



rivm

Rapport 270171002/2010

M.C.M. Busch | C.T.M. Schrijvers

Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen

RIVM Rapport 270171002

Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen

M.C.M. Busch, RIVM
C.T.M. Schrijvers, RIVM

Contact:
M.C.M. Busch
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
mirjam.busch@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van de kennisvraag SEGV

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen

Op vrijwel alle fronten is de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status slechter dan die van mensen met een hogere sociaaleconomische status. Zo leven laagopgeleide Nederlanders zes tot zeven jaar korter dan hoogopgeleide Nederlanders. Het kabinet werkt eraan om deze verschillen te verkleinen, bijvoorbeeld door de inzet van leefstijlinterventies gericht op het verbeteren van de relatief ongezonde leefstijl van lageropgeleiden. Onderzoek van het RIVM laat echter zien dat er specifiek voor lagere sociaaleconomische groepen nog geen leefstijlinterventies bestaan waarvan is bewezen dat ze effect hebben. Om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen, is het nodig het aanbod van effectieve interventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen te vergroten en verbeteren.

Voor het onderzoek, dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd, heeft het RIVM leefstijlinterventies voor lagere sociaaleconomische groepen in kaart gebracht die gemeenten zouden kunnen inzetten om de gezondheid van deze groepen te verbeteren. Hierbij is de aandacht specifiek gericht op roken, alcoholgebruik, actieve leefstijl, overgewicht, diabetes en depressie. Voorbeelden zijn: het bevorderen van lichaamsbeweging op vmbo-scholen en cursussen voor Turken en Marokkanen om depressieve klachten te verminderen.

Van slechts achttien van de onderzochte leefstijlinterventies was een effectevaluatie beschikbaar (geen over roken, een over alcohol, zeven over overgewicht, vijf over actieve leefstijl, vier over depressie en een over diabetes). Van geen enkele interventie is echter bewezen dat deze de leefstijl of gezondheid van lagere sociaaleconomische groepen effectief verbetert. Enkele interventies laten gunstige effecten zien op het gedrag of de gezondheid van deelnemers. Dit geldt voor drie interventies gericht op overgewicht, drie op depressie en vier op actieve leefstijl. De evaluaties waarmee deze effecten zijn aangetoond hebben echter een te lage bewijskracht om het predikaat 'bewezen effectief' te krijgen.

Trefwoorden: sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), effecten, leefstijlinterventies, preventie

Abstract

Effects of life style interventions aimed at lower socioeconomic groups

In the Netherlands, nearly all aspects of health are worse among people with a low socioeconomic status than among those with a high status. For example, people that attained a low educational level, live six to seven years shorter than people with a high educational level. The Dutch government aims at reducing these differences. One strategy is to improve the relatively unhealthy life style of the lower educated. Research from the RIVM, however, shows that no life style interventions aimed at lower socioeconomic groups are proven to be effective. To reduce socioeconomic health differences, it is necessary to increase and improve the supply of effective interventions aimed at these groups.

For this study, commissioned by the ministry of Health, Welfare and Sport, the RIVM summarized life style interventions aimed at lower socioeconomic groups that local authorities could introduce to increase the health of these groups. This summary was restricted to interventions aimed at smoking, alcohol use, active life style, overweight, diabetes and depression. Examples are attention for physical exercise in schools for lower professional education and courses to Turkish and Moroccan inhabitants to diminish their depressive symptoms.

For only eighteen of the interventions, an effect evaluation was available (no for smoking, one for alcohol, seven for overweight, five for active life style, four for depression and one for diabetes). None of these interventions was given the predicate 'proven effective'. Some of these interventions showed positive effects on life style or health of participants. This is true for three of the overweight, three of the depression and four of the active life style interventions. Because the evaluations that showed these positive results had a low conclusive force, we could not conclude that these interventions were effective.

Key words: socioeconomic health differences, effects, life style interventions, prevention

Inhoud

Samenvatting	9
1 Inleiding	13
2 Methode	17
2.1 Selectie en beschrijving van interventies	17
2.2 Beoordeling van effectiviteit	18
3 Beschrijving en effectiviteit van interventies	19
3.1 Roken	19
3.2 Schadelijk alcoholgebruik	20
3.3 Overgewicht	21
3.4 Depressie	28
3.5 Diabetes	31
3.6 Actieve leefstijl	32
4 Conclusies en aanbevelingen	39
4.1 Conclusies	39
4.2 Kenmerken en consequenties van de gekozen aanpak	42
4.3 Aanbevelingen	43
Literatuurlijst	45
Bijlage 1 Beschrijving geïnccludeerde interventies	49
Bijlage 2 Geraadpleegde deskundigen	79

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is over het algemeen slechter dan die van mensen met een hoge SES. Het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden van mensen met een lage SES vormt een van de doelstellingen van het gezondheidsbeleid van de overheid.

Eind 2008 verscheen het Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Daarin staan de ambitie en aanpak aangegeven die gezondheidsachterstanden in Nederland moeten terugdringen. De verwachting is dat minder grote verschillen in levensverwachting tussen mensen met een lage en mensen met een hoge SES zijn te bereiken, met een effectief preventiebeleid.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt sinds het verschijnen van het Beleidsplan samen met andere ministeries en partijen (gemeenten, werkgevers, scholen) aan het verder invullen van een strategie om gezondheidsachterstanden te verminderen.

In het Beleidsplan is aangegeven dat gezondheidsachterstanden het beste decentraal, dat wil zeggen door gemeenten, kunnen worden aangepakt. Veel gemeenten richten zich al op het verminderen van gezondheidsachterstanden, bijvoorbeeld door het inzetten van leefstijlinterventies. Het ministerie van VWS wil bevorderen dat de inspanningen van gemeenten op dit terrein effectief zijn. Hiervoor is onder andere kennis nodig over de effectiviteit van interventies die op lokaal niveau kunnen worden ingezet om de leefstijl en gezondheid van lage SES-groepen te verbeteren.

Selectie van interventies op basis van drie criteria

In dit rapport brengen we de effectiviteit in kaart van leefstijlinterventies die gemeenten kunnen inzetten om de leefstijl en gezondheid van lage SES-groepen te verbeteren en daarmee de gezondheidsachterstand terug te dringen.

Het overzicht beschrijft interventies die voldoen aan drie criteria:

- De interventie is specifiek gericht op (één van de) lage SES-groepen.¹ Veel interventies richten zich niet exclusief op lage SES-groepen. Dergelijke breder aangeboden interventies hebben vaak een minder groot bereik en effect onder mensen met een lage SES dan onder mensen met een hoge SES, waardoor gezondheidsachterstanden juist toe- in plaats van afnemen.
- De interventie richt zich op het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage SES via het verbeteren van hun leefstijl en is gericht op één van de vijf speerpunten van het landelijk preventiebeleid (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie, diabetes) of op een actieve leefstijl.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar over met de interventie behaalde effecten bij de doelgroep.

De in dit rapport beschreven interventies zijn beoordeeld op effectiviteit, rekening houdende met het design en de kwaliteit van de effectstudie. Dit leidt, per interventie, tot een uitspraak over de bewijslast van de gevonden effecten; deze kan hoog, gemiddeld of laag zijn.

¹ Tot de lage SES-groepen worden de volgende groepen gerekend: mensen met lage sociaaleconomische status/lage opleiding/lage beroepsstatus/laag inkomen; bewoners van achterstandswijken; mensen met een bijstands- of werkloosheidsuitkering; niet-westerse allochtonen; leerlingen van het vmbo/speciaal onderwijs; basisschoolleerlingen van scholen in achterstandswijken

Resultaten van de inventarisatie van effectieve interventies

Roken

Lager opgeleiden, zowel jongeren als volwassenen, roken veel vaker dan hoger opgeleiden.

Binnen het rookbeleid en in de landelijke campagnes is er wel aandacht voor rokers met een lage SES, maar er zijn weinig interventies specifiek op deze groep gericht.

De inventarisatie leverde dan ook geen enkele rookinterventie op die aan alle inclusiecriteria voldeed.

De meeste interventies voldeden niet aan het criterium 'specifiek gericht op groepen met een lage SES'.

In deze studie is geen interventie naar voren gekomen die 'bewezen effectief' is in het stoppen met roken of het niet beginnen met roken onder mensen met een lage SES.

Schadelijk alcoholgebruik

Het percentage mensen dat alcohol drinkt is niet hoger onder groepen met een lage SES dan onder groepen met een hoge SES, maar excessief alcoholgebruik komt wel vaker voor onder mannen met een laag opleidingsniveau en onder laagopgeleide jongeren.

Jongeren en volwassenen met een laag opleidingsniveau zijn echter geen specifieke doelgroep binnen het alcoholmatigingsbeleid van de overheid.

De inventarisatie leverde één interventie op die voldeed aan alle inclusiecriteria, namelijk 'Homeparty'.

De uitgevoerde studie naar deze interventie heeft echter een lage bewijslast, waardoor de effectiviteit niet kan worden vastgesteld.

Overgewicht

Overgewicht komt veel vaker voor onder volwassenen en jongeren met een lage opleiding dan onder volwassenen en jongeren met een hoge opleiding.

De overheid stelt financiële middelen beschikbaar waarmee op gemeentelijk niveau initiatieven kunnen worden gefinancierd die zijn gericht op het terugdringen van overgewicht, met speciale aandacht voor kinderen in achterstandssituaties.

Uit de inventarisatie kwamen zeven interventies naar voren die voldeden aan alle inclusiecriteria.

Vijf van de zeven interventies richten zich op kinderen/jongeren en twee interventies richten zich op volwassenen, namelijk op niet-westerse allochtone vrouwen.

Uit de evaluaties van deze interventies komen over het algemeen positieve resultaten naar voren, maar ze krijgen geen van alle het predikaat 'effectief'. Bij een aantal evaluaties ontbreekt namelijk een controlegroep en bij de meeste interventies zijn alleen kortetermijneffecten gemeten, zodat onbekend is of deze ook op de lange termijn beklijven.

Depressie

Depressie en depressieve klachten komen meer voor onder mensen met een lage SES dan onder mensen met een hoge SES. Het specifieke aanbod gericht op de preventie van depressie onder mensen met een lage SES is echter gering.

De inventarisatie leverde vier interventies op die voldeden aan alle inclusiecriteria. Deze richten zich alle vier op vrouwen; drie ervan in het bijzonder op allochtone vrouwen.

Drie van de vier interventies laten positieve effecten zien op (de ernst van) depressieve klachten, maar de studies hebben een lage bewijslast. Bij geen van de interventies is gekeken of de interventie (de kans op) depressie kan verminderen. De effectiviteit van 'Bewegen zonder zorgen' wordt nu onderzocht in een Randomised Controlled Trial (RCT).

Diabetes

Diabetes komt vaker voor onder mensen met een lage SES en allochtonen, dan onder mensen met een hoge SES en autochtonen. Er zijn weinig interventies specifiek gericht op lagere SES-groepen.

De inventarisatie leverde drie interventies op die voldeden aan alle inclusiecriteria. Twee van deze interventies, namelijk 'Bewegen op recept' en 'Van klacht naar kracht', richten zich niet enkel op het

voorkómen van diabetes, maar ook op het bevorderen van de gezondheid in het algemeen. Deze interventies zijn om die reden geïnccludeerd bij het thema 'actieve leefstijl'. Van de enige overgebleven interventie, 'diabetes en bewegen', is niet bekend of deze leidt tot het voorkómen van diabetes. De bewijslast van de uitgevoerde studie is namelijk laag.

Actieve leefstijl

Bij dit thema gaat het om interventies die vanuit de eerstelijnszorg worden aangeboden en die primair zijn gericht op het activeren van mensen die veelvuldig de huisarts bezoeken met vage gezondheids- of pijnklachten, die veelal samenhangen met een inactieve leefstijl. Deze klachten komen vaker voor bij mensen met een lage SES; de interventies worden dan ook veelal aangeboden in achterstandswijken. Uit de inventarisatie kwamen vijf interventies naar voren die voldeden aan alle inclusiecriteria. Uit de uitgevoerde evaluaties kwamen gunstige resultaten naar voren, zoals positieve veranderingen in ervaren gezondheid, afgenomen huisartsenbezoek en een toename in lichamelijke activiteit. Geen van deze interventies is echter geëvalueerd in een studie met een controlegroep en bij geen van de interventies heeft een tweede nameting plaatsgevonden, zodat de bewijslast van de studies laag is. Er loopt een RCT-onderzoek naar één van de interventies, 'Bewegen op recept'.

Conclusies en aanbevelingen

Doel van deze studie was het in kaart brengen van de effecten van leefstijlinterventies voor lage SES-groepen, zodat het voor gemeenten zichtbaar wordt welke interventies ze kunnen inzetten om gezondheidsachterstanden van lage SES-groepen terug te dringen. Het betrof interventies op de vijf speerpunten van het preventiebeleid (roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes) en op 'actieve leefstijl'.

Inventarisatie leverde slechts achttien interventies op

Uit de inventarisatie van het beschikbare aanbod kwamen slechts achttien interventies naar voren die voldeden aan de vooraf gestelde inclusiecriteria. Deels heeft dit geringe aantal te maken met het beperkte aanbod specifiek gericht op lagere SES-groepen en deels heeft het te maken met het feit dat veel interventies niet of beperkt op effectiviteit zijn getoetst.

Deze conclusie leidt tot de volgende aanbeveling:

Het is van belang het specifieke aanbod van interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en een goede gezondheid bij lage SES-groepen te vergroten en te verbeteren, vooral door het aanpassen van algemene leefstijlinterventies specifiek voor lage SES-groepen. Om het aanbod te kunnen vergroten is geld nodig voor het ontwikkelen van nieuwe interventies, dan wel het aanpassen van bestaande interventies voor deze doelgroepen. Om bestaande interventies te kunnen aanpassen voor lage SES-groepen is kennis nodig bij professionals.

Inventarisatie leverde geen enkele bewezen effectieve leefstijlinterventie voor lage SES-groepen in Nederland op

Uit deze studie blijkt dat er geen enkele bewezen effectieve leefstijlinterventie voor lage SES-groepen in Nederland bestaat. De meeste interventies worden niet op effectiviteit onderzocht en de effectstudies die wél worden uitgevoerd hebben een beperkt design, waardoor eventuele effecten van een interventie een lage bewijslast hebben.

Enkele leefstijlinterventies laten gunstige effecten zien op leefstijl en/of gezondheid bij hun doelgroep(en). Dit geldt voor drie interventies die zich richten op overgewicht, drie interventies die zich richten op (de ernst van) depressieve klachten en vier interventies die zich richten op een actieve leefstijl.

Omdat de studies waarmee deze effecten zijn aangetoond een lage bewijskracht hebben, kan niet worden geconcludeerd dat het hier om effectieve interventies gaat.

Deze conclusie leidt tot de volgende aanbeveling:

Het is van belang dat interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en een goede gezondheid bij mensen met een lage SES worden onderzocht op effectiviteit, in studies waarin sprake is van een interventie- en controlegroep en die bestaan uit meerdere metingen. Daarnaast is het aan te bevelen om bij alle interventies die zich richten op het bevorderen van een gezonde leefstijl dan wel een goede gezondheid, na te gaan wat de effecten zijn op verschillende SES-groepen. Hierdoor ontstaat inzicht in eventuele verschillen in effecten tussen SES-groepen en kan worden voorkómen dat interventies onbedoeld leiden tot het vergroten van gezondheidsverschillen.

1 Inleiding

Gezondheidsachterstanden bij lage sociaaleconomische groepen

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is op bijna alle fronten slechter dan die van mensen met een hoge SES. Het hoogst behaalde opleidingsniveau wordt vaak gebruikt als indicator voor SES. Mensen met een lage opleiding leven zes tot zeven jaar korter en veertien jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Er zijn ook aanzienlijke verschillen in ervaren gezondheid en in risicofactoren (zoals leefstijl, woon- en werkomstandigheden) voor gezondheid ten gunste van mensen met een hoge opleiding (Lucht en Polder, 2010). Een veelgebruikte term voor deze gezondheidsachterstand is sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV).

Er bestaan ook gezondheidsachterstanden bij bepaalde etnische groepen. Voor een deel is dit te verklaren uit de gemiddeld lagere sociaaleconomische positie van (niet-westerse) allochtonen, maar ook uit factoren die samenhangen met etniciteit, zoals genetische en culturele factoren (Lucht en Polder, 2010).

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen als gevolg van causatie en selectie

Bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) spelen zowel causatie- als selectieprocessen een rol. De slechtere gezondheid van groepen met een lage SES kan worden verklaard uit het vaker vóórkomen van allerlei oorzaken van ongezondheid in deze groepen als gevolg van hun maatschappelijke positie (causatie). Het gaat dan bijvoorbeeld om: ongunstige woonomstandigheden, een ongezonde leefstijl, werkloosheid, relatief ongezonde werkomstandigheden in laagbetaalde banen, sociale uitsluiting en suboptimale kwaliteit van de zorg. Daarnaast kan een slechtere gezondheid ook leiden tot een slechtere maatschappelijke positie (selectie).

Onderzoeksprogramma's SEGV in jaren '90 leiden tot inzicht in ontstaan en aanpak SEGV

In de jaren '90 heeft de overheid twee onderzoeksprogramma's gefinancierd om meer zicht te krijgen op SEGV in Nederland. In het eerste programma lag de nadruk op het genereren van kennis over de omvang en oorzaken van SEGV. Er kwam naar voren dat causatie een (veel) belangrijkere rol speelt bij het ontstaan van SEGV dan selectie (Mackenbach, 1994). In het tweede programma lag de nadruk op ontwikkeling en evaluatie van beleid en interventies gericht op het verkleinen van SEGV.

De programmacommissie SEGV II constateerde dat het effectief aanpakken van SEGV vier aangrijppingspunten omvat:

- 1) het verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en sociaaleconomische factoren;
- 2) het verminderen van negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsklasse en inkomen;
- 3) het verbeteren van specifieke determinanten van gezondheid onder lagere sociaaleconomische groepen, zoals woon- en werkomstandigheden en leefstijl;
- 4) het verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg voor lage sociaaleconomische groepen (Programmacommissie SEGV II, 2001).

Naar aanleiding van het rapport van de programmacommissie SEGV II heeft de toenmalige regering de volgende doelstelling geformuleerd: *'Het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaaleconomische statusgroepen in 2020 met ten minste 25% van het huidige verschil in gezonde levensverwachting in casu derhalve drie jaren'*.

Om dit doel te bereiken, richtte het kabinet zich, in navolging van de aanbevelingen, op een zogenaamde integrale aanpak² van SEGV met maatregelen die betrekking hebben op bovengenoemde vier aangrijpingspunten (Tweede Kamer, 2001). Tot een concreet actieplan om SEGV terug te dringen is het toen echter niet gekomen. Wel is er meer aandacht voor onderzoek naar SEGV ontstaan, bijvoorbeeld in de ZonMw-programma's Preventie en Gezond Leven.

Overheid wil SEGV terugdringen met integrale en decentrale aanpak

In 2008 bieden de ministers van VWS en WWI de Kamer de Beleidsbrief SEGV aan. In deze brief beschrijven zij de ambitie en aanpak van het kabinet om SEGV in Nederland terug te dringen. De verwachting is dat minder grote verschillen in levensverwachting op basis van sociaaleconomische achtergronden te bereiken zijn met een effectief preventiebeleid. Het kabinet hecht daarbij aan een integrale en decentrale aanpak, waarbij de inzet van partijen die belang bij en invloed op gezondheid hebben, zoals gemeenten, werkgevers en scholen, onontbeerlijk is (VWS en WWI, 2008).

Beleidsbrief SEGV bevat nog geen uitgewerkt plan om SEGV terug te dringen

De beleidsbrief beschrijft een aantal maatregelen gericht op het terugdringen van SEGV, maar er is nog geen sprake van een volledig uitgewerkt plan. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil de komende jaren, samen met andere ministeries en partijen, werken aan het verder invullen van een strategie om gezondheidsachterstanden te verminderen. Om te komen tot een doeltreffende strategie, heeft VWS de afgelopen jaren verschillende onderzoeksvragen bij het RIVM uitgezet. In de beleidsbrief is aangegeven dat SEGV het beste decentraal, dat wil zeggen door gemeenten, kan worden aangepakt. SEGV staat inmiddels bij veel gemeenten op de agenda van het lokale gezondheidsbeleid en vooral leefstijlinterventies worden ingezet om de gezondheid van lage sociaaleconomische groepen te bevorderen. Ook zijn er gemeenten die met integraal gezondheidsbeleid proberen gezondheidsachterstanden terug te dringen. Het ministerie van VWS wil bevorderen dat de inspanningen van gemeenten effectief zijn in het terugdringen van SEGV. Er is echter nog onvoldoende bekend wat lokaal werkt en haalbaar is. Duidelijk is wel dat algemene maatregelen en interventies vaak een minder goed bereik en effect hebben onder lage sociaaleconomische groepen. Hierdoor kunnen, ook bij positieve gezondheidseffecten bij de lage SES-groepen, de gezondheidsverschillen juist toenemen, omdat de effecten bij de hoge SES-groepen groter zijn. In verschillende ZonMw programma's is er aandacht voor participatie van mensen uit lage sociaaleconomische groepen. Ook is er de laatste jaren meer aandacht voor het ontwikkelen van maatregelen en interventies die uitsluitend op lage SES-groepen gericht zijn. Dit is wel een tamelijk nieuwe strategie en er is nog weinig onderzoek naar gedaan.

Doel van dit rapport is in kaart brengen effecten van leefstijlinterventies voor lage SES-groepen

VWS heeft het RIVM gevraagd om de effecten van leefstijlinterventies voor lage sociaaleconomische groepen in kaart te brengen (zie dit rapport) en om te inventariseren wat bekend is over de gezondheidseffecten van maatregelen in de (fysieke en sociale) leefomgeving van groepen met een lage SES (Savelkoul et al., in press). Door zicht te krijgen op wat werkt in de lokale praktijk, wordt het voor gemeenten duidelijk welke interventies en maatregelen deze kunnen inzetten om de leefstijl en gezondheid van lage SES-groepen te verbeteren en de gezondheidsachterstand te verminderen. In het overzicht ligt op verzoek van de opdrachtgever de nadruk op interventies gericht op de speerpunten van het landelijke preventiebeleid: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes. Er is hiervoor gekozen omdat deze prioritaire gezondheidsproblemen ook in het lokale gezondheidsbeleid hoog op de agenda staan en omdat deze met name onder lage sociaaleconomische groepen hoog 'scoren' (zie Box 1). Het in positieve zin beïnvloeden van de

² Een samenhangende aanpak waarbij door verschillende partijen van binnen en buiten de overheid langs meerdere lijnen wordt samengewerkt om een gemeenschappelijk probleem op te lossen.

leefstijl en gezondheid van mensen met een lage SES op de vijf speerpunten kan dan ook bijdragen aan het verminderen van hun gezondheidsachterstand. Naast de landelijke speerpunten zijn ook interventies gericht op een actieve leefstijl meegenomen. Dit betreffen interventies ontwikkeld vanuit de zorg, om mensen die veelvuldig de huisarts bezoeken met vage gezondheids- of pijnklachten, te stimuleren (letterlijk en figuurlijk) in beweging te komen, meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en te leren hun klachten te hanteren, met een betere (ervaren) gezondheid en minder gebruik van de zorg als einddoel. Omdat het hier vaak patiënten uit lage sociaaleconomische groepen betreft, zou dit een kansrijke aanpak voor het terugdringen van SEGV kunnen zijn.

Box 1. Roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes naar opleidingsniveau

Voor leefstijl is sprake van een opleidingsgradiënt; met het toenemen van het opleidingsniveau neemt het aantal rokers en mensen met overgewicht duidelijk af. Zo rookt 30% van de 18-64 jarigen Nederlanders met alleen basisonderwijs, tegen 15% van deze groep met een hbo- of universitaire opleiding. Overgewicht komt voor bij ruim de helft (54%) van de 18-64 jarigen met alleen basisonderwijs. Onder 18-64 jarigen met een hbo- of universiteitdiploma heeft een derde deel overgewicht. Voor alcoholgebruik is sprake van dezelfde trend, maar is het verschil iets minder: excessief alcoholgebruik komt voor bij 14% van de 18-64 jarigen met alleen een basisopleiding, tegen 9,6% met een hbo- of universitaire opleiding (POLS, gezondheid en welzijn, 2007). Dit patroon is al zichtbaar tijdens de middelbareschoolopleiding. Het aandeel 12-16 jarige scholieren dat rookt, dat dagelijks drinkt en kampt met overgewicht, is het grootst onder vmbo-scholieren (respectievelijk 17%, 28% en 16%) en het kleinst onder vwo-scholieren (2%, 15% en 6%). De percentages voor havo-scholieren liggen hier tussenin (Van Dorsselaer et al., 2007).

Op basis van zelfrapportage blijkt dat diabetes type 2 meer dan twee keer zo vaak voorkomt bij laagopgeleide mensen dan bij hoogopgeleide mensen, en uit het NEMESIS-2 bevolkingsonderzoek komt naar voren dat depressie vaker voorkomt bij laag- dan bij hoogopgeleide mensen (De Graaf et al., 2010).

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de gevolgde methode bij de selectie van de interventies (paragraaf 2.1) en bij de beoordeling van de interventies op effectiviteit (paragraaf 2.2).

In hoofdstuk 3 volgt de beschrijving van de effecten van de geselecteerde interventies gericht op roken (paragraaf 3.1), schadelijk alcoholgebruik (paragraaf 3.2), overgewicht (paragraaf 3.3), depressie (paragraaf 3.4), diabetes (paragraaf 3.5) en actieve leefstijl (paragraaf 3.6). Elke paragraaf begint met een korte inleiding over de betreffende determinant of ziekte, met aandacht voor het beleid en het beschikbare aanbod voor achterstandsgroepen. Daarna worden, per geïncorporeerde interventie, de effecten op de gestelde doelen weergegeven, gevolgd door een korte samenvatting.

In hoofdstuk 4 ten slotte volgen conclusies, kenmerken en consequenties van de gekozen aanpak en aanbevelingen.

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de gekozen aanpak. Paragraaf 2.1 geeft weer hoe de selectie van interventies plaatsvond. Paragraaf 2.2 beschrijft hoe de beoordeling van de geselecteerde interventies in zijn werk ging.

