



IN BEWEGING VOOR DE INCLUSIVITEIT VAN MENSEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING

Een onderzoek naar factoren die een rol spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening

Masha Nägele

Masterscriptie
sociologie, beleids- en
toegepast onderzoek

In beweging voor de inclusiviteit van mensen met een chronische aandoening

Een onderzoek naar factoren die een rol spelen in de sport- en
beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening

Master Sociologie, beleids- en toegepast onderzoek

Masha Nägele
s4205448

Masterscriptie
Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Sociale Wetenschappen

Begeleider Radboud Universiteit Nijmegen: Dr. Mark Visser
Begeleider Mulier Instituut: Drs. Caroline van Lindert

12 juli, 2019

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ‘In beweging voor de inclusiviteit van mensen met een chronische aandoening, een onderzoek naar factoren die een rol spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening’. Deze scriptie is de afronding van mijn master Sociologie, beleids- en toegepast onderzoek, aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hiermee komt een einde aan mijn studietijd. In de scriptie is onderzocht welke factoren een rol spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en geeft hiermee verdieping en nieuwe inzichten, aanvullend op eerder onderzoek.

Het onderwerp van deze scriptie is tot stand gekomen aan de hand van eerder onderzoek waaruit bleek dat de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening achterblijft en uit eigen interesse in gezondheidsongelijkheden in de samenleving. Het Mulier Instituut bood mij ruimte om dit onderzoek uit te voeren en had aangegeven behoefte te hebben aan meer verdieping omtrent dit onderwerp. Het sluit aan op de doelstellingen uit het Sportakkoord, waarin meer aandacht wordt gevraagd voor inclusief sporten en bewegen voor speciale doelgroepen.

Het schrijven van deze scriptie heb ik als leerzaam en bij tijd en wijle stressvol ervaren. Een aantal mensen heeft een grote bijdrage geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie en het doorkomen van deze periode. Ten eerste gaat mijn dank uit naar Mark Visser, mijn begeleider van de universiteit. Door zijn geduld, toewijding en waardevolle feedback heb ik de scriptie tot een goed einde kunnen brengen. Ten tweede wil ik graag Caroline van Lindert bedanken, mijn stagebegeleider van het Mulier Instituut. Haar betrokkenheid, scherpe blik en open houding zijn van groot belang geweest voor mij en deze scriptie. Tot slot wil ik graag mijn stageplek, het Mulier Instituut, bedanken voor het beschikbaar stellen van de data en voor de ruimte en vrijheid die mij werden geboden bij het schrijven van deze scriptie.

Masha Nägele

Nijmegen, 12 juli 2019

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	5
1. Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.1.1 Belang van sport en bewegen.....	8
1.1.2 Sportdeelname.....	9
1.1.3 Bewegdeelname.....	10
1.1.4 Chronische aandoeningen.....	11
1.2 Achtergrond.....	13
1.2.1 Definities.....	13
1.2.2 Belemmeringen.....	16
1.2.3 Beleid.....	16
1.2.4 Interventies.....	18
1.3 Doel van het onderzoek.....	20
1.3.1 Relevantie.....	20
1.3.2 Hoofd- en deelvragen.....	21
2. Theorie en hypothesen.....	23
2.1 Theoretisch kader.....	23
2.2 Verklaringen voor sport- en bewegdeelname.....	28
2.2.1 Biologische factoren.....	28
2.2.2 Psychologische factoren.....	30
2.2.3 Vaardigheden.....	32
2.2.4 Barrières.....	33
3. Onderzoeksmethode.....	40
3.1 Structuur.....	40
3.2 Data.....	40
3.2.1 Gezondheidsenquête.....	41
3.2.2 Nationaal Sportonderzoek.....	42
3.3 Operationalisering.....	43
3.3.1 Gezondheidsenquête.....	43
3.3.2 Nationaal Sportonderzoek.....	58
3.4 Onderzoeksmethode.....	60
3.4.1 Gezondheidsenquête.....	61
3.4.2 Nationaal Sportonderzoek.....	61
4. Resultaten.....	64

4.1 Beschrijvende statistieken Gezondheidsenquête.....	64
4.1.1 Sport- en beweegdeelname.....	64
4.1.2 Biologische factoren.....	65
4.2 Beschrijvende statistieken Nationaal sportonderzoek.....	71
4.2.1 NSO maart 2016.....	71
4.2.2 NSO mei 2017	73
4.2.3 NSO mei 2018	76
4.3 Regressieanalyse Gezondheidsenquête.....	78
4.3.1 Modelopbouw	78
4.3.2 Logistische regressieanalyse sportdeelname	79
4.3.3 Lineaire regressieanalyse beweegdeelname	85
5. Conclusie en discussie	91
5.1 Conclusie.....	91
5.1.1 Factoren	91
5.1.2 Motieven, belemmeringen en behoeften.....	96
5.2 Discussie.....	97
6. Beleidsaanbevelingen.....	102
Appendix A. Bibliografie.....	104
Appendix B. Codering en clusters chronische aandoeningen	111
Appendix C. Overzicht stellingen Nationaal Sportonderzoek	113
Appendix D. Logistische regressieanalyse sportdeelname	118
Appendix E. Lineaire regressieanalyse beweegdeelname	123

Managementsamenvatting

De sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening blijft achter op de sport- en beweegdeelname van mensen zonder chronische aandoening (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Dat terwijl de prevalentie van mensen met een chronische aandoening in de Nederlandse samenleving stijgt en in de komende twintig jaar zal blijven stijgen (RIVM, 2018). In het Sportakkoord van 2017-2021 van kabinet Rutte II staat de verenigende kracht van sport en bewegen centraal (

Bruins, 2018). Hierin wordt de aandacht gericht op inclusief sporten en heeft de Rijksoverheid als doel geformuleerd om het voor mensen met een beperking en chronische aandoening makkelijker en toegankelijker te maken om met plezier te sporten en bewegen (Rijksoverheid, 2018).

Naar aanleiding van deze doelen, de prevalentie van chronische aandoeningen en de achterstand in sport- en beweegdeelname, ontstond de vraag welke factoren een rol spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Het doel van dit onderzoek was dan ook om inzicht en verdieping te verkrijgen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, welke chronische aandoening de grootste belemmering vormt hierbij en om in kaart te brengen wat behoeften en belemmeringen zijn die mensen met een chronische aandoening ervaren met betrekking tot hun sport- en beweegdeelname. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *Welke factoren hebben invloed op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en op welke wijze zou deze groep mensen gestimuleerd kunnen worden om meer te sporten en bewegen?*

Ter beantwoording van deze vraag is gebruik gemaakt van data van de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek van 2014 tot en met 2017 en van het Nationaal Sportonderzoek van het Mulier Instituut uit maart 2016, mei 2017 en mei 2018. De uiteindelijke resultaten zijn gebaseerd op 28.440 respondenten vanaf 18 jaar. Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van een lineaire en logistische regressieanalyse en bivariate analyse.

Uit de resultaten is gebleken dat mensen met een chronische aandoening inderdaad een lagere sportdeelname hebben dan mensen zonder chronische aandoening, gecontroleerd voor een verscheidenheid aan achtergrondkenmerken. De beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening ligt echter niet lager vergeleken met mensen zonder chronische aandoening, zodra wordt gecontroleerd voor de aanwezigheid en ernst van een fysieke beperking. Mensen met een chronische aandoening hebben vaker een fysieke beperking, wat het verschil in wekelijkse beweegdeelname tussen mensen met en zonder aandoening verklaart. Daarnaast speelt multimorbiditeit een belangrijke rol in de sport- en beweegdeelname. Mensen die meer dan één chronische aandoening hebben, hebben zowel een

lagere wekelijkse sport- als beweegdeelname. Als wordt gekeken naar verschillende typen chronische aandoeningen, kan worden gesteld dat mensen met aandoeningen van oog en oor en hart- en vaataandoeningen zowel de laagste sport- als beweegdeelname hebben. Daarnaast is uit de resultaten gebleken dat voornamelijk de ziektelast, opleidingsniveau, ervaren belemmeringen, arbeidsmarktpositie en huishoudsamenstelling een rol spelen en een verklaring kunnen bieden voor het sport- en beweeggedrag van mensen met een chronische aandoening.

Naar aanleiding van het onderzoek is een aantal adviezen opgesteld. Een van de mogelijkheden om een hogere mate van inclusiviteit voor mensen met een chronische aandoening te bereiken, is door bestaande interventies op dit gebied in stand te houden en uit te breiden voor een grotere doelgroep, zoals het Sportloket en de Beweegkuur Fysieke Beperkingen. Daarnaast is het advies om aan mensen met een chronische aandoening de mogelijkheid te bieden om professionele begeleiding te krijgen bij het sporten en voor mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit ook bij het bewegen, of om dit in medisch of therapeutisch verband te doen. Ook wordt aanbevolen om zorgverleners bewuster te maken van het belang van sporten bij mensen met chronische aandoeningen. Ook dienen zij bewuster gemaakt te worden van het belang van bewegen bij multimorbide mensen. Tot slot wordt geadviseerd om mensen met een chronische aandoening en multimorbide mensen zelf voor te lichten over de voordelen van sporten en bewegen. Het is hierbij belangrijk dat de belemmeringen die zij door hun chronische aandoening ervaren minder zwaar gaan wegen, waardoor hun sport- en beweegdeelname gestimuleerd kan worden.

1. Inleiding

Ondanks het feit dat het percentage Nederlanders dat wekelijks aan sport doet door de jaren heen is toegenomen, blijft de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening achter op de sport- en beweegdeelname van mensen zonder aandoening (CBS i.s.m. RIVM, 2017). En dat terwijl de hoeveelheid mensen met één of meer chronische aandoeningen blijft toenemen (RIVM, 2013). Het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is erop gericht mensen te stimuleren om te bewegen en te sporten, ongeacht een aandoening of beperking (Rijksoverheid, 2018). Het is daarom van belang om inzicht te verkrijgen in de lichamelijke activiteit van mensen met een chronische aandoening en welke chronische aandoening de grootste belemmering in sport- en beweegdeelname vormt. Dit is dan ook het doel dat bij de uitvoering van dit onderzoek wordt nagestreefd.

Hierbij is het belangrijk om in kaart te brengen wat de behoeften en belemmeringen zijn voor mensen met een chronische aandoening met betrekking tot hun sport- en beweegdeelname en welke factoren hierbij mede een rol spelen. Voorbeelden van factoren waar dan aan gedacht kan worden, zijn het opleidingsniveau, de arbeidsmarktpositie, de psychische gezondheid, ziektelast en ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Met deze factoren kan onderzocht worden op welke mensen met een chronische aandoening specifiek zou moeten worden gefocust als het gaat om het stimuleren van de sport- en beweegdeelname. Hoewel al veel onderzoek is verricht naar de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, is nog weinig onderzoek verricht naar factoren die mogelijk een rol spelen bij deze relatie. Het is dan ook van belang om hier aandacht aan te besteden. Ook kan het inzicht geven in hoeverre bepaalde factoren zelf juist belemmerend kunnen werken in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Vervolgens kan de stap worden gemaakt naar een plan van aanpak en hoe de belangrijkste doelgroep onder mensen met een chronische aandoening het best kan worden bereikt en gestimuleerd in hun sport- en beweegdeelname. Aan de hand hiervan zullen vervolgens beleidsaanbevelingen worden geformuleerd.

1.1 Aanleiding

In deze paragraaf wordt de aanleiding van het onderzoek besproken. Dit wordt gedaan door ten eerste in te gaan op het belang van sport en bewegen voor mensen met een chronische aandoening, ten tweede door de stand van zaken met betrekking tot de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening toe te lichten en ten derde in te gaan op de prevalentie van

chronische aandoeningen in Nederland.

1.1.1 Belang van sport en bewegen

Het percentage Nederlanders van 12 tot en met 79 jaar dat wekelijks aan sport doet is in de periode tussen 2001 en 2017 licht gestegen (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Als wordt gekeken naar de wekelijkse sportdeelname van mensen met een lichamelijke beperking of chronische aandoening, dan blijft de sportdeelname van deze groepen nog sterk achter op de sportdeelname van mensen zonder chronische aandoening of lichamelijke beperking. Juist voor deze groep mensen is het belangrijk om actief te blijven, omdat bewegen en sport de gezondheid en kwaliteit van leven voor mensen met een chronische aandoening positief kan beïnvloeden (Hollander, Milder en Proper, 2015). Daarnaast kan het de kans op meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) verkleinen (Brandsema, van Lindert en van den Berg, 2017). Verwacht wordt dat de positieve gezondheidseffecten van een actieve leefstijl de zorgkosten en arbeidsongeschiktheid verminderen. Chronische aandoeningen gaan namelijk meestal gepaard met hoge zorgkosten en leiden tot productieverlies op de arbeidsmarkt. Sporten en bewegen is daarom wenselijk bij mensen met een chronische aandoening. Zij zijn echter vaak niet in staat of denken niet in staat te zijn om deel te nemen aan bepaalde sporten en zijn in mindere mate lichamelijk actief (Brandsema et. al., 2017). Mensen met een aandoening voelen zich regelmatig belemmerd om deel te nemen aan sportieve activiteiten. Het is dan ook belangrijk om meer inzicht te krijgen in die belemmeringen en wat mensen met een chronische aandoening zou motiveren om meer sportieve activiteiten te ondernemen.

Daarnaast heeft de sport- en beweegdeelname een belangrijke invloed op sociale contacten, participatie en welzijn. Sport zou in belangrijke mate bijdragen aan sociale binding en onderling vertrouwen (Elling, 2004). Uit onderzoek blijkt echter dat sport geen wondermiddel is en soms juist sociale afstand tussen groepen in stand lijkt te houden. Sport zou dan niet alleen verbinden door identificatie en menging, maar zou ook gepaard gaan met onderscheiding en uitsluiting. Er is gebleken dat mensen met een chronische aandoening minder vaak lid zijn van een sportclub dan mensen zonder chronische aandoening (Brandsema et. al., 2017). 34 procent van de wekelijkse sporters met een chronische aandoening of met een chronische aandoening én een lichamelijke beperking is lid van een sportvereniging (Brandsema et. al., 2017). Dit is in vergelijking met 47 procent van de wekelijkse sporters zonder chronische aandoening en/of lichamelijke beperking aanzienlijk lager. Mensen met een beperking of aandoening lijken op het gebied van sociale contacten bij sportverenigingen een achterstand te hebben ten opzichte van mensen zonder een beperking of aandoening. Een sportvereniging is juist een plek waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, wat de sociale cohesie binnen de samenleving bevordert. Belangrijk is dan ook om

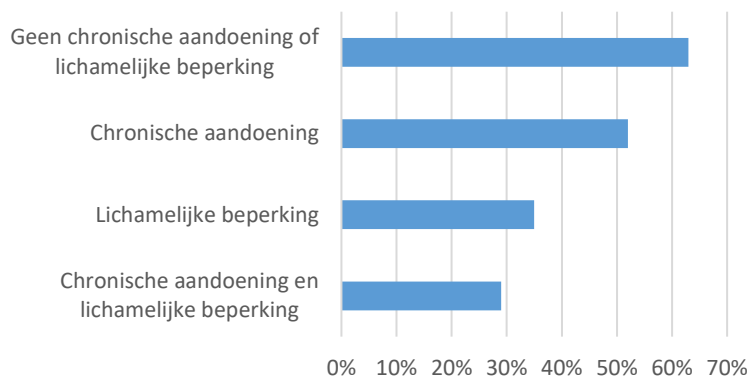
meer inzicht te krijgen in de sportbehoeften van mensen met een chronische aandoening en daar zo goed mogelijk op te focussen in het beleid.

Als laatste punt is sprake van een aanhoudende gezondheidskloof in levensverwachting tussen hoger- en lager opgeleiden (Bruggink, 2012). Hoogopgeleide mensen hebben een levensverwachting die 6 tot 7 jaar hoger ligt dan die van laagopgeleiden. Daarnaast leven hoogopgeleiden ook langer in goede gezondheid dan laagopgeleiden. Vooral veel mensen met een lager opleidingsniveau worden getroffen door een chronische aandoening of multimorbiditeit. Bij mensen met een lager opleidingsniveau komt een chronische aandoening namelijk twee keer zoveel voor vergeleken met mensen met een hoger opleidingsniveau (Bruggink, 2012). Ook als sprake is van een chronische aandoening of lichamelijke beperking leven hoger opgeleiden langer in goede gezondheid dan lager opgeleiden. Het is dan ook belangrijk om ervoor te zorgen dat mensen met een chronische aandoening meer gaan sporten en bewegen, zodat deze gezondheidskloof tussen hoger- en lager opgeleiden kleiner wordt.

1.1.2 Sportdeelname

In figuur 1 is te zien dat in 2017 maar liefst 63 procent van de bevolking zonder chronische aandoening of lichamelijke beperking wekelijks sportieve activiteiten onderneemt (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Dit houdt in één keer of vaker per week aan sport doen. Zodra wordt gekeken naar mensen met een chronische aandoening en/of lichamelijke beperking, dan zakt het aandeel wekelijkse sporters aanzienlijk. Respectievelijk sport 52 procent van de mensen met een chronische aandoening wekelijks, 35 procent van de mensen met een lichamelijke beperking en 29 procent van de mensen die zowel een chronische aandoening als een lichamelijke beperking hebben. Deze percentages liggen aanzienlijk lager ten opzichte van de bevolking zonder chronische aandoening en/of lichamelijke beperking.

Figuur 1. Wekelijkse sporters naar aandoening en/of beperking in procenten (2017)



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM 2017.

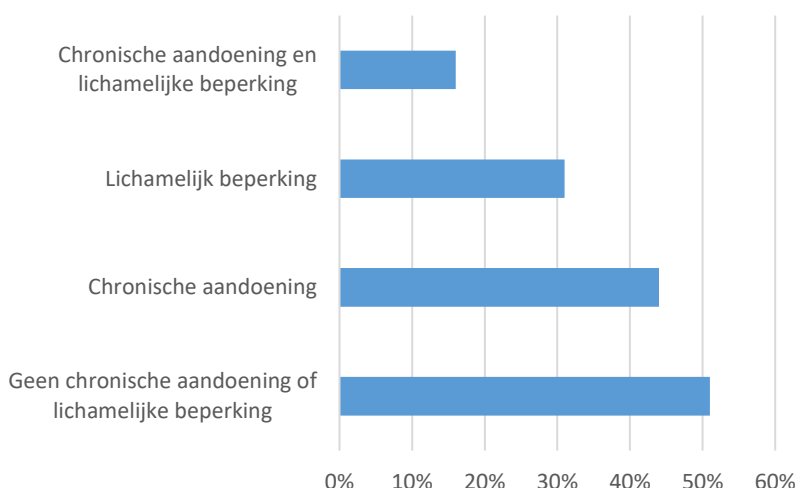
1.1.3 Beweegdeelname

Regelmatige lichaamsbeweging, zowel gericht op uithoudingsvermogen als op kracht, heeft een groot aantal gunstige effecten en is gezond voor alle leeftijdsgroepen (Gezondheidsraad, 2017). Bij volwassenen en ouderen verlaagt bewegen de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressieve gevoelens. Daarnaast houdt veel bewegen een verband met een kleinere kans op borst- en darmkanker en vroegtijdig overlijden. Naarmate de hoeveelheid beweging toeneemt, blijken de gunstige effecten van beweging ook toe te nemen. Ook verbetert bewegen de fitheid en spierkracht van een individu. De meeste gezondheidswinst wordt geboekt door lichamelijk inactieve mensen die actief worden, op zijn minst door matig intensieve beweging. Voor ouderen zorgt beweging voor een kleinere kans op botbreuken en heeft het een gunstig effect op de spierkracht en loopsnelheid. Daarnaast hangt veel beweging bij deze groep samen met een lager risico op lichamelijke beperkingen, cognitieve achteruitgang en dementie. Ook zou veel zitten zo veel mogelijk moeten worden vermeden aangezien het ongunstig is voor de gezondheid (Gezondheidsraad, 2017). Veel zitten hangt namelijk samen met een hoger risico op hart- en vaatziekten en vroegtijdig overlijden. Dit verband wordt zwakker naarmate mensen meer bewegen en is niet aanwezig bij mensen die heel veel bewegen.

Voor veel chronische aandoeningen is voldoende bewegen een manier om de klachten die een patiënt ervaart te verlichten. In de praktijk blijken mensen met een chronische aandoening echter niet alleen minder te sporten dan mensen zonder chronische aandoening, maar ook minder te bewegen (Preller, 2017). In figuur 2 is te zien dat in 2017 maar liefst 51 procent van de bevolking zonder chronische aandoening of lichamelijke beperking aan de Beweegrichtlijnen voldoet. De Beweegrichtlijnen schrijven voor om minstens 150 minuten per week matig intensieve inspanning

te verrichten, minstens twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten te ondernemen (voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen) en veel stil zitten te voorkomen. Zodra wordt gekeken naar mensen met een chronische aandoening en/of lichamelijke beperking, zakt het percentage mensen dat aan de Beweegrichtlijnen voldoet aanzienlijk.

Figuur 2. Voldoen aan de Beweegrichtlijnen naar aandoening en/of beperking in procenten (2017)



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM 2017.

1.1.4 Chronische aandoeningen

In de periode tussen 2005 en 2013 is het percentage mensen met één of meer chronische aandoeningen met 17 procent gestegen (RIVM, 2013). Deze chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen komen vooral onder ouderen vaak voor, echter is deze stijging zichtbaar binnen alle leeftijdsgroepen. Uit het Trendscenario van het RIVM is gebleken dat het aandeel mensen met één of meer chronische aandoeningen tussen 2015 en 2040 zal stijgen van 50 naar 54 procent (RIVM, 2018). Voor deze stijging worden verschillende verklaringen gegeven (RIVM, 2013). Ten eerste speelt de vergrijzing van de samenleving een grote rol. Het aantal ouderen in de samenleving stijgt, waardoor ook de prevalentie van chronische aandoeningen toeneemt. Ten tweede is sprake van meer aandacht voor chronische aandoeningen, waardoor patiënten met milde klachten eerder worden gediagnosticeerd. Ten derde worden aandoeningen en risicofactoren beter behandeld, waardoor patiënten langer blijven leven. Als laatste speelt hierbij ook de bevolkingsgroei een belangrijke rol (RIVM, 2018).

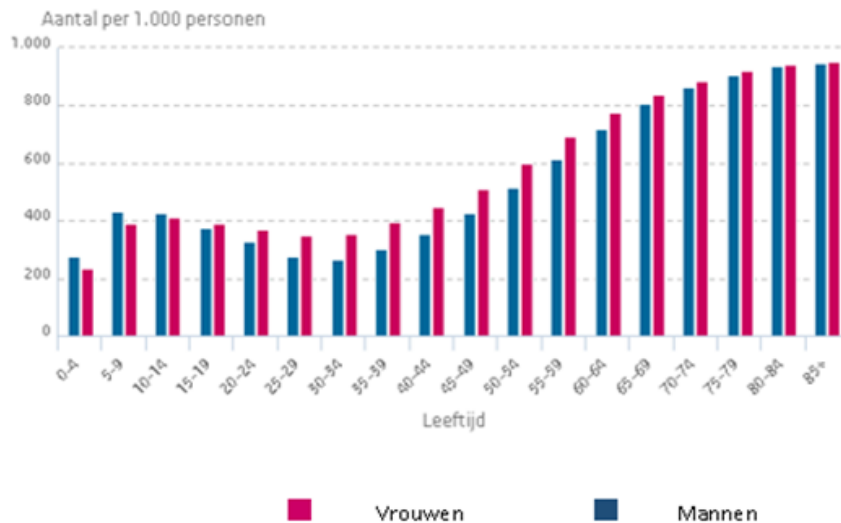
Verder kan de stijging in het percentage mensen met een chronische aandoening deels worden gekoppeld aan de stijging van het percentage Nederlanders met overgewicht in de

afgelopen decennia (Bruggink, 2014). In 2012 had ruim 30 procent van de bevolking vanaf 4 jaar matig overgewicht en 10 procent ernstig overgewicht. De zogenaamde welvaartsziekten, chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, hoge bloeddruk, gewrichtsslijtage en hart- en vaatziekten, komen bij mensen met overgewicht vaker voor dan bij mensen zonder overgewicht. Als steeds meer mensen te maken krijgen met overgewicht, zal het aantal chronische aandoeningen ook toenemen.

Op 1 januari 2016 hadden 8,8 miljoen mensen in Nederland één of meer chronische aandoeningen. Dit komt overeen met 52 procent van de Nederlandse bevolking (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Zoals in figuur 3 is te zien, komen chronische aandoeningen op alle leeftijden voor. Het percentage mensen waarbij sprake is van meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) neemt echter toe met leeftijd. Ruim 90 procent van de mensen van 75 jaar en ouder heeft minstens één chronische aandoening. Onder personen jonger dan 40 jaar ligt de prevalentie rond de 35 procent. Daarnaast is in figuur 3 te zien dat meer vrouwen dan mannen een chronische aandoening hebben. In de leeftijdscategorie van 0 tot 15 jaar zijn meer jongens dan meisjes met een chronische aandoening, maar vanaf 15 tot 65 jaar hebben juist relatief meer vrouwen dan mannen een chronische aandoening. Vanaf 65 jaar verdwijnen de verschillen tussen mannen en vrouwen nagenoeg. Over de gehele bevolking genomen, hebben meer vrouwen dan mannen een chronische aandoening; maar liefst 4,7 miljoen vrouwen (55 procent van alle vrouwen) ten opzichte van 4,1 miljoen mannen (49 procent van alle mannen).

Als wordt gekeken naar de prevalentie van multimorbiditeit in Nederland, dan kan worden geconcludeerd dat bij ruim 52 procent van de mensen met een chronische aandoening sprake is van multimorbiditeit. Dit komt overeen met 27 procent van de Nederlandse bevolking (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Multimorbiditeit komt relatief minder vaak voor bij mensen jonger dan 40 jaar oud, maar ook in deze leeftijdscategorie ligt het percentage nog altijd op gemiddeld 9 procent. Vanaf de leeftijdscategorie van 40 jaar neemt de prevalentie van multimorbiditeit toe en vanaf 65 jaar en ouder heeft ruim twee derde van de mensen meer dan één chronische aandoening. Ook wat betreft geslacht is sprake van meer vrouwen dan mannen waarbij sprake is van multimorbiditeit; 30 procent van de vrouwen (2,5 miljoen vrouwen) versus 24 procent van de mannen (2 miljoen mannen).

Figuur 3. Mensen met één of meer chronische aandoeningen in aantallen op 1 januari 2016



Bron: Nivel Zorgregistratie eerste lijn 2016

Concluderend kan worden gesteld dat dit onderzoek uitgevoerd dient te worden om meerdere redenen. De sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening blijft achter op de sport- en beweegdeelname van mensen zonder chronische aandoening. Dit terwijl de prevalentie van chronische aandoeningen in Nederland stijgt en de komende jaren alleen nog maar verder zal toenemen. Het belang van sport en bewegen voor deze groep mensen in de samenleving dient niet te worden onderschat, waardoor het belangrijk is om middels dit onderzoek meer verdieping te bieden in de huidige situatie en te onderzoeken wat hierbij verbeterd kan worden.

1.2 Achtergrond

In deze paragraaf zal dieper worden ingegaan op de achtergrond van dit onderzoek. Dit zal gebeuren door het formuleren van de definities van sport, bewegen en chronische aandoeningen, door de belemmeringen toe te lichten die worden ervaren bij sport en bewegen bij mensen met een chronische aandoening en door in te gaan op het beleid en bestaande interventies.

1.2.1 Definities

Om duidelijker te krijgen waar dit onderzoek zich precies op focust, is het van belang om uit te lichten wat met sporten, bewegen en chronische aandoeningen wordt bedoeld. Dit zijn algemene definities die hier worden toegelicht. Hoe sporten en bewegen in dit onderzoek precies worden geoperationaliseerd, wordt in hoofdstuk 3 besproken. In deze paragraaf zal dan ook voornamelijk

dieper worden ingegaan op de definiëring van de begrippen en hoe hiervan in het beleid gebruik wordt gemaakt.

Sport

Een definitie van sport is niet eenduidig te geven. Op meerdere domeinen is het verschillend hoe het begrip 'sport' wordt gebruikt en hoe tegen sport wordt aangekeken. In het merendeel van het sport(deelname)onderzoek wordt de definitie van Van Bottenburg gebruikt: *'sport is een menselijke activiteit die veelal plaatsvindt in een specifiek organisatorisch verband maar ook ongebonden kan worden verricht, doorgaans met gebruikmaking van een specifieke 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 desbetreffende activiteit of verwante activiteiten tot ontwikkeling zijn gekomen'* (Hoyng, Roques & van Bottenburg, 2003). Deze definitie biedt nog steeds veel ruimte voor interpretatie en geeft niet specifiek aan wat in onderzoek onder sport moet worden verstaan. Daarom heeft deze definitie geleid tot de volgende operationalisering in de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO): *'activiteiten die u in de afgelopen twaalf maanden heeft beoefend volgens de gebruiken en regels uit de sportwereld'*. Hierbij zijn de antwoordmogelijkheden beperkt tot 44 sporten en wordt ervan uitgegaan dat een sporter een dergelijke activiteit met bepaalde regelmaat verricht (minstens twaalf keer per jaar) (Hoyng en Weghorst, 2016).

Op het gebied van beleid wordt door NOC*NSF bepaald wat wel of geen sport is door aansluiting te zoeken bij de internationale sportdefinitie zoals die wordt gehanteerd door Sportaccord (Hoyng en Weghorst, 2016). Sportaccord heeft als doel om een heldere beschrijving te geven van activiteiten die als sport beschouwd kunnen worden, zonder hier een wetenschappelijke definitie voor te bieden. Om te worden toegelaten tot de lijst met sporten moet een activiteit ten eerste een vorm van competitie hebben, ten tweede niet afhankelijk zijn van een geïntegreerde geluksfactor, ten derde niet worden bepaald door onnodige gezondheid- of veiligheidsrisico's van deelnemers, ten vierde mag het geenszins schadelijk zijn voor een levend wezen en als laatste mag het niet afhankelijk zijn van materiaal wat door één aanbieder wordt geboden. Als beleidsmakers zich zouden beperken tot de bij NOC*NSF aangesloten bonden, dan worden veel historische en moderne vormen van sport en bewegen hiermee uitgesloten, zoals volkssporten en free running. Belangrijk is dan ook om hiermee rekening te houden. Tegenwoordig wordt sportbeleid steeds vaker uitgebreid tot sport- en beweegbeleid. Hierdoor ligt de focus niet alleen meer op de activiteit zelf, maar ook steeds meer op de bijdrage die sport en bewegen kunnen leveren aan de samenleving, bijvoorbeeld ten behoeve van de volksgezondheid en welzijn (Hoyng en Weghorst, 2016).

Bewegen

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen adviseert om minstens vijf dagen per week minimaal een half uur matig intensief te bewegen, bijvoorbeeld door stevig door te lopen. De Fitnorm adviseert om op minstens drie dagen per week minimaal twintig minuten zwaar intensief te bewegen, bijvoorbeeld door hard te lopen. Het voldoen aan de Combinorm kan worden bereikt als aan een van de twee normen, de NNGB of de Fitnorm, of aan beide normen wordt voldaan (Gezondheidsraad, 2017). De Gezondheidsraad heeft aan de hand van recente wetenschappelijke inzichten over de relatie tussen bewegen en gezondheid nieuwe Beweegrichtlijnen opgesteld voor kinderen, volwassenen en ouderen (RIVM, 2017). De raad adviseert om de Beweegrichtlijnen 2017 in plaats te laten komen van de huidige Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de Fitnorm en de Combinorm die nu naast elkaar bestaan in Nederland. De Beweegrichtlijnen voor volwassenen en ouderen zijn als volgt (Gezondheidsraad, 2017):

- ▶ Bewegen is goed, meer bewegen is beter
- ▶ Doe minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel
- ▶ Doe minstens twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen
- ▶ Voorkom veel stil zitten

Bewegen of een lichamelijke activiteit kan worden gedefinieerd als elke lichaamsbeweging door skeletspieren die resulteert in energieverbruik (Hoekman en van den Dool, 2010). In het kader van de Beweegrichtlijnen gaat het hier om activiteiten waarbij een of meerdere grote spiergroepen betrokken zijn. De meeste vormen van lichamelijke activiteit bestaan zowel uit een duur- als een krachtcomponent. Spierversterkende activiteiten omvatten activiteiten van kracht en vermogen, met als doel om het uithoudingsvermogen en de omvang van de skeletspieren te verbeteren. Hierbij kan worden gedacht aan krachttraining of de combinatie van kracht- en duuractiviteiten. Botversterkende activiteiten bestaan uit krachttraining en activiteiten waarbij het lichaam met het eigen gewicht wordt belast.

Chronische aandoeningen

Een chronische aandoening of ziekte kan worden gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Het gaat doorgaans gepaard met pijn, geestelijk lijden, beperkingen in functioneren of andere klachten. De

mate waarin mensen hinder ondervinden verschilt per aandoening en per individu. Multimorbiditeit is een algemene term voor het optreden van één of meer (chronische) aandoeningen bij een individu in een bepaalde periode.

1.2.2 Belemmeringen

Als wordt gekeken naar mensen met een chronische aandoening blijken zij niet alleen minder te sporten dan mensen zonder aandoening, maar ook minder te bewegen. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat hiervoor verschillende redenen zijn (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Een van de redenen is de bezorgdheid dat beweging de klachten van de aandoening zal verergeren of zal zorgen voor pijn en vermoeidheid. Ook is gebleken dat wanneer iemand de gewoonte had om weinig te bewegen voor de diagnose van de aandoening, dat ook na de diagnose de persoon minder geneigd is om te sporten en bewegen (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Mensen die voor de diagnose al gewend waren om regelmatig te sporten en te bewegen, hebben na de diagnose eerder de neiging om dit door te blijven zetten. Motieven voor mensen met een chronische aandoening om wel aan voldoende sporten en bewegen te doen, zijn dat het de gezondheid verbetert of behoudt, zorgt voor meer fitheid en functiebehoud, de zorgbehoefte vermindert en zorgt dat de persoon zo lang mogelijk onafhankelijk kan functioneren. Soms is sprake van gebrek aan kennis bij mensen met een chronische aandoening over de positieve effecten die beweging kan hebben op de aandoening en de klachten. Daarnaast ontbreekt het soms aan kennis over het beschikbare aanbod en over hoe het mogelijk is voor mensen met een chronische aandoening om verantwoord te bewegen (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Ook in dit onderzoek wordt gekeken naar de motieven en belemmeringen die mensen met een chronische aandoening ervaren bij sporten en bewegen. Met behulp van de uitkomsten zal dit vervolgens worden vergeleken met de uitkomsten van het onderzoek van Hoogendoorn en Hollander (2016).

1.2.3 Beleid

In het Regeerakkoord 2017–2021 van kabinet Rutte III wordt meer aandacht gevraagd voor de betekenis die sport heeft voor Nederland (Bruins et. al., 2018). Dit is nader uitgewerkt in het Sportakkoord ‘Sport verenigt Nederland’ (Bruins, 2018). In dit Sportakkoord staat de verenigende kracht van sport en bewegen centraal. Naar aanleiding hiervan zijn zes ambities geformuleerd, namelijk inclusief sporten en bewegen, duurzame sportinfrastructuur, vitale sport- en beweegaanbieders, positieve sportcultuur, van jongs af aan vaardig in beweging en topsport die inspireert. Bij de geformuleerde ambitie ‘inclusief sporten en bewegen’ wordt nadrukkelijk

aangegeven dat de focus ligt op het wegnemen van belemmeringen vanwege leeftijd, fysieke en mentale gezondheid, etnische achtergrond of sociale positie.

Door de aandacht te richten op inclusief sporten, heeft de Rijksoverheid als doel om het voor mensen met een beperking en chronische aandoening makkelijker en toegankelijker te maken om met plezier te sporten en bewegen (Rijksoverheid, 2018). Op het moment voldoet 51 procent van de Nederlanders aan de door de Gezondheidsraad geformuleerde Beweegrichtlijnen en 57 procent van de Nederlanders sport wekelijks (1 keer of vaker sporten per week). Voor mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking liggen de percentages veel lager, zoals eerder in dit hoofdstuk werd besproken. In het Sportakkoord wordt dan ook omschreven wat de plannen zijn om hier iets aan te veranderen. Mensen met een beperking en/of chronische aandoening moeten de mogelijkheid hebben om dichtbij huis te kunnen sporten en bewegen en zo mogelijk bij bestaande sportverenigingen. Daarnaast moet het makkelijker inzichtelijk zijn welk passend sportaanbod in de omgeving te vinden is (Rijksoverheid, z.d.).

Beide doelen zijn de kern geweest van het gehandicaptensportbeleid 'Grenzeloos Actief' van het ministerie van VWS (Rijksoverheid, z.d.). Dit beleid heeft zich van 2015 tot en met 2018 gericht op de match tussen vraag en aanbod, het vergaren en verspreiden van kennis over de doelgroep, het passend en toegankelijk maken van het sportaanbod, het intensiever inzetten van buurtsportcoaches en de Sportimpuls middels het programma Sport en Bewegen in de Buurt. Het doel van Grenzeloos Actief was dat in 2019 een landelijk dekkende structuur zou zijn van 43 regionale samenwerkingsverbanden waarbij de vraag naar en het sport- en beweegaanbod voor mensen met een beperking werd gematcht. Van de 43 regio's hebben 41 regio's een stimuleringsbudget ontvangen voor het opzetten, uitbreiden of versterken van de regionale samenwerking (van Stam, van Lindert en Brandsema, 2018). In september 2018 waren 41 regionale samenwerkingsverbanden actief.

Met het programma Sport en Bewegen in de Buurt wilde het ministerie van VWS zorgen dat een gezonde keuze ook een makkelijke keuze zou worden en dat hiermee mensen zouden worden gestimuleerd in het hebben van een actieve en gezonde leefstijl (Rijksoverheid, z.d.). Buurtsportcoaches moesten hierbij zowel jong als oud stimuleren om meer te gaan sporten en bewegen. Inmiddels is ook dit programma in 2018 afgerond, maar de buurtsportcoaches worden nog steeds ingezet onder de Brede Regeling Combinatiefuncties. Naar aanleiding van de gestelde doelstellingen zijn betrokkenen, zoals gemeenten en buurtsportcoaches, positief (van Stam et. al., 2018). Gemeenten waarbij buurtsportcoaches actief zijn, zijn van mening dat het sportaanbod van een hogere kwaliteit is geworden vergeleken met de tijd zonder buurtsportcoaches. Zij merken op dat door de inzet van de buurtsportcoaches de sportdeelname is gestegen en dat de

buurtsportcoaches zelf de maatschappelijke betekenis van sport steeds meer benutten. Wel geven zij hierbij aan dat het slechts indicaties zijn van de effecten van het programma en dat hierbij nog geen causaal verband kan worden vastgesteld. Ondanks de positieve reacties van experts en gemeenten, blijkt namelijk toch dat burgers de buurtsportcoach vaak niet kennen (van Stam et. al., 2018).

