie hoefde te zijn. Sterker nog, ik ging me zelfs beter voelen als ik in beweging was. Jarenlang ben ik op dezelfde voet doorgegaan. Ondertussen maakte de wetenschap een inhaalslag en werd door verschillende onderzoeken bewezen dat sport en diabetes uitstekend samengaan.

In 2009 kreeg ik de mogelijkheid om te gaan werken voor de Bas van de Goor Foundation (BvdGF). Een stichting die zich inzet om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren door middel van sport en bewegen. In dat kader organiseert de stichting diverse sportactiviteiten om mensen met diabetes te informeren over de positieve effecten van sport en bewegen op een leven met diabetes, ze deze effecten te laten ervaren en ze te inspireren tot een sportief leven met diabetes. Het werk van de stichting is nog lang niet ten einde. In Nederland groeit het aantal mensen bekend met diabetes ieder jaar; het gaat hierbij met name om een sterke groei van het aantal mensen met diabetes mellitus type 2. Ongezonde leefstijl en inactiviteit zijn de belangrijkste oorzaken voor het ontwikkelen van diabetes type 2. De stijgende incidentie en prevalentie van diabetes mellitus type 2 wordt voor 44% toegeschreven aan het ontstaan en bestaan van overgewicht, in 10% van de gevallen wordt inactiviteit als de belangrijkste oorzaak gezien, en in 8% van de gevallen is dit roken (RIVM, 2012: 4-5) en de helft van de kosten van diabetes mellitus type 2 is toe te schrijven aan overgewicht (RIVM, 2012: 8). Een ongezonde en inactieve leefstijl is dan ook onlosmakelijk verbonden met diabetes mellitus type 2. Er is dan ook zowel curatief als preventief nog veel winst te behalen. Een gezonde leefstijl heeft ook voor mensen met diabetes type 1 vele voordelen. Een actieve en sportieve leefstijl zorgt onder andere voor een betere opname van insuline, waardoor bij een juiste balans constantere bloedglucosewaarden kunnen worden bereikt en het voorkomt complicaties op latere leeftijd (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000).

Tijdens de activiteiten die de BvdGF organiseert ontmoet ik veel mensen met diabetes die allemaal een eigen benadering hebben en wel of niet gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Die ervaring vertelt mij dat de motivatie om aan sport te doen op verschillende gronden gebaseerd zijn. Is dat een gezondheidsperspectief of zit de overweging in plezier, sociale cohesie of andere motieven en zijn die motieven even sterk? Met deze thesis wil ik daarom onderzoeken wat mensen met diabetes motiveert om aan sport te doen. Door op zoek te gaan naar een antwoord op deze vraag hoop ik meer inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van mensen met diabetes om aan sport te doen zodat de BvdGF haar activiteitenaanbod hierop kan aanpassen. Een beweegaanbod op maat.

1.2. Probleemstelling

Ruim 5,3 miljoen mensen in Nederland hebben een chronische aandoening als diabetes, astma, hart- en vaatziekten, etc. Dat percentage is de laatste acht jaar met 17% gestegen. De stijging is te danken aan betere, eerdere en accuratere diagnose, betere behandeling en een vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Vooral ouderen en lager opgeleiden zijn chronisch ziek. Wanneer een chronische aandoening is geconstateerd ervaren mensen een lagere kwaliteit van leven en ontvangen zij meer zorg (RIVM, geraadpleegd op 14-11-2013; Polder et al., 2012). Diabetes Mellitus (in het vervolg: diabetes) was in 2010 al de meest voorkomende chronische aandoening in Nederland (Hoeymans et al, 2010: 28). In 2007 is uit een telling van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gebleken dat er bijna één miljoen mensen met diabetes in Nederland zijn. De

voorspelling voor 2025 komt zelfs neer op 1,3 miljoen. De grootste groep met 90% heeft diabetes mellitus type 2 (RIVM, 2007). Deze cijfers zijn echter ingehaald door de werkelijkheid. Met name een ongezonde leefstijl laat de voorspellingen voor 2025 bijstellen tot 1,5 miljoen (Bilo et al., 2013; Kleefstra et al., 2013). De oorzaak voor het stijgen van het aantal mensen met diabetes mellitus type 2 in Nederland is grotendeels te wijten aan de sterk toegenomen en nog steeds toenemende prevalentie van overgewicht en de mate van inactiviteit (Hoeymans et al, 2010: 7). Een van de middelen om diabetes type 2 tegen te gaan is het aangaan van een actieve leefstijl (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Voldoende sporten en bewegen doet de kans op hart- en vaatziekten bij mensen met diabetes mellitus sterk afnemen en verbetert de kwaliteit van leven (Yates, 2013).

In Nederland houden onder andere organisaties als het ministerie van Volksgezondheid Wetenschap en Sport (Min. VWS), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), diverse gemeentes, gezondheidscentra's, fysiotherapiepraktijken, de Diabetesvereniging Nederland (DVN) en de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) zich bezig met leefstijlgerichte interventies voor mensen met diabetes. Interventies om diabetes te voorkomen zijn beperkt (RIVM, 2010: 31). In de meeste gevallen is dit aanbod gericht op een sport- en/of beweeginterventie in combinatie met het eten van gezonde voeding, minder roken en alcohol en voldoende ontspanning; de zogenaamde BRAVO-factoren (Raad van Volksgezondheid en Zorg, 2002). Ondanks alle inspanningen blijkt dat veel mensen in Nederland nog steeds inactief zijn en als gevolg daarvan diabetes mellitus type 2 ontwikkelen (KNGF, 2009: 12). Het behalen van resultaten uit alle diabetes interventies lukt beter bij mensen met pre-diabetes dan mensen met diabetes (Schellenberg, 2013). Vast staat dat het volhouden van veranderingen op de lange termijn zeer moeilijk is (Khunti, 2012). Wat ligt hier aan ten grondslag en wat motiveert mensen met diabetes om aan sport te doen? Hier is geen eenduidig antwoord op te vinden.

In het kader van een gezonde leefstijl is het essentieel om te weten wat er voor nodig is om mensen met diabetes aan het sporten te krijgen en te houden. Gezien het grote potentieel van de doelgroep is er nog veel winst te behalen om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren en daarmee een algemeen gezondheidswinst te behalen. Kenmerkend daarin is de belangrijke rol die zelfmanagement speelt. Een klein gedeelte van de zorg speelt zich af bij de zorgverlener maar voor het grootste gedeelte is men zelf verantwoordelijk voor de keuzes die men maakt (RIVM, 2008).

1.3. Doelstelling en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is om een passend interventie-aanbod te creëren voor de BvdGF gebaseerd op de sportmotivatie van mensen met diabetes. Er is behoefte aan kennis hoe deze ondernemingen sportinterventies voor mensen met diabetes kunnen ontwikkelen, aansturen en managen. Dit onderzoek richt zich daarbij expliciet op welke management approach gekozen moet worden als er sportinterventies voor mensen met diabetes worden georganiseerd. In het voorgestelde onderzoek worden zowel mensen met diabetes mellitus type 1 als mensen met diabetes mellitus type 2 betrokken. Met de in dit onderzoek opgedane kennis kunnen interventies mogelijk beter afgestemd worden op de behoeften van de gebruiker. Met andere woorden hoe kan de BvdGF een passend sportaanbod bieden aan haar doelgroep? De doelstelling is te typeren als een exploratief onderzoek (Van Thiel, 2010: 24). Dit verkennend onderzoek mondt uit in specifieke factoren die inzicht geven in de motivatie van mensen met diabetes om aan sport te doen. Om inzicht te verkrijgen in welke factoren van invloed zijn, zal er een literatuuronderzoek plaats vinden. Met de bevindingen vanuit het literatuuronderzoek zal een empirisch onderzoek worden gehouden onder mensen met diabetes. De focus van dit onderzoek richt zich op mensen met diabetes die al gemotiveerd zijn om te sporten. De centrale vraag die uitmondt vanuit de probleemstelling en doelstelling van dit onderzoek is:

"Welke interventies zijn gewenst om het sportaanbod voor mensen met diabetes optimaal aan te laten sluiten op de motivatiefactoren van deze doelgroep?"

Met behulp van onderstaande deelvragen wordt een antwoord gegeven op de centrale vraag. Er is een onderscheid gemaakt tussen motivatie om aan sport te doen en de rol die sport speelt bij diabetes. *De volgende vragen worden door middel van een literatuurstudie beantwoord.*

1. Welke rol speelt sport bij diabetes?
2. Wat is er in de literatuur bekend over de relatie tussen motivatie en sport?

De volgende vragen worden door middel van een empirisch onderzoek beantwoord.

3. Welke sportmotieven spelen een rol bij mensen met diabetes?
4. Hoe kan een passend sportaanbod voor mensen met diabetes worden ontwikkeld?

Door middel van een literatuuronderzoek wordt er een voorlopig antwoord gegeven op de deelvragen 1 en 2 en worden de deelvragen 3 en 4 getoetst door middel van empirisch onderzoek.

1.4. Relevantie

Gezondheid is een belangrijk thema in de hedendaagse zorg. In 2012 heeft Nederland 92,7 miljard Euro uitgegeven aan de gezondheidszorg. De zorgkosten zijn daarmee met 3,7% gestegen t.o.v. 2011, wat neer komt op € 5.535,- aan zorgkosten per hoofd van de bevolking. Het aandeel op het BBP stijgt daarmee naar 15,4% (CBS, 2013). De kosten voor diabeteszorg in 2012 bedroegen € 1,137 miljard, zij het dan dat bij die schatting alleen de direct diabetes gebonden kosten zijn meegenomen: mensen met DM hebben vaak ook andere gezondheidsklachten, waarvoor een beroep wordt gedaan op de zorg. Bij buitenlandse schattingen blijken de gemiddelde totale zorgkosten bij mensen met DM twee tot drie keer zo hoog te zijn als de gemiddelde persoonskosten (RIVM, 2012:8). In paragraaf 1.2 zagen we al dat ongezond gedrag een belangrijke rol speelt op de ontwikkeling van diabetes type 2 en tegelijkertijd een enorme druk legt op de zorgkosten. Ongezond gedrag is een negatieve trend die zo snel mogelijk moet worden doorbroken. Het is dan ook tijd om nu in actie te komen en er achter te komen wat mensen met diabetes motiveert om een gezondere leefstijl aan te gaan door te gaan sporten. Heden ten dage is er veel onderzoek beschikbaar over de motivatie van mensen om aan sport te doen. Wat daar voor nodig is (zelfmanagement) en hoe dat tot stand komt (gedragsverandering) is tevens in grote lijnen omschreven voor algemeen geldende groepen. Echter, veel van de literatuur beperkt zich tot het weergeven van ideeën, trends en korte termijn resultaten. Maar wat drijft de persoon met diabetes om aan sport te doen? De wetenschappelijke ambitie van dit onderzoek is om inzichtelijk te maken welke motieven ten grondslag liggen aan de sportparticipatie van mensen met diabetes. Dit biedt nieuwe inzichten voor een specifieke doelgroep diabetes. De kennis die ik verwacht te verkrijgen uit dit onderzoek draagt bij aan het beter op maat kunnen aanbieden van adviezen aan mensen met diabetes om ze op die manier een betere kans op een gezonder en vitaler leven te kunnen bieden. Als je weet wat de doelgroep vraagt kun je daar beter op inspelen. De uitkomsten van het onderzoek zijn in eerste instantie bestemd om de interventies of activiteiten van de Bas van de Goor Foundation meer op maat aan te kunnen bieden aan mensen met diabetes. Het kan echter ook in een breder perspectief worden geplaatst. Alle organisaties die zich richten op interventies om mensen met diabetes aan het sporten te krijgen kunnen baat hebben om de specifieke sportmotivatie van deze doelgroep te begrijpen.

1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit onderzoek wordt het theoretisch fundament onder dit onderzoek gelegd met een overzicht van de gegevens die al bekend zijn in de literatuur over diabetes en sport(motivatie). Dit wordt gevolgd in hoofdstuk 3 door de methodologische onderbouwing en legitimatie van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en geanalyseerd op basis van de kwantitatieve gegevens uit de vragenlijsten en de kwalitatieve subjectieve perceptie van onder andere een expertpanel. In dit hoofdstuk vindt u de waarnemingen, idealen, meningen en ervaringen van experts op gebied van diabeteszorg, psychologie en eventorganisatie. In hoofdstuk 5 worden de bevindingen uit dit onderzoek verwoord in conclusies en aanbevelingen. Tot slot volgt er een kritische reflectie op het gehele onderzoek in hoofdstuk 6.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader uiteengezet waarbinnen het onderzoek plaatsvindt. Er is een onderscheid gemaakt tussen sleutelbegrippen die van invloed zijn op de vraagstelling van het onderzoek in paragraaf 2.1. In de theoretische lacunes in paragraaf 2.2 worden de blinde vlekken in de bestaande literatuur beschreven om vervolgens te komen tot theoretische antwoorden op de hoofdvraag en deelvragen in 2.3 en wordt er een hypothese gevormd in 2.4.

2.1. Overzicht van bestaande literatuur

Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling worden in deze paragraaf de begrippen diabetes en sport en sportmotivatie behandeld. Maar wat betekent sport in een leven met diabetes? En wat motiveert iemand (met diabetes) om aan sport te doen? Vanuit de bestaande literatuur wordt hieronder een overzicht gegeven.

2.1.1. Diabetes en sport

Met één miljoen mensen met diabetes en een niet al te goed vooruitzicht van 1,3 miljoen mensen met diabetes in 2025 (RIVM, 2007) is diabetes sinds 2010 volksziekte nummer één in Nederland (Hoeymans et al, 2010: 28). Zo'n 90% van de prevalentie van diabetes betreft mensen met diabetes mellitus type 2 en 10% is gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 1 (RIVM, 2007). Er zit een wezenlijk verschil tussen beide typen diabetes. Diabetes mellitus type 1 is een auto-immuun ziekte waarbij de bètacellen in de eilandjes van Langerhans in de alvleesklier geen insuline meer produceren. De insuline dient daarom van buitenaf te worden toegediend. Bij diabetes mellitus type 2 (vroeger ook wel ouderdomssuiker genoemd) maakt het lichaam (vaak relatief) te weinig insuline aan en/of is het lichaam minder gevoelig voor insuline. Men spreekt dan van insulineresistentie. Overgewicht, inactiviteit, leeftijd en erfelijke aanleg zijn belangrijke oorzaken voor het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2. Met een dieet, medicatie en een adequaat beweegprogramma wordt diabetes mellitus type 2 na het stellen van de diagnose behandeld (Diabetes Fonds, geraadpleegd op 24-12-2013). Bij diabetes moet je veelal zelfstandig je aandoening managen. Zelfmanagement is daarbij absoluut noodzakelijk.

Zelfmanagement

De overheid geeft aan dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam wordt vervangen door een participatiemaatschappij. De verantwoordelijkheid voor je eigen leven en dat van je omgeving komt daarbij steeds meer in eigen handen te liggen. Eén van de sleutelbegrippen als het gaat om de manier waarop mensen keuzes maken rondom hun chronische aandoening is zelfmanagement. Zelfmanagement is een belangrijk onderwerp in de hedendaagse gezondheidszorg en wordt in het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) omschreven als "de manier waarop de patiënt met diabetes zijn/haar eigen chronische aandoening adequaat reguleert – zij het met hulp van professionals en naasten – teneinde de gestelde gezondheidsdoelen te bereiken, zowel in medische als psychosociale zin" (NDF, 2009). Bij zelfmanagement spelen vele dingen een belangrijke rol zoals ook zelf-efficiëntie. Efficiëntie bepaalt op welke manier een persoon met diabetes vertrouwen heeft in zichzelf en zelfstandig in staat is om de gestelde doelen te behalen (Bodenheimer et al., 2002).

Een patiënt met diabetes staat er grotendeels dus alleen voor. Al zijn er weinig harde cijfers bekend over het aantal zorguren dat een patiënt jaarlijks ontvangt. Dat is veelal afhankelijk van de mate waarin complicaties optreden. Een inschatting van internist Henk Bilo (d.d. 7-11-2013) is dat mensen met een goed gereguleerde diabetes jaarlijks netto 2 uur zorg ontvangen van een zorgprofessional (internist, diabetesverpleegkundige, diëtist, etc.) terwijl dat bij mensen bekend met complicaties kan oplopen tot 6 uur. Van alle uren die patiënten overdag besteden (5.200 uur) wordt er dus slechts in 0,06% tot 0,35% van de tijd een beroep gedaan op de zorgprofessional. In de overige 99,65% tot 99,94% van de tijd is men met name op zichzelf en zijn/haar omgeving aangewezen. Dat betekent

vierentwintig uur per dag zelfstandig je bloedglucose controleren, insuline spuiten of medicatie slikken, gezond eten en voldoende bewegen/sporten. Onderzoek laat zien dat een bepaalde mate van kennis daarbij belangrijk is voor het vinden van de juiste balans (Rodriquez, 2013). Volgens medische psycholoog en onderzoeker Sasja Huisman van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is "het goed uitvoeren van deze handelingen een hele klus, maar al deze zelfzorg kunnen uitvoeren in combinatie met de drukte van het dagelijks leven is een kunst. Naast alle pragmatische handelingen die een patiënt met diabetes moet uitvoeren is zelfmanagement ook plannen, communiceren, reageren en vooruit kijken, ongeacht je humeur of stemming. Geen wonder dat sommige mensen met diabetes worstelen met zelfmanagement."

Diabetes zelfmanagement ontstaat echter niet vanzelf. De basis voor goede vaardigheden op het gebied van zelfmanagement is onder andere een goede wisselwerking tussen zorgvrager en zorgverlener. De zorgverlener voorziet in advies en steunt de zorgvrager waar nodig. Die informatie helpt de zorgvrager in zijn zoektocht naar een evenwicht tussen zaken die kunnen en zaken die moeten in een soms onregelmatig bestaan. Proactieve zorgvragers zoeken ook via andere bronnen naar informatie; betrouwbare internetsites en portals (eHealth) zijn ook belangrijke bronnen en ondersteuningsmogelijkheden. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg, zelfmanagement en de kwaliteit van leven laat zien dat er een duidelijke correlatie is tussen de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt op de mate van zelfmanagement. Goede zelfmanagement-vaardigheden verbeteren de kwaliteit van leven en het HbA1c[1] (Johnston-Brooks, 2002). Als de kwaliteit van de zorg goed is heeft dit een positieve invloed op de mate van zelfmanagement en uiteindelijk de kwaliteit van leven. De zorgverlener kan met name helpen in het aanleren van zelfmanagementvaardigheden om met de juiste bagage op pad te gaan (Barreveld, 2012). Voldoende vaardigheden om een chronische ziekte te kunnen managen is dan ook van groot belang om cardiovasculaire risicofactoren en andere complicaties op latere leeftijd te voorkomen (NDF, 2009). Zelfmanagement speelt tevens een belangrijke rol in de motivatie om aan sport te doen (Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, 2010). Een persoon met diabetes moet namelijk vele ballen tegelijkertijd in de lucht houden om zijn gezondheid goed te kunnen managen. Goede zelfmanagementvaardigheden vragen om een bepaalde mate van kennis. De motivatie om regelmatig te sporten en bewegen speelt daar een belangrijke rol in.

De rol van sport

Sport speelt een belangrijke rol in de diabetesregulatie van zowel mensen met diabetes type 1 en 2, maar ook met pre-diabetes. Onder pre-diabetes worden mensen verstaan die zich in een voor-stadium voor het ontwikkelen van diabetes bevinden of het al hebben maar nog niet gediagnosticeerd zijn. Regelmatig sporten (NNGB[2] en Fitnorm[3]) zorgt voor een lagere bloedglucose-waarde tijdens en na de inspanning en verbetert de insulinegevoeligheid. Dankzij sport worden lagere doseringen insuline verbruikt en blijft het lichaam ook na sport gevoeliger voor insuline. Dat zorgt voor stabielere glucosewaarden en verkleint de kans op complicaties op latere leeftijd. Naast deze voordelen zorgt sport net als bij mensen zonder diabetes voor een toename van het energieverbruik, een verbetering van de cardiovasculaire conditie, een gunstig effect op het lichaamsgewicht, vetpercentage en de bloeddruk, een verminderde kans op hart- en vaatziekten en een verbetering van het psychosociaal functioneren. Lichamelijk actief zijn betekent ook een verlaagde kans van 30-50% op het ontwikkelen van diabetes type 2 in vergelijking met inactieven (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000).

Sporten met diabetes is goed mogelijk. Het is echter noodzakelijk om (ruim) voor iedere inspanning de juiste balans te vinden, bijvoorbeeld tussen de dosering van de gebruikte medicatie en de

[1] *Gemiddelde bloedsuiker over drie maanden.*
[2] *Nederlandse Norm Gezond Bewegen van 30 minuten bewegen per dag (zie paragraaf 3.1).*
[3] *Fitnorm is een Internationale norm van drie keer twintig minuten intensief bewegen/sporten (zie paragraaf 3.1).*

glucosehuishouding. Wanneer het effect van sporten op de glucosestofwisseling verkeerd wordt ingeschat, dan kan het voorkomen dat de zelf toegediende hoeveelheid insuline te hoog is vanwege de verhoogde gevoeligheid voor insuline tijdens sport, en kan dit dus leiden tot het optreden van een hypoglykemie (lage bloedglucosewaarde). Een tekort aan insuline en een overschot aan glucose zorgt voor hyperglykemie (te hoge bloedglucosewaarde). In beide gevallen kan lichamelijke inspanning tot gevaar leiden als er niet kordaat wordt opgetreden (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Als de juiste balans in de huishouding tussen koolhydraten en insuline is gevonden kan sport heel duidelijk een positieve rol spelen in de zelfwaardering en acceptatie van diabetes (Bouchard, 1994; Charmaz, 2006: 27-37) en een toename in zelfrespect en gevoel van welbevinden (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Sporten, bewegen en je bloedsuikerwaarden onder controle houden is geen eenvoudige taak en vraagt om kennis en goede zelfmanagementvaardigheden. Sport kan daarentegen er ook voor zorgen dat mensen worden geconfronteerd met de beperkingen van hun aandoening; die hen laat zien wat zij niet meer kunnen (Charmaz, 2006; Docherty & McColl, 2008; Manderson & Kokanovic, 2009).

De diagnose diabetes speelt een belangrijke rol in het leven van mensen met diabetes. Narratief onderzoek laat zien dat mensen die voorheen niet sportten, dat na hun diagnose diabetes ook niet deden. Mensen die voor hun diagnose al sportten zien de meerwaarde van sport en bewegen - na de diagnose diabetes - wel in. Eigen ervaring en de ondersteuning van de zorgprofessional spelen daar een positieve rol in (Van den Berg, 2012). De diagnose diabetes kan in veel gevallen ook leiden tot een terughoudende sportparticipatie of een voorzichtigere aanpak van sport (Bhattacharya, 2012). Ondanks de positieve effecten (zie rol van sport, pagina 7) van sporten en bewegen voor mensen met diabetes is er weinig informatie bekend over de sportmotivatie van mensen met diabetes in Nederland.

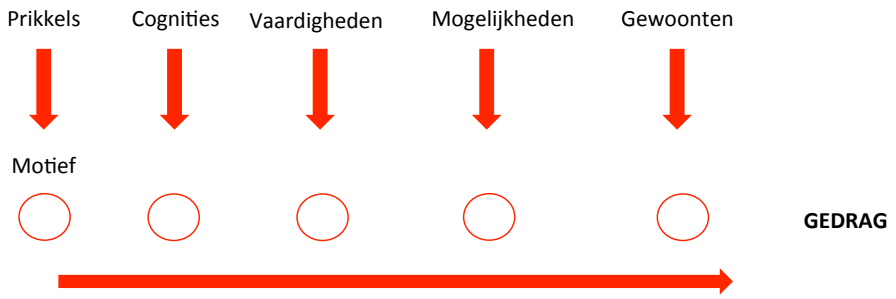
2.1.2. Sportmotivatie

Mensen met diabetes kunnen sportieve uitdagingen aangaan. Dat bewijzen voorbeelden in het boek ‘Sportief met diabetes’ van de Bas van de Goor Foundation. Diverse uitdagingen en ervaringsverhalen laten het leven van mensen met diabetes zien die (extreme) uitdagingen aangaan. Er zijn mensen met diabetes die aan topsport doen, hoge bergen beklimmen en marathons lopen (Bas van de Goor Foundation, 2012). Allemaal niet zonder risico’s (zeker niet bij gebrek aan goede voorbereiding en begeleiding), want er zijn diverse factoren die sterk van invloed zijn op het welzijn en het prestatievermogen van de sporter met diabetes (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Blijkbaar zijn deze mensen ondanks hun chronische aandoening zeer gemotiveerd om aan sport te doen.

Er wordt binnen de sportmotivatietheorieën onderscheid gemaakt tussen motivatie, motief, behoefte en drijfveer. Olsen (2007) concludeert dat motieven ontstaan uit de ware aard van motivatie om aan sport te doen. Hechten sporters waarde aan gezondheid, prestatie of macht? Sportmotivatie is bepalend en afhankelijk van de omstandigheden waarin de sporter zich bevindt. De doelen die iemand nastreeft staan in verband met motieven en spelen een belangrijke rol in het doelgericht gedrag. Een samenspel van interne en externe factoren bepaalt voor een groot gedeelte iemands motivatie (Bakker et. al, 2012). Onder interne factoren worden motieven, bloedglucose-spiegel, vermoeidheid, herinneringen en gedachten genoemd. Externe motivatie bevat factoren als sfeer, opmerkingen (positief en negatief), parcours, afwisseling, beloning en weer. Interne en externe factoren zijn van invloed op je motivatie en vormen daarbij de basis om te kiezen voor een doel waaruit het uiteindelijke het doelgerichte gedrag zich vormt (Bakker et. al, 2012).

McClelland heeft in 1987 al onderzoek gedaan naar motivatie en spreekt over een “neiging tot handelen”. McClelland heeft dit uitgewerkt in een procesbeschrijving (zie figuur 1). Er dient een prikkel aanwezig te zijn die een proces in gang zet om uiteindelijk tot een volgende stap te komen.

Deze prikkel wordt vertaald in een motief. Voor diabetes zou dit een gezondheidsmotief kunnen zijn. Regelmatig sporten verbetert namelijk de glucosetolerantie en insulinegevoeligheid en voorkomt complicaties op latere leeftijd (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Naast motieven bepalen ook cognities de uitkomsten van gedrag. Cognitie wordt in dit verband vertaald als het vermogen om de consequenties van gedrag in te zien. Vertaald naar diabetes zou je kunnen zeggen dat als iemand met diabetes gaat sporten men daar tot en met de volgende dag profijt van heeft. Bekwaamheid (vaardigheid in diabetesregulatie) van de uit te voeren handeling bepaalt mede de motivatie om te sporten. De vaardigheden gaan voor mensen met diabetes verder dan alleen de uit te voeren sporthandeling. Ook de diabetesregulatie is hierop van invloed. Kennis over diabetes(regulatie) is daarbij van elementair belang. Onwetendheid over insulinedosering of -aanpassingen is vaak een beperkende factor om sporten tot een succes te maken (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Mogelijkheden behoren tot de vierde determinant om te komen tot uiteindelijk gedrag. Onder mogelijkheden worden door McClelland geschikte en voldoende sportaccommodaties in de omgeving verstaan. Voor mensen met diabetes zou dat ook voldoende medische ondersteuning kunnen betekenen, afgestemd met de juiste therapieën. Gewoonten vormen de laatste factor die van invloed zijn op gedrag. Mensen zijn nu eenmaal gewend aan bepaalde gedragingen. Gewoonten zijn zeer sterke gedragsdeterminanten. Om gedrag definitief te veranderen is het noodzakelijk om gedrag te vertalen naar gewoonten (McClelland, 1987).



Figuur 1: 'Neiging tot handelen' (motivatie) op basis van de theorie van McClelland (1987).

Aanvullend op het model van McClelland spelen behoeften en drijfveren ook een belangrijke rol binnen sportmotivatie. Behoefte wordt gezien als datgene wat iemand nodig heeft om 'een tekort' op te vullen. Voor mensen met diabetes kan dit betekenen dat ze behoefte hebben aan regelmatig sporten om zich gezonder, beter en zelfverzekerder te voelen. Er wordt daarnaast onderscheid gemaakt tussen psychologische en biologische behoeften. Bij biologische behoefte kan sprake zijn van enige verzadiging terwijl bij psychologische behoeften dat minder relevant is (Bakker et. al, 2012). Daarbij speelt de informatie uit de (sociale) omgeving een belangrijke rol (Brown, 2007b). Behoeften en drijfveren zijn sterk gekoppeld aan gemotiveerd gedrag (Bakker et. al, 2012: 35).

Sportmotivatie

Maar waarom doen mensen met diabetes aan sport? Dat is een belangrijk onderdeel uit de centrale vraag van dit onderzoek. Concrete gegevens over deze specifieke doelgroep is in de literatuur niet te vinden. Er is wel onderzoek gedaan naar algemene groepen mensen. Zo onderscheiden Bakker en Whiting (1984: 28) vier uiteenlopende motieven om aan sport te doen, te weten:

- sporten op basis van motivatie (bijvoorbeeld plezier);
- sporten op basis van gezondheidsmotieven;
- sporten om zich competent te voelen (sport als middel);
- sporten om sociale contacten te onderhouden (sport als middel).

Hoewel het onderzoek van Bakker en Whiting al dateert van enige tijd geleden is deze indeling nog steeds actueel. Het beweeggedrag lijkt door middel van diverse maatregelen toe te kunnen nemen

(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010). Toch is inactiviteit nog een belangrijk onderwerp. Blijkbaar zijn er factoren die bepalen of mensen wel of niet aan sport deelnemen. Wann (1997) geeft aan dat sportdeelname wordt bepaald door de genetische opmaak van ouders en die van het kind. Heeft het kind aanleg voor een bepaalde sport of niet. Daarop is de socialisatie van het kind enorm van invloed. Met welke waarden, opvattingen, regels en attitudes wordt het kind opgevoed. Sporten ouders dan is de kans dat kinderen sporten ook sterk aanwezig (Trost et. al, 2003; Seabra et al, 2008). Positieve en negatieve ervaringen en intrinsieke en extrinsieke motivatie bepalen of iemand blijft sporten of er mee stopt (Wann, 1997).

Verschil per leeftijd

Motivatie om te sporten verschilt ook per leeftijdscategorie, zo valt te lezen in de 'Rapportage Sport 2010'. Bij Nederlandse jongeren tot en met 17 jaar is plezier het belangrijkste motief om aan sport te doen, gevolgd door gezondheid, uitlaatklep (6-11 jarigen) en gezelligheid (12-17 jarigen). Vanaf 18 tot en met 75 jaar en ouder verandert het motief van plezier naar een gezondheidsmotief. In de jonge jaren (18-34 jarigen) blijft conditie nog een belangrijk motief en komt plezier op een derde plek. Vanaf 35 jaar en ouder komt plezier terug op de tweede plaats in de motivatie-rangorde, gevolgd door conditie. Bij 75 jarigen en ouder vormt gezelligheid ook een belangrijke drijfveer. Zo heeft de ontwikkelingsfase en de leeftijd een belangrijke weerslag op de motivatie om aan sport te doen. Ook de motieven voor het soort sport verschillen per leeftijdscategorie. Zo starten alle kinderen met zwemles en is voetbal heel populair onder 12-14 jarigen, terwijl 25-54 jarigen zich meer interesseren voor fitness en aerobics. Dit komt terug in de gezondheidsmotieven van deze doelgroep om te sporten. De 55-plussers houden zich meer bezig wandelen, fietsen en zwemmen (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010).

Verschil in sportmotivatie bij mensen met diabetes

In het document 'Sport en bewegen bij diabetes mellitus' van de Nederlandse Diabetes Federatie (2000) wordt onderscheid gemaakt in motivatie tussen mensen met diabetes mellitus type 1 en type 2. In het document worden een aantal aannames gedaan. Zo gaat men er vanuit dat jongeren met diabetes mellitus type 1 gemotiveerd zijn om te bewegen. Een aanname die volgens mij erg voorbarig is. Daarbij moet wel rekening worden gehouden dat insuline-aanpassingen en een tekort aan kennis over verschillende therapeutische vormen een belemmering kunnen opleveren. Het verbeteren van de kennis en zelfregulatie zal dit probleem moeten oplossen. Daarbij is plezier een onontbeerlijke factor. Voor mensen met diabetes mellitus type 2 geldt dat het niet evident is om te gaan sporten en/of bewegen. Gebrek aan motivatie, fysieke beperkingen en niet weten wat het aanbod is vormen hierbij de problemen. Door deze personen 'aan de hand' mee te nemen en stapsgewijs kennis te laten maken met vormen van bewegen/sporten zal het zelfvertrouwen in het eigen kunnen groeien. Met het oog op lange termijneffecten kan een laagdrempelige insteek de motivatie voor en het plezier in sport en bewegen ten goede komen (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000).

Self-determination Theory

De grondleggers van de hedendaagse motivatietheorieën zijn Deci & Ryan (1985; 2000). Zij ontwikkelden in 1985 de Self-determination Theory (SDT) die uitgaat van intrinsieke en extrinsieke motivatie en hun onderlinge relatie. Intrinsieke motivatie komt van binnenuit en heeft te maken met een automatische handeling terwijl bij extrinsiek gemotiveerd gedrag een middel is om het doel te bereiken. Daarbij wordt door hen onderscheid gemaakt tussen behoefte aan gevoelens van kundigheid (competentie), behoefte aan verbondenheid (bij anderen te horen) en behoefte aan autonomie (initiatief te nemen). Het bevredigen van deze behoeften bepaalt in grote mate het gedrag (van de sporter). Extrinsieke motivatie kent weinig zelfsturing. Intrinsieke motivatie kent daarentegen een sterke mate van zelfsturing (Deci & Ryan, 2000). Deci & Ryan (2000) onderscheiden vijf vormen van zelfsturing.