2.1 Selectie van interventies

Inventarisatie relevante interventies op basis van ‘SEGV-database’ van het RIVM

Een eerste selectie van interventies vond plaats op basis van een in 2008 door het RIVM voor intern gebruik gemaakte database. Hierin staan leefstijlinterventies gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden of op het verbeteren van de leefstijl en gezondheid van lage SES-groepen. Het betreft interventies die door gemeenten tussen 2002 en 2008 zijn aangeboden, waarbij de focus lag op de vijf landelijke preventiespeerpunten. Als lage SES-groepen zijn onderscheiden: mensen met een lage sociaaleconomische status/lage opleiding/lage beroepsstatus/laag inkomen; bewoners van achterstandswijken; mensen met een bijstands- of werkloosheidsuitkering; niet-westerse allochtonen, leerlingen van het vmbo/speciaal onderwijs; basisschoolleerlingen van scholen in achterstandswijken. Asielzoekers en vluchtelingen zijn buiten beschouwing gelaten. Interventies zijn opgespoord door gebruik te maken van verschillende openbaar beschikbare informatiebronnen, zoals databases, websites van organisaties, rapporten en de leeflijnen in de Lokale Handleidingen voor gemeenten.

Selectie te beoordelen interventies aan de hand van inclusiecriteria

Uit de ruim 300 leefstijlinterventies in de database is een selectie gemaakt waarbij de volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- De interventie is **specifiek** gericht op (één van de) lage SES-groepen.
Veel van de in de database opgenomen interventies richten zich niet uitsluitend, maar ook op lage SES-groepen. Maar zoals al in de inleiding aangegeven, hebben dergelijke breder aangeboden interventies vaak een minder goed bereik en effect onder mensen met een lage SES, waardoor gezondheidsverschillen juist toe- in plaats van afnemen. Om een bijdrage te kunnen leveren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden, is het van belang interventies te ontwikkelen en aan te bieden die aansluiten bij de belevingswereld, cultuur en situatie van (mensen uit de) groepen met een lage SES. Om die reden zijn enkel interventies specifiek gericht op één van de aangegeven groepen geïnccludeerd.
- De interventie richt zich op het verbeteren van de gezondheid via de leefstijl en is gericht op roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie, diabetes of een actieve leefstijl.
Een deel van de interventies in de database beoogt gezondheidsachterstanden terug te dringen via het verbeteren van de toegankelijkheid of effectiviteit van de zorg of via reïntegratieprojecten. Deze interventies zijn niet geselecteerd. De (tientallen) interventies uit de database gericht op meer bewegen/voldoen aan de beweegnorm of op gezond eten, zonder daarbij te evalueren of er gunstige effecten zijn op overgewicht, zijn eveneens niet geselecteerd.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar over met de interventie behaalde effecten bij de doelgroep.

Slechts ten behoeve van een deel van de interventies in de database is een wetenschappelijke publicatie, onderzoeksrapport, projectverslag of voortgangsrapportage beschikbaar. Alleen de interventies met verslaglegging van effecten bij de doelgroep zijn geselecteerd.

Er is aanvullend gezocht naar interventies van recenter datum in de I-database van het Centrum Gezond Leven, in de Projectenpoort van ZonMw en door te googelen. Enkele deskundigen (zie Bijlage 2) zijn gevraagd eventueel gemiste interventies aan te dragen.

Effecten interventies vooral beschreven in grijze literatuur

Rapportages van uitgevoerde evaluaties zijn verzameld via internet (projectendatabases of websites van de betreffende interventies). Als dat nodig was is contact gezocht (per mail en/of telefonisch) met de organisaties die de interventies hebben ontwikkeld, uitgevoerd dan wel geëvalueerd. Er is niet systematisch gezocht in Pubmed, omdat al snel duidelijk werd dat de effecten van de lokaal uitgevoerde interventies in de meeste gevallen uitsluitend in een voortgangsrapportage of projectverslag zijn beschreven. In een enkel geval zijn de effectevaluatie en de resultaten van de interventie beschreven in een wetenschappelijke publicatie (artikel of proefschrift). Aan de hand van de verzamelde rapportages is per geïncludeerde interventie een korte beschrijving gemaakt van een aantal belangrijke aspecten, namelijk: doel, (intermediaire) doelgroep, setting, effectiviteit (bewijslast, uitkomstmaten en effecten, en bereik) en ontwikkelaar. Deze aspecten worden kort beschreven in hoofdstuk 3, terwijl uitgebreide beschrijvingen zijn opgenomen in Bijlage 1 van dit rapport.

2.2 Beoordeling van effectiviteit

Beoordeling effectiviteit gebaseerd op beoogde doelen van een interventie

Omdat in de meeste gevallen de te beoordelen interventie niet is gericht op het verminderen van SEGV, maar op het verminderen van ongezond gedrag, gezondheidsklachten of een specifieke ziekte bij de doelgroep, kan geen uitspraak worden gedaan over de daadwerkelijke bijdrage van een interventie aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Om toch iets te kunnen zeggen over de potentiële bijdrage van een interventie aan het terugdringen van gezondheidsverschillen, is ervoor gekozen om de beoordeling van de effectiviteit te baseren op de gestelde doelen. Hiertoe is steeds de vraag gesteld: welk doel heeft de interventie en draagt dit doel mogelijk bij aan het verminderen van ongezond gedrag, gezondheidsklachten of ziekte bij de doelgroep? Doordat de interventie specifiek is gericht op een achterstandsgroep, zal een positief effect van de interventie (in potentie) bijdragen aan het terugdringen van de bestaande gezondheidsverschillen.

Per interventie zijn voor elk gesteld doel de belangrijkste uitkomstmaten vastgesteld en per uitkomstmaat zijn de resultaten van de uitgevoerde evaluaties in kaart gebracht. De resultaten zijn zo mogelijk gepresenteerd aan de hand van de grootte van het effect, onzekerheid rondom de effectschatting, groepsgrootte van de onderzoekspopulatie en follow-up duur van de evaluatie (zie Bijlage 1).

Mate van bewijslast effectiviteit gebaseerd op type en kwaliteit van evaluatiestudie

Aan de hand van het design en de kwaliteit van de effectstudie is een uitspraak gedaan over de bewijslast van de gevonden effecten. Hierbij geldt de volgende indeling:

- Hoog: bewijslast gebaseerd op een Randomised Controlled Trial (RCT).
- Gemiddeld: bewijslast gebaseerd op een RCT met serieuze tekortkomingen of quasi-experimenteel onderzoek (met een voor- en nameting en een interventie- en controlegroep, maar geen randomisatie) of observationeel onderzoek (met een voor- en nameting) van hoge kwaliteit.
- Laag: bewijslast gebaseerd op observationeel onderzoek (met een voor- en nameting) of quasi-experimenteel onderzoek van lage kwaliteit of cross-sectioneel onderzoek of procesevaluatie aangevuld met vragen over gedrag(sintentie) of fysieke metingen.

3 Beschrijving en effectiviteit van interventies

Dit hoofdstuk biedt een beschrijving van de opzet en de effecten van de geïncludeerde interventies voor roken (3.1), alcohol (3.2), overgewicht (3.3), depressie (3.4), diabetes (3.5) en actieve leefstijl (3.6). Per thema wordt eerst kort ingegaan op de doelstellingen en het beschikbare specifieke aanbod voor groepen met een lage SES.

3.1 Roken

Inleiding

Doelen rookpreventie

Rookpreventie omvat interventies gericht op het stimuleren van stoppen met roken, het voorkómen dat jongeren gaan roken en het beschermen van niet-rokers tegen tabaksrook (VWS, 2006). Roken is sterk gerelateerd aan sociaaleconomische status (SES). Lager opgeleiden, zowel jongeren als volwassenen, roken veel vaker dan hoger opgeleiden. Roken is een risicofactor voor allerlei aandoeningen en gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, (long)kanker, astma en COPD, en daaraan gerelateerde sterfte. Om gezondheidsverschillen terug te dringen is het dus zinvol om te proberen het roken onder mensen met een lage SES terug te dringen.

Ondanks aandacht in beleid nauwelijks specifiek aanbod voor groepen met een lage SES

Binnen het rookbeleid en in de landelijke campagnes is er aandacht voor rokers met een lage SES. Zo is zowel de productie van de middelen als de inzet van de media van de algemene meerroken-campagne gericht op deze doelgroep. Specifiek op deze rokers gericht aanbod ontbreekt echter nagenoeg. Opvallend is dat ondanks de sterke relatie tussen roken en SES, nagenoeg alle stoppen-met-roken-interventies die in Nederland beschikbaar zijn, gericht zijn op de gehele populatie rokers. In de leeflijn van de 'Handleiding Tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid' (STIVORO, 2006) staat geen enkele interventie die specifiek wordt aangeboden aan rokers uit lage sociaaleconomische groepen. De publiekscampagne '24 uur niet roken' is weliswaar gericht op het vergroten van de stopintentie van rokers met een lage SES, maar wordt niet specifiek aan deze groep aangeboden. Evaluaties tonen positieve effecten op het vergroten van de stopintentie van deelnemers (Gelissen et al., 2006; Nijman en van Emst, 2008; Teeboom en Hoogenveen, 2006). De positieve resultaten onder de deelnemers met een lage SES waren vergelijkbaar (Nijman en van Emst, 2008) of bleven echter achter bij de resultaten onder deelnemers met een hoge SES (Teeboom en Hoogenveen, 2006).

Het aanbod voor rokende allochtonen bestaat vooral uit voor hen vertaalde versies van voorlichtingsmaterialen en een enkele interventie, zoals 'Pakje kans' en de landelijke stoppen-met-roken-campagne 'In iedere roker zit een stopper'. Deze laatste is in het Turks vertaald en kan regionaal verder op maat worden ingevuld. In Rotterdam is sprake van een specifiek voor Turkse rokers ontwikkelde interventie, te weten 'Sigarayı Birakıyoruz'. Dit is een community based interventie in een achterstandswijk, waarbij wordt geprobeerd Turkse rokers te laten stoppen via het aanpassen en verankeren van de sociale norm 'niet-roken'. Effecten van deze interventie zijn echter niet gemeten.

Het aanbod dat is ontwikkeld met het doel dat jongeren niet beginnen met roken, is ook weinig specifiek gericht op jongeren met een lage opleiding. De interventies worden vooral aangeboden via de setting school, waarbij een focus op basisscholen in achterstandswijken of op vmbo-scholen ontbreekt.

Wel is bij een enkele interventie, zoals bij ‘Actie Tegengif’ en bij ‘Gezonde school en genotmiddelen’ sprake van op maat gemaakt aanbod voor vmbo-leerlingen en voor havo/vwo-leerlingen.

Samenvatting

De inventarisatie leverde geen enkele rookinterventie op die aan alle inclusiecriteria voldeed. De meeste interventies voldeden niet aan het criterium ‘specifiek gericht op groepen met een lage SES’. In deze studie is daardoor geen interventie naar voren gekomen die ‘bewezen effectief’ is in het stoppen met roken of niet beginnen met roken onder groepen met een lage SES.

3.2 Schadelijk alcoholgebruik

Inleiding

Doelen alcoholmatigingsbeleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil met het alcoholmatigingsbeleid bereiken dat:

- kinderen niet voor hun 16e jaar beginnen met drinken;
- jongeren minder gaan drinken;
- minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk worden vanwege overmatig alcoholgebruik;
- de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik in bijzondere situaties worden verminderd (in het gezin, op het werk, in het verkeer en bij het uitgaan).

Kortom, de ambitie is: drinken met mate, verstandig en niet te jong (VWS, 2007b).

Achterstandsgroepen vormen geen specifieke doelgroep van alcoholbeleid

Hoewel het drinken van alcohol niet méér voorkomt onder groepen met een lage SES, komt excessief alcoholgebruik (waaronder binge drinken³) meer voor onder vmbo-scholieren dan onder scholieren die een hoger schoolniveau volgen. Onder mannen komt excessief alcoholgebruik vaker voor onder degenen met een laag opleidingsniveau. Jongeren en volwassenen met een laag opleidingsniveau vormen echter geen specifieke doelgroep binnen het alcoholmatigingsbeleid van de overheid. Bestaande interventies hebben als doel verantwoord alcoholgebruik te bevorderen en zijn gericht op uitgaande of vakantievierende jongeren, middelbare scholieren, studenten en overmatig drinkende jongeren en volwassenen. Naast voorlichting gericht op deze groepen bestaat het aanbod vooral uit universele preventie via wet- en regelgeving en accijnzen. Een enkele instelling probeert problematisch gebruik van alcohol (en drugs) bij allochtone jongeren te voorkomen door inzet van ‘peers’ die voorlichting geven over verantwoord genotmiddelengebruik, waaronder alcohol. Een bekend voorbeeld is CIA (Cannabis Intelligence Amsterdam) voor allochtone jongeren in de regio Amsterdam, maar informatie over de effecten op het alcoholgebruik bij de doelgroep ontbreekt.

Inventarisatie levert één alcoholinterventie op

De uitgevoerde inventarisatie naar alcoholinterventies leverde één interventie op die voldeed aan alle inclusiecriteria. In onderstaande Tabel wordt deze interventie kort getypeerd. Een uitvoeriger beschrijving is te vinden in Bijlage 1.

³ Binge drinken is het af en toe in korte tijd een grote hoeveelheid alcohol drinken (6 glazen of meer).

Tabel 3.1 Geëvalueerde interventies gericht op alcohol bij lage sociaaleconomische groepen

Naam interventie	Doelgroep	Doel	Effecten per uitkomstmaat	Bewijslast
Homeparty	Ouders (met een lage SES) van jongeren met verhoogd risico van problematisch genotmiddelengebruik	Bereiken doelgroep	+	Laag
		Aanleren van opvoedingsvaardigheden	Onbekend, niet gemeten	
		Bespreekbaar maken genotmiddelengebruik	+	
		Verminderen/voorkomen van risico's van genotmiddelengebruik	Onbekend, niet gemeten	

+ = positief effect

Beschrijving en effecten interventie

‘Homeparty’, geïnspireerd op de formule van de Tupperwareparty, richt zich op ouders van jongeren (10-16) die een verhoogde kans lopen op het ontwikkelen van problemen met alcohol (en/of drugs of gokken). Het is vooral bedoeld voor ouders met een lage SES in achterstandswijken, die met het reguliere preventieaanbod moeilijk zijn te bereiken. Tijdens de party ontvangen de ouders in hun eigen huis informatie over genotmiddelen en opvoeden en is er ruimte om ervaringen uit te wisselen. Het effect van Homeparty is onderzocht door middel van interviews met (slechts dertien) deelnemende ouders. Er was geen sprake van een controlegroep en follow-up meting. Het uiteindelijke doel, het voorkomen van risicovol alcoholgebruik door de kinderen van de deelnemende ouders, is niet gemeten, waardoor het dus niet bekend is of de interventie effectief is. ‘Homeparty’ lijkt wel in staat de doelgroep te bereiken, de kennis over genotmiddelen en het informatie zoekend gedrag te vergroten. De geïnterviewde ouders hebben het idee dat ze na Homeparty beter met hun kinderen over genotmiddelen kunnen praten (Riper et al., 2004). Vanwege het kleine aantal geïnterviewden zijn de resultaten slechts indicatief.

Samenvatting

De inventarisatie leverde slechts één interventie op, te weten Homeparty, die aan alle inclusiecriteria voldeed. De uitgevoerde studie naar Homeparty heeft de effecten op alcoholgebruik niet gemeten en biedt dus onvoldoende informatie over de effectiviteit van de interventie.

3.3 Overgewicht

Inleiding

Doelen overgewichtpreventie

Preventie gericht op overgewicht staat sinds enkele jaren hoog op de landelijke en lokale agenda. De inzet van de landelijke overheid betreft het informeren en weerbaar maken van consumenten, het ondersteunen van het gezonder maken van de omgeving en het verbinden van preventie en zorg (VWS, 2009). De overheid stelt ook financiële middelen beschikbaar zoals de Buurt Onderwijs Sport (BOS) Impuls en de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB), bedoeld voor initiatieven van

gemeenten om overgewicht tegen te gaan door niet-actieve burgers (vooral kinderen in achterstandssituaties) meer te laten bewegen en sporten (VWS, 2004; VWS, 2007a).

Klein deel aanzienlijk aanbod overgewicht interventies specifiek gericht op groepen lage SES

Er worden lokaal veel interventies uitgevoerd gericht op het voorkómen en terugdringen van overgewicht. Dit aanbod betreft vooral beweegactiviteiten, al dan niet aangevuld met activiteiten gericht op gezonde voeding. Een klein deel van dit aanbod is specifiek gericht op groepen met een lage SES. Er zijn enkele grote gemeenten waar meer integrale (meerjarige) projecten worden uitgevoerd gericht op het verminderen van overgewicht bij mensen in een achterstandssituatie. In deze projecten worden meerdere (structurele en eenmalige) activiteiten door verschillende relevante partijen aangeboden aan de doelgroep. Sommige gemeenten werken hierbij volgens de integrale aanpak Lokaal Actief, een samenwerkingsinitiatief van NIGZ en NISB. Voorbeelden van deze (meer) integrale projecten zijn 'Gezond Gewicht', dat wordt uitgevoerd in de gemeente Utrecht, en 'B.Slim beweeg meer. Eet gezond' uitgevoerd in de gemeente Amersfoort. Bereik en effecten van deze lokale integrale projecten worden meestal gemonitord met behulp van lokale registratiesystemen, eventueel aangevuld met interviews of enquêtes onder deelnemers over tevredenheid en/of beweeggedrag, en een enkele keer een effectmeting van een specifieke activiteit. Onduidelijk blijft in hoeverre dergelijke integrale aanpakken daadwerkelijk bijdragen aan het terugdringen van overgewicht. In deze inventarisatie zijn integrale projecten vanwege de afwijkende aanpak en evaluatie niet meegenomen.

Zeven overgewicht interventies geïncludeerd

Uit de inventarisatie van interventies kwamen er zeven naar voren die voldeden aan alle inclusiecriteria. In onderstaande tabel worden deze interventies getypeerd. Voor een uitvoeriger beschrijving wordt verwezen naar Bijlage 1.

Tabel 3.2 Geëvalueerde interventies gericht op overgewicht bij lage sociaaleconomische groepen

Naam interventie	Doelgroep	Doel en uitkomstmaten	Effecten	Bewijslast
DOiT	Leerlingen 1 ^e jaar vmbo	Voorkómen overgewicht	0 (geen effect op BMI; wel hadden meisjes kleinere som huidplooiën T1 en T2; jongens kleinere som huidplooiën en middelomtrek T1)	Hoog
		Terugdringen zittend gedrag	+ (jongens) 0 (meisjes)	
		Terugdringen consumptie suikerhoudende dranken en energierijke tussendoortjes	+ (250 ml minder suikerhoudende drank per dag T1 en T2, geen verschil snoep en snacks)	
		Bevorderen van lichamelijke activiteit	0	
Fit2Fun	Leerlingen onderbouw vmbo	Bevorderen gezonde leefstijl: meer bewegen, gezonder eten, toename	+ (vooral beweeggedrag, gemiddelde vetpercentage is iets gedaald; conditieniveau	Laag

		fitheid	gestegen)	
		Toename kennis	+	
Gezond Gewicht voor allochtone vrouwen	Turkse en Marokkaanse vrouwen met overgewicht	Voorkómen gewichtstoename, afvallen Verbeteren voedings- en beweggedrag Toename kennis	+ (afname (over)gewicht en tailleomvang meerderheid) + (ook afname beweeg- en pijnklachten, toename fitheid) +	Laag
Gezonde leefgewoonten Westerpark	Turkse en Marokkaanse vrouwen (25-45 jaar)	Voorkómen en verminderen overgewicht Bevorderen beweeg- en voedingsgedrag	Onbekend, niet gemeten + (wijzigingen koop- en kookgedrag, resultaten lichamelijke activiteit onbekend)	Laag
Jump-in	Leerlingen basisscholen met hoog percentage lage SES-leerlingen	Meer bewegen Terugdringen van overgewicht	+ (bewegen in interventiegroep 8 afgenomen, maar significant verschil met controlegroep 8 waar bewegen veel meer was gedaald) 0	Gemiddeld
Lekker Fit!	Leerlingen basisscholen uit achterstandswijk	Voorkómen overgewicht Bevorderen beweeg- en voedingsgedrag	- (wel was in middenbouw de toename in overgewicht bij interventiegroep geringer dan bij controlegroep) 0 (geen significante verschillen, maar op enkele aspecten voedingsgedrag wel gunstige resultaten)	Gemiddeld
Sporthero	Jongeren (12-15 jaar) met overgewicht uit achterstandswijk	Terugdringen van overgewicht Bevorderen bewegen	+ (gemiddelde BMI deelnemers afgenomen; enkel bij meisjes significante daling) + (percentage dat 3 uur of meer sport, is toegenomen; maar geen veranderingen in aantal dagen sporten en percentage lidmaatschap sportclub)	Laag

+ = positief effect, 0 = geen effect, - = negatief effect

Beschrijving en effecten van interventies

‘DOiT’ is een lesprogramma (elf lessen) voor vmbo-leerlingen, waarin aan de hand van divers lesmateriaal aandacht wordt besteed aan de relatie tussen gezondheid en voeding en lichamelijke activiteit. De schoolomgeving wordt beïnvloed door extra mogelijkheden aan te bieden om lichamelijk actief te zijn en een advies voor een gezonder assortiment in de schoolkantine. Uit de effectevaluatie (voor- en nameting (2), met gerandomiseerde controlegroep) kwamen de volgende resultaten naar voren (Singh, 2008):

- Geen effect op BMI.
- Meisjes in de interventiegroep hadden direct na de interventie (T1) en na een jaar (T2) een kleinere som van vier huidplooien dan de meisjes in de controlegroep.
- Jongens in de interventiegroep hadden direct na de interventie een kleinere middelomtrek en som van drie huidplooidiktes dan jongens in de controlegroep.
- De resultaten op de metingen van de vetplooien en middelomtrek zijn indicatief voor de mate van overgewicht.
- Jongens en meisjes uit de interventiegroep dronken op T1 en T2 250 ml minder suikerhoudende dranken per dag dan jongens en meisjes uit de controlegroep. Er waren geen effecten zichtbaar op het eten van snoep en snacks.
- Jongens uit de interventiegroep rapporteerden op T2 25 minuten minder zittend gedrag (tv-kijken en computeren) per dag dan jongens uit controlegroep. Er zijn geen verschillen in lichamelijke activiteit gemeten.
- Het drinken van suikerhoudende drank werd bij jongens in de interventiegroep minder een gewoonte dan bij jongens in de controlegroep. Ook was er in de interventiegroep sprake van een verandering in houding ten opzichte van suikerhoudende drank. De verbeterde houding en het doorbreken van het gewoontegedrag verklaarden deels het gevonden effect van ‘DOiT’ bij jongens op de consumptie van suikerhoudende drank. Bij meisjes werd geen verandering in gewoonte en houding waargenomen.

‘Fit2Fun’ bestaat uit een online gezondheidsplatform en een traject van 26 weken met fitheidstesten, sportactiviteiten en educatieve programma's over voeding, leefstijl en beweging. Vmbo-leerlingen hebben toegang tot een interactieve leefstijl website met persoonlijke inlogcode met opdrachten en interactieve oefeningen. Uit de evaluatie (voor- en nameting, geen controlegroep) komen de volgende positieve resultaten op kennis en beweeg- en voedingsgedrag naar voren (Boverhof et al., 2007):

- Het kennisniveau van de leerlingen blijkt voor het grootste deel van de vragen verbeterd.
- Een kwart van de leerlingen geeft aan dat ze gezonder zijn gaan eten en de helft van de leerlingen heeft de intentie dit te gaan doen.
- Bijna de helft van de leerlingen zegt meer te zijn gaan bewegen in hun vrije tijd dankzij het project Fit2Fun. Vijf leerlingen hebben zich ingeschreven bij een sportschool en drie leerlingen zijn bij een sportvereniging gegaan.
- Ruim 60% van de leerlingen geeft aan van plan te zijn om minimaal een uur per dag matig intensief te gaan bewegen. Tien leerlingen willen dit doen door lid te worden bij een sportschool.
- Bij 75% van de leerlingen is het vetpercentage gezakt. Het gemiddelde vetpercentage in de klas is gedaald van 22 naar 21%. Bij jongens was sprake van een lichte stijging (van 15,5 naar 15,7%) en bij meisjes was sprake van een daling (26,5 naar 24,3%).
- Bij 70% van de leerlingen is de conditie verbeterd. Het gemiddelde conditieniveau (*VO2 max. ml/min/kg) van de klas is gestegen van 36,2 naar 38,0%. Bij meisjes was sprake van een grotere stijging (van 31,3 naar 33,2%) dan bij jongens (41,4 naar 42,5%), maar het conditieniveau van jongens is nog steeds flink hoger.

De cursus ‘Gezond Gewicht voor allochtone vrouwen’ bestaat uit een groepsgerichte conditietraining en een voorlichtingsprogramma, aangevuld met enkele individuele sessies. Het gaat erom de kennis van de deelnemers te verbeteren, inzicht te geven in de eigen gezondheidsgedrag en de relatie daarvan met overgewicht, en hen te motiveren hun gewoonten te veranderen. De deelnemers zijn verwezen door hun huisarts. De interventie maakt onderdeel uit van ‘Gezond Gewicht’, een intensief integraal programma in enkele Utrechtse achterstandswijken. Evaluatie van de overgewichtinterventie (voor- en nameting, geen controlegroep) laat de volgende resultaten zien (GG&GD Utrecht, 2008):

- 88% van de vrouwen is afgevallen. Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 2,2 kg, gemiddeld 2,7% van het oorspronkelijke gewicht (n=59). Bij 9% van de vrouwen was sprake van een gewichtsverlies van 5% of meer. Er is een verschuiving zichtbaar van de klasse obesitas II naar obesitas I en van obesitas I naar de categorie matig overgewicht.
- Bij 85% van de deelnemers is sprake van een afname van de tailleomvang. Bij aanvang van de cursus (n=53) zijn er 3 vrouwen met een tailleomvang lager dan 88 cm. Alle overigen hebben een taille groter of gelijk aan 88. Na afloop van de cursus (n=47) hebben 7 vrouwen een tailleomvang < dan 88 cm, hebben 7 vrouwen geen tailleverlies en zijn de tailles van de overige vrouwen in omvang afgenomen. De vrouwen (n=47) zijn gemiddeld 4 cm van hun taille verloren, dit is gemiddeld 4,0% van de taille.
- Deelnemers weten na afloop meer over gezonde voeding, drankjes en vetten en ze zijn beter in staat om bewustere en gezondere voedingskeuzes te maken.
- Zij geven aan minder vet, suiker en zout te gebruiken, vaker water in plaats van frisdrank te drinken, minder vaak te eten en hun maaltijden gezonder te bereiden. De intentie om deze gewoonten vast te houden is positief.
- De vrouwen zijn tijdens het programma meer gaan bewegen. Daar waar laagdrempelig en goedkoop sportaanbod voorhanden is, stromen de deelnemers na afloop van de cursus veelal door naar dit aanbod en blijven zij bewegen.
- Beweeg- en pijnklachten nemen af en de conditie neemt toe: 80% van de deelnemers voelt zich fitter.