Daarnaast werd bij het programma Sport en Bewegen in de Buurt de subsidieregeling Sportimpuls verstrekt (van Stam et. al., 2018). Deze regeling zou voor twee jaar financiële ondersteuning bieden aan lokale sport- en beweegaanbieders bij het opzetten van activiteiten voor mensen die niet of nauwelijks sporten en om hierdoor meer mensen langdurig te laten sporten en bewegen. De verplichting die aan deze subsidie vast zat, was dat zij dan ook gebruik moesten maken van erkende interventies. De Sportimpuls is beëindigd na de ronde van 2018, maar de uitvoering van lokale projecten die in 2018 zijn gestart loopt nog door tot 2020. Nieuwe aanvragen worden echter niet meer uitgevoerd (van Stam et.al., 2018).

Op het moment heeft de Brede Regeling Combinatiefuncties nog een belangrijke rol in het Sportakkoord (Sport en bewegen in de buurt, 2018). Het is een instrument dat in bijna alle deelakkoorden wordt ingezet om de beoogde doelen te behalen (Bruins et. al., 2018). Hiermee wordt de inzet van buurtsportcoaches, combinatiefunctionarissen en cultuurcoaches vanaf 2019 uitgebreid en gewaarborgd en zal gericht zijn op het bevorderen van inclusief sporten en bewegen en het versterken van sport- en beweegaanbieders (Sport en bewegen in de buurt, 2018). De Brede Regeling Combinatiefuncties kan hierdoor bijdragen aan het behalen van de doelstellingen die door het kabinet zijn geformuleerd. De kracht van de regeling zit voornamelijk in het kunnen leveren van lokaal maatwerk en het creëren van een verbinding tussen verschillende sectoren, zoals sport, welzijn, cultuur, onderwijs, zorg en sociale zaken (Bruins et. al., 2018). Hierbij spelen zowel de gemeenten, het Rijk als lokale ondernemers een rol om een steentje bij te dragen.

1.2.4 Interventies

Verschillende interventies zijn opgezet die gericht zijn op het stimuleren van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en/of lichamelijke beperking. Een daarvan is de interventie Revalidatie, Sport en Bewegen die van 2012–2015 heeft plaatsgevonden en is inmiddels in meerder ziekenhuizen en revalidatiecentra geïmplementeerd. Dit is een bewegen- en sportstimuleringsprogramma voor mensen met een chronische aandoening en/of een lichamelijke beperking (Stichting Special Heroes Nederland, z.d.). Het programma richt zich op het structureel aanbieden van bewegen en sport aan revalidanten, zowel tijdens als na het revalidatieproces. Hiermee wordt de revalidant gestimuleerd om te sporten en te bewegen,

waardoor een blijvende actieve leefstijl steeds meer een vast onderdeel wordt van het dagelijks leven.

Een belangrijk onderdeel van het programma is het contact met het Sportloket, waar revalidanten tijdens het revalidatieproces al mee te maken krijgen (ReSpAct, z.d.). Een Sportloket vormt de schakel tussen de zorgsector en de sportwereld en biedt de revalidant persoonlijke begeleiding van een sport- en beweegconsulent bij het ontwikkelen en aannemen van een actieve leefstijl. Het uiteindelijke doel dat hiermee bereikt dient te worden is het realiseren van een structurele gedragsverandering bij revalidanten. Bij deze Sportloketten kan informatie en advies worden gegeven over de mogelijkheden om te sporten en te bewegen, hoe een actieve leefstijl gerealiseerd kan worden en wat de sportmogelijkheden zijn in de buurt. Op 18 verschillende locaties in Nederland is het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geïmplementeerd, zowel in ziekenhuizen als revalidatiecentra. Hierbij zijn ook Beweeg- en Sportloketten op de locaties gerealiseerd (ReSpAct, z.d.).

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat revalidanten door Revalidatie, Sport en Bewegen meer zijn gaan sporten en bewegen en sprake is van een zichtbare verhoging van de dagelijkse activiteit. Dit gold niet alleen ten tijde van de revalidatie, maar ook na het ontslag (Stichting Special Heroes Nederland, z.d.). Bij het aflopen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen hebben 16 van de 18 betrokken instellingen het programma gecontinueerd en daarnaast hebben minimaal 7 andere instellingen het programma binnen hun organisatie geïmplementeerd. Het betreft hier echter een interventie die gericht is op revalidatiecentra en verschillende revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen. Een groot deel van de mensen met een chronische aandoening komt niet in aanmerking voor revalidatie, waardoor hierbij een groot deel van de mensen met een chronische aandoening waarschijnlijk niet wordt betrokken.

Een andere interventie die zich richt op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening is BeweegKuur Fysieke Beperkingen. Bij deze interventie betreft het een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een aan gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (Loketgezondleven.nl, 2019). Hierbij wordt getracht gedragsverandering te realiseren met behulp van Motivational Interviewing. Het doel is het boeken van gezondheidswinst door meer bewegen, gezonde voeding en het aanleren van een actieve leefstijl. Het betreft hier echter een interventie die slechts gericht is op leefstijl gerelateerde gezondheidsproblemen en dergelijke chronische aandoeningen, wat bij veel mensen met chronische aandoeningen niet per se van toepassing is. Dergelijke interventies zouden dan ook mogelijk een groot deel van de mensen met een chronische aandoening niet bereiken.

1.3 Doel van het onderzoek

In deze paragraaf zal uitgebreider worden ingegaan op het doel van het onderzoek. Dit zal gebeuren door ten eerste in te gaan op de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek. Vervolgens zullen de hoofdvraag en de deelvragen worden geformuleerd die in dit onderzoek beantwoord zullen worden.

1.3.1 Relevantie

Al veel is bekend over de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, maar nog weinig onderzoek is verricht naar factoren die mogelijk een rol spelen in deze relatie. Het is namelijk mogelijk dat factoren deze relatie beïnvloeden. Wellicht zorgt niet de chronische aandoening direct voor een verminderde sport- en beweegdeelname, maar zorgt de chronische aandoening voor een verminderde psychische gezondheid, wat vervolgens een effect heeft op de sport- en beweegdeelname. Of wellicht is de relatie tussen chronische aandoeningen en de sport- en beweegdeelname verschillend voor mensen die wel een partner hebben in vergelijking met mensen die geen partner hebben. Aan de hand van onder andere deze factoren kan verder worden uitgediept en verklaard waar de problemen liggen voor mensen met een chronische aandoening omtrent de sport- en beweegdeelname en op welke mensen met een chronische aandoening specifiek zou moeten worden gefocust in het beleid. Op deze manier kunnen mensen met een chronische aandoening die risico lopen op een verminderde sport- en beweegdeelname vroeg worden geholpen en kunnen zij worden begeleid op de gebieden waar behoefte aan is.

Ook wordt in voorgaande onderzoeken voornamelijk gefocust op mensen met chronische aandoeningen in het algemeen (Hoogendoorn en de Hollander, 2016). Chronische aandoeningen kunnen enorm van elkaar verschillen wat betreft bijvoorbeeld de ziektelast en de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Het doel van dit onderzoek is dan ook om onder andere te kijken welke chronische aandoening zorgt voor de minste sport- en beweegdeelname. Op deze manier kan heel concreet worden gemaakt wat voor deze groep van belang is om hun sport- en beweegdeelname te stimuleren en hoe dit kan worden aangepakt.

Tot slot wordt in voorgaande onderzoeken voornamelijk gefocust op vooraf geselecteerde chronische aandoeningen waarbij mensen konden aangeven of zij deze aandoening hadden of niet. Hierbij zijn de open antwoorden, waarbij mensen zelf konden aangeven welke chronische aandoening zij hadden, veelal niet meegenomen. Hierdoor is een breed spectrum aan chronische aandoeningen buiten beschouwing gelaten, terwijl dit belangrijke en veelvoorkomende aandoeningen zijn die mogelijk een grote impact hebben op de sport- en beweegdeelname. Een ander doel van dit onderzoek is namelijk om een breder beeld te krijgen van mensen met een chronische aandoening en hun sport- en beweegdeelname. Belangrijk is om hier alle

veelvoorkomende chronische aandoeningen in het vizier te krijgen en te bekijken wat het effect van deze aandoeningen is op de sport- en beweegdeelname.

1.3.2 Hoofd- en deelvragen

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de sport- en beweegdeelname van mensen met chronische aandoeningen en welke chronische aandoening de grootste belemmering in die sport- en beweegdeelname vormt. Hierbij wordt gekeken naar verschillende factoren die hier mogelijk een rol bij spelen en wordt getracht in kaart te brengen wat behoeften en belemmeringen zijn die mensen met een chronische aandoening ervaren met betrekking tot hun sport- en beweegdeelname. Om dit te onderzoeken is de volgende hoofdvraag opgesteld:

- ▶ Welke factoren hebben invloed op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en op welke wijze zou deze groep mensen gestimuleerd kunnen worden om meer te sporten en bewegen?

Deze hoofdvraag wordt stapsgewijs beantwoord. Bij de eerste stap wordt er een brede inventarisatie uitgevoerd op het gebied van mensen met een chronische aandoening en hun sport- en beweegdeelname. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gegevens afkomstig uit de Gezondheidsenquête van het CBS van 2014 tot en met 2017. Om bovenstaande hoofdvraag verder te concretiseren, zijn voor dit deel van het onderzoek de volgende deelvragen opgesteld:

- ▶ Hoe is het gesteld met de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening?
- ▶ Welke chronische aandoening heeft het grootst negatieve effect op de sport- en beweegdeelname?
- ▶ Welke factoren spelen een rol bij de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening?

Bij de tweede stap van het onderzoek betreft het een analyse van de behoeften, ervaren belemmeringen en motieven omtrent sporten en bewegen van mensen met een chronische aandoening. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gegevens afkomstig uit het Nationaal Sportonderzoek, uit maart 2016, mei 2017 en mei 2018. Voor dit deel van het onderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- ▶ Wat zijn de behoeften, belemmeringen en motieven van mensen met een chronische aandoening wat betreft sporten en bewegen?
- ▶ Hoe kunnen mensen met een chronische aandoening worden gestimuleerd om meer te sporten en te bewegen?

2. Theorie en hypothesen

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader worden geschetst, waarbij met behulp van literatuur, theorie en eerder onderzoek de hypothesen geformuleerd zullen worden die betrekking hebben op de eerder geformuleerde onderzoeksvragen. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met het conceptueel model van het onderzoek, waarin de hypothesen zichtbaar zijn gemaakt.

2.1 Theoretisch kader

Het brede theoretische kader van dit onderzoek wordt geschetst aan de hand van het Integrated Change Model, ook wel het I-Change model genoemd. Het gaat ervan uit dat gedragingen van mensen worden bepaald door iemands motivatie of intentie om een bepaald gedrag uit te voeren (de Vries, Mesters, van de Steeg en Honing, 2005). Het I-Change model is afgeleid van het model van attitude (A), sociale invloed (S) en eigen effectiviteit (E), ook wel het ASE-model genoemd (Sassen, 2004). Dit model gaat ervan uit dat de intentie tot het vertonen van bepaald gedrag uiteindelijk leidt tot het daadwerkelijk uitvoeren van dat gedrag (Kenniscentrum Sport, 2015a). Beide modellen worden veel in de gezondheid gerelateerde gedragsverandering toegepast. In dit onderzoek wordt het I-Change model gebruikt om de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening te verklaren. Hierbij wordt eerst een uitstapje gemaakt naar het ASE-model, dat ten grondslag ligt aan het I-Change model. Vervolgens zal het I-Change model worden gebruikt om verwachtingen te formuleren over de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening.

Het ASE-model

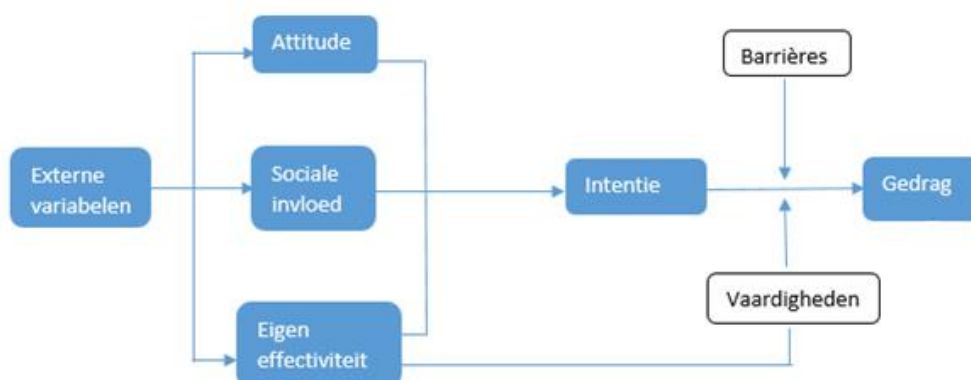
Het model van attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit kan worden gebruikt om de mogelijkheden tot gedragsverandering te doorgronden en is gebaseerd op de *theory of planned behavior* en de *social learning theory* (Sassen, 2004). De *theory of planned behavior*, ook wel de theorie van gepland gedrag genoemd, gaat er vanuit dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen voorspeld kan worden aan de hand van attitudes ten opzichte van het gedrag, subjectieve normen en de perceptie van gedragscontrole (Ajzen en Fishbein, 1980). De *social learning theory* is gebaseerd op het idee dat we leren van onze interacties met anderen in een sociale context (Nabavi, 2012). Door het gedrag van anderen te observeren, ontwikkelen mensen hetzelfde gedrag. Na het observeren van het gedrag, nemen mensen het gedrag in zich op en gaan het imiteren.

In het ASE-model is sprake van drie verschillende gedragsdeterminanten: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit, die volgens het model de intentie bepalen. Dit is ook zichtbaar in

figuur 4. Hierin wordt duidelijk waar het ASE-model verder gaat dan de *theory of planned behavior* en de *social learning theory* en hoe beide theorieën zijn gecombineerd bij de vorming van het model. De gedragsdeterminant ‘sociale invloed’ uit het ASE-model is gebaseerd op de *social learning theory*, die stelt dat mensen leren van interacties met anderen in een sociale context en door gedrag van andere mensen te observeren hetzelfde gedrag ontwikkelen (Nabavi, 2012). De gedragsdeterminanten ‘attitude’ en ‘eigen effectiviteit’ uit het ASE-model zijn gebaseerd op de *theory of planned behavior*, die stelt dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen voorspeld kan worden aan de hand van attitudes ten opzichte van het gedrag (attitude) en dat het gedrag dat mensen vertonen sterk wordt beïnvloed door het vertrouwen dat mensen in zichzelf hebben met betrekking tot het vertonen van bepaald gedrag (de eigen effectiviteit) (Ajzen en Fishbein, 1980).

De intentie kan worden gedefinieerd als de bedoeling van mensen om bepaald gedrag te vertonen. Aan de hand hiervan kunnen gedragsveranderingen het best worden voorspeld (Sassen, 2004). De intentie tot gedrag hebben, betekent dat er een plan is om bepaald (nieuw) gedrag te vertonen (Kenniscentrum Sport, 2015a). In het geval van dit onderzoek kan het plan om meer te bewegen en sporten als voorbeeld worden genomen. Als er voldoende positieve aspecten aan het gedrag kleven, dan is het mogelijk dat mensen de intentie krijgen om het gedrag ook daadwerkelijk te gaan vertonen. Maar op weg naar het vertonen van dat gedrag, is het mogelijk dat het om wat voor reden toch niet lukt om dat gedrag te vertonen of bestaand gedrag te veranderen. Het is mogelijk dat sprake is van te veel of te hoge drempels, in figuur 4 ook wel barrières genoemd, of dat sprake is van een gebrek aan vaardigheden om het gedrag daadwerkelijk te gaan vertonen (Kenniscentrum Sport, 2015a).

Figuur 4. Het ASE-model



Bron: Sassen, B. (2004). Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen.

Het begrip attitude kan in het model worden gedefinieerd als een aangeleerde houding om consistent gunstig of ongunstig te reageren op bepaald gedrag (Ajzen en Fishbein, 1980). Om de

intentie tot bepaald gedrag te hebben, is het in eerste instantie belangrijk dat sprake is van een positieve attitude of houding ten aanzien van dat gedrag (Kenniscentrum Sport, 2015a). Als sporten en bewegen een individu genoeg oplevert en geen sprake is van grote bezwaren, dan kan worden gesproken over een positieve attitude ten aanzien van sporten en bewegen. Het hebben van een positieve attitude over bepaald gedrag wil alleen niet zeggen dat dat gedrag ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Attitudes zijn zowel gebaseerd op ervaringen als op gewoonten en overtuigingen, ook wel *beliefs* genoemd (Kenniscentrum Sport, 2015a). Er kan hierbij sprake zijn van verschillende soorten beliefs, namelijk cognitieve beliefs (gerelateerd aan kennis), affectieve beliefs (gerelateerd aan gevoel en emotie) en conatieve beliefs (gerelateerd aan gedrag).

Het begrip sociale invloed geeft in het model de mate weer waarin een persoon wel of niet instemt met de opvattingen van zijn of haar sociale omgeving (Sassen, 2004). Bij deze factor speelt dus de mening van anderen een rol (Kenniscentrum Sport, 2015a). De sociale omgeving kan op verschillende manieren invloed uitoefenen op een individu, namelijk via een subjectieve norm, sociale steun, sociale druk en via *modelling* (gedrag van rolmodellen overnemen). Maar de sociale invloed wordt niet alleen bepaald door wat anderen echt vinden, maar ook door wat een individu denkt dat de omgeving vindt, ook wel normative beliefs genoemd (Kenniscentrum Sport, 2015a).

Het begrip eigen effectiviteit betreft de verwachting of overtuiging van een individu in hoeverre hij of zij in staat is om succesvol het gedrag te vertonen dat nodig is om tot een bepaalde uitkomst te komen (Bandura, 1998). De eigen effectiviteit is nodig om het voorgenomen gedrag, de intentie tot gedrag, uit te kunnen voeren (Kenniscentrum Sport, 2015a). Hierbij gaat het er om wat een individu denkt te kunnen en niet wat daadwerkelijk mogelijk is. Als sprake is van een geloof in eigen kunnen, de eigen effectiviteit, dan wordt de kans op de intentie om bepaald gedrag te vertonen groter. Daarnaast heeft de eigen effectiviteit effect op de vaardigheden van een individu, die het gedrag kunnen beïnvloeden. Vanuit de *theory of planned behavior* zijn nog twee factoren bij de eigen effectiviteit te onderscheiden, namelijk de control beliefs en de power of control (Kenniscentrum Sport, 2015a). Control beliefs heeft betrekking op de mate waarin mensen denken zelf de capaciteiten en mogelijkheden te bezitten om bepaald gedrag uit te voeren, zoals kennis en vaardigheden. De power of control is de mate waarin mensen de kennis en vaardigheden denken te kunnen beïnvloeden.

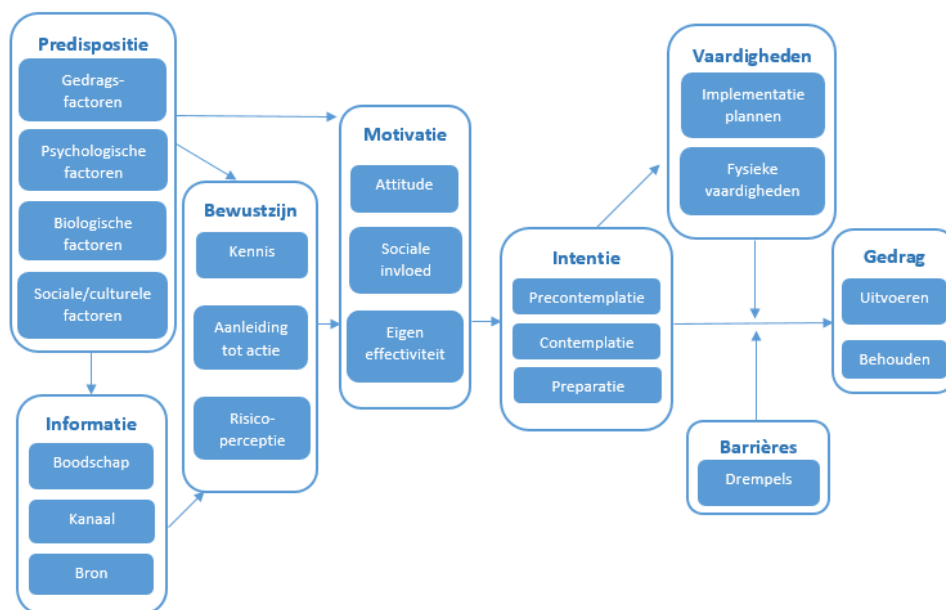
Daarnaast kan de gevormde intentie worden beïnvloed door barrières en een gebrek aan vaardigheden, die de gedragsverandering in de weg kunnen zitten (Kenniscentrum Sport, 2015a). Bij een gebrek aan vaardigheden kan gedacht worden aan de fysieke onmogelijkheid om te bewegen en te sporten of om in ieder geval voldoende te bewegen en te sporten. Ook kan het hier een gebrek aan vaardigheden betreffen omtrent tijdsmanagement, bijvoorbeeld dat er niet genoeg tijd overblijft

om voldoende te sporten en te bewegen. Bij barrières kan worden gedacht aan een gelimiteerd sportaanbod in de buurt of niet de mogelijkheden hebben om zonder begeleiding op locatie te kunnen sporten.

Het I-Change model

Het I-Change model, ook wel het Integrated Change Model in volledigheid, is een meer uitgebreid vervolg op het ASE-model (de Vries, Mesters, van de Steeg en Honing 2005). Het geeft een overzicht van wat er komt kijken bij de keuze die we maken om ons gedrag te veranderen, zoals meer sporten en bewegen (Kenniscentrum Sport, 2015b). Zoals genoemd, worden volgens het I-Change model gedragingen van een individu bepaald door iemands motivatie of intentie om bepaald gedrag uit te voeren (de Vries et.al., 2005). Gedrag is het resultaat van de intenties en vaardigheden van een individu. Intenties kunnen variëren van het niet overdenken van gedragsverandering tot het overdenken om gedrag op zeer korte termijn te veranderen. In figuur 5 staat het I-Change model afgebeeld (de Vries et.al., 2005). Hierin is te zien dat de intentie uit verschillende fases bestaat, namelijk de precontemplatie, contemplatie en preparatie (Kenniscentrum Sport, 2015b). Precontemplatie houdt in dat nog geen sprake is van een echte intentie om gedrag te veranderen, contemplatie houdt in dat wordt nagedacht over nieuw gedrag maar dat hierop nog geen actie wordt ondernomen en in de fase van preparatie worden plannen gemaakt voor nieuw gedrag.

Figuur 5. Het I-Change model



Bron: de Vries, Mesters, van de Steeg en Honing (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model.

Net als in het ASE-model, is ook in het I-Change model sprake van vaardigheden en barrières die de intentie tot gedrag kunnen beïnvloeden (de Vries et.al., 2005). Zowel de capaciteiten van een individu, zoals het kunnen plannen van bepaalde acties om het gewenste gedrag te kunnen vertonen en deze acties te implementeren, als de daadwerkelijke vaardigheden vergroten de kans dat de intenties worden omgezet in acties. Een barrière in fysieke vaardigheden kan deze kansen juist verkleinen. In het model is te zien dat de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit van het ASE-model ook in het I-Change model zijn opgenomen. Dit zijn de hoofdzakelijke factoren die de motivatie van een individu bepalen (de Vries et.al., 2005).

De motivatie van een individu wordt volgens het I-Change model bepaald door veel verschillende factoren, onderverdeeld in bewustzijn, informatie en predispositie (de Vries et.al., 2005). De externe factoren uit het ASE-model zijn hier in het I-Change model onderverdeeld in drie verschillende categorieën van factoren. Met bewustzijn wordt onder andere bedoeld dat sprake moet zijn van kennis over het gedrag, in dit geval kennis over sport en bewegen (Kenniscentrum Sport, 2015b). Hierbij kan gedacht worden aan kennis over wat het gedrag inhoudt en waar en hoe het uitgevoerd kan worden. Ook dient sprake te zijn van een bepaalde mate van risicoperceptie, zoals inzien wat het risico is van te weinig bewegen. Daarnaast is het mogelijk dat een gebeurtenis aanleiding geeft tot het ondernemen van actie, zoals het besef dat het niet meer mogelijk is soepel de trap op te komen (Kenniscentrum Sport, 2015b). Het bewustzijn wordt beïnvloed door informatie (Kenniscentrum Sport, 2015b). Hierbij dient de boodschap helder te zijn en inhoudelijk aan te sluiten op de beleavingswereld van het individu. Daarnaast is het belangrijk dat de boodschap afkomstig is van een bron waarvan we wat aan willen nemen en moet het kanaal (medium) waarmee de boodschap is verspreid te vertrouwen zijn, wil een individu de boodschap serieus nemen.

Tot slot nog de predispositie, waarbij het in het I-Change model gaat om gedragsfactoren, psychologische factoren, biologische factoren en sociaal-culturele factoren (Kenniscentrum Sport, 2015b). Het gaat hier om factoren die in de meeste gevallen niet zelf te beïnvloeden zijn, maar wel kunnen verklaren waarom het ene individu zich sneller laat beïnvloeden dan een ander. Bij gedragsfactoren kan worden gedacht aan hoe een individu zich in het verleden heeft gedragen (leefstijl), bij psychologische factoren kan worden gedacht aan of iemand van nature meer een sporter is dan een ander (persoonlijkheidsfactoren), bij biologische factoren kan worden gedacht aan geslacht of leeftijd en bij sociaal-culturele factoren kan worden gedacht aan de verschillen tussen culturen in sport maar ook hoe tegen sport en bewegen wordt aangekeken, ook op beleidsniveau.

2.2 Verklaringen voor sport- en beweegdeelname

Aan de hand van het I-Change model zullen in deze paragraaf de hypothesen over de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening worden afgeleid. Hierbij zal dieper worden ingegaan op de predispositie uit het I-Change model met betrekking tot de biologische en psychologische factoren, en op de vaardigheden en barrières die de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening mogelijk beïnvloeden.

2.2.1 Biologische factoren

Volgens het I-Change model worden de motivatie en het bewustzijn van een individu onder andere beïnvloed door biologische factoren. Deze biologische factoren hebben een indirect effect op het gedrag dat een individu vertoont, zoals de mate van sport- en beweegdeelname. De biologische factoren waar in dit onderzoek op gefocust wordt met betrekking tot het sport- en beweeggedrag, zijn of er bij een individu sprake is van één of meer chronische aandoeningen, wat de ziektelast is die de chronische aandoening met zich mee brengt en voor welk cluster van chronische aandoeningen deze ziektelast het grootst is. In deze paragraaf zullen aan de hand van literatuur en eerder onderzoek hypothesen worden geformuleerd over deze biologische factoren.

Chronische aandoening

Mensen met een chronische aandoening hebben te maken met een bepaalde mate van ziektelast ten gevolge van hun aandoening. Onder ziektelast wordt de hoeveelheid gezondheid verstaan die mensen met een chronische aandoening gemiddeld verliezen gedurende een normaal verwachte levensduur (Vijgen, Heesch en Obradovic, 2018). Mensen kunnen door hun chronische aandoening gezondheid verliezen in termen van toekomstige levensjaren en kwaliteit van leven. Het hebben van een chronische aandoening is een biologische factor die volgens het I-Change model indirect de motivatie en het bewustzijn over sport en bewegen beïnvloedt. Dit zorgt voor de verwachting dat de intentie om te sporten en te bewegen voor mensen met een chronische aandoening wordt beïnvloed door hun chronische aandoening en de ziektelast die daarbij komt kijken. De verwachting is dan ook dat mensen met een chronische aandoening minder zullen sporten en bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de eerste hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 1.

Mensen met een chronische aandoening (H1a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H1b) bewegen

minder dan mensen zonder chronische aandoening.

Multimorbiditeit

Multimorbiditeit is gerelateerd aan een slechtere kwaliteit van leven, een hogere mate van zorggebruik en een verhoogde kans op sterfte (Schram, de Waal, Craen, Deeg en Schellevis, 2008). Daarnaast zorgt het gebruik van meerdere geneesmiddelen op een verhoogd risico op interacties en bijwerkingen. Op basis hiervan is de verwachting dat mensen die meerdere chronische aandoeningen hebben en waarbij dus sprake is van multimorbiditeit, een hogere ziektelast ervaren dan mensen met één of geen chronische aandoening. Aangezien sprake is van meerdere aandoeningen, is de verwachting dat ook de hoeveelheid ziektelast ten gevolge van de aandoeningen groter is ten opzichte van mensen met één of geen chronische aandoening. De verwachting is dan dus ook dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit minder zullen sporten en bewegen dan mensen met één of geen chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 2.

Mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit (H2a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H2b) bewegen minder dan mensen zonder of met één chronische aandoening.

Cluster van chronische aandoeningen

Veelvoorkomende hartaandoeningen zijn verantwoordelijk voor de meeste ziektelast in Nederland, uitgedrukt in het aantal Disability Adjusted Life Years (DALY's). De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. Het aantal DALY's per ziekte bestaat uit de som van het aantal jaren dat mensen korter leven door de ziekte en het verlies aan kwaliteit van leven door de ziekte (Volksgezondheidszorg.info, 2015). Door deze ziektelast en het verlies aan kwaliteit van leven, is de verwachting dat mensen met hart- en vaataandoeningen minder sporten en bewegen dan mensen met andere chronische aandoeningen. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 3.

Mensen met hart- en vaataandoeningen (H3a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H3b) bewegen het minst ten opzichte van mensen met andere chronische aandoeningen.

Ziektelast

Daarnaast is de verwachting dat de mate van ziektelast een verklaring kan bieden voor de relatie tussen het hebben van een chronische aandoening of het hebben van een hart- en vaataandoening

en de sport- en beweegdeelname. Ziektelast is een biologische factor die volgens het I-Change model indirect de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening kan beïnvloeden (Volksgezondheidszorg.info, 2015). De verwachting is daarom dat de ziektelast van mensen met een chronische aandoening of een hart- en vaataandoening een verklaring kan bieden voor een afname in motivatie en daarmee ook de intentie om te sporten en bewegen afneemt. Dus het hebben van een chronische aandoening of een hart- en vaataandoening heeft een effect op de mate van ziektelast, wat zorgt voor een lagere sport- en beweegdeelname onder mensen met een chronische aandoening of hart- en vaataandoening. Naar aanleiding hiervan kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd:

Hypothese 4.

Mensen met een chronische aandoening (H4a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H4b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit wordt verklaard door een hoge ziektelast.

Hypothese 5.

Mensen met hart- en vaataandoeningen (H5a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H5b) bewegen het minst ten opzichte van mensen met andere chronische aandoeningen en dit wordt verklaard door een hoge ziektelast.

2.2.2 Psychologische factoren

Volgens het I-Change model worden de motivatie en het bewustzijn van een individu ook beïnvloed door psychologische factoren. De psychologische factoren hebben net als de biologische factoren een indirect effect op het gedrag dat een individu vertoont. De psychologische factor waar in dit onderzoek op gefocust wordt met betrekking tot het sport- en beweeggedrag, is de mate van psychische gezondheid van een individu.

Psychische gezondheid

Dat sprake is van een positief effect van sport en bewegen op het psychisch welzijn van een individu is al meerdere malen uit onderzoek gebleken (Graham, Kremer en Wheeler, 2008). Sport en bewegen hebben een belangrijke invloed op zowel de persoonlijke gezondheid als de volksgezondheid en worden steeds meer gezien als een middel om veelvoorkomende sociale en psychische problemen, zoals depressie, en gezondheidsproblemen aan te pakken. Ook voor mensen met een chronische aandoening is er bewijs dat regelmatige beweging en activiteit kan zorgen voor het verbeteren van de aandoening en de kans op multimorbiditeit verkleint (Graham et.al., 2008). Door ondanks de chronische aandoening voldoende te bewegen kan de kwaliteit van leven verbeteren en de levensduur worden verlengd. Mensen die voldoende aan sport doen kunnen

hiermee hun energieniveau en fysieke fitheid substantieel opbouwen (Abdou Omorou et. al., 2013). Sporten heeft positieve effecten op de gezondheid, reduceert de kans op vroegtijdig overlijden en het kan helpen bij het verbeteren van de gezondheid. Ook voor mensen met een chronische aandoening wordt sport geassocieerd met een verbeterde functionele capaciteit, gezondheidsbevordering, het opbouwen van sociale relaties, toegenomen optimisme en participatie in betekenisvolle activiteiten.

Mensen met een chronische aandoening hebben een verhoogde kans op het krijgen van psychische klachten (Voordouw, van Osch en Terweij, 2005). Het hebben of krijgen van een chronische aandoening is een ingrijpende gebeurtenis, wat vergeleken kan worden met het verliezen van een naaste, een scheiding of ontslag. Een chronische aandoening hebben en nooit meer helemaal gezond worden is voor de meeste mensen lastig te accepteren. Bij het leren omgaan met de symptomen en gevolgen van de aandoening is sprake van een verwerkingsproces, waarbij ontkenning, opstandigheid, neerslachtigheid en aanvaarding een rol spelen. Voor de meeste mensen met een chronische aandoening betreft het hier een proces dat niet wordt afgerond, maar alsmaar doorloopt. Gezien deze situatie blijkt dat bij veel mensen met een chronische aandoening psychische en psychiatrische problematiek voorkomt (Poppelaars en Kapitein, 1995).

Naast deze psychische problematiek komt ook fysieke inactiviteit onder mensen met een chronische aandoening veel voor (Herring et al, 2012). Sporten is voor zowel mensen met psychische klachten als voor mensen met een chronische aandoening niet vanzelfsprekend (Vloet, 2018). Vaak is sprake van een laag vertrouwen in eigen kunnen en angst voor vooroordelen van andere sporters. De sportdeelname van mensen met psychische klachten blijft dan ook vaak nog achter. En dat terwijl uit onderzoek is gebleken dat sport en bewegen een werkzame middelen zijn om psychische problemen omtrent de chronische aandoening te kunnen beheersen, een persoonlijke identiteit op een positieve manier te kunnen behouden en contact met anderen en het eigen lichaam te kunnen maken. Sport en bewegen kan op deze manier de ontwikkeling van de aan ziekte gerelateerde psychische problemen beperken (Graham et.al., 2008).

De verwachting is dat de verminderde psychische gezondheid van mensen met een chronische aandoening een verklaring kan bieden voor de verminderde sport- en beweegdeelname. Hierbij is de verwachting dat mensen met een chronische aandoening minder sporten en bewegen dan mensen zonder chronische aandoening, omdat zij een minder goede psychische gezondheid ervaren dan mensen zonder chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 6.

Mensen met een chronische aandoening (H6a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H6b) bewegen

minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit wordt verklaard door een verminderde psychische gezondheid.

Daarnaast wordt verwacht dat de mate waarin de psychische gezondheid verminderd is, een belangrijke rol speelt in de relatie tussen het hebben van een chronische aandoening en de sport- en beweegdeelname. Hierbij is de verwachting dat de verschillen tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening in hun sport- en beweegdeelname groter worden als de psychische gezondheid afneemt. Vergeleken met mensen zonder chronische aandoening, hebben mensen met een chronische aandoening een verhoogde kans op het krijgen van psychische klachten en is sporten voor hen minder vanzelfsprekend (Voordouw et.al., 2005; Vloet, 2018). Daarom wordt verwacht dat voor mensen met een chronische aandoening en een verminderde psychische gezondheid de sport- en beweegdeelname lager ligt dan voor mensen zonder chronische aandoening en een verminderde psychische gezondheid. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 7.

Mensen met een chronische aandoening (H7a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H7b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit effect is sterker naarmate de psychische gezondheid afneemt.

2.2.3 Vaardigheden

In het I-Change model is sprake van vaardigheden die de intentie tot gedrag kunnen beïnvloeden. Bij deze vaardigheden kan worden gedacht aan capaciteiten en vaardigheden die de kans op het plannen en implementeren van gedrag vergroten, waardoor de intenties omgezet kunnen worden in acties. De vaardigheid waar in dit onderzoek aandacht aan wordt besteed, is het opleidingsniveau van mensen met een chronische aandoening.

Opleidingsniveau

Mensen met een hoger opleidingsniveau sporten meer dan mensen met een lager opleidingsniveau (Poel et.al., 2018). Ook voldoen groepen met een hoger opleidingsniveau doorgaans vaker aan de Bewegrichtlijnen dan groepen met een lager opleidingsniveau. In het vertonen van bepaald gezondheidsgedrag, in dit geval sport- en beweeggedrag, zitten verschillen tussen lager en hoger opgeleiden. Er zijn verschillende mechanismen die een verklaring kunnen bieden voor deze opleidingsverschillen met betrekking tot het gezondheidsgedrag. Met betrekking tot het opleidingsniveau en de gezondheidsvaardigheden zal één mechanisme nader worden toegelicht.

Dit mechanisme heeft betrekking op het kennis- en competentieverschil tussen lager en hoger opgeleiden op het gebied van gezondheid (Kraaykamp, Meuleman en André, 2018). Voor

mensen met een lager opleidingsniveau geeft het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie veel problemen (Rademakers, 2014). Daarnaast hebben veel lager opgeleiden moeite om zelf de regie te voeren over hun gezondheid, ziekte en zorg. Ze hebben hierbij minder kennis, motivatie en zelfvertrouwen dan mensen die een hogere opleiding hebben genoten. Lager opgeleiden weten minder goed hoe ze gezondheidsproblemen kunnen voorkomen, en als sprake is van een ziekte of aandoening dan weten ze minder goed wat de mogelijke oorzaken en behandelingen zijn. Ze hebben meer moeite met het aannemen van een actieve houding ten aanzien van hun eigen gezondheid, ziekte en zorg dan mensen met een hoger opleidingsniveau (Rademakers, 2014). Hoger opgeleiden bezitten dus niet alleen meer informatie en vaardigheden over gezond gedrag, maar zij zijn ook beter in staat om hier naar te kunnen handelen dan mensen met een lager opleidingsniveau. Daarnaast is de toegankelijkheid tot gezondheidsinformatie voor lager opgeleiden beperkter, omdat dit voor deze groep minder goed te vinden is en moeilijker is om te begrijpen (Kraaykamp et.al., 2018).

De verwachting die al eerder is gesteld, is dat mensen met een chronische aandoening minder sporten en bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Aan de hand van bovenstaand mechanisme is de verwachting dat het effect van een chronische aandoening op de sport- en beweegdeelname wordt verzwakt door een hoger opleidingsniveau. Mensen met een chronische aandoening én een hoger opleidingsniveau zullen meer kennis en bewustzijn hebben over de positieve effecten van sport en bewegen. Deze vaardigheden zullen de kans op het implementeren van gezond gedrag vergroten ten opzichte van mensen met een chronische aandoening en een lager opleidingsniveau, die niet of in mindere mate over deze vaardigheden beschikken. De verwachting is dan ook dat het negatieve effect van een chronische aandoening wordt gebufferd door een hoger opleidingsniveau en dat mensen met een hoger opleidingsniveau en een chronische aandoening een hogere mate van sport- en beweegdeelname hebben dan mensen met een lager opleidingsniveau en een chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 8.

Mensen met een chronische aandoening (H8a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H8b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit effect is zwakker voor mensen met een hoger opleidingsniveau dan voor mensen met een lager opleidingsniveau.