1. *External regulation:* het gedrag dat ontstaat om straf te voorkomen (extrinsiek).
2. *Introjected regulation:* het gedrag om tevreden over zichzelf te zijn (extrinsiek).
3. *Identified regulation:* het gedrag om je fit te willen voelen (extrinsiek).
4. *Integrated regulation:* het gedrag dat past bij de waarden/behoeften van sporters (extrinsiek).
5. *Intrinsieke motivatie*: het gedrag dat komt van binnenuit/automatisch (intrinsiek)

Voor bovenstaande opsomming geldt dat des te hoger het nummer (nr. 1-5) des te meer zelfsturing er aanwezig is.

Voor 'identified regulation', 'integrated regulation' en 'intrinsieke motivatie' geldt dat de sporter vanuit zichzelf al gemotiveerd is en meer plezier, belangstelling en vertrouwen ervaart dan de meer extern gemotiveerde varianten ('introjected regulation' en 'external regulation'). Dat zal uiteindelijk leiden tot betere prestaties (Deci & Ryan, 2000).

Naast intrinsieke en extrinsieke motivatie kunnen beloning en plezier van invloed zijn op het uiteindelijke gedrag. Beloning wordt in de psychologie gezien als een belangrijke vorm van extrinsieke motivatie en kan de intrinsieke motivatie aantasten. Op dat ogenblik wordt er gesproken van het 'discounting principle'. Er zijn dan twee vormen van motivatie waarbij er vervolgens één onnodig wordt. Zo kan het winnen van een prijs zorgen voor minder intrinsieke motivatie omdat het doel immers is gehaald. Wedstrijden en competitie worden als extrinsieke motivatie gezien en kunnen qua uitslag en entourage sterk van invloed zijn op de intrinsieke motivatie van de sporter. Naast beloning is ook plezier van invloed op de sportparticipatie en de intrinsieke motivatie. Sociale aspecten, speciale ervaringen opdoen, ervaren van eigen kunnen, erkenning van competentie en de activiteit zelf zijn volgens onderzoek van Bakker et. al (1993; in Bakker et. al, 2012) van invloed op het sportplezier.

HMIEM

Een uitbreiding op de bevindingen van Deci & Ryan is gedaan door Vallerand (2007). Vallerand et. al hebben een aanvullend model ontwikkeld op de self-determination theory en hebben dat het Hiërarchisch Model van Intrinsieke en Extrinsieke Motiviatie (HMIEM) genoemd. HMIEM gaat er vanuit dat de sociale omgeving een sterke invloed heeft op het globale, contextuele en situationele niveau van motivatie. Bij het 'globale niveau' wordt de mate van intrinsieke of extrinsieke motivatie bepaald door de persoonlijkheidskenmerken van de sporter. Iemands persoonlijkheid en waarden en normen van een groepering of de omgeving bepalen daarbij of men meer intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd is. Je kunt zeggen dat de ware aard (motief) van iemand hierbij nadrukkelijk naar voren komt. In het 'contextuele niveau' wordt motivatie bepaald binnen een specifieke contextuele situatie. De sporter is intrinsiek gemotiveerd of extrinsiek gemotiveerd voor alleen bepaalde activiteiten zoals de sfeer die bij de wedstrijd of sport aanwezig is. Bij het 'situationele niveau' bepaalt het moment of de situatie of men intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd is. Voor mensen met diabetes zou kunnen gelden dat zij aan sport doen om goede bloedsuikerwaarden te behalen (intrinsiek) of omdat ze concrete instructies van de arts hebben ontvangen (extrinsiek). De sociale invloed van de omgeving is met name bij het situationele niveau van toepassing. De situatie of het moment kan door een coach, arts of partner gemakkelijk extrinsiek gemotiveerd worden. Het beïnvloeden van het globale en contextuele niveau is niet eenvoudig omdat het hier gaat om het motief van de sporter. Dat zijn vaak kernwaarden die lang geleden als persoonlijkheid ontwikkeld zijn. Alle niveaus staan onderling met elkaar in verband. Eenmaal intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd op het globale niveau dan zal dit in verschillende situaties ook sneller naar voren komen (Vallerand, 2007; Bakker et. al, 2012).

Achievement Goal Theory

Motivatieprocessen kunnen worden omschreven als de psychologische constructies die energie, richting en leiding geven aan prestatie en gedrag. Presteren is daarbij een belangrijk factor voor de sporter (Tenenbaum et al., 2007). Dat wordt beschreven in de Achievement Goal Theory (AGT). Prestaties worden vaak vergeleken met andere individuen (other-referenced criteria) of met eigen prestaties (self-referenced criteria). De AGT is hierop gebaseerd en gaat uit van prestatiemotivatie (Roberts et al., 2007). De AGT wordt opgebouwd uit drie determinanten (Bakker et al., 2012):

1. Bepalen wat presteren betekent in bepaalde situaties:
   Presteren betekent voor een topsporter iets anders dan voor iemand die sport om een gezondheidsmotief. In deze voorbeelden is de prestatiemotivatie verschillend. Maar voor beide voorbeelden geldt dat presteren betekent dat de (vooraf) gestelde norm wordt behaald.
2. Het sturen van gedrag;
   Wanneer iemand gemotiveerd is om de vooraf gestelde norm te behalen is het eenvoudiger om het gedrag daarop af te stemmen dan wanneer iemand ongemotiveerd is of de norm gedwongen krijgt opgelegd. Al het gedrag dat het bereiken van het doel ondersteunt is van meerwaarde om de norm te behalen.
3. Het bepalen van keuzes;
   De keuzes die voortkomen uit de situatie en de sturing van het gedrag bepalen het uiteindelijk slagen wat betreft het gestelde doel. De omgeving is daarbij van cruciaal belang.

Bij bovenstaande determinanten bepalen iemands bekwaamheid en competentie de mate waarin iemand zijn gestelde norm behaalt. Leeftijd is daarbij ook van invloed. Kinderen tot zeven jaar leveren meer inspanning bij een moeilijke taak. Sluit je een taak succesvol af dan ben je bekwaam. Vanaf twaalf jaar kijken mensen anders naar hun eigen bekwaamheid. Bekwaamheid staat niet meer gelijk aan inspanning. Taken worden succesvol afgerond omdat men beschikt over een hoge mate van bekwaamheid of omdat er veel energie in de taak wordt gestoken (Bakker et al., 2012). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen geluk, inspanning, taak moeilijkheid en inspanning die geleverd moet worden om de taak succesvol af te ronden. De vergelijking met anderen (other-reference criteria) wordt steeds belangrijker (Roberts et al., 2007). Kinderen en jonge adolescenten zijn daarbij gevoeliger voor de invloed van situationele variabelen dan oudere adolescenten en volwassenen (Treasure et al., 1995).

Doelinstelling

Er wordt tevens onderscheid gemaakt in doelinstelling. Wanneer iemand zijn eigen prestaties wil bevorderen of vaardigheden wil trainen spreekt men van taakinstelling. Er kan echter ook een strijd aangegaan worden met een (denkbeeldige) tegenstander. Dan spreekt men van wedijverinstelling. De doelinstelling bepalen mede de reactie van de sporter. Bij een taakinstelling is het gedrag meestal doelmatig en kan het doel alleen worden bereikt bij volledige inzet. Zelfs bij tegenslag is men besluitvaardig om het doel te bereiken. Bij wedijverinstelling is het bereiken van het doel afhankelijk van het geloof en vertrouwen in eigen kunnen. Is het vertrouwen hoog dan zal de inzet tot het behalen van de taak maximaal zijn. Is er weinig vertrouwen dan is de kans op slagen klein. Beide instellingen zijn situationeel afhankelijk (Roberts et al., 2007).

Doeloriëntatie

De doelinstellingen worden met name bepaald door de doeloriëntatie van de sporter. Daarbij geldt dat de voorkeur voor een doel belangrijk is voor de instelling van iemand. De doeloriëntatie kan een taakdoel zijn, een resultaatdoel of een overlap van beiden. Dit doel is sterk afhankelijk van de situatie en bepaalt of iemand blijft volhouden om het doel te bereiken of juist afhaakt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen taakoriëntatie en wedijveroriëntatie. Taakoriëntatie is intrinsiek van aard. Prestaties worden met name vergeleken met eerdere eigen prestaties om te bepalen of er

vooruitgang is geboekt in eigen kunnen. Bij wedijveroriëntatie ligt de beloning met name in extrinsieke doelen. In sport maakt het niet uit hoe er gewonnen wordt. Het belangrijkste is dat er gewonnen wordt. Daarbij zijn eerste worden, status verwerven en erkenning ontvangen belangrijke prestatie-indicatoren. Beide oriëntaties kunnen actief zijn bij de doelkeuze. Doeloriëntaties zijn vaak gekoppeld aan gevoelens en cognities (plezier, motivatie, redenering over het algemeen toegestane, verkleding voor succes en falen en waarom men sport beoefent?) binnen een sport en zijn dan ook niet eenvoudig te veranderen. Niet alleen gevoelens en gedachten zijn daarbij van belang maar ook het uiteindelijk gekozen gedrag. Progressie in gedrag mag vooral verwacht worden bij personen die taakgeoriënteerd zijn. Bij wedijveroriëntatie kunnen onderlinge motivatiefactoren sterk van invloed zijn op primaire doelen om de beste te zijn. Zo kunnen er competities in een competitie ontstaan. Dat kan zijn op basis van uiterlijk, financiën, status, etc. Er is geen type oriëntatie die beter is dan de andere. Beide typen oriëntaties kunnen los van elkaar of tegelijkertijd aanwezig zijn. (Roberts et al., 2007).

Klimaat

Naast de persoonlijke oriëntaties speelt ook de omgeving een belangrijke rol. Dit wordt door Ames et al. (1992) ook wel het motivatieklimaat genoemd. Hierbij gaat het om het klimaat zoals dat door de sporter ervaren wordt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een leerklimaat en een resultaat-klimaat. Een leerklimaat kent een sterke nadruk op persoonlijke vooruitgang terwijl in een resultaatklimaat om het resultaat gaat. Alleen goud of alleen het bereiken van de finish (binnen een bepaalde tijd) telt. Een leerklimaat wordt over het algemeen gekoppeld aan positieve reacties terwijl een prestatieklimaat ook negatieve kanten kent. In een ideale situatie wordt er een haalbare situatie gecreëerd waarbij de leersituatie en persoonlijke vorderingen een belangrijk onderdeel vormen waarbij zes elementen belangrijk zijn, te weten:

- het soort taak: de uitdaging van de vaardigheid en een uitgebreid aantal taken;
- besluitvorming: sporters participeren in de beslissingen of situaties;
- erkenning: kleine stappen worden gewaardeerd en uitgesproken;
- groepsvorming: gelijke groepen met dezelfde vaardigheid om herkenbaar te vergroten;
- evaluatie: om de vorderingen te bespreken en evalueren;
- tijdsbeheersing: tijd om de vaardigheid aan te leren.

De aanpak van deze zes elementen bepalen het leerklimaat (Ames, 1992; Harwoord et al., 2008) en vormen een belangrijk onderdeel binnen de AGT.

Samenvattend

De bestaande theorie over sportmotivatie laat ons zien dat het aangaan van een sportieve leefstijl een gecompliceerd en psychologisch proces is. Nu we meer weten over sportmotivatie kijken we in paragraaf 2.1.3. naar hoe een passend sportaanbod gemaakt kan worden.

2.1.3. Passend sportaanbod

In dit onderzoek vormen de sportactiviteiten van de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) de aanleiding voor het onderzoek naar sportmotivatie onder mensen met diabetes. De doelstelling van dit onderzoek is om een passend interventie-aanbod te creëren voor de BvdGF, gebaseerd op de sportmotivatie van mensen met diabetes. Dit onderzoek richt zich daarbij expliciet op welke management approach gekozen kan worden als er sportinterventies voor mensen met diabetes worden georganiseerd. In het voorgestelde onderzoek worden zowel mensen met diabetes mellitus type 1 als mensen met diabetes mellitus type 2 betrokken. Met de in dit onderzoek opgedane kennis kunnen interventies mogelijk beter afgestemd worden op de behoeften van de gebruiker. In deze paragraaf wordt het theoretisch kader rond de management approach appreciative inquiry toegelicht.

Bas van de Goor Foundation
De BvdGF richt zich op een persoonlijke benadering van mensen met diabetes door ze te laten zien wat de positieve effecten van sport en bewegen zijn op een leven met diabetes om daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren. De kernwaarden die de stichting daarbij inzet zijn optimistisch, inspirerend en uitdagend. Door mensen te informeren over de positieve effecten van sport en ze deze effecten (aan de hand) te laten ervaren wil de stichting mensen met diabetes inspireren tot een leven lang sporten en bewegen (BvdGF, 2013). Volgens de stichting draagt sport en bewegen bij aan een gezond leven met diabetes en biedt het perspectief om te laten zien dat mensen met diabetes hun (sportieve) ambities waar kunnen maken. Daarbij behoren niet alleen de mensen met diabetes tot de doelgroep maar ook hun sociale omgeving en medische professionals. Op deze manier maakt de stichting van de oud-topvolleyballer zich op een positieve manier sterk voor het welzijn van mensen met diabetes (BvdGF, 2013).

Appreciative inquiry
De kernwaarden van de BvdGF zijn positief geformuleerd en hebben hun uitwerking in alle activiteiten die de stichting exploreert. "Appreciative inquiry (AI) oftewel 'waarderend onderzoek' is een methode die zich richt op het ontwikkelen van het potentieel van sociale systemen waarin sterke punten centraal staan." Bij AI wordt alleen vanuit een positief kader gewerkt binnen sociale systemen waarbij gezamenlijk wordt gezocht naar een positief beeld over de toekomst. AI wordt vaak ingezet als transformatiemethode binnen bedrijven en organisaties maar kan binnen iedere (sociale) context worden ingezet. AI gaat daarbij op zoek naar factoren die binnen een groep de gemeenschappelijke deler zijn en waarde bieden om tot transformatie te komen (Barrett, 2012).

Een blik op het huidige activiteitenaanbod op de website van de BvdGF[4] laat zien dat de meeste activiteiten zich richten op mensen met diabetes type 1 en dat er, op dit moment, weinig aanbod is voor mensen met diabetes type 2. Echter is het bereiken van mensen met diabetes type 2 via sportactiviteiten wel één van de ambities van de BvdGF (BvdGF, 2013: 10). AI kan daarbij uitkomst bieden. Binnen AI wordt er gesproken over de 4V proces van verwonderen (discovery), verbeelden (dream), verankeren (design) en verwerkelijken (destiny) die verpakt zijn in een dynamisch proces (Barrett, 2012).

- **Verwonderen**
  Bij de eerste fase van het verwonderen gaat het om het oproepen van succesvolle ervaringen uit het verleden. Deze fase is het begin van het veranderproces. Door positieve ervaringen uit het verleden te halen wordt het gekende als nieuw ontdekt. Dit geeft een goed beeld van het sport- en beweegpotentieel dat aanwezig is. Door met elkaar in gesprek te gaan komt het onderzoeks-proces op gang en gaat men op zoek naar de 'goudaders' in elkaars verhalen. Er wordt een reflectie gemaakt over ervaringen uit het verleden. De goudaders vormen de positieve kern van een persoon of organisatie.
- **Verbeelden**
  Als de positieve ervaringen uit het verleden benoemd zijn kan de volgende stap worden gemaakt door een verbeelding van de gewenste toekomst te maken. Daarbij wordt uitgegaan van een ideaal scenario. Het creëren van de randvoorwaarden is daarbij onontbeerlijk. Uiteindelijk wordt in deze fase van het 4V proces de gemeenschappelijke elementen benoemd.
- **Verankeren**
  In de verankerfase worden de verbeeldende ideeën over de gewenste toekomst vertaald in concrete plannen en acties. Daarbij kan de concrete vraag gesteld worden: "Wat hebben we nodig om onze dromen te realiseren?" De systemen (als geheel) worden hier bepaald waarmee de gewenste toekomst werkelijkheid moet worden. Belangrijke elementen die in relatie tot het

[4] www.bvdgf.org/evenementen

onderwerp staan komen in deze fase aan de orde. Haalbare en uitdagende doelstellingen worden geformuleerd vanuit de tegenwoordige tijd waarbij het lijkt alsof de doelstellingen al gerealiseerd zijn. In deze fase komen alle betrokkenen tot consensus om de gekozen verandering uiteindelijk in de volgende fase te verwezenlijken.

- **Verwezenlijken**
  In de fase van het verwezenlijken wordt het plan concreet gemaakt. Acties worden genomen en voorbereidingen getroffen om de implementatie te verwezenlijken. Voor alle betrokkenen is het plan nu duidelijk. Dankzij de betrokkenheid in de beginfase is het gevolg een volledig zelfsturende en zichzelf organiserende beweging. Vanuit deze opstart kan gekeken worden naar het uitbreiden van de plannen om het uiteindelijke doel te bereiken en hoe anderen (professionals) hierbij betrokken kunnen worden. Zo ontstaat een leerproces dat ook op de lange termijn op draagvlak en volharding kan rekenen.

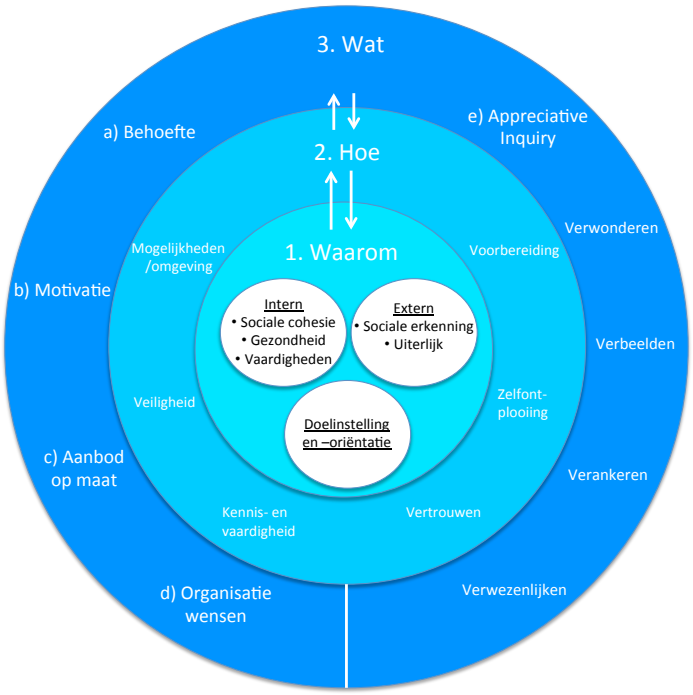
Bovenstaand 4V proces is een bewezen succesvolle manier om tot transformatie te komen binnen bedrijven of andere situaties. Het creëren van een gemeenschappelijk draagvlak staat daarbij centraal. Voor de BvdGF zou de AI-methode een middel kunnen zijn om gemeenschappelijke waarden te creëren tussen de BvdGF en haar doelgroep; mensen met diabetes. Door in samenwerking met de doelgroep een activiteiten aanbod te creëren kan een passend en blijvend sportaanbod worden gecreëerd voor en door mensen met diabetes.

2.1.4. Conclusie

Sport vervult voor veel mensen een belangrijke rol in hun leven. De motivatie om aan sport te doen is gebaseerd op intrinsieke en/of extrinsieke factoren (Deci & Ryan, 1985). De motieven om te sporten kunnen sterk variëren van nastreven van gezondheid tot het verbeteren van het uiterlijk of je persoonlijke kwaliteiten. Sport kan daarnaast voorzien in basale behoeften als het aangaan van competitie, het winnen van wedstrijd, sociale cohesie en zelfredzaamheid (Bakker et. al, 2012). Bij mensen met diabetes kunnen naast deze motieven ook (medische) factoren van invloed zijn op de motivatie om te sporten. Hoge of lage bloedglucoses hebben directe gevolgen voor de sportprestatie en het plezier dat men daar uithaalt (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Regelmatig falen en het niet kunnen volbrengen van de geplande activiteit zal de motivatie om aan sport te doen niet ten goede komen. Het ontwikkelen van goede zelfmanagementvaardigheden is daarbij onontbeerlijk. Goede diabetesregulatie betekent een onbelemmerde sportbeleving en is dus van elementair belang. Daarbij is een belangrijke rol voor het medisch begeleidingsteam weggelegd (Van den Berg, 2012). Er zal altijd een verschil zijn tussen mensen die sporten als plezier beschouwen en mensen die dat niet doen. De mate waarop men zich verbonden (commitment) voelt met de normen en waarden binnen de sport spelen daarbij een belangrijke rol. Ook de Achievement Goal Theory laat zien dat doelinstelling en –oriëntatie van invloed zijn op de motieven waarom mensen aan sport doen. De omgeving en het klimaat waarin de sporter zich bevindt zijn daarbij erg belangrijk (Ames, 1992). Uiteindelijk zijn er dus vele factoren die van invloed zijn op de sportmotivatie van mensen. Om te komen tot antwoorden op de vraag wat mensen met diabetes motiveert om aan sport te doen is het belangrijk om de motieven van mensen met diabetes te achterhalen. Om tot een passend interventie-aanbod te komen is de management approach Appreciative Inquiry (AI) een mogelijk middel. Dit waarderend onderzoek richt zich op de ontwikkeling van potentieel in sociale systemen en is een nauwe afstemming tussen doelgroep en organisatie. Er wordt gezamenlijk gezocht naar een positief toekomstbeeld. Om te komen tot dit toekomstbeeld doorloopt AI vier fases. De eerste fase is verwondering waarbij succesvolle ervaringen uit het verleden worden opgehaald om de goudaders te bepalen. Vervolgens gaat men zich verbeelden over de gewenste toekomst waarbij gemeenschappelijke elementen worden benoemd. Na deze fase wordt de gewenste toekomst vertaald in concrete plannen en acties. Alle betrokken komen in deze fase tot consensus over de afspraken om ze vervolgens in de laatste fase te verwezenlijken en te komen tot een zelfsturende organisatie of persoon.

2.2. Conceptueel model

Op basis van de literatuur kan onderstaand conceptuele model worden gevormd. Dit model is gebaseerd op het managementmodel Golden Circle van Simon Sinek (2009). Om te kijken welke sportinterventies aansluiten bij de sportmotivatie van mensen met diabetes zijn er drie fases ontwikkeld, te weten: 1) waarom, 2) hoe en 3) wat.



Figuur 1: Conceptueel Model

1. Waarom

Bij de waarom fase gaat het om waarom mensen met diabetes gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen interne of externe motivatie. Het is echter niet zo dat de ene motivatie de ander uitsluit. Beide vormen van motivatie spelen een belangrijke rol in de uiteindelijke motivatie om te gaan sporten of niet. Naast de motivatiefactoren speelt ook de doelinstelling en –oriëntatie een belangrijke rol. Het stellen van doelen speelt een belangrijke rol in de motivatie om te sporten. Zoals ook bij de onderzoeksgroep in dit onderzoek het geval is. Deze motivatiefactoren bepalen in hoeverre iemand met diabetes zich aanzet tot sport. Als de waarom vraag is beantwoord breekt de tweede fase van 'hoe' aan.

2. Hoe

De tweede cirkel in dit conceptuele model betreft hoe mensen tot sportbeoefening komen en welke gedragingen daarbij horen. Om te komen tot succesvolle sportbeoefening zijn een aantal factoren van invloed. Eén van die factoren is de mogelijkheid die de omgeving biedt om aan sport te doen. Zijn er bijvoorbeeld voldoende sportaccommodaties en is er voldoende aanbod. Daarnaast speelt veiligheid ook een belangrijke rol (enerzijds is dat medische veiligheid met betrekking tot diabetes en anderzijds de veiligheid van de sport). Soms kan een sport met risico's juist zorgen voor een adrenalinekick in de sportbeleving wat weer een motivatie kan betekenen om te sporten. Dat geeft aan dat deze cirkel in nauw verband staat met de cirkel motivatie. Eén van de belangrijkste kenmerken bij diabetes en sport is de kennis die de persoon met diabetes heeft over zijn diabetes met betrekking tot het sporten. In het theoretisch kader hebben we gezien dat kennis een belangrijke rol speelt tijdens de voorbereiding op sportbeoefening. Weten hoe je lichaam en je diabetes reageert op bepaalde inspanning is cruciaal voor succesvolle sportbeleving. Dit heeft ook invloed op de veiligheid maar zeker op het vertrouwen dat iemand heeft. Niet succesvolle sportbeleving kan leiden tot uitval of een lagere motivatie. Vertrouwen in eigen kunnen en in de diabetes is een belangrijke factor. Zelfontplooiing (jezelf ontwikkelen) en de juiste voorbereiding op het sporten kan zorgen voor succesvolle en langdurige sportbeoefening. Hierbij speelt de waarom vraag (motivatie) altijd op de achtergrond mee.

3. Wat

De eerste twee cirkels zijn intern gericht op de persoon met diabetes die sport. De buitenste cirkel is extern gericht en is bedoeld voor organisaties die sportinterventies aanbieden voor mensen met diabetes. Wat gaan zij op basis van de informatie uit de 'waarom' en 'hoe' fase organiseren. Op basis

van de literatuur is het bij het ontwikkelen van een sportinterventie-aanbod belangrijk om rekening te houden met de behoeften en wensen van mensen met diabetes. Deze wensen gaan met name in op voorkeur, logistiek en haalbaarheid. Daarnaast is het belangrijk te weten waarom mensen met diabetes gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Mensen die extern gemotiveerd zijn vragen om een andere aanpak dan mensen die intern gemotiveerd zijn. Uiteindelijk wordt er een aanbod op maat gecreëerd waarbij rekening is gehouden met de wensen van de doelgroep en de wensen vanuit de organisatie. Appreciative Inquiry (AI) is een methode die daarbij uitkomst kan bieden. Door vooraf de wensen van de doelgroep te verkennen en in samenspraak met hen een evenement te organiseren, zal het draagvlak voor een succesvol evenement groter zijn. AI gaat uit van vier stappen in het ontwikkelproces van een evenement op maat. Verwondering is de eerste stap waarbij alle mogelijkheden op tafel worden gelegd. De meest succesvolle mogelijkheden worden in de tweede stap van verbeelding gevisualiseerd. Op die manier kunnen alle betrokkenen een beeld van de gewenste situatie schetsen. In stap drie worden de succesvolste beelden verankerd in concrete plannen en afspraken. De laatste stap is het verwezenlijken van de afspraken waarbij alle betrokkenen hun taken en verantwoordelijkheden hebben.

2.3. Theoretische lacunes

De algemene opinie in Nederland is door de jaren heen zo ontwikkeld dat het beeld over mensen met diabetes is dat zij onvoldoende sporten en bewegen en hier geen tot weinig motivatie voor kunnen opbrengen. Cijfers uit recent onderzoek bevestigen deze algemene opinie (Stuij et al., 2013), ook al gaat die algemene opinie niet in alle gevallen op. Er zijn natuurlijk veel gevallen van mensen met diabetes die wel actief zijn en regelmatig sporten en bewegen. In het boek ‘Sportief met Diabetes’ van de Bas van de Goor Foundation staan inspirerende belevenissen van mensen met diabetes die het tegendeel bewijzen. Zij gaan sportieve uitdagingen aan en geven daarmee een positieve impuls aan hun leefstijl (Bas van de Goor Foundation, 2012). Er ontbreekt echter het antwoord op de vraag wat mensen met diabetes motiveert om te sporten en te bewegen. Als we deze variabelen weten kan het interventie-aanbod beter worden afgestemd op de motivatiegronden van de persoon met diabetes om aan sport en bewegen te doen. Op die manier zou de sportparticipatie van mensen met diabetes kunnen worden vergroot.

3. Onderzoeksmethode

Dit hoofdstuk bevat de verantwoording van de methodologische keuzes die tijdens dit onderzoek zijn gemaakt. In deze eerste paragrafen van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de onderzoekstrategie en de focus in het onderzoek die daarin is aangebracht. Vervolgens worden de definities en operationalisering van begrippen gekaderd om daarna de onderzoeksmethode, onderzoekspopulatie en betrouwbaarheid van het onderzoek te behandelen.

3.1. Onderzoeksstrategie

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is wat motiveert mensen met diabetes om aan sport te doen. Deze vraagstelling kan getypeerd worden als een diagnostische vraag (Van Thiel, 2010: 26). Met deze diagnostische vraag gaat het onderzoek op zoek naar knelpunten, oftewel motieven van mensen met diabetes om aan sport te doen. Om een antwoord te krijgen op deze centrale vraag zijn er vier deelvraagstellingen geformuleerd, één vraagstelling aangaande de rol van sport bij diabetes en één vraagstelling aangaande sportmotivatie. Deze eerste twee deelvragen zijn middels een literatuuronderzoek beantwoord in het theoretisch kader. De tweede twee deelvragen worden door middel van empirisch onderzoek beantwoord (zie hoofdstuk 4). Het onderzoek kenmerkt zich als een voornamelijk kwantitatief onderzoek. De numerieke data analyse van een kwantitatief onderzoek geven eenduidige onderzoeksresultaten waarbij alleen betekenis aan een getal of score moet worden gegeven (Van Thiel: 136).

Case study

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een case study (gevalonderzoek). Bij een case study wordt het onderwerp in een natuurlijke situatie onderzocht (Van Thiel, 2010: 99-100). De case study zal worden uitgevoerd bij de deelnemers aan de activiteiten van de Bas van de Goor Foundation (BvdGF). De BvdGF zet zich in om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren door middel van sport en bewegen en organiseert in dat kader diverse sportactiviteiten om mensen met diabetes te informeren over de positieve effecten van sport en bewegen op een leven met diabetes, ze deze effecten te laten ervaren en ze te inspireren tot een sportief leven met diabetes (zie ook 4.3).

De caseorganisatie: Bas van de Goor Foundation

De Bas van de Goor Foundation (BvdGF) zet zich in om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren door middel van sport en bewegen. In dat kader organiseert de stichting diverse sportevenementen om mensen met diabetes te informeren over de positieve effecten van sport en bewegen op een leven met diabetes, ze deze effecten te laten ervaren en ze te inspireren tot een sportief leven met diabetes.

Gevestigd op Sportcentrum Papendal in Arnhem focust de stichting van de olympisch volleybalkampioen zich op de doelgroep mensen met diabetes type 1 en 2. Op dit moment zijn er meer dan één miljoen mensen met diabetes in Nederland. De voorspellingen zijn dat dit aantal de komende jaren sterk zal toenemen. Het is de visie van de BvdGF om meer mensen met diabetes te laten ervaren wat de positieve effecten van sport op een leven met diabetes zijn. Dat doet de stichting door:

- te geloven dat sport en bewegen bijdraagt aan een gezond leven met diabetes
- perspectief te bieden aan alle mensen met diabetes in Nederland
- te geloven in de kracht van delen van informatie, ervaringen en inspiratie.

Het is de doelstelling van de stichting om sportevenementen te organiseren om mensen met diabetes en hun sociale omgeving uit te dagen tot een sportief leven met diabetes en ze bewust te maken van de positieve effecten van sport en bewegen op een leven met diabetes.

Hoogtepunten tot nu toe zijn de Kilimanjaro Diabetes Challenge met acht mensen met diabetes type 1 in 2008 en Atlas Diabetes Challenge met 13 mensen met diabetes type 2 in 2010. Daarnaast worden jaarlijks diverse sportkampen, sportclinics en sportdagen georganiseerd voor kinderen met diabetes en wordt er via verschillende communicatiekanalen aandacht gevraagd voor een sportief leven met diabetes.

Op dit moment worden er veel activiteiten voor mensen met diabetes type 1 georganiseerd en weinig activiteiten voor mensen met diabetes type 2. Meer mensen met diabetes type 2 bereiken behoort daarmee tot de ambities van de BvdGF.

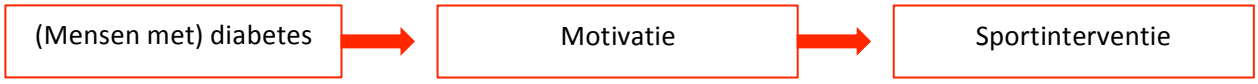
Bron: Meerjarenbeleidsplan Sportief met diabetes 2013-2016

3.2. Focus en afbakening

Het centrale thema van dit onderzoek is sportmotivatie van mensen met diabetes. Zoals in het theoretisch kader is geschetst is motivatie om aan sport te doen er in vele gelaagdheden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen gemotiveerd en ongemotiveerd. In dit onderzoek gaan we ervan uit dat we te maken hebben met een groep gemotiveerde mensen met diabetes type 1 en 2 (zie 3.6). De uitkomsten van dit onderzoek worden getoetst aan een expertpanel om vervolgens tot conclusies en aanbevelingen te komen die de Bas van de Goor Foundation helpen om haar activiteitenaanbod af te stemmen op de wensen en behoeften van de mensen met diabetes. Het onderzoek focust zich daarmee niet op mensen met diabetes die niet gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Dat zou een mogelijk vervolgstudie kunnen zijn. De keuze voor een gemotiveerde onderzoeksdoelgroep is mogelijk doordat het centrale thema van de BvdGF in 2014 zelfmanagement is. In dat kader organiseert de stichting drie challenges waaraan gemotiveerde mensen met diabetes deelnemen. Deze afgebakende doelgroep (N=44) behoort tot de onderzoeksdoelgroep. Dit onderzoek focust zich niet op sportmotivatie onder topsporters of extreme sporten maar met name op de huidige motivatietheorieën rondom het thema sport en de intrinsieke en extrinsieke motieven om aan sport te doen.

3.3. Definities van begrippen

Binnen dit onderzoek worden diverse kernbegrippen onderscheiden. Om te weten wat mensen met diabetes motiveert om te sporten moeten we weten wat er wordt verstaan onder **(mensen met) diabetes** en hun **motivatie** om te gaan sporten en welke **sportinterventies** daarop van toepassing zijn.



Diabetes

De volledige naam van diabetes is diabetes mellitus en betekent vrij vertaald ‘zoete waterloop’. Er worden in de literatuur vele definities van het woord diabetes mellitus gegeven. Allemaal komen ze neer op de volgende definitie van het RIVM:

“Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het hormoon insuline een centrale rol speelt. Insuline is nodig voor de opname van glucose in de lichaamscellen. Daar wordt de glucose verbrand, waardoor het lichaam energie krijgt (RIVM, 2007).”