Bij ‘Gezonde Leefgewoonten Westerpark’ is sprake van een community aanpak. Leden van de doelgroep, Turkse en Marokkaanse vrouwen, zijn betrokken bij de ontwikkeling van de interventie gericht op het voorkómen en terugdringen van overgewicht. Twee van de door leden van de doelgroep gekozen interventies zijn ontwikkeld en uitgevoerd: een beweeginterventie (aerobicslessen) en een voedingsinterventie (een winkelrondleiding en twee kookbijeenkomsten). Uit de evaluatie (geen voormeting, geen controlegroep) komen de volgende resultaten naar voren (Riet et al., 2006):

- De vrouwen waren tevreden over (het niveau van) de beweegoefeningen, maar minder over de prijs en het tijdstip.
- Doordat de nameting geen gegevens opleverde (een te klein aantal deelnemers had voldoende lessen bijgewoond), is niet bekend in hoeverre de aerobicslessen de deelnemers hebben aangezet tot meer bewegen.
- Over de aangeboden voedingssessies waren de vrouwen zeer tevreden.
- Ze gaven aan een aantal veranderingen te hebben doorgevoerd in hun inkoopgedrag en in het bereiden van de warme maaltijd en dat hun kennis over gezonde voedingsproducten was toegenomen, vooral de kennis over ingrediënten van producten.
- Veel vrouwen gaven aan de intentie te hebben deze veranderingen in koop- en kookgedrag blijvend te willen toepassen.

‘Jump-in’ bestaat uit zes onderdelen met allemaal een ander doel. Een belangrijk onderdeel is de schoolsport, met als doel kinderen een laagdrempelige mogelijkheid te bieden om te gaan sporten en de drempel te verlagen lid te worden van een sportclub. Daarnaast zijn er onderdelen gericht op kennis en

bewustwording, het ervaren van bewegen en het aanleren van vaardigheden. Een leerlingvolgsysteem, oudervoorlichting en extra ondersteuning voor (ouders van) kinderen met een achterstand in motorische ontwikkeling of met overgewicht, maken ook onderdeel uit van de interventie. Alle programmaonderdelen worden uitgevoerd in of nabij de school. Uit evaluatie van de pilot in de periode 2002-2004 (voor- en nameting, controlegroep) bleek (Jurg et al., 2005; Jurg et al., 2006):

- Het beweeggedrag van de interventiegroep 6 en 7 is toegenomen, bij groep 8 in geringe mate afgenomen en bij alle controlegroepen afgenomen. Bij controlegroep 8 was de afname zo sterk dat er sprake was van een significant verschil in afname in vergelijking met de interventiegroep 8. Een waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat het laagdrempelige aanbod van schoolsport de trend dat jongeren minder gaan bewegen naarmate ze ouder worden, kon doorbreken.
- De interventiegroep en de controlegroep verschilden niet significant op de gemeten intermediaire variabelen sociale steun en eigen effectiviteit, maar wel op attitude.

In een recent uitgevoerd onderzoek zijn ook de effecten op BMI en fitheid gemeten (De Meij et al., 2008):

- Er is sprake van een positief effect op sportdeelname, maar deze was op de eerste nameting nog niet geassocieerd met een positief effect op BMI of fitheid.
- Er werd geen enkel significant verschil op intermediaire maten gemeten.

‘Jump-in’ wordt inmiddels op een groot aantal Amsterdamse basisscholen uitgevoerd in zeven verschillende stadsdelen. Voorwaarde is dat de scholen een hoog percentage leerlingen met een lage SES hebben. Sinds kort wordt er in ‘Jump-in’ ook aandacht besteed aan gezonde voeding.

Met ‘Lekker Fit!’ wordt zowel ingezet op verandering van omgevingskenmerken als op gedragsbeïnvloeding. Het project bestaat uit 10 pijlers:

- 1) extra bewegingsonderwijs tijdens en na school;
- 2) komst van gymleraar ‘nieuwe stijl’;
- 3) lespakket ‘Lekker Fit!’;
- 4) sportlessen als opstap naar een sportvereniging;
- 5) sportverenigingen terug in de wijk;
- 6) de Eurofittest;
- 7) de Fitmeter;
- 8) hulp en advies door de jeugdverpleegkundige;
- 9) de Jeugdmonitor Rotterdam;
- 10) oudervoorlichting.

De effectmeting⁴ (voor- en nameting, met controlegroep) liet de volgende resultaten zien (Meima et al., 2008):

- In de middenbouw waren positieve effecten op een aantal fysieke uitkomstmaten, te weten het percentage kinderen met overgewicht, middelomtrek en uithoudingsvermogen. Toch is het percentage overgewicht gestegen, maar in mindere mate dan bij de controlescholen (1,1% versus 4,6%).
- In de bovenbouw werden (behalve voor het onderdeel ‘verspringen’ van de Eurofittest) geen effecten gemeten op de fysieke uitkomstmaten.
- Op de controlescholen liep de ontbijtfrequentie iets terug, wat niet gebeurde op de interventiescholen.

⁴ Meting van fysieke uitkomstmaten vond plaats onder leerlingen van midden- en bovenbouw. Meting van gedrag vond alleen in de bovenbouw plaats. Beantwoorden van de vragen zou problematisch zijn voor de jongere leerlingen.

- Van de interventiescholen was het aantal meisjes dat op de dag van de nameting had ontbeten hoger dan bij de voormeting. Dit aantal was bij de controlescholen juist afgenomen.
- Voor gezoete drank was de trend ten aanzien van consumptie, attitudes en intenties gunstig voor interventiescholen, met een statistisch significant effect voor de intentie om minder gezoete drank te gaan drinken.

De interventie is als onderdeel van het Actieprogramma Voeding en Beweging uitgevoerd op basisscholen in enkele achterstandswijken in Rotterdam. Het lespakket 'Lekker Fit!', een van de pijlers uit het Rotterdamse project, is door de Nederlandse Hartstichting geadopteerd. Het ligt in de bedoeling dat dit lespakket onder de noemer van 'Lekker Fit!' landelijk wordt uitgerold op alle basisscholen.

'Sporthero' is een groepsgewijs programma voor jongeren met overgewicht. Het wordt als onderdeel aangeboden binnen het project Bosrijk Alkmaar, gericht op het wegnemen van beweegachterstand onder jongeren in enkele achterstandswijken in Alkmaar. Groepen van maximaal tien jongeren sporten tweemaal per week, gedurende een jaar. Er is sprake van een gevarieerd aanbod. Naast het sporten krijgen de deelnemers voedingsbegeleiding door een diëtist en sociaal-emotionele begeleiding vanuit de jeugd-GGZ in de vorm van themabijeenkomsten. Ouders worden betrokken via ouderavonden. Deelnemers ontvangen na afloop een diploma en worden doorverwezen naar een sportvereniging. Uit de evaluatie (voor- en nameting, geen controlegroep) blijkt het volgende (Van der Jagt en Jansen, 2006; Kuiper, 2006; Kuiper, 2007):

- De BMI van de groep deelnemers is na afloop van de interventie gemiddeld met 0,9 kg/m² afgenomen (n=26, p=0,001), maar het blijkt dat alleen de deelnemende meisjes significant zijn afgevallen ($\mu=-1,1$; n=19; p=0,000).
- De deelnemers zijn meer gaan sporten. Bij aanvang van het programma sportte de helft van de jongeren 3 uur per week of meer, na afloop was dit opgelopen tot 65% van de jongeren. Het aantal dagen per week waarop wordt gesport en het percentage deelnemers dat lid is van een sportclub waren gelijk gebleven.

Samenvatting

Vijf van de zeven beschreven overgewichtinterventies richten zich op kinderen/jongeren. Met uitzondering van 'Sporthero', bedoeld voor kinderen die al overgewicht hebben, worden deze interventies aangeboden via school. De twee interventies voor volwassenen richten zich op niet-westerse allochtone vrouwen. Alle beschreven overgewichtinterventies bestaan uit meerdere activiteiten. Alle geïnccludeerde overgewichtinterventies kennen naast een beweegcomponent ook een voedingscomponent. De aandacht voor gezonde voeding is bij 'Jump-in' overigens pas van recente datum. 'DOiT' is de enige interventie met een hoge bewijslast.

Hoewel de evaluaties over het algemeen positieve resultaten tonen op (een deel van) de beoogde doelstellingen, is vanwege het ontbreken van een controlegroep bij enkele interventies niet vast te stellen of dit het gevolg is van de uitgevoerde interventie. Bij 'Gezonde Leefgewoonten Westerpark' is vanwege het ontbreken van antropometrische maten (lichaamsgewicht/BMI, huid-/vetplooien, middelomtrek/taillie) niet vast te stellen of deze interventie bijdraagt aan het terugdringen van overgewicht. Ook is vanwege het ontbreken van een tweede nameting voor de meeste interventies niets te zeggen over de mate waarin de gemeten effecten beklijven.

3.4 Depressie

Inleiding

Doelen depressiepreventie

De overheid en vele andere partijen spannen zich in om het aantal mensen met een depressie te verlagen en om te voorkomen dat mensen met depressieve klachten een depressie ontwikkelen. Nederland loopt internationaal gezien voorop als het gaat om het ontwikkelde aanbod van depressiepreventie. Geïndiceerde preventie, bedoeld voor mensen die depressieve klachten, maar nog geen depressie hebben, is het meest ontwikkeld (VWS, 2006). Hoewel (sommige) preventieve interventies kunnen verhinderen dat mensen een depressie ontwikkelen, wordt de doelgroep nog te weinig bereikt met het beschikbare aanbod (Meijer et al., 2006). In 2007 is daarom op initiatief van VWS het Partnership Depressie Preventie opgericht. Dit brede samenwerkingsverband spant zich in om de doelgroep beter en sneller te bereiken en nieuw perspectief te bieden.

Aanbod depressiepreventie voor achterstandsgroepen gering

Ondanks het feit dat bekend is dat depressie en depressieve klachten meer voorkomen bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES, is het specifieke preventieaanbod voor lage SES-groepen gering. In 2009 is het Trimbos-instituut samen met andere organisaties het programma 'Mentaal Vitaal' gestart. Met dit programma wordt, via de inzet van internet, beoogd het bereik van preventie van depressie te verhogen, waarbij het vooral gaat om het bereiken van jongeren, allochtonen en mensen met een lage SES. De websites 'Grip op je Dip' (voor jongeren) en 'Kleur je Leven' (voor volwassenen) worden op maat gemaakt voor mensen met een lage SES, waaronder allochtonen.

Vier depressie interventies geïncludeerd

Vier interventies, waarvan er drie zijn opgenomen in de leeflijn depressiepreventie (Trimbos-instituut, 2007), voldeden aan alle inclusiecriteria. Deze interventies zijn in onderstaande Tabel getypeerd. Zie voor een uitvoeriger beschrijving Bijlage 1.

Tabel 3.3 Geëvalueerde interventies gericht op depressie bij lage sociaaleconomische groepen

Naam interventie	Doelgroep	Doel en uitkomstmaten	Effect	Bewijslast
Bewegen zonder zorgen	Vrouwen (20-55 jaar en met een laag inkomen) met lichte depressieve (of spannings-) klachten	Verminderen van depressieve (of spannings-) klachten	+	Laag, momenteel vindt RCT plaats
Lichte dagen, donkere dagen	Turken en Marokkanen met depressieve klachten	Voorkomen depressie Verminderen depressieve klachten	Onbekend, niet gemeten +	Laag
Liever bewegen dan moe	Allochtone laag opgeleide vrouwen (18-55 jaar) met milde depressieve (of spannings-) klachten	Risico van depressie verminderen Verminderen	Onbekend, niet gemeten +	Laag

		depressieve klachten		
Rijker leven	Oudere Marokkaanse vrouwen	Voorkómen depressieve klachten	Onbekend, niet gemeten	Laag
		Bevorderen vroegtijdig onderkennen depressieve klachten	Onbekend, niet gemeten. Wel toename van inzicht in psychische problematiek	
		Bevorderen gebruik strategieën gezond ouder worden	Onbekend, niet gemeten. Wel toename van bekendheid met en onderkenning belang strategieën	
		Bevorderen adequaat hulpzoekgedrag	0, wel meer bereidheid externe hulp in te schakelen, maar niet meer bekendheid over hoe dit te doen	

+ = positief, 0 = geen effect, - = negatief effect

Beschrijving en effecten interventies

‘Bewegen Zonder Zorgen’ is een groepscursus voor vrouwen met lichte depressieve- of spanningsklachten. De werving en de uitvoering vinden plaats in de (kansarme) wijk. Het betreft een uitbreiding op de cursus ‘In de put, uit de put’ door middel van bewegen, waardoor er een combinatie van psycho-educatie en beweegactiviteiten ontstaat. De beleving en de ervaring van wat bewegen met je doet, staan centraal. De procesevaluatie liet zien dat de ernst van de depressieve klachten van de vrouwen na deelname is afgenomen (Steenbakkers, 2004). De cursus werd als positief ervaren en deelnemers gaven aan er graag mee door te willen gaan. De RCT moet uitwijzen of de ervaren vermindering van klachten het resultaat is van de cursus en of de cursus in staat is depressie te voorkomen.

In de groepscursus ‘Lichte dagen, donkere dagen’ leren Turkse en Marokkaanse deelnemers vaardigheden om beter met hun klachten om te gaan. De cursus sluit aan bij problemen en mogelijkheden die de doelgroep in Nederland ervaart. De cursus wordt in de eigen taal gegeven of er is een tolk aanwezig en er zijn aparte cursussen voor mannen en voor vrouwen. Een observatiestudie (pilot) onder vijftig deelnemers liet een statistisch significante afname van depressieve klachten zien. Het gemiddeld aantal depressieve klachten is afgenomen bij deelnemers aan de cursus (Can en Voordouw, 2003). Niet bekend is of de interventie in staat is depressie te voorkomen, want effectmeting op dit doel heeft niet plaatsgevonden.

‘Liever bewegen dan moe’ is een beweegprogramma voor laagopgeleide allochtone vrouwen met licht depressieve (of spannings-) klachten. De doelgroep wordt geworven door intermediairs in scholen,

buurthuizen en gezondheidscentra. Het programma bestaat uit acht bijeenkomsten van ongeveer twee uur. De eerste bijeenkomst betreft een voorlichtingsbijeenkomst. De andere zeven bijeenkomsten zijn opgebouwd uit gezondheidsvoorlichting (dertig minuten) en een beweeggedeelte (zestig minuten). De resterende dertig minuten is voor de afsluiting en het opruimen van de zaal. De interventie wordt uitgevoerd op een toegankelijke locatie in de wijk, zoals een school of buurthuis, en wordt gegeven door een preventiewerker of trainer en een sporttrainer. Er is sprake van een laagdrempelige opzet: er wordt gekozen voor een locatie in de buurt van de deelnemers, deelnemers betalen geringe of geen financiële bijdrage, er zijn enkel vrouwelijke trainers, er is een tolk beschikbaar indien nodig en er is geen GGZ-label zichtbaar. De uitgevoerde evaluatie (voor- en nameting, geen controlegroep) gaf de volgende resultaten (Overzier en Wansink, in press):

- De deelnemers voelen zich na afloop significant beter dan bij het begin: de gemiddelde score op de MHI-5⁵ is bij aanvang 60,7 en na afloop 64,4.
- De stemming verbetert significant: bij aanvang noemt 20% van de deelnemers hun stemming 'goed'. Na afloop is dit percentage gestegen tot 49%.
- De ervaren gezondheid van de deelnemers is significant gestegen: de gemiddelde score op de vraag naar ervaren gezondheid neemt toe van 65,7 naar 74,4.
- Het huisartsenbezoek is gedaald: het percentage vrouwen dat geen bezoek rapporteerde stijgt van 46% naar 51%. Dit positieve resultaat is echter niet statistisch significant.

Er loopt momenteel een pilot naar deze interventie voor allochtone mannen.

'Rijker leven' is een groepscursus van vijf bijeenkomsten van twee uur voor Marokkaanse oudere vrouwen zonder problemen of met lichte psychische problemen. De deelnemers krijgen aan de hand van opdrachten, voorlichting, literatuur en gesprekken kennis en vaardigheden aangereikt om depressieve klachten bij zichzelf te voorkomen of vroegtijdig te herkennen. Ook krijgen zij informatie over reguliere hulpverleningsmogelijkheden om ervoor te zorgen dat de doelgroep voldoende gebruikmaakt van het zorgaanbod voor psychische problemen. Evaluatie van de cursus (geen voormeting, geen controlegroep) laat de volgende resultaten zien (Van Weezel, 2006):

- 75% van de deelnemers geeft aan meer inzicht en 25% geeft aan een beetje meer inzicht te hebben in psychische problematiek, waaronder depressie.
- Alle deelnemers geven aan na de interventie op de hoogte te zijn van het belang van goede voeding en van lichaamsbeweging voor het gezond ouder worden. 90% geeft aan ook gezonder te eten (te letten op vet en suiker en meer groente en fruit te eten). 70% van de vrouwen geeft aan na de cursus minimaal een keer per dag dertig minuten te bewegen, 20% geeft aan dit een keer per twee dagen te doen en 10% geeft aan niet regelmatig te bewegen.
- 75% geeft aan klachten en zorgen beter met de huisarts te kunnen bespreken, 20% een beetje en 5% kan dit na de cursus niet beter. 90% geeft aan in staat te zijn klachten beter te kunnen verwoorden.
- 20% van de deelnemers geeft aan niet met familie en vrienden over zorgen en problemen te praten terwijl ze hier wel behoefte aan hebben. Dit heeft te maken met de binnen de Marokkaanse cultuur bestaande normen en waarden (je draagt je eigen lasten en je deelt problemen/zorgen niet met mensen buiten het gezin).
- 90% van de deelnemers geeft aan na de cursus eerder gebruik te zullen maken van externe hulpverleningsmogelijkheden, vooral van een speciaal spreekuur voor psychische klachten als dit zou bestaan (80%). Het overgrote deel van deze vrouwen wil dat echter alleen als de

⁵ MHI-5 meet de algemene psychische gezondheidstoestand met behulp van vijf vragen. Dit wordt bepaald door de balans tussen positieve en negatieve gevoelens. De score loopt van 0 (zeer ongezond) tot 100 (perfect gezond).

hulpverlenster van Marokkaanse afkomst is en Berbers of Arabisch spreekt. Een tolk wordt vanwege privacy als ongewenst beschouwd.

- Het merendeel van de vrouwen (65%) geeft echter aan na de cursus niet beter te weten waar ze hulp kunnen krijgen en van wie. Ze blijken vooral niet op de hoogte van waar ze hulp moeten aanvragen en welke formulieren ze hiervoor moeten invullen.

Samenvatting

Alle vier de geïncludeerde depressie-interventies zijn gericht op vrouwen, drie ervan speciaal op allochtone vrouwen. Twee van de vier interventies ('Bewegen zonder zorgen' en 'Liever bewegen dan moe') proberen via bewegen het risico van depressie te verminderen. De inhoud en methodiek van beide interventies komen sterk overeen, alleen de doelgroep verschilt. Bij drie van de vier interventies zijn de depressieve klachten van de deelnemers na afloop minder dan voor aanvang van deelname. Bij 'Rijker leven' zijn deze klachten niet gemeten. De bewijslast van de positieve effecten is echter laag. Bij geen van de interventies is gemeten of de interventie (de kans op) depressie kan verminderen. De RCT die nog loopt naar de effecten van 'Bewegen zonder Zorgen' zal uitwijzen of de waargenomen afname in de ernst van de klachten het gevolg is van deze cursus en of de cursus in staat is tot het voorkómen van depressie.

3.5 Diabetes

Inleiding

Doelen diabetes preventie

Preventie van diabetes is gericht op het voorkómen van diabetes door de risicofactoren van diabetes aan te pakken. De belangrijkste risicofactoren zijn overgewicht, een ongezond voedingspatroon en een gebrek aan lichamelijke activiteit. Er bestaan vele initiatieven die zich richten op een gezonde leefstijl, maar het aanbod van interventies expliciet gericht op het voorkómen van diabetes is beperkt. Dit aanbod is voornamelijk gericht op hoogrisicogroepen, zoals mensen met prediabetes, met een hoog risico van hart- en vaatziekten of met overgewicht.

Gering aanbod diabetespreventie voor achterstandsgroepen

Hoewel diabetes vaker voorkomt onder mensen met een lage SES en allochtonen dan onder mensen met een hoge SES en autochtonen, zijn er maar weinig interventies specifiek gericht op lagere sociaaleconomische groepen. In de landelijke campagne 'Kijk op Diabetes' werden hoogrisicogroepen via allerlei kanalen geattendeerd en gestimuleerd de diabetes-risicotest te laten doen. Degenen met een verhoogd risico kregen het advies naar de huisarts te gaan voor diagnose. Ook kregen hoogrisicogroepen via de digitale Leefgezondcoach (LGC) beweeg- en voedingsadvies op maat. Hoewel deze campagne niet specifiek op mensen met een lage SES en allochtonen werd gericht, blijkt uit de evaluatie wel dat de campagne een geschikt instrument is om deze groepen te bereiken (De Weerd et al., 2007).

Drie diabetesinterventies geïncludeerd

De inventarisatie heeft drie interventies opgeleverd die voldeden aan de inclusiecriteria. Twee van de drie interventies, te weten 'Bewegen op Recept' en 'Van Klacht naar Kracht' zijn echter niet specifiek op het voorkómen van diabetes gericht, maar op gezondheid in het algemeen. Omdat beide interventies zich kenmerken door een actieve leefstijlaanpak vanuit de zorg, worden ze bij actieve leefstijl

(paragraaf 3.6) beschreven. In onderstaande tabel wordt daarom één interventie getypeerd. Zie voor een nadere beschrijving Bijlage 1.

Tabel 3.4 Geëvalueerde interventie gericht op diabetes bij lage sociaaleconomische groepen

Naam	Doelgroep	Doel en uitkomstmaten	Effecten	Bewijslast
Diabetes en bewegen	Marokkaanse ouderen	Voorkómen diabetes Opsporen verhoogd bloedsuiker Meer bewegen	Onbekend, niet gemeten + 0 (veel deelnemers stoppen voortijdig met beweegactiviteit)	Laag
Bewegen op Recept	Zie paragraaf Actieve leefstijl (3.6)			
Van Klacht naar Kracht				

+ = positief, 0 = geen effect

Beschrijving en effecten interventie

‘Diabetes en Bewegen’ is een groepscursus voor Marokkanen van 40 jaar en ouder, verbonden aan de Kijk op Diabetescampagne’. De interventie bestaat uit twee voorlichtingsbijeenkomsten over voeding en beweging en een serie beweeglessen. Als onderdeel wordt bloedsuiker geprikt en gezamenlijk een risicotest uitgevoerd, waarna eventueel preventieadviezen worden gegeven en wordt doorverwezen naar de huisarts. Werving van de deelnemers is via ‘sleutelfiguren’ uit de Marokkaanse gemeenschap verlopen. De evaluatie (geen voormeting en geen controlegroep) laat de volgende resultaten zien (Van der Most en van Spijk, 2007):

- De eerste voorlichtingsbijeenkomst werd bezocht door 97 personen.
- 85 personen deden mee aan de eerste beweegles; na 3 maanden was hiervan 13% en na 6 maanden 69% gestopt.
- 41 personen met een verhoogd risico en twintig personen met een licht verhoogd risico van diabetes zijn opgespoord; de risicotest was ingevuld door 65 personen.

Samenvatting

Of ‘Diabetes en Bewegen’ in staat is om diabetes te voorkómen is niet bekend, want niet onderzocht. De interventie blijkt wel geschikt voor vroegopsporing van diabetes bij de doelgroep Marokkanen.

3.6 Actieve leefstijl

Inleiding

Doelen interventies gericht op actieve leefstijl

Er worden, vooral in enkele grote steden, interventies vanuit de eerstelijnszorg aangeboden die primair zijn gericht op het bereiken van de doelgroep met een positieve benadering. De doelgroep betreft mensen (uit achterstandswijken) die veelvuldig de huisarts bezoeken met vage gezondheids- of

pijnklachten die veelal samenhangen met een inactieve leefstijl. De huisarts verwijst deze mensen door naar door fysio- of oefentherapeuten uitgevoerde interventies. Het gaat er vooral om dat deelnemers ervaringen opdoen met en plezier krijgen in meer bewegen, dat ze meer controle over hun lichaam en gezondheid krijgen en minder medicaliseren. Naar verwacht zullen hierdoor de (vage) klachten afnemen en zullen de deelnemers zich na verloop van tijd fitter en gezonder voelen. De interventies zijn vanuit (ervaringen in) de praktijk ontwikkeld.

Vijf interventies geïncorporeerd

De inventarisatie leverde vijf interventies op die voldeden aan de inclusiecriteria. In onderstaande Tabel zijn de interventies kort getypeerd. Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar Bijlage 1.