2.2.4 Barrières

Naast de vaardigheden is in het I-Change model ook sprake van barrières die de intentie tot gedrag kunnen beïnvloeden. Een barrière in fysieke vaardigheden kan voor mensen met een chronische

aandoening de kans dat intenties worden omgezet in actie verkleinen. Deze barrières kunnen de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening beïnvloeden. De barrières waar in dit onderzoek aandacht aan wordt besteed, zijn de ervaren belemmeringen, de arbeidsmarktpositie en de huishoudsamenstelling van mensen met een chronische aandoening.

Belemmeringen

Barrières die bij mensen met een chronische aandoening effect kunnen hebben op hun sport- en beweegdeelname, hebben te maken met de belemmeringen ten gevolge van hun aandoening. De ervaren belemmeringen kunnen hierbij dus een barrière vormen in de relatie tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag. Uit onderzoek van het RIVM zijn verschillende belemmeringen gebleken die zorgen voor de verminderde sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Individuele belemmeringen die door deze groep worden ervaren zijn pijn en vermoeidheid, motorische beperkingen en de angst om de gezondheidsklachten te verergeren, te vallen of iets op te lopen. Ook blijkt uit onderzoek dat de motivatie van mensen met een chronische aandoening een belemmering kan zijn en dat ze niet altijd de gewoonte hebben gehad om te sporten en te bewegen, sporten niet leuk of belangrijk vinden, het nut van bewegen niet inzien en soms veronderstellen al genoeg te bewegen (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Daarnaast hebben mensen met een chronische aandoening vaak het gevoel niet mee te kunnen komen in de sport- of beweegactiviteit.

Ook worden belemmeringen ervaren met betrekking tot de omgeving, zoals de weersomstandigheden of luchtkwaliteit voor mensen met COPD en een gebrek aan toegankelijke accommodaties waarbij rekening wordt gehouden met aandoeningen (Hoogendoorn en Hollander, 2016). Al met al kan geconcludeerd worden dat mensen met een chronische aandoening verscheidene belemmeringen ervaren die hun sport- en beweegdeelname negatief kunnen beïnvloeden. De verwachting is dan ook dat de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven een verklaring kunnen bieden voor de verminderde sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Ook wordt verwacht dat de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven een verklaring kunnen bieden voor de verwachte verminderde sport- en beweegdeelname van mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit en van mensen met hart- en vaataandoeningen. In dit onderzoek zal dan ook meer verdieping worden geboden omtrent de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven door niet alleen te kijken naar het hebben van een chronische aandoening, maar door ook te kijken naar in hoeverre belemmeringen een verklaring kunnen bieden als sprake is van multimorbiditeit en hart- en vaataandoeningen. Onderstaande hypothesen bouwen daarom voort op reeds geformuleerde hypothesen 1, 2 en 3. Naar aanleiding hiervan kunnen de volgende

hypotheses worden geformuleerd:

Hypothese 9.

Mensen met een chronische aandoening (H9a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H9b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit wordt verklaard door de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven.

Hypothese 10.

Mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit (H10a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H10b) bewegen minder dan mensen zonder of met één chronische aandoening en dit wordt verklaard door de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven.

Hypothese 11.

Mensen hart- en vaataandoeningen (H11a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H11b) bewegen het minst ten opzichte van mensen met andere chronische aandoeningen en dit wordt verklaard door veel ervaren belemmeringen in het dagelijks leven.

Arbeidsmarktpositie

Participatie op de arbeidsmarkt is een belangrijke levensinvulling en wordt geassocieerd met een hogere mate van welzijn. Het biedt een inkomen, sociale contacten, sociale status, een dagelijks ritme en geeft in veel gevallen een betekenis aan het leven (Campen en Cardol, 2009). Gezondheidsproblemen blijken de participatie op de arbeidsmarkt te beïnvloeden. Mensen met chronische aandoening participeren minder op de arbeidsmarkt en ervaren minder welzijn dan mensen zonder chronische aandoeningen. Daarnaast hebben mensen met chronische aandoeningen meer moeite om werk te vinden dat past bij hun interesses en competenties vergeleken met gezonde mensen (van Lindert, Lambooy en Westert, 2006). Ook werken zij minder uren per week en verzuimen ze langer (Maurits, Rijken en Friele, 2013).

Deze verminderde participatie op de arbeidsmarkt voor mensen met een chronische aandoening en de belemmeringen die zij ervaren bij het vinden en uitvoeren van betaald werk hebben gevolgen voor de financiële situatie waarin zij zich bevinden. In hoeverre zij wel of niet participeren in betaalde arbeid heeft namelijk invloed op het verwerven van een inkomen en daarmee op de inkomenspositie (Cozijnsen et.al., 2015). Daarnaast hebben mensen met een chronische aandoening regelmatig extra zorgkosten die ook een negatieve invloed kunnen hebben op hun inkomenspositie. Het inkomen heeft daarbij effect op de mate van sociale participatie van een individu. Naarmate het inkomen lager is, daalt hiermee ook de sociale participatie (Moonen, 2010). Zo blijkt dat hoe lager het inkomen is, des te minder aan sport wordt gedaan. Een

verminderde arbeidsmarktpositie voor mensen een chronische aandoening heeft dus vaak niet alleen een lager inkomen tot gevolg maar ook een verminderde sportdeelname.

Naast de economische zelfstandigheid, zorgt participatie op de arbeidsmarkt ook voor zingeving in het leven (Harbers en Hoeymans, 2014). Gezondheidsproblemen kunnen belemmerend zijn voor de maatschappelijk participatie, zoals op het terrein van betaalde of onbetaalde arbeid en op het gebied van sportparticipatie. Een verminderde arbeidsparticipatie kan leiden tot ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Het hebben van een chronische aandoening kan dus zorgen voor een verminderde arbeidsparticipatie en daarmee voor een ongunstige arbeidsmarktpositie. Een ongunstige arbeidsmarktpositie, zoals niet werken, gaat gepaard met verschijnselen van stress, sociaal isolement en een lagere maatschappelijke betrokkenheid (de Beer, 1999). De positie op de arbeidsmarkt heeft dus ook effect het welbevinden van een individu.

De verwachting is dat mensen met een chronische aandoening minder sporten en bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Aan de hand van bovenstaande is de verwachting dat de arbeidsmarktpositie van mensen met een chronische aandoening een verklaring biedt voor deze verminderde sport- en beweegdeelname. Daarnaast wordt verwacht dat het effect van een chronische aandoening op de sport- en beweegdeelname wordt versterkt door een ongunstige positie op de arbeidsmarkt. Mensen met een chronische aandoening en een ongunstige positie op de arbeidsmarkt zullen minder financiële hulpbronnen, minder welbevinden en ook een verminderde maatschappelijke participatie hebben. Deze factoren zullen de kans op het vertonen van gezond gedrag verkleinen ten opzichte van mensen zonder chronische aandoening, die meer financiële hulpmiddelen, meer welbevinden en een goede maatschappelijke participatie zullen hebben. De verwachting is dan ook dat het negatieve effect van een chronische aandoening wordt vergroot door een ongunstige positie op de arbeidsmarkt en dat mensen met een ongunstige positie op de arbeidsmarkt en een chronische aandoening een lagere mate van sport- en beweegdeelname hebben dan mensen met een gunstige positie op de arbeidsmarkt en een chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd:

Hypothese 12.

Mensen met een chronische aandoening (H12a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H12b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit wordt verklaard door hun minder gunstige positie op de arbeidsmarkt.

Hypothese 13.

Mensen met een chronische aandoening (H13a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H13b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit effect is sterker voor mensen met een ongunstige positie op

de arbeidsmarkt dan voor mensen met een gunstige positie op de arbeidsmarkt.

Huishoudsamenstelling

In de volwassen levensfase zijn er veel gebeurtenissen die effect hebben op de sport- en beweegdeelname (Condello et al., 2017). Voorbeelden van dergelijke gebeurtenissen zijn het krijgen of verliezen van een partner en het krijgen van kinderen. Beide gebeurtenissen vormen een tijdsbeperking voor de sport- en beweegdeelname. Zo blijkt dan ook dat de sportdeelname van volwassenen lager is dan de levensfasen ervoor en dat het gebrek aan tijd vanwege verplichtingen ten opzichte van werk en familie hen er het meest van weerhoudt om te gaan sporten (Poel et.al., 2018). Uit eerder onderzoek blijkt dat het hebben of ervaren van weinig tijd ook deels een kwestie is van prioriteit, maar de tijdsfactor blijkt wel samen te hangen met de sportdeelname (Breedveld en Mulleneers, 2011). Ouders met jonge kinderen ervaren vaker een gebrek aan tijd dan volwassenen zonder kinderen en voor veel van deze ouders is dit een reden om niet vaker te gaan sporten (Poel et. al., 2018).

Aangezien mensen met een chronische aandoening sowieso al minder sporten en bewegen dan mensen zonder chronische aandoening, is dan ook de verwachting dat het hebben van een partner en/of kinderen ten opzichte van het niet hebben van een partner en/of kinderen invloed heeft op deze relatie. Ten eerste wordt verwacht dat het effect van deze relatie sterker is voor mensen met een partner dan voor alleenstaanden, dus dat mensen met een chronische aandoening en een partner minder sporten en bewegen dan mensen met een chronische aandoening die alleenstaand zijn. Mensen met een chronische aandoening en een partner zullen een grotere tijdsbeperking ervaren, omdat zij meer verplichtingen hebben ten opzichte van familie, namelijk hun partner, en sprake is van een ziektelast ten gevolge van de chronische aandoening. Dit zal de kans op een hoge sport- en beweegdeelname verkleinen ten opzichte van mensen zonder chronische aandoening, die ook een partner hebben maar geen chronische aandoening. De chronische aandoening zorgt zelf namelijk al voor de nodige ziektelast en daarmee voor een extra verplichting en restrictie in de tijd. De verwachting hierbij is dus dat het negatieve effect van een chronische aandoening op de sport- en beweegdeelname wordt versterkt door het hebben van een partner en dat mensen met een partner en een chronische aandoening een lagere mate van sport- en beweegdeelname hebben dan alleenstaanden met een chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 14.

Mensen met een chronische aandoening (H14a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H14b) bewegen

minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit effect is sterker voor mensen met een partner dan voor alleenstaanden.

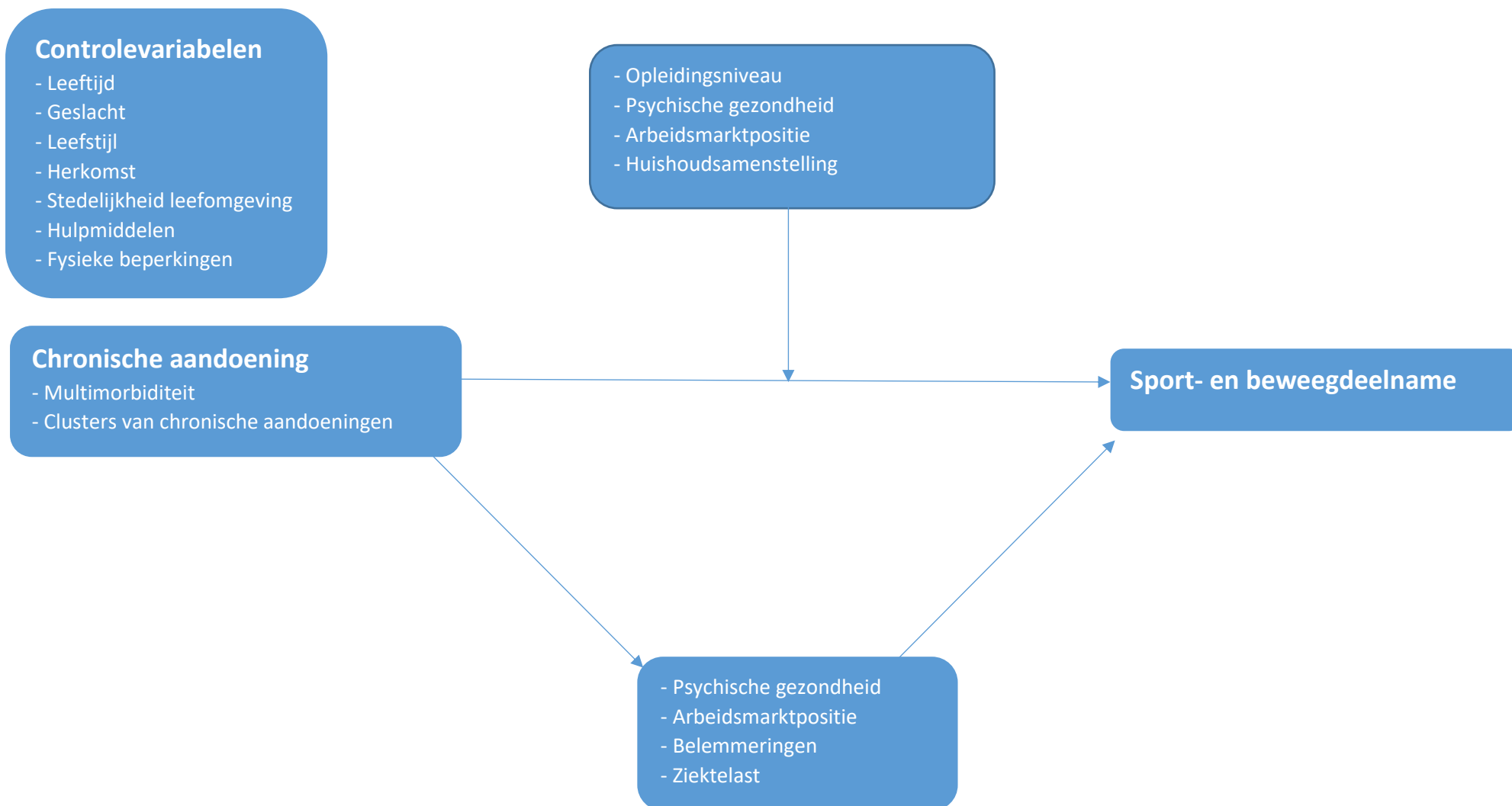
Daarnaast zullen mensen met een chronische aandoening en kinderen een grotere tijdsbeperking ervaren, wat de kans op een hoge sport- en beweegdeelname zal verkleinen ten opzichte van mensen zonder chronische aandoening, die ook kinderen hebben maar geen chronische aandoening. De verwachting is dan ook dat het negatieve effect van een chronische aandoening wordt vergroot door het hebben van kinderen en dat mensen met kinderen en een chronische aandoening een lagere mate van sport- en beweegdeelname hebben dan mensen met zonder kinderen en een chronische aandoening. Naar aanleiding hiervan kan de volgende hypothese worden geformuleerd:

Hypothese 15.

Mensen met een chronische aandoening (H15a) hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en (H15b) bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en dit effect is sterker voor mensen met kinderen dan voor mensen zonder kinderen.

In figuur 6 op de volgende pagina staat het conceptueel model van het onderzoek weergegeven. Hierin zijn op overzichtelijke wijze de hypothesen zichtbaar gemaakt en is makkelijk te zien van welke factoren in het onderzoek gebruik wordt gemaakt. Daarnaast staan in deze schematische weergave de controlevariabelen vermeld, namelijk leeftijd, geslacht, leefstijl, herkomst, stedelijkheid van de leefomgeving, gebruik van hulpmiddelen en fysieke beperkingen. Normaliter is het gebruikelijk om de richting van de verbanden duidelijk te maken in het conceptueel model. Hier is ervoor gekozen om dit niet te doen, aangezien sprake is van veel verbanden waarvan de richting per variabele verschilt. Om het conceptueel model overzichtelijk te houden, is het daarom zonder plusjes en minnetjes afgebeeld.

Figuur 6. Conceptueel model



3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de gebruikte data, de operationalisering van de variabelen en de gehanteerde onderzoeksmethoden besproken. Aangezien dit onderzoek in twee delen wordt uitgevoerd, wordt ten eerste dieper ingegaan op de opzet van het onderzoek en wordt hierin de nodige structuur aangebracht.

3.1 Structuur

Bij dit onderzoek is sprake van een tweedelige structuur. Ten eerste wordt een analyse uitgevoerd op het gebied van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, waarbij een vergelijking wordt gemaakt met de sport- en beweegdeelname van mensen zonder chronische aandoening. Ook wordt hierbij gekeken naar onderlinge verschillen tussen clusters van chronische aandoeningen in de sport- en beweegdeelname en wat het effect is van multimorbiditeit hierop. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Gezondheidsenquête van het CBS, met data afkomstig uit 2014 tot en met 2017. Ten tweede wordt een inventarisatie uitgevoerd omtrent de behoeften, ervaren belemmeringen, motieven en overige determinanten in relatie tot sporten en bewegen van mensen met een chronische aandoening. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het Nationaal Sportonderzoek van het Mulier Instituut, met data afkomstig uit maart 2016, mei 2017 en mei 2018.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de gebruikte data. Hierbij worden in twee aparte paragrafen de Gezondheidsenquête en het Nationaal Sportonderzoek toegelicht. Vervolgens worden de datapreparatie en operationalisering besproken. Ook dit wordt in twee aparte paragrafen voor de Gezondheidsenquête en het Nationaal Sportonderzoek toegelicht. Bij de operationalisering van de Gezondheidsenquête wordt specifiek ingegaan op de afhankelijke variabelen, de onafhankelijke variabelen en de controlevariabelen die in het onderzoek zijn meegenomen. Ten slotte wordt aandacht besteed de onderzoeksmethoden, waarbij in grote lijnende kwantitatieve analyse van de Gezondheidsenquête zal worden toegelicht.

3.2 Data

Voor de kwantitatieve analyses wordt gebruik gemaakt van secundaire data, afkomstig uit de Gezondheidsenquête en het Nationaal Sportonderzoek. In deze paragraaf zal verdere toelichting over de data worden gegeven, voornamelijk met betrekking tot de dataverzameling, de

onderzoekspopulatie, steekproef en respons.

3.2.1 Gezondheidsenquête

Sinds 1 januari 1981 wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks een continue Gezondheidsenquête gehouden. Tot en met 1996 was hierbij sprake van een op zichzelf staand onderzoek, maar vanaf 1 januari 1997 is deze enquête onderdeel geworden van het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) als de module Gezondheid. Vanaf 2010 wordt de Gezondheidsenquête weer als een op zichzelf staand onderzoek uitgevoerd. Het doel van deze enquête is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van ontwikkelingen in de gezondheid, medische consumptie, leefstijl en het preventief gedrag van de Nederlandse bevolking. De enquête wordt voor het merendeel van de onderwerpen afgenomen bij personen van nul jaar en ouder, woonachtig in particuliere huishoudens. Bij respondenten jonger dan twaalf jaar zijn de enquêtevragen beantwoord door een ouder of verzorger. Voor sommige onderwerpen geldt een aparte leeftijdsgrens, zoals voor de arbeidsmarktpositie. Het betreft een steekproef uit de Basisregistratie Personen (BRP) die gelijkmatig is verspreid over alle maanden van het jaar.

2014 - 2017

Bij dit onderzoek is de keuze gemaakt om de CBS Gezondheidsenquête uit de jaren 2014 tot en met 2017 te gebruiken. In deze jaren is namelijk geen sprake geweest van een methodebreuk en dit zijn de meest relevante jaren om te analyseren, aangezien het actueel is en daarmee mogelijk om beleidsadvies over te geven. Deze data werden door het Mulier Instituut verstrekt en waren al deels bewerkt. Hier zijn bij het samenvoegen van de verschillende jaren tot één databestand door het Mulier Instituut al verschillende keuzes gemaakt omtrent het achterwege laten van verschillende variabelen en de operationalisering ervan.

In de tijdsperiode 2014 – 2017 heeft het CBS bij de dataverzameling gebruik gemaakt van een mixed-mode design. Steekproefpersonen zijn in eerste instantie benaderd om via internet deel te nemen aan de Gezondheidsenquête middels Computer Assisted Web Interviewing (CAWI). Steekproefpersonen die niet op deze oproep hebben gereageerd, zijn opnieuw benaderd voor een face-to-face interview via Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI). De netto steekproefomvang van deze periode bedraagt jaarlijks circa 15.000 personen en de jaarlijkse respons lag hierbij rond de 60 – 65 procent.

In dit onderzoek wordt een leeftijdsselectie toegepast, waarbij alleen respondenten van 18 jaar en ouder zijn geselecteerd. Deze keus is gemaakt, omdat dit onderzoek is gericht op volwassenen met chronische aandoeningen en niet op kinderen en jongeren. Daarnaast verschillen

eventuele behandelingen van chronische aandoeningen tussen kinderen en jongeren en volwassenen, waardoor het op beleidsniveau van belang is om beide groepen van elkaar te scheiden. Na deze leeftijdsselectie en het verwijderen van de missende waarden, worden in dit onderzoek 28.440 respondenten meegenomen.

3.2.2 Nationaal Sportonderzoek

Het Nationaal Sportonderzoek (NSO) is een initiatief van het Mulier Instituut, waarvan het veldwerk wordt uitgevoerd door verschillende landelijke onderzoeksbureaus. Bij een steekproef onder de Nederlandse bevolking wordt een vragenlijst uitgezet over diverse sport gerelateerde onderwerpen. Sommige onderdelen van de vragenlijst komen elk jaar overeen, maar opdrachtgevers kunnen in het NSO ook een eigen vragenblok laten meelopen. Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om data afkomstig uit maart 2016, mei 2017 en mei 2018 mee te nemen en te analyseren. Hier is voor gekozen, omdat in deze drie jaren specifiek vragenblokken waren inbegrepen die betrekking hadden op de motieven, belemmeringen, behoeften en andere determinanten die een rol spelen bij de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Daarnaast hebben deze jaren deels overlap met de jaren die zijn meegenomen in de analyse van de Gezondheidsenquête. Hieronder zal per dataset de belangrijkste informatie worden toegelicht.

Maart 2016

Het NSO van maart 2016 is door het SAMR (SmartAgent MarketResponse) tussen 17 maart 2016 en 3 april 2016 in opdracht van het Mulier Instituut uitgevoerd. De onderzoeksdoelgroep bestond uit Nederlanders van 16 tot en met 80 jaar. Als steekproefkader is het panel van SAMR gebruikt, De Onderzoek Groep. Daarnaast is gebruik gemaakt van het panel van een partner van SAMR voor het bereiken van de jongere doelgroep. Door deze erbij te betrekken kon worden gegarandeerd dat er voldoende jongeren waren vertegenwoordigd in de steekproef. Uiteindelijk bestond een kwart van de steekproef uit respondenten via het panel van de partner van SAMR. De respons bedroeg 31 procent. De netto steekproef bestaat uit 4203 respondenten.

Bij dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van deel B van de dataset, die gericht is op de motieven en belemmeringen om te sporten en te bewegen. Hierin wordt ook gevraagd of de respondent een chronische aandoening heeft en om wat voor soort beperking of aandoening het gaat.

Mei 2017

Het Nationaal Sportonderzoek van mei 2017 is wederom in opdracht van het Mulier Instituut uitgevoerd, dit keer door GfK (Growth for Knowledge), in de periode tussen 18 mei en 31 mei 2017. De onderzoeksdoelgroep bestond uit Nederlanders van 15 tot en met 80 jaar en ouder. Als steekproefkader is een online panel van GfK gebruikt, die voor het invullen van de volledige vragenlijst bonuspunten hebben ontvangen. Uiteindelijk zijn 1200 extra respondenten uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen, zodat de nette steekproef meer respondenten zou bevatten. De respons bedroeg 49 procent. De netto steekproef is 3019 respondenten.

Bij dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van deel C, dat gericht is op sport en bewegen in de buurt en de sportbehoeften die daarbij komen kijken. Ook hier wordt gevraagd of de respondent één of meer beperkingen of chronische aandoening heeft en om wat voor soort beperking of aandoening het gaat.

Mei 2018

Het NSO van mei 2018 is ook dit jaar in opdracht van het Mulier Instituut uitgevoerd door GfK. De onderzoeksdoelgroep bestond uit Nederlanders van 15 tot en met 79 jaar. Net als in 2017, bestaat ook dit jaar het steekproefkader uit een online panel van GfK. Uiteindelijk zijn 800 respondenten extra benaderd uit de leeftijdscategorie van 55 – 79 jaar. De netto steekproef bedraagt 2300 respondenten. Het responspercentage is hierbij niet bekend.

Bij dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van deel B en C van de dataset. In deel B wordt dieper ingegaan op de chronische aandoening die de respondent heeft. Deel C is gericht op overige beweegdeterminanten.

3.3 Operationaliseringen

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de operationaliseringen van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen en zal kort aandacht worden besteed aan de controlevariabelen die worden meegenomen in de analyse. Hierbij zal worden toegelicht waarom bepaalde keuzes in dit onderzoek zijn gemaakt.

3.3.1 Gezondheidsenquête

Voorafgaand aan de operationaliseringen van de variabelen die worden meegenomen in deze analyse, is er een selectie gemaakt in jaren en leeftijd. Zoals reeds beschreven, is de keus namelijk

gemaakt om alleen de jaren 2014-2017 mee te nemen voor dit onderzoek en is sprake geweest van een leeftijdsselectie van 18 jaar en ouder.

Afhankelijke variabele

Sportdeelname

Een van de twee afhankelijke variabelen van dit onderzoek is de sportdeelname. In hoofdstuk 1 werd al een definitie, of beter gezegd een operationalisering van sporten gegeven in de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO), namelijk *‘activiteiten die u in de afgelopen twaalf maanden heeft beoefend volgens de gebruiken en regels uit de sportwereld’* (Hoyng en Weghorst, 2016). Bij deze definitie wordt er vanuit gegaan dat een sporter een dergelijke activiteit met bepaalde regelmaat verricht en worden 44 sporten als antwoordmogelijkheden voorgehouden. Bij dit onderzoek is conform deze richtlijnen de sportdeelname gemeten. Bij het prepareren van deze variabele diende namelijk rekening gehouden te worden met de afspraken die onderling zijn gemaakt door het CBS, RIVM en Mulier Instituut met betrekking tot het meten van de sportdeelname. Deze variabele wordt dan ook overeenkomstig met deze afspraken meegenomen in de analyse. Dit betekent dat de sportdeelname van een respondent wordt gemeten aan de hand van wel (1 keer of vaker) of geen wekelijkse sportbeoefening in de afgelopen 12 maanden. Bij deze variabele was sprake van 812 missende waarden van de 29276 respondenten. Aangezien het een afhankelijke variabele betreft, zijn deze missende waarden verwijderd. Dit betrof 2,8% van de totale hoeveelheid respondenten.

Beweegdeelname

De tweede afhankelijke variabele van dit onderzoek is beweegdeelname. Deze variabele is opgesteld aan de hand van verschillende activiteiten, zoals klussen, tuinieren, uitvoeren van matig en zwaar huishoudelijk werk, fietsen en wandelen in de vrije tijd, fietsen en wandelen voor woon-werkverkeer en de lichamelijke activiteit op werk of school. Er is gekozen om alleen matig en zwaar huishoudelijk werk mee te nemen in de analyse, omdat licht huishoudelijk werk niet conform de Beweegrichtlijnen is, die stellen dat 150 minuten per week matig intensief bewogen dient te worden. Van de andere beweegvormen was geen mate van intensiviteit beschikbaar, waardoor niet berekend kon worden of respondenten aan de Beweegrichtlijnen voldeden. Daarom is ervoor gekozen om van al deze activiteiten het aantal minuten per week te berekenen dat de respondent aan deze activiteiten heeft besteed. Respondenten die hadden aangegeven meer dan 10 uur per dag of meer dan 7 dagen per week aan een bepaalde activiteit te besteden zijn gecodeerd als ‘0’. Hier is voor gekozen, omdat het niet waarschijnlijk is dat een respondent meer dan 10 uur per dag een bepaalde

activiteit verricht of meer dan 7 dagen per week, aangezien er niet meer dan 7 dagen in een week zitten. Dit soort waarden zijn dan ook waarschijnlijk het gevolg van een verkeerde interpretatie van de vraag. Door ze te coderen als '0' is wel de keus gemaakt om deze respondenten alsnog mee te nemen in de analyse. Aangezien het hier om een kleine hoeveelheid respondenten ging, is niet de verwachting dat dit leidt tot een onderschatting van de hoeveelheid wekelijkse beweegminuten. Vervolgens is de somscore van de activiteiten berekend, waardoor een intervalvariabele is ontstaan die de beweegdeelname in minuten per week meet. Hierdoor ontstonden alsnog onwaarschijnlijk hoge waarden. De grens is daarom gelegd op 4200 minuten per week bewegen, wat neerkomt op 70 uur per week. Er was geen sprake van missende waarden op deze variabele.

Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen van dit onderzoek zijn onder te verdelen in biologische en psychologische factoren, vaardigheden en barrières, zoals in het I-Change model omschreven. Bij alle variabelen is de verwachting dat deze direct of indirect een effect hebben op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en dat deze een verklaring kunnen bieden voor de verschillen hierin tussen mensen met en zonder chronische aandoening. In deze paragraaf zal voor elke factor, vaardigheid of barrière worden toegelicht hoe deze in dit onderzoek worden gemeten.

Biologische factoren

Chronische aandoening

Zoals in het eerste hoofdstuk is beschreven, kan een chronische aandoening of ziekte worden gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Het hebben van een chronische aandoening is in dit onderzoek gemeten aan de hand van verschillende directe vragen naar het wel of niet hebben van bepaalde chronische aandoeningen en aan de hand van de antwoorden die mensen zelf hebben gegeven op de vraag van welke overige aandoeningen er sprake was.

Er is direct gevraagd of in de afgelopen twaalf maanden sprake is geweest van migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk, vernauwing van bloedvaten in buik of benen, astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA, psoriasis, chronisch eczeem, duizeligheid met vallen, ernstige of hardnekkige darmstoornissen die langer dan drie maanden duurden, incontinentie, ernstige of hardnekkige aandoening aan de rug, gewrichtsslijtage, chronische gewrichtsontsteking, aandoening aan nek, schouder, elleboog, pols of hand, astma, allergie, levercirrose, nieraandoening, suikerziekte, beroerte, hersenbloeding of -infarct, hartinfarct, ernstige

hartaandoening of kanker. Het wel of niet hebben van een chronische aandoening is hierbij dus bepaald aan de hand van het wel of niet hebben van een aandoening of klachten in de afgelopen twaalf maanden. Dit is niet geheel conform de definitie die werd genoemd, aangezien niet kan worden aangetoond in hoeverre er wel of geen sprake is van uitzicht op volledig herstel. Daarnaast zijn het aandoeningen die de respondenten zelf aangeven wel of niet te hebben, waardoor niet met zekerheid gezegd kan worden dat er ook daadwerkelijk sprake is geweest van een diagnose.

Alle vragen met betrekking tot de chronische aandoeningen konden worden beantwoord met 'ja', 'nee' of 'weet niet'. Hierbij geldt dat de waarde '0' is nee en de waarde '1' is ja. Overige missende waarden zijn gecodeerd als 'nee'. Respondenten die hadden aangegeven niet te weten of er sprake was van een bepaalde chronische aandoening, zijn ook gecodeerd als 'nee'. Alle open antwoorden die de respondenten vervolgens hadden gegeven op de vraag of er sprake was van andere chronische aandoeningen, zijn in Excel gecodeerd (zie Appendix B, tabel 1). Aandoeningen die zowel bij de direct gestelde vragen werden aangegeven als bij de open vraag, werden samengevoegd tot één variabele. Dit betekent dat respondenten die twee keer aangaven diabetes te hebben, zijn samengevoegd, waardoor dubbele coderingen verdwenen. Ook bij het coderen van de overige aandoeningen werd onderscheid gemaakt tussen 'ja' en 'nee', waarbij gold dat de waarde '0' is nee en de waarde '1' is ja. Bij de directe vragen naar bepaalde chronische aandoeningen zijn de mensen die 'weet niet' als antwoord hebben gegeven dus gecodeerd als '0', wat aangaf dat er geen sprake is van de aandoening. In tabel 1 is weergegeven wat de percentages zijn van de respondenten die hebben aangegeven wel of niet een aandoening te hebben of het niet te weten.

Tabel 1. Respondenten per chronische aandoening in procenten (N=28.440)

Aandoening	<i>Ja</i>	<i>%</i>	<i>Nee</i>	<i>%</i>	<i>Weet niet</i>	<i>%</i>
<i>Diabetes</i>	1752	6,2	26672	93,8	16	0,1
<i>Hartaandoeningen</i>	847	3	27587	97	6	0,0
<i>Longaandoeningen</i>	2753	9,7	25680	90,3	7	0,0
<i>Oncologische aandoeningen</i>	716	2,5	27723	97,5	1	0,0
<i>Migraine/ hoofdpijn</i>	4389	15,4	24049	84,6	2	0,0
<i>Bloeddruk</i>	5325	18,7	22985	80,8	130	0,5
<i>Bloedvaten</i>	954	3,4	27441	96,5	45	0,2
<i>Huidaandoeningen</i>	2306	8,1	26131	91,9	3	0,0
<i>Duizeligheid/ evenwichtsstoornissen</i>	1403	4,9	27032	95	5	0,0
<i>Darmaandoeningen</i>	1446	5,1	26992	94,9	2	0,0
<i>Rugaandoeningen</i>	3247	11,4	25189	88,6	4	0,0
<i>Artrose/ gewrichtsproblemen</i>	4683	16,5	23706	83,4	51	0,2
<i>Nek- en schouderklachten</i>	3136	11	25300	89	4	0,0
<i>Arm- en handklachten</i>	2220	7,8	26219	92,2	1	0,0
<i>Leveraandoeningen</i>	101	0,4	28330	99,6	9	0,0
<i>Nieraandoeningen</i>	561	2,0	27863	98	16	0,1
<i>Allergie</i>	5246	18,4	23173	81,5	21	0,1
<i>Incontinentie</i>	1972	6,9	26465	93,1	3	0,0
<i>Gewrichtsontsteking</i>	2358	8,3	26038	91,6	44	0,2
<i>Hersenaandoeningen</i>	190	0,7	28248	99,3	2	0,0

Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

Vervolgens zijn de open antwoorden op de vraag naar overige chronische aandoeningen gecodeerd. Hierbij had het overgrote deel van de respondenten geen overige chronische aandoening aangegeven. In Excel zijn alleen de mensen gecodeerd die aangaven een bepaalde aandoening te hebben. De mensen die aangaven een andere aandoening te hebben maar wel een antwoord hadden ingevuld bij deze vraag, werden gecodeerd als '0'. In tabel 2 zijn de percentages en hoeveelheden te zien van respondenten die hadden aangegeven een overige aandoening wel of niet te hebben. Hierin zijn alleen de overige chronische aandoeningen weergegeven en de hoeveelheid mensen die de open vraag naar overige chronische aandoeningen hadden ingevuld.

Tabel 2. Respondenten per overige chronische aandoening in procenten (N=28.440)

Aandoening	<i>Ja</i>	<i>%</i>	<i>Nee</i>	<i>%</i>
<i>Schildklierproblemen</i>	262	0,9	3235	11,4
<i>HIV</i>	19	0,1	3478	12,2
<i>Parkinson</i>	64	0,2	3433	12,1
<i>Epilepsie</i>	64	0,2	3433	12,1
<i>Fybromyalgie</i>	108	0,4	3389	11,9
<i>Ziekte van Lyme</i>	22	0,1	3475	12,2
<i>Cholesterol verhoogd</i>	68	0,2	3429	12,1
<i>Reuma</i>	62	0,2	3435	12,1
<i>Slaapapneu</i>	70	0,2	3427	12,0
<i>Multiple Sclerose</i>	60	0,2	3437	12,1
<i>Spieraandoening</i>	62	0,2	3435	12,1
<i>Jicht</i>	38	0,1	3459	12,2
<i>Neuropathie</i>	35	0,1	3462	12,2
<i>ME/CVS</i>	58	0,2	3439	12,1
<i>Tinnitus</i>	42	0,1	3455	12,1
<i>Scoliose</i>	11	0,0	3486	12,3
<i>Sarcoidose</i>	17	0,1	3480	12,2
<i>Obesitas</i>	11	0,0	3486	12,3
<i>Oogaandoening</i>	127	0,4	3370	11,8
<i>Maagaandoening</i>	80	0,3	3417	12,0
<i>Botproblemen</i>	46	0,2	3451	12,1
<i>Cystic Fibrosis</i>	4	0,0	3493	12,3
<i>Blaasproblemen</i>	59	0,2	3437	12,1
<i>Heupklachten</i>	55	0,2	3442	12,1
<i>Ziekte van Pfeiffer</i>	16	0,1	3481	12,2
<i>Voetklachten</i>	67	0,2	3430	12,1
<i>Hypermobiliteit</i>	22	0,1	3475	12,2
<i>Neurologische aandoeningen</i>	72	0,3	3425	12,0
<i>Ooraandoening</i>	28	0,1	3469	12,2
<i>Galblaasklachten</i>	29	0,1	3468	12,2
<i>Alveesklierproblemen</i>	10	0,0	3487	12,3
<i>Prostaatklachten</i>	31	0,1	3466	12,2
<i>Trombose</i>	29	0,1	3468	12,2
<i>Dementie</i>	30	0,1	3467	12,2
<i>Slokdarmproblemen</i>	16	0,1	3481	12,2
<i>Slaapstoornis</i>	31	0,1	3466	12,2
<i>Pijnsyndroom</i>	25	0,1	3472	12,2
<i>Bekkenklachten</i>	31	0,1	3466	12,2
<i>Gezichtklachten</i>	33	0,1	3464	12,2
<i>Bijholten</i>	20	0,1	3477	12,2
<i>Lymfoedeem</i>	25	0,1	3472	12,2
<i>Knieklachten</i>	85	0,3	3412	12,0
<i>Blessure</i>	57	0,2	3440	12,1
<i>Anus en genitale klachten</i>	57	0,2	3439	12,1
<i>Vitamine tekort</i>	21	0,1	3476	12,2
<i>Bloedaandoening</i>	53	0,2	3444	12,1
<i>Lupus</i>	11	0,0	3486	12,3
<i>Chronische koorts</i>	2	0,0	3495	12,3
<i>Groeistoornis</i>	3	0	3494	12,3
<i>Overgangsklachten</i>	8	0,0	3489	12,3
<i>Bijnierafwijking</i>	7	0,0	3490	12,3
<i>Immuunsysteem</i>	5	0,0	3492	12,3
<i>Hyperventilatie</i>	6	0,0	3491	12,3

Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

Om tot de variabele ‘wel’ of ‘geen’ chronische aandoening hebben te komen, zijn alle respondenten die op alle aandoeningen een ‘0’ scoorden gecodeerd als respondenten zonder chronische

aandoening en respondenten die op één of meer aandoeningen een '1' scoorden gecodeerd als respondenten met een chronische aandoening. Alle psychische aandoeningen die door respondenten werden aangegeven, zijn hierbij niet meegenomen, omdat dit onderzoek zich focust op fysieke chronische aandoeningen en niet op mentale chronische aandoeningen. Alle overige aandoeningen of problemen en klachten die de respondent had aangegeven zijn hierbij wel meegenomen. Niet elke klacht of aandoening die de respondent zelf aangaf te hebben, is volgens de definitie een chronische aandoening. Aangezien elk antwoord een interpretatie is van de respondent zelf en niet een vastgestelde diagnose door een arts, is ervoor gekozen om op basis van de geringe informatie die wordt verstrekt door de respondent niet zelf diagnoses te stellen, maar alles wat de respondent aangeeft serieus mee te nemen in de analyse en dus te coderen als een chronische aandoening.