Er wordt een onderscheid gemaakt in diabetes type 1 en 2. Dit onderzoek richt zich op zowel mensen met diabetes type 1 als 2.

Bij diabetes mellitus type 1 blijkt het lichaam de eigen insuline producerende bètacellen te vernietigen. Er worden antistoffen tegen aangemaakt. Er ontstaat een immuniteit voor het hormoon insuline. De aangemaakte antistoffen blijken schadelijk voor de insuline producerende bètacellen. Diabetes mellitus type 1 is daarmee een auto-immuun ziekte (Bilo, geraadpleegd op 4-12-2013).

"Diabetes mellitus type 2 (DM type 2) wordt gedefinieerd als het type diabetes dat het gevolg is van een tekort aan insulinesecretie (productie), met bijna altijd een belangrijke bijdrage van insulineresistentie (De Schryver et. al, 2004)."

"Bij mensen met diabetes mellitus type 2 is er een tekort aan insuline, waardoor de glucosewaarden stijgen. Daarbij is het niet zo, dat het lichaam geen insuline meer maakt, maar de hoeveelheid die het lichaam zelf aanmaakt is te weinig om de glucosespiegels in het bloed binnen de normale grenzen te houden (Bilo, geraadpleegd op 4-12-2013)."

Motivatie

Motivatie is een breed begrip waarover veel onderzoek is gedaan. Op Google verschijnen ontelbare hits en is motivatie verworden tot een containerbegrip. Motivatie wordt volgens Encyclo gezien als "het geheel van factoren die maken dat de mens een bepaalde handeling stelt of nalaat ze te stellen." Deci & Ryan stellen dat als iemand gemotiveerd is men in beweging komt om iets gedaan te krijgen. Motivatie kan worden gezien als de drijfveer tot gedrag (Schop, 2013). Iemand die geen gevoel of inspiratie heeft om iets gedaan te krijgen noemt men ongemotiveerd. Maar iemand die energie krijgt om iets gedaan te krijgen wordt gezien als gemotiveerd. Motivatie bepaalt in veel dagelijkse situaties hoe iets gedaan wordt (Ryan et al., 2000).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten motivatie. Het meest voorkomende onderscheid wordt gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie verwijst naar motivatie die vanuit jezelf komt en als plezierig wordt ervaren. Bij extrinsieke motivatie gaat het meer om de impulsen of beloning vanuit de omgeving (Ryan et. Al, 2000).

Sport(interventies)

Sport is geen eenduidig begrip. In meerdere onderzoeken wordt sport divers geïnterpreteerd. Sport ontstond oorspronkelijk uit een spel. Een wedijver die later steeds meer gezien werd als een fysieke strijd en een competitie waar trainen en vaardigheid van belang zijn (De Jonghe, 2007). Het Mulier Instituut (2007) omschrijft sport als "een menselijke activiteit die veelal plaatsvindt in een specifiek organisatorisch verband maar ook ongebonden kan worden verricht, doorgaans met gebruikmaking van een – al dan niet in de eigen woonplaats gesitueerde – ruimtelijke voorziening en/of omgeving op een manier die is gerelateerd aan voorschriften en gebruiken die in internationaal verband ten behoeve van prestaties met een competitie- of wedstrijdelement in de betreffende activiteit of verwante activiteiten tot ontwikkeling zijn gekomen."

Voor sport en bewegen zijn door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) drie gangbare normen ontwikkeld die bepalen wanneer iemand aan de norm voor bewegen en fitheid voldoet.

- De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is een internationale norm en gaat uit van minimaal 30 minuten matig intensief bewegen gedurende vijf dagen per week. Deze norm geldt voor volwassenen en ouderen. Voor kinderen en jongeren (t/m 18 jaar) geldt de dubbel dertig norm van twee keer dertig minuten bewegen per dag gedurende een hele week (Kemper et. al, 2000, Ooijendijk et al., 2007).
- Naast een norm voor gezondheid is er ook de Fitnorm. De Fitnorm is gebaseerd op Amerikaanse richtlijnen en gaat uit van drie keer per week zwaar intensieve lichamelijke activiteit. Daarbij

spelen uithoudingsvermogen, kracht en coördinatie een belangrijke rol. (Kemper et. al, 2000, Haskell et al, 2007).
- Tot slot spreekt men ook van een Combinorm. De Combinorm is een vermenigvuldiging van de NNGB en de Fitnorm en geldt als aan één van beiden wordt voldaan (Kemper et. al, 2000, Ooijendijk et al., 2007).

Onder sportinterventies worden sportactiviteiten verstaan die georganiseerd worden voor mensen met diabetes in Nederland.

3.4. Operationalisering van begrippen

In de operationalisering worden de begrippen waarneembaar of meetbaar gemaakt zodat er een overgang van theorie naar empirie kan plaatsvinden (Van Thiel, 2010). Na de definiëring van de begrippen worden in deze paragraaf de uitgangsvormen van het theoretisch construct bepaald.

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is het belangrijk om een afbakening te maken binnen het onderzoek. In dit onderzoek wordt gekeken naar de sportmotivatie van mensen met diabetes. Daarbij worden alleen mensen onderzocht die gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Dit onderzoek zal uitwijzen of mensen met diabetes juist intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd zijn om aan sport te doen en welke motieven daaraan ten grondslag liggen. Om een verdere afbakening te maken binnen dit onderzoek wordt alleen het begrip sport onderzocht en niet het begrip bewegen. Daarbij worden mensen onderzocht die met behulp van een toekomstige interventie, die binnen één jaar gaat plaatsvinden, worden getest op hun motieven om aan sport te doen. Voorafgaand aan het onderzoek hebben deze mensen met diabetes al een keuze gemaakt om een gezondere leefstijl m.b.v. zelfmanagement aan te gaan. Je zou daarmee kunnen zeggen dat zij al gemotiveerd zijn. Zie voor nadere uitleg paragraaf 3.6 onderzoekspopulatie.

3.5. Onderzoeksmethoden

Om te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag wordt er door middel van kwantitatief onderzoek een schriftelijke online vragenlijsten afgenomen onder de onderzoekspopulatie (zie 3.6). Deze resultaten worden afgezet tegen eerdere resultaten die behaald zijn met deze vragenlijst. Naast de uitkomsten van deze schriftelijke vragenlijsten wordt er door middel van kwalitatief onderzoek een interview gehouden met experts over de voorlopige uitkomsten.

3.5.1. Kwantitatief onderzoek

Met een schriftelijke vragenlijst wordt data verzameld die gebruikt kan worden voor verschillende onderzoekseenheden. De vragenlijsten zijn gebaseerd op het theoretisch kader (zie hoofdstuk 2) en kennen alle hun eigen validatie. Het onderzoek maakt onderdeel uit van een groter onderzoek naar zelfmanagement en sportmotivatie dat wordt geïnitieerd door de BvdGF. Met de vragenlijsten wordt de maatstaf voor de toestand op een bepaald moment gemeten. Daarmee wordt dit onderzoek als een baseline onderzoek getypeerd.

Goal Content for Exercise Questionnaire

Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt bestaande vragenlijsten die zijn samengesteld op basis van de Self-Determination Theory van Deci & Ryan (1985; 2000). De zogeheten Goal Content for Exercise Questionnaire (GCFEQ) bevat alleen gesloten vragen over sportmotivatie en met name de motieven die daaraan ten grondslag liggen. De ondervraagde krijgt twintig motieven voorgelegd en moet bij ieder motief het belang voor hem/haar aangeven. De antwoorden kunnen variëren van zeer belangrijk tot helemaal niet belangrijk en hebben allemaal vijf mogelijke tussenantwoorden.

SQUASH-vragenlijst

Omdat de hypothese (zie 2.4) van dit onderzoek verwacht dat de mate van sportintensiteit van

invloed zou kunnen zijn op sportmotivatie van mensen met diabetes wordt er naast de GCFEQ ook een SQUASH-vragenlijst, die is ontwikkeld door het RIVM, afgenomen. De SQUASH-vragenlijst gaat met name over sportintensiteit en –frequentie.

Algemene gegevens
De uitkomsten van beide vragenlijsten worden afgezet ten opzichte van de algemene gegevens als type diabetes (1 of 2), geslacht, leeftijd, aantal jaar gediagnosticeerd en sportintensiteit. De verwachting is dat er significante verschillen tussen beide groepen ontstaan.

3.5.2. Kwalitatief onderzoek
Na het afnemen van de digitale schriftelijke vragenlijsten worden de data verzameld en geanalyseerd. Om de voorlopige uitkomsten beter op waarde te schatten wordt er aanvullend op de schriftelijke vragenlijst een expertpanel ingezet. Professionals die buiten het onderzoek staan maar wel invulling kunnen geven aan de uitkomsten van het onderzoek. Het expertpanel bestaat uit professionals uit de diabeteszorg, psychologie en eventmanagement. De uitkomsten van deze gesprekken worden meegenomen in de uiteindelijke conclusies en aanbevelingen. Van alle gesprekken is een transcript gemaakt die in de bijlagen te vinden is. Alle transcripten worden voorgelegd aan alle experts voor een member check en validatie van hetgeen zij hebben gezegd (Van Thiel, 2010: 111-114). Als ervaringsdeskundige in de evenementenorganisatie en als persoon met diabetes heb ik Bas van de Goor gevraagd. Bas is directeur van de gelijknamige foundation. Daarnaast heb ik twee experts gevraagd als ervaringsdeskundige met kennis. Als professional in de diabeteszorg heb ik internist Henk Bilo van het Isala gevraagd, vanuit de psychologie neemt psycholoog en onderzoeker Sasja Huisman van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) zitting in het panel.

3.6. Onderzoekspopulatie
Om gemotiveerde mensen met diabetes te vinden sluit het onderzoek aan bij de lopende projecten van de BvdGF. In 2014 is het thema zelfmanagement en worden er rondom dit thema diverse challenges voor mensen met diabetes georganiseerd. Van 4 t/m 12 juli 2014 vertrekken twaalf mensen met diabetes (zes met diabetes mellitus type 1 en zes met diabetes mellitus type 2) naar IJsland voor een zevendaagse trekking door het Laugavegur gebied. De twaalf deelnemers zijn geselecteerd op basis van hun motivatie voor deelname die ze bij inschrijving moesten aangeven. Geheel zelfstandig zullen zij zich moeten voorbereiden op deze tocht. Tijdens de trekking in IJsland zal iedereen met een rugzak van 20 kg en alle bagage voor zeven dagen moeten lopen.

Naast de Iceland Diabetes Challenge worden er door de BvdGF ook twee challenges in Nederland georganiseerd. De controlegroepen werken een gelijkwaardig programma af evenals de mensen die naar IJsland gaan. Ook daar zal zelfmanagement en sportmotivatie een belangrijk thema vormen. In Zwolle zullen twaalf mensen met diabetes mellitus type 1 zich zelfstandig gaan voorbereiden op de Halve marathon van Zwolle. In Nijkerk bereiden 12 mensen met diabetes mellitus type 2 zich op hetzelfde moment voor op een zevendaagse wandeltocht door de omgeving van Nijkerk waarbij dezelfde afstanden als in IJsland worden afgelegd. In totaal omvat de onderzoekspopulatie N=36 mensen met diabetes, waarvan N=18 mensen met diabetes type 1 en N=18 mensen met diabetes type 2. Deze mensen bereiden zich gedurende een half jaar voor op de gestelde doelen en hebben daarbij een bewuste keuze gemaakt om aan deze sportprojecten deel te nemen. Deze bewuste keuze wordt gezien als een motivatie om aan sport te doen. Alle respondenten nemen deel aan een beweeginterventie die gefaciliteerd wordt door de BvdGF. Deze beweeginterventie vergt voorbereiding en optimalisatie van zelfmanagement waarbij motivatie een belangrijke rol speelt. In de voorbereiding wordt op diverse momenten een online vragenlijst afgenomen. Dit onderzoek richt zich op de baseline-gegevens van de uitkomsten uit de online vragenlijsten.

3.7. Betrouwbaarheid en validatie

Betrouwbaarheid en validatie van het onderzoek zijn belangrijke maatstaven voor de kwaliteit van de te onderzoeken methode en komt voort uit de operationalisatiefase. In dit hoofdstuk wordt daar bij stilgestaan.

Betrouwbaarheid

"De betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bepaald door de nauwkeurigheid en consistentie waarmee variabelen worden gemeten" (Van Thiel, 2010: 57). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen wordt er zowel een schriftelijke vragenlijst als een interview gehouden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande en gevalideerde vragenlijsten zoals de SQUASH en de GCFEQ vragenlijst. Met deze vragenlijsten worden nauwkeurige variabelen gemeten die verschillen tussen waarden aangeven. Omdat de vragenlijsten in vele eerdere onderzoeken voor algemene groepen zijn gebruikt is de consistentie of herhaalbaarheid van het onderzoek ook gewaarborgd. Omdat dit onderzoek ingaat op de specifieke groep mensen met diabetes is een herhaling van dit onderzoek met een grotere doelgroep noodzakelijk om deze specifieke gegevens te kunnen generaliseren (Van Thiel, 2010).

Validiteit

Bij validiteit gaat het om de waarheid of echtheid van de onderzoeksgegevens. Er zijn vele vormen van validiteit. Van Thiel (2010: 58) maakt onderscheid tussen interne en externe validiteit. Bij interne validiteit gaat het om de geldigheid van het onderzoek en wordt bepaald of datgene wat gemeten wordt ook gemeten dient te worden. Zoals bij betrouwbaarheid (paragraaf 5.1) al wordt aangegeven wordt er gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten als SQUASH en GCOEQ. Bij het afnemen van deze vragenlijsten zijn er een aantal aandachtspunten. Ten eerste de mogelijkheid op non-response en ten tweede de kans op sociaal wenselijke antwoorden. Omdat er gebruik wordt gemaakt van een kleine onderzoeksgroep (N=36) is de controle op het volledig en nauwkeurig invullen van de vragenlijsten hoog. Dit komt de juistheid van de gegevens ten goede. Omdat het onderzoek deel uitmaakt van de zelfmanagementprojecten van de BvdGF waarbij de fysieke gesteldheid en motivatie om deel te nemen aan de evenementen hoog is bevordert dat de kans op sociaal wenselijke antwoorden. Bij het verwerken van de gegevens zal hier rekening mee worden gehouden door gebruik te maken van geijkte schalen. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden nog verder te verkleinen zijn interviews opgenomen.

Bij het afnemen van een interview is de interviewer (onderzoeker) zelf het belangrijkste meet-instrument (Van Thiel, 2010: 114). Er zal een semigestructureerde vragenlijst worden opgesteld op basis van de uitkomsten van het theoretisch onderzoek. De geïnterviewden hebben verschillende herkomst, achtergronden, leeftijden en type diabetes om de betrouwbaarheid van het interview te vergroten. Omdat ik een onervaren onderzoeker ben heb ik ervaren onderzoekers in mijn omgeving gevonden die mij kunnen ondersteunen in de validatie van het onderzoek. Ter referentie hebben internist Henk Bilo van het Isala te Zwolle en Dr. Sasja Huisman medisch psycholoog en onderzoeker aan het Leids Universitair Medisch Centrum aangegeven mij in dit proces te willen ondersteunen. Daarnaast zal vanuit de Wagner Group Sportmanagement Institute ook de thesisbegeleidster Sandra Meeuwsen mij van feedback voorzien op de validatie van dit onderzoek. Bij externe validiteit heerst de vraag of het onderzoek ook generaliseerbaar is voor andere onderzoeksgroepen, instituties tijdens of plaatsen. Omdat dit onderzoek een enkelvoudige case study omvat zijn de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar. De resultaten zijn slechts toe te schrijven naar deze specifieke case. Wel is het onderzoek te herhalen bij andere specifieke (kleine) doelgroepen. Tevens zijn de aantallen ondervraagden te gering om te spreken van generaliseerbaarheid. De uitkomsten van het onderzoek zijn wel representatief voor de doelgroep mensen met diabetes.

4. Sportmotivatie van mensen met diabetes

4.1. Resultaten van empirisch onderzoek

De motieven om aan sport deel te nemen zijn gemeten met behulp van de Goal Content for Exercise Questionnaire (GCEQ). Deze vragenlijst is gebaseerd op de Self-determination theory (SDT) van Deci & Ryan (2000). De SDT geeft aan dat intrinsieke doelen, die gerelateerd zijn aan extrinsieke doelen, de kritische succesfactoren vormen in de kwaliteit van individueel gedrag en psychologisch welbevinden (Sebire et. al, 2008).

Subschalen GCEQ

De GCEQ bestaat in totaal uit twintig vragen die kunnen worden onderverdeeld in vijf subschalen. De vijf subschalen vertegenwoordigen intrinsieke motieven of extrinsieke motieven om aan sport te doen. Mensen die sporten kunnen deelnemen met motieven die gebaseerd zijn op sociale cohesie, gezondheidsmanagement, zelfbeeld, vaardigheid en (sociale) erkenning. Na analyse van diverse GCEQ uitkomsten is door Sebire et. al (2008) de volgende onderverdeling gemaakt.

A. Sociale cohesie (Social Affiliation): deze subschaal gaat ervan uit dat sport een belangrijk middel is om vriendschappen en verbondenheid met anderen aan te gaan.
B. Gezondheid (Health Management): deze subschaal heeft betrekking op het inzetten van sport als middel om je eigen gezondheid of conditie te verbeteren.
C. Vaardigheden ontwikkelen (Skill Developement): betreft het motief aan sport te doen om (nieuwe) vaardigheden te ontwikkelen of je eigenschappen van een sport bekwaam te maken.

D. Uiterlijk (Image): hebben betrekking op het verbeteren van iemands uiterlijk door sport.
E. Sociale erkenning (Social Recognition): refereert aan het doen aan sport om door anderen gezien en/of bewonderd te worden.

De subschalen A t/m C vormen de intrinsieke motivatie van mensen om aan sport te doen. De subschalen E en F hebben betrekking op de extrinsieke motivatie van mensen om aan sport te doen.

De subschalen zijn in dit onderzoek afgezet tegen:
1. *Type diabetes*: In de onderzoeksgroep zijn mensen met diabetes type 1 (N=18) en diabetes type 2 (N=26) met elkaar vergeleken. Per subschaal wordt gekeken naar de onderlinge verschillen tussen mensen met diabetes type 1 en mensen met diabetes type 2.
2. *Sekse*: Er is gekeken of er tussen mannen (N=24) en vrouwen (N=20) binnen de onderzoeks-populatie verschillen zijn te ontdekken per subschaal.
3. Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB): Er is gekeken naar verschillen per subschaal tussen mensen met diabetes die wel aan de NNGB voldoen (≥ 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen) of mensen met diabetes die niet voldoen aan de NNGB (< 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen).
4. *Fitnorm*: Hetzelfde is gedaan in verschillen per subschaal voor de Fitnorm. Er is gekeken naar mensen met diabetes die voldoen aan de Fitnorm (≥ 3 dagen van 20 minuten intensieve lichaamsbeweging) en mensen met diabetes die niet voldoen aan de Fitnorm (< 3 dagen van 20 minuten intensieve lichaamsbeweging).
5. *Aantal jaar gediagnosticeerd*: De scores zijn ten slotte afgezet tegen het aantal jaar dat iemand is gediagnosticeerd met diabetes. De vergelijking is gemaakt voor mensen die 0-5 jaar, 6-10 jaar, 11-20 jaar en meer dan 20 jaar zijn gediagnosticeerd.

In dit onderzoek (N=44) is er als volgt gescoord op deze subschalen:

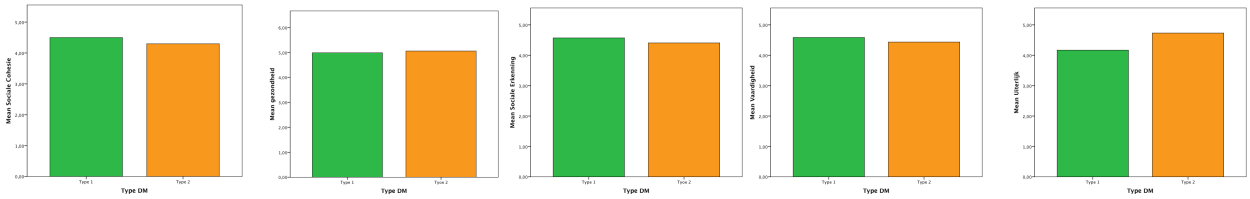
1. Type diabetes

In dit onderzoek is rekening gehouden met twee typen diabetes. In totaal hebben N=18 mensen met diabetes type 1, de insuline-afhankelijke variant, het onderzoek ingevuld en N=26 mensen met diabetes type 2. Er is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende diabetes type 2 varianten.

Descriptieve statistiek				
Type Diabetes Mellitus		**N**	**Gemiddeld**	**Std. Afwijking**
Type 1	GCEQ Sociale Cohesie	18	4,5000	1,09141
	GCEQ Uiterlijk	18	**4,1667**	,82248
	GCEQ Gezondheid	18	4,9861	,70436
	GCEQ Sociale Erkenning	18	4,5694	1,20295
	GCEQ Vaardigheden	18	4,5833	,64739
	Geldige N (volgens lijst)	18		
Type 2	GCEQ Sociale Cohesie	26	4,2981	1,51000
	GCEQ Uiterlijk	26	**4,7308**	1,55712
	GCEQ Gezondheid	26	5,0577	,61769
	GCEQ Sociale Erkenning	26	4,4038	1,94689
	GCEQ Vaardigheden	26	4,4327	,95801
	Geldige N (volgens lijst)	26		

Tabel 1: Descriptieve statistieken gesorteerd op type diabetes (N=44).

In bovenstaande tabel staan de gemiddelde scores op de diverse schalen gedifferentieerd op type diabetes. Er is een onderscheid gemaakt in diabetes type 1 en diabetes type 2. De gemiddelde scores zijn opgebouwd uit een 7-punts schaal. De gemiddelde scores (mean) liggen dicht bij elkaar en er zijn met uitzondering van het uiterlijk (GCEQ Image) geen significante verschillen. De gemiddelde scores in deze tabel variëren van 4,16 en 5,05. Een score van 4 refereert aan de antwoordmogelijkheid ‘tussenin’ (niet belangrijk en niet onbelangrijk). De score 5 staat voor de antwoordmogelijkheid ‘eerder belangrijk’. Met een klein verschil kan uit deze tabel worden opgemaakt dat omwille hun uiterlijk mensen met diabetes type 2 gemiddeld meer gemotiveerd zijn om aan sport te doen dan mensen met diabetes type 1. Aan sport doen omwille van verbetering van het uiterlijk betekent dat mensen met diabetes type 2 meer extrinsieke gemotiveerd zijn als het gaat om uiterlijk. Hieronder volgen de grafieken die behoren tot tabel 1. Deze grafieken laten de verschillen tussen type diabetes per subschaal zien.



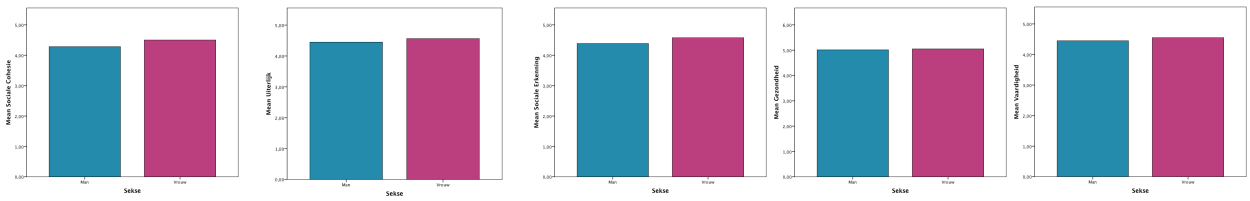
Opvallend in deze grafieken is dat er weinig verschil zit in motivatie op de verschillende subschalen van de GCEQ tussen mensen met diabetes type 1 en 2. Alleen bij de subschaal uiterlijk is een significant verschil te zien tussen mensen met diabetes type 1 en 2, waarbij mensen met diabetes type 2 hoger scoren op het belang van uiterlijk bij sport.

2. Sekse (m/v)

Descriptieve Statistiek				
Sekse		**N**	**Gemiddeld**	**Std. Afwijking**
Man	GCEQ Sociale Cohesie	24	4,2812	1,19399
	GCEQ Uiterlijk	24	4,4479	1,42756
	GCEQ Gezondheid	24	5,0104	,65308
	GCEQ Sociale Erkenning	24	4,3854	1,61174
	GCEQ Vaardigheden	24	4,4479	,81421
	Geldige N (volgens lijst)	24		
Vrouw	GCEQ Sociale Cohesie	20	4,5000	1,52824
	GCEQ Uiterlijk	20	4,5625	1,22441
	GCEQ Gezondheid	20	5,0500	,65695
	GCEQ Sociale Erkenning	20	4,5750	1,76981
	GCEQ Vaardigheden	20	4,5500	,88704
	Geldige N (volgens lijst)	20		

Tabel 2: Descriptieve statistieken gesorteerd op sekse (N=44).

In tabel 2 staan alle scores op de subschalen van de GCEQ, gedifferentieerd op sekse (man/vrouw). Wat zeer opvallend is aan deze tabel is dat alle scores op de verschillende subschalen van mannen (N=24) en vrouwen (N=20) heel dicht bij elkaar liggen. Opnieuw is er gescoord op een zevenpuntsmeting. De gemiddelde scores in deze tabel liggen allemaal tussen de 4,2 en 5,0. Een score van 4 refereert aan de antwoordmogelijkheid ‘tussenin’ (niet belangrijk en niet onbelangrijk). De score 5 staat voor de antwoordmogelijkheid ‘eerder belangrijk’. De conclusie uit deze tabel is dat er geen significante verschillen zijn in motivatie tussen mannen en vrouwen en dat de gemiddelde scores variëren van niet belangrijk en niet onbelangrijk tot eerder belangrijk. In onderstaande grafieken worden de scores tussen beide sekses tegenover elkaar en op een grafische wijze weergegeven.



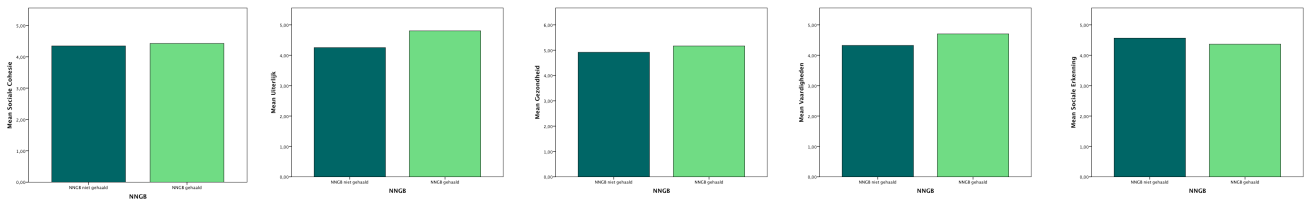
Het tegenover elkaar (man/vrouw) uitzetten van de scores per subschaal geeft een goed overzicht van de kleine en niet significante verschillen.

3. Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Descriptieve statistiek				
Nederlandse Norm Gezond Bewegen		**N**	**Gemiddeld**	**Std. Afwijking**
NNGB niet gehaald	GCEQ Sociale Cohesie	24	4,3438	1,50689
	GCEQ Uiterlijk	24	4,2500	1,47994
	GCEQ Gezondheid	24	4,9167	,69418
	GCEQ Sociale Erkenning	24	4,5625	1,80767
	GCEQ Vaardigheden	24	4,3229	,78186
	Geldige N (volgens lijst)	24		
NNGB gehaald	GCEQ Sociale Cohesie	20	4,4250	1,15593
	GCEQ Uiterlijk	20	4,8000	1,07177
	GCEQ Gezondheid	20	5,1625	,57511
	GCEQ Sociale Erkenning	20	4,3625	1,52280
	GCEQ Vaardigheden	20	4,7000	,87959
	Geldige N (volgens lijst)	20		

Tabel 3: Descriptieve statistieken gesorteerd NNGB gehaald of niet gehaald (N=44).

In bovenstaande tabel 3 worden de verschillen tussen de onderzoeksdoelgroep van mensen die de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), van vijf dagen of meer 30 minuten per dag intensief bewegen, wel halen (≥5) of niet halen (<5). Deze uitkomsten geven aan dat er geen significante verschillen zijn tussen mensen die de NNGB wel halen of niet. De gemiddelde scores variëren van 4,25 tot 5,16 op een 7-punts schaal. Een score van 4 refereert aan de antwoordmogelijkheid ‘tussenin’ (niet belangrijk en niet onbelangrijk). De score 5 staat voor de antwoordmogelijkheid ‘eerder belangrijk’. De conclusie uit deze tabel is dat er geen significante verschillen zijn tussen mensen met diabetes die de NNGB halen of niet halen. Er zijn slechts kleine niet significante verschillen te zien als de mensen die de NNGB wel halen worden afgezet in grafieken tegen de mensen die de NNGB niet halen.



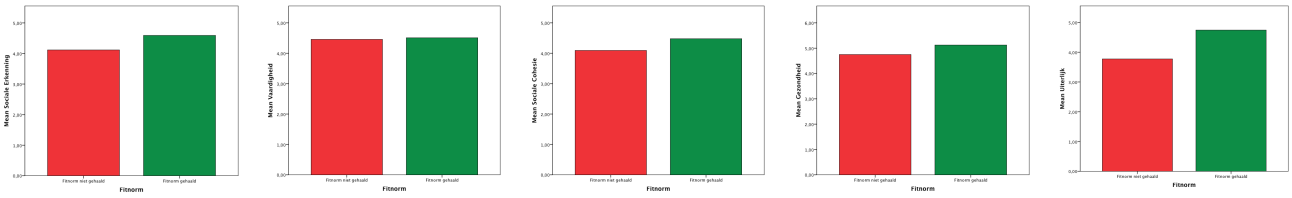
In deze grafieken worden de mensen uit de onderzoeksgroep die de NNGB wel hebben gehaald (lichtgroen) per subschaal tegenover de mensen die de NNGB niet hebben gehaald gezet. De gemiddelde verschillen zijn zoals hierboven omschreven niet significant, maar op de subschalen vaardigheden, gezondheid en uiterlijk scoren de mensen die de NNGB halen hoger dan de mensen die de NNGB niet hebben gehaald. De mensen die minder bewegen scoren daarentegen weer licht hoger op de subschaal sociale erkenning.

4. Fitnorm

Descriptieve statistiek				
Fitnorm		**N**	**Gemiddeld**	**Std. Afwijking**
Fitnorm niet gehaald	GCEQ Sociale Cohesie	11	4,0909	1,01411
	GCEQ Uiterlijk	11	**3,7727**	,73701
	GCEQ Gezondheid	11	4,7500	,62249
	GCEQ Sociale Erkenning	11	4,1136	,99601
	GCEQ Vaardigheden	11	4,4545	,69658
	Geldige N (volgens lijst)	11		
Fitnorm gehaald	GCEQ Sociale Cohesie	33	4,4773	1,43799
	GCEQ Uiterlijk	33	**4,7424**	1,39542
	GCEQ Gezondheid	33	5,1212	,63775
	GCEQ Sociale Erkenning	33	4,5909	1,83586
	GCEQ Vaardigheden	33	4,5076	,89155
	Geldige N (volgens lijst)	33		

Tabel 4: Descriptieve statistieken gesorteerd op Fitnorm gehaald of niet (N=44).

In bovenstaande tabel 4 worden de verschillen tussen mensen die de Fitnorm, van drie dagen of meer 20 minuten per dag intensief bewegen, wel halen (≥3) of niet halen (<3). Deze uitkomsten geven aan dat er één significant verschil is te ontdekken tussen mensen die de Fitnorm wel halen of niet. Met name is er een verschil tussen wel of niet halen bij de subschaal uiterlijk. Waar mensen die de Fitnorm niet halen motivatie om te sporten omwille van het uiterlijk 'eerder niet belangrijk' vinden met een gemiddelde score van 3,77, vinden de mensen die de Fitnorm wel halen het 'eerder belangrijk' om te sporten omwille van het uiterlijk met een gemiddelde score van 4,74. De gemiddelde scores op alle subschalen variëren van 3,77 tot 5,12 op een 7-punts schaal. Een score van 3 refereert aan de antwoordmogelijkheid 'eerder niet belangrijk'. Een score van 4 refereert aan de antwoordmogelijkheid 'tussenin' (niet belangrijk en niet onbelangrijk). De score 5 staat voor de antwoordmogelijkheid 'eerder belangrijk'. In vergelijking met de NNGB scoort de Fitnorm iets beter.



De conclusie uit deze grafieken is dat mensen die voldoen aan de Fitnorm zowel meer intrinsiek (sociale cohesie, gezondheid en vaardigheid) als meer extrinsiek (sociale erkenning en uiterlijk) gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Al zijn de verschillen klein en alleen significant bij de subschaal uiterlijk.

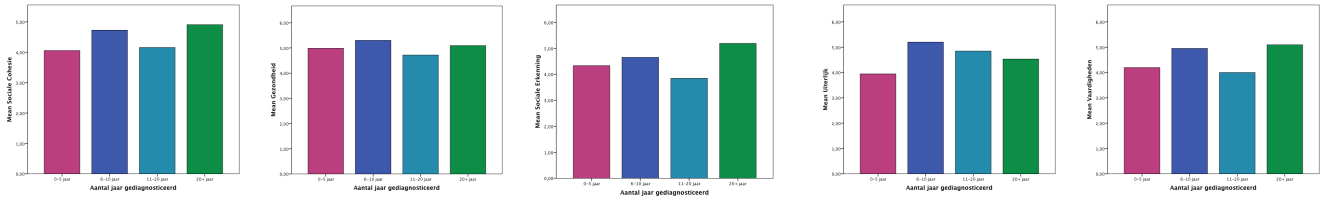
5. Aantal jaar gediagnosticeerd

Descriptieve Statistiek

Aantal jaar Gediagnosticeerd		N	Gemiddeld	Std. Afwijking
0-5 jaar	GCEQ Sociale Cohesie	18	4,0556	1,34917
	GCEQ Uiterlijk	18	**3,9444**	1,00204
	GCEQ Gezondheid	18	4,9861	,60313
	GCEQ Sociale Erkenning	18	4,3333	1,80074
	GCEQ Vaardigheden	18	4,1944	,60970
	Geldige N (volgens lijst)	18		
6-10 jaar	GCEQ Sociale Cohesie	10	4,7250	1,21020
	GCEQ Uiterlijk	10	**5,2000**	1,11056
	GCEQ Gezondheid	10	5,3000	,30732
	GCEQ Sociale Erkenning	10	4,6500	1,62959
	GCEQ Vaardigheden	10	4,9500	1,08525
	Geldige N (volgens lijst)	10		
11-20 jaar	GCEQ Sociale Cohesie	8	4,1563	1,68469
	GCEQ Uiterlijk	8	**4,8438**	1,72657
	GCEQ Gezondheid	8	4,7188	,83919
	GCEQ Sociale Erkenning	8	3,8438	1,70051
	GCEQ Vaardigheden	8	4,0000	,70711
	Geldige N (volgens lijst)	8		
20+ jaar	GCEQ Sociale Cohesie	8	4,9063	1,06852
	GCEQ Uiterlijk	8	**4,5313**	1,46652
	GCEQ Gezondheid	8	5,0938	,80109
	GCEQ Sociale Erkenning	8	5,1875	1,33463
	GCEQ Vaardigheden	8	5,0938	,44194
	Geldige N (volgens lijst)	8		

Tabel 5: Descriptieve statistieken gesorteerd op aantal jaar gediagnosticeerd.

In tabel 5 worden de verschillen weergegeven in motivatie en het aantal jaar dat mensen met diabetes zijn gediagnosticeerd. Deze uitkomsten geven aan dat er één significant verschil is te ontdekken in de subschaal uiterlijk. Waar mensen die tussen de 6 en 10 jaar diabetes hebben de hoogste gemiddelde score behalen op de subschaal uiterlijk met 5,20 (‘eerder belangrijk’), scoren de mensen die tussen de 0-5 jaar diabetes hebben het laagst met een gemiddelde score van 3,94 (‘niet belangrijk of onbelangrijk’). Ook mensen die tussen de 11-20 jaar diabetes hebben vinden een extrinsieke motivatie om aan sport te doen omwille van het uiterlijk met een score van 4,84 ‘eerder belangrijk’. Daarnaast wordt er bij de doelgroep die meer dan 20 jaar gediagnosticeerd is met diabetesopvallend hoog gescoord op alle subschalen van motivatie. De gemiddelde scores op alle subschalen variëren van 3,84 tot 5,20 op een 7-punts schaal. Een score van 3 refereert aan de antwoordmogelijkheid ‘eerder niet belangrijk’. Een score van 4 refereert aan de antwoordmogelijkheid ‘tussenin’ (niet belangrijk en niet onbelangrijk). De score 5 staat voor de antwoordmogelijkheid ‘eerder belangrijk’.



De grafieken laten het beeld zien als de subschalen worden afgezet per categorie. Ook in deze grafieken zijn er met uitzondering van uiterlijk geen significante verschillen te zien. In deze uitdraai is niet gekeken naar leeftijdsdifferentiatie of naar gemiddelde leeftijd waarop diabetes gediagnosticeerd werd.

4.2. Analyse van de resultaten

In deze paragraaf worden de empirische resultaten geanalyseerd. Deze tussenstap vormt de basis voor de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 5. Om de empirische resultaten op de juiste manier te kunnen interpreteren worden in paragraaf 4.2. de resultaten vergeleken met gelijkwaardig onderzoek onder 312 Engelse volwassenen (4.2.1.) . De resultaten uit paragraaf 4.1. en subparagraaf 4.2.1. worden in paragraaf 4.2.3. beoordeeld door een expertpanel op gebied van diabetes, psychologie en evenementen. Tot slot worden de resultaten

4.2.1. Vergelijkend onderzoek

In 2008 is er door onderzoekers Sebire, Standage en Vansteenkiste een sportmotivatie onderzoek gedaan met de GCEQ-vragenlijst onder 312 ‘gezonde’ Engelse volwassenen tussen de 19 en 63 jaar. De uitkomsten van dit Engelse onderzoek worden in deze paragraaf vergeleken met de uitkomsten van de GCEQ-vragenlijst uit dit onderzoek. In Nederland is er nog geen vergelijkingsmateriaal met deze vragenlijst beschikbaar. De 312 ‘gezonde’ Engelse volwassenen zijn ad random geselecteerd en hadden geen chronische aandoening.

Wat in eerste instantie opvalt is dat de gemiddelde score van dit onderzoek anders uitvalt dan die van het Engelse onderzoek. Waar de gemiddelde score (M) van het Engelse onderzoek op de 5 subschalen van de GCEQ varieert van 1,96 (sociale erkenning) t/m 6,12 (gezondheid), zijn de gemiddelde scores in dit onderzoek veel meer gemiddeld (op een 7-puntsschaal). De scores in dit onderzoek variëren van 3,84 (sociale erkenning) t/m 5,30 (gezondheid). Met name de hoge scores op gezondheid vallen op in het Engelse onderzoek onder ‘gezonde’ mensen. De verwachtingen voorafgaand aan dit onderzoek dat mensen met diabetes juist meer belang zouden hechten aan gezondheid omwille hun diabetes valt tegen. Aan de andere kant zou je ook kunnen zeggen dat de ontwikkeling van diabetes type 2 misschien ook het gevolg is van een lagere motivatie om te sporten omwille van gezondheid. Daarentegen zou je verwachten dat de mensen in dit onderzoek, met de doelen die ze voor de challenges hebben gesteld, hoger zouden scoren op gezondheid. Er is geen onderzoek gedaan onder deze challengers (N=44) voordat ze de motivatie hadden gevonden om dit doel in hun agenda te zetten. Hier kan verder dan ook geen relevantie en causaal verband aan verbonden worden.

De afwijking tussen de minimale en de maximale score is in het Engelse onderzoek vele malen groter dan in dit onderzoek. Daarentegen is in beide gevallen sociale erkenning het minst belangrijk als motief om aan sport te doen en is sporten omwille van je gezondheid in beide gevallen het belangrijkste motief. De reden dat deze gemiddelde scores in dit onderzoek dichter bij elkaar liggen kan te maken hebben dat er voor dit onderzoek alleen gemotiveerde mensen met diabetes (N=44) zijn geselecteerd, al was de verwachting dat de gemiddelde scores op een 7-puntsschaal wel hoger uit zouden vallen dan nu het geval is.

Wat daarnaast opvalt is dat de scores op de subschalen (iedere subschaal bestaat uit vier vragen) gemiddeld op dezelfde manier worden gescoord. Tevens zijn er in de afwijking (standaard deviatie) van de gemiddeldes geen significante verschillen te zien in de vergelijking tussen beide onderzoeken.

4.2.2. Organisatievergelijking

In dit onderzoek is gekeken naar de Bas van de Goor Foundation (BvdGF). Om een passend interventie-aanbod te creëren voor mensen met diabetes wordt in deze paragraaf een organisatie-vergelijking gemaakt onder vergelijkbare organisaties als de BvdGF. In Europa zijn er geen vergelijkbare organisaties. In de Verenigde Staten van Amerika is een vergelijkbare organisatie werkzaam, genaamd Insulindependence.

Insulindependence is een in 2005 opgerichte non-profit organisatie die als missie heeft om de actieve diabetes community te verbinden, te verbreden en te ondersteunen. Het is de visie van Insulindependence om de belasting van diabetes te verminderen door sport en de ondersteuning van patiënten (www.insulindependence.org, geraadpleegd op 25 april 2014). Insulindependence kenmerkt zich door sprekende kernwaarden die de visie van Insulindependence ondersteunen. De kernwaarden luiden als volgt:

- Sport en bewegen hebben een cruciale rol in het veranderen van gewoonten van individueel gedrag en positieve gezondheidsuitkomsten;
- Het is de sociale verantwoordelijkheid van mensen met diabetes om gezond en fit te blijven;
- Mensen met diabetes moeten routines uitdagen om individuele zelfmanagementvaardigheden te ontwikkelen;
- Onderling patiëntcontact speelt een cruciale rol in duurzame gezondheidszorg.

In tegenstelling tot de BvdGF organiseert Insulindependence haar activiteiten niet zelf maar sluit het aan bij bestaande activiteiten die georganiseerd worden door lokale (diabetes)organisaties of doen zij een beroep op hun uitgebreide bestand aan getrainde vrijwilligers (ervaringsdeskundigen) om activiteiten met inachtneming van hun waarden te organiseren. Insulindependence is een organisatie die veelal werkt vanuit het Appreciative Inquiry (AI) principe, waarbij de activiteiten worden georganiseerd door getrainde vrijwilligers (ervaringsdeskundigen) of professionals die evenementen organiseren voor mensen met diabetes. Net als Insulindependence richt AI zich op het potentieel van sociale systemen waarin sterke punten centraal staan. Door samen met andere mensen met diabetes deel te nemen aan onder andere duursporten ontstaat er een gemeenschappelijk doel. Hierdoor leert men over diabetes en de rol van sport en wordt een positief beeld over de toekomst gecreëerd.

De interventies van de BvdGF worden op dezelfde manier georganiseerd, alleen wordt de inhoud van de activiteit bepaald door de ervaringen van de organisatie (waarin mensen met diabetes werkzaam zijn) in plaats van de ervaringen van de doelgroep. Waar de Bas van de Goor Foundation activiteiten/interventies organiseert *voor* mensen met diabetes, organiseert Insulindependence activiteiten met mensen *met* diabetes. De doelstellingen voor beide vormen van organiseren zijn gelijkwaardig, want de BvdGF wil met haar activiteiten informeren over de positieve effecten van sport, deelnemers deze effecten laten ervaren en ze daarmee inspireren tot een sportief leven met diabetes. De omgang met andere deelnemers behoort daarin tot een van de belangrijke leer-momenten. In beide organisaties worden mensen met diabetes zelfmanagementvaardigheden aangeleerd die ze kunnen gebruiken in hun dagelijks leven met diabetes.

Insulindependence heeft naast haar activiteiten ook een faculteit waarin lezingen worden gegeven door professionals en (top)sporters met diabetes op gebied van diabetes technologie, voeding, sportpsychologie en gedragspsychologie. Het doel van deze bijeenkomsten is om mensen met diabetes, ouders/verzorgers en medische professionals te informeren over diabetes en sport. De

BvdGF heeft geen eigen faculteit maar wel een uitgebreide pool van medische professionals en (top)sporters met diabetes (ambassadeurs) die op lokaal, regionaal en nationaal niveau hun ervaringen delen met anderen. In dat opzicht kennen beide organisaties veel overeenkomsten.

Naast Insulindependence is Black Girls Run (BGR) een Amerikaanse interventie die als 'good practice' voor de BvdGF leerzaam kan zijn. BGR is een interventie voor inactieve Afro-Amerikaanse vrouwen. Een groep die in Amerika, in vergelijking met andere groepen, drastisch minder beweegt en actief is. Met als interventie hardlopen wordt voor deze doelgroep een gezamenlijke identiteit gecreëerd om grote groepen mensen in beweging te brengen. De kernwaarden van de organisatie BGR komen overeen met de waarden, wensen en behoeften van de deelnemers. Op die manier wordt er een krachtige interventie ontwikkeld om een inactieve doelgroep in beweging te brengen. Dit is een goed voorbeeld waarbij vanuit een interventie identiteit en netwerk ontstaan bij grote groepen. BGR laat zien dat de identiteit van de doelgroep moet overeenkomen met de organisatie om tot succes te komen. Een mooi voorbeeld voor de BvdGF.

4.2.3. Evidence based interventies

In Nederland zijn vele organisaties bezig met het organiseren van sportinterventies voor mensen met een chronische aandoening zoals diabetes. Om te bepalen hoe je sport en bewegen kunt bevorderen en evidence based best practices kunt delen met anderen is vanuit het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) het initiatief Effectief Actief gelanceerd. Op een speciale website worden succesvolle interventies gepresenteerd die gehonoreerd zijn door een team van professionals en specialisten als een 'erkende interventie'. Een succesvol interventie-aanbod bestaat uit een 'goede beschrijving', een 'goede onderbouwing' en is 'effectief'. Een **'goede beschrijving'** betekent niets anders dan een door professionals uit het werkveld erkende interventie-omschrijving waarbij doel, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden omschreven staan. Daarbij zijn planning en evaluatie van cruciaal belang. Naast een goede omschrijving dient de interventie ook **'goed onderbouwd'** te worden. Gedragskennis van de doelgroep vormt daarin een belangrijke pijler. De theoretische onderbouwing vanuit bestaande wetenschappelijke literatuur maakt dat de beoogde doelen realistischer worden. Tot slot dient de interventie **'effectief'** te zijn. Daarbij is onderzoek onontbeerlijk. Met dit onderzoek worden de bewijskracht en effectiviteit van het onderzoek aangetoond en teruggekoppeld naar de oorspronkelijk gestelde doelen. De kwaliteit van de stukken, randvoorwaarden, implementatie en de kosten vormen een belangrijk aspect in de uiteindelijke kwaliteit van de interventie en lopen als een rode draad door het hele proces heen. Een analyse van het interventie-aanbod op de website (www.effectiefactief.nl, geraadpleegd op 05-05-2014) voor mensen met diabetes laat zien dat een multidisciplinaire aanpak (voldoende sport, gezonde voeding, minder roken en drinken en voldoende ontspanning), bewustwording, juiste kennis en voldoende vaardigheden resulteert in goede resultaten. Met het ontwikkelen van deze vaardigheden wordt zelfredzaamheid ondersteund. Om vorderingen in de interventie aan te tonen zijn diverse health check-ups ingebouwd. Na afloop van de interventie dienen participanten in te stromen in het reguliere (lokale) sportaanbod.

4.2.4. Expert panel

Om de analyse van de resultaten zo goed mogelijk te kunnen interpreteren en op waarde te kunnen schatten zijn er drie semi gestructureerd interviews gehouden met een expert panel. In dit panel namen Bas van de Goor (ervaringsdeskundige in diabetes en evenementenorganisatie voor mensen met diabetes), Henk Bilo (internist endocrinologie) en Sasja Huisman (psycholoog en medisch onderzoeker) zitting. Met behulp van het expert panel wordt een analyse gemaakt van de data door het oog van de expert. De transcripten van deze interview zijn te vinden in de bijlagen.

Interpretatie van de onderzoeksgegevens
Het expert panel keek verschillend aan tegen de uitkomsten van de GCEQ vragenlijsten. Beide medische professionals (Henk Biko en Sasja Huisman) beoordeelden de scores als hoog en gemotiveerd, terwijl Bas van de Goor de gegevens als laag interpreteerde. Dit verschil zit hem met name in het referentiekader van het expertpanel. Waar beide medische professionals in hun dagelijkse praktijk met name te maken hebben met een negatieve bias van met mensen met diabetes (vooral type 2) hebben is dat voor Bas van de Goor met name een positieve bias.

Gemotiveerde groep
De panelleden zijn het eens dat de uitkomsten van het onderzoek erop wijzen dat we te maken hebben met een groep mensen met diabetes met een gemotiveerde bias. Dit behoorde ook tot het focus gebied van het onderzoek. Die positieve bias speelt een belangrijke rol in de uitkomsten. Het onderzoek is gedaan aan het begin van een interventie-traject (de drie challenges van de Bas van de Goor Foundation) en wordt getypeerd als een nulmeting. De vraag is echter wel hoe nul is die nulmeting. Want op het moment dat mensen zich inschrijven hebben ze al motivatie en conformeren ze zich aan de in de interventie gestelde regels, normen en waarden. Een belangrijke nuance en aanname die uit de data werd gehaald door psycholoog Sasja Huisman is dat mensen met diabetes die zich inschrijven voor een activiteit meestal starten met één motivatie. Bijvoorbeeld sporten omwille van gezondheid. Maar dat die motivatie zich mogelijk uitbreidt dankzij de invloed van de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) en het contact met andere mensen met diabetes. Vandaar dat mogelijk de scores op alle subschalen van de GCEQ redelijk gelijk zijn.

Niet herkenbaar in de praktijk
De gemotiveerde groep mensen met diabetes die deel hebben genomen aan dit onderzoek blijken in de praktijk geen gemiddelde afspiegeling te zijn. Uit de interviews blijkt dat het beeld van hoge motivatiescores herkend wordt bij mensen met diabetes type 1, maar dat deze uitkomsten hoog zijn in vergelijking met hun ervaringen bij mensen met diabetes type 2. De verwachting van hen is dan ook dat een vergelijkbaar onderzoek onder een gemiddelde groep mensen met diabetes type 2 een veel lagere score zou opleveren. Mensen met diabetes type 2 geven in praktijk vaak aan dat zij niet lekker in hun vel zitten, niet tevreden zijn over hun uiterlijk en het moeilijk vinden om de motivatie voor sport aan te boren. Zij lopen ook veel meer aan tegen hobbels en belemmeringen in gedragsverandering en worden gevoed door beperktere en extrinsieke motivatie. Dat is volgens Sasja Huisman het gevolg van vele psychologische processen die door psychopathologie en negatieve ervaringen uit het verleden anders worden ervaren.

Het doel in je agenda
Wat van cruciaal belang is in de motivatie om aan sport te is het plannen van een sportief doel in je agenda. Door een doel in je agenda te zetten committeer je jezelf aan dit doel en verplicht je jezelf daarmee dat doel te halen. Wanneer mensen zich committeren zijn er al vele hobbels overwonnen.

De kracht van het positivisme
De positieve bias van de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) speelt volgens het expert panel een belangrijke rol in het succesvol slagen van evenementen. De BvdGF geeft mensen met diabetes een sportief doel om naar uit te kijken. Een doel dat leuk en uitdagend is maar ook uitnodigt tot gedragsverandering. De BvdGF ondersteunt dit proces om tot succesvolle sportbeleving te komen. Daarbij wordt gelijk ook het verschil duidelijk in motivatie en beleving. De BvdGF kan mensen met diabetes die gemotiveerd zijn om aan sport te doen meenemen in haar eigen positieve drive en met die positieve beleving de motivatie om aan sport te doen op diverse subschalen een boost te geven. Als het ware een motivatie-olievlek die zich verspreid.

De rol van Appreciative Inquiry
Appreciative Inquiry (AI) wordt door het panel gezien als een middel om tot een nieuwe interventie te komen. Maar zij geven daarbij ook aan dat het niet perse noodzakelijk is om AI toe te passen. Het intuïtief aanvoelen van wat haalbaar is en aansluit bij een gemotiveerde groep zit volgens het panel in de genen van de BvdGF. Al is het niet alleen zenden maar ook verbinden. Bij een niet gemotiveerde groep mensen met diabetes kan het zeker geen kwaad om naar de wensen en behoeften te luisteren als input voor een interventie-aanbod.

Evidence based
Het monitoren van resultaten is volgens het expert panel altijd goed. Dat kan op twee manieren. Enerzijds door te monitoren hoe het evenement ervaren wordt en anderzijds op een meer evidence based onderzoek te doen naar beweeggedrag en psychologie. Dit kan de stichting helpen in de acquisitie van deelnemers en lange termijn financiering. Daarbij wordt de opmerking gemaakt dat het belangrijk is om je eigen positieve identiteit als stichting niet te verliezen. Soms hebben mensen met diabetes ook geen idee wat ze willen of waar hun behoefte ligt. De BvdGF kan daarin mensen met diabetes laten ervaren wat goed voor hun is.

Interventie-aanbod
De rol van de BvdGF als externe motivator is volgens het panel belangrijk bij het ontwikkelen van een nieuw interventie-aanbod. De ervaringen die zijn opgedaan met alle activiteiten en de resultaten van het onderzoek bieden mogelijkheden voor de toekomst. Door de BvdGF te verbinden aan de zorgverlener kunnen mensen met diabetes zich committeren aan een project. Dat is een stukje externe motivatie en betrouwbaarheid die de stichting kan bieden. De BvdGF kan dan, als de mensen zich gecommitteerd hebben aan een interventie, gericht werken aan het uitbreiden van de motivatie om het plezier in het sporten (opnieuw) te ontdekken. Daarbij is het belangrijk om mensen niet rechtstreeks aan te spreken op hun gezondheid maar juist gezamenlijk kijkt naar een oplossing.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt op basis de theoretische en empirische bevindingen een antwoord gegeven op de hoofdvraag: *Welke interventies zijn gewenst om het sportaanbod voor mensen met diabetes optimaal aan te laten sluiten op de motivatiefactoren van deze doelgroep?* Om te komen tot een beantwoording van de hoofdvraag worden eerst de vier deelvragen beantwoord vanuit de theorie en de empirie. Het hoofdstuk sluit af met de conclusies en aanbevelingen op de hoofdvraag voor organisaties die zich bezighouden met het ontwikkelen van een interventie-aanbod voor mensen met diabetes.

5.1. Beantwoording deelvragen

In paragraaf 1.3. zijn vier deelvragen geformuleerd. De eerste twee deelvragen worden vanuit de theorie beantwoord en de tweede twee deelvragen vanuit de empirische onderzoeksgegevens.

5.1.1. Theoretische deelvragen

De volgende deelvragen worden met behulp van een *literatuurstudie* beantwoord.

- Welke rol speelt sport bij diabetes?
- Wat is er in de literatuur bekend over de relatie tussen motivatie en sport?

De rol van sport bij diabetes

De prevalentie van diabetes type 2 in Nederland neemt ernstige vormen aan. Mensen nemen steeds meer een ongezonde leefstijl aan waardoor de kans op het ontwikkelen van diabetes type 2 sterk toeneemt. Diabetes is een epidemie in opkomst. Nederland volgt daarmee de internationale trend van ongezond leven met veel en ongezond eten en weinig bewegen en sporten (WHO, 1998). Terwijl voldoende sport en beweging nu juist zo belangrijk is voor mensen met diabetes. Regelmatig sporten zorgt voor lagere en constantere bloedglucosewaarden (wanneer de juiste balans in gevonden), het verbetert de insulinegevoeligheid en het voorkomt complicaties op latere leeftijd. Naast deze diabetes specifieke voordelen betekent regelmatig sporten voor mensen met diabetes ook de gebruikelijke voordelen die voor iedereen gelden (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Voor mensen die zich bevinden in een voorstadium van diabetes (zogenaamde pre-diabetes) kan regelmatige sportbeoefening ook zorgen voor een verlaagde kans van 30-50% op het ontwikkelen van diabetes.

Toch is sporten met diabetes niet altijd makkelijk, met name als het gaat om het vinden van balans in de bloedglucoseregulatie. Om sport op de juiste manier te kunnen inpassen in een leven met diabetes is zelfmanagement belangrijk. “Zelfmanagement is de manier waarop mensen met diabetes omgaan met hun chronische aandoening en dit optimaal in te passen in hun dagelijks leven.” Goed zelfmanagement wordt gekenmerkt door diverse zelfmanagementvaardigheden. De belangrijkste zijn ziekte specifieke kennis en vaardigheden, het vertrouwen in eigen kunnen en het vermogen tot zelfontplooiing. De wisselwerking tussen zorgvrager en zorgverlener bepalen in grote mate de ontwikkeling van iemands zelfmanagementvaardigheden. Zijn deze vaardigheden goed ontwikkeld dan zal de stap om tot sport te komen ook makkelijker zijn (Barreveld, 2012).

Op basis van de bestaande literatuur is de conclusie dat mensen met diabetes er goed aan doen om regelmatig te sporten en te bewegen. Regelmatig sporten en bewegen (volgens NNGB en Fitnorm) heeft directe gevolgen voor het algemeen welbevinden en de gezondheid van de persoon met diabetes. Vandaag sporten betekent dat je na afloop en de dag(en) daarna profijt hiervan hebt met een betere glucoseregulatie. Met de juiste aanpassingen in de diabetesregulatie en de juiste ondersteuning van de medische professionals en de sociale omgeving is het voor iedereen met diabetes haalbaar om te sporten. Toch blijkt dat niet iedereen de motivatie op kan brengen om deze voordelen van sport te benutten.

De relatie tussen motivatie en sport

Het theoretisch kader laat zien dat er een belangrijke relatie is tussen motivatie en sport. De motivatie om aan sport te doen bestaat uit een interne of externe motivatie of een combinatie daarvan. De motivatie vormt de basis voor het uiteindelijke (doelgerichte) gedrag. Gedrag of neiging tot handelen komen voort uit prikkels, cognities, vaardigheden, mogelijkheden en gewoonten die in het verleden zijn opgedaan. De hedendaagse grondleggers van de motivatie theorieën Deci & Ryan (1985; 2000) spreken in hun Self-Determination Theory van intrinsiek motivatie wanneer de handeling van binnen uit komt en als het ware automatisch is en van extrinsieke motivatie als het gedrag een middel is om het doel te bereiken. Onder intrinsieke motivatie wordt bijvoorbeeld sport omwille van gezondheid of het ontwikkelen van vaardigheden verstaan terwijl extrinsieke motivatie meer wordt bepaald door sociale erkenning van de groep of om je uiterlijk te verbeteren.

De motivatie om aan sport te doen wordt mede bepaald door de sociale omgeving. Het Hiërarchisch Model van Intrinsieke en Extrinsieke Motivatie (HMIEM) dat ontwikkeld is door Vallerand (2007) laat zien dat de sociale omgeving een sterke invloed heeft op het globale, contextuele en situationele niveau van motivatie. De normen en waarden van de groep/individu, de context waarin wordt gesport (vol of leeg stadion) of de situatie waarin iemand zich begeeft bepalen mede of iemand intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd is. Daarbij kunnen beloning en plezier motivatie beïnvloeden. Motivatie wordt dus niet alleen bepaald door het leuk vinden van sport of niet. Soms zijn externe factoren van invloed zoals het zetten van een doel in je agenda of een arts die zegt dat je aan sport moet gaan doen om complicaties te voorkomen.

De Achievement Goal Theory (AGT) bevestigt dit beeld. De AGT laat zien dat doelinstelling en –oriëntatie van invloed zijn op de motivatie van mensen met diabetes om aan sport te doen (Ames, 1992). Dit wordt duidelijk in de uitkomsten van het onderzoek. De onderzoeksdoelgroep (N=44) bestaat uit gemotiveerde challengers met diabetes type 1 en 2 die allemaal een doel in hun agenda hebben gezet. Dit doel helpt hen om wekelijks energie in het sporten te steken. De AGT is gebaseerd op prestatiemotivatie. Daarbij geldt voor de onderzoeksdoelgroep dat:

- iedere deelnemer vooraf een doel heeft gesteld en dat spiegelt aan de doelen van de ander.
- het voor de deelnemers van de challenges eenvoudiger is om gedrag af te stemmen op de vooraf gestelde doelen/norm;
- keuzes die worden gemaakt vanuit de situatie of sturing van het gedrag het succes bepalen van het gestelde doel. De omgeving van de deelnemers speelt daarin een belangrijke rol.

Volgens de theorie zit er verschil in motivatie om aan sport te doen per leeftijd en per persoon met diabetes. Zo varieert het motief om aan sport te doen tussen jongeren en ouderen sterk. Waar jongeren sporten om plezier zijn gezelligheid en sociale contacten voor ouderen de belangrijkste motieven om aan sport te doen. Terwijl het voor mensen met diabetes type 2, volgens de algemene opinie, niet gebruikelijk is om te sporten en bewegen. De motivatie daarvoor is laag, terwijl bij jongeren met diabetes type 1 er vanuit wordt gegaan dat zij gemotiveerd zijn om te bewegen. Volgens internist Henk Bilo is de Nederlandse groep mensen met diabetes type 1 te vergelijken met het Nederlands gemiddelde. Met uitschieters van mensen die sterk gemotiveerd zijn tot mensen die minder tot niet gemotiveerd zijn.

Er zijn dus diverse factoren die van invloed zijn op de mate van motivatie om aan sport te doen die per persoon en omgeving sterk kunnen verschillen. Mensen met diabetes die een motivatie hebben om te sporten zullen dit doen omdat ze het leuk vinden, het goed voor hun gezondheid is of om zichzelf uit te dagen of vaardig te maken in een sport. Aan de andere kant zijn er ook mensen met diabetes die niet vanuit zichzelf tot sportparticipatie komen. Deze mensen zullen sterk extern gemotiveerd moeten worden door bijvoorbeeld de dokter of mensen in hun omgeving om tot sportparticipatie te komen. Bij mensen met diabetes speelt daarnaast ook vertrouwen een

belangrijke rol. Wanneer er zich eerdere negatieve ervaringen met sport en diabetes hebben voor gedaan dan komt dit het vertrouwen om een volgende keer te gaan sporten niet ten goede. Een evaluatie van de glucosewaarden en kennis over de effecten van diabetes tijdens sport zijn daarbij van cruciaal belang.

Daarmee kan de tweede deelvraag positief beantwoord worden en is er een duidelijke relatie tussen motivatie en sport, ook voor mensen met diabetes.

5.1.2. Empirische deelvragen

De volgende deelvragen zijn met behulp van een *empirisch onderzoek* beantwoord.

- Welke sportmotieven spelen een rol bij mensen met diabetes?
- Hoe kan een passend sportaanbod voor mensen met diabetes worden ontwikkeld?

De sportmotieven van mensen met diabetes

De mensen met diabetes uit de onderzoeksgroep zijn allemaal gemotiveerd om te sporten. Dat wordt bevestigd door middel van de uitkomsten van het onderzoek. De onderzoeksgroep (N=44) is zowel intrinsiek als extrinsiek gemotiveerd om aan sport te doen. Onder intrinsieke motivatie wordt sporten omwille van gezondheid, sociale cohesie of het ontwikkelen van vaardigheden verstaan. Bij extrinsieke motivatie gaat het om sporten omwille van uiterlijk en sociale erkenning. Daarbij zijn er nauwelijks significante verschillen te ontdekken in type diabetes, sekse, aantal jaar gediagnosticeerd of sportintensiteit. Bij sporten omwille van het mooier of beter maken van het uiterlijk is er significant verschil te zien. Deze externe motivatie wordt met name door mensen met diabetes type 2 als een belangrijke motivatie gezien om aan sport te doen. De mogelijke (niet onderzochte) oorzaak hiervan zou kunnen liggen in het feit dat mensen met overgewicht vaak diabetes type 2 ontwikkelen. Sport wordt dan vaak als middel gezien om het verwaarloosde lichaam te verbeteren. Dat motivatie om aan sport te doen voortkomt uit het verbeteren van het uiterlijk is daarbij aannemelijk.

Wat in het algemeen opvalt is dat mensen met diabetes zowel intern als extern gemotiveerd zijn om aan sport te doen. Op alle intrinsieke en extrinsieke subschalen van de GCEQ vragenlijst wordt gemiddeld gezien goed gescoord. De oorzaak van deze gemiddelde hoge scores kan liggen in het feit dat motivatie zich uitbreidt als een olievlek op het moment dat mensen gestart zijn met de interventie en in aanraking komen met het enthousiasme van de organisatie en andere gemotiveerde mensen met diabetes. Omdat het onderzoek is verricht nadat mensen zich hadden ingeschreven en ten tijde van de eerste kennismaking, kan dit mogelijk van invloed zijn op de uitkomsten. Dit zou kunnen impliceren dat de gemeten resultaten ontwikkelde motivaties zijn die waarschijnlijk geen rol hebben gespeeld in het beginnen met gedrag, maar meer in het blijven volhouden van het voorgenomen gedrag. Daarbij heeft het stellen van een doel in je agenda veel invloed op de motivatie van mensen met diabetes om te sporten op de korte en middellange termijn.

Voorafgaand aan dit onderzoek werd door de onderzoeker gedacht dat mensen met diabetes meer waarde zouden hechten aan gezondheid. Gezondheid is dan wel de belangrijkste motivatie om aan sport te doen bij de onderzoeksgroep, maar de scores vallen niet zo hoog uit als verwacht. Een vergelijking met internationaal onderzoek uit Engeland laat zien dat gemotiveerde mensen met diabetes niet anders scoren dan ‘gezonde’ mensen. De hoogste gemiddelde scores worden in beide onderzoeken behaald op gezondheid en de laagste scores op sociale erkenning. Daarmee blijft gezondheid met een kleine voorsprong de belangrijkste motivatie om aan sport te doen. De reden dat deze onderzoeksgroep goed scoort op alle intrinsieke en extrinsieke subschalen zou kunnen duiden op het hierboven genoemde olievlek-effect. Mensen met diabetes die gemotiveerd zijn om te sporten en te bewegen hebben, zo blijkt in dit onderzoek, dezelfde motieven.

Concluderend kan worden gesteld dat gemotiveerde mensen met diabetes op alle subschalen van motivatie goed scoren en dat zij een breed pallet aan motivatie hebben ontwikkeld voor langdurige sportparticipatie en -beleving.

Een passend sportaanbod
Een passend sportaanbod wordt ook wel een sportaanbod op maat genoemd. In een maatschappij waarbij de diversiteit en behoeftes steeds meer verschillen is het belangrijk om het aanbod aan te passen op de vraag. In het theoretische gedeelte van dit onderzoek is gebleken dat de management methode Appreciative Inquiry (AI) geschikt zou zijn om een sportinterventie op maat aan te bieden waarbij een gemeenschappelijke waarde tussen de evenementen-organisatie en mensen met diabetes wordt gecreëerd. Door samen met de doelgroep de behoeftes te inventariseren wordt een interventie voor en door mensen met diabetes gecreëerd. Uit de interviews met het expert panel blijkt dat hier in de praktijk belangrijke kanttekeningen bij worden gezet. Voor de organiserende partij is het namelijk belangrijk om de kernwaarden van de organisatie niet uit het oog te verliezen. Bij AI zijn de deelnemers leidend en kan de organisatie sturen op de input van de potentiële deelnemers. Voor organisaties die al jaren succesvol bezig zijn met het organiseren en uitvoeren van sportinterventies voor mensen met diabetes is het ook belangrijk om intuïtief aan te blijven voelen hoe evenementen voor mensen met diabetes georganiseerd moeten worden. Ervaring met en kennis over de doelgroep spelen daarin een cruciale rol.

5.2. Beantwoording hoofdvraag en aanbevelingen
Op basis van de theoretische en empirische bevindingen wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag. De conclusies op de hoofdvraag vormen tevens de aanbevelingen voor organisaties die zich bezig houden met het organiseren van sportinterventies voor mensen met diabetes. De hoofdvraag luidt: ***"Welke interventies zijn gewenst om het sportaanbod voor mensen met diabetes optimaal aan te laten sluiten op de motivatiefactoren van deze doelgroep?"*** Uit het onderzoek blijkt dat motivatie een belangrijke rol speelt in de manier waarop mensen met diabetes aan sport doen. Daarnaast zijn er vanuit de analyse ook enkele belangrijke toevoegingen gedaan. De opgedane kennis resulteert in een aantal specifieke aanbevelingen voor het organiseren van interventies voor mensen met diabetes. Hieronder volgt een opsomming van de bevindingen en aanbevelingen.

Specifieke kennis
Het organiseren van sportinterventies voor mensen met diabetes vraagt om specifieke kennis over de doelgroep en diabetes. Naast medische veiligheid en ondersteuning spelen vertrouwen en motivatie een belangrijke rol. Bij het organiseren van interventies voor mensen met diabetes dient de organisatie zich te kunnen inleven in de behoeften van mensen met diabetes. Door vanuit hun (medische) belangen te kijken en rekening te houden met de randvoorwaarden van diabetes wordt het evenement georganiseerd. Denk daarbij aan controle van de glucosewaarden, de verbeterde werking van insuline tijdens sport, de benodigde tijd voor aanpassingen die vooraf en achteraf moeten worden gedaan en de medische ondersteuning van adequate professionals. Een compleet draaiboek met protocollen en verantwoordelijkheden zijn van eminent belang.

De invloed van motivatie
Bij het organiseren van interventies voor mensen met diabetes is er een duidelijk verschil tussen mensen met diabetes die gemotiveerd zijn om aan sport en mensen met diabetes die niet gemotiveerd zijn. Er zit geen verschil tussen gemotiveerde mensen met diabetes type 1 en 2. Er is niet onderzocht hoe deze verschillen zich verhouden bij mensen met diabetes die niet gemotiveerd zijn. Mensen met diabetes type 2 zijn meer extrinsiek gemotiveerd om aan sport te doen. Wanneer ze sporten vinden ze het belangrijk om hun uiterlijk te verbeteren. Interventies voor mensen met diabetes type 2 dienen hier in de basis rekening mee te houden. Bijvoorbeeld door interventies te organiseren die zorgen voor een gecontroleerde gewichtsafname.

Samen organiseren
Het succes van het organiseren van interventies voor mensen met diabetes wordt mede bepaald door de inbreng van de doelgroep zelf. Het samen met de doelgroep organiseren van interventies zorgt voor draagvlak en betrokkenheid. Dit verbetert de motivatie om deel te nemen. Potentiële deelnemers committeren zich op deze manier namelijk aan hun eigen plannen. Voor organisaties is het belangrijk te luisteren naar de wensen en behoeften van de potentiële deelnemers, zonder haar eigen identiteit en kernwaarden te verliezen.

Sociale omgeving
Naast de mensen met diabetes zelf speelt de zorgverlener ook een belangrijke rol. De betrokkenheid van de zorgverlener zorgt voor een goede inbedding en voortzetting van de interventie, met name wanneer deze is afgelopen. De mogelijkheden en betrokkenheid van de zorgverlener moeten in de voorbereiding in kaart worden gebracht. Een van de neveneffecten van het organiseren van sport-interventies voor mensen met diabetes is dat familie en vrienden in de slipstream van de deelnemers worden meegenomen in de sportieve leefstijl.

Een multidisciplinaire aanpak
Het organiseren van evenementen voor mensen met diabetes vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Een multidisciplinaire aanpak kan bestaan uit het betrekken van meerdere professionals, maar ook door de interventie te richten op sport, voeding, ontspanning en leefstijl.

Zelfmanagement
Met behulp van een multidisciplinaire aanpak wordt zelfmanagement onder mensen met diabetes gestimuleerd. Het opdoen van kennis, ervaring en inspiratie helpt mensen met diabetes om hun aandoening beter te managen. Interventies gericht op het verbeteren van de zelfmanagement-vaardigheden zijn een goede investering om zelfstandig een chronische aandoening te managen.

Good practices
Bij de opzet van een interventie is het goed te kijken naar bewezen effectieve interventies (evidence based). Er zijn immers talloze interventies voor mensen met diabetes georganiseerd. De één succesvoller dan de ander. ‘Good practices’ van andere interventies kunnen organisaties helpen om een breder en succesvoller evenement neer te zetten.

Een positieve boodschap
Een interventie die zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met diabetes is gebaad bij een positieve boodschap. Dit zal met name in de communicatie over het evenement tot uiting komen. Het is daarbij belangrijk om altijd en overal de positieve effecten te benadrukken en mensen met diabetes mee te nemen in dat positivisme.

Enthousiasme is aanstekelijk
Het aannemen van een positieve houding is ook aanstekelijk voor de deelnemers zelf en zal invloed hebben op het uitbreiden van de motivatie op meerdere intrinsieke en/of extrinsieke niveaus. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de begeleiders en medische professionals die betrokken zijn bij de interventie. Het succes van de interventie valt of staat met het enthousiasme en de motivatie van de deelnemers, maar ook zeker die van de interventiebegeleiders. Enthousiasme is aanstekelijk en kan mensen andere en nieuwe inzichten geven.

Contact met anderen
Binnen de interventie is contact met andere mensen met diabetes erg belangrijk. Op die manier kunnen ervaringen worden uitgewisseld. Het uitwisselen van ervaringen kan helpen om de motivatie

om te sporten te verbeteren. Door het contact met anderen spreidt motivatie zich mogelijk als een olievlek over naar meerdere intrinsieke en extrinsieke niveaus.

Ambassadeur
Lokale interventie-ambassadeurs hebben een sterke invloed op de betrokkenheid van de (potentiële) deelnemers. Een ambassadeur is iemand met diabetes die ervaring heeft op het terrein waarop de interventie wordt uitgevoerd. De ambassadeur is een inspiratie voor andere mensen met diabetes en kan een lokale voortrekkersrol innemen voor de groep. De ambassadeur kan met de juiste training en ondersteuning zelfs een uitstekende voortrekkersrol vervullen. Goede training en coaching van de ambassadeur is één van de belangrijke taken van de organisatie.

Acquisitie
Om potentiële deelnemers te werven voor een sportinterventie is acquisitie en werving een belangrijk onderdeel in de organisatie van evenementen voor mensen met diabetes. Met name waar, hoe en wanneer de acquisitie start is belangrijk. De organisatie moet duidelijke keuzes maken voor een laagdrempelige of een uitdagende insteek. Deze keuzes bepalen hoe de organisatie haar boodschap moet pitchen bij het potentiële publiek.

Uitdaging is belangrijk
Voor gemotiveerde mensen met diabetes is het stellen van een uitdagend doel in hun agenda belangrijk om gemotiveerd te blijven dit doel te behalen. Met het stellen van een doel gaat men een commitment aan met zichzelf en zal in de aanloop naar het (eind)evenement alles in het teken staan om het sportieve doel te bereiken. Dit vergroot de kans op succes.

Op eigen benen leren staan
De interventie moet een duidelijke begin- en eindpunt hebben waaraan de mensen zich committeren. Daarbij dient de gehele interventie in het teken te staan van leren en ervaren hoe het lichaam reageert op inspanning. Door iedere keer te leren over diabetes en in aanraking te komen met andere mensen met diabetes ervaren de deelnemers de positieve effecten van sport op een interactieve manier. Gedurende de interventie worden bepaalde zelfmanagementvaardigheden eigen gemaakt die ervoor zorgen dat de persoon met diabetes na afloop van de interventie op eigen benen kan staan. Instroom bij het reguliere sportaanbod behoort dan tot de mogelijkheden en moet worden ondersteund door de organisatie.

Monitoring
Tijdens en na afloop van de interventie is het belangrijk om de voortgang en resultaten te monitoren. Zonder inzicht in de voortgang en effectiviteit van de interventie kan geen dynamische interventie-aanbod worden ontwikkeld. Ook als deelnemers instromen in het reguliere sportaanbod is het belangrijk om de voortgang te blijven monitoren.

Succes uitrollen
Organisaties die lokaal, regionaal of landelijk succes hebben kunnen hun interventie uitrollen naar gelijkwaardige situaties in een andere stad of regio. Daarbij dient de organisatie wel rekening te houden met lokale en regionale wensen en behoeften.

Slotconclusie
Zoals aan het begin van deze paragraaf wordt aangegeven vraagt het organiseren van sport-interventies voor mensen met diabetes om specifieke kennis. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan de voorbereidingen en uitvoering van succesvolle sportinterventies voor mensen met diabetes. Want sportinterventies spelen wel degelijk een rol in de sportmotivatie van mensen met diabetes.

6. De management uitdaging

Inleiding
Na de conclusies van het onderzoek blijft de vraag over hoe deze conclusies kunnen worden vertaald in een pragmatische sportmanagement interventie. Met de uitkomsten van dit onderzoek zijn de motivatiefactoren van gemotiveerde mensen met diabetes helder geworden en daarbij de invloed op de sportinterventies. Deze kennis biedt kansen voor de toekomstige te ontwikkelen sportinterventies en geeft richting aan de manier hoe deze interventies moeten worden ingericht. Daarmee komt dat het opnieuw inrichten van de sportinterventies mogelijk veranderingen in de organisatiestructuur met zich meebrengt. De uitkomsten van dit onderzoek helpen dan ook om sturing te kunnen geven aan de manier van managen en ondernemerschap in de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek vertaald in concrete scenario's en tools die helpen bij het nemen van strategische beslissingen voor organisaties die zich bezig houden met sportinterventies voor mensen met diabetes.

De uitdaging
Uit het onderzoek blijkt dat een persoon met diabetes zich op een bepaalde manier gemotiveerd is om aan sport te doen. Interventies kunnen daar op inspelen door onder andere rekening te houden met de wensen en behoeften van deze persoon. Dat vraagt om een andere manier van denken en is tevens een grote uitdaging voor de gezondheidszorg in Nederland. In deze thesis is als case organisatie de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) onder de loep genomen. De BvdGF is in het speelveld van de gezondheidszorg een particulier initiatief en bekleedt daarmee een uitzonderingspositie in de zorg. Deze positie maakt de stichting minder afhankelijk van subsidiestromen. Een voordeel zeker in tijden dat er economisch veel bezuinigd wordt op de gezondheidszorg. In deze management uitdaging worden een aantal toekomstscenario's voor de stichting uitgewerkt die kansen bieden voor de BvdGF om zich als organisatie verder te ontwikkelen en daarmee kunnen leiden tot een betere ondersteuning van de doelgroep.

Toekomstscenario's
In een markt die vanwege ongezonde leefstijlgewoontes alsmaar groeit neemt de BvdGF een unieke positie in. Met optimisme, inspiratie en uitdaging kijkt de BvdGF vanuit een positieve bril naar haar doelgroep. Daarmee onderscheidt de BvdGF zich van de andere organisaties in het diabetes werkveld en het werkveld van de gezondheidszorg. De BvdGF focust zich op wat je nog kunt en benadert dat positief. Diabetes is een chronische aandoening waarbij je veelal zelf de touwtjes in handen hebt om een gezond leven te leiden, maar bij type 2 is dat soms de oorzaak van het ontstaan ervan. Zelfmanagement is dan ook een belangrijk thema voor de BvdGF. In de huidige 'participatie maatschappij' doen zich kansen voor om het business model van de BvdGF te voorzien van een impuls om het aanbod van de BvdGF completer, duurzamer en meer op maat aan te bieden. De volgende scenario's kunnen daarin ondersteunen. De scenario's kunnen individueel worden ingezet maar een combinatie van scenario's is mogelijk of in sommige gevallen een logisch gevolg.

- *Doelgroep uitbreiden*
  De BvdGF bereikt met haar huidige activiteiten aanbod veel mensen met diabetes type 1 en hun sociale omgeving in Nederland. De eerste activiteit in 2006 was gericht op kinderen met diabetes type 1. De afgelopen jaren is de doelgroep uitgebreid naar achtereenvolgens volwassenen met diabetes type 1 en type 2. Het aantal sportactiviteiten voor mensen met diabetes type 2 blijft daarin achter en meer dan 95% van de sportactiviteiten van de BvdGF zijn gericht op diabetes type 1. Eén van de redenen hiervoor is dat er binnen de organisatie drie mensen met diabetes type 1 zijn en daardoor meer gevoel hebben bij de activiteiten voor mensen met diabetes type 1. Jaarlijks maken er nieuwe mensen met diabetes type 1 kennis met de BvdGF door deel te nemen aan een van de activiteiten als een sportactiviteit, door een presentatie te volgen, via één van de

(social) media kanalen van de BvdGF of via de zorgverlener in de eerste- of tweedelijns diabeteszorg. Toch blijft dit aantal achter als je het afzet tegen de populatie van het aantal mensen met diabetes in Nederland. De reden hiervoor is dat de BvdGF een kleine organisatie is die kwalitatief hoogwaardige evenementen aanbiedt aan mensen met diabetes waarbij het opdoen van ervaring en de medische begeleiding daarvan belangrijk zijn. Dat zijn tijdrovende activiteiten waarbij je mensen niet aan hun lot over kunt laten als je ze eenmaal binnen hebt.

Om het aantal mensen met diabetes dat de BvdGF jaarlijks bereikt uit te breiden zijn er twee mogelijkheden. Als eerste kan de afzetmarkt voor diabetes type 1 worden vergroot. Op dit moment bereikt de BvdGF vooral mensen met diabetes type 1 die interesse hebben voor sport en veel van hen zijn al eens met de BvdGF in aanraking gekomen en kennen de organisatie of nemen voor de tweede keer deel aan een activiteit. De BvdGF kan zich in de toekomst meer gaan richten op het aantal mensen met diabetes type 1 dat niet aan sport doet. Tevens liggen er kansen op Europees niveau voor de BvdGF. Als enige organisatie die zich richt op sport en diabetes liggen er binnen Europa voldoende mogelijkheden voor de BvdGF om gezamenlijk met een internationale partner haar aanbod uit te breiden. Met name omdat er in andere landen een grote vraag is naar kwalitatief hoogwaardige (sport)interventies voor mensen met diabetes. De taalbarrière binnen Europa kan daarbij wel een lastig obstakel vormen. Ook de naamsbekendheid van Bas van de Goor zal in Europa, in positieve zin, niet van invloed zijn op de interventies. Waar de stichting in de eerste jaren in Nederland stevig leunde op de naamsbekendheid van Bas van de Goor komt de naam steeds meer los te staan van de stichting en worden de kernwaarden sport en diabetes steeds meer herkend. Voor de Europese mensen met diabetes zal de naam Bas van de Goor niets zeggen, maar datzelfde geldt voor de Nederlandse kinderen met diabetes. Neemt niet weg dat Bas van de Goor met zijn ervaring en uitstraling nog steeds het uithangbord voor de stichting is die in Nederland en daarbuiten vele deuren opent.

Naast de uitbreiding van de afzetmarkt in Europa is er voor de BvdGF in Nederland nog veel winst te behalen met het organiseren van interventies voor mensen met diabetes type 2. Uit dit onderzoek blijkt dat er tussen gemotiveerde mensen met diabetes weinig verschil zit tussen type 1 en 2. Daarentegen zijn er verschillen in sportparticipatie tussen mensen die gemotiveerd zijn om aan sport te doen en mensen die niet gemotiveerd zijn. In Nederland zijn dan ook al vele interventies ontwikkeld voor mensen met diabetes type 2. Waarbij het idee soms ontstaat dat sommige interventie een druppel is op een gloeiende plaat omdat het aantal mensen met diabetes zo sterk stijgt vanwege met name een ongezonde leefstijl. Voor de BvdGF liggen hier kansen om met haar enthousiasme en de ervaringen die zijn opgedaan in diverse challenges voor mensen met diabetes type 2 als ‘good practices’ uit te breiden in Nederland. Dat zal een meer geïnstitutionaliseerde vorm van werken vragen dan de BvdGF nu gewend is, maar daarbij is het belangrijk om een even zo enthousiaste partner te vinden waarmee deze activiteiten tot een succes kunnen worden gemaakt. Het volgende scenario sluit daarop aan.

- *Match maker in de zorg*
  Uit de ervaring die de afgelopen jaren is opgedaan met interventies voor mensen met diabetes is duidelijk geworden dat het succes van een interventie valt of staat met het enthousiasme van de organisatie en het draagvlak bij de eerste- of tweedelijns zorg. Mensen met diabetes die niet gemotiveerd zijn om te sporten of in beweging te komen hebben vaak een extrinsieke prikkel nodig om tot inkeer te komen en te beseffen dat het tijd voor actie is. Al werkt dat niet in alle gevallen zo. Zorgverleners attenderen mensen met diabetes vaak op hun leefstijl omdat dit een directe correlatie heeft met de gezondheid van de patiënt. Het ontbreekt de zorgverleners echter aan tijd en kennis hoe dit in te vullen. Met andere woorden kun je ook zeggen dat de zorgverleners vaak met de handen in hun haar zitten en niet weten waar te beginnen, laat staan dat er tijd en financiering gevonden kan worden om dit van de grond te krijgen. Een extrinsieke

stimulatie verdient echter wel opvolging. De BvdGF zou deze vraag kunnen vertalen in een specifiek interventie-aanbod die het werk van de zorgverleners uit handen neemt en tegelijkertijd de eindgebruikers (mensen met diabetes) bereikt om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Daarmee is een rol als matchmaker tussen de zorgverleners en zorgvragers voor de BvdGF een uitstekende optie. De ervaringen die zijn opgedaan rondom de Iceland Diabetes Challenge, waarbij samen met zorgcentrum 'De Nije Veste' in Nijkerk een gezamenlijk project wordt opgezet om mensen met diabetes type 2 te begeleiden om in beweging te komen, zijn daarin van toegevoegde waarde. De successen van deze interventie nodigen uit om dit bij andere zorgcentra's, praktijken en poli's uit te rollen. Het enthousiasme van de zorgverlener is daarbij een belangrijke succesfactor. Concreet betekent dit dat er wekelijks een beweegclub vanuit het zorgcentrum mensen met diabetes kennis laat maken met bewegen en sport. Een lage instap zal zorgen voor veel beweegplezier.

- *Multidisciplinair aanbod*
  Het interventie-aanbod van de BvdGF is momenteel voornamelijk gericht op sport en bewegen. Sport en bewegen zijn voor de BvdGF een bewezen succesvol middel om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren. Zoals uit dit onderzoek blijkt is sport en/of bewegen slechts één factor om tot een gezond leven met diabetes te komen. Er liggen kansen voor de BvdGF om haar interventie-aanbod te verbreden, zonder de focus op sport en bewegen te verliezen. Sport en bewegen blijven de belangrijkste drivers voor de BvdGF om haar aanbod te ontwikkelen. Daaromheen kan de BvdGF haar aanbod uitbreiden met lifestyle onderwerpen als voeding en ontspanning. Dit sluit aan op de in het onderzoek eerder genoemde BRAVO-factoren. BRAVO staat voor voldoende Beweging, niet Roken, weinig tot geen Alcohol, gezonde Voeding en voldoende ontspanning. Om te komen tot succesvolle sportparticipatie maakt kennis over voeding onderdeel uit van een compleet lifestyle arrangement. Want met gezonde voeding en voldoende ontspanning kan een volgende stap worden gezet op weg naar een gezonde leefstijl. Sport kan daarentegen wel als katalysator alle factoren voor een gezonde leefstijl in beweging brengen. Door plezier te vinden in sport haal je snel een resultaat en met de juiste ondersteuning helpt dit om gezondere voeding en voldoende ontspanning te integreren. Het aanspreken van een nieuwe markt biedt voor de BvdGF tevens kansen om haar merk meer te laden en dat maakt de BvdGF tot een aantrekkelijke partner voor potentiële sponsoren in de voedingsbranche. Er is echter wel een kanttekening te maken. De BvdGF heeft zelf alleen ervaringskennis in huis maar geen specifieke kennis over voeding. Deze kennis is wel belangrijk om in te zetten om tot een gedegen interventie-aanbod te komen. Daarbij zou de hulp van de medische professionals zoals een diëtist meer dan welkom zijn of zou de BvdGF deze kennis op projectbasis kunnen inhuren. Belangrijk in dit scenario is dat de BvdGF niet haar sportieve entiteit verliest, maar daaromheen zou het interventie-aanbod verbreed kunnen worden.

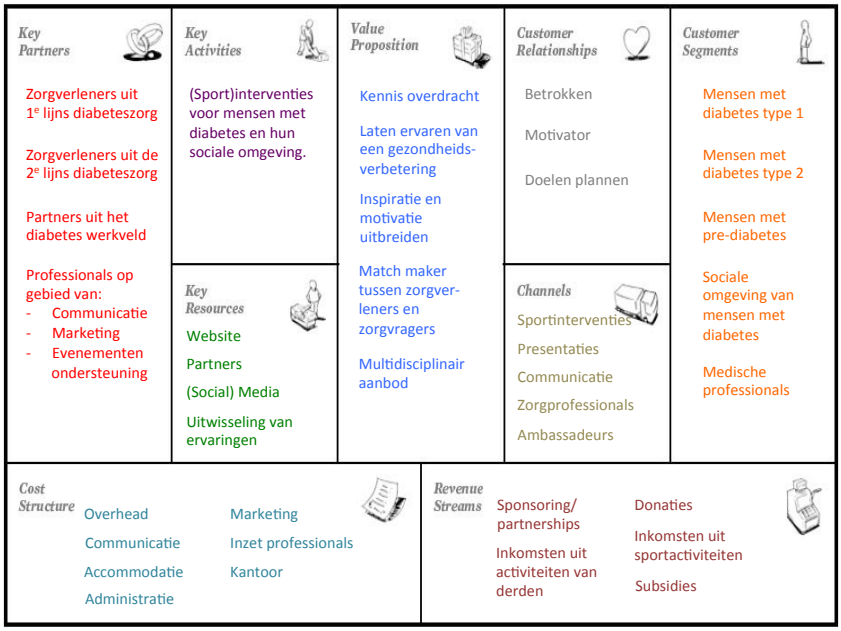
- *Bredere inzet van ambassadeurs*
  Met het aangaan van een breder en uitgebreider interventie-aanbod is het voor de kleine organisatie van de BvdGF onmogelijk om alles in eigen handen te houden en zou de begeleiding van sommige activiteiten uitbesteed moeten worden. Enerzijds kan dat door het inzetten van professionals en anderzijds door het inzetten van ambassadeurs met diabetes die hebben deelgenomen aan een activiteit van de BvdGF. Deze ervaringsdeskundigen met diabetes zijn bij uitstek personen om hun positieve ervaringen met diabetes en een gezonde en sportieve leefstijl te delen met anderen met diabetes. Dit vraagt van de BvdGF dat zij haar ambassadeurs traint in het organiseren van activiteiten en informeren van mensen met diabetes. Om te beginnen zou de BvdGF van haar ambassadeurs kunnen vragen om lokaal een activiteit op te zetten gezamenlijk met het lokale gezondheidscentra of –praktijk. De BvdGF zou de randvoorwaarden en ondersteuning voor de projectontwikkeling, projecttraining, communicatie en marketing kunnen doen. De ambassadeurs ontvangen een training van de BvdGF om met de juiste bagage

op pad te gaan. Met wekelijkse ontmoetingen wordt er kennis gemaakt met sport, bewegen en het multidisciplinaire aanbod daaromheen. Dit zou voor zowel mensen met diabetes type 1 en 2 kunnen worden georganiseerd. Het voordeel van de inzet van ambassadeurs of de inzet van professionals is dat de BvdGF kleinschalig kan blijven en haar wendbaarheid kan behouden, maar toch een groot publiek kan bereiken in Nederland. Deze aanpak refereert naar de manier waarop Insulindependence haar organisatie inricht (zie § 4.2.2.).

- *Extra financieel fundament leggen*
  Met de ervaringen die de BvdGF tot op heden heeft opgedaan met het organiseren van sportinterventies voor mensen met diabetes en met de uitkomsten van dit onderzoek zou de BvdGF haar huidige en toekomstige activiteiten ook commerciëler kunnen wegzetten om extra financiële ruimte in de begroting van de stichting te creëren voor nieuwe interventies. De activiteiten van de BvdGF vertegenwoordigen een bepaalde waarde, maar tot op heden worden alle activiteiten van de BvdGF gratis aangeboden en gefinancierd door middel van sponsoring. Dit schept een afhankelijkheidsrelatie met de sponsor die ook risico's met zich meebrengt. Door vanuit commercieel vertrekpunt samen te werken met internationale commerciële partners zoals een farmaceutisch bedrijf of aanspraak te maken op Europese subsidies of subsidies van Nederlandse overheden kunnen nieuwe activiteiten worden gefinancierd en ontwikkeld. Hierdoor worden de mogelijkheden voor de BvdGF om een breder publiek te bereiken vergroot. Daarmee kan de BvdGF meer activiteiten aanbieden en mensen met diabetes de kans geven om meerdere keren deel te nemen aan een activiteit. In sommige gevallen kan een kleine bijdrage van de persoon met diabetes ook helpen om projecten financieel dekkend te maken. Dit zal per project bekeken moeten worden. Om geen mensen uit te sluiten zal de BvdGF onderzoek moeten doen naar welke mogelijkheden mensen uit een lager sociale klasse hebben om ook tegen vergoeding deel te nemen aan een activiteit. Hier zijn diverse subsidies voor die onder andere door het Jeugdsportfonds worden aangeboden.

Business Canvas Model

Met inachtneming van de toekomstscenario's zijn er voor de BvdGF nieuwe mogelijkheden omschreven om waarde te creëren voor haar doelgroep. Het Business Model Canvas van Osterwalder et. al (2009) wordt daarbij ingezet om de toekomstige organisatie van de BvdGF te omschrijven, te ontwerpen, uit te werken en verder te ontwikkelen. Met het canvas wordt een duurzaam business model ontwikkeld waarop de stichting zich de komende jaren kan richten. Het Business Model Canvas voor de BvdGF ziet er aan de hand van bovenstaande scenario's als volgt uit.



Het BMC van Osterwalder et. al (2009) is ingevuld op basis van de toekomstscenario's die voor de BvdGF zijn ingevuld naar aanleiding van dit onderzoek. Daarbij zijn alle mogelijke scenario's verwerkt in één canvas model. Wanneer de BvdGF kiest voor deze scenario's dan is dit BMC van toepassing. Het BMC onderscheidt negen segmenten waarbinnen het business model wordt ingevuld. De negen segmenten vertegenwoordigen de vier belangrijkste onderdelen van een organisatie, te weten: de klanten, het aanbod, de infrastructuur en de financiële levensvatbaarheid van de organisatie (Osterwalder, 2009). De uitleg van de negen segmenten volgt hieronder.

In het **klantsegment** van de BvdGF bevinden zich de doelgroepen waarop de BvdGF zich richt. De BvdGF wil met haar missie primair waarde creëren voor mensen met diabetes type 1 en 2 en secundair voor mensen met pre-diabetes, hun sociale omgeving en de medische professionals in de diabeteszorg die de mensen met diabetes begeleiden. De nadruk ligt op mensen met diabetes waarbij in de slipstream mensen met pre-diabetes en hun sociale omgeving worden meegenomen. De aandacht zal daarbij meer moeten uitgaan naar mensen met diabetes type 2. Om haar missie goed te implementeren in de Nederlandse gezondheidszorg is het belangrijk om ervaringen, kennis en inspiratie te blijven delen met medische professionals in de gezondheidszorg uit de eerste- en tweedelijns diabeteszorg.

Door een intensieve relatie tussen de klant en de organisatie creëert de BvdGF een **waarde propositie** voor haar klanten. De BvdGF wil mensen met diabetes informeren over de positieve effecten van sport, ze deze effecten laten ervaren en ze inspireren tot een sportief leven met diabetes. Daarbij zijn er voor de BvdGF kansen om in te zetten op een multidisciplinair aanbod waarbij 'gezonde lifestyle' en een 'lekker leven met diabetes' belangrijke waarden zijn. De BvdGF zal zich daarnaast kunnen gaan inzetten om als match maker in de zorg tussen zorgverlener en zorg-vrager op te stellen. Daarin kan de BvdGF werk uit handen nemen van de zorgverlener en met behulp van een (sport)interventie waarde creëren voor alle klantsegmenten.

De **kanalen** waarop de BvdGF haar waarde propositie bij haar klanten bekend maakt is via diverse en multidisciplinaire sportinterventies voor mensen met diabetes (ervaren), presentaties over sport en diabetes (informeren), door te communiceren via haar (social) media kanalen (inspireren), door haar boodschap via zorgverleners te verspreiden en mensen met diabetes enthousiast te maken voor haar interventies en met behulp van ambassadeurs met diabetes die als deskundige worden ingezet om hun positieve ervaringen met sport en diabetes te delen en daarin het voortouw te nemen.

De **klantrelatie** die de BvdGF aangaat met haar klanten kan omschreven worden als betrokken. Door een positieve, intensieve en leerzame ervaring bouwt de BvdGF aan haar klantrelatie. De mensen met diabetes kunnen met hun sportgerelateerde vragen terecht bij de BvdGF. De BvdGF kiest daarin voor een ondersteunende rol (als gids), waarbij het zelf ontdekken centraal staat. Met ondersteuning van medische begeleiding is de veilige sportbeoefening gewaarborgd, waardoor plezier en inspiratie een kans krijgen zich te ontwikkelen.

De **inkomsten** uit de activiteiten van de BvdGF komen vooral voort uit sponsoring en partnerships met diabetes marktpartijen, donaties, inkomsten uit eigen sportactiviteiten of dankzij activiteiten van derden. Voor de BvdGF liggen er kansen om met de scenario's in te steken op nieuwe sponsor-markten. Ook de inkomsten uit sportactiviteiten kunnen groeien door niet alle activiteiten meer gratis aan te bieden. Met het aantrekken van de economie wordt er verwacht dat het aantal donaties ook toe zal nemen. Met het breder inzetten op de doelgroep mensen met diabetes type 2 zijn er ook mogelijkheden om Nederlandse of Europese subsidies aan te vragen.

De belangrijkste **partners** voor de BvdGF zijn de zorgverleners uit de eerste- en tweedelijns diabeteszorg. Zij zorgen voor de verspreiding van de boodschap en hebben vaak het eerste contact

met de mensen met diabetes. De partners uit de diabeteswerkveld (de sponsoren) zijn een verlengstuk van de BvdGF om haar boodschap voor het voetlicht te krijgen. Via het netwerk van deze partijen worden veel mensen met diabetes bereikt. De professionals op gebied van communicatie, marketing en evenementenuitvoering ondersteunen de BvdGF in haar dagelijkse bedrijfsvoering. Omdat de BvdGF klein en wendbaar is wordt er regelmatig een beroep gedaan op professionals uit deze werkvelden om een groot publiek te bereiken.

De **belangrijkste activiteiten** die de BvdGF organiseert om waarde te creëren zijn het organiseren van (sport)interventies voor mensen met diabetes en hun sociale omgeving. Deze interventies zullen altijd het middel blijven om de boodschap voor het voetlicht te krijgen. In de meeste gevallen gaat het om actieve sportinterventies maar soms ook om informeren en inspireren tijdens presentaties en congressen.

Om haar klanten te bereiken maakt de BvdGF gebruik van **hulpmiddelen**. Het belangrijkste hulpmiddel is de website. Dit interactieve platform is voor de BvdGF een manier om kennis over te dragen en het interventie-aanbod te tonen. Daarbij is de inzet van social media en het vertellen van het verhaal via de website een belangrijk ondersteunend middel. Het communiceren van inspirerende ervaringen van mensen met diabetes die herkenbaar zijn voor mensen met diabetes heeft daarin een sleutelrol. De website krijgt daardoor een interactief platform karakter. Het is een platform waarop mensen met diabetes informatie kunnen vinden voor een gezond leven met diabetes. De partners van de BvdGF vormen ook een belangrijke hulpbron om mensen met diabetes te bereiken. Omdat bijna alle partners actief zijn in het diabeteswerkveld is dit een goede manier om mensen met diabetes te informeren over de initiatieven van de BvdGF. De ervaringen die mensen met diabetes opdoen bij de BvdGF vormen een goede basis om nieuwe mensen met diabetes te bereiken en te werven. Deze uitwisseling zorgt jaarlijks voor veel nieuwe klanten.

De **uitgaven** van de BvdGF worden gemiddeld ieder jaar voor 75% bepaald door bestedingen aan haar doelstelling, voor 15% aan administratie en voor 10% aan fondsen werving. Onder besteding aan doelstelling vallen kosten als overhead, communicatie, marketing, huur van accommodatie, kantoor en de inzet van professionals. Deze kosten zijn noodzakelijk om de evenementen te ontwikkelen en tot stand te laten komen. Onder kosten voor administratie worden de kosten die worden gemaakt om de administratieve gevolgen van alle activiteiten van de BvdGF af te kunnen handelen. Tot slot wordt er ook tijd besteed om (nieuwe) fondsen voor de BvdGF binnen te halen. Uiteindelijk kun je zeggen dat de BvdGF geld ophaalt om activiteiten te organiseren en daarover te communiceren.

Conclusie

Als conclusie van dit hoofdstuk kunnen we stellen dat de toekomstscenario's de BvdGF een positieve verandering kunnen brengen om haar organisatie een robuuster karakter te geven. Keuzes voor een scenario hebben gevolgen voor de inrichting van de organisatie al zijn deze niet groot. Deze nuances kunnen er wel voor zorgen dat de stichting een volgende stap maakt naar verdere professionalisering van de organisatie. Daarbij zijn er voldoende mogelijkheden om de toekomst in te richten. De directie en het bestuur van de stichting kunnen hierin keuzes maken.

Als slot op deze thesis wordt in het volgende hoofdstuk een kritische reflectie gegeven op deze thesis.

7. Kritische reflectie

In dit hoofdstuk volgt tot slot een kritische reflectie op de onderzoeksresultaten. Er wordt gekeken naar de methodologische keuzes van dit onderzoek en er wordt uitgelegd waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Vervolgens wordt deze keuze bekritiseerd, wordt de relevantie nogmaals tegen het voetlicht gehouden en worden de opties voor vervolgonderzoek besproken.

Methodologie
Kijkend naar de methodologische keuzes van dit onderzoek zijn er een aantal kritische kanttekeningen te maken. De onderzoeksgroep bestond uit een gecontroleerde groep mensen met diabetes die zich allemaal hadden ingeschreven voor een interventie. De eerste stap om in actie te komen is dan al gezet en mensen zijn al gemotiveerd om deel te nemen. Omdat de doelstelling van de interventies het verbeteren van het zelfmanagement betrof, zijn de deelnemers gemotiveerd om dit te doen. Hierdoor kunnen we niet spreken van een 0-meting. Ondanks dat de test is afgenomen op het eerste testmoment waarop de mensen samen kwamen. Achteraf gezien had een longitudinale meting niet misstaan. Een longitudinale meting had kunnen laten zien of de motivatie van mensen met diabetes is veranderd gedurende de interventie. Op die manier kan het verschil tussen motivatie en beleving worden aangetoond.

Daarnaast is er voor deze thesis gekozen om als case study de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) als voorbeeld organisatie te nemen. De werkwijze van de BvdGF is wel vergeleken met de Amerikaanse organisatie Insulindependence en vergeleken met evidence based interventies voor mensen met diabetes in Nederland maar het blijft lastig de identiteiten van al die organisaties samen te vatten in conclusies die voor alle organisaties van toepassing zijn.

De onderzoekmethode is opgesplitst in het afnemen van een digitale vragenlijst, het houden van interviews met een expert panel en het vergelijken van werkwijzen van organisaties. Het lastige bij het afnemen van digitale vragenlijsten is dat de vragen door iedereen anders geïnterpreteerd kunnen worden en verschillend kan worden ingevuld onder invloed van de gemoedstoestand van de respondenten. Daarnaast maakte de vragenlijst deel uit van een groter onderzoek naar sportmotivatie waardoor het invullen van de vragenlijsten veel tijd in beslag nam. De vragenlijsten die voor dit onderzoek zijn gebruikt kwamen als laatste aan de orde wat mogelijk negatieve invloed heeft gehad op het invullen van de vragenlijsten. De onderzoeksgroep zou vanwege verveling de vragenlijst te snel hebben kunnen afronden. Het afnemen van interviews met het expert panel kent ook enkele valkuilen. De professionals uit het expert panel zijn gekozen vanwege hun ervaring en (medische) kennis over het onderwerp van deze thesis. Het zijn echter allemaal bekenden voor mij als onderzoeker. Mensen met wie ik mijn dagelijkse werkzaamheden ook contact heb. Ondanks dat ik gevraagd heb om een kritische reflectie op de resultaten, zou het goed mogelijk zijn dat er onder het expert panel enige gereserveerdheid is ontstaan in hun antwoorden.

Een belangrijke kanttekening kan worden gezet bij het invullen van de vragenlijst. De onderzoeks-doelgroep bestond alleen uit gemotiveerde mensen met diabetes. Dat is enerzijds een nadeel omdat de respondenten dan slechts vanuit een gemotiveerd oogpunt kijken naar sport. Daarbij betekent sport voor de een inspanning leveren en voor de ander sport kijken op de bank. Dit is niet terug te zien in de resultaten van het onderzoek en de ingevulde vragenlijsten. Anderzijds heeft het voor de gemotiveerde doelgroep juist nieuwe inzichten gegeven. Om het onderzoek af te bakenen is er echter bewust gekozen voor een gemotiveerde populatie. Een mooie vervolgstap voor dit onderzoek zou zijn om de sportmotivatie van mensen met diabetes die niet gemotiveerd zijn om aan sport te doen in kaart te brengen.

Relevantie
De resultaten van dit onderzoek helpen organisaties, die zich bezig houden met interventies voor mensen met diabetes, om hun interventie-aanbod te verbeteren en/of te ontwikkelen. In een tijd waar gezondheid en leefstijl een steeds belangrijkere rol gaan spelen is het cruciaal te weten wat mensen motiveert om aan sport te doen en waaraan activiteiten moeten voldoen om succesvol te zijn. Met deze kennis worden organisaties uitgedaagd om hun interventies weer eens kritisch tegen het licht te houden. Want zoals in de inleiding al aangegeven lukt het organisaties in Nederland maar mondjesmaat om mensen in beweging te krijgen. Dit onderzoek helpt organisaties om met behulp van interventies te komen tot succesvolle sportparticipatie.

Vervolgonderzoek
Om een completer beeld te krijgen van de motivatie van de gehele groep mensen met diabetes is het aan te bevelen om een vervolgonderzoek te doen naar de motivatie van ongemotiveerde mensen met diabetes. De uitkomsten van dat onderzoek zouden tezamen met de uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden tot een totaal document die alle informatie bezit over de doelgroep.

Literatuuroverzicht

Op alfabetische volgorde

Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, structures, and student motivation. Journal of Educational Pschology, 84, 261-271. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Bakker, F.C., Whiting, H.T.A. (1984). Sportpsychologie, Alphen aan den Rijn: Samsom. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Bakker, F.C., De Koning, J.j., Van Ingen Schenau, G.J., De Groot, G. (1993). Motivation of young elite speed skaters. International Journal of Sport Psychology, 24: 432-442. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein. ISBN: 978-90-5472-182-6.

Barrett, F. Fry, R. Wittockx, H. (2012). Apreciative Inquiry: Het basiswerk. Scriptum B.V., Schiedam. ISBN: 978-90-774-3251-8.

Barreveld, M. (2012), Kwaliteit van zorg, zelfmanagement en kwaliteit van leven bij jongeren met diabetes mellitus.

Bas van de Goor Foundation (2012). Sportief met Diabetes: inspirerende belevenissen. Deventer: daM Uitgeverij.

Bas van de Goor Foundation (2013). Sportief met diabetes: Meerjarenbeleidsplan 2013-2016.

Bhattacharya, G. (2012). Psychosocial Impacts of Type 2 Diabetes Self Management in a Rural African-American Population. *Journal Immigrant Minority Health, p. 1- 11, article in press.*

Bilo HJG et al. Process- and intermediate outcome indicator results in the 2011 LOK survey (DUDE-2) Diabetologia 2013; abstract EASD congress.

Bodenheimer, T., K. Lorig, H. Holman, and K. Grumbach. 2002. 'Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care.' *The Journal of the American Medical Association* 288 (19) (nov): 2469-2475.

Bouchard, C., Shephard, R.J., Stevens, T. (1994) Physical Activity, Fitness and Health; International Proceedings and Consensus Statement; Human Kinetics Publ. Champaign Ill.

Brown, L.V. (Ed.) (2007b). Psychology of motivation. New York: Nova Science.

Centraal Plan Bureau (2013), Persbericht: Uitgaven aan zorg met 3,7% gestegen.

Charmaz, K. (2006). Measuring pursuits, marking self: Meaning construction in chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, Vol. 1, p. 27 – 37.*

De Jonghe, T. (2007). Sport in de wereld; Ontstaan, evolutie en verspreiding. Academia Press, Gent, 2007.

De Schryver, A., Hublet, A., De Backer, G. (2004). Diabetes mellitus type 2, een epidemie met

wereldwijde dimensies. Tijdschrift voor Geneeskunde, 15 februari 2004, jaargang 60, nummer 4 - pg. 255-261.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pusuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inguiry, 11.

Docherty, D., McColl, M.A. (2008). Illness Stories. *Social Work in Health Care, Vol. 37(1), p. 19 – 39.*

French, D.P., Wane, A.N., Famer, A.J. (2013). Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: the importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. Elsevier, 74: 327-333.

Harwood, C., Spray, C.M., Keegan, R. (2008). Acheivement Goal Theories in sport. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al.Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medical Science in Sports and Exercise, 2007; 39(8): 1423-34.

Hoeymans, N., Melse, J.M., Schoemaker, C.G. (2010). Gezondheid en determinanten – Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM.

Johnston-Brooks, C. H., M. A. Lewis, and S. Garg. 2002. 'Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type I diabetes.' *Psychosomatic Medicine* 64: 43-51.

Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M.Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 2000; 78: 180-183.

Khunti K et al. Effectiveness of a diabetes education and selfmanagement programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomized controlled trial in primary care. BMJ 2012; 344: e2333

Kleefstra N et al. New estimates of diabetes prevalence in the Netherlands, based on information from 5 million subjects (DUDE-1). Diabetologia 2013; abstract EASD congress.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2009), Beweeginterventie diabetes mellitus type 2, pagina 12.

Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (2010). Rapportage zelfmanagement Diabetes anno 2010.

Manderson, L., Kokanovic, R. (2009). ''Worried all the time'': distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 Diabetes. *Chronic Illness, Vol. 5, p. 21 – 32.*

McClelland, D.C. (1987). Human motivation. New York: Cambridge. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Nederlandse Diabetes Federatie (2000), Sport en bewegen bij diabetes mellitus, Rapport van de werkgroep Sport en bewegen van de Nederlandse Diabetes Federatie, Leusden.

Nederlandse Diabetes Federatie (2009), Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) 2009-2013, Amersfoort.

Nederlandse Diabetes Federatie (2012), Zelfmanagementeducatie bij diabetes; Een raamwerk voor competenties van zorgprofessionals, Amersfoort.

Olson, K.R. (2007). Research on fundamental motives. In L.V. Brown (Ed.), Psychology of motivation (pp.1-3). New York: Nova Science.

Ooijendijk, W.T.M., Hildebrandt, V.H., Hopman-Rock, M. (2007). Bewegen in Nederland 2000-2005. In: Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M., Hopman-Rock, M. (Red.). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2004/2005. Hoofddorp/Leiden: TNO.

Osterwalder, A., Pigneur, Y. (2009). Business Model Generation. Modderman Drukwerk, Amsterdam.

Polder, J.J., Kooiker, S.E., van der Lucht, F. (2012). De gezondheidsepidemie – waarom wij gezonder en zieker worden. Amsterdam: Reed Business.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2002), Gezondheid en gedrag: adviesrapport aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Milieu.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Baan, C.A. et al. (2007), Diabetes in Nederland: Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2008), Baan et al., Diabetesinterventies in kaart; Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2012), KVZ-Notitie 2012-2: Zorgkosten van ongezond gedrag, pagina 4-5, 8.

Roberts, G.C., Treasure, D.C., Kavyssanu, M. (2007). Understanding the dynamics of motivation in sport and physical activity. In G. Tenenbauw & R.C. Eklund (Eds.), Handbook of sportpsychology (3rd ed.) (pp 3-30). Hoboken, NJ: Wiley.

Rodriquez, K.M. (2013). Intrinsic and extrinsic factors affecting patient engagement in diabetes self-management: perspectives of a certified diabetes educator. Elsevier HS Journals.

Scanlan, T.K., Simons, J.P., Carpenter, Schmidt, G.W., Keeler, B. (1993). The Sport commitment Model: Measurement developement for the youth-sport domain. Journal of Sport & Exercise Psychology, 15.

Scanlan, T.K., Russel, D.G., Magyar, T.M., Scanlan, L.A. (2009). Project on Elite Athlete Commitment (PEAK): III. An examination of the external validity across gender and the expansion and clarification of the Sport Commitment Model. Journal of Sport & Exercise Psychology, 31.

Schellenberg ESS et al. (2013). Lifestyle Interventions for Patients With and at Risk for Type 2 Diabetes. A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Int Med 2013; 159: 543-551

Sebire, S.J., Standag, M. VanSteenkiste, M. (2008). Development and validation of the Goal Content for Exercise Questionnaire. Journal of Sport & Exercise Psychology, 2008, 30, 353-377.
Seabra, A.F., Mendonca, D.M., Thomis, M.A., Peters, T.J., Maia, J.A. (2008). Associations between sport participation, demographic and socio-cultural factors in Portuguese children and adolescents. The European Journal of Public Health, 18.

Sinek, S. (2009), Start with why: how great leaders inspire everyone to take action. Penguin Group, New York, N.Y.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Mulier Instituut (2010), Tiessen-Raaphorst et. al, Rapportage sport 2010: Sport: een leven lang, Den Haag, 2010.

Stuij, M., Van den Berg, M., Eiling, A. (2013). Verhalen over sporten en ziekte: Betekenissen van Sport en bewegen voor diabetespatiënten. Utrecht: Mulier Instituut.

Tenenbauw G. & R.C. Eklund (2007), Handbook of sportpsychology (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.

Treasure, D.C. & Roberts, G.C. (1995), Applications of Achievement Goal Theory to Physical Education: Implications for Enhancing Motivation. National Associalion for Physical Eduction in Higher Education, 47, (pp 475-489).

Trost, S.G., Salis, J.F., Pate, R.R., Freedson, P.S., Taylor, W.C., Dowda, M. (2003). Evaluating a model of parental influence on youth physical activity behavior. American Journal of Preventive Medicine, 25.
Vallerand, R.J. (2007). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity. In G. Tenenbauw & R.C. Eklund (Eds.), Handbook of sport psychology (3rd ed.).

Vallerand, R.J. (2007). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity. In Bakker, F.C. & Oudejans, R.D. (2012). Sportpsychologie. Arko Sports Media, Niewegein.

Van den Berg M. (2012), Narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten en de rol van paramedisch professionals, Mulier Instituut

Van Thiel, S. (2010), Bestuurskundig onderzoek; een methodologische inleiding, Bussum, Coutinho.

Wann, D.L. (1997). Sport psychology. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

World Health Organization (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultant. Geneva, Technical Report Series nr. 894.

Yates, T., Haffner, S.M., Shulte, P.J. (2013). Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance, prepublication in the Lancet.

Websites

http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013), geraadpleegd op 14-11-2013.

http://www.bvdgf.org/diabetes/pagina/14/wat-is-diabetes/, geraadpleegd op 4-12-2013.

http://www.bvdgf.org/evenementen/evenement/6997/iceland-diabetes-challenge/, geraadpleegd op 12-12-2013.

http://www.diabetesfonds.nl/artikel/type-2-en-type-1-wat-het-verschil, geraadpleegd op 24-12-2013.

http://www.effectiefactief.nl, geraadpleegd op 05-05-2014.

Bijlagen

I Vragenlijst
II Grafieken
III Transcripten interviews expert panel

Bijlage I Vragenlijsten onderzoek

Beste,

Zelfmanagement is een belangrijk thema in de hedendaagse gezondheidszorg. Mensen met diabetes ontvangen jaarlijks in 0,03% van hun tijd medische zorg van een professional. In de 99.97% van de overige tijd moeten zij zelf hun diabetes kunnen managen. Om dit goed te kunnen doen zijn goede zelfmanagement-vaardigheden een voorwaarde.

Graag zouden we je willen vragen om een aantal vragenlijsten in te vullen over jouw zelfmanagement-vaardigheden. Door het invullen van deze vragenlijsten werk je mee aan onderzoek naar 'Zelfmanagement en Motivatie om te Sporten en te Bewegen'. Met dit onderzoek willen meer inzicht krijgen in welke factoren een rol spelen in zelfmanagement van diabetes.

Procedure
Het invullen van de vragenlijsten zal ongeveer 10-15 minuten in beslag nemen. Graag zouden we de deelnemers aan dit onderzoek over de tijd willen volgen om te zien of en hoe hun zelfmanagement en motivatie veranderen. Dat betekent dat we je gedurende het komende jaar nog 3x willen vragen een (kortere) vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst zullen we je per email toesturen. Na elke vragenlijst ontvang je (per email) feedback op jouw zelfmanagement en motivatie om te bewegen en sporten.

Vertrouwelijkheid
Omdat we deelnemers willen kunnen volgen over de tijd en vragenlijsten willen kunnen koppelen, kan het invullen van de vragenlijsten niet helemaal anoniem geschieden. Alle ingevulde gegevens zullen echter zeer vertrouwelijk worden behandeld. Alleen een beperkt onderzoeksteam heeft toegang tot de antwoorden op de vragenlijsten. De resultaten van vragenlijsten zullen alleen worden gepubliceerd op groepsniveau en nooit te herleiden zijn tot individuen. We danken je hartelijk voor deelname aan dit onderzoek!

Namens het onderzoeksteam,

Jeroen Flim (Bas van de Goor Foundation)

Beweging, sport en leefstijl: SQUASH Vragenlijst
De volgende vragen gaan over lichaamsbeleving zoals wandelen of fietsen, tuinieren, sporten en andere lichaamsbeweging op school/werk, in het huishouden of in jouw vrije tijd.

Het gaat om alle lichaamsbeweging die tenminste even inspannend is als stevig doorlopen of fietsen. Hoeveel dagen per week heb je tenminste 30 minuten per dag zulke lichaamsbeweging?

1. Aantal dagen per week:

De volgende vraag gaat over inspannende lichaamsbeweging, waarvan je merkbaar sneller gaat ademen en die lang genoeg duurt om bezweet te raken.

Het gaat hierbij om inspannende lichaamsbeweging die tenminste 20 minuten per keer duurt. Neem in je gedachten een normale week in de afgelopen maand.

2. Aantal keren per week…….

3. Neem in je gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wil je aangeven hoeveel dagen per week je de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd je daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?

	Aantal dagen per week (0-7)	Gemiddelde tijd per dag: (in minuten)
Lopen van/naar werk of school		
Fietsen van/naar werk of school		
Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (zoals koken, afwassen, strijken, etc.)		
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, met zware boodschappen lopen, etc.)		
Wandelen		
Fietsen		
Tuinieren		
Klussen/Doe-het-zelven		
Sport		

**Vul beide velden in.*

4. Hoeveel dagen per week verrichtte je de onderstaande activiteiten en hoeveel uur per week was je daar gemiddeld mee bezig?

Lichamelijke activiteit op werk of school:*

	Aantal dagen per week (0-7)	Gemiddelde tijd per dag: (in minuten)
Licht en matig inspannend werk.		
Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild)		

**Vul beide velden in.*

5. Heb je een (of meerdere) chronische ziekte(n) en/of handicap(s)?
   - Ja
   - Nee

6. Zo ja, welke chronische ziekte(n) en/of handicap(s)?

7. In welke mate word je door deze langdurige aandoening of handicap belemmerd bij het sporten en bewegen?
   - Sterk belemmerd
   - Licht belemmerd
   - Niet belemmerd

8. Rook je (wel eens)?
   - Ja
   - Nee, maar vroeger wel
   - Nee, ik heb nooit gerookt

9. Hoeveel glazen alcohol drink je gewoonlijk per week?

…. glazen

10. Op hoeveel dagen <u>per week</u> eet of drink je de volgende producten?
    Denk hierbij aan het afgelopen jaar s.v.p. één antwoord per product.*

	Nooit	Minder	1x pw	2x pw	3x pw	4x pw	5x pw	6x pw	7x pw
Groenten									
Fruit									
Ontbijt (ook vloeibaar, ontbijtreep, etc.)									

**Aankruisen wat van toepassing is.*

Goal Content for Exercise Questionnaire

Deze vragenlijst gaat over jouw motivatie om te sporten en/of bewegen. Hieronder vind je verschillende redenen om te sporten en/of te bewegen. Geef alsjeblieft voor elke reden aan in hoeverre deze op jou van toepassing is. Het gaat hierbij om sport en/of beweging in je VRIJE TIJD. Klik aan welk antwoord het best bij je past.*

Ik doe aan sport….	Helemaal niet belangrijk	Niet belangrijk	Eerder niet belangrijk	Tussenin	Eerder belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
1…om op een aangename manier met anderen samen te komen.							
2… om mijn lichaamsbouw te verbeteren.							
3…om mijn weerstand tegen ziekten te vergroten.							
4… om een goede indruk te maken op anderen.							
5… om nieuwe dingen te leren op het gebied van sport en bewegen.							
6…. Om mijn sport- en/of bewegingservaring en te delen met mensen die om mij geven.							
7…. Om mijn uiterlijk te verbeteren.							
8… om mijn energieniveau te verhogen.							
9… om gerespecteerd te worden door anderen.							
10….om nieuwe technieken te leren en te oefenen.							
11… om hechte vriendschappen te ontwikkelen.							

	Helemaal niet belangrijk	Niet belangrijk	Eerder niet belangrijk	Tussenin	Eerder belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk
12… om slank te zijn en er dus aantrekkelijk uit te zien voor anderen.							
13… om mijn algemene gezondheid te verbeteren.							
14… om goedkeuring van anderen te krijgen.							
15… om goed te worden in een bepaalde activiteit.							
16… om hechte banden te vormen met anderen.							
17… om mijn uiterlijk te veranderen door een specifiek deel van mijn lichaam te veranderen.							
18… Om mijn uithouding te verbeteren.							
19… zodat ze me zien als een sportieve man of vrouw.							
20… om mijn vaardigheden op het gebied van sport en beweging te ontwikkelen.							

**Aankruisen wat van toepassing is.*

Achtergrond gegevens
Tot slot willen we je vragen enkele gegevens in te vullen over jou en jouw huidige leefsituatie.

1. Mijn achternaam is:

2. Mijn geboortedatum is:

3. Mijn nationaliteit is:
- Nederlands
- Anders, namelijk:…….

4. Ik ben een…..
- Man
- Vrouw

5. Ik ben:
- Alleenstaand
- Samenwonend/getrouwd met partner
- Niet samenwonend/getrouwd, maar heb wel een partner

6. Heb je kinderen?
- Ja
- Nee

7. Heb je op dit moment een betaalde baan?
- Ja, voltijds
- Ja, in deeltijd
- Nee

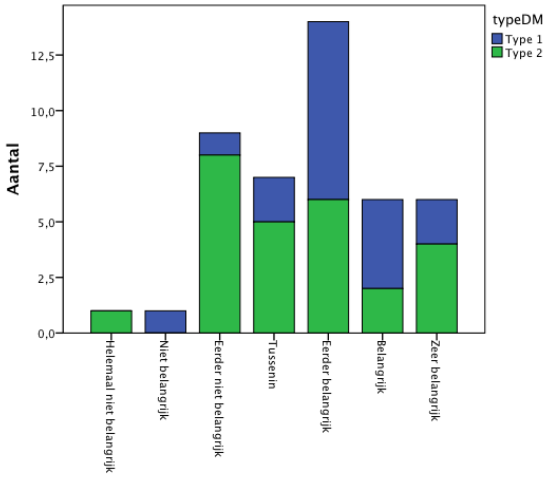
8. Wat is je hoogste opleiding die je hebt afgemaakt?
- Lager onderwijs (basisschool)
- Beroepsonderwijs (LBO, VMBO, MBO)
- Middelbaar voortgezet onderwijs (VMBO theoretisch, MAVO)
- Hoger voortgezet onderwijs (HAVO, VWO)
- Hoger (beroeps) onderwijs (HBO, WO)

9. Ik heb diabetes……
- Type 1
- Type 2

10. Hoeveel jaar geleden werd diabetes bij jou gediagnosticeerd?

11. Dit is het einde van de vragenlijst. Wij danken je hartelijk voor deelname aan dit onderzoek. Heel graag benaderen wij je in het voorjaar per email voor het invullen van de 2e vragenlijst. Zou je hieronder het emailadres kunnen invullen waarop je de vragenlijst het liefst ontvangt?

Bijlage II Resultaten per vraag GCEQ (sportmotief vs. type diabetes)



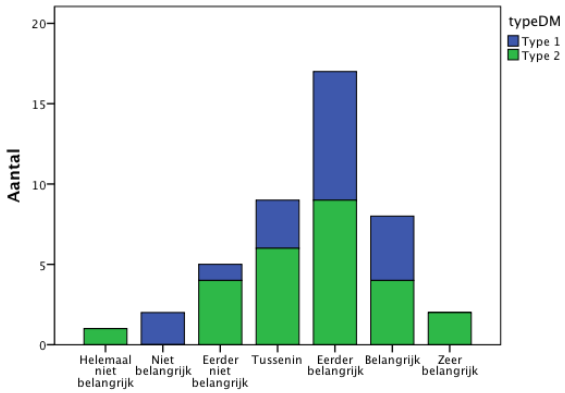
1. Ik doe aan sport om op een aangename manier met anderen samen te komen (N=44).

Vraag 1 (GCEQ1):
Ik doe aan sport om op een aangename manier met anderen samen te komen (N=44).

GCEQ1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Niet belangrijk	1	2,3	2,3	4,5
	Eerder niet belangrijk	9	20,5	20,5	25,0
	Tussenin	7	15,9	15,9	40,9
	Eerder belangrijk	14	31,8	31,8	72,7
	Belangrijk	6	13,6	13,6	86,4
	Zeer belangrijk	6	13,6	13,6	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Onder de onderzoeksdoelgroep (N=44) wordt sport als een belangrijk middel gezien om op een aangename manier met anderen samen te komen. 31,8% acht dit eerder belangrijk dan niet belangrijk. Slechts één respondent vindt dit niet belangrijk tegenover zes respondenten die dit zeer belangrijk vinden.



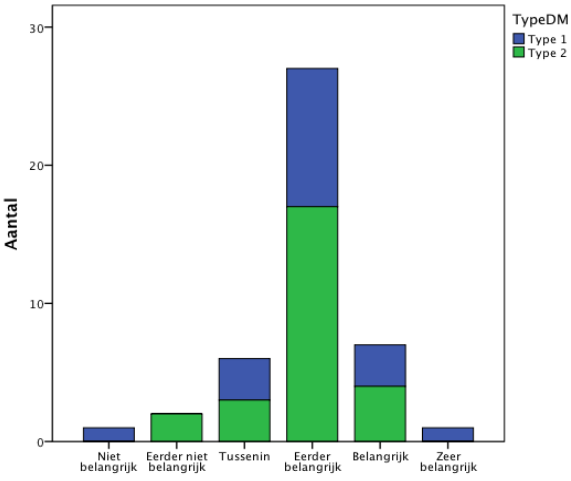
2. Ik doe aan sport om mijn lichaamsbouw te verbeteren (N=44)

Vraag 2 (GCEQ2):
Ik doe aan sport om mijn lichaamsbouw te verbeteren (N=44).

GCEQ2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Niet belangrijk	2	4,5	4,5	6,8
	Eerder niet belangrijk	5	11,4	11,4	18,2
	Tussenin	9	20,5	20,5	38,6
	Eerder belangrijk	17	38,6	38,6	77,3
	Belangrijk	8	18,2	18,2	95,5
	Zeer belangrijk	2	4,5	4,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

38,6% van de respondenten vindt sport een belangrijk middel om zijn lichaamsbouw te verbeteren. De categorieën ‘eerder belangrijk’ en ‘belangrijk’ omvatten gezamenlijk 56,8% van de antwoorden.



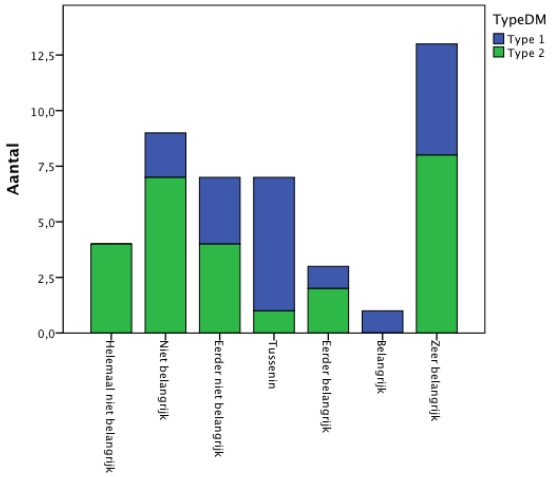
3. Ik doe aan sport om mijn weerstand tegen ziekten te vergroten (N=44)

Vraag 3 (GCEQ3):
Ik doe aan sport om mijn weerstand tegen ziekten te vergroten (N=44).

GCEQ3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Eerder niet belangrijk	2	4,5	4,5	6,8
	Tussenin	6	13,6	13,6	20,5
	Eerder belangrijk	27	61,4	61,4	81,8
	Belangrijk	7	15,9	15,9	97,7
	Zeer belangrijk	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Met 61,4% vindt de meerderheid van de respondenten sport een belangrijk middel om de weerstand tegen ziekten te vergroten.



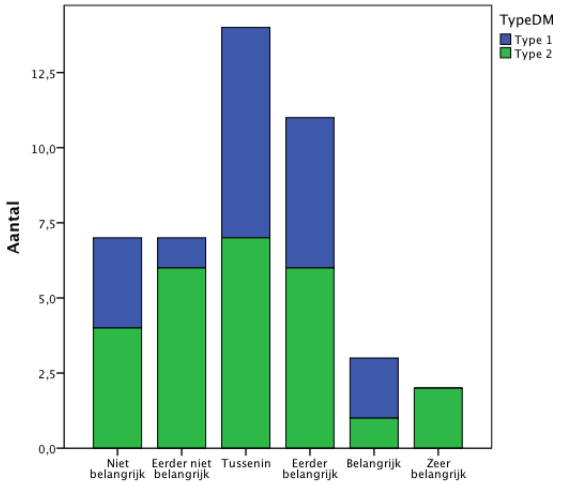
4. Ik doe aan sport om een goede indruk op anderen te maken (N=44)

Vraag 4 (GCEQ4):
Ik doe aan sport om een goede indruk op anderen te maken (N=44).

GCEQ4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	4	9,1	9,1	9,1
	Niet belangrijk	9	20,5	20,5	29,5
	Eerder niet belangrijk	7	15,9	15,9	45,5
	Tussenin	7	15,9	15,9	61,4
	Eerder belangrijk	3	6,8	6,8	68,2
	Belangrijk	1	2,3	2,3	70,5
	Zeer belangrijk	13	29,5	29,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

De antwoorden van de respondenten op deze vraag lopen zeer uiteen. Wel kan worden opgemerkt dat de antwoordmogelijkheid ‘zeer belangrijk’ het hoogste scoort met 29,5%.



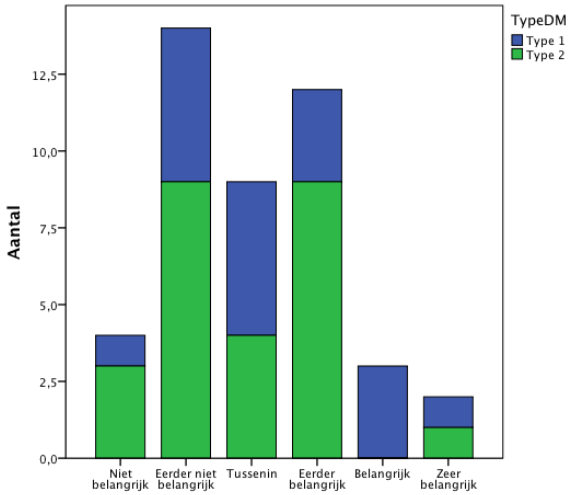
5. Ik doe aan sport om nieuwe dingen te leren op gebied van sport en bewegen (N=44)

Vraag 5 (GCEQ5):
Ik doe aan sport om nieuwe dingen te leren op gebied van sport en bewegen (N=44)

GCEQ5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet belangrijk	7	15,9	15,9	15,9
	Eerder niet belangrijk	7	15,9	15,9	31,8
	Tussenin	14	31,8	31,8	63,6
	Eerder belangrijk	11	25,0	25,0	88,6
	Belangrijk	3	6,8	6,8	95,5
	Zeer belangrijk	2	4,5	4,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Nieuwe dingen leren op gebied van sport en bewegen wordt door de respondenten eerder als niet belangrijk beschouwd dan wel belangrijk. Slechts 11,3% van de respondenten geeft aan dit ‘belangrijk’ tot ‘zeer belangrijk’ te vinden.



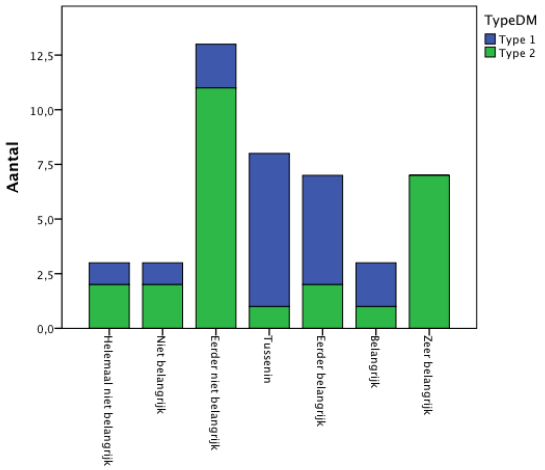
6. Om mijn sport- en/of bewegingservaringen te delen met mensen die om mij geven (N=44)

Vraag 6 (GCEQ6):
Ik doe aan sport om mijn sport- en/of bewegingservaringen te delen met mensen die om mij geven (N=44)

GCEQ6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet belangrijk	4	9,1	9,1	9,1
	Eerder niet belangrijk	14	31,8	31,8	40,9
	Tussenin	9	20,5	20,5	61,4
	Eerder belangrijk	12	27,3	27,3	88,6
	Belangrijk	3	6,8	6,8	95,5
	Zeer belangrijk	2	4,5	4,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Het delen van bewegingservaringen met anderen wordt door de respondenten eerder als niet belangrijk beschouwd dan wel belangrijk. Slechts 11,3% van de respondenten geeft aan dit 'belangrijk' tot 'zeer belangrijk' te vinden. De antwoorden op de ze vraag komen overeen met de voorgaande vraag (GCEQ6).



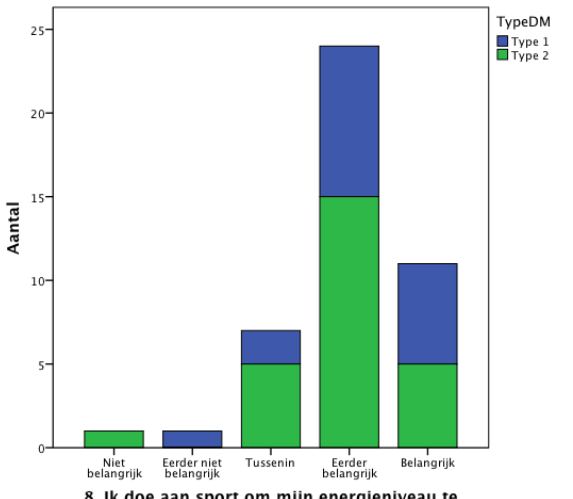
7. Ik doe aan sport om mijn uiterlijk te verbeteren (N=44)

Vraag 7 (GCEQ7):
Ik doe aan sport om mijn uiterlijk te verbeteren!

GCEQ7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	3	6,8	6,8	6,8
	Niet belangrijk	3	6,8	6,8	13,6
	Eerder niet belangrijk	13	29,5	29,5	43,2
	Tussenin	8	18,2	18,2	61,4
	Eerder belangrijk	7	15,9	15,9	77,3
	Belangrijk	3	6,8	6,8	84,1
	Zeer belangrijk	7	15,9	15,9	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Er is een groot verschil in de antwoorden te duiden onder de respondenten met diabetes type 2. Zeven van de vierenveertig respondenten geven aan dit zeer belangrijk te vinden terwijl uit diezelfde doelgroep ongeveer elf respondenten aangeven dit 'eerder niet belangrijk' te vinden.



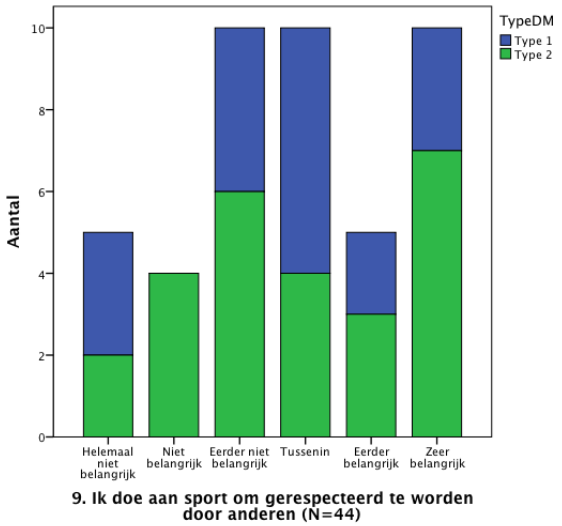
8. Ik doe aan sport om mijn energieniveau te verhogen (N=44)

Vraag 8 (GCEQ8):
Ik doe aan sport om mijn energieniveau te verhogen (N=44)

GCEQ8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Eerder niet belangrijk	1	2,3	2,3	4,5
	Tussenin	7	15,9	15,9	20,5
	Eerder belangrijk	24	54,5	54,5	75,0
	Belangrijk	11	25,0	25,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Een grote meerderheid van de respondenten (N=35) vindt sport een belangrijk tot eerder belangrijk middel om zijn energieniveau te verhogen (79,5%). Daarentegen is er op de categorie ‘zeer belangrijk’ niet gescoord.

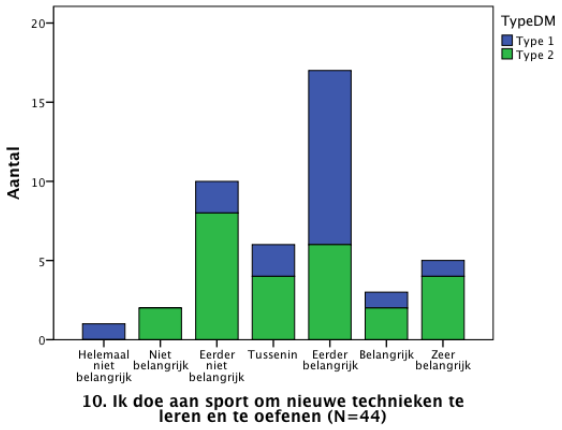


Vraag 9 (GCEQ9):
Ik doe aan sport om gerespecteerd te worden door anderen (N=44)

GCEQ9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	5	11,4	11,4	11,4
	Niet belangrijk	4	9,1	9,1	20,5
	Eerder niet belangrijk	10	22,7	22,7	43,2
	Tussenin	10	22,7	22,7	65,9
	Eerder belangrijk	5	11,4	11,4	77,3
	Zeer belangrijk	10	22,7	22,7	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Iets minder dan de helft van de respondenten vindt gerespecteerd worden door anderen ‘eerder niet belangrijk’ tot ‘helemaal niet belangrijk’ (43,2%). De categorie ‘belangrijk’ is niet gescoord. Daarentegen vindt 22,7% van de respondenten dit ‘zeer belangrijk’.

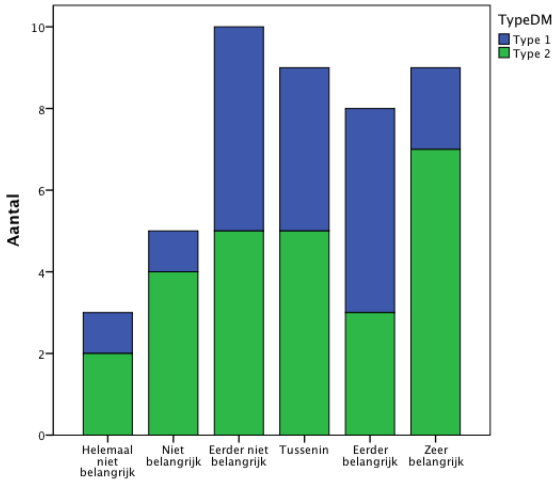


Vraag 10 (GCEQ10):
Ik doe aan sport om nieuwe technieken te leren en te oefenen (N=44)

GCEQ10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Niet belangrijk	2	4,5	4,5	6,8
	Eerder niet belangrijk	10	22,7	22,7	29,5
	Tussenin	6	13,6	13,6	43,2
	Eerder belangrijk	17	38,6	38,6	81,8
	Belangrijk	3	6,8	6,8	88,6
	Zeer belangrijk	5	11,4	11,4	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

De meerderheid van de mensen met diabetes type 1 (12 van de 18 respondenten) vindt het (eerder/zeer) belangrijk om nieuwe technieken aan te leren en te oefenen. De meningen van de respondenten met diabetes type 2 zijn hierover verdeelt. Deze groep scoort van ‘niet belangrijk’ t/m ‘zeer belangrijk’.



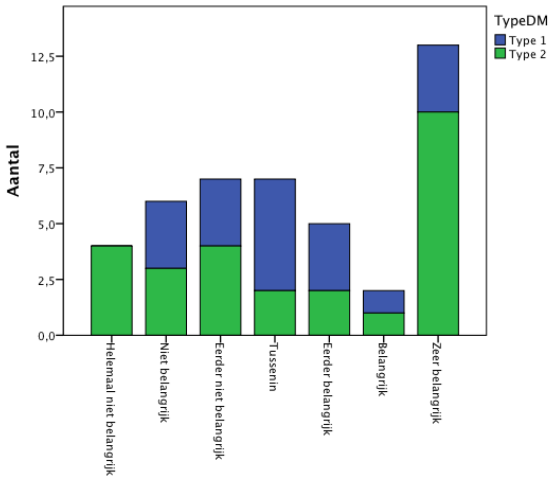
11. Ik doe aan sport om hechte vriendschappen te ontwikkelen (N=44)

Vraag 11 (GCEQ11):
Ik doe aan sport om hechte vriendschappen te ontwikkelen (N=44)

GCEQ11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	3	6,8	6,8	6,8
	Niet belangrijk	5	11,4	11,4	18,2
	Eerder niet belangrijk	10	22,7	22,7	40,9
	Tussenin	9	20,5	20,5	61,4
	Eerder belangrijk	8	18,2	18,2	79,5
	Zeer belangrijk	9	20,5	20,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Mensen met diabetes type 1 vinden hechte vriendschappen ontwikkelen ‘zeer belangrijk’, terwijl mensen met diabetes type 2 verdeeld over dit motief denken. De categorie ‘belangrijk’ is niet gescoord.



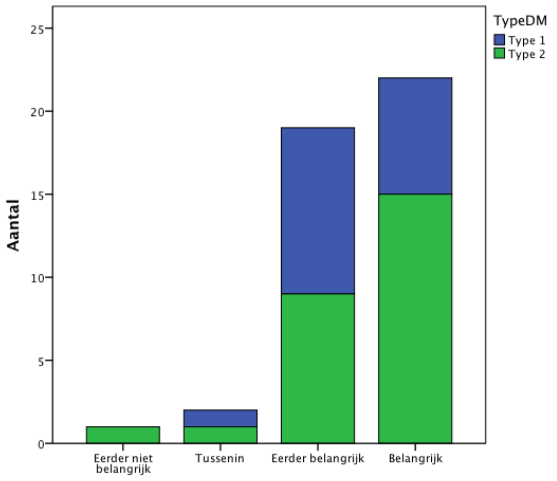
12. Ik doe aan sport om slank te zijn en dus aantrekkelijk voor anderen (N=44)

Vraag 12 (GCEQ12):
Ik doe aan sport om slank te zijn en dus aantrekkelijk voor anderen (N=44)

GCEQ12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	4	9,1	9,1	9,1
	Niet belangrijk	6	13,6	13,6	22,7
	Eerder niet belangrijk	7	15,9	15,9	38,6
	Tussenin	7	15,9	15,9	54,5
	Eerder belangrijk	5	11,4	11,4	65,9
	Belangrijk	2	4,5	4,5	70,5
	Zeer belangrijk	13	29,5	29,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

29,5% (N=13) van de respondenten vindt sporten een ‘zeer belangrijk’ middel om slank en aantrekkelijk voor anderen te zijn. De overgrote meerderheid hiervan komt uit de doelgroep diabetes type 2 (10 van de 13 respondenten). Er wordt verdeeld gedacht over de andere antwoordcategorieën. Zowel qua antwoorden als qua respondenten (type 1 of 2) die de vragenlijsten hebben ingevuld.



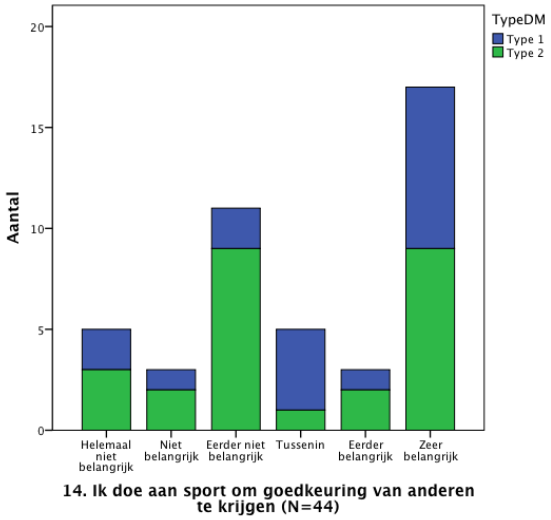
13. Ik doe aan sport om mijn algemene gezondheid te verbeteren (N=44)

Vraag 13 (GCEQ13):
Ik doe aan sport om mijn algemene gezondheid te verbeteren (N=44)

GCEQ13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eerder niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Tussenin	2	4,5	4,5	6,8
	Eerder belangrijk	19	43,2	43,2	50,0
	Belangrijk	22	50,0	50,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Maar liefst 93,2% van de respondenten vindt sport een ‘eerder belangrijk’ tot ‘belangrijk’ middel om zijn algemene gezondheid te verbeteren. De antwoordmogelijkheden ‘helemaal niet belangrijk’, ‘niet belangrijk’ en ‘zeer belangrijk’ worden niet gescoord.

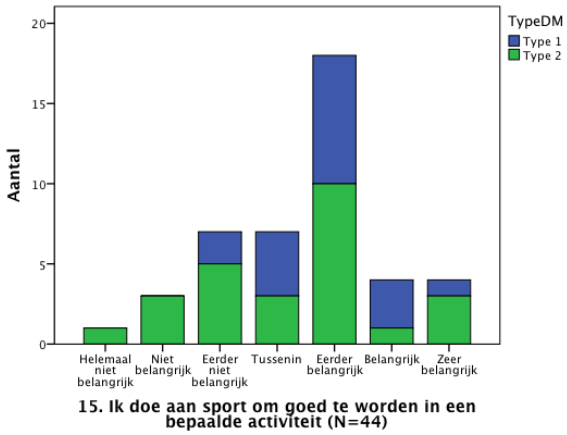


Vraag 14 (GCEQ14):
Ik doe aan sport om goedkeuring van anderen te krijgen (N=44)

GCEQ14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	5	11,4	11,4	11,4
	Niet belangrijk	3	6,8	6,8	18,2
	Eerder niet belangrijk	11	25,0	25,0	43,2
	Tussenin	5	11,4	11,4	54,5
	Eerder belangrijk	3	6,8	6,8	61,4
	Zeer belangrijk	17	38,6	38,6	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Met 38,6% (N=17) van de respondenten scoort de categorie ‘zeer belangrijk’ het hoogst. Gevolgd door de categorie ‘eerder niet belangrijk’ met 25% (N=11). De antwoordcategorieën scoren divers en uiteenlopend.

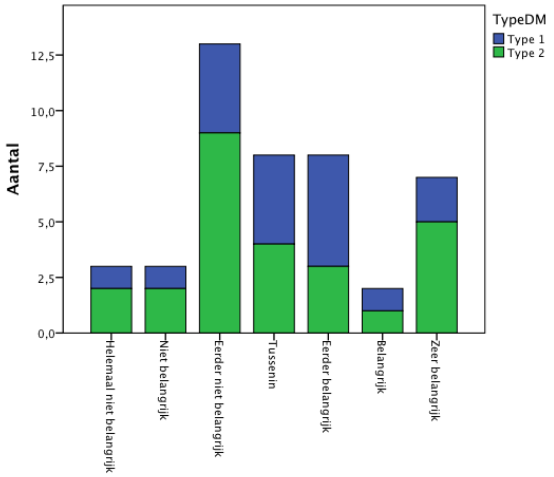


Vraag 15 (GCEQ15)
Ik doe aan sport om goed te worden in een bepaalde activiteit (N=44)

GCEQ15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Niet belangrijk	3	6,8	6,8	9,1
	Eerder niet belangrijk	7	15,9	15,9	25,0
	Tussenin	7	15,9	15,9	40,9
	Eerder belangrijk	18	40,9	40,9	81,8
	Belangrijk	4	9,1	9,1	90,9
	Zeer belangrijk	4	9,1	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

59,1% (N=26) van de respondenten vindt het ‘eerder belangrijk’ tot ‘zeer belangrijk’ aan sport te doen om goed te worden in een activiteit. De minderheid vindt het ‘helemaal niet belangrijk’ tot ‘eerder niet belangrijk’.



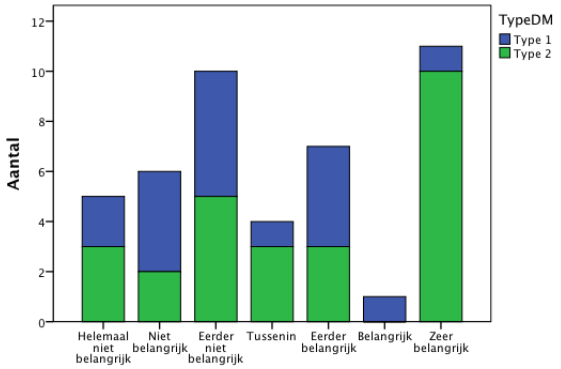
16. Ik doe aan sport om hechte banden te vormen met anderen (N=44)

Vraag 16 (GCEQ16):
Ik doe aan sport om hechte banden te vormen met anderen (N=44)

GCEQ16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	3	6,8	6,8	6,8
	Niet belangrijk	3	6,8	6,8	13,6
	Eerder niet belangrijk	13	29,5	29,5	43,2
	Tussenin	8	18,2	18,2	61,4
	Eerder belangrijk	8	18,2	18,2	79,5
	Belangrijk	2	4,5	4,5	84,1
	Zeer belangrijk	7	15,9	15,9	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

29,5% van de respondenten vindt het eerder niet belangrijk om aan sport te doen en hechte banden te vormen met anderen. Voor het overige wordt er zeer verdeeld gescoord op deze vraag. Zowel qua type diabetes als qua antwoordmogelijkheid.



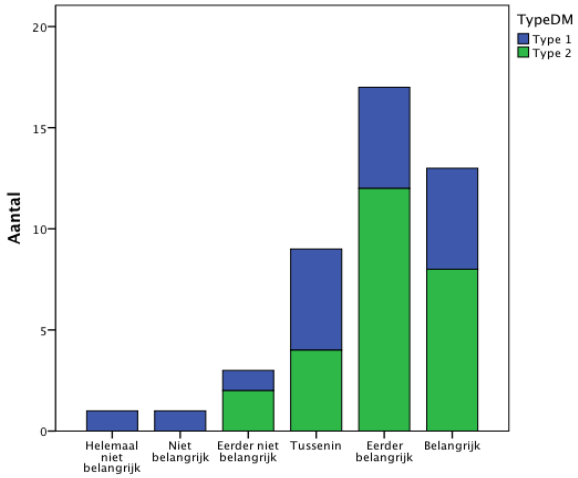
17. Ik doe aan sport om mijn uiterlijk te veranderen door een specifiek deel van mijn lichaam te veranderen (N=44)

Vraag 17 (GCEQ17):
Ik doe aan sport om mijn uiterlijk te veranderen door een specifiek deel van mijn lichaam te veranderen (N=44)

GCEQ17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	5	11,4	11,4	11,4
	Niet belangrijk	6	13,6	13,6	25,0
	Eerder niet belangrijk	10	22,7	22,7	47,7
	Tussenin	4	9,1	9,1	56,8
	Eerder belangrijk	7	15,9	15,9	72,7
	Belangrijk	1	2,3	2,3	75,0
	Zeer belangrijk	11	25,0	25,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

25% van de respondenten vindt het ‘zeer belangrijk’ om zijn uiterlijk te veranderen. 10 van de 11 mensen hebben daarvan diabetes type 2. Opvallend is dat de mensen met diabetes type 1 dit over het algemeen minder belangrijk vinden.



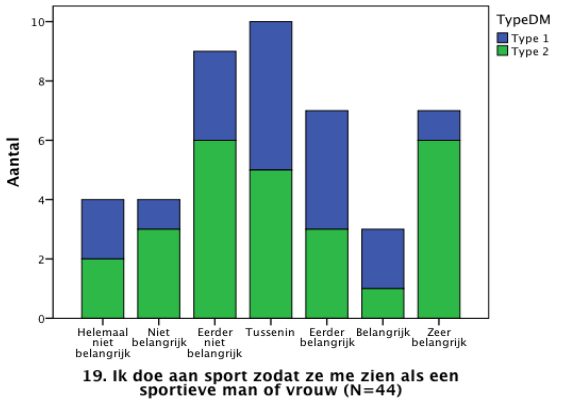
18. Ik doe aan sport om mijn uithouding te verbeteren (N=44)

Vraag 18 (GCEQ18):
Ik doe aan sport om mijn uithouding te verbeteren (N=44)

GCEQ18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	1	2,3	2,3	2,3
	Niet belangrijk	1	2,3	2,3	4,5
	Eerder niet belangrijk	3	6,8	6,8	11,4
	Tussenin	9	20,5	20,5	31,8
	Eerder belangrijk	17	38,6	38,6	70,5
	Belangrijk	13	29,5	29,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Het verbeteren van het uithoudingsvermogen is voor 68,1% (N=30) van de respondenten een ‘eerder belangrijk’ tot ‘belangrijk’ motief om aan sport te doen. De antwoordmogelijkheid ‘zeer belangrijk’ is niet gescoord in deze vraag.

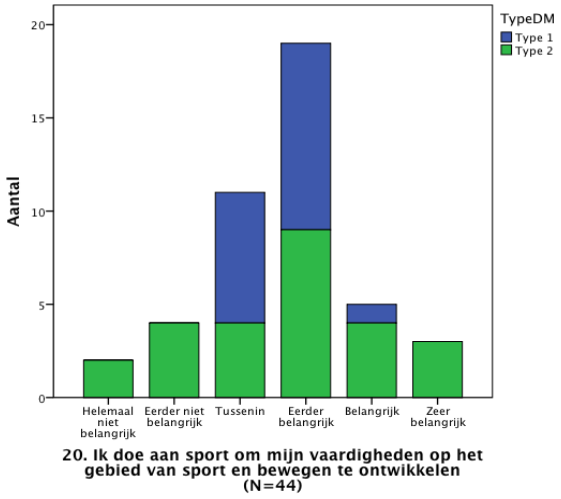


Vraag 19 (GCEQ19):
Ik doe aan sport zodat ze me zien als een sportieve man of vrouw (N=44)

GCEQ19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	4	9,1	9,1	9,1
	Niet belangrijk	4	9,1	9,1	18,2
	Eerder niet belangrijk	9	20,5	20,5	38,6
	Tussenin	10	22,7	22,7	61,4
	Eerder belangrijk	7	15,9	15,9	77,3
	Belangrijk	3	6,8	6,8	84,1
	Zeer belangrijk	7	15,9	15,9	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

De categorie tussenin scoort het hoogste op deze vraag met 22,7%. Voor de rest lopen de antwoordmogelijkheden zeer uiteen en is er verdeeldheid tussen enerzijds ‘helemaal niet belangrijk’ tot ‘zeer belangrijk’.

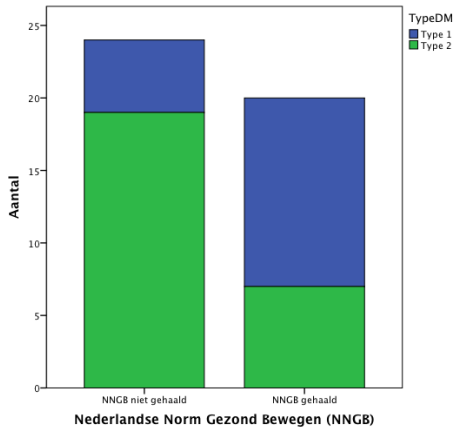


Vraag 20 (GCEQ20):
Ik doe aan sport om mijn vaardigheden op het gebied van sport en bewegen te ontwikkelen (N=44)

GCEQ20

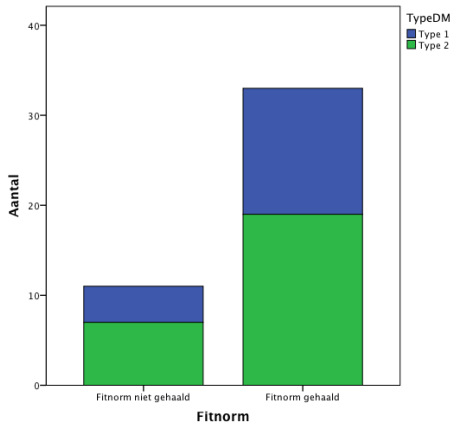
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helemaal niet belangrijk	2	4,5	4,5	4,5
	Eerder niet belangrijk	4	9,1	9,1	13,6
	Tussenin	11	25,0	25,0	38,6
	Eerder belangrijk	19	43,2	43,2	81,8
	Belangrijk	5	11,4	11,4	93,2
	Zeer belangrijk	3	6,8	6,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Met 43,2% is het ‘eerder belangrijk’ om aan sport te doen om vaardigheden te ontwikkelen op gebied van sport en bewegen t.o.v. 13,6% die het ‘helemaal niet belangrijk’ tot ‘eerder niet belangrijk’ vindt.



Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NNGB	44	1	2	1,45	,504
Valid N (listwise)	44				



Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Fitnorm	44	1	2	1,75	,438
Valid N (listwise)	44				

Bijlage III Transcripten interview

Internview 1	Bas van de Goor
Interview 2	Sasja Huisman
Interview 3	Henk Bilo

Transcript interview 1 Bas van de Goor

Datum:	Dinsdag 6 mei 2014
Tijd:	11.00 uur
Locatie:	Sportcentrum Papendal, te Arnhem
Duur:	22 minuten en 17 seconden (netto interview)
Interview	1 van de 3
Interviewer:	Jeroen Flim
Geïnterviewde:	Bas van de Goor
Functie:	Directeur Bas van de Goor Foundation
Rol geïnterviewde:	Expert en ervaringsdeskundige diabetes en sportevenementen

Hieronder volgt de uitwerking van het interview met Bas van de Goor. In dit transcript is de inleiding op het gesprek weggelaten en is alleen de netto en effectieve gesprektijd uitgeschreven. Leestekens zijn voor de leesbaarheid van het interview weggelaten.

Interviewer
Bas, vanuit je ervaringen als persoon met diabetes en je ervaring in evenementen organisatie wil ik je graag een aantal vragen stellen over dit onderzoek. De eerste vraag is hoe interpreteer je de uitkomsten van de Goal Content for Exercise Questionnaire?

Bas van de Goor
Ik vind het ten eerste opvallend hoe dicht de uitkomsten liggen bij de gemiddelden van de 7-puntsmeting. Dat maakt niet zoveel uit in welke categorie je gaat kijken. Met name het verschil tussen mensen met diabetes type 1 en 2 had ik veel groter verwacht, op verschillende vlakken. Zowel op het gebied van uiterlijk, waar het grootste verschil nog zit, alsmede op het gebied van gezondheid.

Iets wat jij aan het einde ook al aangeeft en wat ik op het begin ook had opgeschreven is dat de verschillende mensen met diabetes type 2 eigenlijk zijn afgekomen op een redelijk avontuurlijk idee. De motivatie van deze mensen is dus al hoog. Dat zou kunnen verklaren dat het verschil tussen mensen diabetes type 1 en 2 zo gering is.

Wat me wel opvalt is dat er zelden een staartje in de grafieken boven de vijf uitkomt. Vier is gemiddeld en alles zit tussen de drie en de vijf. Daar kan ik geen verklaring voor vinden. Ik had verwacht dat deze mensen meer gemotiveerd zouden zijn omdat dat ook mijn ervaring is als ik ze (de onderzoeksdoelgroep) spreek.

Interviewer
Het was met name opvallend omdat ik ervan uitging dat de 44 mensen van het onderzoek gemotiveerd zijn om dit te doen.

Bas van de Goor
Ja, dus dat is misschien toch ook wel een klein beetje teleurstellend. Omdat er ook een aantal tussen zitten die aan onze activiteiten meedoen. Al spreken we hier niet over beleving maar alleen maar motivatie. Van waarom doen ze dit? Hoe ze het dan vinden komt hier niet in terug.

Interviewer
Beleving heeft wel een nauwe relatie met motivatie. Maar we spreken hier van een 0-meting die vlak na inschrijving is afgenomen. Nu het project gevorderd is en de beleving misschien is veranderd zouden de verhoudingen ook anders kunnen zijn. Maar dit is wel hoe de mensen binnen komen.

Ik ben het eens dat er niet veel verschillen zijn in motivatie terwijl ik dat vooraf wel had verwacht. Ik dacht dat mensen met diabetes type 2 wat meer waarde hechten aan uiterlijk, terwijl type 1 wat meer op gezondheid zit omdat sport ook zulke directe gevolgen heeft voor je. Dat zijn wel dingen die ik daarbij verwacht had.

Bas van de Goor
Dit zegt natuurlijk iets over de motivatie op het moment dat mensen zich hebben ingeschreven voor een evenement. Ik kan me voorstellen dat je alleen meet wat de verwachtingen zijn en dat valt dan toch ook wel tegen.

Interviewer
Je hebt een aantal mensen uit de onderzoeksgroep ook gezien en ontmoet. Herken jij dat dan in de praktijk?

Bas van de Goor
Nee, tenminste als ik terugkrijg van de mensen wat ze ervan vinden, als ik zie hoe ze hun best doen en beschrijven in hun blogs wat ze meemaken en hoe geweldig ze het vinden dan had ik hogere scores verwacht. In ieder geval bij de mensen met diabetes type 2. Maar misschien is dat ook wel de reden dat die groep het gemiddelde naar ophemelen.

Interviewer
Er zit eigenlijk geen verschil in de motivatie tussen diabetes type 1 en 2, dat zie je op deze grafiek. Maar waarom had je verwacht dat juist mensen met diabetes type 2 anders zouden scoren dan diabetes type 1?

Bas van de Goor
Nou, het feit dat mensen met diabetes type 2 doorgaans wat minder motivatie hebben om in beweging te komen had ik verwacht dat terug te zien in de motivatie. Dat mensen minder geneigd zijn om in beweging te zijn. En dat zie je eigenlijk helemaal niet.

Waar mensen met diabetes type 1 ook vaak aangeven dat ze heel duidelijk willen maken niet de type 2 variant te hebben waarbij mensen minder motivatie hebben om te bewegen of in ieder geval minder bewegen. Dat zie ik helemaal niet terug. Dat kan zijn dat je dan toch het topje van de ijsberg hebt want als je dat bij type 1 of 2 neemt dan is dat bij type 2'ers tien keer zo klein. Dat zou zomaar een reden kunnen zijn.

Interviewer
Is dit een goede afspiegeling van de praktijk?

Bas van de Goor
Ik zie niet heel veel mensen met diabetes type 2 in de praktijk maar ik kan wel kijken naar de hoeveelheid inschrijvingen voor de Iceland Diabetes Challenge. In totaal zijn dat er 350 waarvan 60 type 2'ers en 290 type 1'ers. Dat zijn vijf keer zoveel type 1'ers terwijl er in Nederland tien keer meer type 2'ers zijn dan type 1'ers. Dat kan een aantal dingen aangeven. Ten eerste dat het avontuur voor de type 2'ers iets te heftig te kunnen zijn of dat het mensen met diabetes type 1 meer aanspreekt. Als we misschien een activiteit hadden waar mensen met diabetes type 2 wat meer in de buurt kunnen wandelen zou dat mogelijkerwijs succesvoller zijn.

Interviewer
Dat zie je bij Gezondheidscentrum de Nije Veste en de Nijkerkse Diabetes Challenge waar een lokale interventie is ontwikkeld.

Bas van de Goor
Ja inderdaad. Maar dat zijn vragen die je misschien beter aan internist Henk Bilo kunt stellen omdat hij meer mensen met diabetes in de praktijk ziet en ook de ongemotiveerde mensen. Voor mij geldt dat ik verbaasd ben over de geringe motivatie en dat de beide groepen meer uit elkaar zouden liggen.

Interviewer
Als je kijkt naar het interventie-aanbod is dit natuurlijk wel in de meeste gevallen hoe je mensen aantreft. Dit was de 0-meting. Op welke manier kun jij deze gegevens gebruiken om bijvoorbeeld het interventie-aanbod van de Bas van de Goor Foundation in te richten?

Bas van de Goor
Er is niet veel verschil in de motivatie om in beweging te komen. Of mensen nu sporten vanwege sociale erkenning, gezondheid of uiterlijk. Dat ligt allemaal tussen de 3 en de 5. Dus heeft het volgens mij voor ons niet zoveel zin om in te spelen in de verschillen in motivatie. Dat is voor iedereen toch hetzelfde.

Interviewer
Dat geldt dan als ze eenmaal gemotiveerd zijn. En als je kijkt in het analyse stuk van mijn onderzoek wordt een vergelijk gemaakt met resultaten uit een ander onderzoek en ook een andere organisatie (Insulindependence). Als je daar naar kijkt zie je dan kansen voor de stichting in de toekomst?

Bas van de Goor
Het onderzoek waar het mee vergeleken wordt is met 'gezonde' mensen. Dus mensen zonder diabetes. Ik weet niet of daar wat meer ups en downs in zitten.

Interviewer
Nee het opvallende is dat de hoogste en de laagste scores op dezelfde subschalen gelijk scoren. Dus de deviatie is hetzelfde. Dus uiterlijk is in beide gevallen eigenlijk bepaald als het belangrijkste (met een score tussen de 5 en 5,5). En dat sociale erkenning het laagste scoort, zo rond de 3 tot 4.

Bas van de Goor
Wat je ook kunt zeggen. Wij proberen ervaringen, kennis en inspiratie te delen en wat we veel zien is dat op het moment dat mensen een beter beeld krijgen heeft dat invloed op hun gedrag. Dus op het moment dat mensen aangeven dat gezondheid niet echt een motivatie is om in beweging te komen zou ook kunnen impliceren dat mensen niet weten dat meer bewegen ervoor zorgt dat ze een betere glucose index hebben. Dan zou je dus eigenlijk willen hameren op de positieve bijeffecten op sport namelijk sociale cohesie en dat je er beter uit gaat zien maar dat de kern van het verhaal is dat je gewoon betere gezondheid hebt en complicatie uitstel hebt. Misschien dat we daar nog wat meer op zouden kunnen hameren. Ik begrijp dat als je mensen aanspreekt op hun gezondheid dat dit niet gewaardeerd wordt en niet aanspreekt. Dat is zo'n abstract principe, ver van je bed en niet rechtstreeks meetbaar dat zet niet aan tot gedragsverandering. Al is dat een aanname van me.

Interviewer
En kunnen we onze interventies dan beter invullen als we kijken naar de organisatievergelijking met Insulindependence en de evidence based interventies die in de analyse worden genoemd?

Bas van de Goor
Wat we tot nu toe gedaan hebben is een gevoel dat bij ons leeft vertaald in activiteiten. Dat is niet heel erg vanuit onderzoek gedaan. Ik denk dat het namelijk niet alleen draait om de manier waarop je activiteiten organiseert maar ook hoe je die organiseert en wie het doet. Dat is een belangrijk kern van onze activiteiten. Wat wel meespeelt is het overdragen van kennis en niet alleen dat wij zenden

maar dat wij ook verbinden. Dat ook verpleegkundigen en artsen of trainers informatie kunnen overbrengen. Ik denk dat wij een rol kunnen spelen in een goede diabetesregulatie om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dat is wat wij doen en kunnen. Naar aanleiding van wat je hier ziet kunnen we verbeteren. Ik zou de motivatiegemiddeldes eigenlijk wel van 4,5 naar 5,5 willen brengen. Dat zou al heel mooi zijn. Dat zou een soort van uitdaging voor ons kunnen zijn.

Interviewer
En kan appreciative inquiry daar een rol in spelen?

Bas van de Goor
Weet ik niet. Natuurlijk als het gaat om het verkennen van de vraag bij deelnemers en potentiele deelnemers is het goed om te weten. Als mensen ons niet kennen en niets weten over sport en diabetes dan kunnen we ze wel vragen wat ze willen, maar ze hebben geen idee. Ik vergelijk het dan maar even met Steve Jobs. Die zij: “mensen weten helemaal niet wat ze willen, maar wij gaan ze een iPad bieden.” Dus als je gaat vragen wat mensen willen dan hebben ze vaak geen idee en wij hebben denk ik wel een goed idee. Aan de ene kant moet je niet te veel je oren laten hangen naar wat mensen willen want dan krijg je denk ik standaard antwoorden terug, aan de andere kant is om tijdens je activiteiten alle geluiden op te vangen en daar iets mee te doen. Dus wat dat betreft zou het helemaal niet slecht zijn als wij onze activiteiten zo inrichten dat de volgende activiteiten beter zou moeten zijn. Dat zou je kunnen doen door je aan te passen aan de reden waarom mensen komen. En dat met onze kennis te vertalen in een betere activiteit.

Interviewer
Je kunt het natuurlijk helemaal bij de (potentiele) deelnemer laten liggen maar je kunt ook zeggen van dit zijn de randvoorwaarden en hoe kunnen we jullie daar nu zo goed mogelijk mee bedienen. Op die manier kun je je interventies ook inrichten. Daar op voortbordurend, waar zie jij nog kansen voor ons toekomstig interventie-aanbod?

Bas van de Goor
Ik denk dat je mensen niet in een activiteit moet praten maar het moet leuk zijn om te doen. Als je iets moet doen vanwege bepaald onderzoek of gedachte dan krijg je een aantal mensen mee. Maar als je een positieve gedachte meekrijgt vanuit een activiteit, dan is dat de basis waarom mensen doorgaan met het veranderen van hun leefstijl. En op het moment dat het vanaf het begin hangen en wurgen is omdat het zogenaamd moet dan wordt het vrij lastig. Dat is denk ik wel een kern.

Interviewer
Hoe hoog ga je die drempel dan leggen? Moet je dan al bepaalde basisvaardigheden hebben?

Bas van de Goor
Nee, wij richten ons op alle mensen met diabetes die een waakvlammetje hebben.

Interviewer
Een waakvlammetje voor sport bedoel je?

Bas van de Goor
Ja, dat is een goede. Ik denk niet met een motivatie voor sport maar met de motivatie om een leuk leven te leiden. En mensen die open staan om iets nieuws te leren. Op het moment dat je geweldig viool speelt en nooit sport en wij kunnen je toch raken dan is dat wat wij doen. Als wij ons richten op mensen die sporten leuk vinden dan zouden we toch een hele grote groep die sporten niet leuk vinden of nog niet ontdekt hebben laten liggen terwijl we die toch willen hebben.

Interviewer
Heb jij vanuit jouw expertise in evenementen organisatie voor mensen met diabetes en als ervaringen nog aanvullingen op dit onderzoek?

Bas van de Goor
Nee, volgens mij hebben we alles gehad.

Interviewer
Wat is je algemene beeld?

Bas van de Goor
Het ziet er allemaal super uit. Ik vind het overzichtelijk met functionele tekst. Ik kan me voorstellen dat je de grafieken nog even in een andere vorm giet. Ik ben iets meer van de vorm maar dat is aan jou.

Interviewer
Dank voor het interview. Ik zal het transcript voorleggen ter goedkeuring evenals de uiteindelijke documentatie.

Bas van de Goor
Graag gedaan.

Transcript interview 2 Sasja Huisman

Datum:	Woensdag 14 mei 2014
Tijd:	10.00 uur
Locatie:	Telefonisch interview
Duur:	24 minuten en 39 seconden (netto interview)
Interview	2 van de 3
Interviewer:	Jeroen Flim
Geïnterviewde:	Sasja Huisman
Functie:	Psycholoog Leids Universitair Medisch Centrum
Rol geïnterviewde:	Psycholoog en medisch onderzoeker

Hieronder volgt de uitwerking van het interview met Sasja Huisman. In dit transcript is de inleiding op het gesprek weggelaten en is alleen de netto en effectieve gesprektijd uitgeschreven. Leestekens zijn voor de leesbaarheid van het interview weggelaten.

Interviewer
Ik heb het onderzoek uitgevoerd en met name op de Goal Content for Exercise Questionnaire. De uitkomsten hiervan zijn gepresenteerd in hoofdstuk 4.1. Hoe interpreteer jij deze uitkomsten?

Sasja Huisman
Je zegt in het begin van je scriptie al dat je je focust op een groep die gemotiveerd is om te gaan sporten. Nu weet je dat wetenschappelijk gezien niet helemaal want je hebt deze groep niet onderzocht voor dit onderzoek, maar ik denk dat je wel gelijk hebt dat we hier een groep hebben met een enorme bias. En die bias is natuurlijk, zeker als het gaat om de challengers, belangrijk omdat die mensen al veel motivatie hebben opgebracht om zich in te schrijven en daar uitdagende dingen mee te doen. Dat betekent dat we hier een selectie hebben van een hoog gemotiveerde groep.

Ik denk verder dat als je begint met het gedrag dat je misschien één motivatie hebt om dat te doen of misschien twee. Terwijl ik denk dat motivatie zich als een soort olievlek uitbreid als je dat gedrag langer volhoudt. En dat is denk ik een beetje wat je in jouw onderzoeksresultaten ziet. Dus ik denk dat mensen in eerste instantie misschien wel om gezondheidsredenen begonnen zijn hieraan. Alleen als je eenmaal hieraan begonnen bent, je andere challengers leert kennen, je merkt dat je ook nog lekkerder in je vel komt te zitten en je merkt dat het leuk is om te doen dan komen er denk ik steeds meer motivaties bij die misschien uiteindelijk die hele gezondheidsmotivatie overrulen. Dat kan ik me zeker bij de challengers voorstellen omdat bij alle challengers het sociale stuk ook belangrijk is. Zowel bij de Iceland Diabetes Challenge als in Zwolle en Nijkerk houden mensen met elkaar contact en ik denk dat het daarmee veel groter wordt dan alleen het gezondheidsstuk.

Interviewer
De onderzoekgroep had zich al wel ingeschreven en vlak voor de fysieke testen hebben zij dit onderzoek gedaan. Is dat ook het geval omdat we hier spreken van een 0-meting?

Sasja Huisman
Ik zou denken dat deze resultaten in ieder geval wel blijven en dat we niet gaan zien dat dit zakt. Als het echt een goede 0-meting zou kunnen zijn en mensen zouden elkaar helemaal niet kennen en er is geen contact geweest, dan zou je misschien verwachten dat de uitkomsten iets lager zijn. Dat die olievlek iets minder uitgespreid is. Maar goed ze hebben natuurlijk al wel contact gehad met jullie en misschien al andere mensen gesproken waardoor ze al een stukje verder in dat proces zitten. Wat dat betreft is deze 0-meting niet helemaal een 0-meting. De 0-meting zou echt zijn wanneer ze thuis op de bank zitten en ze op het moment staan om jullie aan te schrijven en deel te nemen. Maar

eigenlijk zodra ze met jullie in contact komen en er zijn enthousiaste reacties kun je niet meer spreken van een 0-meting.

Interviewer
En als je kijkt naar de uitkomsten van de GCEQ. Sluiten deze dan aan bij jouw verwachtingen?

Sasja Huisman
Het valt me mee dat mensen met diabetes type 2 niet afwijken van de mensen met diabetes type 1. Behalve op het uiterlijk en dat vind ik niet een heel onverwacht resultaat dat goed is te verklaren.

Interviewer
En met verklaren bedoel jij mensen hebben vaak diabetes type 2 omdat ze overgewicht hebben dus speelt uiterlijk een belangrijkere rol.

Sasja Huisman
Precies. Als ik met mensen met diabetes type 2 praat dan zeggen ze allemaal ik zit toch niet lekker in mijn vel, ik ben niet echt tevreden over mijn lichaam. Er is eigenlijk niemand die zegt ik ben tevreden zoals het nu is. Iedereen heeft wel doelen, wensen en motivaties om dat te veranderen. En dat is met mensen met diabetes type 1 negen van de tien keer niet het geval. Dat is op zich natuurlijk wel heel begrijpelijk. Maar wat ik er wel van vind dat ze hoog gemotiveerd zijn. Hoger dan ik had verwacht. En wat ik niet helemaal weet want dat zijn natuurlijk de Nijkerk mensen. Nijkerk is nu een ontzettend hechte groep. Waar één ambassadeur heel aan heeft getrokken. Ik weet ook niet wanneer mensen elkaar voor het eerst hebben gezien.

Interviewer
Dat was eigenlijk vrij kort na het meetmoment in Nijkerk. Daarna heeft iedereen de GCEQ-vragenlijst in gevuld. Vrijwel gelijktijdig met de overige groepen. Dus aan het begin van het traject. Vanaf daar zijn er wekelijkse wandelgroepen gestart. De rol van de Nije Veste zal hier ook belangrijk in zijn geweest als externe motivator.

Maar kijkend naar de uitkomsten van de scores. Had jij verwacht dat er hoger gescoord zou worden?

Sasja Huisman
Ik vind dit best hoog. En zeker niet laag. Ik had niet verwacht dat er op baseline hoger gescoord zou worden.

Interviewer
Ok, jij ziet natuurlijk heel veel mensen met diabetes in de praktijk. Is dit dan een goede afspiegeling van hetgeen wat je daar ziet?

Sasja Huisman
Dat is zeker niet het geval. Zeker niet van wat ik zie. Maar net zo goed dat jullie een positieve bias hebben, heb ik een negatieve bias. Want mensen komen eigenlijk alleen maar naar mij als het niet goed gaat en als het ze zelf niet lukt om die motivatie op te brengen. Ik zie daarin een totaal andere groep dan jullie. Wat ik dan wel heel sterk zie is het verschil tussen de type 1 en 2'ers. Dat zien jullie dan in het onderzoek niet terug. Dat is dus misschien ook een stuk van die bias naar boven toe bij jullie. Dat de mensen met diabetes type 2 die zich bij jullie aanmelden van een andere slag is dan de mensen die zich bij mij aanmelden.

Interviewer
En waar zie jij dan verschil, in jouw praktijk, tussen type 1 en 2? Wat zijn dan kenmerkende verschillen?

Sasja Huisman
Wat ik tegen kom is toch echt veel meer psychopathologie en dus ook meer hobbels en belemmeringen in gedragsverandering. Mensen hebben vaak een beperktere en extrinsieke motivatie en kunnen zichzelf slecht motiveren. Zij hebben 'in de volksmond gezegd' weinig discipline. Dat is een gevolg van een heleboel psychologische processen die bij die type 2'ers door die pathologiëen en negatieve ervaringen heel anders worden ervaren.

Interviewer
Verwacht jij dan andere uitkomsten als je de GCEQ vragenlijst in jou praktijk zou afnemen?

Sasja Huisman
Ja zeker weten. Dat zou me echt verbazen als dat niet zo was.

Interviewer
En ook echt significant?

Sasja Huisman
Dat zou ik echt denken ja. Absoluut. Wat misschien nog interessant zou kunnen zijn is om de challengers t.o.v. elkaar te vergelijken. Wat ik daar zou verwachten is dat de Iceland groep heel erg hoog gemotiveerd is en je gemiddelde naar boven trekt. Maar ook mensen die besluiten om een halve marathon te lopen is natuurlijk een bijzondere slag mensen. Dat zijn niet de mensen die ik dagelijks in mijn spreekkamer heb zitten.

Interviewer
Alle ondervraagden hebben natuurlijk een doel in hun agenda gezet om over zes maanden een fysieke inspanning te leveren. Wat denk jij dat hier de invloed van is?

Sasja Huisman
Ik denk dat dit cruciaal is om een doel in je agenda te zetten. Dat is wat jullie als stichting als belangrijkste bijdrage is. Jullie bieden een doel in de agenda waaraan iemand zich committeert. En misschien op dat moment denkt 'ga ik dat nog halen?', maar als je jezelf daaraan hebt gecommitteerd dan moet je eigenlijk wel. Dat is jullie kracht en unique selling point.

Interviewer
En is dat dan ook de manier hoe wij onze toekomstige activiteiten moeten inrichten?

Sasja Huisman
Jullie moeten vooral niet stoppen met te doen wat jullie doen. Want dat is echt hartstikke belangrijk. Jullie geven mensen iets om naar uit te kijken en wat leuk is op zich, maar ook iets dat uitdagend is en uitnodigt tot gedragsverandering. Als mensen zich committeren dan hebben ze al heel veel hobbels overwonnen, maar als het in de agenda staat dan denk ik dat jullie daarin een heel belangrijk proces ondersteunen.

Wat ik wel zat te denken. Hoe gaat dat nu met de Nijkerk groep. Dat is eigenlijk een groep die heel goed gaat en dat zou je willen uitrollen en versterken. Daar heeft jullie stichting zoiets goeds neergezet. Om mensen die totaal inactief zijn en nooit eerder echt hebben gesport om die nu zo fysiek te laten inspannen.

Interviewer
Zouden zij een best practice voor ons kunnen worden?

Sasja Huisman
Ja, absoluut.

Interviewer
En als je kijkt naar de motivatiegegevens. Hoe zouden we die kunnen inzetten om meer achtergrond informatie te krijgen als input voor het interventie-aanbod?

Sasja Huisman
Wat het lastige is dat jullie altijd een positieve bias hebben. Ik denk dat jullie heel veel hoog gemotiveerde type 1'ers hebben. Daar denk ik dat je vergelijkbare resultaten zult krijgen. Mensen die zichzelf al hebben kunnen motiveren om in beweging te komen. De vraag is of het dan heel veel meer waarde heeft om voor die groep nog het heel anders aan te pakken.

Kijkend naar de type 2'ers dan is de vraag hoe 0 is onze 0-meting geweest. Als je echt een 0-meting hebt, waarbij mensen nog niet weten van de activiteit of zich nog niet hebben ingeschreven dan denk ik echt dat ze lager zouden scoren. En ik denk dat wat jullie daarin kunnen bieden is dat jullie via de zorgverlener een stukje extrinsieke motivatie kunnen oproepen. Door jullie organisatie te verbinden aan die van een zorgverlener bieden jullie een stukje betrouwbaarheid en extrinsieke motivatie om je hieraan te committeren. En dan zijn jullie heel erg sterk in het uitbreiden van die motivatie om dat gedrag vol te blijven houden. Dus als jullie dan goede ambassadeurs kunnen inzetten dan komen mensen erachter dat het niet alleen gezond is maar ook nog gezellig. Dat is waar jullie stichting heel sterk in kan zijn. Dus dat mensen beginnen met één beperkte motivatie die van wat moeten van de dokter. Dan zijn jullie er heel goed in om ervoor te zorgen dat die motivatie zich verder uitbreidt.

Interviewer
Ik beschrijf in mijn onderzoek ook het managementmodel Appreciative Inquiry (AI). Moeten wij met AI ook meer kijken naar de wensen en behoeften van de (potentiële) deelnemers? En zou dat kansrijk zijn?

Sasja Huisman
Ik denk dat het niet per se nodig is omdat ik denk dat jullie al heel sterk zijn in het intuïtief aanvoelen van wat haalbaar is en aansluit bij de doelgroep. Op zich hoeft AI niet noodzakelijk te zijn maar aan de andere kant is er natuurlijk niets mis met een meer methodische manier te kijken naar hoe gaan we dingen opzetten en willen we nog iets meer weten over de achtergrond. Dat is prima.

Op sommige punten in je scriptie lijkt het of AI bijna een interventie op zich is terwijl het natuurlijk een middel is of methode om tot een bepaald doel te komen. In die zin moet je het ook niet groter maken dan het is. Het is eigenlijk dat wat jullie nu bedenken en eigenlijk al weten gaan jullie dan met AI nog eens toetsen bij de doelgroep. Maar naar buiten toe is het natuurlijk altijd goed om te laten zien dat jullie methodisch te werk gaan en dat vanuit een bepaald model doen.

Interviewer
Zie jij dan noodzaak om onze activiteiten meer evidence based op te bouwen? Dus meer vanuit wetenschappelijk onderzoek en resultaten die daar geboekt zijn komen tot een interventie-aanbod?

Sasja Huisman
Ik zou niet zo goed weten wat jullie moeten doen om het nog meer evidence based te maken. Eigenlijk moet je het meer omgedraaid zien. Alles wat jullie doen is al evidence based. Je zou kunnen zeggen dat je dat meer benadrukt of anders opschrijft. En ook ten aanzien van motivatie denk ik dat je wel zou kunnen zeggen dat dit evidence based is. Alleen hebben jullie het zelf nooit zo benadert.

Jullie zijn enthousiast en hebben eigen ideeën en werken vanuit daaruit. Het is niet zo dat wat jullie doen niet evidence based is.

Interviewer
Wat er nu niet gebeurt is de monitoring van onze evenement. Dat is iets wat blijft liggen vanwege de snelheid van opeenvolgende evenementen waardoor de evaluatie blijft liggen.

Sasja Huisman
En wat zou je dan willen monitoren?

Interviewer
Met name de succesfactoren en motivatie. Waarom is dit evenement succesvol? Wij bieden daarnaast veel evenementen gratis aan. Maar zouden mensen daar een eigen bijdrage voor over hebben? Om je evenementen financieel dekkend te krijgen en te houden en om te kijken waar nog kansen liggen om het evenement te verbeteren zou dat nog een optie kunnen zijn. Dat soort monitoring zou ik graag nog toevoegen.

Sasja Huisman
Ik denk dat er twee verschillende typen monitoring zijn. Eentje is waarbij jullie zeggen van dat is informatie die ons helpt bij het verbeteren van onze activiteiten. Een andere type informatie is dat als je meer gaat monitoren en meer volgens evidence based dan zou ik kijken of je iets zichtbaar kunt krijgen van wat het effect is van jullie evenementen. Het zij op gedragsniveau het zij op psychologisch niveau. Dat is voor jullie leuk om te weten maar met name belangrijk voor acquisitie, subsidie en lange termijn. En dat op een evidence based manier uitbouwen dat is wel belangrijk. Daar wil ik jullie best eens bij helpen. Maar dat is wel iets anders dan hoe mensen jullie activiteiten beoordelen.

Interviewer
Dat is heel fijn. Tot slot. Heb jij vanuit je expertise nog aanvullingen op het onderzoek?

Sasja Huisman
Nee geen aanvullingen. Ik denk dat je een erg mooie scriptie hebt geschreven. Heel uitgebreid.

Interviewer
Ontzettend bedankt voor je tijd en ondersteuning. Ik zal het transcript voorleggen ter goedkeuring evenals de uiteindelijke documentatie.

Sasja Huisman
Graag gedaan.

Transcript interview 3 Henk Bilo

Datum:	Woensdag 14 mei 2014
Tijd:	13.30 uur
Locatie:	Telefonisch interview
Duur:	16 minuten en 3 seconden (netto interview)
Interview	3 van de 3
Interviewer:	Jeroen Flim
Geïnterviewde:	Henk Bilo
Functie:	Internist Isala Zwolle
Rol geïnterviewde:	Hoogleraar transmurale zorg en internist endocrinologie

Hieronder volgt de uitwerking van het interview met Henk Bilo. In dit transcript is de inleiding op het gesprek weggelaten en is alleen de netto en effectieve gesprektijd uitgeschreven. Leestekens zijn voor de leesbaarheid van het interview weggelaten.

Interviewer
Je hebt mijn onderzoek ontvangen en gelezen. Ik heb voor het onderzoek gebruik gemaakt van de Goal Content for Exercise Questionnaire. Hoe interpreteer jij de resultaten van het onderzoek?

Henk Bilo
Je kunt er op verschillende manieren naar kijken. Je hebt enerzijds het punt dat je deze vragenlijst hebt gebruikt. Anderzijds heb je lijsten waardoor je niet in staat bent om iets te kunnen zeggen over bepaalde omstandigheden die interpretaties kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld als iemand depressief is, dan zou die op deze vragenlijst heel anders antwoord geven dan wanneer hij goed in zijn vel zou zitten. Ik denk dat ik er wat dat betreft voorzichtig in moet zijn om er iets over te zeggen. In zijn algemeenheid kan ik zeggen dat de scores me mee vielen maar we hebben nu te maken met een hele gemotiveerde populatie.

Interviewer
Dat is opvallend want ik had zelf de interpretatie dat de gemiddelde score hoger zou moeten zijn, maar jij en Sasja Huisman geven aan dat de scores best wel hoog zijn. Dus onze interpretaties zijn verschillend.

Henk Bilo
Als jij nu een fantastische spreekbeurt hebt gedaan en je vraagt aan Nederlanders om een cijfer te geven dan zit je waarschijnlijk tussen de 7,8 en 8,2. Nederlanders hebben altijd de neiging om 4/5 tot 3/4 van de maximale score te gaan zitten in het beantwoorden van vragen. In de Verenigde Staten maak je veel meer kans om extremen te scoren, omdat mensen dat ook niet als vreemd zien. Dus het viel mij mee.

Interviewer
En sluiten de uitkomsten aan bij je verwachtingen?

Henk Bilo
Ik had verwacht dat ondanks het feit je een gemotiveerde groep hebt, dat die met type 2 toch iets lager zou uitvallen, zeker ook omdat we deze groep in Nijkerk betrokken hebben. Dat is dan niet de groep waarvan je zou verwachten dat die de marathon zo zouden uitlopen. Dus ik had wel iets andere uitkomsten verwacht waarbij het niet onlogisch is dat een type 1 zich minder zorgen maakt om het effect van sporten op zijn postuur als een type 2. Wat dat betreft zou je de BMI kunnen gebruiken als corrigerende maat. Je kunt dan kijken of mensen met een hogere BMI meer de invloed van sporten zien dan mensen met een lagere BMI. Dat zijn nog andere mogelijkheden.

Interviewer
Jij ziet natuurlijk heel veel mensen in het ziekenhuis, zowel met type 1 als type 2. Herken je de uitkomsten in de praktijk?

Henk Bilo
Type 1 is gewoon onze algemene bevolking, dat moet je altijd voor ogen houden. Voor type 2 geldt dat ik bijna met 100% zekerheid kan zeggen dat de score hier in de praktijk een stuk lager zou zijn.

Interviewer
Om welke reden verwacht je dit?

Henk Bilo
Een deel van deze mensen kijkt alleen naar sport op de tv onder het genot van een pilsje en een zak chips. Dat kan hun interpretatie van sport zijn. Dan is de intrinsieke motivatie om met sport bezig te zijn beduidend minder.

Interviewer
En als je deze vragen aan die mensen voor zou leggen?

Henk Bilo
Ik veronderstel dat de score dan een stuk lager zou zijn. Maar dat zouden we dan een keer moeten uittesten. Daarom begon ik ook met heel voorzichtig te vertellen dat we dit soort dingen voorzichtig moeten interpreteren, maar ik zou dat wel verwachten.

Interviewer
Het gaat om dit geval om een groep gemotiveerde mensen. Nu is dat een groep die we wel vaker zien bij onze Stichting.

Henk Bilo
De boodschap die je als Stichting kunt uitdragen is eigenlijk dezelfde positieve boodschap. Als je maar gemotiveerd genoeg bent dan breng je ook dezelfde spirit met je mee, of je nu type 1 of type 2 hebt.

Interviewer
Op welke manier zouden deze uitkomsten onze activiteiten kunnen beïnvloeden in de toekomst?

Henk Bilo
Niet. Mensen die zaken willen doen op sportief gebied met de BvdgF zullen al een hogere scores hebben. Als je mensen die hier laag op scoren toch zo ver gaat krijgen dat ze in beweging gaan komen dan heb je een nieuw jachtterrein. De mensen met een heel lage motivatie zullen zich ook niet snel melden bij de Stichting. Tot nu toe is het niet de gewoonte geweest, ook al zou je dit kunnen veranderen in de loop van der jaren, om mensen actief te gaan vangen die niet gemotiveerd zijn. Maar er zijn voldoende mensen die het wel willen en daar heb je als kleine club die het goed doet je handen vol aan.

Interviewer
En zou je dan kunnen zeggen dat je mensen met type 2 meer zou moeten aanspreken op het uiterlijk? Is dat een mogelijke conclusie die je kunt trekken?

Henk Bilo
Wij hebben gezien bij de Atlas Diabetes Challenge dat als mensen gaan bewegen eerst minder medicatie nodig hebben en pas daarna gaan afvallen. Primair is het bewegen, het uiterlijk is dus voor

heel veel mensen weliswaar een belangrijk argument maar de verbetering is het bewegen zelf. Je kunt daar vrij subtiel op persoonsniveau mee omgaan. Mensen die fors zijn van zichzelf en dat vreselijk vinden kun je zeggen ga eerst maar eens bewegen dan zal je zien dat je af gaat vallen en minder medicatie nodig hebt. Als je mensen hebt die relatief slank zijn kun je zeggen dat afvallen niet nodig is maar dat je het qua lijf en lede beter doet door te bewegen. Iedere wens vul je dan op een andere manier in.

Interviewer
En als wij onze activiteiten in de toekomst beter willen laten aansluiten aan de behoefte van mensen, moeten we dan meer de activiteiten vanuit mensen zelf laten organiseren of moeten we meer vanuit onze ideeën en onderbuik gevoel doen?

Henk Bilo
Nou, beiden is natuurlijk belangrijk. Het feit dat het nu een succes is, heeft er mede te maken dat jullie met name het tweede gedeelte als belangrijk zien. Het is mooi als het een activiteit is waarin jullie idealen terug te zien zijn. Maar het kan geen kwaad om mensen te vragen wat zij willen. Als de meeste stemmen gelden bij een activiteit en de activiteit past bij de filosofie die je als foundation voor ogen hebt, dan kan dat geen kwaad. Dan kun je dat natuurlijk altijd proberen. Je moet je kernwaarden onverlet vasthouden. Je moet pas met je kernwaarden gaan schuiven als je er zelf van overtuigd bent dat dat nodig is.

Interviewer
Zie jij nog kansen voor de BvdgF voor toekomstige activiteiten?

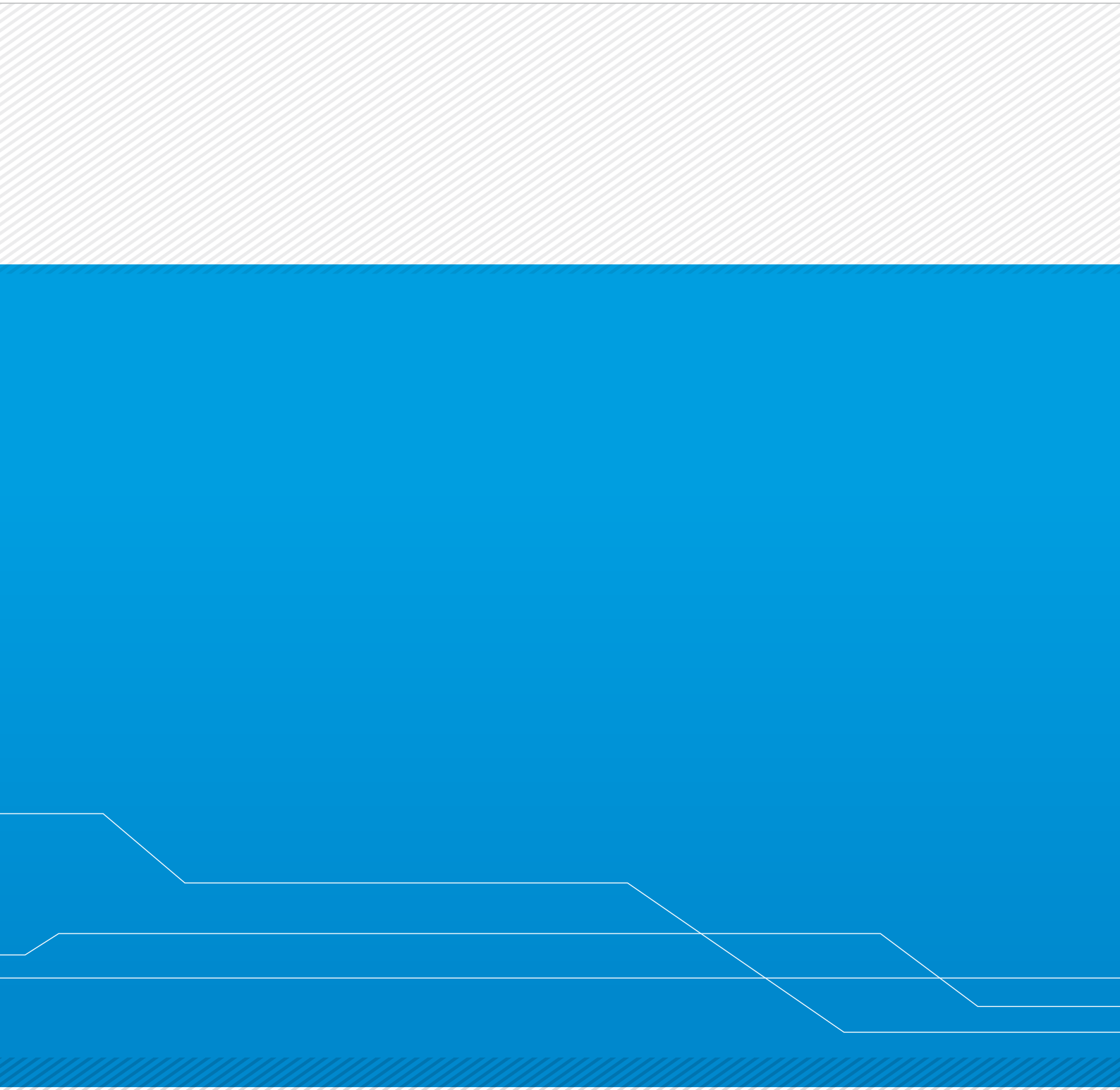
Henk Bilo
Nou, ik vind het positief van het onderzoek dat mensen met type 2 een gelijkwaardige motivatie kennen als mensen met type 1. En dus hoog scoren en de spirit hebben om te willen bewegen. En dat is het type mensen die je als organisatie graag wil begeleiden. Of ze het dan waar maken dat zou moeten blijken, maar dat vond ik een heel positief gegeven van het onderzoek. Of je dat kunt vertellen door te zeggen laat iedereen een vragenlijst in vullen en alleen die mensen die boven de 4 en 4,5 scoren gaan we vanaf nu begeleiden, dat denk ik niet. De antwoorden op de vragen zijn te generiek, te algemeen, om je ook een aanwijzing te geven over welke activiteiten dan passend zijn. We zijn net weer begonnen met het doen van kwaliteitsmetingen voor mensen met diabetes in deze regio. Ik ga 2.500 mensen vragenlijst voorleggen, daar zit geen vragenlijst bij over mensen met diabetes. Het gaat over mensen die diabetes hebben. Er zitten wel een paar lijsten bij die jij in je onderzoek ook hebt afgenomen. Voor je scriptie zou ik het niet doen, maar het geeft je nog een keer ter overweging om nog eens te kijken of er relaties zijn van de uitkomsten van de verschillende lijsten ten opzichte van de dimensies die je aantreft in een WHO5. Dat kan je ook op een spoor helpen. Je hebt bijvoorbeeld bij een aantal uitkomsten van mensen met type 2 een veel hogere standaard deviatie dan bij mensen met type 1. Dat geeft aan dat de diversiteit klaarblijkelijk naar beneden toe, naar ook een beetje naar boven toe, een beetje neigt naar polarisering. En als de lage score bijvoorbeeld komt omdat iemand depressief is, dan kan het zijn dat het veranderen van mensen richting een meer actief leven niet alleen een kwestie is van meer sporten, maar dan is het de vraag of we ze mentaal zo kunnen bereiken dat ze in een minder negatieve spiraal komen. Dan hebben we natuurlijk als voordeel dat jullie zo enthousiast zijn, dat als ze jullie zien al beginnen te glimlachen. Dat is een positief effect. En als je zo'n attitude aanhoudt voelen mensen zich ook niet beschuldigd. Je beschuldigd niet, je vraag alleen hoe we er samen toe kunnen komen dat je je beter gaat voelen of minder zwaar wordt? In plaats van een beschuldigende vraag hoe komt het nou dat je zo dik bent? Wat bij de algemene hulpverlening nog wel eens voorkomt. Ook al is het onbewust, een latent agressieve benadering werkt niet.

Interviewer
Heb jij tenslotte nog aanvullingen op het onderzoek?

Henk Bilo
Ik persoonlijk zou zeggen, ook al heb je het goed gedaan, zou ik toch proberen om een correlatie te berekenen met die andere lijsten. Mochten daar nou interessante dingen uitkomen, dan kun je altijd kijken of je daarvan iets kunt verwerken in je verslag. Je hebt nu een keurig verslag, je hebt een mooie theoretische onderbouwing, maar je vindt niet de hypothese bevestigende getallen.
Maar dat is meer voor je eigen nieuwsgierigheid, door te correleren met andere vragenlijsten zou je afwijkingen misschien wat beter kunnen verklaren. Bij één van je correlaties die je maakt moet je oppassen als je naar diabeteszorg kijkt - misschien moet je ook wel naar BMI kijken - dat je niet doordat je teveel type 1 hebt binnen een bepaalde categorie dat je daardoor een storende factor hebt in je analyse en het trekken van conclusies. En een multivariabele analyse klinkt heel groot, maar als een factor een significante verschil inhoud - dus bij het verder kijken op een andere manier naar de data - moet je altijd jezelf bewust overwegen of je rekening houdt met deze factor als een correctie factor.

Interviewer
Ontzettend bedankt voor je tijd. Ik zal je het transscript toesturen ter bevestiging.

Henk Bilo
Succes met je verdere onderzoek.



WAGNER GROUP
sport management