Tabel 3.5 Geëvalueerde interventies gericht op een actieve leefstijl bij lage sociaaleconomische groepen

Naam interventie	Doelgroep	Doel en uitkomstmaten	Effecten	Bewijslast
Beweeg je Beter	Huisartspatiënten (in achterstandswijken) die regelmatig met vage klachten bij huisarts komen	Blijvend meer bewegen Verminderen huisartsbezoek Verbeteren ervaren gezondheid / verminderen gezondheidsklachten	Onbekend, nog niet gemeten Onbekend, nog niet gemeten +/- (gunstig voor inspanning, emotionele problemen en vermoeidheid)	Laag, monitoring loopt nog; eind 2009 zijn de eerste voorlopige resultaten bekend geworden
Bewegen op Recept	Huisartspatiënten met gezondheidsklachten voor wie drempel om te bewegen vanwege hun sociaaleconomische of sociaal-culturele positie hoog is	Meer kennis over en positievere houding ten opzichte van bewegen in relatie tot gezondheid Meer bewegen en blijven bewegen Gezondheidswinst Afname zorggebruik	+ (motivatie om te sporten verbeterd) - (een deel was meer, maar een iets groter deel was minder gaan bewegen) + (ervaren gezondheid, fitheid en psychosociaal welzijn zijn verbeterd) +	Laag, er loopt een RCT naar effecten bij allochtone vrouwen
Big!Move	Huisartspatiënten (in achterstandswijken) die regelmatig met vage klachten bij huisarts komen	Bevorderen kracht, eigenwaarde, plezier en inzicht eigen gezondheid Bevorderen actieve leefstijl Afname zorggebruik	+ (meer contacten, beter weten wat ze willen, meer inzicht) + (meer bewegen) +/- (geen afname bij totale groep, wel bij deelnemers die in fase 3	Laag

		Gezondheidswinst	zitten) +/- (geen effecten op afvallen, pijn en uithoudingsvermogen, wel positieve effecten op aspecten van ervaren gezondheid)	
Migranten-protocol	Migrantenvrouwen met specifieke pijnklachten en niet-actieve leefstijl	Meer bewegen Verminderen gezondheidsklachten en zorggebruik Empowerment	+ (toename percentage wekelijkse sportbeoefening en sportief wandelen) + (minder pijn en beperkingen, toename kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en conditie, afname zorggebruik) + (op groepsniveau verbeteringen op inzicht, toepassen kennis, meer eigen verantwoordelijkheid nemen)	Laag
Van Klacht naar Kracht	Huisartspatiënten met (pre-)diabetes, depressieve klachten, of vage gezondheidsklachten in achterstandswijken	Voorkómen diabetes (en depressie) Verminderen gezondheidsklachten Verbeteren leefstijl	+ (verbetering diabetes- en overgewichtmaten) + (toename ervaren en psychische gezondheid, afname van pijnklachten en beweegangst) + (toename bewegen, resultaat voedingsadvies onbekend)	Laag

+ = positief, +/- = deels positief effect/deels geen effect, - = negatief effect

Beschrijving en effecten interventies

‘Beweeg je Beter’ betreft een groepsgewijze activering door fysio- of oefentherapeuten via een recept van de huisarts. De doorverwezen patiënt heeft een actieve rol: hij/zij moet letterlijk en figuurlijk in beweging komen en dient zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid. ‘Beweeg je Beter’ is een stedelijk project met deelprojecten op wijkniveau, gebaseerd op de uitgangspunten van ‘Big!Move’. De specifieke interventie kan per deelproject verschillen, maar voldoet aan de volgende criteria: groepsgewijs, intensieve begeleiding, gericht op plezier, sluit aan bij bestaande interventies/activiteiten/netwerken in de wijk en kent een fasegewijze opbouw (van kennismaken met

bewegen en de groep (fase 1), via bestendiging van het beweeggedrag (fase 2) naar deelname aan reguliere sportactiviteiten (fase 3)).

De eerste resultaten uit de monitor (GGD Amsterdam, 2009) tonen aan dat:

- Het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden op de aspecten inspanningen, emotionele problemen en vermoeidheid na het doorlopen van de eerste fase gunstig zijn veranderd, maar dat dit op de aspecten verrichten dagelijkse bezigheden, belemmeringen bij sociale activiteiten en pijn ongunstig zijn veranderd.
- De veranderscores voor fase 1 ten opzichte van de intake en voor fase 2 ten opzichte van de intake overwegend positief zijn: er is meer sprake van vooruitgang dan achteruitgang.

Doordat er bij een groot deel van de deelnemers geen volledige gegevensverzameling heeft plaatsgevonden, betreffen de resultaten een beperkt aantal deelnemers en kunnen er geen conclusies aan de bevindingen worden verbonden. De rapportage gaat niet in op fysieke maten als VO₂-max, bloeddruk, BMI, buikomvang en gewicht.

Er wordt inmiddels gewerkt aan het verbeteren van de gegevensverzameling.

‘Bewegen op Recept’ is een beweeginterventie op maat, na verwijzing door de huisarts. Deelnemers betalen een financiële bijdrage, waarvan ze bij voldoende aanwezigheid een deel terugkrijgen. Deelnemers worden begeleid om ook na de cursus door te gaan met bewegen (bewegen zonder recept). Hiertoe worden in de wijk sportactiviteiten tegen gereduceerd tarief aangeboden. De evaluatie (Schmid et al., 2006) biedt het volgende beeld:

- Deelnemers voelen zich na afloop van de interventie fitter, en hun psychosociale welzijn en hun ervaren gezondheid zijn verbeterd. Na 10 keer sporten is de gemiddelde score toegenomen van 5,4 naar 5,8 op een schaal van 0 tot 10 ($p < 0.05$).
- Het bezoek aan huisarts en/of fysiotherapeut nam af, vooral bij deelnemers die in de twee maanden voor aanvang vaak hun zorgaanbieder bezochten.
- De motivatie om te sporten is positief beïnvloed. Dit komt vooral door de gezelligheid die de deelnemers hebben ervaren tijdens het sporten en de contacten die zijn ontstaan door het meedoen aan de cursus.
- Wat betreft beweeggedrag er sprake is van een wisselend beeld: 43% van de deelnemers geeft aan meer te zijn gaan bewegen, 55% minder en 2% geeft aan dat geen verandering is opgetreden.
- Er is geen effect op BMI gevonden, maar dit was ook geen doelstelling.

Er wordt momenteel een RCT uitgevoerd onder allochtone deelnemers. Dit onderzoek zal uitwijzen of de behaalde positieve effecten zijn toe te schrijven aan de interventie.

‘Big!Move’ is een gefaseerd programma, gericht op gedragsverandering. Door middel van begeleid bewegen in groepen wordt het verplaatsen van de aandacht van het verhelpen van ziekte naar aandacht voor het versterken van gezondheid beoogd. Plezier in bewegen wordt beschouwd als het fundament van de processen van verandering en versterking, en ook als de belangrijkste voorwaarde voor een blijvende lichamelijk en sociaal actieve leefstijl, wat uiteindelijk leidt tot gezondheidseffecten. Deelnemers betalen een financiële bijdrage voor het programma, waardoor ze leren geld uit te geven voor zichzelf en hun gezondheid. Uit de pilot onder de eerste 100 deelnemers (Overgoor en Aalders, 2004) kwam naar voren dat:

- Er nauwelijks veranderingen waren opgetreden op de door de meeste deelnemers gestelde doelen, te weten: afvallen, beter lichamelijk uithoudingsvermogen en afname van pijn. De persoonlijke doelen waren echter geen interventiedoel.
- De deelnemers positieve veranderingen ondervonden op het gebied van persoonlijkheid en bewustwording van eigen lichaam en geest, en dat ze beter weten wat ze willen.
- De deelnemers actiever zijn, meer contacten hebben en meer bewegen.

- Het zorggebruik met 20% daalde en dat de gemiddelde frequentie verminderde van 6 naar 4,8 huisartsconsulten per jaar. De indruk bestaat dat ook de inhoud van de zorgvraag is veranderd.

Uit later onderzoek onder deelnemers van verschillende groepen komt het volgende naar voren (Wieringen en Thomas, 2006):

- Hoewel de ervaren gezondheid van deelnemers aan 'Big!Move' nog aanzienlijk slechter is dan die van de gemiddelde Amsterdammer en zeker van de gemiddelde Nederlander, zijn er na deelname wel gezonde veranderingen opgetreden. Op een lijst van mogelijke veranderingen na deelname aan 'Big!Move', geven deelnemers gemiddeld aan dat op verschillende punten een gezonde verandering is doorgebracht. Het meest wordt genoemd dat men anders omgaat met de eigen gezondheid en dat men zich sterker in zijn/haar schoenen voelt staan na deelname aan 'Big!Move'.
- Er zijn positieve resultaten zichtbaar op beweeggedrag: 58% van de deelnemers beweegt nog steeds regelmatig, 31% beweegt maar zou dat graag nog meer doen, en 37% beweegt niet, maar zou dit in principe wel willen. Gebrek aan geld is de meest genoemde reden om niet (of nog méér) te bewegen, gevolgd door het gebrek aan een zetje in de rug.
- Een kwart van de deelnemers heeft volgens eigen zeggen iets verbeterd aan het rook-, drink- en/of voedingsgedrag; thema's waar geen aandacht aan is besteed.
- Ruim de helft van de respondenten geeft aan minder zwaar (minstens 2 kilo minder) te zijn dan bij de start van het programma.
- Het huisartsbezoek is bij de hele groep respondenten niet gedaald na deelname aan het programma: gemiddeld 7,2 consulten op jaarbasis (gemiddeld in Nederland in 2003: 2,7). Echter, de mensen die zijn doorgestroomd naar een fase 3 activiteit, hebben in het jaar na afronding van fase 2 gemiddeld 4,2 consulten.
- Het plezier in de groep en de aanmoediging van de begeleiders lijken de belangrijkste motivators om deelname aan het programma vol te houden (Overgoor et al., 2007).

Het 'Migrantenprotocol' is een groepstraining voor vrouwelijke migranten met specifieke pijnklachten. De interventie omvat naast voorlichting over de relatie tussen stress (spanning) en pijnklachten, en over de relatie voeding en afvallen, ook een conditietraining. De vrouwen krijgen bewegingsvaardigheden aangeleerd en worden gecoacht naar een gezonde leefstijl. Zij leren hun persoonlijke kracht en kwaliteiten kennen en de eigen verantwoordelijk te nemen voor hun gezondheid. Er is sprake van een 'integrale benadering' waarin verschillende professies en sectoren met de vrouwen samenwerken. De training duurt twaalf weken, waarna het de bedoeling is dat de vrouwen de overstap maken naar het reguliere sportcircuit. De door ZonMw gefinancierde observationele studie met twee nametingen (Ravensberg et al., 2006) laat de volgende effecten zien:

- De ervaren gezondheidsproblemen zijn afgenomen. Op T1 geeft bijna 20% van de vrouwen minder gebieden aan waar zij de pijn als 'zeer ernstig' ervaren. Op de EuroQol dimensie 'pijn' neemt de score 'zeer ernstig probleem' met 25% af. Op T2 is er een lichte verdere afname van het aantal klachtengebieden dat de vrouwen aangeven, het aantal klachtengebieden met ernstige pijn, en het aantal beperkingen.
- Zowel de ervaren kwaliteit van leven als de ervaren gezondheid is direct na afsluiting van het protocol verbeterd; de positieve resultaten blijken drie tot zes maanden na afsluiting van de interventie te zijn gehandhaafd.
- De fysieke conditie is op T1 aanmerkelijk verbeterd. Verbeteringen betreffen het aantal gelopen shuttles, de loopsnelheid en het fysieke herstel na inspanning (herstel van hartslagfrequentie). Op T2 is de fysieke conditie van de vrouwen nog steeds significant hoger, de hartslagfrequentie en het herstel na inspanning geven geen teruggang te zien.

- Het zorggebruik is gedaald. Het percentage vrouwen dat de huisarts meerdere keren per maand bezoekt, is op T1 met 20% afgenomen. Het huisartsenbezoek is sinds de afsluiting van de groepsoefentherapie (T2) weer toegenomen, maar is significant lager dan bij T0.
- Op T1 is het percentage vrouwen dat wekelijks een sport beoefend toegenomen met 40%. Het percentage vrouwen dat wekelijks in de vrije tijd wandelt en/of voldoet aan de norm van 10.000 stappen per dag, is niet veel toegenomen. Het ‘gezond gedrag’ van de vrouwen is sinds de afsluiting van de groepsoefentherapie nog iets verbeterd wat betreft het zelfstandig (sportief) wandelen. Het wekelijks uitvoeren van sportieve activiteiten is iets minder dan bij T1, maar ten opzichte van T0 is er een toename met 31% van vrouwen die wekelijks sporten.
- Op groepsniveau zijn er op T1 en T2 aanwijzingen voor een geslaagd empowermentproces. Op T2 geven vrouwen, naast het blijven toepassen van de opgedane kennis, ook aan dat de veranderingen in attitude en gedrag zich verder ontwikkelen.
- Huisartsen geven aan dat zij beter kunnen praten met de vrouwen die het oefenprotocol hebben doorlopen. Zij merken dat de vrouwen meer inzicht hebben in hun situatie en klachten en dat relevante zaken beter bespreekbaar zijn.

Het programma ‘Van Klacht naar Kracht’ bestaat uit beweegactiviteiten en voedingsadvies op maat. Gedurende het gehele programma krijgen de door de huisarts verwezen patiënten persoonlijke begeleiding van een leefstijladviseur. Het programma bestaat uit drie fases met verschillende intensiteit en duur. De eerste fase betreft bewegen in groepsverband door een fysiotherapeut. De tweede fase omvat de cursus ‘Samen Sportief Afvallen’ of een GGZ-preventiecursus ‘Liever Bewegen dan Moe’ of ‘Op Weg’. De laatste fase betreft deelname aan een beweegactiviteit in de wijk. Afhankelijk van de gezondheidstoestand en motivatie van de deelnemers duurt het gehele programma maximaal een jaar. Resultaten van de eerste en tweede tussenmeting laten zien dat die deelnemers zijn ingestroomd waarvoor het programma ook is bedoeld (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008). Op basis van metingen bij degenen die de cursus al in het geheel hebben doorlopen (ongeveer tachtig) kan worden geconstateerd dat er bij de meeste deelnemers gezondheidswinst is opgetreden sinds de start van het programma (Van Zeele en Mandos, 2009):

- De gemiddelde buikomvang van de deelnemers is met gemiddeld bijna 6 cm afgenomen tot 107 cm.
- Het gewicht is gedaald met ruim 2 twee kilogram en de BMI is gedaald met 1 kg/m²
- De diabetesmaten HbA1C en glucose zijn gedaald met 0,3% en 0,8 mmol/liter.
- Het percentage mensen met een acceptabele bloeddruk is met 12,5% gestegen.
- Slechts twee medische maten zijn niet significant verbeterd. Het cholesterolniveau van het bloed is gemiddeld gelijk gebleven. De boven- en onderdruk van het bloed zijn gemiddeld gedaald.
- De psychische gezondheid en ervaren gezondheid zijn bij de meeste deelnemers toegenomen, en pijnklachten en beweegangst zijn afgenomen.
- De meeste deelnemers geven aan meer te zijn gaan bewegen en sporten.

Samenvatting

De vijf beschreven interventies vertonen grote overeenkomsten in opzet. Geen van de interventies is geëvalueerd met gebruikmaking van controlegroepen en bij geen van de interventies heeft een tweede nameting plaatsgevonden. Hoewel er dus sprake is van een lage bewijslast, laten de uitgevoerde metingen over het algemeen gunstige resultaten zien. Zo zijn er positieve veranderingen opgetreden in ervaren gezondheid en in omgaan met gezondheid, is het huisartsenbezoek afgenomen (na het doorlopen van het gehele programma) en is er een toename in (lichamelijke) activiteit zichtbaar. Vooral ‘Van Klacht naar Kracht’ en het ‘Migrantenprotocol’ hebben geleid tot concrete gezondheidswinst bij

de deelnemers. Het lopende RCT-onderzoek naar 'Bewegen op Recept' zal uitwijzen of de eerder gemeten positieve resultaten zijn toe te schrijven aan de interventie.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Slechts achttien interventies zijn specifiek voor lage sociaaleconomische doelgroep én zijn geëvalueerd

Doel van deze studie was het in kaart brengen van de effectiviteit van leefstijlinterventies voor lagere sociaaleconomische groepen, opdat gemeenten dan weten welke interventies zij kunnen inzetten om de gezondheidsachterstand van lage sociaaleconomische groepen te verminderen. Uit de inventarisatie van het beschikbare aanbod zijn achttien interventies naar voren gekomen die voldeden aan de gestelde inclusiecriteria (roken geen, alcohol één, overgewicht zeven, depressie vier, diabetes één en actieve leefstijl vijf). Deels heeft het geringe aantal te maken met het beperkte aanbod specifiek gericht op lage sociaaleconomische groepen, zoals bij roken en alcohol, en deels heeft het te maken met het feit dat veel interventies niet op effecten bij de doelgroep worden geëvalueerd.

Studie toont geen enkele bewezen effectieve leefstijlinterventie

Uit deze studie bleek dat er geen enkele bewezen effectieve leefstijlinterventie voor lagere sociaaleconomische groepen in Nederland bestaat. Wel zijn er enkele leefstijlinterventies uit onze inventarisatie naar voren gekomen met (in hun eigen rapportage) beschreven gunstige effecten op leefstijl en/of gezondheid bij de doelgroep.

In onderstaande tabel staan de achttien beoordeelde leefstijlinterventies weergegeven naar hun effecten op het voorkómen of terugdringen van schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, depressie(ve klachten) of diabetes of op afname van gezondheidsklachten door actieve leefstijl. Vetgedrukt zijn de interventies met gerapporteerde positieve effecten op het beoogde doel. Doordat de positieve effecten op leefstijl en/of gezondheid alle zijn gemeten in studies zonder controlegroep, is niet met zekerheid vast te stellen dat de positieve effecten het gevolg zijn van de interventie. Bovendien was er meestal geen sprake van een follow-up op langere termijn, waardoor niet bekend is of de gemeten effecten beklijven. Daardoor kan niet worden geconcludeerd dat het hier gaat om effectieve interventies.

Tabel 4.1 Overzicht van geëvalueerde Nederlandse interventies gericht op het verminderen van alcoholgebruik, overgewicht, depressie, diabetes en het bevorderen van een actieve leefstijl bij mensen met een lage sociaaleconomische status (interventies met positief effect zijn vetgedrukt).

<i>Speerpunt⁶</i>	<i>Naam interventie</i>	<i>Doel</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Effect</i>	<i>Bewijskracht</i>
Alcohol	Homeparty	Voorkómen of verminderen van risico's van genotmiddelen-gebruik	Ouders van jongeren met een verhoogd risico van schadelijk genotmiddelengebruik	Onbekend	Laag (geen controlegroep, geen follow-up, lage N)
Overgewicht	DOiT	Voorkómen van overgewicht	Leerlingen vmbo	0 (geen effect op BMI, wel afname huidplooien (bij	Hoog (gerandomi-seerde

⁶ Voor roken zijn geen interventies gevonden die aan alle inclusiecriteria voldeden.

				meisjes op T1 en T2, bij jongens op T1) en middelomtrek (bij jongens op T1)	controlegroep en follow-up)
	Fit2Fun	Bevorderen gezonde leefstijl: meer bewegen, gezonder eten	Leerlingen vmbo	+ (vetpercentage is iets gedaald)	Laag (geen controle-groep, geen follow-up)
	Gezond Gewicht voor allochtone vrouwen	Voorkómen en verminderen van overgewicht	Turkse en Marokkaanse vrouwen met overgewicht	+ (afname (over)gewicht en tailleomvang meerderheid)	Laag (geen controle-groep, geen follow-up)
	Gezonde leefgewoonte Westerpark	Voorkómen en verminderen van overgewicht	Turkse en Marokkaanse vrouwen (25-45 jaar)	Onbekend	Laag (geen controlegroep, geen follow-up, lage N)
	Jump-in	Terugdringen van overgewicht	Leerlingen basisscholen met hoog percentage lage SES-leerlingen	0 (geen effect op BMI)	Gemiddeld (wel controlegroep, wel follow-up)
	Lekker Fit!	Terugdringen van overgewicht	Leerlingen basisscholen uit achterstandswijk	- (toename percentage overgewicht in middenbouw, maar geringer dan in de controlegroep; in bovenbouw geen effect)	Gemiddeld (wel gerandomiseerde controlegroep, geen follow-up)
	Sporthero	Terugdringen van overgewicht	Jongeren (12-15 jaar) met overgewicht uit achterstandswijk	+ (afname BMI, alleen bij meisjes significant)	Laag (geen controle-groep, geen follow-up, lage N)
Depressie	Bewegen zonder zorgen	Verminderen van depressieve klachten Voorkómen van depressie	Vrouwen (20-55 jaar, met een laag inkomen) met lichte depressieve (of spannings-) klachten	+ (afname in ernst van depressieve klachten) Wordt momenteel gemeten	Laag RCT loopt
	Lichte dagen, donkere dagen	Verminderen van depressieve klachten	Turken en Marokkanen met depressieve klachten	+ (gemiddeld aantal depressieve klachten is afgenomen)	Laag (geen controle-groep, geen follow-up)
	Liever bewegen dan moe	Verminderen depressieve klachten	Allochtone vrouwen met lichte depressieve klachten	+ (minder klachten, betere stemming en ervaren gezondheid)	Laag (geen controle-groep, geen follow-up)

		Verminderen risico depressie		Onbekend	follow-up)
	Rijker leven	Voorkómen van depressieve klachten	Oudere Marokkaanse vrouwen	Onbekend	Laag (geen controlegroep, geen follow-up, lage N)
Diabetes	Diabetes en Bewegen	Voorkómen van diabetes	Marokkaanse ouderen	Onbekend	Laag (geen controlegroep, geen follow-up)
Actieve leefstijl	Beweeg je Beter	Afname gezondheids-klachten	Huisartspatiënten achterstandswijk die regelmatig met vage klachten bij huisarts komen	+/- (sommige aspecten van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden zijn verbeterd, andere verslechterd)	Laag (geen controlegroep, geen follow-up), studie loopt
	Bewegen op Recept	Verminderen gezondheids-klachten	Huisartspatiënten met gezondheids-klachten voor wie drempel om te bewegen vanwege sociaal-economische of sociaal-culturele positie hoog is	+ (positieve effecten op ervaren gezondheid, fitheid en psychosociaal welzijn)	Laag, RCT loopt
	Big!Move	Verminderen gezondheids-klachten	Huisartspatiënten achterstandswijk die regelmatig met vage klachten bij huisarts komen	+ (toename ervaren gezondheid en positieve verandering in omgaan met eigen gezondheid)	Laag (geen controlegroep, geen follow-up)
	Migranten-protocol	Afname pijnklachten en ervaren gezondheids-klachten	Migrantenvrouwen met specifieke pijnklachten	+ (afname ervaren gezondheids-klachten, toename ervaren gezondheid en afname (ernst van de) pijn)	Laag (geen controlegroep, wel follow-up)
	Van Klacht naar Kracht	Verbeteren gezondheid: voorkómen van chronische klachten/ziekten	Huisartspatiënten achterstandswijk met (pre-) diabetes, depressieve klachten of vage gezondheids-klachten	+ (verbetering diabetes- en overgewichtmaten, toename ervaren en psychische gezondheid, afname pijnklachten en beweegangst)	Laag (geen controlegroep, geen follow-up)

Drie interventies tonen gunstige resultaten op overgewicht bij deelnemers

Na deelname aan 'Sporthero' is het overgewicht bij (een deel van) de deelnemende jongeren verminderd. Het overgewicht van (een groot deel van) de deelnemende Turkse en Marokkaanse vrouwen is na deelname aan de interventie 'Gezond Gewicht Overvecht' afgenomen. Na de interventie 'Fit2Fun', hoewel niet expliciet bedoeld om overgewicht te verminderen, is het vetpercentage van (een deel van) de vmbo-leerlingen iets gedaald.

Opvallend is dat de drie overgewichtinterventies (DOiT, Jump-in en Lekker fit) waarbij een effectstudie heeft plaatsgevonden mét (gerandomiseerde) controlegroepen, weinig tot geen effecten laten zien op overgewicht.

Drie interventies tonen positieve effecten op (ernst van) depressieve klachten bij deelnemers

Bij drie leefstijlinterventies zijn depressieve klachten bij deelnemende vrouwen verminderd. Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben minder depressieve klachten na deelname aan 'Lichte dagen, donkere dagen' en na deelname aan 'Liever bewegen dan moe'. Vrouwen met een laag inkomen hebben na deelname aan 'Bewegen zonder Zorgen' minder ernstige depressieve klachten. Een lopende RCT zal uitwijzen of de verminderde klachten daadwerkelijk het gevolg zijn van 'Bewegen zonder Zorgen' en of de interventie ook depressie kan voorkomen.

Vier interventies tonen positieve effecten op gezondheid bij deelnemers

Bij vier interventies gericht op een actieve leefstijl zijn positieve gezondheidseffecten gemeten. Bij 'Bewegen op recept' betreft het positieve effecten op ervaren gezondheid, fitheid en psychosociaal welzijn. Bij 'Big Move!' is er sprake van toename van ervaren gezondheid en positieve verandering in omgaan met eigen gezondheid. Deelnemers aan het 'Migrantenprotocol' geven aan dat het gaat om afname van ervaren gezondheidsklachten en van pijn en om toename van ervaren gezondheid. Bij deelnemers die het gehele programma 'Van Klacht naar Kracht' hebben doorlopen, zijn een verbetering van diabetes- en overgewichtsmaten gemeten, een toename van ervaren en psychische gezondheid en een afname van pijnklachten en beweegangst.

Voor bovengenoemde leefstijlinterventies kan op basis van nader onderzoek met een controlegroep worden vastgesteld of de gemeten effecten daadwerkelijk het gevolg zijn van de interventie.

4.2 Kenmerken en consequenties van de gekozen aanpak

De inventarisatie is beperkt tot leefstijlinterventies gericht op de landelijke preventie speerpunten (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes) en actieve leefstijl. Beweeg- en voedingsinterventies die zijn gericht op het bereiken van de beweegnorm of op gezonde voeding en niet op het voorkomen of terugdringen van overgewicht, zijn buiten beschouwing gelaten. Door deze gekozen inperking zijn leefstijlinterventies die wel specifiek zijn gericht op lage sociaaleconomische groepen, maar niet op deze determinanten en/of ziekten, buiten beeld gebleven. Denk hier bijvoorbeeld aan interventies ter preventie van letsel en ongevallen, druggebruik en soa.