Multimorbiditeit

In hoeverre sprake is van multimorbiditeit, is gemeten aan de hand van de hoeveelheid chronische aandoeningen die een respondent heeft. Multimorbiditeit houdt in dat een respondent niet één maar meerdere chronische aandoeningen heeft waar hij of zij mee moet leven. Met behulp van de coderingen en operationalisering van het wel of niet hebben van een chronische aandoening, is de variabele 'multimorbiditeit' opgesteld. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen respondenten die geen chronische aandoening hebben, respondenten die één chronische aandoening hebben en respondenten die meerdere chronische aandoeningen hebben en daarmee multimorbide zijn. Van deze categorieën zijn ten slotte dummyvariabelen gemaakt.

Clusters van chronische aandoeningen

Mensen met een chronische aandoening zijn niet voortdurend ziek, wat zich zou uiten in bedlegerigheid en zich belabberd voelen (Voordouw, van Osch en Terweij, 2005). Een chronische aandoening heeft echter wel gevolgen voor verschillende levensterreinen (Baart, 2002). Hierbij kunnen de verschillen tussen mensen met verschillende chronische aandoeningen groot zijn. Sommige mensen zullen ten gevolge van de aandoening sterk beperkt zijn in het dagelijks functioneren of kampen met psychische klachten, terwijl anderen geen tot weinig hinder zullen ondervinden van hun aandoening. Door deze verschillen tussen mensen met een chronische aandoening, is het belangrijk om niet alleen te kijken naar het wel of niet hebben van een chronische aandoening, maar ook om te kijken naar de aandoeningen zelf. Aangezien nog veel respondenten een overige chronische aandoening hadden ingevuld bij de open vraag, is ervoor gekozen om niet elke chronische aandoening los mee te nemen in de analyse, maar om alle chronische aandoeningen

onder te verdelen in verschillende clusters.

In Appendix B, tabel 2, is zichtbaar welke chronische aandoening is ingedeeld bij welk cluster. Aan de hand van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, de tiende revisie, zijn dertien clusters tot stand gekomen die bestaan uit één of meer variabelen die verschillende chronische aandoeningen omvatten (ICD-10, 2014). De clusters die tot stand zijn gekomen, zijn de volgende: hart- en vaataandoeningen, kanker, zenuwaandoeningen, bot-spiersysteem en bindweefselaandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, huidaandoeningen, bloedaandoeningen en aandoeningen van het immuunsysteem, aandoeningen van het ademhalingsstelsel, aandoeningen van het urogenitaal stelsel, endocriene- en stofwisselingsaandoeningen, infectieziekten en aandoeningen van oog en oor. Ook is aan de hand van een factoranalyse empirisch bekeken in hoeverre de chronische aandoeningen mogelijk geclusterd konden worden. Dit bleek niet mogelijk, omdat het inhoudelijk zeer verschillende aandoeningen zijn en het aannemelijk is dat respondenten, als ze een aandoening hebben, niet ook alle andere aandoeningen in een mogelijk cluster hebben. Uit de factoranalyse bleken 34 van elkaar te onderscheiden dimensies, waardoor er is gekozen voor een theoretische benadering voor het indelen van de clusters. In tabel 3 zijn voorbeelden te zien van opgenomen aandoeningen per cluster van chronische aandoeningen om een beeld te krijgen van wat onder elk cluster van chronische aandoeningen wordt verstaan.

Tabel 3. Voorbeelden van opgenomen aandoeningen per cluster chronische aandoeningen

Cluster van chronische aandoeningen	Voorbeelden van opgenomen aandoeningen
<i>Hart- en vaataandoeningen</i>	Trombose, verhoogd cholesterol, problemen met de bloeddruk, hartaandoeningen, aneurysma, hartinfarct en vernauwing van de bloedvaten
<i>Kanker</i>	Alle oncologische aandoeningen, ongeacht het soort
<i>Zenuwaandoeningen</i>	Multiple Sclerose, neuropathie, migraine, Parkinson, Alzheimer en epilepsie
<i>Bot- spiersysteem en bindweefselaandoeningen</i>	Reuma, fibromyalgie, jicht, scoliose en ALS
<i>Aandoeningen van het bewegingsapparaat</i>	Rug- en nekklachten, heup- en knieklachten en blessures
<i>Aandoeningen van spijsverteringsstelsel</i>	Levercirrose, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, problemen met de slokdarm en verschillende maagaandoeningen
<i>Huidaandoeningen</i>	Psoriasis, chronisch eczeem, vitiligo
<i>Bloedaandoeningen en aandoeningen van het immuunsysteem</i>	Sarcoïdose, lymfoedeem en hemofilie
<i>Aandoeningen van het ademhalingsstelsel</i>	COPD, astma, chronische bronchitis
<i>Aandoeningen van urogenitaal stelsel</i>	Nierproblemen, prostaatklaarten, aambeien en overgangsklaarten
<i>Endocriene en stofwisselingsaandoeningen</i>	Schildklieraandoeningen, diabetes type 1 en 2, obesitas, Cystic Fibrosis en lupus
<i>Infectieziekten</i>	HIV, Lyme en de ziekte van Pfeiffer
<i>Aandoeningen van oog en oor</i>	Tinnitus, duizeligheid, staar, glaucoom en de ziekte van Ménière

Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

Ziektelast

De laatste biologische factor is de ziektebelasting van de respondent. Om deze variabele te construeren, worden verschillende variabelen meegenomen in de analyse. Deze variabelen hebben betrekking op de ervaren belemmeringen ten gevolge van pijn, het gebruik van medicatie, frequentie van contact met huisarts en/of specialist en of er wel of geen sprake is geweest van dag- en ziekenhuisopnames. Deze factoren samen meten vervolgens de ziektebelasting van de respondent, omdat de verwachting is dat naarmate deze factoren een grotere rol spelen in het leven van de respondent, de kwaliteit van leven en de levensjaren van een respondent verminderen.

Om te kijken of deze items samen het begrip 'ziektebelasting' meten, is als eerste stap een factoranalyse uitgevoerd. Alle items laden hoog op vijf te onderscheiden dimensies, waardoor ervoor is gekozen om de variabelen apart van elkaar mee te nemen in de analyse. De belemmeringen ten gevolge van de pijn is meegenomen aan de hand van de vraag of respondenten belemmerd werden door de pijn die ze ervaarden. De antwoordmogelijkheden waren hierbij 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal', 'veel', 'heel veel' en 'niet van toepassing'. Hierbij zijn de antwoordmogelijkheden 'veel' en 'heel veel' samengevoegd tot één categorie, omdat de verwachting was dat het hebben van veel of heel veel pijn in dezelfde mate voor belemmeringen zouden zorgen met betrekking tot sport en bewegen. De mogelijkheid 'niet van toepassing' is opgenomen bij mensen die helemaal geen pijn ervaarden. Van de variabele is vervolgens een schaal gemaakt, waarbij geldt hoe hoger de score des te groter de pijn als belemmering optreedt. Er was sprake van een geringe hoeveelheid missende waarden bij deze variabele, waardoor ervoor is gekozen om de missende waarden te verwijderen.

Het medicijngebruik van de respondent is gemeten aan de hand van twee variabelen die betrekking hebben op het gebruik van door de arts voorgeschreven medicijnen en niet voorgeschreven medicijnen. Bij beide variabelen waren de antwoordmogelijkheden of de respondent hier wel of geen gebruik van maakte. Beide variabelen zijn bij elkaar opgeteld, waardoor sprake was van een score waarbij de respondent geen enkel medicijn gebruikte, een score waarbij de respondent óf een voorgeschreven óf een niet voorgeschreven medicijn gebruikt of een score waarbij de respondent zowel een voorgeschreven als een niet voorgeschreven medicijn gebruikt. Deze scores zijn geconstrueerd tot een schaal, waarbij een hogere score een hogere mate van medicijngebruik betekende. Er was geen sprake van missende waarden op deze variabele.

Het contact met de huisarts en de specialist is gemeten aan de hand van de vraag hoe vaak er contact is geweest met de huisarts en met de specialist in de afgelopen vier weken. Beide variabelen zijn intervalvariabelen, waarbij de waarde de hoeveelheid contact is geweest met de huisarts of de specialist. De respondenten die 'niet van toepassing' hebben aangegeven, zijn

gecodeerd als '0' keer contact met de huisarts of specialist. De missende waarden zijn op beide variabelen verwijderd.

De ziekenhuisopname en dagopname is gemeten aan de hand van de vraag of de respondent wel of niet in de afgelopen twaalf maanden een nacht of langer in een ziekenhuis of kliniek heeft gelegen en of de respondent wel of niet in de afgelopen twaalf maanden in een ziekenhuis of kliniek heeft gelegen voor een dagopname. Bij beide variabelen was sprake van geen of een geringe hoeveelheid missende waarden, waardoor de missende waarden zijn verwijderd.

Psychologische factoren

Psychische gezondheid

Om de mate van psychische gezondheid van de respondenten te meten, hebben zij bij vijf verschillende stellingen moeten aangeven in hoeverre deze op hen in de afgelopen vier weken van toepassing was. Het gaat hier om stellingen met betrekking tot gelukkig voelen, zenuwachtig voelen, in de put zitten zodat niets u kon opvrolijken, kalm en rustig voelen en neerslachtig of somber voelen. De mogelijke antwoordcategorieën waren 'nooit', 'zelden', 'soms', 'vaak', 'meestal' en 'voortdurend'. De items met betrekking tot gelukkig voelen en kalm en rustig voelen zijn omgedraaid, waardoor alle items in dezelfde richting stonden en gold dat hoe hoger de score, hoe meer psychisch gezond.

Om te meten of deze vijf items samen het begrip 'psychische gezondheid' dekken, is een factoranalyse uitgevoerd. Alle variabelen laden hoog op één dimensie, die een eigenwaarde van 3,071 heeft. Als er naar de communaliteiten wordt gekeken in tabel 1, hoeven geen items verwijderd te worden. Alle items voldoen namelijk aan de minimale eis van 0,2, wat betekent dat de verschillende items samen genoeg variantie voorspellen om allen te worden behouden voor het te meten concept. Ook zijn in tabel 1 de factorladingen weergegeven. Hier is te zien dat alle stellingen een factorlading hebben boven de 0,4, wat de minimale eis is om het item te behouden. Dit houdt in dat er sprake is van voldoende correlatie tussen de verschillende items.

Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, waarbij de Cronbachs alpha is opgevraagd. Deze had een waarde van 0,838, wat aangeeft dat de betrouwbaarheid hoog is. Alle items zijn behouden en samengevoegd tot de variabele 'psychische gezondheid'. De eis die hierbij was gesteld, was dat respondenten minstens 4 van de 5 vragen geldig beantwoord moesten hebben, wilden ze meegenomen worden in de schaal. Voor deze schaal zijn de gemiddelden van de respondenten berekend, waarbij een hogere waarde een hogere mate van psychische gezondheid aangeeft. Voor de missende waarden is de gemiddelde score ingevuld, zodat alle respondenten meegenomen konden worden in de analyse.

Tabel 4. Communaliteiten en factorladingen psychische gezondheid

<i>In de afgelopen vier weken:</i>	Communaliteit	Factorlading
<i>Gelukkig voelen</i>	0,587	0,766
<i>Zenuwachtig voelen</i>	0,570	0,755
<i>In de put zitten</i>	0,696	0,834
<i>Kalm en rustig voelen</i>	0,527	0,726
<i>Neerslachtig of somber voelen</i>	0,691	0,831
	Eigenwaarde	Verklaarde variantie
<i>Psychische gezondheid</i>	3,070	61,4%

Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

Vaardigheden

Opleidingsniveau

Opleidingsniveau is geconstrueerd aan de hand van de hoogst genoten opleiding die de respondent heeft afgerond. De oorspronkelijke antwoordmogelijkheden zijn onderverdeeld in vijf categorieën, waarbij de eerste categorie bestaat uit basisonderwijs, de tweede categorie uit vmbo, mbo1, avo en onderbouw, de derde categorie uit havo, vwo en mbo 2-4, de vierde categorie uit hbo en wo bachelor en de vijfde categorie uit master/doctor op hbo of wo niveau. Deze vijf categorieën zijn vervolgens samengevoegd tot vier categorieën, namelijk primair, laag secundair, hoog secundair en tertiair. De eerste oorspronkelijke categorie heeft hiermee het label ‘primair’ gekregen, de tweede oorspronkelijke categorie het label ‘laag secundair’, de derde oorspronkelijke categorie het label ‘hoog secundair’ en de hbo en wo bachelor en master/doctor op hbo of wo niveau zijn samengevoegd en hebben het label ‘tertiair’ gekregen. Van deze categorieën zijn dummyvariabelen gemaakt. De missende waarden zijn in dit geval de respondenten waarvan het opleidingsniveau onbekend was en zijn als een aparte categorie opgenomen.

Barrières

Belemmeringen

Een van de drie barrières die wordt meegenomen, zijn de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Deze variabele is geconstrueerd aan de hand van de vraag in hoeverre respondenten door gezondheidsproblemen beperkt zijn in de activiteiten die mensen gewoonlijk doen. Hierbij waren er drie antwoordmogelijkheden, namelijk ‘ernstig beperkt’, ‘wel beperkt, maar niet ernstig’ en ‘helemaal niet beperkt’. Deze antwoordmogelijkheden zijn omgekeerd en gevormd tot een schaal van 0 tot 2, waarbij geldt hoe hoger de score des te meer belemmerd de respondent is in het dagelijks leven. Voor de missende waarden is een gemiddelde score ingevuld, zodat deze niet verwijderd hoefden te worden.

Arbeidsmarktpositie

De tweede barrière die in dit onderzoek wordt meegenomen is de arbeidsmarktpositie. Deze variabele is geconstrueerd aan de hand van de vraag naar de maatschappelijke positie van de respondent. Hierbij waren de antwoordmogelijkheden ‘onderwijs’, ‘meer dan 12 uur werkzaam per week’, ‘minder dan 12 uur werkzaam per week’, ‘werkt niet’, ‘werkzoekend’, ‘arbeidsongeschikt’ en ‘pensioen’. Er is voor gekozen om van deze categorieën dummyvariabelen te maken om zo verschil te kunnen maken tussen de verschillende posities op de arbeidsmarkt. Er was sprake van slechts drie missende waarden bij deze variabele, waardoor het niet de moeite waard zou zijn om hier een aparte categorie voor op te nemen in de analyse. De missende waarden zijn daarom verwijderd.

Huishoudsamenstelling

De laatste barrière die wordt meegenomen, is de huishoudsamenstelling van de respondent. Deze variabele is geconstrueerd aan de hand van de vraag of de respondent een partner en/of kind(eren) heeft en is door het Mulier Instituut reeds geprepareerd. De antwoordmogelijkheden waren hierbij ‘alleenstaand’, ‘echtpaar/vaste partners’, ‘paar met 1 kind’, ‘paar met 2 kinderen’, ‘paar met 3 kinderen’, ‘paar met 4 kinderen’, ‘eenouder met 1 kind’, ‘eenouder met 2 kinderen’, ‘eenouder met 3 kinderen’. Om het wat meer overzichtelijk te maken, zijn van bovenstaande antwoordmogelijkheden vier verschillende categorieën geconstrueerd. De antwoordmogelijkheid ‘alleenstaand’ is hetzelfde gebleven en geconstrueerd tot de categorie ‘alleenstaand’, ‘echtpaar/vaste partners’ is geconstrueerd tot de categorie ‘paar zonder kinderen’, ‘paar met 1, 2, 3 of 4 kind(eren)’ is geconstrueerd tot de categorie ‘paar met kinderen’ en ‘eenouder met 1, 2 of 3 kind(eren)’ is geconstrueerd tot de categorie ‘eenouder met kinderen’. Van deze categorieën zijn vervolgens dummyvariabelen gemaakt. Respondenten die binnen een overige categorie vielen of waarvan onbekend was wat de huishoudsamenstelling was, hebben een missende waarde. Deze missende waarden zijn in een aparte categorie opgenomen.

Controlevariabelen

Net als de onafhankelijke variabelen, zijn ook de controlevariabelen onder te verdelen in de factoren die in het I-Change model staan omschreven. Wat betreft de controlevariabelen, gaat het hier om verschillende biologische, gedrags- en sociaal-culturele factoren die worden meegenomen in de analyse. Ook worden twee controlevariabelen meegenomen die worden gezien als een barrière.

Biologische factoren

Leeftijd

De eerste biologische factor waarvoor gecontroleerd wordt, is de leeftijd van de respondent. Zoals uit de achtergrond van dit onderzoek naar voren is gekomen, neemt de prevalentie van chronische aandoeningen toe naarmate de leeftijd toeneemt (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Het is mogelijk dat dit een effect heeft op de sport- en beweegdeelname en daarom is het belangrijk om voor het effect van leeftijd te controleren. Door de leeftijdsselectie die aan het begin is gemaakt, begint de variabele bij een leeftijd van 18 jaar en loopt tot en met 85 jaar en ouder. Er is geen sprake van missende waarden.

Geslacht

De tweede biologische factor waarvoor wordt gecontroleerd, is het geslacht van de respondent. In het algemeen is de prevalentie van chronische aandoeningen bij vrouwen groter is dan bij mannen (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Ook hierbij is het mogelijk dat dit een effect heeft op de sport- en beweegdeelname en daarom is het belangrijk om voor het effect van het geslacht te controleren. De waarde '0' is toegekend aan mannen, de waarde '1' aan vrouwen. Er was geen sprake van missende waarden op deze variabele.

Fysieke beperkingen

In hoofdstuk 1 werd besproken hoe het is gesteld met de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening achterblijft op de sport- en beweegdeelname van mensen zonder chronische aandoening, maar dat deze achterstand nog groter is voor mensen met een chronische aandoening én fysieke beperking (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Fysieke beperkingen kunnen ook voorkomen ten gevolge van de chronische aandoening, zoals blindheid door diabetes of het zitten in een rolstoel door MS. Wellicht is dan niet alleen de chronische aandoening die de sport- en beweegdeelname verklaart, maar ook de fysieke beperking. Het is daarom van belang om voor deze fysieke beperkingen te controleren.

Om te bepalen of sprake is van een lichamelijke beperking, heeft de OECD (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) een maat ontwikkeld waarmee kan worden vastgesteld of personen een lichte, matige of ernstige motorische, auditieve of visuele beperking hebben. De definitie is gebaseerd op vragen over functiebeperkingen die het dagelijks leven lastiger maken. Voor motorische beperkingen betreft het vragen in hoeverre mensen tien meter met een tas van vijf kilo kunnen lopen, in staat zijn om te bukken om iets op te rapen of 400 meter kunnen

lopen zonder stil te staan. Voor visuele beperkingen betreft het vragen in hoeverre mensen met bril of contactlenzen een krant kunnen lezen of iemand van vier meter afstand kunnen herkennen. Bij auditieve beperkingen betreft het vragen in hoeverre mensen een gesprek met meer dan drie mensen kunnen volgen of in hoeverre zij een gesprek met één persoon kunnen voeren (van den Dool en van Lindert, 2018).

De indeling in motorische-, auditieve- en visuele beperkingen is door het Mulier Instituut reeds geprepareerd. Aan de hand van deze indeling is één variabele opgesteld, namelijk 'fysieke beperkingen'. Van deze variabele is een schaal gemaakt, waarbij geldt hoe hoger de score, des te ernstiger de fysieke beperking. Hierbij is de '0' de referentiecategorie, die uit mensen zonder fysieke beperking bestaat. Voor de missende waarden is het gemiddelde ingevuld, waardoor deze meegenomen konden worden in de analyse.

Gedragfactoren

Leefstijl

De gedragsfactor die in dit onderzoek ter controle wordt meegenomen, is de leefstijl van de respondent. Net als bij ziektebelasting, worden verschillende variabelen in de analyse meegenomen om de leefstijl te construeren. Deze variabelen hebben betrekking op het rookgedrag, alcoholgebruik en de voeding van de respondent. Samen meten deze variabelen de leefstijl van de respondent, omdat de verwachting is dat naarmate mensen meer roken, vaker alcohol drinken en minder gezond eten, dit een negatieve invloed heeft op de sport- en beweegdeelname van de respondent.

Om te kijken of deze items samen het begrip 'leefstijl' meten, is ten eerste een factoranalyse uitgevoerd. De drie verschillende items laden hoog op drie te onderscheiden dimensies. Hierdoor is ervoor gekozen om de items apart van elkaar mee te nemen in de analyse. Het rookgedrag van de respondent wordt meegenomen aan de hand van de vraag hoeveel sigaretten de respondent per week rookt. Er was geen sprake van missende waarden bij deze variabele.

Om het wekelijkse alcoholgebruik te meten, is gebruik gemaakt van twee variabelen die het drinkgedrag op doordeweekse en op weekenddagen hebben gemeten. De antwoordmogelijkheden op de vragen 'op hoeveel van de 4 doordeweekse dagen drinkt u meestal?' en 'op hoeveel van de 3 weekenddagen drinkt u meestal?' waren 'drinkt niet', 'niet tijdens deze dagen', 'minder dan een halve dag', '1 dag', '2 dagen', '3 dagen', '4 dagen'. De respondenten die 'drinkt niet' en 'niet tijdens deze dagen' hadden aangegeven, zijn samengevoegd tot één categorie en kregen de waarde '0'. Een halve dag kreeg de waarde '0,5', 1 dag '1', 2 dagen '2', 3 dagen '3' en 4 dagen '4'. Vervolgens is een variabele aangemaakt voor het totale wekelijkse alcoholgebruik, waarbij het aantal dagen drinken doordeweeks en in het weekend bij elkaar werden opgeteld. Hierbij is een schaal ontstaan die loopt

van 0 tot en met 7, waarbij '0' respondenten bevat die helemaal niet drinken en '7' respondenten bevat die elke dag van de week drinken. Aangezien sprake was van slechts 3 missende waarden hierbij, is ervoor gekozen om deze te verwijderen.

Om te meten in hoeverre respondenten gezonde voeding eten, is gekeken naar de wekelijkse consumptie van groente, rauwkost en fruit. Uit een factoranalyse is gebleken dat deze variabelen alle drie hoog op één dimensie laden met een eigenwaarde boven de één. Ook als naar de communaliteiten en factorladingen wordt gekeken, hoeven er geen items verwijderd te worden. Uit de betrouwbaarheidsanalyse is een Cronbachs alpha van 0,398 gebleken. Ondanks deze lage betrouwbaarheid is ervoor gekozen om de verschillende variabelen samen te voegen tot één te meten dimensie, namelijk 'gezonde voeding'. De eis die hierbij was gesteld, was dat respondenten minsten 2 van de 3 vragen geldig beantwoord moesten hebben. De variabele is vervolgens gevormd tot een schaal, waarbij de gemiddelden zijn berekend. Hierbij geldt dat hoe hoger de waarde, des te gezonder de voeding. De missende waarden zijn hierbij verwijderd.

Sociaal-culturele factoren

Herkomst

De sociaal-culturele factor waar in dit onderzoek voor gecontroleerd wordt, is de herkomst van de respondent. Uit onderzoek van het RIVM (Gast, Spijkerman en Schoemaker, 2011) is gebleken dat mensen met een niet-westerse afkomst een hoger risico hebben op het krijgen van verschillende chronische aandoeningen ten opzichte van Nederlanders zonder migratieachtergrond en migranten met een westerse afkomst. Daarnaast beoefenen minder mensen met een niet-westerse of westerse migratieachtergrond een sport in vergelijking met mensen met een Nederlandse achtergrond (van den Dool, 2018). Het is daarom belangrijk om voor herkomst te controleren. Bij het construeren van deze variabele is ervoor gekozen om onderscheid te maken tussen mensen met een Nederlandse achtergrond, een westerse migratieachtergrond en een niet-westerse migratieachtergrond. Er was geen sprake van missende waarden.

Barrières

Hulpmiddelen

Een barrière die een rol kan spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en waar in dit onderzoek voor wordt gecontroleerd, is of door de respondent gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen. De verwachting is dat het gebruik van hulpmiddelen de stap om te sporten en te bewegen zowel groter als kleiner kan maken. Een hulpmiddel kan naar verwachting namelijk enerzijds zorgen dat sporten en bewegen weer beter

mogelijk wordt, zoals bij een prothese, en anderzijds kan een hulpmiddel hinderlijk zijn in de sport en beweging, zoals een stok of een stoma. Het is daarom belangrijk om voor het gebruik van hulpmiddelen te controleren. Bij het gebruik van hulpmiddelen is onderscheid gemaakt tussen hulpmiddelen om te bewegen, zoals een stok, anatomische hulpmiddelen, zoals een arm of beenprothese, en incontinentie hulpmiddelen, zoals een katheter of stoma. Deze vraag is vanaf 2015 aan de respondenten voorgelegd, waardoor data afkomstig uit 2014 ontbreekt. Deze categorie is meegenomen als de categorie missende waarden en bestaat dus uit respondenten uit 2014.

Stedelijkheid van de woonomgeving

Een andere barrière die mogelijk een rol kan spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, is de stedelijkheid van de woonomgeving. De stedelijkheid van de woonomgeving heeft invloed op de bereikbaarheid van sportaccommodaties en -verenigingen en kan zowel een stimulerende als demotiverende factor zijn voor sport en bewegen. Het is daarom van belang om voor de stedelijkheid van de woonomgeving te controleren. Bij het construeren van de variabele is een schaal aangemaakt, waarbij geldt hoe hoger de score, hoe hoger de mate van stedelijkheid van de woonomgeving. Er was geen sprake van missende waarden.

3.3.2 Nationaal Sportonderzoek

In deze paragraaf zal worden toegelicht welke variabelen uit de data van het Nationaal Sportonderzoek van maart 2016, mei 2017 en mei 2018 worden gebruikt. Er zal niet direct sprake zijn van het operationaliseren van de variabelen, aangezien niet dezelfde onderzoeksmethode wordt gebruikt als bij de Gezondheidsenquête. In het analyseren van het Nationaal Sportonderzoek ligt de focus op het zichtbaar maken van een mogelijk verband tussen twee of meer variabelen. In dit onderzoek zal worden bekeken wat de motieven, belemmeringen, behoeften en andere determinanten zijn in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening ten opzichte van mensen zonder chronische aandoening.

NSO maart 2016

Motieven

De motieven om wel of niet te sporten en bewegen worden in dit onderzoek gemeten aan de hand van de vraag wat de reden(en) is/zijn om te sporten en bewegen en voor mensen die niet sporten, wat de reden(en) zou(den) zijn als ze wel zouden sporten. Hierbij zijn 14 verschillende stellingen voorgelegd aan de respondent, zoals 'om mijn eigen prestaties te verbeteren', 'om een gezond gewicht te bereiken of behouden' en 'omdat ik graag buiten actief ben'. Een volledig overzicht van

de stellingen is in Appendix C, tabel 3 opgenomen. Bij elke stelling kon de respondent aangeven in welke mate de stelling belangrijk was of niet. De antwoordmogelijkheden hierbij waren ‘heel belangrijk’, ‘belangrijk’, ‘neutraal’, ‘niet belangrijk’ en ‘helemaal niet belangrijk’. Aan de hand hiervan kan worden gekeken wat de motieven zijn van mensen met een chronische aandoening om te sporten en in hoeverre deze motieven verschillen van de motieven van mensen zonder chronische aandoening.

Belemmeringen

De belemmeringen die bij het sporten of bewegen worden ervaren, worden in dit onderzoek gemeten aan de hand van de vraag welke belemmering(en) wordt/worden ervaren door zowel sporters als niet-sporters bij het sporten en bewegen. Hierbij zijn 42 verschillende stellingen aan de respondent gepresenteerd, zoals ‘ik vind sporten en bewegen niet leuk’, ‘ik heb gezondheidsproblemen waardoor ik niet kan sporten en bewegen’ en ‘ik heb weinig tijd om te sporten en bewegen’. Ook hiervan is een volledig overzicht van de stellingen in Appendix C, tabel 4 opgenomen. Bij elke stelling kon de respondent aangeven in hoeverre hij of zij het er mee eens was. Hierbij waren de antwoordmogelijkheden ‘zeer mee eens’, ‘mee eens’, ‘neutraal’, ‘mee oneens’ en ‘zeer mee oneens’. Met behulp van deze stellingen kan worden gekeken wat de belemmeringen zijn van mensen met een chronische aandoening bij het sporten en bewegen en in hoeverre deze belemmeringen verschillen van mensen zonder chronische aandoening.

NSO mei 2017

Behoeften

De behoeften die mensen met een chronische aandoening hebben omtrent hun sport- en beweegdeelname, wordt gemeten aan de hand van twaalf verschillende vragen over wat de ideale manier van sporten en bewegen zou zijn van de respondent. Dit zijn vragen zoals ‘hoe wilt u bij voorkeur sporten en bewegen?’, ‘met hoeveel mensen wilt u bij voorkeur sporten en bewegen?’ en ‘in hoeverre wenst u begeleiding bij het sporten en bewegen?’. Een volledig overzicht van de vragen is opgenomen in Appendix C, tabel 5.

Daarnaast worden de behoeften van mensen met een chronische aandoening geanalyseerd aan de hand van de vraag of de respondent behoefte heeft aan bepaalde aanpassingen om te sporten en bewegen. Dit zijn directe stellingen die aan de respondent worden voorgelegd, zoals ‘een begeleider die mijn mogelijkheden kent’, ‘aangepaste groepsgrootte’ en ‘de toegankelijkheid van de sportvoorziening’. Ook hierbij is een volledig overzicht van de stellingen in Appendix C, tabel 6, opgenomen. Aan de hand van de antwoorden die respondenten met een chronische aandoening

op deze vragen geven, kan worden nagegaan waar de aandachtspunten liggen en waar mensen met een chronische aandoening behoefte aan hebben bij het sporten en bewegen.

NSO mei 2018

Sportdeterminanten

In het Nationaal Sportonderzoek van mei 2018 worden respondenten bevraagd naar andere determinanten die hun sport- en beweegdeelname kunnen beïnvloeden. Ten eerste wordt de vraag meegenomen welk kenmerk het beste bij het sportieve leven van de respondent past. Antwoordmogelijkheden zijn hierbij ‘nooit gesport’, ‘vroeger wel gesport’, ‘wel aan sport gedaan maar niet doorlopend’, ‘altijd wat aan sport gedaan’ en ‘altijd veel aan sport gedaan’. Hierbij kan worden gekeken wat en of er verschillen zitten tussen mensen met en zonder een chronische aandoening. Ten tweede wordt aan de hand van verschillende stellingen gevraagd aan de respondent hoe hij of zij denkt over sporten en bewegen. De respondent kan hierbij aangeven in welke mate hij of zij ermee eens is. Dit zijn stellingen, zoals ‘het belang van sporten en bewegen voor de gezondheid wordt sterk overdreven’, ‘ik kom gewoon niet aan sporten en bewegen toe’ en ‘de gezondheid is sterk te verbeteren met gezonde leefgewoonten’. De antwoordmogelijkheden waren hierbij ‘helemaal mee eens’, ‘mee eens’, ‘niet mee eens/niet mee oneens’, ‘mee oneens’ en ‘helemaal mee oneens’. Het totaal van stellingen is terug te vinden in Appendix C, tabel 7 en 8. Ook hierbij kan worden gekeken of er verschillen zitten tussen mensen met en zonder chronische aandoening in de manier waarop ze tegen sporten en bewegen aankijken.

Tot slot wordt een vraag meegenomen die direct aan mensen met een beperking of chronische aandoening is voorgelegd, namelijk hoe deze doelgroep aan sport en recreatief bewegen doet. Respondenten konden hierbij aangeven of ze bijvoorbeeld niet aan sporten en recreatief bewegen deden, alleen met hulp en begeleiding of in een groep zonder speciale hulp of begeleiding. Alle antwoordmogelijkheden staan in Appendix C, tabel 10 beschreven. Met behulp van deze vraag kan worden gekeken op welke wijze mensen met een chronische aandoening over het algemeen sporten en bewegen.

3.4 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf zal voornamelijk worden ingegaan op de methoden die worden gebruikt voor de kwantitatieve analyses van de CBS Gezondheidsenquête 2014-2017 en er zal kort iets worden gezegd over het Nationaal Sportonderzoek uit 2016, 2017 en 2018.

3.4.1 Gezondheidsenquête

Met behulp van een multipele regressieanalyse zullen in dit onderzoek de hypothesen worden getoetst. Aan de hand van een regressieanalyse is het mogelijk om de sport- en beweegdeelname te voorspellen op basis van predictoren die voor elkaar gecontroleerd kunnen worden. De beschrijvende statistieken van de afhankelijke variabelen en alle predictoren zijn weergegeven in tabel 5.

Aangezien sprake is van twee verschillende afhankelijke variabelen, de sportdeelname en de beweegdeelname, zullen ook twee verschillende regressieanalyses worden uitgevoerd. Voor sportdeelname zal sprake zijn van een logistische regressieanalyse. Het betreft hier namelijk een dichotome variabele, namelijk wel (1) of geen (0) wekelijkse sportdeelname. In een logistische regressieanalyse wordt met behulp van de verschillende onafhankelijke variabelen onderzocht hoe groot de voorspelde kans is dat een respondent in één van de twee categorieën van de afhankelijke variabele terechtkomt, (Sieben & Linssen, 2009). In dit onderzoek wordt dus nagegaan hoe groot de voorspelde kans is dat een respondent wel of niet wekelijks sport, onder controle van verschillende variabelen.

Voor beweegdeelname zal sprake zijn van een meervoudige lineaire regressieanalyse. Het betreft hier namelijk een intervalvariabele, waarbij de beweegdeelname wordt uitgedrukt in aantal minuten per week. In een meervoudige lineaire regressieanalyse wordt onderzocht in hoeverre de waarde van de afhankelijke variabele, de beweegdeelname, is te voorspellen aan de hand van verschillende onafhankelijke variabelen, onder controle van andere onafhankelijke variabelen.

3.4.2 Nationaal Sportonderzoek

Het Nationaal Sportonderzoek zal op een beschrijvende manier worden geanalyseerd, waarbij wordt gekeken naar de motieven, belemmeringen, behoeften en andere determinanten die een rol spelen bij de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en in hoeverre hierbij verschillen zitten tussen mensen met en zonder chronische aandoening.

Tabel 5. Beschrijvende statistieken analysevariabelen Gezondheidsenquête 2014-2017 (N=28.440)

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	St. dev.
<i>Afhankelijke variabelen</i>				
Sportdeelname	0,00	1,00	0,520	0,50
Beweegdeelname	0,00	4200,00	634,84	646,842
<i>Onafhankelijke variabelen</i>				
Chronische aandoening (ref = geen aandoening)	0,00	1,00	0,662	0,473
Multimorbiditeit				
Geen aandoening	0,00	1,00	0,338	0,473
Eén aandoening	0,00	1,00	0,260	0,439
Multimorbiditeit	0,00	1,00	0,402	0,490
Clusters van chronische aandoeningen				
Hart- en vaatandoeningen	0,00	1,00	0,218	0,413
Oncologische aandoeningen	0,00	1,00	0,025	0,157
Zenuwaandoeningen	0,00	1,00	0,173	0,378
Aandoeningen van bot, spier en bindweefsel	0,00	1,00	0,198	0,399
Aandoeningen aan bewegingsapparaat	0,00	1,00	0,216	0,412
Aandoeningen spijsverteringsstelsel	0,00	1,00	0,057	0,232
Huidaandoeningen	0,00	1,00	0,081	0,273
Bloedaandoeningen en aandoeningen van immuunsysteem	0,00	1,00	0,003	0,058
Aandoeningen aan ademhalingsstelsel	0,00	1,00	0,097	0,296
Urogenitale aandoeningen	0,00	1,00	0,089	0,285
Endocriene- en stofwisselingsaandoeningen	0,00	1,00	0,244	0,429
Infectieziekten	0,00	1,00	0,002	0,046
Aandoeningen van oog en oor	0,00	1,00	0,056	0,230
<i>Intermediërende variabelen</i>				
Arbeidsmarktpositie				
Onderwijs	0,00	1,00	0,025	0,155
Werkzaam 12 uur per week en meer	0,00	1,00	0,543	0,498
Werkzaam minder dan 12 uur per week	0,00	1,00	0,050	0,219
Niet werkend	0,00	1,00	0,064	0,245
Werkzoekend	0,00	1,00	0,022	0,146
Arbeidsongeschikt	0,00	1,00	0,034	0,181
Gepensioneerd	0,00	1,00	0,262	0,440
Belemmeringen dagelijks leven	0,00	2,00	0,393	0,618
Psychische gezondheid	0,00	5,00	3,975	0,819
<i>Modererende variabelen</i>				
Huishoudsamenstelling				
Alleenstaand	0,00	1,00	0,197	0,398
Paar zonder kinderen	0,00	1,00	0,367	0,482
Paar met kinderen	0,00	1,00	0,359	0,480
Eenouder met kinderen	0,00	1,00	0,046	0,209
Missing huishoudsamenstelling	0,00	1,00	0,032	0,175
Opleidingsniveau				
Primair	0,00	1,00	0,083	0,277
Laag secundair	0,00	1,00	0,204	0,403
Hoog secundair	0,00	1,00	0,407	0,491
Tertiair	0,00	1,00	0,288	0,453
Missing opleidingsniveau	0,00	1,00	0,019	0,136
Ziektelast				
Pijnbelemmering	0,00	4,00	1,197	1,185
Huisarts- en specialistbezoek				
Huisartsbezoek	0,00	28,00	0,425	0,954

Specialistbezoek	0,00	28,00	0,285	0,917
Dagopname en ziekenhuisopname				
Wel dagopname	0,00	1,00	0,083	0,276
Geen dagopname	0,00	1,00	0,917	0,276
Wel ziekenhuisopname	0,00	1,00	0,082	0,274
Geen ziekenhuisopname	0,00	1,00	0,918	0,274
Medicijngebruik	0,00	2,00	0,887	0,707
<i>Controlevariabelen</i>				
Vrouw	0,00	1,00	0,513	0,500
Herkomst				
Nederlandse achtergrond	0,00	1,00	0,835	0,371
Westerse achtergrond	0,00	1,00	0,091	0,288
Niet-westerse achtergrond	0,00	1,00	0,074	0,262
Stedelijkheid woonomgeving	0,00	2,00	1,162	0,886
Gebruik van hulpmiddelen				
Geen hulpmiddel voor bewegen	0,00	1,00	0,700	0,459
Wel hulpmiddel voor bewegen	0,00	1,00	0,051	0,220
Missing hulpmiddel bewegen	0,00	1,00	0,250	0,433
Geen anatomisch hulpmiddel	0,00	1,00	0,704	0,457
Wel anatomisch hulpmiddel	0,00	1,00	0,046	0,209
Missing anatomisch hulpmiddel	0,00	1,00	0,250	0,433
Geen incontinentie hulpmiddel	0,00	1,00	0,716	0,451
Wel incontinentie hulpmiddel	0,00	1,00	0,034	0,181
Missing incontinentie hulpmiddel	0,00	1,00	0,250	0,433
Leefstijl				
Roken	0,00	170,00	2,248	5,786
Alcoholgebruik	0,00	7,00	2,390	2,361
Gezonde voeding	0,00	3,00	1,907	0,586
Fysieke beperking	0,00	3,00	0,570	0,892

Bron: *Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017*.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek worden besproken. Ten eerste zal dieper in worden gegaan op de variabelen die worden meegenomen uit de Gezondheidsenquête. Aan de hand van beschrijvende en bivariate statistieken zal een eerste indicatie worden gegeven over de invloed van de variabelen op de sport- en beweegdeelname. Ten tweede zal worden ingegaan op de uitkomsten van het Nationaal Sportonderzoek, die eveneens middels beschrijvende statistieken worden verkregen. Ten derde zullen de resultaten van de logistische en lineaire regressieanalyse van de Gezondheidsenquête worden gepresenteerd, aan de hand waarvan de gestelde hypothesen worden getoetst.