In deze studie zijn leefstijlinterventies die niet op doelbereiking of effecten bij de doelgroep zijn geëvalueerd, buiten beeld gebleven. Het ontbreken van informatie over effecten betekent niet dat er geen positieve effecten mee worden behaald bij de doelgroep: het is echter onbekend. Het zou best mogelijk kunnen zijn dat sommige niet-geïnccludeerde (want niet-geëvalueerde) leefstijlinterventies voor lage sociaaleconomische groepen wel effectief zijn. In het erkenningstraject van het Centrum Gezond Leven zijn dit soort interventies wel opgenomen, omdat dit traject een overzicht geeft van

practice based tot aan evidence based interventies en daarbij juist de (door)ontwikkeling van practice based naar evidence based nastreeft.

Daarnaast zijn door het toepassen van het inclusiecriteria ‘de interventies zijn specifiek gericht op lage sociaaleconomische groepen’, interventies uitgesloten die zijn gericht op een bredere doelgroep, waar groepen met een lage SES deel van uit maken. Dat het bereik en de effecten van een algemene aanpak bij mensen met een lage SES vaak achterblijven bij het bereik en de effecten bij mensen met een hogere SES, betekent echter niet per definitie dat leefstijlinterventies die zijn gericht op zowel lage als hoge sociaaleconomische groepen, minder effectief zijn bij de lagere sociaaleconomische groepen. Om hier duidelijkheid in te krijgen is het echter noodzakelijk de effecten gespecificeerd naar SES te meten.

4.3 Aanbevelingen

Uit deze studie komt naar voren dat het aanbod van interventies gericht op de preventie van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, depressie, diabetes en een inactieve leefstijl voor mensen met een lage sociaaleconomische status, zeer beperkt is in Nederland. Het is dan ook van belang om:

- Het specifieke aanbod van interventies gericht op leefstijl en gezondheid van lage sociaaleconomische groepen te vergroten en te verbeteren. Dit aanbod moet aansluiten bij de cultuur, de belevingswereld, het taalniveau en andere specifieke kenmerken van deze groepen. Het is raadzaam interventies aan te bieden in settings waar de doelgroep veel gebruik van maakt en/of zich thuis voelt. Zo is de eerstelijnszorg een geschikte setting, omdat een aanzienlijk deel van de doelgroep de huisarts of fysiotherapeut regelmatig bezoekt met gezondheidsklachten.
- Voldoende geld beschikbaar te stellen voor ontwikkeling van interventies voor de lage sociaaleconomische groepen. Een goed voorbeeld is de aanpak binnen de verschillende deelprogramma's van het Preventieprogramma 4 van ZonMw, waarbinnen de doelgroep met een lage SES een belangrijk speerpunt vormt.
- Professionals over deskundigheid te laten beschikken om bestaande interventies aan te passen aan deze specifieke doelgroep. Een stap in de goede richting wordt hierbij gezet door het Centrum Gezond leven dat samen met landelijke en lokale partners een regionaal ondersteuningsaanbod ontwikkelt waar dit soort vraagstukken aan bod zullen komen.

Uit deze studie komt ook naar voren dat er weinig bekend is over de effectiviteit van leefstijlinterventies gericht op roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie, diabetes en actieve leefstijl. De meeste interventies worden niet op effectiviteit onderzocht en de effectstudies die wel worden uitgevoerd hebben een beperkt design, waardoor eventuele effecten van een interventie een lage bewijslast hebben. Het is dan ook van belang:

- Dat onderzoek naar de effectiviteit van interventies gericht op leefstijl en gezondheid van lage sociaaleconomische groepen wordt bevorderd, dat de effectstudies interventie- en controlegroepen bevatten en meerdere nametingen, zodat zichtbaar wordt of effecten ook beklijven.
- Dat er meer aandacht komt voor de financiering van onderzoek van dit soort interventies. Binnen het Preventieprogramma van ZonMw is er ook aandacht voor andersoortig onderzoek, omdat strak gecontroleerde RCT's niet altijd mogelijk zijn bij de vaak community-gerichte interventies voor lage sociaaleconomische groepen.
- Dat niet alleen de interventies die zich specifiek richten op mensen met een lage SES worden geëvalueerd. Het is raadzaam om bij alle interventies ter bevordering van leefstijl en

gezondheid na te gaan wat de effecten bij verschillende SES-groepen zijn, teneinde zicht te krijgen op eventuele verschillen in effecten en om te voorkomen dat initiatieven onbedoeld leiden tot het vergroten van gezondheidsverschillen.

- Dat om effect te sorteren op populatieniveau (dat wil zeggen onder de doelgroep met een lage SES), het van belang is dat effectieve interventies worden ingezet en dat deze vervolgens ook een zo groot mogelijk bereik hebben onder de einddoelgroep.

Literatuurlijst

- Boverhof M, Franken H en Heel J van. Evaluatie Fit2Fun schooljaar 2006-2007 Da Vinci College Roosendaal. GGD West-Brabant/Nationaal Gezondheidsplan, 2007.
- Can M en Voordouw I. Lichte dagen, donkere dagen: cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten: handreiking voor cursuscoördinatoren en begeleiders. Utrecht: Trimbos Instituut, 2003.
- Dorsellaer S van, Zeijl E, Eekhout S van den, ter Bogt T. HBSC 2005. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos Instituut, 2007.
- Graaf R de, Have M ten, Dorsellaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- Gelissen R, Jonkers R en Martens M. Effectiviteit van een gedragsgerichte interventie stoppen met roken: evaluatie van een experimenteel onderzoek. Haarlem: ResCon, 2006.
- GGD Amsterdam. Monitor Beweeg je Beter. Bevindingen van de monitor naar het beweegprogramma Beweeg je Beter over de periode van januari 2008 - september 2009. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. Rotterdams Leefstijlprogramma Van Klacht naar Kracht, Zorgmonitor. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
- GG&GD Utrecht. Productomschrijving leefstijlprogramma Gezond Gewicht. Utrecht: GG&GD, 2008
- Jurg ME, Meij JSB de, Wal MF van der en Kremers SPJ. Evaluatie JUMP-in pilot 2002-2004. Effect- en procesevaluatie van een bewegingsstimulerende interventie voor kinderen van de basisschool. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2005.
- Jurg ME, Kremers SP, Candel MJ, Wal MF van der en Meij JS de. A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in Dutch children: JUMP-in, kids in motion. Health Promotion International 2006, 21:320-30.
- Kuiper TW. Effectevaluatie Sporthero; projectjaar 2005-2006. Schagen: GGD Noord-Kennemerland, afdeling Beleidsadvies en preventie. 2006.
- Kuiper TW. Procesevaluatie Sporthero. Schagen: GGD Noord-Kennemerland, afdeling Beleidsadvies en preventie. 2007.
- Lucht van der F en Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: van Gorcum, 1994.

- Meima A, Joosten-Van Zwanenburg E en Jansen W. Effectevaluatie van Lekker Fit! In Rotterdam. Een project voor basisscholieren ter bevordering van een gezonde leefstijl. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
- Meij JSB de, Chin A Paw MJM, van Mechelen W en Wal MF van de. 'Implementation of JUMP-in: effect and process evaluation of a primary-school-based program aimed at promoting physical activity among children'.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG en Cuijpers P. Gezond Verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: RIVM, 2006
- Nijman J en van Emst A. Resultaten van de actie 'Rokers verdienen 'n beloning 2006. Den Haag: STIVORO, 2008.
- Overgoor L. en Aalders M. Big!Move evaluatieverslag april 2003-juni 2004. Amsterdam: Stichting Big!Move Institute, 2004.
- Overgoor L, Aalders M en Reitsma S. Big!Move2 evaluatieverslag juli 2006-september 2007. Amsterdam: Stichting Big!Move Institute, 2007.
- Overzier P. en Wansink H. Liever bewegen dan moe; een preventieve training tegen depressie. In press.
- POLS, gezondheid en welzijn, 2007.
- Programmacommissie SEGV. Tweede fase. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.
- Ravensberg CD van, Akihary SCN, Streek. MD van de, Barendse JM.en Wams HWA. Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. Amersfoort: NPI, 2006.
- Riet H van, Dijkshoorn H en Corstjens RMJ. Evaluatierapport Gezonde Leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.
- Riper H, Boelhouwers K, Panka A, Vocht M de. Procesevaluatie van homeparty's over alcohol, drugs en gokken ten behoeve van het draaiboek voor de opzet van homeparty's. Utrecht: Trimbos Instituut, 2004.
- Savelkoul M. Schuit AJ en Storm I. Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen. Bilthoven: RIVM, in press.
- Schmidt M, Absalah S en Stronks K. Wat beweegt de deelnemers? Een evaluatie van het project 'Bewegen op Recept' in Den Haag. Amsterdam: AMC/UvA, 2006.
- Singh AS, Effectiveness of a school-based weight gain prevention programma: DOiT. Amsterdam: VU, 2008 (proefschrift).

- STIVORO. Handleiding tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: STIVORO, 2006.
- Trimbos-instituut. Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 000 XVI, nr. 18. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: SDU, 2001.
- Van der Jagt F, Jansen J. WijkSlag 'quick en effectief'. Lokale projecten ter vermindering van gezondheidsverschillen en bevordering van gezond leven. Woerden: NIGZ, 2006.
- Van der Most en van Spijk MW. Diabetes en bewegen. Preventie diabetes bij Marokkaanse Amsterdammers. Evaluatieverslag van een pilot. EDG-reeks: 2007/7, Amsterdam, 2007.
- Van Zeele S en Mandos E. Rotterdams leefstijlprogramma Van Klacht naar Kracht. Tweede tussenrapportage: de eerste twee jaar. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.
- VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bos-Impuls. Stimulans voor samenwerking buurt, onderwijs en sport. Den Haag: VWS, 2004.
- VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 'Kiezen voor gezond leven'. Preventienota. Den Haag: VWS, 2006.
- VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsbrief Sport. De kracht van Sport. Den Haag: VWS, 2007a.
- VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid. Kenmerk VGP/ADT 2811524. Den Haag: VWS, 2007b.
- VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota overgewicht: Uit balans: de last van overgewicht. Den Haag: VWS, 2009.
- Weerdt I de, Kuipers HP en Kok GJ. 'Kijk op diabetes' met perspectief voor de toekomst. Eindverslag van de eerste fase. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
- Weezel N van. Rijk Leven. Een evaluatie onderzoek van de preventie cursus Rijk Leven. In opdracht van Parnassia Psychomedisch centrum, 2006.
- Wieringen J en Thomas R. Bewegen is Groei; Evaluatiestudie van het GG/ZZ project. Amsterdam, Stichting Big!-Move Institute, 2006.

Bijlage 1 Beschrijving geïnccludeerde interventies

Schadelijk alcoholgebruik

Homeparty

Doel

Gericht op het aanleren van opvoedingsvaardigheden en het bespreekbaar maken van omgaan met genotmiddelen binnen de opvoeding, met als uiteindelijk doel het verminderen of voorkómen van risico's van genotmiddelengebruik.

Doelgroep

Ouders van jongeren (10-16) die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van problemen met alcohol, drugs of gokken. Met name bedoeld voor ouders met lage SES in achterstandswijken, die met het reguliere preventieaanbod moeilijk te bereiken zijn.

Intermediaire doelgroep

Preventiewerkers verslavingszorg, wijkgezondheidswerkers, voorlichters eigen taal en cultuur (VETC-er).

Setting

Thuis.

Aanpak/beschrijving interventie

'Homeparty', geïnspireerd op de formule van de Tupperwareparty, wordt georganiseerd door een preventiemedewerker van verslavingszorg. Deze werft via sleutelfiguren in de wijk een gastouder. De gastouder stelt zijn of haar huis beschikbaar en nodigt andere ouders uit voor de party. Als dank hiervoor ontvangt de gastouder een kleine attentie. Tijdens de party van maximaal twee uur, ontvangen de ouders informatie over genotmiddelen en opvoeden en is er ruimte om ervaringen uit te wisselen. De aanwezige preventiemedewerker probeert tijdens de party een gastouder te werven om een volgende 'Homeparty' te kunnen organiseren en nieuwe ouders te bereiken.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: 'Homeparty' is onderzocht in een procesevaluatie, waarbij is gekeken naar bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie. Het effect is onderzocht door middel van een voor- (N=31) en één nameting (N=13) onder deelnemende ouders na afloop van de bijeenkomst.

2) Uitkomstmaten en effecten

Kennis over genotmiddelen en relevante hulpverleningsinstanties

De geïnterviewde ouders geven aan na Homeparty meer kennis over genotmiddelen te hebben en beter op de hoogte te zijn van het bestaan van informatielijnen. De meeste ouders hebben na afloop van Homeparty een folder of brochure over alcohol en drugs gelezen, wat er op zou kunnen wijzen dat het informatiezoekende gedrag door de interventie is gestimuleerd.

Bespreekbaar maken van omgaan met genotmiddelen binnen de opvoeding

De geïnterviewde ouders hebben het idee dat ze na Homeparty beter met hun kinderen over genotmiddelen kunnen praten. Vanwege het kleine aantal geïnterviewden zijn de resultaten slechts indicatief.

Niet gemeten is het uiteindelijke doel, het verminderen of voorkómen van risico's van genotmiddelengebruik. Hierdoor is niet bekend of 'Homeparty' effectief is.

3) Bereik

Met 'Homeparty' blijkt de doelgroep goed te worden bereikt. Ouders zijn positief over 'Homeparty'. De voorlichting sluit goed aan bij de deelnemende ouders. De huiselijke sfeer van de bijeenkomst wordt als positief ervaren. Als de bijeenkomst in een buurthuis zou hebben plaatsgevonden, zouden de meeste ouders niet zijn gekomen.

Ontwikkeld door

De Grift Verslavingszorg (nu IrisZorg) en Trimbos Instituut.

Referenties

Riper H, Boelhouwers K, Panka A, Vocht M de. Procesevaluatie van homeparty's over alcohol, drugs en gokken ten behoeve van het draaiboek voor de opzet van homeparty's. Utrecht: Trimbos Instituut, 2004.

Van der Jagt F, Jansen J. WijkSlag 'quick en effectief'. Lokale projecten ter vermindering van gezondheidsverschillen en bevordering van gezond leven. Woerden: NIGZ, 2006.

Overgewicht

DOiT

Doel

Hoofddoel: preventie van overgewicht bij adolescenten. Interventiedoelen: terugdringen van zittend gedrag (tv-kijken en computergebruik), van consumptie van suikerhoudende dranken en energierijke tussendoortjes en het bevorderen van lichamelijke activiteit.

Doelgroep

Leerlingen uit het eerste jaar van het vmbo.

Intermediaire doelgroep

Leerkrachten.

Setting

School.

Aanpak/beschrijving interventie

DOiT is een lesprogramma voor lessen biologie/verzorging en lichamelijke opvoeding. Het programma bestaat uit lesmateriaal (schoolboeken, werkbladen, dagboek, website, posters en stappenteller) voor elf lessen waarin aandacht wordt besteed aan de relatie tussen gezondheid en voeding en lichamelijke activiteit. De schoolomgeving wordt beïnvloed door extra mogelijkheden aan te bieden om lichamelijk actief te zijn en een advies voor een gezonder assortiment in de schoolkantine. DOiT is ontwikkeld via intervention mapping.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Hoog: De effectiviteit is onderzocht in een RCT met ongeveer 1100 vmbo-scholieren. 18 vmbo scholen zijn willekeurig ingedeeld in interventiegroep (10 scholen met 'DOiT') en controlegroep (8 scholen met regulier lesprogramma). 0-meting (najaar 2004) en 3 nametingen (direct, 4 maanden en 12 maanden na afloop).

2) Uitkomstmaten en effecten

Lichaamssamenstelling (lengte, gewicht en omvang (taille, heup, arm)

Direct na de interventie en na 1 jaar hadden meisjes in de interventiegroep een kleinere som van vier huidplooien dan de meisjes in de controlegroep. De jongens hadden direct na de interventie een kleinere middelomtrek en drie huidplooidiktes dan de jongens in de controlegroep.

Consumptie van suikerhoudende dranken en energierijke tussendoortjes

Jongens en meisjes uit de interventiegroep dronken 250 ml minder suikerhoudende dranken per dag dan de jongens en meisjes uit de controlegroep (bij 1^e en 2^e nameting). Er waren geen effecten zichtbaar op het eten van snoep en snacks

Zittend gedrag en lichamelijke activiteit

Een jaar na de interventie rapporteerden jongens uit de interventiegroep 25 minuten minder zittend gedrag (tv-kijken en computeren) dan jongens uit de controlegroep. Geen verschillen zichtbaar voor lichamelijke activiteit.

Attitude, bewustzijn, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole en gewoonte (mediatoren)

Bij jongens in de interventiegroep werden verbeteringen waargenomen in hun attitude t.o.v. suikerhoudende dranken, en het drinken van suikerhoudende dranken werd ook minder een gewoonte. De verbeterde attitude en het doorbreken van het gewoontegedrag verklaarden deels het gevonden effect van 'DOiT' bij jongens op de consumptie van suikerhoudende dranken. Bij meisjes werd geen verandering in mediators waargenomen.

3) Bereik

In totaal participeerden ruim 1300 vmbo-leerlingen in de studie verdeeld over 10 interventie- en 8 controlescholen. Het vinden van voldoende deelnemende scholen aan 'DoiT' kostte veel inspanning, maar het bereik onder de eenmaal deelnemende scholen was groot. 'DoiT' is nog niet op andere scholen geïmplementeerd.

Ontwikkeld door

'DoiT' is onderdeel van NRG, the Netherlands Research programme weight Gain prevention, geïnitieerd door de Nederlandse Hartstichting. Dit programma bestaat uit vijf projecten, twee gericht op gedragsdeterminanten en drie interventiestudies. 'DoiT' is gericht op adolescenten, 'In Balance' is gericht op jongvolwassenen en 'WAAG' op recent gepensioneerden.

Referenties

Singh AS, Effectiveness of a school-based weight gain prevention programma: DOI.T. Amsterdam: VU, 2008 (proefschrift).

Fit2Fun

Doel

Het bevorderen van een gezonde leefstijl. Meer specifieke doelen zijn:

- Inzicht (de leerlingen weten hoe ze ervoor staan met hun gezondheid en fitheid uitgaande van een nulmeting t.a.v. vetplooimeting, conditieniveau en BMI);
- Kennis (de leerlingen weten hoe ze gezond blijven en wat een gezonde leefstijl is);
- Resultaat (de leerlingen weten wat ze moeten doen om gezond te blijven);
- Motivatie (de leerlingen weten hoe ze zichzelf kunnen blijven motiveren om het meer bewegen en gezonder eten vol te blijven houden).

Doelgroep

Vmbo-leerlingen (groep 1 en 2).

Intermediaire doelgroep

Ouders van de leerlingen.

Setting

School.

Aanpak/beschrijving interventie

'Fit2Fun' bestaat uit een online gezondheidsplatform en een traject van 26 weken met fitheidstesten, sportactiviteiten en educatieve programma's over voeding, leefstijl en beweging. Leerlingen hebben toegang tot een interactieve leefstijl-website (met persoonlijke inlogcode) met opdrachten en interactieve oefeningen. Hiermee worden hen vragen gesteld over preventieve gezondheid, voeding en beweging en over hun eigen leefstijl. Het onderwijsprogramma is opgebouwd uit vier onderdelen die betrekking hebben op de te bereiken doelen inzicht, kennis, resultaat en motivatie. Daarnaast is er een beweegprogramma bestaande uit twee bezoeken van de sportschool (of een sportvereniging) tijdens de gymles. 'Fit2Fun' maakte bij aanvang onderdeel uit van de campagne 'Move your heart, eat smart'. Vanaf 2007 is 'Fit2Fun' een op zichzelf staand project in het aanbod preventieprogramma's van de GGD West-Brabant.

Effectiviteit

1) Bewijslast.

Laag: De effecten bij de leerlingen zijn gemeten met behulp van een vragenlijst bij aanvang (N=43) en na afloop (N=37). Ook is bij aanvang en na afloop een fittest uitgevoerd (N=44) bestaande uit een vetplooimeting en een conditietest. Er was geen sprake van een controlegroep en follow-up.

2) Uitkomstmaten en effecten

Kennis

Het kennisniveau van de leerlingen is betreffende het grootste deel van de vragen verbeterd.

Beweeg- en voedingsgedrag

Een kwart van de leerlingen geeft aan dat ze gezonder zijn gaan eten en de helft van de leerlingen heeft de intentie dit te gaan doen. Bijna de helft van de leerlingen zegt meer te zijn gaan bewegen in hun vrije tijd dankzij het project Fit2Fun. Vijf leerlingen hebben zich ingeschreven bij een sportschool en drie leerlingen zijn bij een sportvereniging gegaan. Ruim 60% van de leerlingen geeft aan van plan te zijn om minimaal 1 uur per dag matig intensief te willen bewegen. Tien leerlingen willen dit doen door lid te worden bij een sportschool.

Fysieke metingen

Zowel uit de conditietest als de vetplooimeting zijn positieve resultaten gekomen. Bij 75% van de leerlingen is het vetpercentage gezakt. Het gemiddelde vetpercentage in de klas is gedaald van 22 naar 21%. Bij jongens was sprake van een lichte stijging (van 15,5 naar 15,7%) en bij meisjes was sprake van een daling (26,5 naar 24,3%). Bij 70% van de leerlingen is de conditie gestegen. Het gemiddelde conditieniveau (*VO2 max. ml/min/kg) van de klas is gestegen van 36,2 naar 38,0%. Bij meisjes was sprake van een grotere stijging (van 31,3 naar 33,2%) dan bij jongens (41,4 naar 42,5%), maar het conditieniveau van jongens is nog steeds flink hoger. Het is niet duidelijk of de gemeten verschillen in kennis, gedrag/intentie en fitheid statistisch significant zijn.

3) Bereik

Geen gegevens gevonden.

Ontwikkeld door

GGD Hart voor Brabant en GGD West-Brabant (met Nationaal Gezondheidsplan, NISB en Sportservice Noord-Brabant).

Referenties

Boverhof M, Franken H en Heel J van. Evaluatie Fit2Fun schooljaar 2006-2007 Da Vinci College Roosendaal. GGD West-Brabant/Nationaal Gezondheidsplan, 2007.

Gezond Gewicht voor allochtone vrouwen

Doel

Gewichtsvermindering of het voorkómen van gewichtsvermeerdering. Er zijn concrete doelen geformuleerd voor inzicht, kennis en houding met betrekking tot bewegen en gezonde voeding (niveau 1), verandering van beweeg- en voedingsgedrag (niveau 2) en gewichtsvermindering (niveau 3).

Doelgroep

Turkse of Marokkaanse vrouwen met overgewicht die gemotiveerd zijn om af te vallen of om hun huidige gewicht te behouden.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

Gedurende dertien weken krijgen de vrouwen twee keer per week een uur conditietraining van een fysiotherapeut. Daarnaast krijgen de vrouwen gedurende veertien weken een voorlichtingsprogramma van een uur. Dit betreft acht keer voedingsvoorlichting van een diëtist en een allochtone voorlichter, één kennismakingsbijeenkomst en drie reflectiebijeenkomsten gericht op motivatie door de allochtone voorlichter, en twee keer voorlichting over psychosociale aspecten van overgewicht door een preventiemedewerker en een allochtone voorlichter. Tussendoor zijn er nog drie individuele sessies met de diëtist en de allochtone voorlichter. De cursus wordt voorafgaan door een informatiebijeenkomst voor belangstellenden.

In alle cursusonderdelen, zowel bij voeding als beweging, gaat het erom de kennis van vrouwen te verbeteren, hen inzicht te geven in hun eigen gezondheidsgedrag en de relatie daarvan met overgewicht, en hen vervolgens te motiveren hun gewoonten te veranderen. Er wordt gewerkt aan het opdoen van de nodige vaardigheden om het gevraagde gedrag te vertonen, variërend van het kunnen beoordelen van voedingsetiketten tot het zelfstandig kunnen uitvoeren van specifieke bewegingsoefeningen. Om mee te kunnen doen hebben de deelnemers een verwijfsbrief van de huisarts nodig voor de diëtist. Er wordt veel inspanning gepleegd om de vrouwen naar de huisarts te krijgen.

De opzet, de evaluatie, de inhoud en de organisatie van de cursus worden niet alleen op basis van inhoudelijke discussie, maar ook in het kader van de financiële mogelijkheden voortdurend aangepast. De cursus die er nu ligt, is de weerslag van een gezamenlijk ontwikkelingsproces waaraan elke partij binnen zijn huidige mogelijkheden een optimale bijdrage heeft geleverd.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: veranderingen op kennis en gedragsniveau zijn gemeten aan de hand van vragenlijsten die de deelnemers bij aanvang en afloop van de cursus hebben moeten invullen. Gedurende de cursus is de evaluatie verschillende keren aangepast. Soms bleken de vragen te ingewikkeld of niet eenduidig genoeg voor de deelnemers of was de vragenlijst te lang voor de geplande tijd en werd daarom een aantal vragen niet ingevuld. Dit verklaart waarom sommige vragen maar een beperkt aantal reacties kent. Om effecten op gewicht te kunnen vaststellen, zijn bij de vrouwen voorafgaand en na afloop van de cursus het gewicht en de tailleomvang gemeten en is BMI bepaald. Er was geen sprake van een controlegroep en van follow-up.

Het Nivel is bezig met het nader evalueren van de cursus.

2) Uitkomstmaten en effecten

Kennis en vaardigheden

De deelnemers weten na afloop meer over gezonde voeding, dranken en vetten. Ook zijn zij beter in staat om bewustere en gezondere voedingskeuzes te maken.

Voedings- en beweeggedrag

Deelnemers geven aan dat zij minder vet, suiker en zout gebruiken, vaker water drinken in plaats van frisdrank, minder vaak eten en hun maaltijden gezonder bereiden. De intentie van de deelnemers om deze gewoonten vast te houden is positief. De deelnemers zijn tijdens het programma meer gaan bewegen. Daar waar laagdrempelig en goedkoop sportaanbod bij de welzijnsorganisatie voorhanden is, stromen de deelnemers na afloop van de cursus veelal door naar dit aanbod en blijven zij bewegen. Beweeg- en pijnklachten nemen af en de conditie neemt toe: 80% van de deelnemers voelt zich fitter. In 1 groep was sprake van een afname van het huisartsenbezoek tijdens de cursus.

Voor het beklijven van de gedragsverandering is een vervolg noodzakelijk, maar groot knelpunt is het ontbreken van voldoende laagdrempelig beweegaanbod voor deze doelgroep. Dat betekent dat de fysiotherapeuten die het beweegprogramma hebben uitgevoerd, de vrouwen niet automatisch door kunnen laten stromen naar regulier aanbod.

Gewicht en taille

88% van de vrouwen is afgevallen. Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 2,2 kg, gemiddeld 2,7% van het oorspronkelijke gewicht (n=59). Bij 9% van de vrouwen was sprake van een gewichtsverlies van 5% of meer. Er is een verschuiving zichtbaar van de klasse obesitas II naar obesitas I en van obesitas I naar de categorie matig overgewicht. Ook binnen de categorieën schuift het merendeel van de vrouwen op in de positieve richting. Bij aanvang van de cursus had 20% van de vrouwen (n=50) matig overgewicht en bij 78% was sprake van obesitas. Bij een enkele vrouw was sprake van morbide obesitas (BMI>40). Na afloop van de cursus had 31% van de vrouwen matig overgewicht en

67% obesitas. Bij geen van de vrouwen was meer sprake van morbide obesitas. De meeste vrouwen geven aan het (heel) moeilijk te hebben gevonden om af te vallen. De meerderheid van de vrouwen denkt echter wel dat het zal lukken ook na de cursus verder af te vallen.

Daarnaast is er een afname van de taille bij 85% van de deelnemers. Bij aanvang van de cursus (n=53) zijn er drie vrouwen met een tailleomvang lager dan 88 cm. Alle overigen hebben een taille groter of gelijk aan 88. Na afloop van de cursus (n=47) zien we dat 7 vrouwen een tailleomvang < dan 88 cm hebben, 7 vrouwen geen tailleverlies hebben en dat de tailles van de overige vrouwen in omvang zijn afgenomen. De vrouwen (n=47) zijn gemiddeld 4 cm van hun taille verloren, dit is gemiddeld 4,0% van de taille.

3) Bereik

Ongeveer 80 vrouwen in een leeftijd variërend van 23 tot en met 73 jaar hebben aan de cursus deelgenomen.

Vier cursussen werden gegeven voor Marokkaanse vrouwen en drie voor Turkse vrouwen. De vrouwen waren overwegend getrouwd, met kinderen en niet werkend. Bij de oudere Berberse deelneemsters verliep de werving en de cursus erg moeizaam (onder andere vanwege analfabetisme en taalbarrière).

Ontwikkeld door

GG&GD Utrecht.

Referenties

GG&GD Utrecht. Productomschrijving leefstijlprogramma Gezond Gewicht. Utrecht: GG&GD, 2008.

Gezonde Leefgewoonten Westerpark

Doel

Inzicht bieden in de factoren die bijdragen aan de hoge prevalentie van overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en in de mogelijkheden om samen met de doelgroep preventieve interventies te ontwikkelen en uit te voeren om uiteindelijk overgewicht te voorkomen en terug te dringen.

Uiteindelijke doel: bevorderen van meer bewegen en gezonder eten (en daarmee voorkómen of verminderen van overgewicht).

Doelgroep

Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25-45 jaar.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

Er is sprake van een community-aanpak. Het project kende vijf fasen: (1) het opzetten van een lokale projectgroep en het creëren van bestuurlijk draagvlak, (2) probleemanalyse, (3) interventieontwikkeling, (4) implementatie van interventies en (5) evaluatie.

Twee van de door leden van de doelgroep gekozen interventies zijn ontwikkeld en vanaf voorjaar 2005 uitgevoerd: een beweeginterventie (aerobicslessen) en een voedingsinterventie bestaande uit een winkelrondleiding en twee kookbijeenkomsten. De voedingsinterventie is gericht op het vergroten van kennis over gezonde voeding en het vergroten van de vaardigheden om die kennis toe te passen in het dagelijks leven.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: vooraf en na afloop van de beweeginterventie hebben de vrouwen vragenlijsten ingevuld. Er was geen sprake van een controlegroep of follow-up.

2) Uitkomstmaten en effecten

Beweeggedrag

Het beweegniveau van de deelnemers aan de aerobicslessen was bij de voormeting zeer laag. De nameting leverde geen gegevens op (te klein aantal deelnemers die voldoende lessen hadden bijgewoond), zodat niet aangegeven kan worden in hoeverre de aerobicslessen de deelnemers hebben aanzet tot een actievere leefstijl. Aan de beweeginterventies deelnemende vrouwen waren tevreden over (het niveau van) de oefeningen, maar minder over de prijs en het tijdstip.

Voedingsgedrag (koop- en kookgedrag)

De vrouwen waren zeer tevreden over de aangeboden voedingslessen en gaven aan een aantal veranderingen te hebben doorgevoerd in hun inkoopgedrag en in het bereiden van de warme maaltijd. Een mondelinge evaluatie na een aantal maanden in twee groepen was positief. De vrouwen gaven aan dat hun kennis over gezonde voedingsproducten was toegenomen, vooral de kennis over ingrediënten van producten. Daardoor zijn zij zich meer bewust geworden van de mogelijkheden om gezonde producten aan te schaffen. Ook op het bereiden van de maaltijd heeft de voorlichting invloed gehad volgens de vrouwen. Een deel van de vrouwen vertelde de kennis en vaardigheden gemakkelijk toe te kunnen passen in de bereiding van andere gerechten dan de vier recepten die in de kooksessies werden besproken en klaargemaakt. Het veranderde kookgedrag (minder vet en suiker; olie in plaats van roomboter door de rijst) heeft positieve gevolgen voor het hele gezin: ook de echtgenoot en kinderen krijgen op deze manier minder energie binnen, wat een bijdrage kan zijn om overgewicht te voorkomen. Veel vrouwen gaven aan de intentie te hebben deze veranderingen in koop- en kookgedrag blijvend te willen toepassen. Door de korte periode waarin de interventies zijn aangeboden in het kader van het project, kan niet met zekerheid gezegd worden dat de interventies bijdragen aan het verminderen of voorkómen van overgewicht.

3) Bereik

Het aantal deelnemers aan de aerobicslessen varieerde van 0 tot 25 vrouwen. De opkomst op de ene locatie was gemiddeld hoger dan op de andere locatie. De opkomst nam sterk af rond de zomervakantie en de Ramadan. Daarna bleek het moeilijk om deelnemers te werven. Eén van de redenen was de te hoge prijs van de lessen (€ 2,50 per keer), maar ook enkele praktische problemen (te laat tijdstip, verandering docent en locatie). Echter ook nadat deze praktische zaken waren aangepast, bleef het aantal deelnemers in die periode laag. Regelmatig komen en samen met een vriendin meedoen aan de lessen bevorderde de deelname. Er zijn in 2005 zeven voedingslessen van elk drie bijeenkomsten georganiseerd; drie sessies voor Turkse vrouwen en vier sessies voor Marokkaanse vrouwen. In totaal hebben ruim zestig vrouwen deelgenomen. Het was redelijk eenvoudig via doelgroepcontactpersonen deelnemers te werven voor de voedingsinterventie.

Ontwikkeld door

GGD Amsterdam.

Referenties

Riet H van, Dijkshoorn H en Corstjens RMJ. Evaluatierapport Gezonde Leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Jump-in

Doel

Een toename van de totale dagelijkse lichamelijke activiteit en sportdeelname van kinderen van de basisschool.

Subdoelen:

- Positief effect op determinanten van lichamelijke activiteit onder kinderen (zoals attitude, gewoonte, intentie, planningsvaardigheden, ervaren sportcompetenties, barrières, steun van ouders et cetera);
- Preventie van overgewicht;
- Positief effect op de motorische ontwikkeling en fysieke conditie.

Doelgroep

De primaire doelgroep van Jump-in zijn basisschoolkinderen (4-12 jaar) in sociale en economische achterstandswijken in Amsterdam. Er is speciale aandacht voor verschillende subgroepen van kinderen met een verhoogd risico (zoals inactieve kinderen, kinderen met overgewicht en kinderen met een achterstand in hun motorische ontwikkeling).

In de pilot hebben twee basisscholen uit stadsdeel Slotervaart / Overtoomse Veld en twee basisscholen uit stadsdeel Amsterdam-Noord meegedaan.

Intermediaire doelgroep

Schooldirecties, vakdocenten Lichamelijke Opvoeding, ouders en preventiemedewerkers bij GGD'en.

Setting

School.

Aanpak/beschrijving interventie

De interventie bestaat uit zes onderdelen met allemaal een ander doel:

1) Schoolsport, met als doel kinderen een laagdrempelige mogelijkheid te bieden om te gaan sporten en de drempel te verlagen lid te worden van een sportclub. Inhoud: professionele trainers lieten kinderen onder schooltijd kennismaken met uiteenlopende sporten en boden na schooltijd sportactiviteiten aan. Het sporten op school was een belangrijk onderdeel van 'Jump-in'.

2) De klas beweegt, met als doel kinderen door middel van oefening te leren om houding, beweging en ontspanning te integreren in een dagelijkse werksituatie. Inhoud: basisidee was dat een leerkracht op het moment dat maximale inspanning was bereikt, de klas even liet ontladen. Door met de hele groep een opdracht of oefening te doen, wordt de spanningsboog even doorbroken en komt de aandacht weer bij de les. Het schoolteam kreeg hiertoe een cursus en de uit te voeren oefeningen/opdrachten stonden op een 'kalender' die in iedere groep hing.

3) Kies je kaart, met als doel kinderen en ouders bewust te maken van het belang van bewegen en hun eigen beweeggedrag, alsmede aanleren van vaardigheden om eigen beweeggedrag te plannen. Inhoud: opdrachtkaarten voor in de klas en thuis met aandacht voor bewustwording van belang van bewegen, de eigen effectiviteit, sociale steun, planningsvaardigheden en de ouders. Hierbij hoorde ook een cursus voor het schoolteam.

4) Leerlingvolgsysteem, met als doel het opsporen van kinderen met beweegarmoede, overgewicht en/of motorische achterstand, zodat zij gericht gestimuleerd en geadviseerd konden worden. Inhoud: per kind werden allerlei kenmerken in kaart gebracht. Indien nodig adviseerde de vakdocent L.O. de leerling meer te sporten en/of verwees hij een leerling door.

5) Oudervoorlichting, met als doel ouders bewust te maken van de rol die zij spelen bij beweeggedrag van hun kind en om hen te ondersteunen bij het stimuleren van hun kinderen om meer te bewegen. Interactieve oudervoorlichting was een belangrijk onderdeel van Jump-in, met als onderwerpen het belang van sport en bewegen en de rol die ouders hebben bij het ondersteunen en stimuleren van hun kinderen om te bewegen. Voorlichting werd gegeven door GGD-medewerkers en kon indien nodig in het Turks of Marokkaans worden gegeven.

6) Beweegweek, met als doel kinderen laten ervaren dat bewegen leuk is en om kennis en bewustzijn te vergroten omtrent het belang van bewegen en eigen beweeggedrag. Inhoud: in deze week kwam een aantal van de programmaonderdelen samen. Ouders speelden een belangrijke rol. Er waren een sport- en beweegtentoonstelling waar uitwerkingen van Kies je kaartopdrachten werden gepresenteerd, sportactiviteiten, gezamenlijke warming-up met ouders, een sportmarkt en verschillende oudervoorlichtingen. Sinds 2009 richt Jump-in zich ook op het stimuleren van een gezond eetpatroon bij leerlingen. Wanneer eten en bewegen in balans zijn, wordt overgewicht bij kinderen voorkomen.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Matig: de eerste effectstudie had een quasi-experimentele opzet met een voormeting en twee nametingen (een jaar en twee jaar na afloop van de interventie). Naast de vier interventiescholen waren er twee controlescholen betrokken. In de periode 2006-2009 is een evaluatie van het verbeterde Jump-in programma uitgevoerd onder 2700 kinderen in groep 3-8 (6-12 jaar), met een quasi-experimenteel pretest/posttest onderzoek (tien interventie- en tien controlescholen).

2) Uitkomstmaten en effecten pilot

Beweeggedrag

Het beweeggedrag is bij de interventiegroep 6 en 7 toegenomen en bij groep 8 ietsje afgenomen, terwijl het beweeggedrag bij alle controlegroepen is afgenomen. Bij de controlegroep 8 was de afname zo sterk dat er sprake was van een significant verschil in afname in vergelijking met de interventiegroep 8. Een waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat het laagdrempelige aanbod van schoolsport de trend dat jongeren minder gaan bewegen naarmate ze ouder worden, kon doorbreken.

Determinanten (zoals attitude, sociale steun, eigen effectiviteit)

De interventiegroep en de controlegroep verschilden – met uitzondering van attitude – niet significant op de gemeten variabelen.

2) Uitkomstmaten en (voorlopige) effecten onderzoek 2006-2009

Beweeggedrag

In 5 maanden is het percentage van interventiekinderen die buiten school aan sportactiviteiten meedoen, gestegen van 16,2 tot 22,6% (een relatieve stijging van 40%), maar van controlekinderen gestegen van 12,5 naar 36,6% (een relatieve stijging van 193%). De relatieve toename in deelname van te dikke kinderen bedroeg 173% op interventiescholen en 47% in controlescholen. De grote toename in sportdeelname was, zoals verwacht, nog niet geassocieerd met een positief effect op BMI of fitheid bij de eerste nameting (voorjaar 2007).

Determinanten (zoals attitude, sociale steun, eigen effectiviteit)

In kinderen waren ook geen significante verschillen in determinanten.

3) Bereik

Gedurende de pilot zijn de leerlingen en ouders van vier basisscholen bereikt. In 2006 startte de brede implementatie van het verbeterde Jump-in programma. Inmiddels wordt de interventie op zestig scholen in Amsterdamse achterstandswijken uitgevoerd.

Ontwikkeld door

De gemeente Amsterdam (Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling) en de GG&GD Amsterdam.

Referenties

Jurg ME, Kremers SPJ, Candel MJM, van der Wal MF, de Meij JSB (2006). A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in children: Jumpin, kids in motion. *Health Promotion Int*, 21, 320-330.

Jurg ME, Meij JSB de, Wal MF van der en Kremers SPJ. Evaluatie JUMP in pilot 2002-2004. Effect- en procesevaluatie van een bewegingsstimulerende interventie voor kinderen van de basisschool. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2005.

Meij JSB de, Chin A Paw MJM, Mechelen W van en Wal MF van de. Implementation of JUMP-in: effect and process evaluation of a primary-school-based program aimed at promoting physical activity among children. ISRCTN 17489378

Lekker Fit!

Doel

Terugdringen van overgewicht en terugdringen van bewegingsarmoede via leefstijlverandering en verandering van omgevingskenmerken.

Doelgroep

Basisschoolleerlingen uit Rotterdam, met een focus op scholen in Rotterdamse wijken waar veel overgewicht voorkomt. De deelnemende scholen zijn derhalve voornamelijk gelegen in oudere, sociaaleconomisch zwakkere stadsdelen van Rotterdam.

Intermediaire doelgroep

Ouders.

Setting

School.

Aanpak/beschrijving interventie

‘Lekker Fit!’ is onderdeel van het Actieprogramma ‘Voeding en Beweging’ van de gemeente Rotterdam. Met ‘Lekker Fit!’ wordt zowel ingezet op verandering van omgevingskenmerken als op gedragsbeïnvloeding. Het project bestaat in totaal uit 10 pijlers:

- 1) extra bewegingsonderwijs tijdens en na school;
- 2) komst van gymleraar ‘nieuwe stijl’;
- 3) lespakket ‘Lekker Fit!’;
- 4) sportlessen als opstap naar sportvereniging;
- 5) sportverenigingen terug in de wijk;
- 6) de Eurofittest;
- 7) de Fitmeter;
- 8) hulp en advies door de jeugdverpleegkundige;
- 9) de Jeugdmonitor Rotterdam;
- 10) oudervoorlichting.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Matig: In schooljaar 2006-2007 zijn effecten gemeten (bij leerlingen uit groep 3 t/m 8) met behulp van een gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeksopzet (via loting zijn scholen in twee groepen verdeeld) met een voormeting aan het begin en een nameting aan het eind van het schooljaar. Er heeft geen follow-upmeting plaatsgevonden. Aan het onderzoek deden zestien scholen mee (negen interventie- en acht controlescholen met respectievelijk tien en elf locaties). In totaal waren er 2416 kinderen met een voor- en één nameting (1273 middenbouw en 1143 bovenbouw).

2) Uitkomstmaten en effecten

Fysieke uitkomstmaten: Overgewicht, BMI, middelomtrek en fitheid

‘Lekker Fit!’ heeft in de middenbouw positieve effecten op een aantal fysieke uitkomstmaten, te weten het percentage kinderen met overgewicht, middelomtrek en uithoudingsvermogen. Toch is het percentage overgewicht gestegen, maar

in mindere mate dan bij de controlescholen (1,1% versus 4,6%). In de bovenbouw werden (behalve voor het onderdeel ‘verspringen’ van de Eurofittest) geen effecten gemeten op de fysieke uitkomstmaten.

Gedragresultaten: beweeggedrag, voedingsgedrag en hun determinanten (attitudes en gedragsintenties)

Het onderzoek (onder leerlingen van groep 6 t/m 8) toonde de volgende effecten:

- Op de controlescholen liep de ontbijtfrequentie iets terug, wat niet gebeurde op de interventiescholen.
- Van de interventiescholen was het aantal meisjes dat op de dag van de nameting had ontbeten hoger dan bij de voormeting. Dit aantal was bij de controlescholen juist afgenomen.
- Voor gezonde drank was de trend ten aanzien van consumptie, attitudes en intenties gunstig voor interventiescholen, met een statistisch significant effect voor de intentie om minder gezonde drank te gaan drinken.

3) Bereik

Na de pilotfase (twee scholen) is ‘Lekker Fit!’ gestart in schooljaar 2005-2006 op 30 basisscholen, onder de naam: ‘Elke dag bewegen’. Elk jaar komen er vijftien scholen bij, zodat in 2009-2010 negentig scholen meedoen. Het is de bedoeling dat de interventie landelijk wordt ‘uitgerold’ op alle basisscholen, dus niet enkel basisscholen in achterstandswijken. Hiermee is het niet langer een instrument om gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Ontwikkeld door

GGD Rotterdam-Rijnmond, samen met Diensten Sport en Recreatie en Jeugd, Onderwijs en Samenleving van de gemeente Rotterdam.

Referenties

Meima A, Joosten-Van Zwanenburg E en Jansen W. Effectevaluatie van Lekker Fit! In Rotterdam. Een project voor basisscholen ter bevordering van een gezonde leefstijl. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.

Sporthero

Doel

Het verminderen van achterstanden bij jongeren met overgewicht op het gebied van gezondheid, sport en bewegen.

Concrete interventiedoelen zijn:

- vergroten van het welbevinden;
- stimuleren van een gezonde leefstijl;
- terugdringen van overgewicht;
- verbeteren van de fysieke conditie van de deelnemers.

Doelgroep

Jongeren met overgewicht van 10 tot 16 jaar uit drie achterstandswijken (De Mare, Overdie en Daalmeer) in Alkmaar en hun ouders.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

Het programma omvat beweegactiviteiten, voedingsvoorlichting en sociaal-emotionele begeleiding. Jongeren moeten zich zelf aanmelden. Jaarlijks kunnen vijftig jongeren meedoen. Ze worden naar leeftijd (10 en 11 en 12 tot 16 jaar) ingedeeld in groepen van maximaal tien deelnemers. De groep komt in principe twee keer per week bij elkaar om te sporten. Elke groep stelt samen met de teambegeleider en het Sportbureau een eigen sportprogramma vast. Er wordt op een vaste locatie gesport. De verschillende sportverenigingen bieden daar hun programma aan. Daarnaast krijgt elke groep vier keer voedingsvoorlichting en sociaal-emotionele begeleiding in de vorm van themabijeenkomsten, gegeven

door diëtisten van de thuiszorg en preventiewerkers van de GGD. Het programma duurt 1 jaar. Deelnemers ontvangen na afloop een diploma en ze worden doorverwezen naar een sportvereniging.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: de effectiviteit is onderzocht bij de eerste lichting deelnemers (N=47). Zij hebben vooraf en na afloop van het programma een vragenlijst moeten invullen. Gedurende het jaar hebben drie weeg- en meetmomenten plaatsgevonden op basis waarvan BMI is berekend. Er was geen controlegroep en geen follow-upmeting.

2) Uitkomstmaten en effecten van de interventie

Bewegen

De deelnemers zijn meer uren per week gaan sporten: bij de nulmeting sportte 50% van de respondenten drie uur per week of meer, bij de nameting was dat opgelopen tot 65% van de respondenten. Het aantal dagen per week waarop gesport wordt is gelijk gebleven, evenals het percentage deelnemers dat lid is van een sportclub.

Gewicht

De groep deelnemers is significant afgefallen: de BMI is gemiddeld met 0,9 kg/m² afgenomen (n=26, p=0,001). De deelnemende jongens zijn niet significant afgefallen ($\mu=-0,3$, n=7, p=0,652), maar de meisjes wel ($\mu=-1,1$, n=19, p=0,000).

3) Bereik

Het streven was om gedurende vier jaar tweehonderd jongeren met overgewicht (jaarlijks vijftig jongeren verdeeld over vijf groepen) en hun ouders aan het project te laten deelnemen. Het lukte echter niet om elk jaar vijftig jongeren te bereiken.

Ontwikkeld door

GGD Noord-Kennemerland.

Referenties

Kuiper TW. Effectevaluatie Sporthero; projectjaar 2005-2006. Schagen: GGD Noord-Kennemerland, afdeling Beleidsadvies en preventie. 2006.

Kuiper TW. Procesevaluatie Sporthero. Schagen: GGD Noord-Kennemerland, afdeling Beleidsadvies en preventie. 2007.

Depressie

Bewegen zonder zorgen

Doel

Voorkómen van depressie en verminderen van depressieve klachten (en spanningsklachten).

Doelgroep

Vrouwen uit sociaal-economische achterstandsgroepen met licht depressieve klachten en spanningsklachten.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

‘Bewegen zonder zorgen’ is een groepscursus waarbij zowel de werving als de uitvoering plaatsvindt in de wijk. Het betreft een uitbreiding op de cursus ‘In de put, uit de put’ door middel van bewegen. Daardoor ontstaat er een combinatie van psycho-educatie en beweegactiviteiten. Deze twee onderdelen versterken elkaar. Het gaat om de beleving en de ervaring wat bewegen met je doet. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. Om de doorstroming naar het reguliere sport- en beweegaanbod te bevorderen, geeft de trainer de deelnemers inzicht in een aantal beweegmogelijkheden binnen de wijk. De deelnemer zoekt uiteindelijk zelf aansluiting bij het reguliere sport- en beweegaanbod. De cursus wordt gecoördineerd door GGD-Zuid-Limburg, maar de uitvoering gebeurt door eerstelijns professionals en wijkorganisaties. Deelname is gratis.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: er is een procesevaluatie uitgevoerd naar vier cursussen, waarbij ook de ernst van de depressieve klachten is meegenomen. Er vindt aan de Universiteit Maastricht (UM) promotieonderzoek plaats naar de effecten van de cursus. De eerste resultaten van dit onderzoek worden in 2010 bekendgemaakt.

2) Uitkomstmaten en effecten

Ernst van depressieve klachten

Uit de metingen via de CES-D blijkt een afname plaats te vinden in de ernst van de depressieve klachten.

Tevredenheid

Vrouwen die deelnemen aan de cursus ‘Bewegen zonder Zorgen’ ervaren dat als heel positief en ze gaan er graag mee door. Daarom is gestart met terugkombijeenkomsten om vrouwen te kunnen blijven ondersteunen in hun persoonlijke ontwikkelingsproces en om ze, waar mogelijk, te verwijzen naar regulier aanbod.

3) Bereik

Sinds 2004 wordt de cursus aangeboden in Maastricht. Het blijkt moeilijk om vrouwen te werven voor de cursus. Er worden wel redelijk wat vrouwen doorverwezen via de diverse buurtwerkers, maar voor een goede en continue uitvoering van de cursus zijn de huidige verwijzingskanalen onvoldoende. Met alle vrouwen die worden doorverwezen vinden intakes plaats, maar het is inherent aan de leefsituatie – oftewel de problematiek – van de doelgroep dat het nakomen van afspraken lastig is (vrouwen komen niet of veel te laat) waardoor veel intakes niet doorgaan of vrouwen vervolgens toch niet deelnemen aan de cursus.

Ontwikkeld door

GGD Zuid-Limburg in samenwerking met RIAGG Maastricht, het vrouwengezondheidscentrum en Trajekt.

Referenties

Steenbakkens M. Verantwoordingsbrief Bewegen zonder Zorgen aan Fonds OGZ van 20-07-2004

Lichte dagen, donkere dagen

Doel

Verminderen van depressieve klachten door het vergroten van inzicht in de klachten en het leren van vaardigheden om hier beter mee om te gaan.

Doelgroep

Turken en Marokkanen die zich somber voelen.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

De cursus bestaat uit dertien wekelijkse bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst. De cursus wordt gegeven door twee cursusleiders aan een groep van zes tot tien personen. In de cursus leren de deelnemers vaardigheden om beter met hun klachten om te gaan. Ze leren bijvoorbeeld hoe zich te ontspannen, meer plezierige dingen te doen, gezonder te leven, positiever te denken, beter voor zichzelf te zorgen en prettiger om te gaan met de mensen om zich heen. Deelnemers aan de cursus moeten thuis oefenen met wat ze in de cursus leren. Voor aanvang van de cursus vindt een kennismakingsgesprek met een cursusleider plaats. In dit gesprek wordt samen beslist of deelname aan de cursus een oplossing voor hun problemen kan bieden.

De cursus is speciaal voor Turkse of Marokkaanse mensen gemaakt. Het sluit aan op problemen en mogelijkheden die Marokkanen en Turken in Nederland hebben. De cursus wordt in de eigen taal gegeven of er is een tolk aanwezig. Er zijn aparte cursussen voor mannen en voor vrouwen. De regionale GGZ-instellingen organiseren de cursus meestal samen met andere organisaties, zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Er heeft een pilotstudie plaatsgevonden onder vijftig deelnemers. Deze bestond uit door de cursusbegeleiders tijdens de kennismakingsgesprekken, de cursusbijeenkomsten en de afsluiting van de cursus verzamelde gegevens. Ook werd een logboek bijgehouden, waarin per bijeenkomst de aanwezigheid en de mate van actieve houding van de deelnemers werd bijgehouden. Er was geen sprake van een controlegroep en een follow-up. De bewijslast is dus laag.