4.1 Beschrijvende statistieken Gezondheidsenquête

4.1.1 Sport- en beweegdeelname

In deze paragraaf zullen de afhankelijke variabelen sport- en beweegdeelname worden uitgesplitst naar chronische aandoening, multimorbiditeit en de verschillende clusters van chronische aandoeningen. Ten eerst is gekeken hoeveel procent van de respondenten niet wekelijks sport en hoeveel procent één keer of vaker per week. In figuur 7 is te zien dat de percentages dicht bij elkaar liggen, namelijk 48 procent van de respondenten sport niet wekelijks en 52 procent wel.

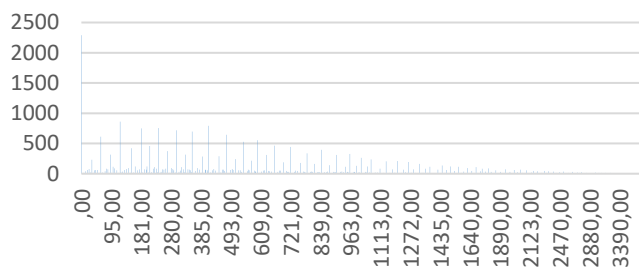
Figuur 7. Frequentie niet-wekelijkse sporters en wel-wekelijkse sporters



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Vervolgens is gekeken wat de spreiding is van de beweegdeelname en wat de gemiddelde beweegdeelname is. In figuur 8 is te zien dat hoe meer minuten wordt bewogen, des te kleiner het respondententaal is. De gemiddelde beweegdeelname is 635 minuten per week, wat neerkomt op 10,5 uur. Er is sprake van een piek bij nul minuten; 2288 respondenten (8 procent) hebben namelijk aangegeven geen van de bovengenoemde activiteiten wekelijks te verrichten.

Figuur 8. Frequentie respondenten per minuten beweegdeelname per week

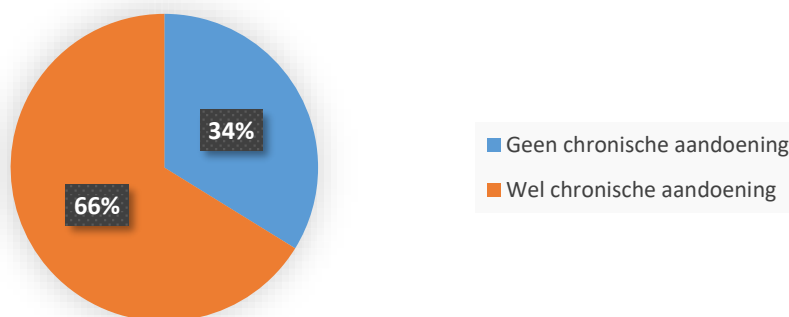


4.1.2 Biologische factoren

Chronische aandoening

Voordat deze variabele wordt afgezet tegen de sport- en beweegdeelname, is gekeken naar de prevalentie van mensen met een chronische aandoening in de Gezondheidsenquête. In figuur 9 is te zien dat bij ongeveer twee derde van de respondenten sprake is van een chronische aandoening. Dit is niet in overeenstemming met wat uit vorig onderzoek is gebleken (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Mogelijk is dit het gevolg van keuzes die zijn gemaakt bij het prepareren van deze variabele, namelijk door alle klachten en aandoeningen die respondenten aangaven te hebben, mee te nemen in de analyse. Aangezien hierbij wellicht niet altijd sprake was van een officiële aandoening en omdat hier niet wordt getoetst op de officieel gestelde diagnoses, is het mogelijk dat het percentage in dit onderzoek wordt overschat.

Figuur 9. Prevalentie chronische aandoeningen

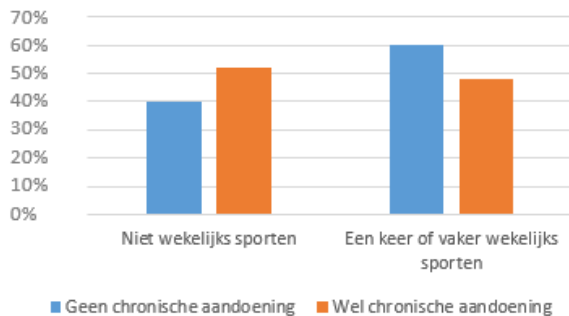


Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Vervolgens is middels een bivariate analyse gekeken wat het verschil is in sport- en beweegdeelname tussen mensen met en zonder een chronische aandoening. In figuur 10 is te zien hoeveel procent van de mensen met en zonder chronische aandoening wel of niet wekelijks aan sporten doet. Hieruit blijkt dat 40,1 procent van de mensen zonder chronische aandoening niet wekelijks aan sport doet, tegenover 52 procent van de mensen met een chronische aandoening. Uit

de T-test is gebleken dat dit verschil in sportdeelname tussen mensen met en zonder chronische aandoening significant is.

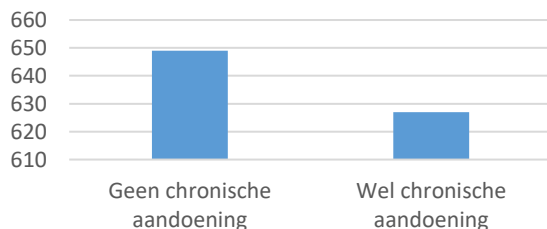
Figuur 10. Wel of geen chronische aandoening naar wekelijkse sportdeelname in procenten



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

In figuur 11 is te zien wat de gemiddelde beweegdeelname is voor mensen met en zonder een chronische aandoening. Hieruit blijkt dat de beweegdeelname van mensen zonder chronische aandoening hoger ligt (649 minuten) dan de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening (627 minuten). Uit de T-test is gebleken dat dit verschil significant is en dat mensen met een chronische aandoening dus naast minder sporten ook minder bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Uit de regressieanalyses zal blijken of deze resultaten ook gelden onder controle van verschillende variabelen.

Figuur 11. Chronische aandoening naar wekelijkse beweegdeelname in minuten



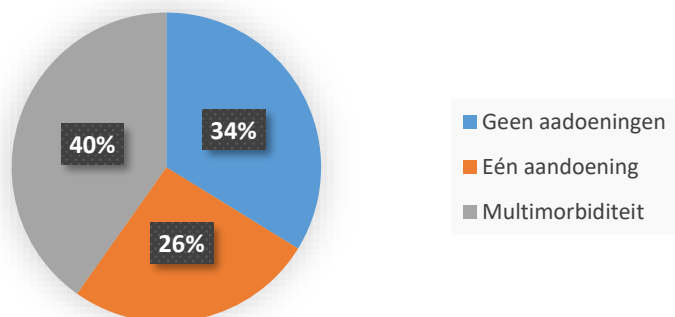
Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Multimorbiditeit

In figuur 12 is zichtbaar wat de verdeling is van mensen zonder chronische aandoening, met één chronische aandoening en mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. Hieruit blijkt dat bij 40,2 procent van de respondenten sprake is van multimorbiditeit, wat hoger ligt dan het landelijke percentage van 27 procent. Dit is logisch aangezien het percentage respondenten met een chronische aandoening in dit onderzoek ook al hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. Zoals is besproken, zou 52 procent van de mensen met een chronische aandoening meer dan één chronische aandoening hebben (CBS i.s.m. RIVM, 2017). Ook dit percentage ligt in dit onderzoek hoger, aangezien in dit onderzoek sprake is van 18831 mensen met een chronische aandoening,

waarvan 11441 respondenten aangeven meer dan één chronische aandoening te hebben (60,8 procent). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in dit onderzoek ook alle open antwoorden zijn meegenomen met betrekking tot het hebben van overige aandoeningen. Dit heeft geleid tot 7,7 procent meer mensen die aan hadden gegeven een chronische aandoening te hebben. Zoals in figuur 12 te zien, is het aandeel respondenten met één aandoening het kleinst, namelijk 26 procent, opgevolgd door respondenten zonder aandoening (33,8 procent).

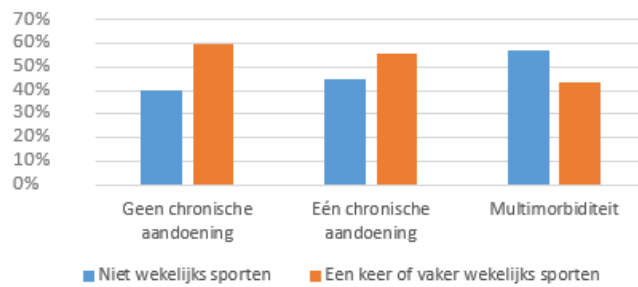
Figuur 12. Prevalentie multimorbiditeit



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

In onderstaande figuur 13 is te zien hoeveel procent van de mensen zonder aandoening, met één chronische aandoening of van de multimorbide mensen wekelijks sport. Hieruit blijkt dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit een stuk minder vaak wekelijks sporten dan mensen waarbij sprake is van één of helemaal geen chronische aandoening. Het percentage multimorbide mensen dat een keer of vaker wekelijks aan sport doet bedraagt namelijk 43,3 procent, ten opzichte van 55,3 procent van mensen met één chronische aandoening en 59,9 procent van mensen zonder chronische aandoening. Mensen zonder chronische aandoening sporten daarmee dus het vaakst wekelijks, vergeleken met de andere twee groepen. Uit de ANOVA-toets is gebleken dat deze onderlinge verschillen significant zijn. Hierbij kan gezegd worden dat multimorbide mensen de grootste risicogroep zijn, aangezien zij lijden onder meerdere aandoeningen en hun sportdeelname het laagst ligt ten opzichte van de andere twee groepen.

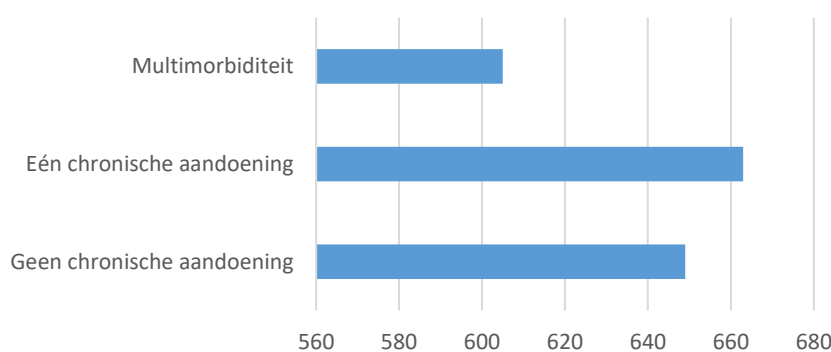
Figuur 13. Multimorbiditeit naar wekelijkse sportdeelname in procenten



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

In onderstaande figuur 14 is de gemiddelde beweegdeelname uitgesplitst naar mensen zonder chronische aandoening, mensen met één chronische aandoening en mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. Te zien is dat de beweegdeelname van multimorbide mensen sterk achterblijft op mensen zonder aandoening en mensen met één aandoening. Opvallend is dat mensen met één aandoening een groter aantal minuten per week bewegen dan mensen zonder aandoening. Mensen met één aandoening bewegen dus gemiddeld meer en sporten dus minder dan mensen zonder aandoening. Uit de ANOVA-toets is gebleken dat deze verschillen in gemiddelde significant zijn. Geconcludeerd kan worden dat uit de bivariate analyses is gebleken dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit, een risicogroep vormen met betrekking tot zowel sporten als bewegen. Uit de regressieanalyses moet blijken of deze resultaten blijven staan onder controle van verschillende achtergrondvariabelen.

Figuur 14. Multimorbiditeit naar wekelijkse beweegdeelname in minuten



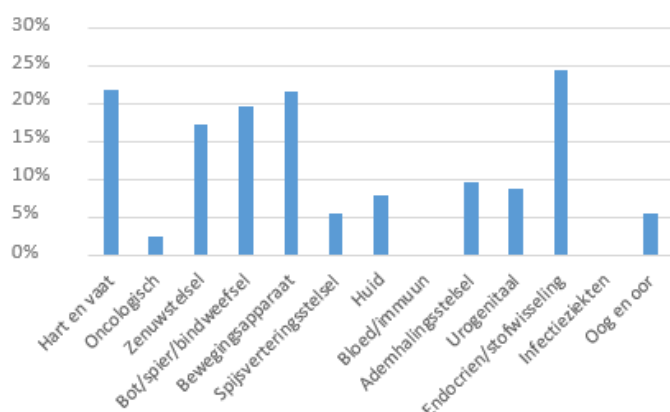
Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Clusters van chronische aandoeningen

Ten eerste is gekeken naar hoeveel procent van de respondenten met een chronische aandoening binnen een bepaald cluster van chronische aandoeningen valt. In figuur 15 zijn de uitkomsten hiervan te zien. In totaal bedraagt dit niet 100 procent, aangezien respondenten waarbij sprake is

van multimorbiditeit ook binnen meerdere clusters kunnen vallen. Uit deze figuur is af te lezen dat bij het grootste deel van de respondenten die een chronische aandoening hebben sprake is van een endocriene of stofwisselingsaandoening, namelijk 24,4 procent. Hart- en vaataandoeningen en aandoeningen van het bewegingsapparaat bekleden met respectievelijk 21,8 en 21,6 procent de tweede plek, opgevolgd door bot-, spier- en bindweefselaandoeningen (19,8 procent) en zenuwaandoeningen (17,3 procent).

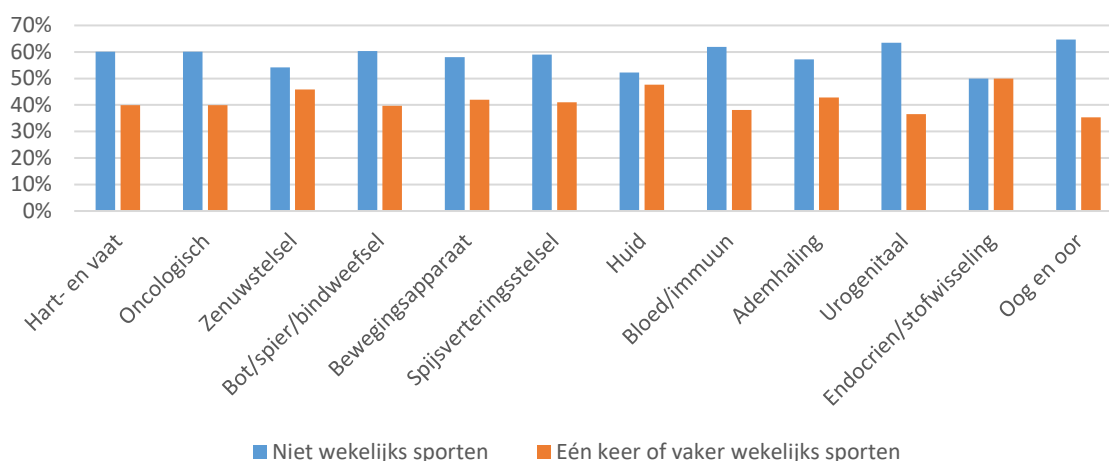
Figuur 15. Frequentie respondenten per cluster chronische aandoeningen in procenten



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Aangezien het beschrijven van de bivariate analyses van dertien verschillende aandoeningen op de sport- en beweegdeelname te uitgebreid is, zullen hier de belangrijkste bevindingen worden uitgelicht. In figuur 16 is per cluster van chronische aandoeningen te zien wat de verhouding is tussen wel en niet wekelijkse sportdeelname. Hierin zijn alleen de resultaten weergegeven van de significante verschillen. Uit deze figuur blijkt dat mensen met bloed- en immuunaandoeningen, urogenitale aandoeningen en aandoeningen van oog en oor de laagste wekelijkse sportdeelname hebben vergeleken met de andere clusters. Van de mensen met bloed- en immuunaandoeningen sport 38,1 procent een keer per week of vaker, tegenover 61,9 procent die niet wekelijks sport. Met deze percentages staat dit cluster van chronische aandoeningen op de derde plek met betrekking tot de laagste sportdeelname van alle clusters. Van de mensen met urogenitale aandoeningen sport 36,5 procent wekelijks. Dit percentage ligt lager dan voor de mensen met bloed- en immuunaandoeningen. Het cluster dat de laagste wekelijkse sportdeelname blijkt te hebben, is het cluster aandoeningen van oog en oor. Van de mensen uit dit cluster sport namelijk 64,7 procent niet wekelijks en 35,3 procent sport een keer per week of vaker.

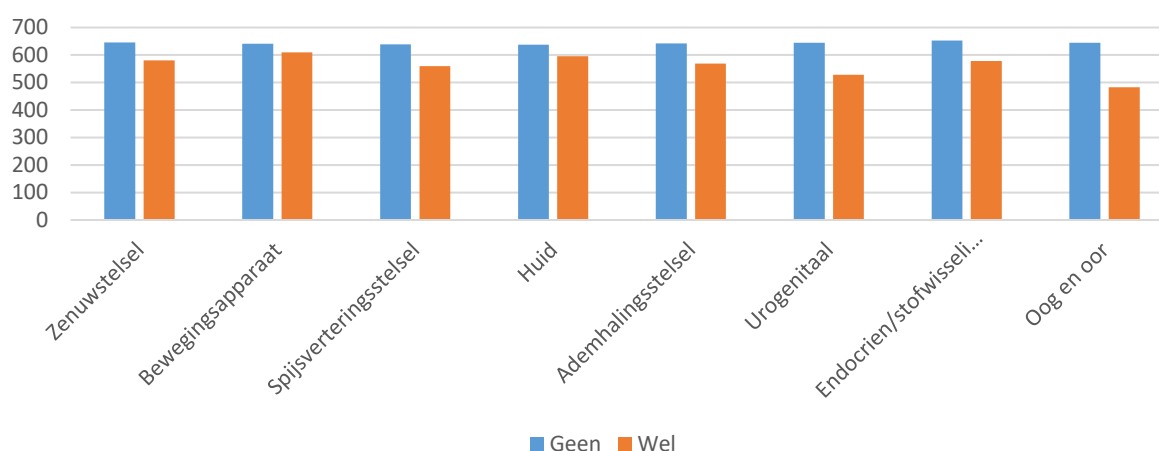
Figuur 16. Wekelijkse sportdeelname per cluster chronische aandoeningen in procenten



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

Vervolgens is gekeken naar de beweegdeelname van de dertien verschillende clusters van chronische aandoeningen. In figuur 17 zijn de clusters opgenomen waarvan het verschil in gemiddelde beweegdeelname per week tussen het wel of niet behoren tot het cluster significant waren op basis van een T-toets. Te zien is dat de gemiddelde beweegdeelname voor mensen met aandoeningen van oog en oor het laagst is (483 minuten), gevolgd door mensen met urogenitale aandoeningen (527 minuten). Ook zijn hier de verschillen met de groep die niet binnen deze clusters valt het grootst. Uit deze figuur kan daarnaast geconcludeerd worden dat de gemiddelde beweegdeelname voor mensen in al deze clusters significant lager ligt dan voor de mensen die niet binnen deze clusters vallen. Aandoeningen van oog en oor en urogenitale aandoeningen vormen dus zowel voor de sport- als de beweegdeelname een risico.

Figuur 17. Clusters chronische aandoeningen naar wekelijkse beweegdeelname in minuten



Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014-2017.

4.2 Beschrijvende statistieken Nationaal sportonderzoek

De percentages van mensen met een chronische aandoening liggen in het Nationaal Sportonderzoek een stuk lager dan de percentages in de Gezondheidsenquête. Op welk percentage een onderzoek uitkomt is sterk afhankelijk van de vraagstelling en operationalisering van het begrip. De uitkomsten van het NSO en de Gezondheidsenquête worden in dit onderzoek echter wel naast elkaar gebruikt, aangezien de uitkomsten van het Nationaal Sportonderzoek op een meer kwalitatieve wijze worden benaderd.

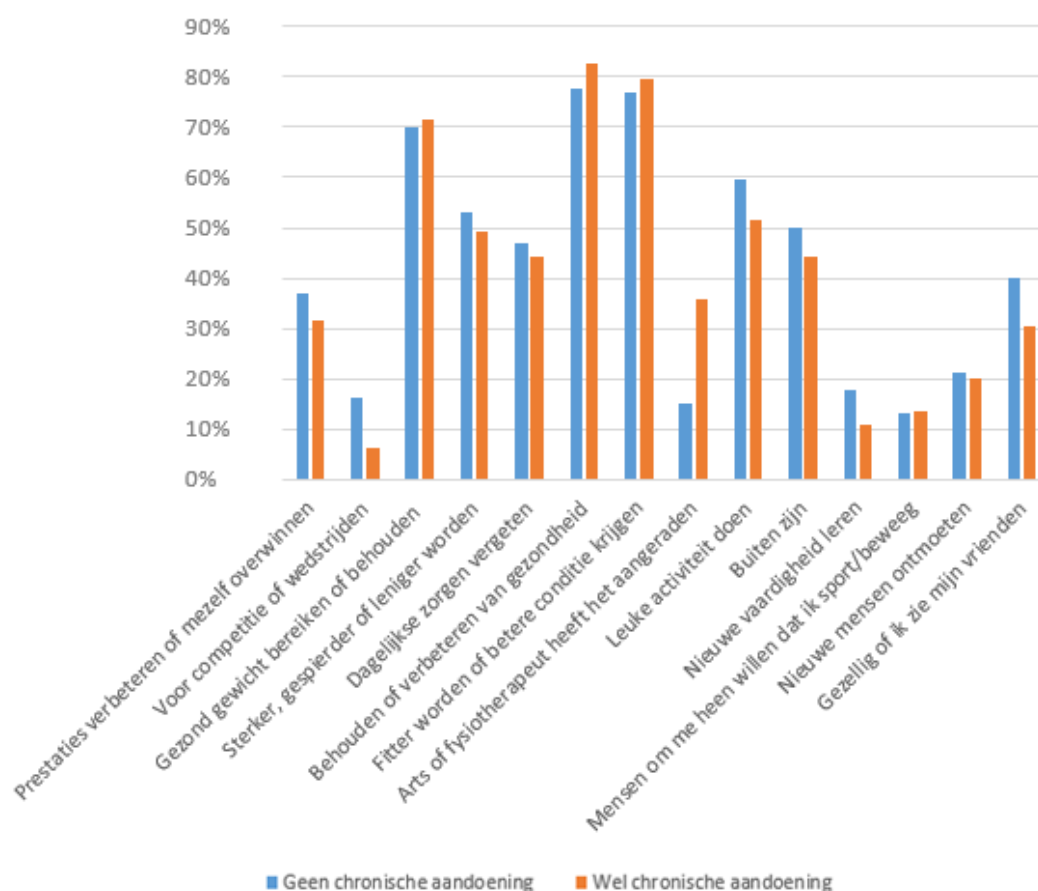
4.2.1 NSO maart 2016

Motieven

In de gebruikte data hebben 449 van de 2105 respondenten (21,3 procent) aangegeven een chronische aandoening te hebben. In figuur 18 zijn alle stellingen weergegeven waarop respondenten aan konden geven in hoeverre dit een belangrijk motief was om te sporten en te bewegen. Het aandeel dat aangaf een stelling ‘heel belangrijk’ of ‘belangrijk’ te vinden is hierin weergegeven in percentages. Hieruit blijkt dat ‘fitter worden of een betere conditie krijgen’, ‘behouden of verbeteren van de gezondheid’ en ‘een gezond gewicht bereiken of behouden’ voor zowel mensen met als zonder chronische aandoening de belangrijkste motieven zijn om te sporten en te bewegen. Alle drie de motieven hebben betrekking op de gezondheid en het verbeteren hiervan. Het is hierbij opvallend dat ook een groter percentage mensen met een chronische aandoening aangeeft dit belangrijke motieven te vinden vergeleken met mensen zonder een chronische aandoening, omdat het sporten en bewegen om gezondheidsredenen een verband lijkt te hebben met het hebben van een chronische aandoening. Het is mogelijk dat de chronische aandoening hierbij de drijfveer is om te sporten en bewegen ten behoeve van de gezondheid.

Ook is er een opvallend verschil in percentage wat betreft het motief ‘arts of fysiotherapeut heeft het aangeraden’. Dit motief wordt procentueel vaker gegeven door mensen met een chronische aandoening dan zonder. Daarnaast geven mensen met een chronische aandoening minder vaak dan mensen zonder chronische aandoening aan om te sporten en bewegen voor competitie en wedstrijden. Al met al hebben mensen met en zonder chronische aandoening dezelfde top drie wat betreft motieven om te sporten en te bewegen. Het grootste verschil tussen mensen met en zonder chronische aandoening is zichtbaar in het advies van de fysiotherapeut of arts en het competitieve of wedstrijdelement van sport.

Figuur 18. Motieven om te sporten/bewegen naar chronische aandoening in procenten



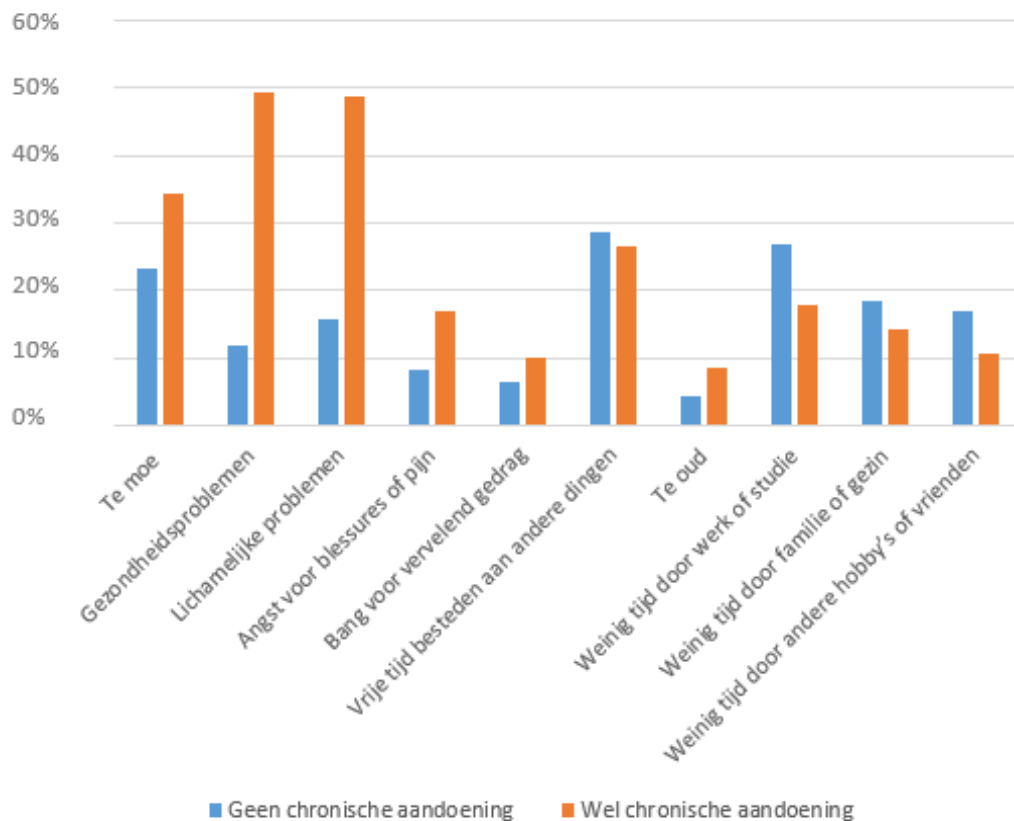
Bron: Nationaal Sportonderzoek maart 2016.

Belemmeringen

In het NSO uit maart 2016 was sprake van 42 verschillende stellingen met betrekking tot belemmeringen bij sporten of bewegen. Respondenten konden aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stellingen. In figuur 19 zijn de percentages weergegeven van mensen met en zonder chronische aandoening die hebben aangegeven het met een stelling zeer eens of eens te zijn. Aangezien het 42 stellingen waren, is ervoor gekozen om de meest opvallende uitkomsten in een grafiek te presenteren. Alle uitkomsten op de overige stellingen zijn te vinden in de Appendix C, tabel 12. Opvallend zijn de grote verschillen in percentages tussen mensen met en zonder chronische aandoening als wordt gekeken naar de belemmeringen ‘te moe’, ‘gezondheidsproblemen’ en ‘lichamelijke problemen’. Dit zijn de drie belemmeringen die door mensen met een chronische aandoening het meest zijn genoemd en die daarmee ook het meest verschillen van mensen zonder chronische aandoening. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de belemmeringen bij de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening vooral liggen op lichamelijk vlak en worden veroorzaakt door moeheid en gezondheids- en fysieke problemen. Ook geven mensen met een chronische aandoening tijdens het sporten of bewegen

procentueel vaker aan bang te zijn voor blessures of het bezeren van zichzelf en voor vervelend gedrag. Daarnaast geven zij vaker aan zichzelf te oud te vinden om te sporten vergeleken met mensen zonder chronische aandoening

Figuur 19. Belemmeringen bij sporten/bewegen naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek maart 2016.

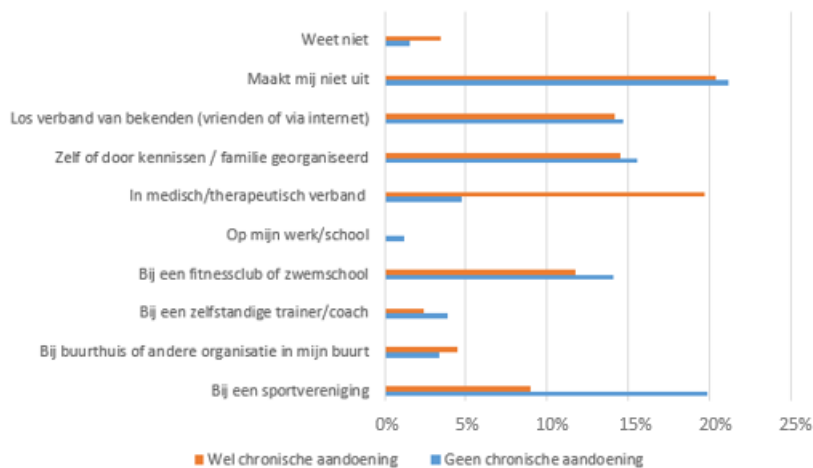
4.2.2 NSO mei 2017

Behoeften

In de gebruikte data hebben 289 van de 1514 respondenten (19,1 procent) aangegeven een chronische aandoening te hebben. In het NSO van mei 2017 is gevraagd naar verschillende behoeften die mensen hebben omtrent hun sport- en beweggedrag. In onderstaand figuur 20 is te zien hoe mensen met en zonder chronische aandoening bij voorkeur zouden sporten of bewegen. Hieruit blijkt dat het overgrote deel van beide groepen geen specifieke behoeftes heeft (optie ‘maakt mij niet uit’). De grootste verschillen tussen mensen met en zonder een chronische aandoening zitten in de behoefte om in medisch verband en bij een sportvereniging te sporten. Van de mensen met een chronische aandoening geeft namelijk maar liefst 19,7 procent aan in medisch of therapeutisch verband te willen sporten en bewegen, ten opzichte van 4,7 procent van de mensen

zonder chronische aandoening. Eenzelfde verschil is te zien bij de sportverenigingen. Van de mensen zonder chronische aandoeningen geeft 19,8 procent aan bij voorkeur te bewegen en te sporten bij een sportvereniging vergeleken met 9 procent van de mensen met een chronische aandoening.

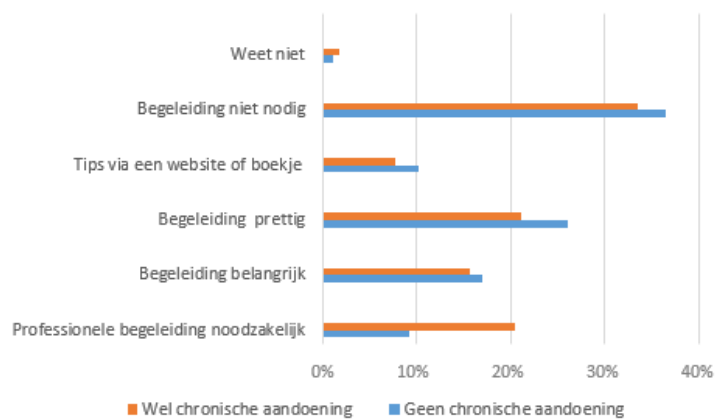
Figuur 20. Voorkeuren sporten en bewegen naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2017.

Verder is aan de respondenten voorgelegd in hoeverre begeleiding gewenst is bij het sporten of bewegen. In figuur 21 zijn de antwoorden zichtbaar, waarbij respondenten konden aangeven in welke zij zich het best konden vinden. Het overgrote deel, zowel mensen met als zonder chronische aandoening, gaf aan dat begeleiding niet nodig is. Hierbij lag het percentage van mensen zonder chronische aandoening echter wel wat hoger (36,5 procent) vergeleken met mensen met een chronische aandoening (33,6 procent). Het meest opmerkelijk is het verschil tussen mensen met en zonder chronische aandoening met betrekking tot het noodzakelijk vinden van professionele begeleiding. Maar liefst 20,4 procent van de mensen met een chronische aandoening geeft aan professionele begeleiding noodzakelijk te vinden ten opzichte van 9,2 procent van de mensen zonder chronische aandoening. Begeleiding prettig en belangrijk vinden staat bij mensen zonder chronische aandoeningen hoger in het vaandel, terwijl professionele begeleiding door een hoog percentage mensen met een chronische aandoening noodzakelijk wordt geacht.

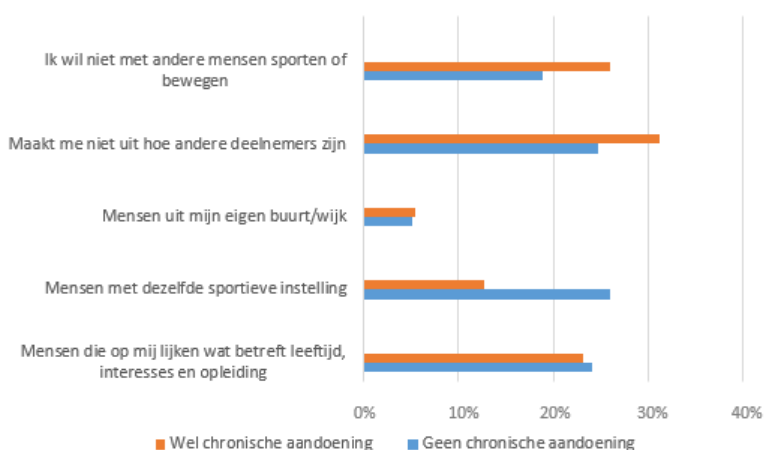
Figuur 21. Begeleiding bij sporten/bewegen naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2017.

Ook is gevraagd met welke mensen respondenten bij voorkeur sporten of bewegen. In figuur 22 zijn hiervan weer de antwoordmogelijkheden te zien. Hieruit blijkt dat het percentage mensen met een chronische aandoening dat niet met andere mensen wil sporten of bewegen (26 procent) een stuk hoger ligt dan het percentage mensen zonder chronische aandoening (18,9 procent). Daarnaast maakt het mensen met een chronische aandoening minder uit hoe andere deelnemers zijn dan mensen zonder chronische aandoening. Het grootste verschil heeft betrekking op de sportieve instelling van deelnemers. Mensen zonder chronische aandoening sporten of bewegen liever met iemand met dezelfde sportieve instelling vergeleken met mensen met een chronische aandoening.

Figuur 22. Voorkeur deelnemers sporten/bewegen naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2017.

Overige opvallende resultaten die uit de analyse zijn gebleken, zijn ten eerste dat mensen met een chronische aandoening het liefst alleen sporten en ten opzichte van mensen zonder chronische

aandoening (27,8 procent) minder graag met een groepje bekenden sporten of bewegen (22,8 procent). Ten tweede sporten of bewegen mensen met een chronische aandoening bij voorkeur minder in wedstrijdverband dan mensen zonder chronische aandoening en vinden zij het überhaupt deelnemen aan sportieve activiteiten belangrijker dan mensen zonder chronische aandoening op het gebied van sport- en beweegniveau. Het lijkt er dus op dat mensen met chronische aandoening minder sporten en bewegen in competitie of wedstrijdverband. Als laatste is het opvallend dat mensen met chronische aandoeningen minder kosten willen maken voor hun sport- en beweegdeelname dan mensen zonder chronische aandoening en dat een relatief groter deel ook aangeeft geen geld over te hebben om te sporten en bewegen.

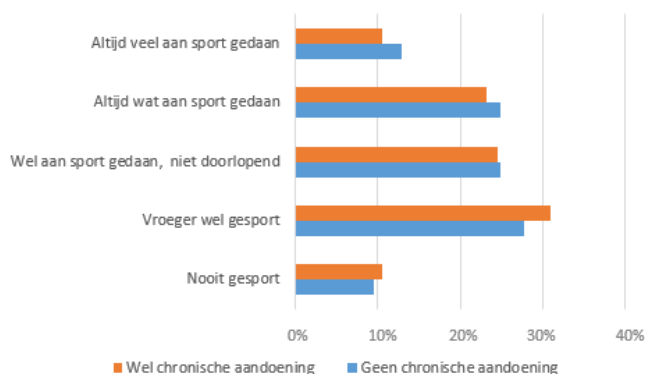
4.2.3 NSO mei 2018

Sportdeterminanten

In de gebruikte data hebben 611 van de 1000 respondenten (61,1 procent) aangegeven een chronische aandoening te hebben. In het NSO van mei 2018 zijn verschillende vragen opgenomen met betrekking tot sportdeterminanten die in deze paragraaf besproken worden.

Ten eerste zijn de resultaten te zien in figuur 23 van de vraag welke rol sporten in het leven van de respondent heeft of heeft gehad. Hierin is te zien dat de verschillen tussen mensen met en zonder chronische aandoening hierbij minimaal zijn. Een klein percentage van de mensen met een chronische aandoening geeft aan vroeger wel gesport te hebben, wat insinueert dat een grotere hoeveelheid mensen met een chronische aandoening later in het leven is gestopt met sporten vergeleken met mensen zonder chronische aandoening. Ook geven meer mensen met een chronische aandoening aan nooit gesport te hebben en geven minder mensen met een chronische aandoening aan altijd wat of altijd veel aan sport gedaan te hebben. Deze verschillen zijn echter klein.

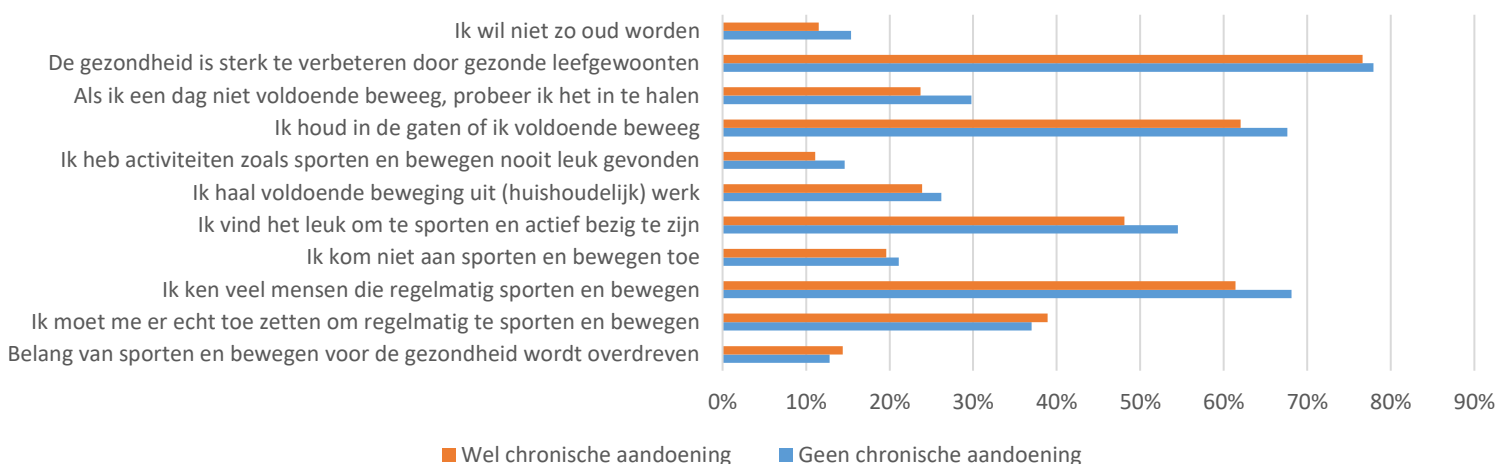
Figuur 23. Kenmerk van sportief leven naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2018.

In figuur 24 zijn de attitudes met betrekking tot sporten en bewegen weergegeven en is te zien wat het percentage mensen met en zonder chronische aandoening is dat op deze stellingen heeft aangegeven het er helemaal mee eens of mee eens te zijn. Hieruit blijkt dat voor zowel mensen met als zonder chronische aandoening het grootste percentage het eens is met de stelling ‘de gezondheid is sterk te verbeteren door gezonde leefgewoonten’. Het verschil tussen mensen met en zonder chronische aandoening is heel klein. Opvallend is dat het aandeel mensen met een chronische aandoening dat het (helemaal) eens is met de stellingen lager ligt dan bij de mensen zonder chronische aandoening, behalve bij de laatste twee stellingen. Mensen met een chronische aandoening moeten zich er meer toe aanzetten om regelmatig te sporten en te bewegen en een groter aandeel is het eens met de stelling dat het belang van sporten en bewegen voor de gezondheid wordt overdreven. Hier zijn de verschillen echter ook erg klein. Ook is het opvallend dat mensen met een chronische aandoening minder vaak aangeven veel mensen te kennen die regelmatig sporten en bewegen, het leuk te vinden om te sporten en actief bezig te zijn en bij een dag onvoldoende beweging het in te halen. De verschillen bij deze drie stellingen tussen mensen met en zonder chronische aandoening zijn wat groter.

Figuur 24. Attitude sporten en bewegen naar chronische aandoening in procenten

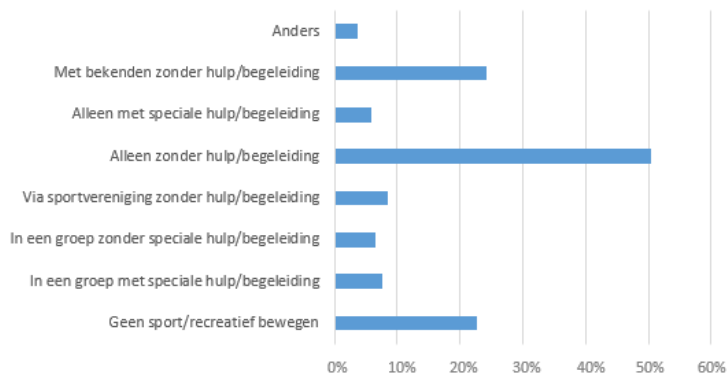


Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2018.

Ten slotte is gekeken naar hoe mensen met een chronische aandoening aan sport en recreatief bewegen doen. Hierbij wordt dus geen vergelijking gemaakt met mensen zonder chronische aandoening, aangezien deze vraag alleen aan mensen met een chronische aandoening is voorgelegd. In onderstaande figuur 25 is te zien dat het overgrote deel van de mensen met een chronische aandoening alleen en zonder hulp of begeleiding aan sport en/of recreatief bewegen doen, opgevolgd door met bekenden zonder hulp of begeleiding. Het grootste deel van de mensen met een chronische aandoening sport en beweegt zonder hulp of begeleiding of sport en beweegt

helemaal niet. Dit is opvallend, aangezien een groot aandeel van de mensen met een chronische aandoening aan heeft gegeven behoefte te hebben aan sporten in medisch of therapeutisch verband of heeft aangegeven professionele begeleiding noodzakelijk te vinden.

Figuur 25. Sporten en bewegen naar chronische aandoening in procenten



Bron: Nationaal Sportonderzoek mei 2018.

4.3 Regressieanalyse Gezondheidsenquête

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de regressieanalyses, een logistische regressieanalyse voor het analyseren van de sportdeelname en een lineaire regressieanalyse voor de beweegdeelname. Voorafgaand aan de bespreking van deze analyses, wordt eerst dieper ingegaan op de modelopbouw van de analyses. Aan de hand hiervan worden stap voor stap de hypothesen (hoofdstuk 2) besproken en zal duidelijk worden in hoeverre deze kunnen worden bevestigd of verworpen.

4.3.1 Modelopbouw

De analyse van de onafhankelijke variabelen chronische aandoening, multimorbiditeit en clusters van chronische aandoeningen op de sport- en beweegdeelname gebeurt aan de hand van verschillende modellen. Ten eerste worden voor de logistische en lineaire regressieanalyse de effecten van deze onafhankelijke variabelen op de sport- en beweegdeelname onder controle van verschillende achtergrondvariabelen geanalyseerd. Hierbij is sprake van drie verschillende modellen, waarbij in het A-model sprake is van een model zonder controlevariabelen. In het B-model zijn vervolgens de controlevariabelen aan de analyse toegevoegd.

Ten tweede worden in twee aparte tabellen voor de sport- (tabel 14) en beweegdeelname

(tabel 18) de mediërende en modererende hypothesen aangaande de onafhankelijke variabele chronische aandoening getoetst. Hierbij worden in het A-model de mediërende hypothesen getoetst en indien sprake is van een modererende hypothese, worden deze in het B-model geanalyseerd. In beide tabellen wordt hier zowel in model A als in model B gecontroleerd voor verschillende variabelen. Deze analyses bestaan uit zeven modellen, waarbij het zevende model een volledig model is. Hierin zijn alle variabelen toegevoegd en aan de hand van dit model worden de effecten van de controlevariabelen besproken. Ten derde wordt voor de sport- en beweegdeelname apart de mediërende hypothese aangaande multimorbiditeit getoetst. Tot slot worden de mediërende hypothesen met betrekking tot het cluster van hart- en vaataandoeningen getoetst, zowel voor de sport- als de beweegdeelname apart. Aangezien de analyses uit veel en uitgebreide modellen bestaan, zullen de tabellen voor de logistische regressieanalyse van sportdeelname in Appendix D en voor de lineaire regressieanalyse van beweegdeelname in Appendix E worden opgenomen, om het hoofdstuk leesbaar te houden.

Voordat overgegaan kan worden op de uitvoering van de analyses, is het belangrijk om te controleren op multicollineariteit. Het is namelijk mogelijk dat variabelen onderling sterk met elkaar samenhangen, wat invloed kan hebben op de betrouwbaarheid van de modellen. Aan de hand van een multicollineariteitstoets is gebleken dat geen sprake is van ernstige multicollineariteit. De VIF-waarde was namelijk in alle gevallen lager dan 10. Aan de hand hiervan kan geconcludeerd worden dat alle variabelen in de analyse kunnen worden meegenomen.

4.3.2 Logistische regressieanalyse sportdeelname

Aan de hand van een logistische regressieanalyse worden de A-hypothesen getoetst en wordt besproken in hoeverre deze hypothesen kunnen worden bevestigd. Dit gebeurt in de volgorde van de hypothesen, waarbij ten eerste de hypothesen worden getoetst die betrekking hebben op de biologische factoren, ten tweede de psychologische factoren, ten derde de vaardigheden en tot slot de barrières. Hierbij wordt ter vergelijking afwisselend aandacht besteed aan de verschillende onafhankelijke variabelen chronische aandoening, multimorbiditeit en clusters van chronische aandoeningen. De resultaten van de logistische regressieanalyse staan weergegeven in Appendix D in tabel 13, 14, 15 en 16 en worden uitgedrukt in de 'logit'. Een positieve logit wordt hierbij geïnterpreteerd als een grotere kans om wekelijks te sporten en een negatieve logit als een kleinere kans. De logit kan een waarde aannemen die loopt van min oneindig tot plus oneindig.

4.3.2.1 Biologische factoren

Chronische aandoening

Ten eerste is gekeken naar het effect van het wel of niet hebben van een chronische aandoening op de sportdeelname. In tabel 13 zijn de resultaten hiervan in model 1b terug te vinden. Hieruit kan worden afgelezen dat de kans om minimaal 1 keer per week te sporten kleiner is voor mensen met een chronische aandoening dan voor mensen zonder chronische aandoening. Aan de hand van deze resultaten wordt hypothese 1a bevestigd.

Multimorbiditeit

In model 2b van tabel 13 zijn de resultaten terug te vinden van de toetsing van hypothese 2a. Verwacht werd dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit minder sporten dan mensen zonder of met één chronische aandoening. Aan de hand van de resultaten uit model 2b wordt deze hypothese bevestigd. Mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit hebben een minder grote kans om wekelijks te sporten dan mensen zonder chronische aandoening. Daarnaast kan aan de hand van de resultaten worden geconstateerd dat mensen met één aandoening een minder grote kans hebben om wekelijks te sporten dan mensen zonder chronische aandoening, zoals ook uit de toetsing van hypothese 1a is gebleken. Aangezien de waarde voor multimorbiditeit groter is dan voor één chronische aandoening, blijkt dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit de kleinste kans hebben om wekelijks te sporten vergeleken met mensen met één of geen chronische aandoening.

Clusters van chronische aandoeningen

In tabel 13 zijn in model 3b tot slot de effecten zichtbaar van de verschillende clusters chronische aandoeningen op de sportdeelname. De clusters zijn apart van elkaar geanalyseerd. Het gaat hier dus om separate modellen die staan weergegeven in één tabel/model. Uit model 3b blijkt dat mensen met hart- en vaataandoeningen een kleinere kans hebben om wekelijks te sporten dan mensen zonder hart- en vaataandoeningen. Hypothese 3a kan hiermee nog niet worden bevestigd, aangezien werd verwacht dat mensen met hart- en vaataandoeningen de kleinste kans zouden hebben om wekelijks te sporten vergeleken met andere clusters. Het blijkt dat de kans om wel wekelijks te sporten ten opzichte van de kans om niet wekelijks te sporten het kleinst is voor mensen met zenuwaandoeningen, opgevolgd door mensen met aandoeningen van oog en oor. Mensen met hart- en vaataandoeningen bekleden de derde plek. Dit betekent dat hypothese 3a niet volledig kan worden bevestigd, aangezien mensen met zenuwaandoeningen de kleinste kans hebben om wekelijks te sporten en niet mensen met hart- en vaataandoeningen.

Ziektelast

Vervolgens is getoetst of het verband tussen het hebben van een chronische aandoening en sportdeelname kan worden verklaard door de ziektelast. De resultaten hiervan zijn te zien in tabel 14 in model 1. Hieruit blijkt dat het effect van de chronische aandoening op de sportdeelname exact hetzelfde is en nog steeds significant is, waardoor niet gesproken kan worden over een mediërend effect van de ziektelast. Hypothese 4a kan dus niet worden bevestigd.

In tabel 15 zijn in model 1 de resultaten zichtbaar van de toetsing van hypothese 5a. Ondanks het feit dat mensen met hart- en vaataandoeningen niet de minste sportdeelname hebben van alle clusters van chronische aandoeningen, wordt toch bekeken in hoeverre de verminderde sportdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen kan worden verklaard door de ziektelast. Hieruit blijkt dat het effect van hart- en vaataandoeningen niet is veranderd, waardoor niet gesproken kan worden over een mediërend effect van de ziektelast. Voor beide modellen geldt dat wel sprake is van een direct effect op de sportdeelname van medicijngebruik, pijn als belemmering en de ziekenhuisopname. Mensen die zijn opgenomen in het ziekenhuis, hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten. Hetzelfde geldt voor mensen die pijn meer als een belemmering ervaren. Naarmate mensen meer medicijnen gebruiken, wordt de kans om wekelijks te sporten juist groter.

4.3.2.2 Psychologische factoren

Psychische gezondheid

In model 2a en 2b van tabel 14 zijn de resultaten zichtbaar van de toetsing van hypothese 6a en 7a, die gaan over de mediërende en modererende rol van psychische gezondheid. In model 2a is te zien dat sprake is van een direct effect van de psychische gezondheid op de sportdeelname. Naarmate mensen psychisch gezonder zijn, wordt de kans om wekelijks te sporten groter. Daarnaast is in dit model te zien dat de waarde van chronische aandoening af is genomen van -0,13 naar -0,11. Aangezien het effect van het hebben van een chronische aandoening op de sportdeelname met ruim 15 procent¹ is afgenomen, kan hier worden gesproken van een mediërend effect van psychische gezondheid. Hypothese 6a kan aan de hand hiervan worden bevestigd. Daarnaast is sprake In model 2b is te zien dat de interactieterm niet significant is. Hypothese 7a niet kan dus niet worden bevestigd.

¹ $-0,02/-0,13 \times 100 = 15,38\%$

4.3.2.3 Vaardigheden

Opleidingsniveau

De resultaten van de toetsing van hypothese 8a zijn terug te vinden in model 3a en 3b van tabel 14. In model 3a is allereerst te zien dat opleidingsniveau een effect heeft op de wekelijkse sportdeelname. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter de kans om wekelijks te sporten. In model 3b is te zien dat de interactietermen met een hoog secundair en een tertiair opleidingsniveau significant zijn. Het hoofdeffect is echter niet meer significant, wat in dit model betrekking heeft op mensen met een primair opleidingsniveau. Voor hen geldt dat er geen verschil in sportdeelname is tussen het wel of niet hebben van een chronische aandoening. Voor mensen met een hoog secundair of tertiair opleidingsniveau geldt dat personen met een chronische aandoening een kleinere kans hebben om wekelijks te sporten dan personen zonder chronische aandoening. Dit betekent dat sprake is van een interactie-effect van opleidingsniveau, alleen niet in de richting zoals werd verwacht in hypothese 8a. Het effect is namelijk niet zwakker voor mensen met een hoger opleidingsniveau, maar sterker. Aan de hand hiervan kan hypothese 8a niet worden bevestigd.

4.3.2.4 Barrières

Belemmeringen

Vervolgens is gekeken in hoeverre de relatie tussen chronische aandoeningen, multimorbiditeit en clusters van chronische aandoeningen en de verminderde sportdeelname kan worden verklaard door de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. In model 4 van tabel 14 zijn de resultaten te zien van de toetsing van hypothese 9a. Hierin is te zien dat de waarde van chronische aandoening af is genomen van -0,13 naar -0,06. Aangezien sprake is van een afname van bijna 54 procent², kan worden gesproken van een mediërend effect van de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Hypothese 9a wordt dus bevestigd.

De toetsing van hypothese 10a is terug te vinden in tabel 16, model 1. Ook hierbij geldt dat de waarden van één aandoening en multimorbiditeit zijn afgenomen. Eén aandoening is gedaald van een waarde van -0,19 naar -0,04 en is na toevoeging van de ervaren belemmeringen aan het model niet meer significant. Het effect van multimorbiditeit wordt minder significant na toevoeging van de ervaren belemmeringen, wat lijkt te wijzen op mediatie. Aangezien het effect van multimorbiditeit ook is afgenomen met 88 procent³ van -0,67 naar -0,08, kan hypothese 10a aan de hand van deze resultaten dus worden bevestigd.

Hypothese 11a wordt getoetst in tabel 15, model 2. Net als bij de toetsing van hypothese 9

² $-0,07 / -0,13 * 100 = 53,85\%$

³ $-0,59 / -0,67 * 100 = 88,06\%$

en 10, geldt ook hier dat het effect van hart- en vaataandoeningen is afgenomen na toevoeging van belemmeringen aan het model. Door een afname van 20 procent⁴ van -0,15 naar -0,12 van hart- en vaataandoeningen kan worden gesproken over een mediërend effect van de ervaren belemmeringen. Hypothese 11a kan dus ook worden bevestigd. In alle drie de gevallen geldt daarnaast dat de ervaren belemmeringen een significant direct effect hebben op de sportdeelname. Mensen die meer belemmeringen ervaren in het dagelijks leven hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten.

Arbeidsmarktpositie

Voor de resultaten van de toetsing van hypothese 12a en 13a dient gekeken te worden naar model 5a en 5b van tabel 14. In model 5a wordt het mediërende effect van de arbeidsmarktpositie, hypothese 12a, getoetst. Het effect van chronische aandoening op de sportdeelname is afgenomen van -0,13 naar -0,11. Door deze afname van meer dan 15 procent⁵ is sprake van een mediërend effect van de arbeidsmarktpositie. De verminderde kans op wekelijkse sportdeelname van mensen met een chronische aandoening kan worden verklaard door een ongunstige positie op de arbeidsmarkt. Hypothese 12a kan aan de hand hiervan worden bevestigd. Ook is in model 5a te zien dat niet-werkenden, werkzoekenden, arbeidsongeschikten en gepensioneerden een kleinere kans hebben om wekelijks te sporten dan mensen die 12 uur of meer per week werken. De kans voor arbeidsongeschikten is hierbij het grootst om niet-wekelijks te sporten. Dit betekent dat een ongunstige positie op de arbeidsmarkt een negatief effect heeft op de wekelijkse sportdeelname. Hypothese 13a kan echter niet worden bevestigd. De interactietermen die in model 5b zijn toegevoegd, zijn namelijk niet significant.

Huishoudsamenstelling

In model 6b van tabel 14 is de toetsing van hypothese 14a en 15a terug te vinden. In model 6a is te zien dat de huishoudsamenstelling een significant direct heeft op de kans om wekelijks te sporten. Hierbij kan worden geconcludeerd dat paren zonder kinderen een grotere kans hebben om wekelijks te sporten vergeleken met alleenstaanden. Paren en eenoudergezinnen met kinderen hebben juist een kleinere kans om wekelijks te sporten dan alleenstaanden. Eenoudergezinnen met kinderen hebben hierbij de kleinste kans om wekelijks te sporten. Aan de hand hiervan kan worden geconcludeerd dat voornamelijk het hebben van kinderen zorgt voor een kleine kans om wekelijks te sporten. In model 6b is te zien dat de interactietermen niet significant zijn. Aan de hand hiervan

⁴ $-0,03 / -0,15 * 100 = 20\%$

⁵ $-0,02 / -0,13 * 100 = 15,38\%$

kunnen hypothese 14a en 15a niet worden bevestigd.

4.3.2.5 Controlevariabelen

Aan de hand van tabel 14, model 7, zullen de effecten van de controlevariabelen op sportdeelname worden besproken. Dit zal gebeuren aan de hand van de factoren en barrières in het I-change model.

Biologische factoren

Uit de resultaten is gebleken dat naarmate mensen een hogere leeftijd hebben, de kans kleiner wordt om wekelijks te sporten. Wat betreft de fysieke beperkingen kan worden gesteld dat naarmate de fysieke beperking ernstiger wordt, des te kleiner de kans is om wekelijks te sporten.

Gedragsfactoren

Met betrekking tot de leefstijl van de respondent kan worden gesteld dat alle leefstijlfactoren die in dit onderzoek worden meegenomen een direct effect hebben op de sportdeelname. De effecten zijn hierbij echter niet allemaal hetzelfde. Wat betreft alcohol en gezonde voeding geldt dat naarmate vaker alcohol wordt gedronken en naarmate gezonder wordt gegeten, de kans om wekelijks te sporten groter wordt. Voor roken geldt het tegenovergestelde effect. Naarmate een respondent meer rookt, wordt de kans om wekelijks te sporten juist kleiner.

Sociaal-culturele factoren

Zowel mensen met een westerse als een niet-westerse migratieachtergrond hebben een minder grote kans om wekelijks te sporten dan mensen met een Nederlandse achtergrond.

Barrières

Op het gebied van hulpmiddelen, kunnen twee tegengestelde effecten worden geconstateerd. Mensen met een hulpmiddel bij het bewegen hebben een minder grote kans om wekelijks te sporten dan mensen zonder hulpmiddel bij het bewegen. Mensen met een anatomisch hulpmiddel hebben echter een grotere kans om wekelijks te sporten vergeleken met mensen zonder een anatomisch hulpmiddel. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat de stedelijkheid van de woonomgeving een direct effect heeft op de sportdeelname. Hierbij geldt dat naarmate de woonomgeving meer stedelijk is, des te groter de kans wordt om wekelijks te sporten.

4.3.3 Lineaire regressieanalyse beweegdeelname

Aan de hand van lineaire regressieanalyses worden de B-hypotheses getoetst en wordt ook hier besproken in hoeverre de hypothesen kunnen worden bevestigd. Dit gebeurt in deze paragraaf in dezelfde volgorde als in paragraaf 4.3.2 het geval is. De resultaten van de lineaire regressieanalyse staan weergegeven in Appendix E, in tabel 17, 18, 19 en 20. De resultaten zullen besproken worden aan de hand van de 'B'-waarde. Deze waarde weerspiegelt de helling van de regressielijn en geeft de gemiddelde toename van de beweegdeelname als de onafhankelijke variabele met 1 eenheid toeneemt.

4.3.3.1 Biologische factoren

Chronische aandoening

In tabel 17, model 1a en 1b, zijn de resultaten zichtbaar van de lineaire regressieanalyse met als afhankelijke variabele beweegdeelname en als onafhankelijke variabele het wel of niet hebben van een chronische aandoening. Uit model 1a blijkt dat mensen met een chronische aandoening minder bewegen dan mensen zonder een chronische aandoening. In dit model wordt echter nog niet gecontroleerd voor de effecten van andere variabelen. Zodra dit wel wordt gedaan, zoals te zien is in model 1b, verdwijnt het significante effect van chronische aandoening op beweegdeelname. Dit betekent dat de controlevariabelen het effect uit de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening halen. Aan de hand hiervan kan worden gesteld dat hypothese 1b niet kan worden bevestigd. Dit betekent dat mensen met een chronische aandoening niet significant minder bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Hier dient wel de opmerking te worden geplaatst dat alleen door toevoeging van de controlevariabele 'fysieke beperking' het effect van chronische aandoening op de beweegdeelname niet meer significant is gebleken. Dit betekent dat de mate van fysieke beperking volledig de verschillen in beweegdeelname tussen mensen met en zonder chronische aandoening verklaart.

Aangezien geen sprake is van een significant hoofdverband, kan ook niet worden gesproken over mediërende effecten van ziektelast, psychische gezondheid, ervaren belemmeringen en de arbeidsmarktpositie. Aan de hand hiervan kunnen hypothese 4b, 6b, 9b en 12b niet worden bevestigd.

Multimorbiditeit

Vervolgens is gekeken naar de beweegdeelname van mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. In tabel 17, model 2a en 2b, zijn de resultaten van de toetsing van hypothese 2b terug te vinden. In model 2a is te zien dat mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit significant minder bewegen

dan mensen zonder chronische aandoening. Zodra wordt gecontroleerd voor verschillende variabelen in model 2b, blijft dit significante effect bestaan. Aan de hand van deze resultaten kan hypothese 2b worden bevestigd. Daarnaast is gebleken dat mensen met één aandoening evenveel bewegen als mensen zonder chronische aandoening. Gebleken is dat niet het wel of niet hebben van een chronische aandoening een probleem vormt in de beweegdeelname, maar het hebben van meerdere aandoeningen.

Clusters van chronische aandoeningen

De toetsing van hypothese 3b is te zien in tabel 17, model 3a en 3b. Ook hier geldt dat de effecten van de verschillende clusters op de beweegdeelname apart van elkaar (in separate modellen) zijn geanalyseerd. Aan de hand van model 3b kan worden gesteld dat mensen met hart- en vaataandoeningen een lagere beweegdeelname hebben dan mensen zonder hart- en vaataandoeningen. Zij bewegen 40,25 minuten per week minder dan mensen zonder hart- en vaataandoeningen. Te zien is echter dat de beweegdeelname van mensen met aandoeningen van oog en oor of urogenitale aandoeningen nog lager ligt dan de beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen. Mensen met aandoeningen van oog en oor bewegen 63,60 minuten per week minder dan mensen zonder dergelijke aandoeningen en mensen met urogenitale aandoeningen 58,66 minuten minder. Mensen met aandoeningen van oog en oor bewegen dus het minst per week. Dit betekent dat de beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen wel degelijk lager is dan mensen zonder dergelijke aandoeningen, maar dat zij niet het minst bewegen van alle clusters. Hypothese 3b kan aan de hand hiervan dus niet volledig worden bevestigd.

Ziektelast

In tabel 18, model 1, zijn de directe effecten van de ziektebelasting op beweegdeelname te zien. Hieruit blijkt dat medicijngebruik, huisartsbezoek en ziekenhuisopname significante effecten laten zien. Een hoger medicijngebruik staat in verband met een verminderde beweegdeelname, des te vaker de huisarts wordt bezocht des te hoger de beweegdeelname is en als sprake is geweest van een ziekenhuisopname dat er minder wordt bewogen.

Net als bij de resultaten van de logistische regressieanalyse laten mensen met hart- en vaataandoeningen tegen de verwachting in niet de minste beweegdeelname zien. Aangezien wel sprake was van een significant verband, zal alsnog gekeken worden in hoeverre ziektebelasting een verklaring kan bieden voor de verminderde beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen. In tabel 19, model 1, zijn de resultaten van deze toetsing weergegeven. Te zien

is dat het effect van hart- en vaataandoeningen met bijna 23 procent⁶ is afgenomen, namelijk van -40,25 minuten naar -31,09. Daarnaast is sprake van een relatie met de mate van medicijngebruik, huisartsbezoek en het wel of niet opgenomen zijn in het ziekenhuis. Dit betekent dat sprake is van een mediërend effect van de ziektelast met betrekking tot het medicijngebruik, huisartsbezoek en de ziekenhuisopname. Aan de hand hiervan kan hypothese 5b worden bevestigd.

4.3.3.2 Psychologische factoren

Psychische gezondheid

In tabel 18, model 2b, zijn de resultaten zichtbaar van de toetsing van hypothese 7b met betrekking tot het modererende effect van psychische gezondheid. De interactieterm blijkt niet significant. Dit betekent dat hypothese 7b niet kan worden bevestigd. Daarnaast is in model 2a geen sprake van een direct effect van psychische gezondheid op beweegdeelname.

4.3.3.3 Vaardigheden

Opleidingsniveau

De verwachting was dat opleidingsniveau een modererend effect zou hebben op het verband tussen het hebben van een chronische aandoening en beweegdeelname. De toetsing van deze hypothese 8b is te zien in tabel 18, model 3b. In model 3a zijn de directe effecten van opleiding op beweegdeelname weergegeven. Mensen met zowel een laag als hoog secundair opleidingsniveau bewegen meer dan mensen die een primair opleidingsniveau hebben afgerond. Hierbij is de beweegdeelname van laag secundair opgeleiden net wat hoger dan mensen met een hoog secundaire opleiding, wat maakt dat hun beweegdeelname het hoogst ligt ten opzichte van mensen met een primair en een hoog secundair opleidingsniveau. Tussen mensen met een primair en tertiair opleidingsniveau bestaan geen verschillen in de wekelijkse beweegdeelname.

In model 3b is te zien dat alle drie de interactietermen met betrekking tot het opleidingsniveau significant zijn. Het hoofdeffect is significant en geldt nu voor primair opgeleiden. Mensen die primair zijn opgeleid en een chronische aandoening hebben bewegen minder dan mensen zonder chronische aandoening en een primair opleidingsniveau. Voor mensen met een laag secundair opleidingsniveau geldt dat mensen met een chronische aandoening een lagere beweegdeelname hebben dan mensen zonder chronische aandoening. Voor mensen met een hoog secundair en tertiair opleidingsniveau geldt juist dat mensen met een chronische aandoening een hogere beweegdeelname hebben dan mensen zonder chronische aandoening. Dit betekent dat

⁶ $-9,16 / -40,25 \times 100 = 22,76\%$

sprake is van een interactie-effect van opleidingsniveau. Hypothese 8b kan echter niet volledig worden bevestigd. De hypothese stelde namelijk dat de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening altijd minder zou zijn dan zonder chronische aandoening, maar dat dit effect zwakker zou zijn voor hoger opgeleiden. Voor mensen met een hoog secundair en tertiair opleidingsniveau en een chronische aandoening is het effect echter positief geworden, wat betekent dat de hypothese niet volledig bevestigd kan worden.

4.3.3.4 Barrières

Belemmeringen

In model 4 van tabel 18 is het directe effect van de ervaren belemmeringen op de beweegdeelname zichtbaar. Geconstateerd kan worden dat naarmate meer belemmeringen worden ervaren in het dagelijks leven, des te lager de wekelijkse beweegdeelname van de respondent wordt.

In model 1 van tabel 20 zijn de resultaten te zien van de toetsing van hypothese 10b. Hieruit is af te leiden dat niet alleen het effect van multimorbiditeit is afgenomen met 87 procent⁷, namelijk van -44,56 naar -5,99, maar dat ook niet meer sprake is van een significant verband tussen multimorbiditeit en de beweegdeelname zodra belemmeringen aan het model wordt toegevoegd. Dit betekent dat sprake is van een volledig verklaard verband door ervaren belemmeringen en dat hypothese 10b kan worden bevestigd.

Voor de toetsing van hypothese 11b dient te worden gekeken naar tabel 19, model 2. Hieruit blijkt dat de beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen af is genomen van -40,25 naar -34,33 minuten. Dit betekent dat sprake is van een afname van 15 procent⁸, waardoor gesproken kan worden van een mediërend effect van ervaren belemmeringen op de beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen. Hypothese 11b kan worden bevestigd.

Arbeidsmarktpositie

De directe effecten met betrekking tot arbeidsmarktpositie zijn weergegeven in model 5a van tabel 18. Mensen die 12 uur of minder per week werken, niet-werkenden, werkzoekenden, arbeidsongeschikten en gepensioneerden bewegen meer dan mensen die 12 uur en meer per week werken. De beweegdeelname onder niet-werkenden is hierbij het hoogst.

In model 5b is de modererende hypothese 13b aangaande de arbeidsmarktpositie getoetst. De interactietermen met betrekking tot mensen die minder dan 12 uur per week werkzaam zijn, niet-werkenden en gepensioneerden zijn significant. Daarnaast is het hoofdeffect, dat in dit model

⁷ $-38,57/-44,56 \times 100 = 86,56\%$

⁸ $-5,92/-40,25 \times 100 = 14,71\%$

betrekking heeft op mensen die 12 uur per week of meer werken significant. Mensen die 12 uur per week of meer werken en een chronische aandoening hebben bewegen meer dan mensen zonder chronische aandoening en 12 uur of meer werken per week. Mensen die minder dan 12 uur per week werken en een chronische aandoening hebben bewegen meer in vergelijking met mensen die minder dan 12 uur per week werken en geen chronische aandoening hebben. Mensen die niet werken, werkzoekend of gepensioneerd zijn en een chronische aandoening hebben bewegen minder dan mensen die binnen deze groepen vallen maar geen chronische aandoening hebben. De hypothese dat het effect sterker is voor mensen met een ongunstige positie op de arbeidsmarkt gaat dus op aangaande niet-werkenden, werkzoekenden en gepensioneerden. Hypothese 13b kan deels worden bevestigd.

Huishoudsamenstelling

In model 6a van tabel 18 zijn de directe effecten van de huishoudsamenstelling op de beweegdeelname weergegeven. Zowel paren zonder kinderen als eenoudergezinnen met kinderen bewegen meer dan alleenstaanden. Paren zonder kinderen hebben de hoogste beweegdeelname ten opzichte van alleenstaanden en eenoudergezinnen met kinderen, wat de tegengestelde richting blijkt als verwacht. De hoeveelheid minuten per week die paren met kinderen meer bewegen dan alleenstaanden ligt hierbij relatief het hoogst.

De toetsing van interactiehypothesen 14b en 15b zijn te zien in model 6b van tabel 18. Het directe effect geldt in dit model voor alleenstaanden en is niet significant. Dit betekent dat tussen alleenstaanden met en zonder aandoening geen verschil is met betrekking tot hun beweegdeelname. De interactieterm met betrekking tot eenoudergezinnen met kinderen blijkt in dit model significant. Dit betekent dat eenoudergezinnen met kinderen waarbij sprake is van een chronische aandoening meer bewegen dan eenoudergezinnen met kinderen zonder chronische aandoening. Hypothese 15b kan hiermee niet worden bevestigd. Hypothese 14b kan ook niet worden bevestigd, omdat geen aantoonbaar interactie-effect is gebleken voor mensen met een partner.

4.3.3.4 Controlevariabelen

Er zal ook kort stil worden gestaan bij de effecten van de controlevariabelen op de beweegdeelname van respondenten. Deze resultaten zullen worden besproken aan de hand van tabel 18, model 7. Ook hier zal dit gebeuren aan de hand van de factoren en barrières in het I-change model.

Biologische factoren

Vrouwen bewegen meer dan mannen. Daarnaast blijkt dat hoe ouder de respondent is, des te hoger

de beweegdeelname. Tot slot blijkt dat naarmate de fysieke beperking ernstiger is, des te lager de beweegdeelname.

Gedragfactoren

Op het gebied van leefstijl is het alcoholgebruik en de mate van gezonde voeding van effect op de beweegdeelname. Opvallend is dat hoe vaker alcohol wordt gedronken, des te hoger de beweegdeelname. Naarmate mensen gezonder eten, is ook hun beweegdeelname hoger.

Sociaal-culturele factoren

Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond blijken minder te bewegen dan mensen met een Nederlandse achtergrond.

Barrières

Bij het gebruik van hulpmiddelen bleken hulpmiddelen voor bewegen, anatomische hulpmiddelen en incontinentie hulpmiddelen effect te hebben op de beweegdeelname, maar de effecten verschillen van elkaar. Hulpmiddelen voor bewegen, zoals een stok, zorgen voor een sterk verminderde beweegdeelname. Anatomische hulpmiddelen, zoals een prothese, zorgen voor een hogere beweegdeelname vergeleken met mensen zonder anatomische hulpmiddelen. Incontinentie hulpmiddelen zorgen ook voor een verminderde beweegdeelname. Ook is gebleken dat hoe meer stedelijk de woonomgeving van de respondent, des te lager de beweegdeelname.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de resultaten uit hoofdstuk 4 de gestelde hoofdvraag uit hoofdstuk 1 beantwoord. Dit zal stapsgewijs gebeuren. Ten eerst wordt ingegaan op het beantwoorden van het eerste deel van de hoofdvraag aan de hand van de resultaten uit de Gezondheidsenquête, vervolgens wordt de beantwoording van het tweede deel van de hoofdvraag behandeld met behulp van de resultaten uit het Nationaal Sportonderzoek. Tot slot zal in de discussie in worden gegaan op sterke punten van deze studie en mogelijke verbeteringen voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

5.1.1 Factoren

Welke factoren hebben invloed op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening?

Het theoretisch kader van dit onderzoek is geschetst aan de hand van het I-Change model (de Vries et.al., 2005). Het model is in dit onderzoek gebruikt om de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening te verklaren. Uit de resultaten is gebleken dat voornamelijk biologische factoren (multimorbiditeit, clusters en ziektelast), vaardigheden (opleidingsniveau) en barrières (ervaren belemmeringen, arbeidsmarktpositie en huishoudsamenstelling) een verklaring kunnen bieden voor het sport- en beweeggedrag van mensen met een chronische aandoening. Hieronder zullen alle factoren die een rol spelen in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening worden uitgelicht.

5.1.1.1 Biologische factoren

Chronische aandoening

Mensen met een chronische aandoening hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten dan mensen zonder chronische aandoening. Dit is gevonden gecontroleerd voor een breed palet aan controlevariabelen. Wanneer wordt gekeken naar de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, blijkt dat niet alleen de chronische aandoening maar ook de mate van fysieke beperking zorgt voor een verminderde wekelijkse beweegdeelname. Mensen met een chronische aandoening hebben ook vaker een fysieke beperking, wat er vervolgens voor zorgt dat zij minder bewegen dan mensen zonder chronische aandoening. Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen met een chronische aandoening minder worden belemmerd in hun sportdeelname en niet in hun beweegdeelname.

Multimorbiditeit

Uit de resultaten is gebleken dat multimorbiditeit de grootste invloed heeft op zowel de sport- als beweegdeelname. Mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit hebben de kleinste kans om wekelijks te sporten en bewegen het minst, zowel vergeleken met mensen zonder chronische aandoening als mensen met één chronische aandoening. Mensen met één chronische aandoening bewegen net zoveel als mensen zonder chronische aandoening. Het hebben van meerdere chronische aandoeningen is dus een belangrijke voorspeller van de wekelijkse sport- en beweegdeelname. Mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit vormen dus een risicogroep als het gaat om de wekelijkse sport- en beweegdeelname. Deze resultaten gecombineerd met de informatie dat multimorbiditeit is gerelateerd aan een slechtere kwaliteit van leven en een verhoogde kans op sterfte, leidt tot de conclusie dat aan multimorbide mensen meer aandacht besteed moet worden als het gaat om wat sporten en bewegen voor hen kan betekenen (Schram et.al., 2008).

Clusters van chronische aandoeningen

De kans om wekelijks te sporten is voor mensen met zenuwaandoeningen het kleinst, opgevolgd door mensen met aandoeningen van oog en oor en op de derde plek voor mensen met hart- en vaataandoeningen. Voor de wekelijkse beweegdeelname kan worden geconcludeerd dat deze het laagst is voor mensen met aandoeningen van oog en oor, vervolgens voor mensen met urogenitale aandoeningen en ook hierbij wordt de derde plek bekleed door mensen met hart- en vaataandoeningen. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat voor zowel sporten als bewegen met name hart- en vaataandoeningen en aandoeningen van oog en oor een probleem vormen. Wellicht zou beleid zich met name hier op moeten focussen, al lijkt het wel belangrijk oog te houden voor verschillen tussen aandoeningen wat betreft de sport- en beweegdeelname.

Ziektelast

Mensen die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en bewegen wekelijks minder. Wat betreft het medicijngebruik zijn contrasterende resultaten gevonden voor sport- en beweegdeelname. Naarmate mensen meer medicijnen gebruiken, wordt de kans om wekelijks te sporten groter terwijl de wekelijkse beweegdeelname juist lager wordt. Een mogelijke verklaring hiervoor is bijvoorbeeld het gebruik van homeopathische middelen. Medicijngebruik is in dit onderzoek meegenomen aan de hand van door de arts voorgeschreven medicijnen en niet door de arts voorgeschreven medicijnen. Een hoger medicijngebruik kan dus ook betekenen dat mensen die meer niet door een arts voorgeschreven medicijnen tot zich nemen, meer sporten. Dit kunnen dus ook juist prestatie en energie-verhogende

middelen zijn die een positief effect hebben op de sportdeelname. Het is mogelijk dat door een arts voorgeschreven medicijnen zorgen voor een lagere beweegdeelname, omdat die gerelateerd kunnen zijn aan een chronische aandoening en de mogelijke bijwerkingen veroorzaken.

Voor de beweegdeelname geldt dat naarmate mensen vaker de huisarts bezoeken, de beweegdeelname toeneemt. Voor de sportdeelname geldt dat naarmate mensen de pijn meer als belemmering ervaren, de kans op wekelijkse sportdeelname kleiner wordt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de ervaren pijn minder als een belemmering wordt ervaren bij het bewegen dan bij het sporten en dat het bezoeken van de huisarts een stimulerend effect kan hebben op de beweging en niet direct op de sportparticipatie.

De verminderde wekelijkse beweegdeelname van mensen met hart- en vaataandoeningen kan worden verklaard door hoge ziektelast, met name door een hoog medicijngebruik, ziekenhuisopname en de hoeveelheid huisartsbezoeken. Hierdoor kan worden geconcludeerd dat naar oplossingen gekeken kan worden hoe mensen met hart- en vaataandoeningen alsnog gestimuleerd kunnen worden in hun beweegdeelname.

5.1.1.2 Psychologische factoren

Psychische gezondheid

Een opvallend resultaat is dat de psychische gezondheid alleen in verband staat met de sportdeelname en niet met de beweegdeelname. Naarmate de psychische gezondheid toeneemt, wordt de kans om wekelijks te sporten groter. Daarnaast wordt de verminderde kans op wekelijkse sportdeelname van mensen met een chronische aandoening verklaard door een verminderde psychische gezondheid. De sportdeelname van mensen met een chronische aandoening kan dus worden gestimuleerd door meer aandacht te bieden aan de psychische gezondheid van mensen met een chronische aandoening en hierin meer ondersteuning te bieden. Als de psychische gezondheid van mensen met een chronische aandoening wordt verbeterd, wordt ook de kans op wekelijkse sportdeelname groter.

5.1.1.3 Vaardigheden

Opleidingsniveau

Uit eerder onderzoek is niet alleen gebleken dat mensen met een hoger opleidingsniveau meer informatievaardigheden hebben met betrekking tot gezond gedrag, maar dat zij ook beter in staat zijn om hier naar te kunnen handelen dan mensen met een lager opleidingsniveau (Rademakers, 2014). Deze bevinding wordt bevestigd als wordt gekeken naar het directe effect van het opleidingsniveau op sportdeelname. Mensen met een hoger opleidingsniveau, hebben namelijk een grotere kans op wekelijkse sportdeelname dan mensen met een lager opleidingsniveau. Wanneer wordt gekeken naar beweegdeelname, lopen de bevindingen sterk uiteen vergeleken met

sportdeelname. Het blijkt namelijk dat mensen met een secundair opleidingsniveau het meest bewegen per week. Wat tevens opvalt is dat mensen met het laagste opleidingsniveau even veel bewegen als mensen met het hoogste opleidingsniveau. Bij de beweegdeelname gaat het idee dat naarmate de opleiding hoger is, mensen meer zullen bewegen dus niet op. Een verklaring hiervoor zou het type werk kunnen zijn. Mensen met een secundair opleidingsniveau hebben mogelijk actief en lichamelijk werk, terwijl het beroep van mensen met zowel het laagste als het hoogste opleidingsniveau wellicht voornamelijk sedentair van aard is.

Wanneer we een vergelijking maken tussen mensen met en zonder chronische aandoening, blijkt dat mensen met een hoger opleidingsniveau die een chronische aandoening hebben, een kleinere kans hebben om wekelijks te sporten dan hoger opgeleiden zonder chronische aandoening. Voor mensen met een lager opleidingsniveau zit er geen verschil tussen het wel of niet hebben van een chronische aandoening. Anders dan voor de kans op wekelijkse sportdeelname, blijkt dat hoger opgeleiden met een chronische aandoening wel meer bewegen dan hoger opgeleiden zonder chronische aandoening. Dit geldt niet voor mensen met een lager opleidingsniveau; binnen deze groep bewegen mensen met een chronische aandoening minder. Aan de hand hiervan kan worden geconcludeerd dat opleidingsniveau en gezondheidsvaardigheden met name dus een rol zouden kunnen spelen in de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Voor sportdeelname geldt dit minder. Het blijkt namelijk zo te zijn dat in de groep hoger opgeleiden mensen met een chronische aandoening minder kans hebben voldoende te sporten dan mensen zonder chronische aandoening. In de groep lager opgeleiden bestaat er geen verschil tussen mensen met en mensen zonder een aandoening. Meer gezondheidsvaardigheden lijken hier dus geen rol te spelen.

5.1.1.4 Barrières *Belemmeringen*

Belemmeringen⁹ spelen in zowel de sport- als de beweegdeelname een belangrijke rol. Gesteld kan worden dat mensen die meer belemmeringen ervaren in het dagelijks leven, een kleinere kans hebben om wekelijks te sporten en een lagere wekelijkse beweegdeelname hebben. Daarnaast verklaren de ervaren belemmeringen de verminderde sport- en beweegdeelname van mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit en hart- en vaataandoeningen. De verminderde sportdeelname van mensen met een chronische aandoening wordt ook verklaard door de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Geconcludeerd kan worden dat de sport- en beweegdeelname van mensen met multimorbiditeit en hart- en vaataandoeningen en de sportdeelname van mensen met chronische aandoeningen gestimuleerd kan worden door te

⁹ In hoeverre respondenten door gezondheidsproblemen beperkt zijn in de activiteiten die mensen gewoonlijk doen

bekijken hoe de ervaren belemmeringen weggenomen of zo klein mogelijk gemaakt kunnen worden. Zodra de ervaren belemmeringen afnemen, zou de sport- en beweegdeelname kunnen toenemen.

Arbeidsmarktpositie

Wat betreft de arbeidsmarktpositie zijn het dezelfde groepen die een verminderde sport- en beweegdeelname laten zien. Niet-werkenden, werkzoekenden, arbeidsongeschikten en gepensioneerden hebben een kleinere kans om wekelijks te sporten en hebben een lagere wekelijkse beweegdeelname vergeleken met mensen die 12 uur of meer per week werken. Het enige verschil is dat mensen die 12 uur of minder per week werken alleen een lagere beweegdeelname laten zien. Een minder gunstige positie op de arbeidsmarkt lijkt dus een effect te hebben op de sport- en beweegdeelname. Voor mensen met een chronische aandoening is dit dan ook een verklaring voor hun verminderde sportdeelname.

Wanneer we een vergelijking maken tussen mensen met en zonder chronische aandoening, blijkt dat mensen die zowel meer als minder dan 12 uur per week werken en een chronische aandoening hebben, meer bewegen dan mensen die werken en geen chronische aandoening hebben. Mensen die niet werken, werkzoekend of gepensioneerd zijn en een chronische aandoening hebben, bewegen juist minder dan mensen die in deze groepen vallen en geen chronische aandoening hebben.

Aan de hand hiervan kan deels worden geconcludeerd dat de arbeidsmarktpositie een belangrijke rol speelt in de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Hierbij heeft een gunstige arbeidsmarktpositie een positieve invloed op de beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening en een ongunstige positie een negatieve invloed op de beweegdeelname. Een alternatieve verklaring zou echter ook kunnen zijn dat mensen met een chronische aandoening die werken, relatief minder last ervaren van hun aandoening en als gevolg daarvan ook beter in staat zijn om te bewegen. Uit vorig onderzoek is gebleken dat participatie op de arbeidsmarkt wordt geassocieerd met een hogere mate van welzijn (Campen en Cardol, 2009). Mensen met chronische aandoeningen participeren minder op de arbeidsmarkt en ervaren dan ook minder welzijn dan mensen zonder chronische aandoeningen (van Lindert et.al., 2006). Het lijkt dus van belang om mensen met een chronische aandoening zo lang mogelijk actief te houden of actief te krijgen op de arbeidsmarkt.

Huishoudsamenstelling

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de sportdeelname van volwassenen lager is dan in de levensfasen ervoor. Het gebrek aan tijd vanwege onder andere familieverplichtingen weerhoudt

hen er het meest van om te gaan sporten (Poel et.al., 2018). Eenzelfde relatie wordt in dit onderzoek gevonden voor de sportdeelname. Paren zonder kinderen hebben een grotere kans om wekelijks te sporten en bewegen dan alleenstaanden. Daarnaast blijkt dat paren met kinderen en alleenstaanden met kinderen de kleinste kans hebben op wekelijkse sportdeelname. Een opvallend resultaat is dat alleenstaanden met kinderen meer bewegen dan alleenstaanden zonder kinderen. Hier lijkt het argument dat kinderen tijd kosten niet op te gaan. Ook bewegen alleenstaanden met kinderen en een chronische aandoening meer dan alleenstaanden met kinderen zonder chronische aandoening. Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat alleenstaanden met kinderen ook regelmatig zonder kinderen zitten door co-ouderschap. Wellicht zijn alleenstaanden met een chronische aandoening zich meer bewust van de gezondheidsvoordelen van bewegen, waardoor zij meer bewegen dan alleenstaanden zonder chronische aandoening en kinderen. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat voornamelijk het hebben van kinderen zorgt voor een kleinere kans op wekelijkse sportdeelname.

5.1.2 Motieven, belemmeringen en behoeften

Op welke wijze kunnen mensen met een chronische aandoening worden gestimuleerd om meer te sporten en te bewegen?

Mensen met een chronische aandoening sporten en bewegen voornamelijk om hun gezondheid te behouden of te verbeteren, om fitter te worden of een betere conditie te krijgen en om een gezond gewicht te bereiken of te behouden. Mensen met een chronische aandoening sporten en bewegen dus voornamelijk met gezondheidsmotieven. Tegelijkertijd zorgt diezelfde gezondheid voor belemmeringen in hun sport- en beweegdeelname, zoals moeheid, fysieke en gezondheidsproblemen, maar ook angst voor blessures of pijn en vervelend gedrag van omstanders. Geconcludeerd kan worden dat mensen met een chronische aandoening gestimuleerd kunnen worden om meer te sporten en te bewegen, door de belemmeringen weg te nemen of zo klein mogelijk te maken.

Belemmeringen zoals gezondheidsproblemen en moeheid zijn hier natuurlijk niet volledig weg te nemen, maar mensen met een chronische aandoening kunnen wel zo goed mogelijk door zorgverleners worden voorgelicht wat sporten en bewegen voor deze belemmeringen kan betekenen en hoe zij het best kunnen sporten en bewegen met hun specifieke aandoening. Het is mogelijk dat deze voorlichting ervoor zorgt dat er minder sprake is van belemmeringen bij het sporten en bewegen en dat deze gezondheids- en fysieke problemen juist een motivatie kunnen worden om meer te sporten en bewegen. Ook kan betere voorlichting over sporten en bewegen met een chronische aandoening ervoor zorgen dat deze mensen minder bang zijn voor blessures

of pijn bij het sporten en bewegen. Door de angst te verlichten, is het mogelijk dat mensen met een chronische aandoening een minder grote drempel voelen om te sporten en bewegen. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Hoogendoorn en Hollander (2016), die concludeerden dat sprake is van behoefte aan advies en steun vanuit de gezondheidszorg om bewegen te stimuleren en het vertrouwen aan de patiënt te geven dat dit verantwoord en veilig mogelijk is.

Daarnaast heeft een groot deel van de mensen met een chronische aandoening de behoefte om in medisch of therapeutisch verband te sporten en bewegen of de mogelijkheid te hebben professionele begeleiding hierbij te krijgen. Dit is opvallend omdat de meeste mensen met een chronische aandoening juist aangeven zonder begeleiding te sporten en te bewegen. Om mensen met een chronische aandoening te stimuleren in hun sport- en beweegdeelname zou dergelijke begeleiding vaker kunnen worden aangeboden als mogelijkheid, zodra hier behoefte aan is. Ook zou het hierbij mogelijk zijn om dit via de zorgverlener onder de aandacht te brengen van mensen met een chronische aandoening. Niet iedereen met een chronische aandoening zal hier behoefte aan hebben en ook zal de noodzaak hiervan afhankelijk zijn van het type chronische aandoening, maar het zal mogelijkheden bieden om de sport- en beweegdeelname van deze groep mensen te stimuleren. Ook dit sluit aan bij de conclusie van Hoogendoorn en Hollander (2016), die constateerden dat het mogelijk zou moeten zijn om vanuit de gezondheidszorg door te verwijzen naar beweegaanbod of om een trainer aan te kunnen bieden die inzicht heeft in de fysieke mogelijkheden van het individu. Bij een doorverwijzing naar beweegaanbod gaat het om maatwerk en dient rekening gehouden te worden met de specifieke behoeften van de patiënt. Vergeleken met mensen zonder chronische aandoening geven mensen met chronische aandoening namelijk aan weinig behoefte te hebben om te sporten bij een sportvereniging en geven zij aan liever alleen te sporten en minder graag in wedstrijd of competitief verband.

5.2 Discussie

In dit hoofdstuk zal in worden gegaan op de sterke punten en beperkingen van dit onderzoek en de mogelijke verbeteringen en suggesties die gedaan kunnen worden voor mogelijk vervolgonderzoek.

Operationalisering chronische aandoening

Bij dit onderzoek is sprake van een zeer gedetailleerde en volledige meting die in eerdere onderzoeken nog niet op deze wijze is uitgevoerd. Hierbij zijn drie verschillende operationaliseringën gehanteerd om de chronische aandoeningen te meten, namelijk het wel of niet hebben van een chronische aandoening, of sprake was van multimorbiditeit en de verschillende

clusters van chronische aandoeningen. Dit maakt dat dit onderzoek een uitgebreid en compleet beeld geeft van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening.

De eerste beperking van dit onderzoek heeft echter wel betrekking op deze operationalisering. In dit onderzoek is er namelijk voor gekozen om alles wat mensen hebben opgegeven, mee te nemen als chronische aandoening. Hierbij zijn geen richtlijnen voor chronische aandoeningen gebruikt en zijn alle serieus omschreven gezondheidsproblemen die respondenten aangaven, meegenomen als chronische aandoening. Er was namelijk sprake van geringe informatie bij de open antwoorden en dus veel ruimte voor eigen interpretatie, waardoor er bewust voor is gekozen om elke mogelijke aandoening zelf te diagnosticeren als een chronische aandoening. Daarnaast zijn het ziektebeelden of klachten die door de respondenten zelf zijn opgegeven, die mogelijk niet allemaal zijn gediagnosticeerd door een gekwalificeerd arts. Hierdoor is het mogelijk dat sprake is van een overschatting van de hoeveelheid mensen met een chronische aandoening. Hierdoor is logischerwijs ook de mogelijkheid dat sprake is van een overschatting van mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit, omdat de meerdere aandoeningen mogelijk niet in alle gevallen door een arts zijn gediagnosticeerd. De percentages van mensen met een chronische aandoening of mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit zijn hierdoor niet representatief voor de samenleving, wat generalisatie bemoeilijkt.

Operationalisering sportdeelname

De tweede beperking van het onderzoek heeft betrekking op de operationalisering van sportdeelname. Sportdeelname was als een dichotome variabele in de analyse meegenomen, omdat dit conform de afspraken was die gemaakt zijn met het CBS en RIVM. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen wel of niet wekelijkse sportdeelname. Aangezien dit beperkte informatie geeft, is het mogelijk dat sprake zou zijn van andere resultaten als de sportdeelname, net als de beweegdeelname, als een lineaire variabele in de analyse was opgenomen. Daarnaast is wel of niet wekelijkse sportdeelname niet terug te rekenen naar in hoeverre een respondent wel of niet aan de Beweegrichtlijnen voldoet, omdat niet gesproken kan worden over een mate van wekelijkse sportdeelname of een hoeveelheid in minuten bot- en spierversterkende activiteiten. Voor vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om de sportdeelname conform de Beweegrichtlijnen te meten, zodat gekeken kan worden in hoeverre mensen met een chronische aandoening wel of niet aan de Beweegrichtlijnen voldoen.

Operationalisering beweegdeelname

Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om de beweegdeelname mee te nemen aan de hand van

verschillende beweegvormen, zoals tuinieren, huishoudelijk werk, klussen, recreatief wandelen en fietsen, en woon-werk verkeer met de fiets of lopend. De gedachte hierachter was dat mensen met een chronische aandoening die veel last van hun aandoening zouden hebben en hierdoor niet recreatief zouden kunnen sporten of bewegen, wel beweging zouden kunnen krijgen door actief te zijn in het huishouden, bijvoorbeeld met klussen of tuinieren. Dit zorgt voor een brede interpretatie van bewegen, waardoor het een algeheel beeld geeft van de manier waarop mensen met en zonder chronische aandoening aan hun beweging komen. Aan de andere kant zorgt dit ook voor beperkingen. Dit onderzoek is hierdoor namelijk niet vergelijkbaar met eerdere onderzoeken, waarbij voornamelijk is gekeken naar recreatief fietsen en wandelen of een uitsplitsing is gemaakt naar soorten beweegdeelname. Door alle vormen van beweging samen te nemen, is mogelijk informatie verloren gegaan. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de arbeidsmarktpositie een effect heeft op de beweegdeelname, omdat ook woon-werk verkeer in de beweegdeelname is opgenomen. Aan de andere kant wordt verwacht dat dit niet zulke sterke effecten zijn, aangezien mensen die meer dan 12 uur per week werken wellicht ook minder beweging stoppen in het huishouden.

Daarnaast geldt dat bij de beweegdeelname het niet mogelijk was om naast de hoeveelheid minuten bewegen per week te kijken naar de intensiteit van die beweging, waardoor de beweegdeelname net als de sportdeelname niet gekoppeld kon worden aan de Beweegrichtlijnen en in hoeverre respondenten hier wel of niet aan zouden voldoen. Voor vervolgonderzoek zou dit wel wenselijk zijn, aangezien dit direct teruggekoppeld kan worden aan het beleid en in hoeverre aan de opgestelde Beweegrichtlijnen wordt voldaan door mensen met en zonder chronische aandoeningen.

Mediërende en modererende variabelen

In dit onderzoek wordt een ruim palet aan hypothesen getoetst, waarbij verschillende interacties en mediaties zijn meegenomen. Daarnaast is sprake geweest van verschillende onafhankelijke en twee afhankelijke variabelen, waardoor veel analyses zijn uitgevoerd. Door deze veelheid aan informatie is er veel om op voort te bouwen, maar was ook geen ruimte om alle modererende en mediërende hypothesen te toetsen voor elke afzonderlijke relatie. Hierdoor kon worden geconstateerd dat bepaalde verbanden gelden voor de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, maar bleef onbekend of dit verband ook bestond voor mensen met multimorbiditeit of voor de verschillende clusters. Daarnaast zijn alleen hypothesen opgesteld over de effecten van hart- en vaataandoeningen, omdat werd verwacht dat dit cluster het grootste effect zou hebben op de sport- en beweegdeelname. Toen bleek dat dit andere clusters waren, is echter niet meer gekeken naar het effect van eventuele modererende of mediërende verbanden. Voor

vervolgonderzoek zou het dus interessant zijn als dit alsnog wordt bekeken en er aanvullende analyses zouden worden uitgevoerd.

Leeftijd

Aangezien in dit onderzoek de aandacht ligt op mensen vanaf 18 jaar, zou het interessant zijn om vervolgonderzoek te richten op mensen jonger dan 18. Op deze manier zouden de resultaten met elkaar kunnen worden vergeleken en kan aan de hand van deze resultaten gericht beleid worden gemaakt voor enerzijds kinderen en jongeren en anderzijds volwassenen. Hierbij zou het ook interessant zijn om in vervolgonderzoek te focussen op verschillende leeftijdsgroepen, waardoor afzonderlijk per leeftijdscategorie gekeken kan worden naar de effecten op zowel de sport- als de beweegdeelname.

Beperkte dataset

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende datasets die betrekking hebben op meerdere gezondheidsaspecten. Hierbij zijn verschillende jaren van de Gezondheidsenquête gekoppeld en is gebruik gemaakt van drie verschillende jaren van het Nationaal Sportonderzoek. De gegevens uit al deze datasets zijn geanalyseerd, waardoor een heel breed beeld kon worden geschetst van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, welke factoren hierbij een rol spelen en wat de motieven, belemmeringen en behoeften hierbij zijn. Alle datasets bevatten heel uitgebreide informatie, waardoor veel waardevolle resultaten konden worden vervaardigd.

De focus van de Gezondheidsenquête lag echter niet specifiek op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, waardoor gekozen moest worden voor variabelen die beschikbaar waren. Dit heeft gezorgd voor restricties van de dataset met betrekking tot de te onderzoeken factoren, aangezien mogelijk niet alle verbanden die betrekking hebben op de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening zijn bevraagd aan de respondenten. Daarom wordt aangeraden om bij vervolgonderzoek een zelf opgestelde vragenlijst uit te zetten, waarbij specifiek naar aanleiding van een uitgebreide literatuurstudie en vorige onderzoeken, wordt gevraagd naar de sport- en beweegdeelname van respondenten met en zonder chronische aandoeningen. Hierbij kunnen factoren worden betrokken die uit de literatuurstudie en vorige onderzoeken belangrijk zijn gebleken in de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening. Aan de hand hiervan zou een heel gericht onderzoek kunnen worden uitgevoerd naar dit onderwerp en zal de keuze van de te onderzoeken factoren niet gestuurd worden door beperkingen van de dataset.

Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek vormt een hele brede en stevige kwantitatieve basis voor vervolgonderzoek. Een grote aanbeveling voor mogelijk vervolgonderzoek, is echter het opzetten van een kwalitatief onderzoek naar de motieven, belemmeringen en behoeften van mensen met een chronische aandoening. Het is belangrijk om bij een onderzoek naar het stimuleren van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening, de doelgroep zelf ook aan het woord te laten en hierin te betrekken. Naast de resultaten die uit dit onderzoek komen, is het mogelijk om meer verdieping in de cijfers te bieden door inzicht te krijgen in de motieven, belemmeringen en behoeften die mensen met een chronische aandoening ervaren bij hun sport- en beweegdeelname. Dit zal namelijk waarschijnlijk ook aandoeningsafhankelijk zijn. De ene aandoening is de andere niet en ook verschillen de behandelingen van elkaar. Daarom is het advies om bij vervolgonderzoek te focussen op de clusters van chronische aandoeningen die het minst sporten en bewegen en daarbij diepte-interviews of focusgroepen af te nemen. Dit met als doel om te achterhalen waar precies het probleem ligt en hoe zij precies zouden kunnen worden gestimuleerd om te sporten en te bewegen. Ook is het belangrijk om de zorgverleners hierin te betrekken en te onderzoeken wat zij nu al bespreken in de spreekkamer op het gebied van sporten en bewegen en of hier mogelijkheden in zitten. Dit zal vervolgens tot gerichte beleidsadviezen kunnen leiden waarbij het mogelijk is om tot een concreet plan van aanpak te komen.

6. Beleidsaanbevelingen

Aanleiding voor dit onderzoek was het achterblijven van de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening ten opzichte van mensen zonder chronische aandoening. Gezien dit gegeven en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen in Nederland, is het van belang om hier iets aan te doen. Daarnaast wordt in het Sportakkoord 2017-2021 van kabinet Rutte III meer de aandacht gericht op het belang van inclusief sporten. Het doel van de Rijksoverheid is hierbij om het voor mensen met een beperking makkelijker en toegankelijker te maken om met plezier te sporten en bewegen. Aangezien de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening achterblijft, is het dus van belang dat zij hierbij meer worden geïncludeerd. In dit onderzoek is meer verheldering geboden over de sport- en beweegdeelname van mensen met een chronische aandoening om handvaten aan te kunnen reiken voor het verbeteren van de inclusiviteit van mensen met een chronische aandoening.

Een van de mogelijkheden om deze inclusiviteit te bereiken, is door bestaande interventies uit te breiden. Met het Sportloket wordt nu voornamelijk gewerkt vanuit revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen in het ziekenhuis (ReSpAct, z.d.). Geadviseerd wordt om het Sportloket toegankelijker te maken en ter beschikking te stellen voor mensen met een chronische aandoening die problemen ervaren bij het sporten, multimorbide mensen en mensen met aandoeningen van oog en oor en urogenitale aandoeningen die problemen ervaren bij het bewegen. Het Sportloket kan deze kwetsbare groepen bewuster maken van het belang van sporten en bewegen en kan hen hierbij gericht begeleiden. Een andere mogelijkheid is om de interventie Beweegkuur Fysieke Beperkingen voor niet leefstijl gerelateerde chronische aandoeningen aan te passen, waardoor de focus minder komt te liggen op het verbeteren van de leefstijl en meer op het wegnemen of verminderen van de belemmeringen die worden ervaren bij het sporten en bewegen (loketgezondleven.nl, 2019). Aangezien de psychische gezondheid de sportdeelname van mensen met een chronische aandoening verklaart, is het advies om meer aandacht te richten op het verbeteren van de psychische gezondheid van mensen met een chronische aandoening met als doel hen uiteindelijk meer te laten sporten.

Ter aanvulling op bovenstaande mogelijkheid geven mensen met een chronische aandoening regelmatig aan professionele begeleiding te willen of op medische of therapeutische basis te willen sporten. Het advies is dan ook om deze mogelijkheid aan te bieden en mogelijk te laten vergoeden voor mensen met chronische aandoeningen, met name aan mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. Dit advies sluit aan bij een van de conclusies die Hoogendoorn en Hollander hadden geformuleerd, namelijk om mensen met een chronische aandoening beschikking te geven over een trainer met inzicht in de fysieke mogelijkheden van het individu, zodat de

lichamelijke activiteiten hierop kunnen worden aangepast (2016). Hierbij is het essentieel dat de zorgverlener deze mogelijkheid bespreekt met de patiënt en dat dit gebeurt op basis van doorverwijzing, mits de zorgverlener acht dat dit de gewenste gezondheidsvoordelen met zich meebrengt. Een mogelijkheid hierbij is dat een buurtsportcoach of leefstijlcoach als tussenfiguur fungeert. Aan de hand van de Brede Regeling Combinatiefuncties wordt geadviseerd om opties te verkennen voor het verhogen en vergoeden van de inzet van deze coaches. Ondanks het feit dat dit niet direct in dit onderzoek is onderzocht, lijkt hier potentie in te zitten. Mensen met een chronische aandoening kunnen met behulp van een leefstijlcoach meer begeleiding worden geboden omtrent het managen van hun aandoening en hoe zij ondanks hun aandoening kunnen blijven sporten. Aangezien de sportdeelname ook afhankelijk blijkt te zijn van de stedelijkheid van de woonomgeving, herkomst, het opleidingsniveau en de leeftijd is het mogelijk om bepaalde wijkprofielen per gemeente samen te stellen. In deze wijkprofielen kunnen de risico's worden geanalyseerd om buurtsportcoaches en leefstijlcoaches gericht in te zetten, in samenwerking met huisartsen en andere zorgverleners.

Daarnaast wordt aanbevolen om zorgverleners bewuster te maken van het belang van sporten bij mensen met chronische aandoeningen, specifiek met zenuwaandoeningen of aandoeningen van oog en oor, en bij mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. Ook dienen zij bewuster gemaakt te worden van het belang van bewegen bij multimorbide mensen en mensen met aandoeningen van oog en oor en urogenitale aandoeningen. Het is hierbij belangrijk dat zorgverleners voornamelijk alerter worden op mensen waarbij sprake is van multimorbiditeit. Hierbij wordt aangeraden om multidisciplinaire behandelplannen te ontwikkelen en hierin de verschillende behandelaren van elke aandoening te betrekken. Er moet voor worden gezorgd dat sporten en bewegen een essentieel onderdeel vormt voor deze behandelplannen en dat ook de behoefte van de patiënt hierbij centraal komt te staan. Het is van belang dat de patiënt zijn of haar weg kan vinden en iets van sport of beweging kan laten aansluiten op zijn of haar behoeften.

Tot slot wordt aanbevolen om mensen met een chronische aandoening en multimorbide mensen voor te lichten over de voordelen van sporten en ook multimorbide mensen en mensen met aandoeningen van oog en oor en urogenitale aandoeningen hierin te betrekken als het gaat om beweging. Het is belangrijk dat de belemmeringen die zij door hun chronische aandoening ervaren minder zwaar gaan wegen, waardoor hun sport- en beweegdeelname gestimuleerd kan worden. Het is belangrijk dat de angst voor pijn of blessures zoveel mogelijk wordt weggenomen en dat mogelijke oplossingen worden aangedragen voor de gezondheids- en fysieke problemen waar zij tegenaan lopen.

Appendix A. Bibliografie

Abdou Omorou, Y., Erpelding, M., Escalon, H. en Vuillemin, A. (2013). *Contribution of taking part in sport to the association between physical activity and quality of life*. Dordrecht: Springer Science en Business media.

Ajzen, I. en Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Massachusetts: Prentice-Hall.

Baart, I (2002). *Ziekte en zingeving. Een onderzoek naar chronische ziekte en subjectiviteit*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.

Beer, P.de. (1999). *Wat is het nut van werken?* *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jrg. 26, nr. 1.

Brandsema, A., Lindert, C. van. en Berg, L. van den. (2017). *Sport en bewegen voor mensen met een chronische aandoening*. Utrecht: Mulier Instituut.

Breedveld, K. en S. Mulleneers (2011). *Geen tijd: smoes of realiteit*. In: A. Elling en F. Kemper (red.), 'Het kost veel tijd en je wordt er moe van.' Verklaringen voor sportdeelname en inzichten in de leefwereld van nietsporters (p. 57-73). Nieuwegein: Arko Sports Media.

Bruggink, J.W. (2012). *Kloof levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden blijft even groot*. CBS. Geraadpleegd op 8 februari 2019 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/06/kloof-in-levensverwachting-tussen-hoog-en-laagopgeleiden-blijft-even-groot>.

Bruggink, J.W. (2014). *Obesitas gaat vaak samen met chronische aandoeningen*. CBS. Geraadpleegd op 8 februari 2019 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/05/obesitas-gaat-vaak-samen-met-chronische-aandoeningen>.

Bruins, B. (2018, 22 juni). *Voortgangsbrief sportbeleid juni 2018*. Geraadpleegd op 8 februari 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/22/kamerbrief-over-voortgangsbrief-sportbeleid-juni-2018>.

Bruins, B., Oppers, A., Engelshoven, I. van., Slob, A., Mulder, L., Ark, T. van. en Zanen, J. van. (2018, 29 juni). *Bestuurlijke afspraken Brede Regeling Combinatiefuncties 'Een leven lang sporten en bewegen plus deelnemen aan cultuur'*. Den Haag. Geraadpleegd op 28 februari 2019 van <https://sportengemeenten.nl/wp-content/uploads/2018/06/Bestuurlijke-afspraken-Brede-regeling-combinatiefuncties-2019-tm-2022-1.pdf>.

Campen, C. van en Cardol, M. (2009). *When work and satisfaction with life do not go hand in hand: Health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities*. Social Science & Medicine: 2009, 69(1), 56-60.

CBS in samenwerking met RIVM. (2017). Gezondheidsenquête/leefstijlmonitor. *Sportdeelname wekelijks naar chronische aandoening en/of fysieke beperking*. Geraadpleegd op 7 februari 2019 van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sport-en-bewegen/cijfers-context/huidige-situatie#node-sportdeelname-wekelijks-naar-chronische-aandoening-enof-lichamelijke-beperking>.

Condello, G., A. Puggina, K. Aleksovska, C. Buck, C. Burns, G. Cardon, A. Carlin, C. Simon, D. Ciarapica en T. Coppingier (2017). *Behavioral determinants of physical activity across the life course. A 'DEterminants of DIet and Physical ACTivity' (DEDIPAC) umbrella systematic literature review*. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, jg. 14, nr. 1, p. 58.

Cozijnsen, R., Putter, I. de., Spreeuwenberg, P. en Rijken, M. (2015). *Werk en inkomen: kerngegevens en trends*. Utrecht: NIVEL.

Dool, R. van den, Lindert, C. van (2018). *Ontwikkeling sport voor mensen met een lichamelijke beperking*. Utrecht, Mulier Instituut.

Elling, A. (2004). *'We zijn vrienden in het veld'. Grenzen aan sociale binding en 'verbroedering' door sport*. Geraadpleegd op 7 februari 2019 van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/187551>.

Gast, G., Spijkerman, A. en Schoemaker, C. (2011). *Preventie van chronische ziekten in risicogroepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Gesthuizen, M., T. Huijts en G. Kraaykamp (2012). *Explaining health marginalisation of the lower educated: the role of cross-national variations in health expenditure and labour market conditions*. In: *Sociology of Health & Illness*, jg. 34, nr. 4, p. 591-607.

Gezondheidsraad. (2017). *Beweegrichtlijnen 2017, samenvatting*. Geraadpleegd op 11 februari 2019 van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>.

Graham, R., Kremer, J. en Wheeler, G. (2008). *Physical Exercise and Psychological Wellbeing among People with Chronic Illness and Disability A Grounded Approach*. *Journal of Health Psychology*.

Harbers, M. en Hoeymans, N. (2014). *Gezondheid en maatschappelijke participatie, themarapport Volksgezondheid toekomstverkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Herring, M., Puetz, T., O'Connor, P. en Dishman, R. (2012). *Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness; a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):101-111.

Hoekman R, van den Dool R. (2010). *Bewegen in Nederland: het belang van sport*. Den Bosch: Mulier Instituut.

Hollander, E. de., Milder, I en Proper, K. (2015). *Beweeg en sportgedrag van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Hoogendoorn, M. en Hollander, E. de. (2016). *Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 6 februari 2019 van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0201.pdf>.

Hoyng, J., Roques, C. & Bottenburg, M. van (2003). *Kerngegevens sportdeelname*. Den Bosch: Mulier instituut.

Hoyng, J. en Weghorst, B. (2016). *Oorsprong van de term sport*. Ede: Kenniscentrum Sport.
Loketgezondleven.nl (z.d.). *BeweegKuur Fysieke Beperkingen*. Geraadpleegd op 4 maart 2019 van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1700210>.

ICD-10. (2014). *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, tiende revisie*. Geneve: Wereldgezondheidsorganisatie.

Kenniscentrum Sport. (2015a). *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. Geraadpleegd op 21 maart 2019 van <https://www.allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/>.

Kenniscentrum Sport. (2015b). *I-Change model: 5 theorieën over gedrag gecombineerd*. Geraadpleegd op 15 april 2019 van <https://www.allesoversport.nl/artikel/i-change-model-5-theorieen-over-gedrag-gecombineerd/>.

Kraaykamp, G., S. André en R. Meuleman (2017). *Opleiding als scheidslijn*. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op 15 maart 2019 via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/opleiding-alsscheidslijn>.

Lindert, H. van, Lambooi, M., & Westert, G. P. (2006). *Gezondheidstoestand naar arbeidsstatus; een vergelijking in de tijd (1987–2001)*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), 84(6), 324–329.

Loketgezondleven.nl (2019). BeweegKuur Fysieke Beperkingen. Stichting Special Heroes Nederland. Geraadpleegd op 23 maart 2019 van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1700210>.

Madden, T., Ellen, P. en Ajzen, I. (1992). *A comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action*. Personality and Social Psychology Bulletin, vol.18, No.1.

Maurits, E., Rijken, M. en Friele, R. (2013). *Kennissynthese chronisch ziek en werk: arbeidsparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking*. Utrecht: NIVEL.

Moonen, L. (2010). *Minder sociale participatie door personen met weinig inkomen*. Geraadpleegd op 20 februari 2019 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2010/10/minder-sociale-participatie-door-personen-met-minder-inkomen>.

Nabavi, R. (2012). *Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory*. Geraadpleegd

op 21 maart 2019 van

https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura's_Social_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory.

Poel, H. van der., Hoeijmakers, R., Pulles, I. en 'Tijssen-Raaphorst, A. (2018). *Rapportage Sport 2018*. Den Haag/Utrecht: Sociaal Cultureel Planbureau en Mulier Instituut.

Poppelaars, C. en Kaptein, A. (1995). *Psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken: overzichtsstudie*. Zoetermeer: 1994.

Preller, L. (2017). *Chronisch zieken: wat drijft en belemmert hen bij sport en bewegen*. Geraadpleegd op 12 februari 2019 van <https://www.allesoversport.nl/artikel/chronisch-zieken-wat-drijft-en-belemmert-hen-bij-sport-en-bewegen/>.

Rademakers J. (2014). *Kennisynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.

ReSpAct. (z.d.). *Programma*. Geraadpleegd op 4 maart 2019 van <http://www.respect.nl/programma/>.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013). *Aantal chronisch zieken neemt toe*. Geraadpleegd op 7 februari 2019 van <https://www.rivm.nl/nieuws/aantal-chronisch-zieken-neemt-toe>.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017). *Mogelijk nieuwe beweegnormen in toekomst: Beweegrichtlijnen 2017*. Geraadpleegd op 11 februari 2019 van https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/hoeveel_mensen_voldoen_aan_gr_beweegrichtlijnen_2017.pdf.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Trendscenario: aandoeningen. Welke aandoeningen hebben we in de toekomst?* Geraadpleegd op 17 april 2019 van <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>.

Rijksoverheid. (2018). *Het Nationaal Sportakkoord, sport verenigt Nederland*. Geraadpleegd op 6

februari 2019 van

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/documenten/rapporten/2018/06/29/sportakkoord>.

Rijksoverheid. (z.d.). *Sport en bewegen in de buurt*. Geraadpleegd op 6 februari 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/sport-en-bewegen-in-de-buurt>.

Rijksoverheid. (z.d.). *Sport en bewegen voor iedereen*. Geraadpleegd op 6 februari 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/sport-voor-mensen-met-een-beperking>.

Sassen B. (2004). *Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Schram, M.T., Waal, M.W.M. de, Craen, A.J.M. de, Deeg, D.J.H., Schellevis, F.G. (2008). *Multimorbiditeit: de nieuwe epidemie*. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2008, 86(1), 23-25.

Sieben, I., & Linssen, L. (2009). *Logistische regressie analyse: een handleiding*. Geraadpleegd via [www.ru.nl/publish/pages/525898/logistischeregressie](http://www.ru.nl/publish/pages/525898/logistischeregressie.pdf). Pdf

Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004). *Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(1), 1–8. 5. Esteban, C., Quintana, J. M., Aburto, M.

Sport en bewegen in de buurt. (2018). *Bestuurlijke afspraken Brede regeling combinatiefuncties 2019 t/m 2022*. Geraadpleegd op 22 februari 2019 van <https://www.sportindebuurt.nl/seb-inspiratie/bestuurlijke-afspraken-brede-regeling-combinatiefuncties-2019-tm-2022>.

Stam, W. van., Lindert, C. van. en Brandsema, A. (2018). *Voortgangsrapportage monitor Sport en Bewegen in de Buurt 2018*. Utrecht: Mulier Instituut.

Stichting Special Heroes Nederland. (z.d.). *Revalidatie, Sport en Bewegen*. Geraadpleegd op 4 maart

2019 van <http://www.shnederland.nl/revalidatie-sport-en-bewegen>.

Stichting Special Heroes Nederland. (z.d.). *Beweeg- en sportloket*. Geraadpleegd op 4 maart 2019 van <http://www.shnederland.nl/beweeg-en-sportloket#>.

Veer, J. van der, Waverijn, G., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. *Werk en Inkomen: kerngegevens en trends*. Rapportage 2013. Utrecht: NIVEL, 2013.

Vloet, L. (2018). *Drempels weg: verhoog de sportparticipatie van kwetsbare mensen*. Geraadpleegd op 20 februari 2019 via <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=8605&m=1518537482&action=file.download>.

Volksgezondheidszorg.info. (z.d.). *Beweegrichtlijnen*. Geraadpleegd op 12 februari 2019 van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sport-en-bewegen/cijfers-context/huidige-situatie#node-beweegrichtlijnen>.

Volksgezondheidszorg.info. (z.d.). *Chronische ziekten en multimorbiditeit*. Geraadpleegd op 12 februari 2019 van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#definities>.

Voordouw, I., Osch, B. van en Terweij, M. (2005). *Leven met een chronische ziekte*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Vijgen, S., Heesch, S. van en Obradovic, M. (2018). *Ziekte last in de praktijk; de theorie en praktijk van het berekenen van ziekte last bij pakketbeoordelingen*. Diemen; Zorginstituut Nederland.

Vries, H. de., Mesters, I., Steeg, H. van de en Honing, C. (2005). *The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model*. Maastricht University: Department of Health Education.

Appendix B. Codering en clusters chronische aandoeningen

Tabel 1. Coderingen van overige chronische aandoeningen

Aandoening	Codering
Kanker	1
Schildklieraandoening	2
HIV	3
Botproblemen	4
Darmaandoening	6
Cholesterol	7
Blaasproblemen	8
Maagaandoening	9
ME/ CVS	10
Oogaandoening	11
Heupklachten	14
Rugklachten	15
Epilepsie	16
Hypermobiliteit	18
Voet/enkelklachten	19
Hersenletsel	21
Hartaandoening	22
Parkinson	25
MS	31
Ziekte van Lyme	33
Longaandoening	36
Slaapapneu (OSAS)	38
Reuma	39
Ooraandoening	48
Neuropathie	54
Fybromyalgie	55
Diabetes	59
Jicht	60
Tinnitus	62
Scoliose	63
Sarcoidose	64
Obesitas	66
Cystic Fibrosis	67
Ziekte van Pfeiffer	68
Neurologische aandoening	69
Nieraandoening	70
Artrose	71
Leveraandoening	73
Galblaasproblemen	74
Spieraandoening	75
Alvleesklierproblemen	76
Prostaatproblemen	77
Allergie	78
Huidaandoening	79
Trombose	80
Evenwicht/duizeligheid	81
Dementie/vergeetachtig/Alzheimer	82
Slokdarmproblemen	83
Slaapstoornis	84
Pijnsyndroom	85
Bloeddruk	86
Bekkenklachten	87
Nekklachten	88
Schouderklachten	89
Hoofdpijn/migraine	90
Gezicht klachten	91
Bijholten	92
Lymfoedeem/vocht vasthouden	93
Bloedvaten	94
Knieklachten	95
Blessure	96

Anus/genitale klachten	98
Arm en handklachten	99
Vitaminetekort	100
Bloedaandoening	101
Lupus	102
Chronische koorts	103
Groeistoornis	104
Overgangsklachten	105
Bijnierafwijking	107
Problemen immuunsysteem	108
Hyperventilatie	109

Bron: Gezondheidsenquête 2014 – 2017.

Tabel 2. Clusteren van chronische aandoeningen

Cluster aandoeningen	Variabelen
Hart- en vaataandoeningen	Hartaandoeningen, bloed_vaten, Trombose, bloed_druk, Cholesterol
Kanker	oncologische_aandoeningen
Zenuwaandoeningen	Neurologischeaandoeningen, Neuropathie, MS, hersenaandoeningen, Parkinson, Epilepsie, migraine_hoofdpijn, Dementievergeetachtig, Slaapapneu, Slapeloosheid, Gezichtklachten, MECVS
Bot-spierstelsel en bindweefsel aandoeningen	Botproblemen, Reuma, gewrichtsontsteking, artrose_gewrichten, Fybromyalgie, Jicht, Hypermobiliteit, Spieraandoening, Scoliose, Pijnsyndroom
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	Knietklachten, Blessure, nek_schouder, arm_hand, rugaandoeningen, Voetklachten, Groeistoornis, Bekkenklachten, Heupklachten
Aandoeningen spijsverteringsstelsel	Darmaandoeningen, maagaandoening, galblaasklachten, Slokdarmproblemen, leveraandoeningen
Huidaandoeningen	Huidaandoeningen
Bloedziekten en immuunsysteem	Bloedaandoening, Immuunsysteem, Sarcoidose, Lymfoedeemvochtvasthouden
Aandoeningen aan ademhalingsstelsel	Longaandoeningen, Hyperventilatie
Aandoeningen urogenitaal stelsel	Nieraandoeningen, Blaasproblemen, Anusgenitaleklachten, Prostaat, incontinent, Overgang
Endocriene en stofwisselingsaandoeningen	Schildklier, diabetes_suikerziekte, Vitaminetekort, Obesitas, Cysticfibrosis, Alvleesklierproblemen, Bijnierafwijking, allergieën, Lupus
Infectieziekten	HIV, Lyme, Pfeiffer, Chronische koorts
Ziekten van oog- en oor	Oogaandoening, Ooraandoening, Tinnitus, duizelig_evenwicht, Bijholten

Bron: Gezondheidsenquête 2014 – 2017.

Appendix C. Overzicht stellingen Nationaal Sportonderzoek

NSO maart 2016

Tabel 3. Motieven voor sporten en bewegen

- | | |
|----|--|
| 1 | Om mijn eigen prestaties te verbeteren/mezelf te overwinnen |
| 2 | Voor de competitie/voor de wedstrijden |
| 3 | Om een gezond gewicht te bereiken of behouden |
| 4 | Om sterker/gespierder/leniger te worden |
| 5 | Om de dagelijkse zorgen even te vergeten |
| 6 | Voor het behouden of verbeteren van mijn gezondheid |
| 7 | Om fitter te worden/een betere conditie te krijgen |
| 8 | Omdat mijn arts/fysiotherapeut het heeft aangeraden |
| 9 | Om een leuke activiteit te doen |
| 10 | Omdat ik graag buiten actief ben |
| 11 | Omdat ik graag een nieuwe vaardigheid wil leren |
| 12 | Omdat de mensen om me heen het belangrijk vinden dat ik sport/beweeg |
| 13 | Om nieuwe mensen te ontmoeten |
| 14 | Omdat het gezellig is/ik mijn vrienden zie |

Bron: *Nationaal Sportonderzoek maart 2016*

Tabel 4. Belemmeringen bij sporten en bewegen

- | | |
|----|---|
| 1 | Ik vind sporten/bewegen niet leuk |
| 2 | Ik besteed mijn vrije tijd liever aan andere dingen |
| 3 | Ik zie het nut van sporten/bewegen niet (meer) in |
| 4 | Ik heb negatieve ervaringen met vroegere sportdeelname/gymnastiekles |
| 5 | Ik ben vaak te moe om (meer) te sporten/bewegen |
| 6 | Ik heb gezondheidsproblemen waardoor ik niet (vaker) kan bewegen |
| 7 | Ik heb lichamelijke problemen, waardoor ik niet (vaker) kan sporten/bewegen |
| 8 | Ik ben bang dat ik geblesseerd raak of me bezeerd als ik ga sporten/bewegen |
| 9 | Ik ben te oud om (meer) te gaan sporten/bewegen |
| 10 | Ik zie tegen lichamelijke inspanning/zweeten op |
| 11 | Ik ben niet goed genoeg in sport |
| 12 | Ik heb weinig tijd om (meer) te gaan sporten/bewegen vanwege werk of studie |
| 13 | Ik heb weinig tijd om (meer) te gaan sporten/bewegen vanwege familie/gezin |
| 14 | Ik heb weinig tijd om (meer) te gaan sporten/bewegen vanwege andere hobby's of afspreken met vrienden |
| 15 | Ik doe lichamelijk inspannend werk waardoor ik geen puf meer heb om te sporten/bewegen |
| 16 | Ik fiets of wandel naar mijn werk of school en krijg daardoor voldoende beweging |
| 17 | Ik doe veel aan het huishouden, werk in de tuin of klus regelmatig waardoor ik voldoende beweging krijg |
| 18 | Ik weet niet goed welke sport ik leuk vind |
| 19 | Ik weet niet goed waar ik de sport kan doen die ik leuk vind |
| 20 | Ik kan het niet betalen om (meer) te sporten/bewegen |
| 21 | Ik besteed mijn geld liever aan andere dingen dan aan sporten/bewegen |
| 22 | Op het moment dat ik wil sporten of bewegen komen er vaak dingen tussendoor |
| 23 | Ik ga niet sporten/bewegen als het slecht weer is |
| 24 | Ik neem me vaak voor te gaan sporten, maar op het moment zelf heb ik vaak geen zin |
| 25 | De mensen om mij heen vinden sporten/bewegen niet belangrijk |
| 26 | Ik heb geen sportmaatje |
| 27 | Ik zie op tegen het leren kennen van nieuwe mensen bij het sporten/bewegen |
| 28 | Ik ben bang voor vervelend gedrag rond sporten/bewegen |
| 29 | Mijn favoriete sport is niet in mijn omgeving mogelijk |
| 30 | De reistijd naar mijn favoriete sport is lang |
| 31 | Ik vind de sfeer bij de sportverenigingen in mijn omgeving niet fijn |
| 32 | Bij sportverenigingen in mijn omgeving gaat het te veel om presteren |
| 33 | Bij sportverenigingen in mijn omgeving krijg je weinig/slechte begeleiding |
| 34 | De sportaccommodaties in mijn omgeving zijn te druk |
| 35 | Ik heb geen vervoer naar de sport die ik zou willen beoefenen |
| 36 | In mijn omgeving zijn geen goede routes voor wandelen, hardlopen, fietsen |
| 37 | In mijn omgeving zijn geen openbare sportplekken |

- 38 | De plekken waar ik buiten zou willen sporten/bewegen zijn slecht verlicht
 - 39 | Ik voel me onveilig op de plekken waar ik zou willen sporten/bewegen
 - 40 | Ik voel me onveilig op de route naar de sportaccommodatie
 - 41 | De voorzieningen voor sport en bewegen in mijn buurt zijn slecht onderhouden
 - 42 | De voorzieningen voor sport en bewegen zijn vaak bezet door een groep waar ik niet bij hoor
- Bron: *Nationaal Sportonderzoek maart 2016*

NSO mei 2017

Tabel 5. Behoeften bij sporten en bewegen

- 1 | Hoe wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 2 | Met hoeveel mensen wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 3 | Wat is uw ideale groepssamenstelling voor sport of bewegen?
 - 4 | Met wat voor mensen wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 5 | In hoeverre wenst u begeleiding bij het sporten of bewegen?
 - 6 | Op welk niveau wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 7 | Hoe belangrijk zijn sociale contacten als u wilt sporten of bewegen?
 - 8 | Heeft u behoefte aan sport- of beweegactiviteiten met (vaste) regels?
 - 9 | Op welke momenten wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 10 | Waar wilt u bij voorkeur sporten of bewegen?
 - 11 | Hoe ver wilt u reizen voor sporten of bewegen?
 - 12 | Hoeveel geld heeft u over om te sporten of bewegen?
- Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2017*

Tabel 6. Behoeftte aan aanpassingen bij het sporten en bewegen

- 1 | Geen aanpassingen nodig
 - 2 | Een begeleider die mijn (on)mogelijkheden kent
 - 3 | De toegankelijkheid van de sportvoorziening
 - 4 | Aanpassing accommodatie
 - 5 | Aangepaste groepsgrootte
 - 6 | Speciaal vervoer
 - 7 | Hulp bij aan-/uitkleden/douchen
 - 8 | Sporten met andere mensen met een beperking/aandoening
 - 9 | Niet alleen met mensen met een beperking/aandoening sporten
 - 10 | Wil vooral met mensen zonder beperking/aandoening sporten
 - 11 | Weet ik niet
- Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2017*

NSO mei 2018

Tabel 7. Kenmerk van sportieve leven

- 1 | Nooit gesport
 - 2 | Vroeger wel gesport
 - 3 | Wel aan sport gedaan maar niet doorlopend
 - 4 | Altijd wat aan sport gedaan
 - 5 | Altijd veel aan sport gedaan
- Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2018*

Tabel 8. Hoe denkt u over sporten en bewegen?

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | | Het belang van sporten voor de gezondheid wordt sterk overdreven |
| 2 | | Ik moet me er echt toe zetten om regelmatig te gaan sporten en bewegen |
| 3 | | Ik ken veel mensen die regelmatig sporten, wandelen, fietsen of zwemmen |
| 4 | | Ik kom gewoon niet aan sporten en bewegen toe |
| 5 | | Ik vind het leuk om te sporten en actief bezig te zijn |
| 6 | | Ik haal voldoende beweging uit (huishoudelijk) werk |
| 7 | | Ik heb activiteiten, zoals sporten, wandelen, fietsen of zwemmen nooit leuk gevonden |
| 8 | | Ik houd in de gaten of ik regelmatig voldoende beweeg |
| 9 | | Als ik een dag niet voldoende beweeg, probeer ik dat op een andere dag in te halen |
| 10 | | De gezondheid is sterk te verbeteren met gezonde leefgewoonten |
| 11 | | Ik wil eigenlijk niet zo heel erg oud worden |

Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2018*

Tabel 9. Welke zaken in de afgelopen vijf jaar veranderd

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | | Geboorte van kinderen |
| 2 | | Kinderen uit huis gegaan |
| 3 | | Gestopt met werken |
| 4 | | Begonnen met werken |
| 5 | | Last van gezondheid gehad/gekregen |
| 6 | | Gezondheid vooruit gegaan |
| 7 | | Gescheiden |
| 8 | | Getrouwd, nieuwe partner gevonden |
| 9 | | Verhuisd |
| 10 | | Financiële problemen gehad/gekregen |
| 11 | | Financiële zorgen zijn afgenomen |
| 12 | | Overlijden van naaste familie |
| 13 | | Overlijden van mensen uit mijn directe omgeving (geen familie) |
| 14 | | Gestart met mantelzorg |
| 15 | | Gestopt met mantelzorg |
| 16 | | Anders |
| 17 | | Geen van deze |

Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2018*

Tabel 10. Hoe doet u aan sport en recreatief bewegen (mensen met een aandoening)

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | | Ik doe (feitelijk) niet aan sporten en recreatief bewegen |
| 2 | | In een groep met speciale hulp/begeleiding |
| 3 | | In een groep zonder speciale hulp/begeleiding |
| 4 | | Via een sportvereniging zonder hulp/begeleiding |
| 5 | | Alleen zonder hulp/begeleiding |
| 6 | | Alleen met speciale hulp/begeleiding |
| 7 | | Met bekenden zonder hulp/begeleiding |
| 8 | | Anders |

Bron: *Nationaal Sportonderzoek mei 2018*

Tabel 11. Stellingen met betrekking tot motieven sport- en beweegdeelname

	Geen chronische aandoening	Wel chronische aandoening
Prestaties verbeteren of mezelf overwinnen	36,9%	31,7%
Voor competitie of wedstrijden	16,2%	6,2%
Gezond gewicht bereiken of behouden	69,8%	71,5%
Sterker, gespierder of leniger worden	53%	49,4%
Dagelijkse zorgen vergeten	47%	44,3%
Behouden of verbeteren van gezondheid	77,5%	82,7%
Fitter worden of betere conditie krijgen	76,8%	79,5%
Arts of fysiotherapeut heeft het aangeraden	15,2%	36,%
Leuke activiteit doen	59,5%	51,7%
Buiten zijn	50,2%	44,3%
Nieuwe vaardigheid leren	17,9%	10,9%
Mensen om me heen vinden het belangrijk dat ik sport/beweeg	13,3%	13,6%
Nieuwe mensen ontmoeten	21,3%	20%
Gezellig of ik zie mijn vrienden	39,9%	30,5%

Bron: *Nationaal Sportonderzoek maart 2016*

Tabel 12. Stellingen met betrekking tot belemmeringen sport- en beweegdeelname

	Geen chronische aandoening	Wel chronische aandoening
Niet leuk	13,9%	18,7%
Vrije tijd liever besteden aan andere dingen	28,8%	26,5%
Ziet nut er niet van in	5,9%	6%
Negatieve ervaringen met vroegere sportdeelname	14,7%	20%
Te moe	23,4%	34,5%
Gezondheidsproblemen	11,9%	49,5%
Lichamelijke problemen	15,8%	48,8%
Angst voor blessures of pijn	8,3%	16,9%
Te oud	4,4%	8,4%
Opzien tegen lichamelijke inspanning en zweten	9,5%	11,1%
Niet goed genoeg in sport	12,4%	16,5%
Weinig tijd door werk of studie	27%	17,8%
Weinig tijd door familie of gezin	18,4%	14,3%
Weinig tijd door andere hobby's of vrienden	17,1%	10,7%
Geen puf meer door lichamelijk inspannend werk	15,7%	11,8%
Voldoende beweging door fietsen of wandelen naar school of werk	24,2%	23,2%
Voldoende beweging door huishoudelijk werk, tuinieren of klussen	27,4%	31,1%
Weet niet welke sport leuk is	12,1%	14,5%
Weet niet goed waar ik de sport kan doen die leuk is	7,7%	8%
Geen geld	17%	26,9%
Besteed geld liever aan andere dingen	19,4%	19,4%

Dingen komen tussendoor	21,3%	16,9%
Slecht weer	25,6%	26,5%
Voornemen, maar geen zin	25,7%	25,8%
Mensen vinden het niet belangrijk	8,2%	7,1%
Geen sportmaatje	24%	24,7%
Opzien tegen leren kennen van nieuwe mensen	7,8%	8,9%
Bang voor vervelend gedrag	6,4%	10%
Favoriete sport is niet mogelijk in omgeving	5,6%	5,8%
Reistijd naar favoriete sport is lang	6,6%	4,9%
Sfeer bij sportverenigingen niet fijn	7,5%	10%
Sportverenigingen draaien te veel om prestaties	9,3%	15,4%
Weinig of slechte begeleiding bij sportverenigingen	6%	8%
Sportaccommodaties zijn te druk	9,9%	10,9%
Geen vervoer	4,3%	4,2%
Geen openbare sportplekken	7,5%	7,6%
Geen goede wandel- of fietsroutes	7,3%	5,8%
Slechte verlichting	10,6%	8,9%
Onveilig gevoel op plekken voor beweging	5,6%	5,6%
Onveilig gevoel op route naar accommodatie	4,2%	4,7%
Voorzieningen slecht onderhouden	6,4%	5,8%
Voorzieningen vaak bezet door onbekende groep	8,2%	8,5%

Bron: *Nationaal Sportonderzoek maart 2016*

Appendix D. Logistische regressieanalyse sportdeelname

Tabel 13. Resultaten logistische regressieanalyse chronische aandoening, multimorbiditeit en clusters (N=28.440)

	Model 1a	Model 1b	Model 2a	Model 2b	Model 3a	Model 3b
	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit
Intercept	0,402***	0,721***	0,402***	0,704***		
Chronische aandoening (0=geen)	-0,48***	-0,13***				
Multimorbiditeit (ref=geen aandoening)						
Eén aandoening			-0,19***	-0,07*		
Multimorbiditeit			-0,67***	-0,18***		
Clusters van chronische aandoeningen (ref=aandoening niet hebben)						
Hart- en vaat-aandoeningen					-0,63***	-0,15***
Oncologische aandoeningen					-0,50***	-0,06
Zenuwaandoeningen					-0,30***	-0,21***
Bot- spier en bindweefsel-aandoeningen					-0,62***	-0,06
Aandoening van bewegingsapparaat					-0,52***	-0,10**
Spijsverteringsaandoeningen					-0,47***	-0,13*
Huidaandoeningen					-0,19***	-0,06
Bloed- en immuunaandoeningen					-0,57**	-0,28
Aandoeningen van ademhalingsstelsel					-0,41***	-0,06
Urogenitale aandoeningen					-0,69***	-0,13*
Endocriene en stofwisselingsaandoeningen					-0,11***	-0,03
Infectieziekten					-0,32	-0,41
Aandoeningen van oog en oor					-0,73***	-0,16**
-2 log likelihood	-19508,19	-17832,56	-19378,60	-17827,08		

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1b, 2b, en 3b is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking. Voor de clusters van chronische aandoeningen is voor elk cluster een aparte analyse uitgevoerd, waarbij in elke analyse een cluster met controlevariabelen is meegenomen.

Tabel 14. Resultaten logistische regressieanalyse sportdeelname en chronische aandoening (N=28.440)

	M1	M2a	M2b	M3a	M3b	M4	M5a	M5b	M6a	M6b
	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit	Logit
Intercept	0,761***	0,407***	0,420**	0,113	-0,086	0,721***	0,689***	0,707***	0,870***	0,863***
Chronische aandoening (0=geen)	-0,13***	-0,11***	-0,13	-0,13***	0,13	-0,06*	-0,11***	-0,15***	-0,13***	-0,12
Ziektelast										
Medicijngebruik (0 – 2)	0,09***									
Pijnbelemmering (0 – 4)	-0,06***									
Huisartsbezoek (0 – 28)	-0,01									
Specialistbezoek (0 – 28)	0,00									
Dagopname (0=geen)	0,05									
Ziekenhuisopname (0=geen)	-0,13*									
Psychische gezondheid (0 – 5)		0,08***	0,08*							
Chronische aandoening*psychische gezondheid			0,004							
Opleidingsniveau (ref=primair)										
Laag secundair				0,25***	0,39***					
Hoog secundair				0,52***	0,72***					
Tertiair				1,06***	1,32***					
Missing opleidingsniveau				-0,02	0,27					
Chronische aandoening*laag secundair					-0,17					
Chronische aandoening*hoog secundair					-0,26*					
Chronische aandoening*tertiair					-0,36**					
Chronische aandoening*missing opleiding					-0,41					
Belemmeringen (0 – 2)						-0,26***				
Arbeidsmarktpositie (ref=werkzaam 12 uur en meer)										
Onderwijs							-0,09	-0,10		
Werkzaam 12 uur en minder							0,00	-0,11		
Werkt niet							-0,43***	-0,45***		
Werkzoekend							-0,33***	-0,38**		
Arbeidsongeschikt							-0,55***	-0,29		
Gepensioneerd							-0,14**	-0,21**		
Chronische aandoening*onderwijs								0,02		
Chronische aandoening*werkzaam 12minder								0,18		
Chronische aandoening*werkt niet								0,04		
Chronische aandoening*werkzoekend								0,08		
Chronische aandoening*arbeidsongeschikt								-0,26		
Chronische aandoening*gepensioneerd								0,10		
Huishoudsamenstelling (ref=alleenstaand)										
Paar zonder kinderen									0,07*	0,07
Paar met kinderen									-0,09*	-0,07
Eenouder met kinderen									-0,28***	-0,33**
Missing huishoudsamenstelling									-0,22**	-0,15
Chr. aandoening*paar zonder kinderen										0,00
Chr. aandoening*paar met kinderen										-0,03

Chr. aandoening*eenouder met kinderen										0,08
Chr. aandoening*missing huishoudsamenstelling										-0,12
-2 log likelihood	-17809,70	-17821,30	-17821,29	-17505,28	-17499,46	-17782,78	-17777,80	-17775,47	-17810,35	-17809,65

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 t/m 6 is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking

Vervolg tabel 14. Resultaten logistische regressieanalyse sportdeelname en chronische aandoening (N=28.440)

	Model 7
	Logit
Intercept	0,11
Chronische aandoening (0=geen)	-0,09**
Ziektelast	
Medicijngebruik (0 – 2)	0,10***
Pijnbelemmering (0 – 4)	-0,02
Huisartsbezoek (0 – 28)	0,01
Specialistbezoek (0 – 28)	0,01
Dagopname (0=geen)	0,09
Ziekenhuisopname (0=geen)	-0,07
Psychische gezondheid (0 – 5)	0,04**
Opleidingsniveau (ref=primair)	
Laag secundair	0,23***
Hoog secundair	0,51***
Tertiair	1,04***
Missing opleidingsniveau	-0,02
Belemmeringen (0 – 2)	-0,23***
Arbeidsmarktpositie (ref=werkzaam 12 uur en meer)	
Onderwijs	0,09
Werkzaam 12 uur en minder	0,16**
Werkt niet	-0,25**
Werkzoekend	-0,25**
Arbeidsongeschikt	-0,28***
Gepensioneerd	-0,06
Huishoudsamenstelling (ref=alleenstaand)	
Paar zonder kinderen	0,08*
Paar met kinderen	-0,12**
Eenouder met kinderen	-0,24***
Missing huishoudsamenstelling	-0,18*
Geslacht (ref=man)	-0,02
Leeftijd (18 – 85 jaar)	-0,02***
Herkomst (ref=Nederlandse achtergrond)	
Westerse migratieachtergrond	-0,23***
Niet-westerse migratieachtergrond	-0,49***
Stedelijkheid (0 – 2)	0,05***
Hulpmiddel bewegen (ref=geen hulpmiddel)	-0,35***
Missing hulpmiddel bewegen	1,10
Hulpmiddel anatomisch (ref=geen hulpmiddel)	0,29***
Missing hulpmiddel anatomisch	-1,10
Hulpmiddel incontinent (ref=geen hulpmiddel)	-0,02
Missing hulpmiddel incontinent	-0,04
Leefstijl	
Roken (0 – 170)	-0,05***
Alcoholgebruik (0 – 7)	0,05***
Gezonde voeding (0 – 3)	0,36***
Fysieke beperking (0 – 3)	-0,14***
-2 log likelihood	-17393,26

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

Tabel 15. Resultaten logistische regressieanalyse sportdeelname en hart- en vaataandoeningen (N=28.440)

	Model 1	Model 2	Model 3
	Logit	Logit	Logit
Intercept	0,699***	0,680***	1,977***
Hart- en vaataandoeningen	-0,15***	-0,12***	0,87***
Belemmeringen		-0,27***	0,76***
Ziektelast			
Medicijngebruik (0 – 2)	0,08***		1,11***
Pijnbelemmering (0 – 4)	-0,07***		0,97*
Huisartsbezoek (0 – 28)	-0,00		0,10
Specialistbezoek (0 – 28)	0,00		1,02
Dagopname (0=geen)	0,05		1,08
Ziekenhuisopname (0=geen)	-0,12*		0,93
Geslacht (ref=man)			0,93**
Leeftijd (18 – 85 jaar)			0,97***
Herkomst (ref=Nederlandse achtergrond)			
Westerse migratieachtergrond			0,80***
Niet-westerse migratieachtergrond			0,52***
Stedelijkheid (0 – 2)			1,09***
Hulpmiddel bewegen (ref=geen hulpmiddel)			0,72***
Missing hulpmiddel bewegen			1,80
Hulpmiddel anatomisch (ref=geen hulpmiddel)			1,33***
Missing hulpmiddel anatomisch			0,49
Hulpmiddel incontinent (ref=geen hulpmiddel)			0,96
Missing hulpmiddel incontinent			1,09
Leefstijl			
Roken (0 – 170)			0,94***
Alcoholgebruik (0 – 7)			1,08***
Gezonde voeding (0 – 3)			1,56***
Fysieke beperking (0 – 3)			0,82***
-2 log likelihood	-17778,90	-17808,28	-17761,24

1. ***: $p < 0,001$ **: $p < 0,01$ *: $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 en 2 is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl, fysieke beperking.

Tabel 16. Resultaten logistische regressieanalyse sportdeelname en multimorbiditeit (N=28.440)

	Model 1
	Logit
Intercept	0,715***
Multimorbiditeit (ref=geen aandoening)	
Eén aandoening	-0,04
Multimorbiditeit	-0,08*
Belemmeringen	-0,25***
-2 log likelihood	-17782,07

1. ***: $p < 0,001$ **: $p < 0,01$ *: $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking.

Appendix E. Lineaire regressieanalyse beweegdeelname

Tabel 17. Resultaten lineaire regressieanalyse chronische aandoening, multimorbiditeit en clusters (N=28.440)

	Model 1a		Model 1b		Model 2a		Model 2b		Model 3a		Model 3b	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Intercept	649,34***		259,75***		649,34***		256,14***					
Chronische aandoening (0=geen)	-21,9**	-0,16	-12,77	-0,01								
Multimorbiditeit (ref=geen aandoening)												
Eén aandoening					13,18	0,01	-0,03	0,00				
Multimorbiditeit					-44,56***	-0,03	-24,81**	-0,02				
Clusters van chronische aandoeningen (ref=aandoening niet hebben)												
Hart- en vaatandoeningen									7,23	0,01	-40,25***	-0,03
Oncologische aandoeningen									9,54	0,00	-39,11	-0,01
Zenuwaandoeningen									-65,96***	-0,04	23,65*	0,01
Bot- spier en bindweefsel- aandoeningen									-6,99	-0,00	-4,50	-0,00
Aandoening van bewegingsapparaat									-31,12***	-0,02	19,96*	0,01
Spijsverteringsaandoeningen									-80,77***	-0,03	-8,61	-0,00
Huidaandoeningen									-43,27**	-0,02	-11,79	-0,01
Bloed- en immuunaandoeningen									-68,45	-0,01	-16,82	-0,00
Aandoeningen van ademhalingsstelsel									-73,13***	-0,03	-31,45*	-0,01
Urogenitale aandoeningen									-117,46***	-0,05	-58,66***	-0,03
Endocriene en stofwisselingsaandoeningen									-74,84***	-0,05	-35,50***	-0,02
Infectieziekten									23,29	0,00	99,61	0,01
Aandoeningen van oog en oor									-161,08	-0,06	-63,60***	-0,02
R²	0,000		0,068		0,002		0,068		0,000		0,068	

1. ***: $p < 0,001$ **: $p < 0,01$ *: $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1b, 2b en 3b is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking. Voor de clusters van chronische aandoeningen is voor elk cluster een aparte analyse uitgevoerd, waarbij in elke analyse een cluster met controlevariabelen is meegenomen.

Tabel 18. Resultaten lineaire regressieanalyse beweegdeelname en chronische aandoening (N=28.440)

	Model 1		Model 2a		Model 2b		Model 3a		Model 3b		Model 4		Model 5a		Model 5b	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Intercept	253,77***		281,76***		234,93***		220,35***		334,14***		260,1***		294,02***		273,30***	
Chronische aandoening (0=geen)	-1,13	-0,00	-13,88	-0,01	47,05	0,03	-13,19	-0,01	-158,72***	-0,12	0,17	0,00	-17,17*	-0,01	28,12**	0,02
Ziekte last																
Medicijngebruik (0 – 2)	-38,84***	-0,04														
Pijnbelemmering (0 – 4)	5,36	0,01														
Huisartsbezoek (0 – 28)	12,29**	0,02														
Specialistbezoek (0 – 28)	2,66	0,00														
Dagopname (0=geen)	22,33	0,01														
Ziekenhuisopname (0=geen)	-42,36**	-0,02														
Psychische gezondheid (0 – 5)			-5,62	-0,01	5,61	0,01										
Chronische aandoening*psychische gezondheid					-14,79	-0,05										
Opleidingsniveau (ref=primair)																
Laag secundair							57,92***	0,04	-17,67	-0,01						
Hoog secundair							51,56***	0,04	-73,47*	-0,06						
Tertiair							-21,07	-0,02	-157,06***	-0,11						
Missing opleidingsniveau							141,52***	0,03	30,06	0,01						
Chronische aandoening* laag secundair									89,31*	0,05						
Chronische aandoening* hoog secundair									161,71***	0,11						
Chronische aandoening* tertiair									181,57***	0,11						
Chronische aandoening* missing opleiding									139,36*	0,02						
Belemmeringen (0 – 2)											-49,43***	-0,05				
Arbeidsmarktpositie (ref=werkzaam)																
12 uur en meer)													18,30	0,00	19,18	0,01
Onderwijs													125,83***	0,04	82,21**	0,03
Werkzaam 12 uur en minder													271,57***	0,10	320,11***	0,12
Werkt niet													172,38***	0,04	255,16***	0,06
Werkzoekend													60,59**	0,02	62,29	0,02
Arbeidsongeschikt													122,23***	0,08	294,61***	0,20
Gepensioneerd															-1,43	0,00
Chronische aandoening* onderwijs															70,70*	0,02
Chronische aandoening* werkzaam																
12minder																
Chronische aandoening* werkt niet															-78,38*	-0,03
Chronische aandoening* werkzoekend															-132,21*	-0,02
Chronische aandoening* arbeidsongeschikt															-30,44	-0,01
Chronische aandoening* gepensioneerd															-227,56***	-0,14
R2	0,070		0,068		0,068		0,071		0,072		0,069		0,080		0,084	

1. ***: $p < 0,001$ **: $p < 0,01$ *: $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 t/m 5 is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking

Vervolg tabel 18. Resultaten lineaire regressieanalyse beweegdeelname en chronische aandoening (N=28.440)

	Model 6a		Model 6b		Model 7	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Intercept	250,55***		261,58***		239,27***	
Chronische aandoening (ref=geen)	-14,928	-0,01	-34,17	-0,03	4,93	0,00
Ziektelast						
Medicijngebruik (0 – 2)					-40,96***	-0,05
Pijnbelemmering (0 – 4)					11,73**	0,02
Huisartsbezoek (0 – 28)					9,81*	0,01
Specialistbezoek (0 – 28)					4,60	0,01
Dagopname (0=geen)					25,31	0,01
Ziekenhuisopname (0=geen)					-33,81*	-0,01
Psychische gezondheid (0 – 5)					-9,76	-0,01
Opleidingsniveau (ref=primair)						
Laag secundair					61,47***	0,04
Hoog secundair					76,36***	0,06
Tertiair					18,55	0,01
Missing opleidingsniveau					134,89***	0,03
Belemmeringen (0 – 2)					-70,70***	-0,07
Arbeidsmarktpositie (ref =werkzaam 12 uur en meer)						
Onderwijs					11,41	0,00
Werkzaam 12 uur en minder					119,4***	0,04
Werkt niet					269,40***	0,10
Werkzoekend					177,20***	0,04
Arbeidsongeschikt					95,78***	0,03
Gepensioneerd					115,21***	0,08
Huishoud-samenstelling (ref=alleenstaand)						
Paar zonder kinderen	103,27***	0,08	106,2***	0,08	96,86***	0,07
Paar met kinderen	18,70	0,01	-5,80	0,01	24,06*	0,02
Eenouder met kinderen	76,27***	0,03	14,18	0,01	69,49***	0,02
Missing huishoudsamenstelling	70,53***	0,02	68,35	0,02	62,64**	0,02
Chr. aandoening* paar zonder kinderen			-4,09	-0,00		
Chr. aandoening* paar met kinderen			39,62	0,03		
Chr. aandoening* eenouder met kinderen			91,91*	0,03		
Chr. aandoening* missing huishoudsamenstelling			2,15	0,00		
Geslacht (ref=man)					-75,63***	-0,06
Leeftijd (18 – 85 jaar)					5,37***	0,15
Herkomst (ref=Nederlandse achtergrond)						
Westerse migratieachtergrond					-25,45*	-0,01
Niet-westerse migratieachtergrond					-74,45***	-0,03
Stedelijkheid (0 – 2)					-23,91***	-0,03
Hulpmiddel bewegen (ref=geen hulpmiddel)					-292,48***	-0,10
Missing hulpmiddel bewegen					652,84	0,44
Hulpmiddel anatomisch (ref=geen hulpmiddel)					49,77**	0,01
Missing hulpmiddel anatomisch					-170,52	-0,11
Hulpmiddel incontinent (ref=geen hulpmiddel)					-71,15***	-0,02
Missing hulpmiddel incontinent					-511,92	-0,34
Leefstijl						
Roken (0 – 170)					-0,40	-0,00
Alcoholgebruik (0 – 7)					6,63***	0,02
Gezonde voeding (0 – 3)					88,72***	0,08

Fysieke beperking (0 – 3)			-76,02***	-0,11
R2	0,072	0,072	0,090	

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 6 is ook gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking

Tabel 19. Resultaten lineaire regressieanalyse hart- en vaataandoening naar chronische aandoening (N=28.440)

	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Intercept	246,91***		253,69		243,73***	
Hart- en vaataandoeningen						
Belemmeringen	-31,09**	-0,02	-34,33***	-0,02	-28,94**	-0,02
Ziektelast			-46,95***	-0,05	-54,17***	-0,05
Medicijngebruik (0 – 2)	-36,02***	-0,04			-31,81***	-0,04
Pijnbelemmering (0 – 4)	5,56	0,01			13,55***	0,03
Huisartsbezoek (0 – 28)	12,80**	0,02			13,10**	0,02
Specialistbezoek (0 – 28)	2,8	0,00			5,67	0,01
Dagopname (0=geen)	23,83	0,01			28,42*	0,01
Ziekenhuisopname (0=geen)	-39,03**	-0,02			-30,78*	-0,01
Geslacht (ref=man)					-53,83***	-0,04
Leeftijd (18 – 85 jaar)					7,53***	0,21
Herkomst (ref=Nederlandse achtergrond)						
Westerse migratieachtergrond					-19,06	-0,01
Niet-westerse migratieachtergrond					-45,16**	-0,02
Stedelijkheid (0 – 2)					-28,90***	-0,04
Hulpmiddel bewegen (ref=geen hulpmiddel)					-307,69***	-0,11
Missing hulpmiddel bewegen					752,18	0,50
Hulpmiddel anatomisch (ref=geen hulpmiddel)					48,82**	0,02
Missing hulpmiddel anatomisch					-224,62	-0,15
Hulpmiddel incontinent (ref=geen hulpmiddel)					-79,94***	-0,02
Missing hulpmiddel incontinent					-557,32	-0,37
Leefstijl						
Roken (0 – 170)					-0,06	-0,00
Alcoholgebruik (0 – 7)					6,61***	0,02
Gezonde voeding (0 – 3)					83,13***	0,08
Fysieke beperking (0 – 3)					-70,45***	-0,1
R2	0,070		0,070		0,072	

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 en 2 is ook gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking

Tabel 20. Resultaten lineaire regressieanalyse beweegdeelname en multimorbiditeit (N=28.440)

	Model 1	
	B	Beta
Intercept	258,39***	
Multimorbiditeit (ref=geen aandoening)		
Eén aandoening	5,67	0,00
Multimorbiditeit	-5,99	-0,01
Belemmeringen	-47,51***	-0,05
R2	0,069	

1. *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

2. Bron: Gezondheidsenquête CBS 2014 – 2017.

3. In model 1 is gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, herkomst, stedelijkheid, hulpmiddelen, leefstijl en fysieke beperking