2) Uitkomstmaten en effecten

Depressieve klachten

De evaluatie liet een statistisch significante afname van depressieve klachten zien. Het gemiddeld aantal depressieve klachten (gemeten met CED-D) is afgenomen bij deelnemers van de cursus.

Ervaren gezondheid

De deelnemers voelen zich gemiddeld significant vaker gezond. Voorafgaand aan de cursus lag de score op gemiddeld 3,1 (sd = 1,9; n = 46). Aan het eind van de cursus was de score gemiddeld 5,15 (sd = 2,6; n = 46).

Opbrengst cursus

Na afloop is gevraagd wat de cursus de deelnemers heeft opgeleverd. Hieruit blijkt dat de cursus vooral bijdraagt aan het beter begrijpen van de klachten, er beter mee om kunnen gaan en positiever naar zichzelf kunnen kijken.

3) Bereik

De cursus wordt op veel plaatsen in Nederland gegeven, meestal in een buurthuis in de wijk.

Ontwikkeld door

Trimbos-instituut.

Referenties

Can M en Voordouw I. Lichte dagen, donkere dagen: cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten: handreiking voor cursuscoördinatoren en begeleiders. Utrecht: Trimbo Instituut, 2003.

Liever bewegen dan moe

Doel

Het verminderen van de kans op depressie.

Subdoelen van de interventie zijn:

- positieve ervaring met in beweging komen/gaan;
- door lichaamsbeweging ook geestelijk weer in beweging komen;
- meer kennis van en inzicht in gezondheidsthema's die relevant zijn voor depressiepreventie;
- leren kennen en oefenen van technieken om goed voor jezelf te zorgen;
- vermindering van eventuele gezondheidsklachten (lichamelijk en geestelijk).

Doelgroep

Allochtone, lage SES-vrouwen van 18-55 jaar met licht depressieve of spanningsklachten.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

De doelgroep wordt geworven door intermediairs in scholen en buurthuizen en gezondheidscentra. De interventie bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, waarbij de eerste een voorlichtingsbijeenkomst is. De bijeenkomsten bestaan uit gezondheidsvoorlichting (dertig minuten), een beweeggedeelte (zestig minuten) en een afsluiting (vijftien minuten). Tijdens de voorlichting komen de volgende onderwerpen aan bod: stemming en bewegen, spanning en ontspanning, piekeren, actiever worden, gezonde voeding, beter slapen en actief blijven. Na elke bijeenkomst krijgen de deelnemers schriftelijke informatie mee over het desbetreffende onderwerp. Het beweeggedeelte wordt gegeven door een professionele sporttrainer. Elke training bestaat uit vijf onderdelen, te weten: losmaken, tempowandelen, grond- en krachtoefeningen, spel en ontspanning. Naast het vergroten van (zelf)vertrouwen en het plezier beleven aan bewegen, zijn de trainingen ook gericht op het aanleren dan wel bevorderen van concentratie, conditie, ontspanning en een goede houding.

Door laagdrempelige kennis over gezondheid en recreatief bewegen aan te bieden, wordt de doelgroep letterlijk en figuurlijk in beweging gezet waardoor (naar verwachting) de depressieve klachten afnemen.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Intern is een effect- en tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Deelnemers kregen aan het begin en het einde van de interventie een vragenlijst over stemming, ervaren gezondheid, fysieke klachten en huisartsbezoek (N=270).

Er was geen controlegroep en geen follow-up, dus de bewijslast is laag.

2) Uitkomstmaten en effecten

Depressieve klachten en stemming

De respondenten voelen zich na afloop beter dan bij aanvang van de interventie. De gemiddelde score op de MHI-5 bij aanvang is 60,7 (SD 15,3) en na afloop is deze gestegen tot 64,4 (SD 14,2). Deze stijging is statistisch significant (95% betrouwbaarheidsinterval 1,5 tot 5,8; $T = -3,320$; $df = 210$; $p = 0,001$).

Ook de stemming verbetert significant. Bij aanvang noemt 20% van de vrouwen hun stemming 'goed'. Na afloop is dit percentage 49% (95% betrouwbaarheidsinterval 0,34 tot 0,78; $T = 5,035$; $df = 169$; $p = 0,000$).

Gezondheid en zorggebruik

De gemiddelde score op de vraag naar ervaren gezondheid (de EQ-5D) neemt toe van 65,7 (SD 20,8) naar 74,4 (SD 20,2). Dit is een significant verschil (95% betrouwbaarheidsinterval 3,73 tot 13,66; $df=88$ en $p=0,001$).

Het percentage vrouwen dat rapporteert geen bezoek aan de huisarts te hebben afgelegd stijgt van 46% naar 51%. Dit is niet significant. Gevraagd wordt naar huisartsenbezoek in de laatste maand voor het invullen van de vragenlijst.

De onderzoekers concluderen zelf dat de interventie weliswaar leidt tot vermindering van depressieve klachten, maar dat de vrouwen na deelname nog aanzienlijk depressiever zijn dan de gemiddelde Nederlandse vrouw. De training is dus een goed begin, maar een vervolg is noodzakelijk. Of er moeten meerdere sessies komen, of de interventie moet inhoudelijk worden gewijzigd. Aanbod moet zijn gericht op andere aspecten van het dagelijkse leven van deze vrouwen, zoals zinvolle dagbesteding buitenshuis, verbetering van de lichamelijke gezondheid of verbeteren van de copingvaardigheden.

3) Bereik

Het bereik in Rotterdam en Den Haag is 45 groepen met 435 deelnemers (2009).

Ontwikkeld door

Preventie Parnassia Bavo Groep Haaglanden en RIAGG Rijnmond.

Referenties

Overzier P en Wansink H. Liever bewegen dan moe; een preventieve training tegen depressie (in press).

Rijker leven

Doel

Voorkomen en vroegtijdig onderkennen van depressieve klachten door bevorderen gebruik strategieën gezond ouder worden (gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging en goed functionerend sociaal netwerk) en het op adequate wijze zoeken van hulp door Marokkaanse ouderen.

Doelgroep

Marokkaanse ouderen.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

Aan de hand van opdrachten, voorlichting, literatuur en gesprekken wordt deelnemers in vijf groepsbijeenkomsten van twee uur, kennis en vaardigheden aangereikt om depressieve klachten bij zichzelf te voorkomen of vroegtijdig te herkennen. In de cursus wordt expliciet aandacht geschonken aan de factoren 'sociale steun', 'gezondheid en lichaamsbeweging' en 'psycho-educatie', die bescherming bieden bij het ontwikkelen van depressieve klachten.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: alleen de vrouwen die alle vijf de bijeenkomsten hadden bijgewoond kwamen in aanmerking voor de evaluatie van de cursus. Dit betrof 20 van de 24 deelnemers (83,33%). Voor de evaluatie zijn twee vragenlijsten ontwikkeld. De eerste betreft een depressie-indicator die voorafgaand aan de cursus moet worden ingevuld; de cursus is namelijk bedoeld voor Marokkaanse ouderen zonder of met slechts lichte psychische problematiek. De tweede vragenlijst bevat drie onderdelen: een deel met vragen over de deelnemer, een deel met vragen over de cursus en een deel met vragen

ter toetsing van de betrouwbaarheid van de antwoorden van de respondenten op het tweede deel (omdat wordt gewerkt met tolken is het van groot belang te checken of de vrouw de vraag goed heeft begrepen).

2) Uitkomstmaten en effecten

Inzicht in het herkennen en voorkomen van determinanten van depressie

75% geeft aan meer inzicht en 25% geeft aan een beetje meer inzicht te hebben in psychische problematiek, waaronder depressie. 75% geeft aan klachten en zorgen beter met de huisarts te kunnen bespreken, 20% een beetje en 5% kan dit na de cursus niet beter. 90% geeft aan in staat te zijn hun klachten beter te verwoorden.

Gebruikmaken strategieën rondom gezond ouder worden (goed functionerend sociaal netwerk, gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging)

100% van de deelnemers is zich bewust van het belang van een goed functionerend netwerk, 85% besteedt veel en 15% een beetje aandacht aan het onderhouden van hun netwerk. 20% van de deelnemers geeft aan niet met familie en vrienden over zorgen en problemen te praten, terwijl ze hier wel behoefte aan hebben. Dit heeft te maken met in de Marokkaanse cultuur bestaande normen en waarden (je draagt je eigen lasten en je deelt problemen/zorgen niet met mensen buiten het gezin). Alle deelnemers zijn op de hoogte van het belang van goede voeding en van lichaamsbeweging voor het gezond ouder worden. 90% geeft aan ook gezonder te eten (te letten op vet en suiker en meer groente en fruit te eten). 70% van de vrouwen geeft aan na de cursus minimaal één keer per dag dertig minuten te bewegen, 20% geeft aan dit één keer per twee dagen te doen en 10% geeft aan niet regelmatig te bewegen.

Bekendheid en bereidheid hulp vragen reguliere zorgvoorzieningen en psychische hulpverlening

90% van de deelnemers geeft aan na de cursus eerder gebruik te zullen maken van externe hulpverleningsmogelijkheden, vooral van een speciaal spreekuur voor psychische klachten als dit zou bestaan (80%). Het overgrote deel van deze vrouwen wil dit echter uitsluitend als de hulpverlener van Marokkaanse afkomst is en Berbers of Arabisch spreekt. Een tolk wordt vanwege privacy als ongewenst beschouwd. Het merendeel van de vrouwen (65%) geeft echter aan na de cursus niet beter te weten waar ze hulp kunnen krijgen en van wie. Ze blijken vooral niet op de hoogte van waar ze hulp moeten aanvragen en welke formulieren ze hiervoor moeten invullen. Onbekend is of de deelnemers daadwerkelijk strategieën toepassen en eerder externe hulp inschakelen. Religie en schaamte blijken een belangrijke rol te spelen bij het omzetten van kennis en inzicht in daadwerkelijke gedragsverandering.

3) Bereik

De cursus is aangeboden aan een groep vrouwen die twee keer per week naar de dagopvang voor Marokkaanse vrouwen van Parnassia in Den Haag kwam. De 24 vrouwen (tussen 50 en 74 jaar en voor het grootste deel analfabeet en niet-Nederlands sprekend) hebben in het voorjaar van 2005 aan de cursus deelgenomen en in het najaar een follow-up van de cursus, bestaande uit drie bijeenkomsten, gevolgd. Deze follow-up was door de vrouwen zelf aangevraagd.

Ontwikkeld door

Parnassia Psychomedisch Centrum te Den Haag.

Referenties

Weezel N van. Rijk Leven. Een evaluatieonderzoek van de preventie cursus Rijk Leven. In opdracht van Parnassia Psychomedisch centrum, 2006.

Diabetes

Diabetes en bewegen

Doel

Het voorkómen van diabetes door bewustwording van de risico's op diabetes, en motivering tot deelname aan beweegactiviteiten om de risico's op diabetes te verlagen.

Doelgroep

Marokkaanse mannen en vrouwen van 40 jaar en ouder.

Setting

Wijk.

Aanpak/beschrijving interventie

Het betreft een groeps cursus gelinkt aan de Kijk op Diabetescampagne. Deelnemers (8-14 per groep) worden geworven via 'sleutelfiguren' uit de Marokkaanse gemeenschap. De cursus wordt geleid door een Marokkaanse gezondheidsvoorlichtster van de GGD. 'Diabetes en Bewegen' bestaat uit twee voorlichtingsbijeenkomsten over voeding en beweging door een diabetesverpleegkundige en een serie beweeglessen onder begeleiding van een docente van de Stichting Meer Bewegen Voor Ouderen. Activiteiten die plaatsvinden tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten zijn:

- het bekijken van de film 'Diabetes' van het NIGZ;
- het spelen van het 'Gezond Leven-Spel' met vragen over leefstijl en tips voor gedragsverandering;
- bloedsuiker prikken en gezamenlijk een risicotest uitvoeren (waarna eventueel preventieadviezen worden gegeven en er wordt doorverwezen naar de huisarts);
- een proefles MBVO een planning voor vervollessen voor mannen en vrouwen apart (de eerste drie maanden onder begeleiding van een fysiotherapeut en de rest van het jaar zelfstandig).

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: Er is een procesevaluatie uitgevoerd onder deelnemers. Een door ZonMw gefinancierde effectevaluatie loopt nog.

2) Uitkomstmaten en effecten

Deelname beweegactiviteiten

85 van de 97 deelnemers deden mee aan de eerste (proef)les Meer Bewegen Voor Ouderen. Na 3 maanden deden 74 personen (87%) nog mee en na 6 maanden 26 personen (31%). De vrouwengroepen kozen meestal voor aerobics en de mannen voor fitness.

Vroegopsporing diabetes

De cursus heeft veel Marokkanen met een verhoogd risico op diabetes opgespoord: 41 van de 65 personen waarvan een ingevulde risicotest beschikbaar is (63%). Twintig personen (31%) hadden een licht verhoogd risico en vier (8%) een laag risico op diabetes. Van 59 personen is het bloedglucosegehalte geregistreerd: 53 personen (90%) hadden een lage waarde (groene zone), een persoon (2%) had een licht verhoogde waarde (oranje zone) en vijf personen (8%) hadden een hoge waarde (rode zone).

3) Bereik

De werving via buurthuizen ging goed. De eerste voorlichtingsbijeenkomst werd bezocht door 97 personen (35 mannen en 62 vrouwen).

Ontwikkeld door

Thuiszorg Amsterdam.

Referenties

Van der Most en van Spijk MW. Diabetes en bewegen. Preventie diabetes bij Marokkaanse Amsterdammers. Evaluatieverslag van een pilot. EDG-reeks: 2007/7, Amsterdam, 2007.

Actieve leefstijl

Beweeg je Beter

Doel

Via bewegen gezonder worden. Het beoogde resultaat bij de doorverwezen patiënten/ de deelnemers is dat zij:

- blijvend meer bewegen;
- minder vaak naar de huisarts gaan;
- zich beter voelen en/of dat eventuele klachten ten gevolge van de chronische ziekte of andere (vage) klachten afnemen.

Doelgroep

Patiënten uit enkele huisartsenpraktijken in (zes) achterstandswijken in Amsterdam. Het betreft een groep patiënten die geregeld de huisarts bezoekt met vage klachten en bij wie geen somatische oorzaak gevonden kan worden. Vaak gaat het om vrouwen of mannen – al dan niet van allochtone afkomst – die niet lekker in hun vel zitten, die soms wat depressief zijn, die te dik zijn, te weinig bewegen, en die moeilijk zijn te activeren.

Intermediaire doelgroep

Huisartsen in achterstandswijken.

Setting

Zorg.

Aanpak/beschrijving interventie

Groepsgewijze activering van patiënten via een recept van de huisarts. Geen medicatie of doorverwijzing naar de tweede lijn, maar een actieve rol van de patiënt zelf: hij/zij moet letterlijk en figuurlijk in beweging komen. Er is sprake van een stedelijk project met stedelijke projectleiding, met deelprojecten op wijkniveau. Elk deelproject heeft twee trekkers, een huisarts en een fysio-/oefentherapeut, en wordt ondersteund door 1^{ste} Lijn Amsterdam. Aan een deelproject kunnen meerdere huisartsen deelnemen (als verwijzer) en ook meerdere fysio-/oefentherapeuten (als groepsbegeleider, of met meer taken). De specifieke interventie kan per deelproject verschillen, maar voldoet aan dezelfde criteria (groepsgewijs, intensieve begeleiding, gericht op plezier, ingebed in of sluit aan bij bestaande interventies/activiteiten/netwerken in de wijk, deelname aan de monitoring door de GGD). Er zijn twaalf bijeenkomsten (fase 1) waarin wordt kennisgemaakt met bewegen en de groep, waarna de deelnemers doorstromen naar fase 2 waarin het de bedoeling is dat de deelnemers doorgaan met hun beweeggedrag en doorstromen naar reguliere sportactiviteiten (fase 3). In het project 'Beweeg je Beter' wordt gebruikgemaakt van de uitgangspunten van Big!Move. Centraal daarin staat dat mensen zélf verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid, ofwel Gezond Gedrag (GG). Het gaat dus om méér dan alleen maar mensen in beweging krijgen. Het gaat om onderscheid tussen gezondheid en gedrag versus ziekte en zorg. Alle deelnemende fysio-/oefentherapeuten en verwijzende huisartsen volgen de GG- en ICF-scholing, gegeven door het team van 'Big!Move' en anderen.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: de GGD Amsterdam voert een monitor uit die inzicht moet geven in:

- 1) de omvang en kenmerken van de deelnemers van de interventies;

- 2) inzicht in de participatie onder deelnemers, redenen van uitval, en uitstroom naar reguliere vervolgactiviteiten;
- 3) het zorgconsumptiepatroon van deelnemers;
- 4) het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied.

Zo moeten deelnemers zowel bij de intake als na elke fase vragenlijsten (over welbevinden, demografische en gedragskenmerken) en procesformulieren invullen en worden er fysieke metingen verricht (lengte, gewicht, buikomvang, BMI, bloeddruk en hartslag bij rust en fietstest). Er is echter geen sprake van een effectonderzoek met controlegroep.

2) Uitkomstmaten en effecten

Lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden

Op drie aspecten: inspanningen, emotionele problemen en vermoeidheid, zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar.

Bij de intake was 70,3% van de deelnemers in staat om slechts zeer lichte tot matige inspanning gedurende ten minste twee minuten vol te houden. Na fase 1 is dit percentage afgenomen tot 55%. Bijna tweederde van de deelnemers (61,7%) had bij aanvang meer of mindere mate last gehad van emotionele problemen in de afgelopen twee weken. Na fase 1 is dit percentage 53,0%. Ruim tweederde (68,7%) van de deelnemers rapporteerde bij aanvang (erge) vermoeidheid. Na fase 1 was dit gedaald tot 60,5%. Op enkele andere aspecten zijn de gerapporteerde problemen echter toegenomen. Een ruime meerderheid (58,8%) had ten tijde van de intake moeite (variërend van zeer veel tot enige moeite) met het verrichten van dagelijkse bezigheden. Na fase 1 was dit percentage 61,2%. Ruim een derde van de deelnemers (41,3%) was bij aanvang van het programma matig tot ernstig belemmerd bij sociale activiteiten in de twee voorliggende weken. Het ging dan om lichamelijke of sociale belemmeringen. Na fase 1 was dit percentage 45,8%. Ruim tweederde (71,3%) van de deelnemers had de afgelopen twee weken pijn. Dit percentage was aan het eind van fase 1 gestegen tot 79,7%.

De intakepercentages betreffen 155 deelnemers. De percentages van de eerste fase betreffen echter maar 49 deelnemers.

De monitor geeft ook verandcores weer voor fase 1 ten opzichte van de intake en voor fase 2 ten opzichte van de intake. Deze zijn overwegend positief: er is meer sprake van vooruitgang dan achteruitgang. Echter: er is sprake van slechts kleine aantallen deelnemers waarover gegevens beschikbaar zijn (fase 1-intake N=26 en fase 2-intake N=12).

Om die reden zijn geen conclusies te verbinden aan het verloop op deze uitkomstmaten over de eerste twee fasen. Er zijn geen gegevens verzameld over fase 3 omdat dit logistiek te ingewikkeld bleek. Daarmee blijft de vraag naar doorstroom ten dele onbeantwoord. Opgemerkt wordt dat verbetering van de monitor wenselijk is.

Fysiek functioneren

De eerste resultaten van de monitor betreffen geen fysieke maten, zoals VO₂-max, bloeddruk, BMI, buikomvang en gewicht.

3) Bereik

In de periode 1-1-2008 tot 1-9-2009 zijn 446 mensen door de huisarts verwezen naar 'Beweeg je Beter'. Een groot deel van de ingestroomde deelnemers kenmerkt zich door een laag opleidingsniveau, overgewicht en een matig tot slechte functionele gezondheidsstatus. Driekwart is vrouw en driekwart is allochtoon. Meest genoemde redenen om als huisarts te verwijzen zijn: overgewicht, diabetes, klachten aan het bewegingsapparaat, hypertensie en klachten over luchtwegen. Gelet op de doelgroep die met het programma wordt beoogd ('patiënten' met een verhoogd risico op chronische aandoeningen, overgewicht, depressie of vage klachten zonder medische oorzaak) kunnen we vaststellen dat die doelgroep ook wordt bereikt.

De bezettingsgraad van de deelnemers blijkt gedurende het verloop van een fase geleidelijk iets te dalen; dat geldt voor zowel fase 1 als fase 2. De bezettingsgraad is in beide fasen overigens vrijwel gelijkwaardig; voor beide fasen ongeveer 68%. Aan het einde van fase 1 is 18% uitgevallen en aan het einde van fase 2 is dit 46%.

Ontwikkeld door

Eerste lijn Amsterdam (ROS), in opdracht van AOF.

Referenties

Projectplan 'Beweeg je Beter'.

GGD Amsterdam. Monitor Beweeg je Beter. Bevindingen van de monitor naar het beweegprogramma Beweeg je Beter over de periode van januari 2008 - september 2009. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.

Bewegen op recept (BOR)

Doel

Bevorderen van een actieve leefstijl. Specifieke doelen:

- kennisvermeerdering over de relatie tussen bewegen en (lichamelijke en geestelijke) gezondheid;
- attitudeverandering ten opzichte van bewegen;
- gedragsverandering: de cliënt wordt aangezet tot bewegen en blijven bewegen.

Doelgroep

Mensen (18-65 jaar) met (lichte) gezondheidsklachten, voor wie de drempel om te gaan bewegen, vanwege hun sociaal-economische of sociaal-culturele positie, te hoog is.

Intermediaire doelgroep

Huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers.

Setting

Zorg.

Aanpak/beschrijving interventie

BOR staat voor een beweeginterventie onder begeleiding na verwijzing door de huisarts. De huisarts geeft cliënten die steeds met dezelfde soort klachten op het spreekuur komen, een recept om te gaan bewegen. Het gaat hierbij om klachten waarvan de huisarts denkt dat (meer) bewegen de klachten zal doen verbeteren.

Na het uitschrijven van het recept wordt een afspraak gepland met een leefstijladviseur voor een intakegesprek. In dit gesprek wordt met de cliënt besproken welke beweegactiviteit het meest geschikt is om de klachten te laten verminderen. De verschillende gezondheidscursussen (bijvoorbeeld dansen, fitness, aerobics, diabetes en bewegen of COPD en bewegen) worden gegeven door sportinstructeurs die samen met de cliënt een beweegprogramma op maat maken. Er wordt ook rekening gehouden met de culturele achtergrond. Zo wordt gewerkt met aparte mannen- en vrouwengroepen en met allochtone sportinstructeurs. Tijdens de intake vindt ook een fitheidstest plaats. Deelnemers betalen zelf een financiële bijdrage in de vorm van een strippenkaart waarmee gedurende de cursus kan worden gesport. Hiervan ontvangen ze bij voldoende aanwezigheid (85%) een deel terug. Aan het eind van de cursus evalueren de sportinstructeur en de cliënt hoe het is gegaan en wordt er opnieuw een fitheidstest afgenomen. Cliënten ontvangen een certificaat. De cliënt wordt begeleid om ook na de cursus door te gaan met bewegen (bewegen zonder recept). Er worden in de wijk sportactiviteiten tegen gereduceerd tarief aangeboden.

BOR kent vele samenwerkingspartners; naast gemeente, eerstelijnszorgaanbieders en sportorganisaties zijn dit ook ziekenhuis-, welzijns-, geestelijke gezondheidszorg en onderwijsinstellingen en verzekeraars.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: BOR is geëvalueerd op basis van mondeling afgenomen vragenlijsten bij de intake (N=650) en na afloop (N=130) van de interventie. Er worden vragen gesteld over demografie, medische gegevens, beweegactiviteit, lengte, gewicht, gebruik medische voorzieningen, gezondheidsbeleving, ervaren sociale steun, houding ten aanzien van bewegen en eigen effectiviteit. Na tien keer sporten werden dezelfde vragen opnieuw gesteld en werden ze aangevuld met vragen over het sportgedrag voor BOR en toekomstige beweegplannen. Geen controlegroep en geen follow-up.

In 2008 is gestart met een RCT naar de effecten van BOR onder 180 deelnemers (vrouwen, 18-65 jaar en van allochtone herkomst) aan de twintig weken durende interventie en een controlegroep van 180 personen die 'care as usual'

ontvangen. Metingen vinden plaats bij aanvang, na zes en na twaalf maanden. Primaire uitkomstmaat is zelfgerapporteerde fysieke activiteit (in minuten per week).

2) Uitkomstmaten en effecten

43% van de deelnemers is meer gaan bewegen, 55% minder en bij 2% is geen sprake van toe- of afname van de lichamelijke activiteit. Er was geen effect op BMI. Deelnemers voelen zich fitter en hun psychosociale welzijn en hun ervaren gezondheid zijn verbeterd. Gemiddeld kennen zij hun eigen gezondheid na tien keer sporten een enigszins positievere score toe (van 5,4 naar 5,8 op een schaal van 0 tot 10, $P < 0.05$). Het bezoek aan huisarts en/of fysiotherapeut nam vooral af bij deelnemers die de afgelopen twee maanden voor aanvang vaak naar hun zorgaanbieder gingen. De motivatie om te sporten werd positief beïnvloed. De positieve houding komt vooral door de gezelligheid die deelnemers ervaren tijdens het sporten en de contacten die ontstaan door het meedoen aan BOR. Drie op de vier deelnemers is van plan te blijven sporten.

3) Bereik

Sinds eind 2002 hebben meer dan 1500 volwassen cliënten deelgenomen aan BOR. De meeste deelnemers zijn vrouw en allochtoon (vooral Turks, Marokkaans en Surinaams).

Ontwikkeld door

STIOM, Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening Den Haag.

Referenties

Schmidt M, Absalah S en Stronks K. Wat beweegt de deelnemers? Een evaluatie van het project 'Bewegen op Recept' in Den Haag. Amsterdam: AMC/UvA, 2006.

Big!Move

Doel

Toename van eigenwaarde, kracht, plezier, beter inzicht in de eigen gezondheid en uiteindelijk van een meer gezonde leefstijl, en een afname van de zorgvraag.

Doelgroep

Bewoners van achterstandswijken die kampen met overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten, spanningen, eenzaamheid, moeheid en/of gedragsproblemen.

Setting

Zorg.

Aanpak/beschrijving interventie

'Big!Move' is een gefaseerd programma gericht op gedragsverandering. Het programma wordt uitgevoerd op locaties in de wijk, in de leefomgeving van de deelnemers, en wordt begeleid door twee speciaal getrainde instructeurs (fysio- of oefentherapeut). Door middel van bewegen in groepen beoogt 'Big!Move' het verplaatsen van de aandacht van het verhelpen van vooral ziekte naar aandacht voor het versterken van gezondheid. Plezier in sportieve activiteiten wordt als het fundament van de processen van verandering en versterking beschouwd, en ook als de belangrijkste voorwaarde voor een blijvende lichamelijk en sociaal actieve leefstijl, die uiteindelijk leidt tot gezondheidseffecten.

Het 'Big!Move'-programma bestaat uit vier fasen waarin de deelnemer steeds zelfstandiger gaat functioneren. Na elke fase wordt samen met de deelnemer de afgeronde periode geëvalueerd. De deelnemer besluit zelf om wel of niet door te gaan naar de volgende fase. Iedere deelnemer betaalt een oplopende eigen bijdrage (totaal 60 euro) voor het programma. Het meebetalen werkt motiverend en op deze manier leren de deelnemers geld uit te geven voor zichzelf en hun gezondheid. De stap naar een reguliere activiteit die men vanaf fase 3 kiest en zelf betaalt is hierdoor minder groot. Als de deelnemer dat wil, kan hij/zij in fase 4 deel uitmaken van de organisatie en initiatieven ontwikkelen voor anderen.

Vooraf aan fase 1 (na verwijzing door de eerstelijns in overleg met de huisarts) is er een intakegesprek van 45-60 minuten. Tijdens de intake wordt er een gezondheidsprofiel (ICPC/ICF) gemaakt. De motivatie en mogelijkheden voor het programma worden besproken en er wordt een aantal metingen verricht, waaronder gewicht, bloeddruk en conditieniveau. Aan het einde van de intake wordt bepaald welke activiteit (dans, zwem, wandel, fiets) het best bij iemand past en in welke groep de deelnemer zal starten. Elke les is opgebouwd uit 3 aspecten van gezondheid: kennis (wat is conditie, wat is gemotiveerd zijn?), kunde (hoe train je, hoe verander ik mijn gedrag, hoe ontspan je?) en motivatie (wat vind ik leuk, hoe raak ik geërgerd en wat doe ik met chaos of tegenslag?).

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: in het eerste jaar was sprake van een pilot. De resultaten bij de eerste honderd deelnemers zijn beschreven aan de hand van metingen tijdens de intakes en na afloop van de interventie op basis van vragenlijsten over ervaringen en (beweeg)gedrag ingevuld door de deelnemers. Er zijn drie effecten gemeten: 1) gezondheidstoestand op basis van ICF: lichaamsfuncties, activiteiten en participatie, 2) verandering in (zelfgerapporteerd) beweeggedrag, twee tot zes maanden na afloop van het programma: ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen), zelfstandige bewegingsactiviteit en deelname aan bestaande sportactiviteiten en 3) zorggebruik: aantal huisarts- en fysiotherapieconsulten. Daarnaast heeft een evaluatie plaatsgevonden onder deelnemers van de groepen dansen, fietsen, zwemmen en wandelen in het jaar 2005 waarvan fase 2 was afgerond. Hiertoe zijn met 71 deelnemers interviews gevoerd. Geen controlegroep en geen follow-up.

2) Uitkomstmaten en effecten

Gezondheidstoestand

Uit de pilot van de eerste honderd deelnemers blijkt dat er nauwelijks veranderingen zijn opgetreden op de door de meeste deelnemers gestelde doelen: afvallen, beter lichamelijk uithoudingsvermogen en afname van pijn. Wel ondervonden de deelnemers positieve veranderingen op het gebied van persoonlijkheid en bewustwording van eigen lichaam en geest en weten ze beter wat ze willen. De klachtgerichte begindoelstellingen van de deelnemer verdwijnen tijdens het programma vaak naar de achtergrond. Zij worden vervangen door meer reële en persoonlijker doelen. Verandering in cognities, gedrag en zelfvertrouwen zijn voorwaarde om doelen als afvallen, conditieverbetering en afname van pijn op lange termijn te halen. Uit het latere onderzoek komt naar voren dat deelnemers op een lijst van mogelijke veranderingen na deelname aan 'Big!Move' gemiddeld aangeven dat op 3,7 punten een gezonde verandering is doorgebracht. De meest genoemde punten (beide 54%) zijn dat men anders omgaat met de eigen gezondheid en dat men zich anders voelt. De ervaren gezondheid van deelnemers aan 'Big!Move' is na deelname aan het programma echter nog aanzienlijk slechter dan die van de gemiddelde Amsterdammer en zeker ook van de gemiddelde Nederlander. Een derde deel van de respondenten voelt zich sterker in zijn/haar schoenen staan na deelname aan 'Big!Move'. 53% van de respondenten is, naar eigen zeggen, nu minder zwaar (minstens 2 kilo minder) dan bij de start van het programma. Bij de intake voor het bewegingsprogramma had 61% ernstig overgewicht (BMI > 30).

Lichamelijke activiteit

De pilot toonde een toename van sportactiviteiten, vooral van lopen. Drie maanden na afsluiting van de tweede fase waren 84 deelnemers meer gaan bewegen. Daarvan was 88% actiever in dagelijkse activiteiten, 69% was zelfstandig gaan sporten en 51% was actief geworden via een club, vereniging of buurthuis. Van de 43 uitvallers pakten 12 deelnemers zelf nieuwe sportactiviteiten op en een aantal deelnemers was op andere manieren, bijvoorbeeld in het werk, meer gaan bewegen. Uit het latere onderzoek blijkt dat 58% van de deelnemers nog steeds regelmatig beweegt, al is dit niet altijd in een fase 3 groep. 37% van de deelnemers beweegt nu niet, maar zou dit in principe wel willen, en 31% van de respondenten beweegt nu wel maar zou dat graag nog meer doen. Gebrek aan geld is de meest genoemde reden om niet (of nog méér) te bewegen, gevolgd door het gebrek aan een zetje in de rug.

Zorggebruik

Onder de eerste honderd deelnemers is het zorggebruik gedaald met 20%, de gemiddelde frequentie verminderde van 6 naar 4,8 consulten per jaar. De indruk bestaat dat ook de inhoud van de vraag is veranderd, mede door de positieverandering die er optreedt tussen de huisarts en de patiënt. Uit het latere onderzoek blijkt dat huisartsbezoek bij de hele groep respondenten niet is gedaald na deelname aan het programma: gemiddeld 7,2 consulten op jaarbasis

(gemiddeld in Nederland in 2003: 2,7). Echter, de mensen die zijn doorgestroomd naar een fase 3 activiteit hebben in het jaar na afronding van fase 2 gemiddeld 4,2 consulten.

Overige leefstijl

Een kwart van de deelnemers heeft iets verbeterd aan rook-, drink- en/of voedingsgedrag. Dit laatste effect is bijzonder, omdat er tijdens de 'Big!Move'-bijeenkomsten (nog) geen aandacht wordt besteed aan andere vormen van gezond gedrag.

3) Bereik

In 2009 wordt op zes locaties in Nederland de 'Big!Move'-methode toegepast en zijn er vier nieuwe locaties in training. In 2009 waren 300 patiënten verwezen naar 'Big!Move'.

Ontwikkeld door

Gezondheidscentrum Venserpolder (in Amsterdam Zuid-Oost).

Referenties

Overgoor L. en Aalders M. Big!Move evaluatieverslag april 2003-juni 2004. Amsterdam: Stichting Big!Move Institute, 2004.

Overgoor L, Aalders M en Reitsma S. Big!Move2 evaluatieverslag juli 2006-september 2007. Amsterdam: Stichting Big!Move Institute, 2007.

Wieringen J en Thomas R. Bewegen is Groei; Evaluatiestudie van het GG/ZZ project. Amsterdam, Stichting Big!-Move Institute, 2006.

Migrantenprotocol

Doel

Hoofddoel van het programma is om vrouwen te begeleiden naar een gezondere leefstijl met langdurig meer sportief bewegen en om hun omgeving positief te beïnvloeden: toestemming van de partner, geschikte sportieve activiteiten in de wijk, zorgen voor 'maatjes'. Subdoelen liggen op het mentale vlak (kennis, attitude), het fysieke vlak (bewegingsvaardigheden, conditie) en het sociale vlak (ervaringen delen, elkaar steunen, samen activiteiten ondernemen).

Doelgroep

Volwassen vrouwelijke migranten die chronische pijnklachten in het bewegingssysteem hebben en die problemen ervaren in het dagelijks functioneren door een slechte lichamelijke conditie, overgewicht, sociale problematiek en eventuele onderliggende chronische ziekten.

Setting

Zorg.

Aanpak/beschrijving interventie

Belangrijke elementen van het 'Migrantenprotocol' zijn onder andere:

- voorlichting over de relatie tussen stress en pijnklachten en over voeding en afvallen;
- conditietraining, vergroting en uitbreiding van bewegingsvaardigheden;
- coaching van de doelgroep naar een gezonde leefstijl;
- ontwikkeling van groepsdynamica (ervaringen delen, met elkaar nadenken over hoe meer bewegen is te realiseren, en elkaar steunen en meeslepen);
- aanzetten tot differentiatie naar subgroepen.

De groepstraining duurt twaalf weken; een periode van acht weken waarin de vrouwen tweemaal per week gedurende anderhalf uur in groepsverband bijeenkomen, gevolgd door een periode van vier weken eenmaal per week. Daarna is het de bedoeling dat de vrouwen de overstap maken naar het reguliere sportcircuit. De therapeuten gaan tijdens de training met de vrouwen een proces aan van 'health empowerment', met als ultiem doel dat de vrouwen zelf hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen voor (aspecten van) hun eigen gezondheid en hun eigen gezonde leefstijl. Het protocol omvat een 'integrale benadering' waarin verschillende professies en sectoren met de vrouwen samenwerken om het doel 'een gezondere leefstijl met meer sportief bewegen' mogelijk te maken. Het kan hierbij gaan om: VETC, maatschappelijk werk, geestelijke hulpverlening, voedingsvoorlichting, arbeidsreïntegratie. In de integrale benadering ervaren de vrouwen dat zij zelf meer controle hebben over hun gezondheid, welbevinden en leefstijl, dat er mogelijkheden zijn, ook voor henzelf, om hun invloed daarop te vergroten, maar óók dat wordt verwacht dat zij die verantwoordelijkheid (actief) op zich nemen. Bij deze vrouwen gaat het vooral om het mobiliseren van iemands persoonlijke kracht en kwaliteiten, maar ook in deze fasen wordt al gesproken over bewegingsmogelijkheden in de wijk, die zo mogelijk worden aangepast aan hun wensen, en wat de vrouwen daar zelf aan kunnen bijdragen.

Effectiviteit

1) Bewijslast

Laag: na een succesvolle pilot is met geld van ZonMw een effectevaluatie uitgevoerd naar de groepsoefentherapie. De gezondheidstoestand en het gezondheidsgedrag van de vrouwen voor (T0) en na de interventie zijn gemeten direct na afloop (T1) en na drie tot zes maanden (T2). Er was geen sprake van een controlegroep. Op T1 is ook een evaluatief groepsgesprek gehouden met de deelnemende vrouwen. Hierin werd gevraagd naar hun ervaringen, knelpunten en verbeterpunten. Van 986 vrouwen zijn op T0 gegevens verzameld. De onderzoekspopulatie voor het meten van de korte termijn effecten (T1) is 650 en die van de middellange termijn (T2) bedraagt 249 vrouwen.

2) Uitkomstmaten en effecten

Gezondheidstoestand

De ervaren gezondheidsproblemen zijn op T1 afgenomen. Bijna 20% van de vrouwen geeft minder gebieden aan waar zij de pijn als 'zeer ernstig' ervaren. Op de EuroQol dimensie 'pijn' neemt de score 'zeer ernstig probleem' met 25% af. De EuroQol tariff score, als indicatie van ervaren kwaliteit van leven, is verbeterd en minder vrouwen hebben een negatieve score. Ook de ervaren gezondheid verbetert: minder vrouwen hebben een score lager dan 40, en meer vrouwen hebben een score van meer dan 60. Ook het inspanningsvermogen/de conditie is aanmerkelijk verbeterd. De vrouwen kunnen de Shuttle Walking Test langer volhouden: zij lopen gemiddeld ruim negen shuttles méér, en gaan daarmee, als groep, van niveau 7 (5,5 km per uur, 1 minuut volgehouden) naar niveau 8 (6,1 km per uur, 1 minuut volgehouden). Verbeteringen betreffen het aantal gelopen shuttles, de loopsnelheid en het fysieke herstel na inspanning (herstel van hartslagfrequentie).

De eerste resultaten van de tweede nameting wijzen uit dat er in de periode drie tot zes maanden na afsluiting van het protocol géén toename plaatsvindt in de door de vrouwen ervaren gezondheidsproblemen (pijn, andere klachten). Er is zelfs een lichte verdere afname van het aantal klachtengebieden dat de vrouwen aangeven, het aantal klachtengebieden met ernstige pijn, en het aantal beperkingen. De fysieke conditie van de vrouwen is significant hoger dan bij de voormeting, al is er enige teruggang in het aantal gelopen shuttles en het percentage vrouwen dat niveau 8 (6,08 km per uur) uitloopt ten opzichte van de resultaten bij afsluiting van de oefenperiode. De hartslagfrequentie en het herstel na inspanning geven overigens geen teruggang te zien. De verbeteringen in de domeinen van de EuroQol (waaronder 'pijn en andere klachten' en 'stemming') die zijn gerealiseerd aan het eind van de periode van het protocol (T1) blijken ook in de periode daarna te zijn gehandhaafd. De Kwaliteit van leven score (EuroQol tariff score) is zelfs verbeterd ten opzichte van T1, en (weer) minder vrouwen hebben een negatieve score. De door de vrouwen ervaren gezondheidstoestand (EuroQol VAS score) is eveneens niet achteruit gegaan.

Zorggebruik

Het percentage vrouwen dat de huisarts meerdere keren per maand bezoekt, is op T1 met een vijfde (19%) afgenomen. Het huisartsenbezoek is sinds de afsluiting van de groepsoefentherapie (T2) weer toegenomen, maar is significant lager dan bij T0. Er is een afname van 10% in vrouwen die de huisarts meerdere keren per maand bezoeken ten opzichte van de situatie bij aanvang. Het is belangrijk om op te merken dat een groot aantal vrouwen ook chronische ziekten hebben

als diabetes mellitus, hoge bloeddruk en COPD, waarvoor zij vermoedelijk op controle moeten komen bij de huisarts. Dat betekent dat niet alle huisartsenbezoek onnodig, en dus een punt voor verbetering, zou zijn.

Gezond gedrag

Op T1 is het percentage vrouwen dat wekelijks een sport beoefent toegenomen met 40%. Het percentage vrouwen dat wekelijks in de vrije tijd wandelt en/of voldoet aan de norm van 10.000 stappen per dag is niet veel is toegenomen. Het 'gezond gedrag' van de vrouwen is sinds de afsluiting van de groepsoefentherapie nog iets verbeterd wat betreft het zelfstandig (sportief) wandelen. Het wekelijks uitvoeren van sportieve activiteiten is iets minder dan bij T1, maar ten opzichte van T0 is er een toename met 31% van vrouwen die wekelijks sporten.

Empowerment

De vrouwen hebben (als groep) veel geleerd en ervaren in de periode van tien weken groepsoefentherapie, en weten dat (als groep) te verwoorden. Op groepsniveau zijn er daarmee aanwijzingen voor een geslaagd empowerment-proces. Op individueel niveau is een aantal vrouwen vrij ver gevorderd in het proces van kennis, ervaring, het toepassen van de opgedane kennis en het zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid; andere vrouwen zijn nog niet zo ver. Op T2 geven vrouwen, naast het blijven toepassen van de opgedane kennis, ook aan dat de veranderingen in attitude en gedrag zich verder uitbouwen. Blijven doorgaan met meer bewegen of sporten is daar een onderdeel van. Meer voor zichzelf opkomen, meer praten of tegengas durven geven aan huisgenoten is ook genoemd. Ook zeggen de vrouwen dat zij weten dat als zij pijn of andere klachten hebben zij last van spanningen hebben. Zij geven aan dat zij dan niet meer direct naar de huisarts gaan, maar denken aan de groepslessen, en meer proberen te ontspannen en te bewegen. Zij zeggen ook dat zij niet meer zo somber zijn als zij pijn hebben, omdat zij weten wat zij er zelf aan kunnen doen. Doorgaan met sporten in het buurthuis of elders in de wijk lukt niet altijd. De groepen zijn daar vaak groot, de oefeningen te moeilijk of te intensief, en de vrouwen voelen zich er niet veilig, mede uit angst voor problemen door hun andere ziekten en aandoeningen. Een deel van de vrouwen doet nu mee aan de lessen MBvO (Meer Bewegen voor Ouderen), anderen doen mee aan andere activiteiten, zoals computerles, taalles of fietsles. Een vrouw meldt dat zij nu naar het opvoedingssprekuur gaat, en een vrouw zegt trots dat zij nu vrijwilligerswerk doet. Huisartsen geven aan dat zij beter kunnen praten met de vrouwen die het oefenprotocol hebben doorlopen. Zij merken dat de vrouwen meer inzicht hebben in hun situatie en klachten en dat relevante zaken beter bespreekbaar zijn. Resultaten van het empowerment-proces in mentaal en cognitief opzicht blijven dus ook drie tot zes maanden na afloop van het protocol aanwezig.

3) Bereik

Het protocol wordt toegepast in twaalf van de veertien stadsdelen in Amsterdam. In 2008 is het protocol ook in Utrecht geïmplementeerd. Daarnaast wordt het protocol door therapeuten in heel Nederland opgepakt. Voorjaar 2009 werd het oefenprogramma in meer dan zeventig praktijken aangeboden.

Ontwikkeld door

Fysiotherapeuten in Amsterdam hebben (bottom-up, vanuit de dagelijkse praktijk) in 2000/2001 een protocol ontwikkeld: 'Groepstraining voor vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten', kortweg het 'Migrantenprotocol' genoemd.

Referenties

Ravensberg CD van, Akihary SCN, Streek. MD van de, Barendse JM.en Wams HWA. Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. Amersfoort: NPI, 2006.

Van Klacht naar Kracht (VKNK)

Doel

Voorkómen dat beginnende klachten leiden tot chronische aandoeningen, vooral diabetes en depressie, door het bevorderen van een actieve leefstijl.

Doelgroep

Huisartspatiënten van gezondheidscentra (in voornamelijk achterstandswijken) in Rotterdam met (beginnende) diabetes en depressieve klachten.

Setting

Zorg.

Aanpak/beschrijving interventie

Het programma bestaat uit beweegactiviteiten en voedingsadvies en gedurende het gehele programma persoonlijke begeleiding van een leefstijladviseur (meestal fysiotherapeut of praktijkondersteuner, soms diëtist en in één geval maatschappelijk werker). Patiënten die voor het programma in aanmerking komen, worden door de huisarts verwezen naar de leefstijladviseur. Er is sprake van 'maatwerk': afhankelijk van de individuele gezondheidsklachten en de motivatie van de patiënt wordt het beweegprogramma bepaald. Het totale traject bestaat uit drie fases. In de eerste fase gaan de deelnemers, indien nodig, bewegen in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut. In fase 2 kunnen de deelnemers een cursus 'Samen Sportief Afvallen' of een preventieve GGZ-cursus volgen. In de laatste fase gaan deelnemers meedoen aan beweegactiviteiten georganiseerd in de wijk. De eerste fase is intensief bewegen in de zorg, de tweede fase is begeleid bewegen met een cursus in de wijk, en de derde fase bestaat uit zelfstandig bewegen in de wijk. Zo doorlopen de deelnemers de fases van ik kan bewegen, ik beweeg met plezier en ik blijf bewegen. Het totale programma duurt voor de deelnemer maximaal één jaar.

GGD Rotterdam-Rijnmond is uitvoerder van het project en werkt hierbij samen met eerstelijnszorgaanbieders, Stichting Zorgimpuls, Achmea Zorg, Thuiszorg Rotterdam, preventieve GGZ instellingen en gemeente Rotterdam en deelgemeenten.

Effectiviteit

1) Bewijskracht

Laag: de deelnemers krijgen op verschillende momenten in het traject een vragenlijst voorgelegd ten behoeve van de monitoring van het programma. Dit is bij aanvang van het traject (T0), na drie maanden (T1), na zes maanden (T2) en na een jaar c.q. bij beëindiging van het traject (T3). Er is ook voorzien in een follow-upmeting, zes maanden na afloop van het traject.

2) Uitkomstmaten en effecten

De effecten betreffen de eindresultaten van de circa tachtig personen die inmiddels het programma hebben afgerond. In de eindgroep zijn ten opzichte van de totale instroom wat minder mensen van 45 tot 55 jaar, wat meer mensen met een Nederlandse of Surinaamse achtergrond en relatief weinig met een Marokkaanse achtergrond. Ook zijn er relatief veel mensen met een hogere opleiding en weinig met alleen lager onderwijs. Het aandeel mensen met geen enkele opleiding is overigens in de eindgroep even groot als bij de instroom.

Medische maten

Op geen enkel onderdeel blijkt sprake van gezondheidsverlies. De boven- en onderdruk van het bloed zijn gemiddeld gedaald en het cholesterolniveau van het bloed is gemiddeld gelijk gebleven. Echter deze verschillen zijn niet significant. De ervaren gezondheid is gestegen met gemiddeld één op een schaal van 0 tot en met 10. De psychische gezondheid is bij de deelnemers gestegen met bijna 9 op een schaal van 0 tot en met 100. De hinder van pijnklachten en gevoelens/emoties is afgenomen.

De volgende medische maten zijn significant verbeterd:

- De gemiddelde buikomvang van de deelnemers is met gemiddeld bijna zes centimeter gedaald tot 107 centimeter.
- Het gewicht en de Body Mass Index zijn beide gedaald met respectievelijk ruim 2 kilogram en 1 kg/m².
- De diabetesmaten HbA1C en Glucose zijn gedaald met 0,3% en 0,8 mmol/liter.
- Het percentage mensen met een acceptabele bloeddruk is met 12,5% gestegen.

Beweeggedrag en conditie

53% van de deelnemers rapporteert op de eindmeting dat zij sinds de start van het programma meer zijn gaan bewegen.

De beweegangst is gedaald met gemiddeld ruim 8 op een schaal van 0 tot en met 30. De motivatie om te bewegen is gestegen met gemiddeld ruim 1 op een schaal van 0 tot en met 20. De prestatie op de 6 minuten wandeltest is gemiddeld gestegen met 80 meter naar 452 meter.

Attitude

Meest in het oog springend is dat meer mensen zeggen dat ze bewegen omdat ze er plezier in hebben en dat meer mensen vaak activiteiten doen waarbij ze moeten zweten.

Empowerment

Vanaf 2010 worden ook enkele aspecten van empowerment gemeten. In de vragenlijst zijn hiertoe enkele vragen toegevoegd over eigen waarde, kritisch bewustzijn en probleem oplossend vermogen. De vragen zijn zodanig geformuleerd dat ze aansluiten bij het taalniveau en cultureel perspectief van de doelgroep. Aanleiding is de ervaring van leefstijladviseurs dat er vooral onder de lage SES-deelnemers sprake leek van positieve resultaten op dit terrein, maar dat vorderingen op het psychosociale vlak onvoldoende konden worden gemeten met de bestaande vragenlijst.

3) Bereik

Sinds de start van het programma zijn er ongeveer 1200 mensen door huisartsen doorverwezen. Hoeveel van hen ook daadwerkelijk aan het programma zijn gaan deelnemen is niet precies bekend. De tweede tussenrapportage bevat gegevens van zo'n 850 personen die tussen september 2007 en september 2009 aan het programma zijn gaan deelnemen. Maar het is niet zo dat er dus 350 niet zijn gaan deelnemen. Er zijn namelijk circa 105 personen doorverwezen naar twee Beweegkuurlocaties. Zij volgen een eigen monitortraject. Daarnaast kan het ook zo zijn dat er nog geen intakeformulier is ingevuld omdat de persoon zich pas recent heeft gemeld, dat er onterecht geen intakeformulier is ingevuld of dat het intakeformulier (nog) niet is opgestuurd.

Van de deelnemers is 65% lager opgeleid.

Sommige patiënten zijn ten onrechte of onjuist doorverwezen en soms bleken zij onvoldoende gemotiveerd te zijn voor het programma. Ook kunnen mensen (bijvoorbeeld om praktische redenen) niet geschikt zijn voor het programma. In een aantal gevallen is men niet gaan deelnemen omdat de kosten niet worden vergoed door de verzekeraar, omdat het programma buiten de dekking van de polis viel.

Ontwikkeld door

GGD Rotterdam-Rijnmond.

Referenties

Hooijdonk C van, Kreuger F, Lenthe F van en Rentema M. Empowerment door Van Klacht naar Kracht. Meten van effecten op empowerment bij lage sociaal-economische groepen in het Rotterdams leefstijlprogramma Van Klacht Naar Kracht. Rotterdam: Erasmus MC/GGD Rotterdam-Rijnmond.

Zeele S van en Mandos E. Rotterdams Leefstijlprogramma Van Klacht naar Kracht. Tweede tussenrapportage: De eerste twee jaar. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.

Bijlage 2 Geraadpleegde deskundigen

Pieter Arts (VNG)
Matthijs van den Berg (RIVM, cVTV)
Djoeke van Dale (RIVM, CGL)
Stephanie Hulsbosch (IGZ)
Nancy Hoeymans (RIVM, cVTV)
Annette Koopman (ZonMw)
Judith de Meij (GGD Amsterdam; EMGO)
Polleke Verhoeven (GGD West Brabant)

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl