

# **Rotterdams Leefstijlprogramma VAN KLACHT NAAR KRACHT**

*Tweede tussenrapportage: De eerste twee jaar*

Staf van Zeele en Eva Mandos  
Zorgmonitor  
Cluster Zorgregie

November 2009  
GGD Rotterdam-Rijnmond



# INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	5
1 Inleiding.....	7
2 Omvang en kenmerken van de doelgroep .....	10
2.1 Omvang van de deelnemersgroep en omvang databestand .....	10
2.2 Gezondheidscentra.....	12
2.3 Persoonskenmerken van de deelnemers .....	13
3 Gezondheid van de deelnemers bij instroom .....	16
3.1 Beweeggedrag.....	16
3.2 Gezondheid en pijnklachten .....	18
3.3 Eten en drinken.....	20
3.4 Roken en alcohol .....	21
3.5 Medische maten.....	22
3.6 Gevoel van regie over eigen leven .....	25
3.7 Conclusies .....	26
4 Resultaten van het programma: gezondheidswinst.....	28
4.1 Eindresultaten op de uitkomstmaten .....	28
4.2 Veranderingen vanuit de optiek van de deelnemers .....	31
4.2 Kenmerken van de groep die klaar is .....	32
4.3 Conclusies .....	32
5 Opmerkingen ten behoeve van de monitor .....	35



## Samenvatting

In september 2007 is de uitvoering van het Rotterdamse leefstijlinterventieprogramma Van Klacht naar Klacht gestart. Doel van het programma is te voorkomen dat beginnende klachten leiden tot chronische aandoeningen, zoals diabetes of depressie. Patiënten die extra risico lopen op deze aandoeningen, of deze al hebben ontwikkeld, krijgen gezonde leefstijlactiviteiten aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn beweegactiviteiten en voedingsadvies. De deelnemer krijgt bij het doorlopen van het leefstijltraject persoonlijke begeleiding van een leefstijladviseur.

Het programma heeft de volgende onderdelen:

- Fase 1: bewegen in groepsverband bij de fysiotherapeut; maximaal 3 maanden
- Fase 2: de cursus *Samen Sportief Afvallen* of een preventieve GGZ- cursus (*Liever Bewegen Dan Moe of Op Weg*); maximaal 3 maanden
- Fase 3: deelname aan een beweegactiviteit in de wijk, maximaal 6 maanden

De precieze invulling van het traject is afhankelijk van de individuele gezondheidsklachten en motivatie van de cliënt: cliënten hoeven ook niet altijd alle fasen te doorlopen. Het programma duurt voor de deelnemer in totaal maximaal één jaar.

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 up meting zes maanden na afloop van het traject.

Deze rapportage doet verslag van de kenmerken van circa 850 personen die tussen september 2007 en september 2009 aan het programma zijn gaan deelnemen. Circa 80 personen hebben het programma inmiddels afgerond. Van hen zijn de eindresultaten beschreven. Het is nog niet bekend hoeveel deelnemers voortijdig zijn uitgevallen.

De deelnemers aan het programma blijken te voldoen aan het vooraf opgestelde profiel van de doelgroep. Het gaat om patiënten met:

- (pre-)diabetessymptomen (hoge glucosewaarde, HbA1C-niveau, bloeddruk, etc.),
- chronische a-specifieke pijnklachten (veel pijnklachten) of
- milde depressieve klachten (veel mensen zijn psychisch ongezond).

Verder blijkt uit de achtergrondkenmerken dat vooral personen met een laag opleidingsniveau en personen uit achterstandswijken instromen. Er doen relatief veel vrouwen en allochtonen mee.

Uit de eindmeting van personen die het programma inmiddels hebben afgerond blijkt dat er sprake is van gezondheidswinst. Gezondheidswinst wordt hierbij uitgedrukt in:

- een aantal medische maten
- ervaren gezondheid en pijnklachten
- beweeggedrag en conditie
- motivatie

Op alle onderdelen is sprake van een verbetering. Zo is de gemiddelde buikomvang afgenomen met 7 centimeter en is de Body Mass Index gedaald met 1 kg/m<sup>2</sup>. Ook de door de deelnemers zelf ervaren gezondheid is toegenomen en de beweegangst en (hinder van) pijnklachten is afgenomen. De deelnemers zeggen meer te bewegen dan bij de aanvang van het programma en daar bovendien meer plezier in te hebben. Ook de psychische gezondheid is gestegen en een aanzienlijke groep

deelnemers zegt meer maatschappelijk actief te zijn en meer sociale contacten te hebben. Driekwart van de deelnemers zegt zich beter te voelen dan voorafgaand aan het programma.

# 1 Inleiding

## Het programma Van Klacht naar Kracht

In september 2007 is de uitvoering van het Rotterdamse leefstijlinterventieprogramma Van Klacht naar Klacht gestart. Het programma is een gezamenlijke inspanning van het samenwerkingsverband van Van Klacht naar Kracht (VKnK).

Doel van het programma is te voorkomen dat beginnende klachten leiden tot chronische aandoeningen, vooral diabetes of depressie. Patiënten die extra risico lopen op deze aandoeningen, of deze al hebben ontwikkeld, krijgen gezonde leefstijlactiviteiten aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn beweegactiviteiten en voedingsadvies. De deelnemer krijgt bij het doorlopen van het leefstijltraject persoonlijke begeleiding van een leefstijladviseur.

De deelnemers aan het programma hebben pre-diabetessymptomen, diabetes, chronische a-specifieke pijnklachten, of depressieve klachten. De huisarts verwijst op basis van een indicatieformulier door naar de leefstijladviseur.

Het traject is als volgt opgebouwd:

- Fase 1: bewegen in groepsverband bij de fysiotherapeut; maximaal 3 maanden
- Fase 2: een cursus *Samen Sportief Afvallen* of een preventieve GGZ- cursus (*Liever Bewegen Dan Moe* of, *Op Weg*); maximaal 3 maanden
- Fase 3: deelname aan een beweegactiviteit in de wijk, maximaal 6 maanden

De precieze invulling van het traject is afhankelijk van de individuele gezondheidsklachten en motivatie van de cliënt: het is een traject op maat. Het is dus ook mogelijk dat een deelnemer bijvoorbeeld fase 1 overslaat en direct instroomt in fase 2. De leefstijladviseur en de cliënt beslissen samen welke activiteiten het meest geschikt zijn. Het programma duurt voor de deelnemer in totaal maximaal één jaar.

In het hele traject werken verschillende partners samen in een keten: eerstelijns zorgaanbieders, Stichting Zorgimpuls, Achmea Zorg, Thuiszorg Rotterdam, preventieve GGZ instellingen, Gemeente Rotterdam en deelgemeenten.

Het programma Van Klacht naar Kracht is niet het enige in zijn soort. Voorbeeldprogramma's zijn Big!Move (dat draait in Amsterdam en Utrecht) en het programma Bewegen op Recept (dit is al geruime tijd in Den Haag actief). Samen met Van Klacht naar Kracht hebben ze model gestaan voor het programma Beweegkuur van VWS. Aan Beweegkuur is een uitgebreide effectevaluatie verbonden die elders wordt uitgevoerd.

## Monitor Van Klacht naar Kracht

Onderdeel van de onderling overeengekomen afspraken is het monitoren van de vorderingen van de deelnemers aan het programma. De staf Onderzoeken en projecten van het cluster Zorgregie van de GGD Rotterdam-Rijnmond rapporteert hierover, in het kader van de Zorgmonitor.

Twee vragen zijn richtinggevend bij de monitor, namelijk:

1. Bereikt het programma de beoogde doelgroep?
2. Wat zijn de resultaten van het programma in termen van gezondheidswinst voor de deelnemersgroep? Gezondheidswinst wordt hierbij uitgedrukt in:
  - ervaren gezondheid
  - pijnklachten
  - een aantal medische maten (bijvoorbeeld bloeddruk)
  - beweeggedrag
  - conditie
  - motivatie

Tijdens het eerste gesprek van de deelnemer met de leefstijladviseur wordt een vragenlijst (intake) afgenomen en wordt een aantal metingen verricht, bijvoorbeeld gewicht en bloeddruk. Na elke fase die is doorlopen, wordt opnieuw een vragenlijst ingevuld, die inzicht moet geven in de vorderingen van de deelnemers. Er is per deelnemer sprake van maximaal vijf meetmomenten:

Naam	Meting	Evaluatiemoment
T0	Nulmeting	Intake bij start traject
T1	Eerste tussenmeting	Na drie maanden
T2	Tweede tussenmeting	Na zes maanden
T3/T4 <sup>1</sup>	Eindmeting	Na een jaar
T5	Follow up	Zes maanden na afloop van het programma

In het kader van de monitor zijn tot nu toe vier deelonderzoeken afgerond: In november 2008 is de eerste kwantitatieve tussenevaluatie uitgevoerd op basis van de schriftelijke vragenlijsten behorend bij T0, T1 en (in beperkte mate) T2<sup>2</sup>. Daarnaast is, eveneens in 2008, een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd (Matthijssen, 2008)<sup>3</sup>. Dit meer kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op groepsgesprekken met deelnemers. In 2009 is een procesevaluatie uitgevoerd. In deze procesevaluatie is het proces rond de opzet van het programma en de uitvoering van de eerste fase geëvalueerd. Voor u ligt de rapportage over het vierde en meest recente deelonderzoek te weten de tweede tussenevaluatie. In 2010 verschijnt de eindrapportage.

Deze tweede tussenevaluatie is gebaseerd op de vragenlijsten die zijn ingevuld bij T0, T1, T2 en T3. Het gaat om vragenlijsten die zijn ingevuld tot 1 september 2009. Deze tussenrapportage is voornamelijk alleen bedoeld voor intern gebruik.

Overigens merken we op dat het in dit onderzoek gaat om een monitor en niet zozeer om een evaluatie of effectmeting. De lezer treft in deze rapportage een beschrijving aan van de resultaten van de deelnemersgroep en geen toetsing waarbij de effecten ook worden afgezet tegen resultaten van bijvoorbeeld een controlegroep.

## Leeswijzer

De opbouw van deze rapportage is grotendeels gelijk aan de eerste tussenrapportage. Allereerst komen in hoofdstuk 2 de omvang en enkele persoonskenmerken van de doelgroep aan de orde. Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 3 de Ausgangssituation (T0), waarbij we een beeld schetsen van de gezondheid en gezondheidsbeleving van de deelnemers. Hierbij beschrijven we de aanvangswaarden van enkele specifieke gezondheidsmaten. Daarna wordt in hoofdstuk 4 gekeken

<sup>1</sup> Er zijn twee vragenlijsten (T3 en T4). T3 is inhoudelijk gelijk aan T1 en T2 terwijl T4 een aantal andere elementen bevat. Tot nu toe hebben deelnemers alleen een T3 ingevuld. T4 wordt in 2010 ingezet.

<sup>2</sup> Van Klacht naar Kracht, Zorgmonitor GGD Rotterdam-Rijnmond, November 2008

<sup>3</sup> Notitie deelnemers over Van Klacht naar Kracht, M. Matthijssen, Zorgmonitor GGD Rotterdam-Rijnmond, september 2008

naar de vorderingen van de deelnemers die tot nu toe het programma volledig hebben doorlopen. Hierbij zetten we de resultaten op T1, T2 en T3 af tegen T0. In hoofdstuk 5 vatten we de bevindingen samen en formuleren we een aantal conclusies.

## 2 Omvang en kenmerken van de doelgroep

In dit hoofdstuk bespreken we de omvang van de deelnemersgroep, de gezondheidscentra waar de deelnemers het programma volgen en enkele persoonskenmerken van de deelnemers.

### 2.1 Omvang van de deelnemersgroep en omvang databestand

#### Aantal deelnemers

In dit onderzoek zijn de gegevens beschikbaar van zo'n 850 personen die tussen september 2007 en september 2009 aan het programma zijn gaan deelnemen. Van 776 personen is een intakeformulier (T0) ontvangen. Daarnaast is van nog eens 73 personen weliswaar geen intakeformulier ontvangen, maar wel een eerste en/of tweede tussenevaluatie (T1/T2). Samen maakt dit 849 deelnemers.

Het aantal mensen dat door huisartsen naar de verschillende leefstijladviseurs is verwezen ligt hoger<sup>4</sup>. Er zijn verschillende redenen waarom niet alle doorverwezen personen in het onderzoek worden betrokken:

- Er is geen intakeformulier ingevuld omdat men niet is gaan deelnemen aan het programma
- Er is nog geen intakeformulier ingevuld omdat de persoon zich pas recent heeft gemeld
- Er is onterecht geen intakeformulier ingevuld<sup>5</sup>
- Het intakeformulier is (nog) niet opgestuurd
- Circa 105 personen zijn doorverwezen naar twee Beweegkuurlocaties. Zij volgen een eigen monitortraject

Uit de vorige tussenrapportage is al bekend dat een aanzienlijk deel van de mensen die door de huisarts doorverwezen zijn inderdaad niet gaat deelnemen aan het programma. 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 vergoed worden door de verzekeraar, omdat het programma buiten de dekking van de polis viel.

#### Omvang databestand

De intake is de basis van het programma en het referentiepunt om resultaten te meten. Daarom zijn voor deze tussenrapportage alleen de gegevens gebruikt van personen die een intakeformulier hebben ingevuld (n=776). Uit deze groep zijn nog eens 17 personen verwijderd waarbij een van de tussenmetingen ontbrak (bijvoorbeeld T2 is wel ingevuld maar T1 niet). Dit levert een onderzoeksgroep op van 759 deelnemers. Overigens komt het bij verschillende onderwerpen voor dat niet alle 759 deelnemers een vraag hebben beantwoord.

#### Actuele status van de deelnemers: actief, uitstroom en uitval

Na instroom in het programma (T0) zullen deelnemers doorstromen naar een volgende fase met de bijbehorende meetmomenten T1 en T2. Als men het programma volledig heeft doorlopen is er sprake van uitstroom en volgt de eindmeting (T3). Daarnaast zal er sprake zijn van uitval: mensen die voortijdig stoppen met het programma.

Op dit moment is het nog niet mogelijk een compleet beeld te geven van de actuele status van de deelnemers. Met name de omvang van de uitval is nog niet duidelijk. Dat komt omdat van veel

<sup>4</sup> De teller van het aantal doorverwijzingen staat eind 2009 op circa 1200.

<sup>5</sup> Van 60 personen is al bekend dat ze zijn gestart zonder dat een intakeformulier is ingevuld.

deelnemers de T1 en/of de T2 vragenlijst nog ontbreekt. De volgende gegevens zijn bekend over de actuele status van de deelnemers:

**Tabel 2. 1 Status van de deelnemers in de onderzoeksgroep**

Status	meting	aantal
Ingestroomd	T0	759
Eerste drie maanden van het programma doorlopen	T1	329
Eerste zes maanden van het programma doorlopen	T2	174
Uitgestroomd (klaar met programma)	T3	81
Voortijdig gestopt: uitval		40

De tabel kan als volgt worden gelezen: Van de 759 personen die zijn ingestroomd hebben er 329 een T1 formulier ingevuld. Dat is 43% van de instromers. Van deze 329 personen heeft ruim de helft (174) ook een T2 formulier ingevuld. Van deze groep heeft wederom ruim de helft inmiddels ook een T3 formulier ingevuld en is dus klaar met het programma (81 personen). Bij 40 personen is op één van de vragenlijsten aangemerkt dat de persoon voortijdig stopt met het programma<sup>6</sup>.

Een flink deel van de instromers heeft dus nog geen T1 formulier ingevuld (57%, 430 personen). Het is mogelijk dat deze mensen voortijdig zijn uitgevallen maar mogelijk zijn ze nog in traject. Om hier meer zicht op te krijgen is bij deze mensen bekeken hoe lang geleden ze zijn ingestroomd (datum intake).

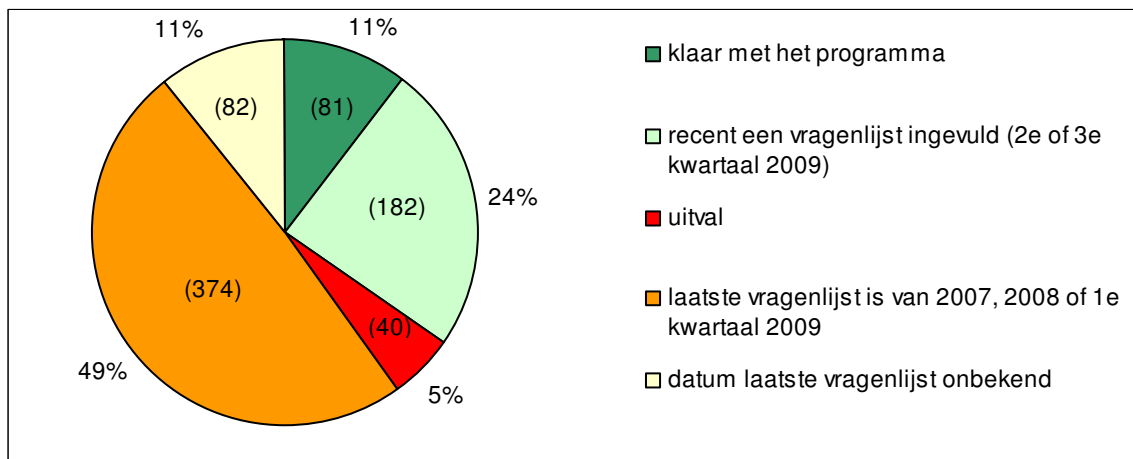
Hieruit blijkt dat 48 personen vrij recentelijk (na het eerste kwartaal van 2009) zijn ingestroomd. Wellicht hebben zij nog geen T1 formulier ingevuld omdat de eerste fase nog niet is afgerond. Van 67 personen is de intakedatum niet bekend. 295 personen zijn in 2007, 2008 of het eerste kwartaal van 2009 ingestroomd. Van deze personen mag verwacht worden dat ze inmiddels een T1 formulier hebben ingevuld. Dit betekent dat ofwel de vragenlijst ten onrechte nog niet is ingevuld ofwel dat de persoon is uitgevallen voordat de leefstijladviseur de vragenlijst heeft kunnen afnemen. Tenslotte is bij 20 personen in T0 aangegeven dat ze gaan stoppen met het programma (de overige 20 uitvallers zijn later gestopt en hebben dus wel een T1 ingevuld).

Naast mensen die geen T1 formulier hebben ingevuld, hebben we ook gekeken naar de mensen die geen T2 of geen T3 formulier hebben ingevuld. Ook bij hen komt het vaak voor dat zij al geruime tijd geleden aan het programma zijn begonnen maar nog geen eindmeting hebben ingevuld.

Wanneer we al deze gegevens samennemen, ontstaat het volgende totaalbeeld (zie figuur 1).

<sup>6</sup> In de eerste tussenrapportage is opgemerkt dat 51 personen voortijdig waren gestopt. Deze informatie is destijds handmatig verzameld en staat nog niet in alle gevallen in het databestand.

**Figuur 1 Status van de deelnemers die aan de nulmeting hebben deelgenomen (n=759)**



Van de 759 personen die zijn ingestroomd is 11% klaar en 5% voortijdig gestopt (uitval). Een kwart (24%) heeft vrij recent een vragenlijst ingevuld (T0, T1 of T2) en is waarschijnlijk nog actief. Bijna de helft van de instromers (49%) heeft geruime tijd geleden (in 2007, 2008 of het eerste kwartaal van 2009) een vragenlijst ingevuld, maar daarna niet meer. Het is niet duidelijk wat de status van deze mensen is<sup>7</sup>. Van nog eens 11% is onbekend op welke datum ze voor het laatst een vragenlijst hebben ingevuld en is dus ook niet bekend of ze nog actief zijn.

Het aantal uitvallers (5%) is dus een minimum. Uit de vorige tussenrapportage weten we dat er destijds al 51 uitvallers waren en het is te verwachten dat een deel van de mensen die al een tijdje geen vragenlijst meer heeft ingevuld blijkt te zijn gestopt. Bij de eindrapportage in 2010 zal hier meer duidelijkheid over zijn.

### **Reden uitval**

Van de 40 personen waarvan is geregistreerd dat ze voortijdig zijn gestopt, is bij de helft bekend wat de reden daarvan is. Omdat het om een klein aantal gaat moeten we voorzichtig zijn hier conclusies aan te verbinden. Tijdgebrek wordt meerdere keren als reden genoemd. Bij één iemand zijn taalproblemen een reden om te stoppen.

Wanneer we kijken naar de kenmerken van de uitvallers, kunnen we voorzichtig opmerken dat de uitval onder jonge mensen (tot 45 jaar) hoger is dan onder oudere mensen. Ook is de uitval onder vrouwen wat hoger dan onder mannen en haken mensen met een Nederlandse etniciteit wat vaker af dan anderen. Mensen die samenwonen of getrouwd zijn stoppen ook wat vaker dan alleenwonenden. Nogmaals moeten we hierbij benadrukken dat het om zeer kleine aantallen gaat.

## **2.2 Gezondheidscentra**

De begeleiding van de deelnemers vindt in de meeste gevallen plaats door een leefstijladviseur in een gezondheidscentrum (GC). De leefstijladviseur is in de meeste gevallen een fysiotherapeut, een praktijkondersteuner van een huisarts (POH) en soms een diëtiste. In één geval betreft het een gewichtsconsulente en in een ander geval een maatschappelijk werker (die inmiddels niet meer actief is). Behalve vanuit gezondheidscentra opereren de leefstijladviseurs ook vanuit fysiotherapiepraktijken en andere eerstelijnsamenwerkingsverbanden. In totaal zijn er 17 locaties die meedoen aan het programma waarvan er in 2008 één is gestopt. Daarnaast zijn er twee Beweegkuurlocaties.

<sup>7</sup> Het programma in een centrum in Kralingen-Crooswijk is in 2008 in zijn geheel gestopt. Hier waren 37 mensen ingestroomd.

Het aantal deelnemers is gelijkmatig verspreid over de diverse locaties. De gezondheidscentra die qua deelnemersaantal enigszins achterblijven, zijn pas op een later moment aan het leefstijlprogramma gaan meedoen of kennen problemen met de instroom. Personele wisselingen kunnen hier ook een rol bij spelen.

De meeste deelnemende gezondheidscentra zijn gesitueerd in achterstandswijken. In de deelgemeente Charlois en Feijenoord doen respectievelijk vier en drie centra mee; in Delfshaven twee centra. Verder doen er in IJsselmonde, Noord en Stadscentrum elk één centrum mee. Het enige centrum in Kralingen/Crooswijk is in het tweede kwartaal van 2008 gestopt. In de deelgemeente Prins Alexander zijn er drie gezondheidscentra betrokken bij het programma. In de gemeente Capelle aan de IJssel doet het IJssellandziekenhuis, een tweedelijnsinstelling mee. De beweegkuurlocaties bevinden zich in de deelgemeenten Feijenoord en Prins Alexander.

### **2.3 Persoonskenmerken van de deelnemers**

In tabel 2.3 staan de persoonskenmerken van de deelnemers aan het programma. Ruim driekwart van de deelnemers (77%) is vrouw en eveneens driekwart (76%) is 45 jaar of ouder. Meer dan de helft van de deelnemers is getrouwd of samenwonend (59%). Ruim een derde van de deelnemers is Nederlands. Bijna één op de vijf is Surinaams (18%) en eveneens 18% is Turks (of is van Turkse komaf). Het opleidingsniveau van de deelnemers is laag. 16% heeft geen afgeronde opleiding en 21% heeft alleen lager onderwijs genoten. Een vijfde (19%) heeft een opleiding op MBO-niveau of hoger. In heel Rotterdam hebben veel meer mensen een opleiding op MBO-niveau of hoger (62%).

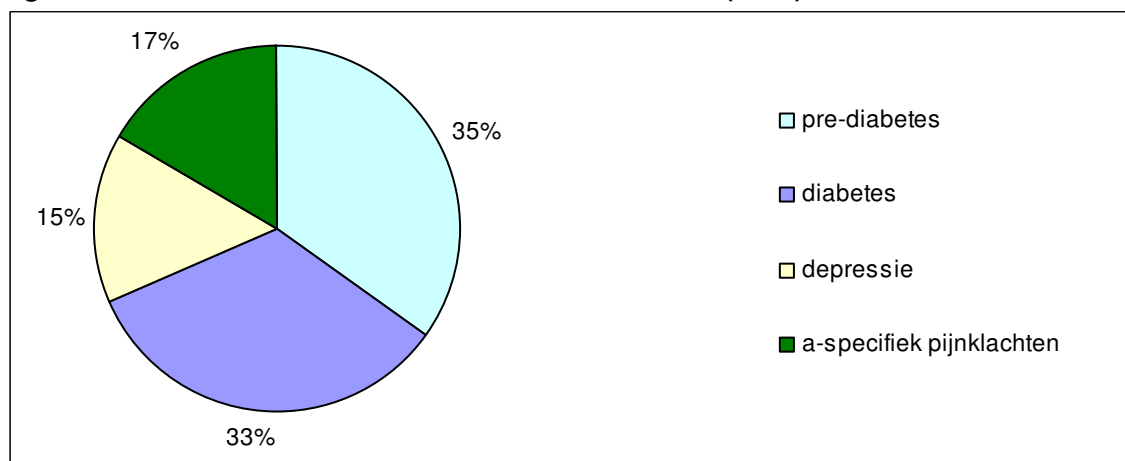
**Tabel 2.3 Achtergrondkenmerken van de deelnemers**

<b>Geslacht (n=711)</b>	man	23%
	vrouw	77%
<b>Leeftijd (n=699)</b>	<= 34 jr.	6%
	35-44 jr.	18%
	45-54 jr.	31%
	55-64 jr.	28%
	>= 65 jr	16%
<b>Burgerlijke staat (n=736)</b>	Getrouwd, samenwonend	59%
	Ongehuwd, nooit getrouwd geweest	12%
	Gescheiden, gescheiden levend	21%
	Weduwe, weduwnaar	8%
<b>Etniciteit (n=674)</b>	Nederlands	36%
	Surinaams	18%
	Turks	18%
	Marokkaans	13%
	Antilliaans/Arubaans	6%
	Overig niet-westers	5%
	Overig westers	4%
<b>Opleiding (n=721)</b>	Geen opleiding	16%
	Lager onderwijs	21%
	Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	19%
	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	21%
	Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	9%
	Hoger (beroeps)onderwijs (incl. HAVO en VWO)	9%
	Wetenschappelijk onderwijs	1%
	Anders	2%

### Indicatie

Van een beperkt aantal deelnemers (de meest recente instroom) is bekend wat de exacte indicatie is voor deelname aan het programma. Het blijkt hier vooral te gaan om mensen met diabetes of pre-diabetes symptomen (respectievelijk 33% en 35%). 15% van de deelnemers heeft depressieve klachten en 17% a-specifieke pijnklachten (zie figuur 2). Het is niet bekend of dit beeld representatief is voor de hele deelnemersgroep.

**Figuur 2 Indicatie voor deelname van recente instromers (n=60)**





### 3 Gezondheid van de deelnemers bij instroom

In dit hoofdstuk schetsen we de gezondheidskenmerken van de deelnemers bij aanvang van het leefstijlinterventieprogramma Van Klacht naar Kracht. In de eerste paragraaf staat het beweeggedrag centraal. Daarna volgt een bespreking van gezondheid en pijnklachten van de deelnemers. In paragraaf 3.4 gaan we in op eet- en drinkgewoonten van deelnemers en in paragraaf 3.5 op roken en alcoholgebruik. Vervolgens presenteren we in paragraaf 3.6 de resultaten van een aantal medische testen die zijn afgenomen en gaan we in paragraaf 3.7 in op de mate waarin deelnemers regie denken te hebben over hun eigen leven. We sluiten het hoofdstuk af met enkele conclusies.

#### 3.1 Beweeggedrag

In deze paragraaf gaan wij in op het beweeggedrag van de deelnemers aan het programma. Allereerst presenteren we de uitkomsten met betrekking tot de attitude van de deelnemers tegenover bewegen en kijken we naar angst en vermoeidheid bij beweging. Daarna komt aan de orde of zij aan sport doen. Vervolgens gaan wij in op conditie. Als laatste wordt de motivatie van de deelnemers om te bewegen besproken.

##### Attitude ten aanzien van bewegen

Hoe kijken de deelnemers tegen bewegen aan en welke plaats neemt dit in hun dagelijkse leven in? We hebben de deelnemers enkele vragen hierover voorgelegd en presenteren de antwoorden in tabel 3.1. Een viertal stellingen worden door tenminste de helft van de deelnemers onderschreven.

- Vrijwel alle deelnemers willen meer bewegen om zich fit te voelen en/of gewicht te verliezen.
- Een deel van hen zegt ook plezier te hebben in bewegen (60%).
- Bijna zes van de tien deelnemers (58%) voelt zich schuldig als ze niet bewegen.
- Iets meer dan de helft van de deelnemers geeft aan dat zij meer zouden bewegen als het aanbod beter aansloot op hun wensen (52%).

Een aanzienlijke groep (39%) geeft aan niet voldoende geld te hebben om te bewegen. Een minderheid van de deelnemers vindt dat hij geen tijd heeft om te bewegen (25%) en een nog kleinere groep zegt al genoeg te bewegen om zijn gezondheid op peil te houden (20%).

**Tabel 3.1 Attitude ten aanzien van bewegen (percentage dat het eens is met de stelling, n= 468)**

Ik wil meer bewegen om me fit te voelen/gewicht te verliezen	97%
Ik beweeg omdat ik er plezier in heb	60%
Ik voel me schuldig als ik niet genoeg beweeg	58%
Ik zou meer gaan bewegen als het aanbod van activiteiten (beter) aansluit bij mijn wensen	52%
Ik heb geen geld om te bewegen	39%
Ik doe vaak activiteiten waarbij ik moet zweten	32%
Ik voel me niet op mijn gemak in een groepsactiviteit	28%
Ik heb geen tijd om te bewegen	25%
Ik vind dat ik genoeg beweeg om mijn gezondheid op peil te houden	20%

### Angst en vermoeidheid bij beweging

Vermoeidheid en angst kunnen een belemmering vormen om te gaan bewegen. Vooral vermoeidheid wordt door de deelnemers herkend: 40% zegt veel te moe te zijn om te bewegen en nog eens 34% is enigszins te moe om te bewegen. De deelnemers zijn minder vaak bang dat door beweging hun klachten verergeren. Toch is ongeveer een op de vijf deelnemers hier erg bang voor (19%). Een iets grotere groep (23%) is erg bang dat er iets ernstigs aan de hand is met hun lichaam.

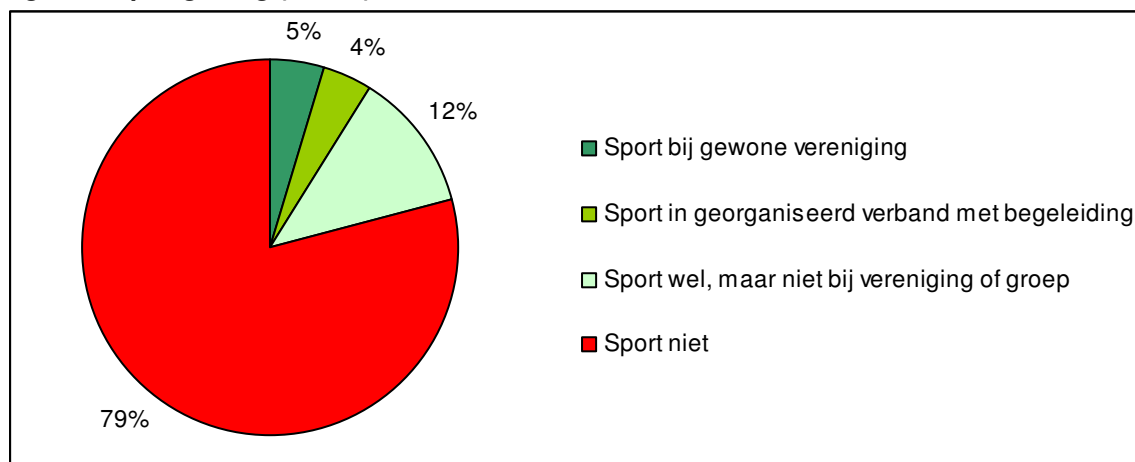
**Tabel 3.2 Angst en vermoeidheid bij bewegen (n=699, 692, 681)**

	Helemaal niet	Weinig	In enige mate	Veel tot heel veel
Ik voel me te moe om te bewegen	7%	20%	34%	40%
Ik ben bang dat bewegen mijn klachten verergert	22%	39%	20%	19%
Ik denk dat er iets ernstigs aan de hand is met mijn lichaam	17%	35%	25%	23%

### Sporten

In onderstaand figuur staat de verdeling van de deelnemers naar beweeg- of sportgedrag. Bijna 80% van de deelnemers sport niet; 5% sport bij een vereniging en 4% sport onder begeleiding waarbij rekening wordt gehouden met hun klachten. De overige 12% sport ook, maar niet in georganiseerd verband. Deze vraag is in de vernieuwde versie van de vragenlijst komen te vervallen en is dus niet aan iedereen voorgelegd.

**Figuur 3 Sportgedrag (n=589)**



### Conditie

De conditie van de deelnemers wordt gemeten met de zes minuten wandeltest die de submaximale inspanning van een deelnemer test. Het is de bedoeling dat de deelnemers tijdens de wandeltest een zo groot mogelijke afstand afleggen zonder de gezondheid in gevaar te brengen. De door de deelnemers gelopen afstand op de nulmeting varieert van slechts 10 meter tot 772 meter en is gemiddeld 403 meter.

### Motivatie

De motivatie om te bewegen wordt ook bepaald door het belang dat deelnemers hechten aan gezond leven. Daarnaast telt het vertrouwen dat zij erin hebben om zelf te kunnen veranderen. Beide aspecten zijn bij de deelnemers gemeten. In de tabel staan de gemiddelde scores van de deelnemers op twee vragen die refereren aan dit belang en vertrouwen. Op beide aspecten scoren de deelnemers hoog. Motivatie is een van de criteria waarop de huisarts selecteert bij het doorverwijzen naar het

programma. De scores zijn weergegeven in tabel 3.3. We concluderen dat de deelnemers er veel belang aan hechten om gezond te leven (gemiddelde score 8,8) en dat zij er een redelijke mate van vertrouwen in hebben dat hen dit ook zou lukken als zij daartoe besluiten (gemiddelde score 7,3).

**Tabel 3.3 Motivatie (gemiddelde score, n=594, 572)**

Hoe belangrijk is het voor u om gezond te leven?	8,8
Stel dat u zou besluiten om gezond te gaan leven, hoeveel vertrouwen hebt u dat dit zou lukken?	7,3

*Noot bij de tabel: antwoordcategorieën lopen van 0, helemaal niet belangrijk, tot en met 10, heel erg belangrijk.*

## 3.2 Gezondheid en pijnklachten

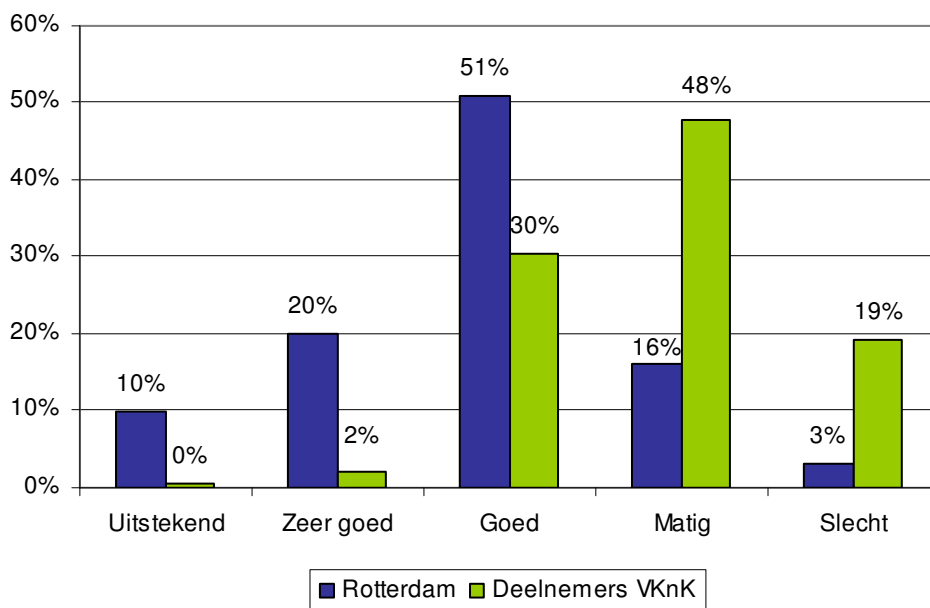
In deze paragraaf gaan wij achtereenvolgens in op de ervaren gezondheid van de deelnemers, hun psychische gezondheid, pijnklachten waaraan zij willen werken en de hinder die zij ondervinden van pijn en psychische klachten..

### Ervaren gezondheid

In figuur 4 staat de ervaren gezondheid van de deelnemers aan het programma weergegeven. Een derde (32%) van de deelnemers ervaart een goede tot uitstekende gezondheid. Bijna de helft van de deelnemers vindt de eigen gezondheid matig en 19% noemt zijn eigen gezondheid slecht.

Vergelijken we de gezondheid van de deelnemers met de gezondheid van alle Rotterdammers, dan voelen (in lijn met de verwachting) laatstgenoemden zich gemiddeld veel gezonder. Slechts 19% van de Rotterdammers ervaart een matige tot slechte gezondheid<sup>8</sup>.

**Figuur 4 Ervaren gezondheid van deelnemers (n=733) en Rotterdammers**



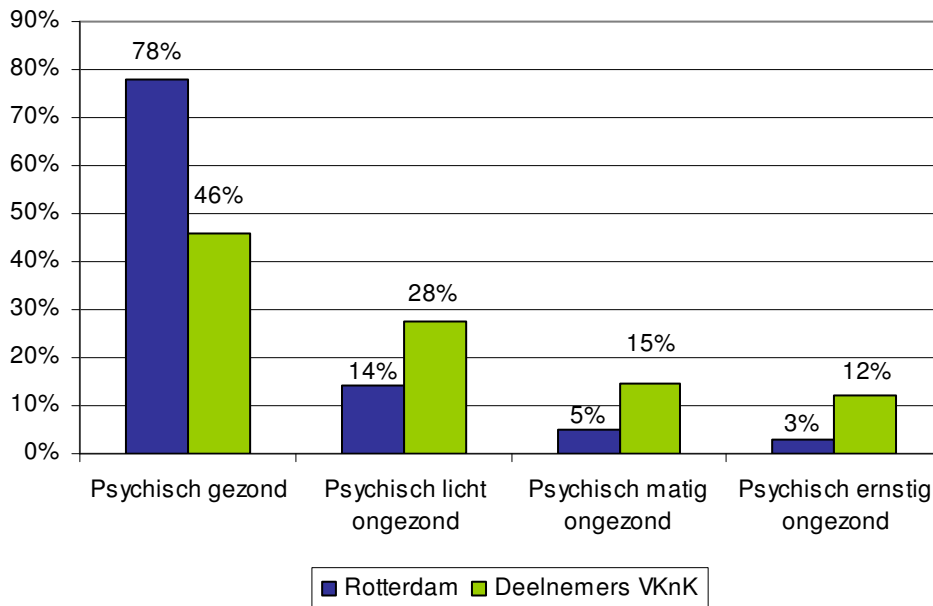
<sup>8</sup> Gezondheidsenquête 2008

## Psychische gezondheid

Het psychisch functioneren van de deelnemers is nagevraagd door middel van vijf vragen die gezamenlijk het MHI5-meetinstrument voor psychische gezondheid vormen. De resultaten hieruit zijn weergegeven in figuur 5.

Iets minder dan helft van de deelnemers voelt zich psychisch gezond (46%). De andere deelnemers voelen zich licht tot ernstig psychisch ongezond (55%). In lijn met de verwachting ligt dit percentage voor Rotterdam als geheel lager, namelijk op 22%<sup>9</sup>.

**Figuur 5 Psychische gezondheid van deelnemers (n=636) en Rotterdammers**



## Pijnklachten en activiteiten om aan te werken

De deelnemers is gevraagd naar de belangrijkste activiteiten waarbij men pijnklachten heeft en waaraan men zou willen werken om die klachten te verminderen. Lopen is verreweg de meest genoemde activiteit waarbij men pijn ervaart en waaraan men zou willen werken om de klachten te verhelpen. In Tabel 3.4 zijn de tien meest genoemde activiteiten weergegeven.

**Tabel 3.4 Tien belangrijkste activiteiten om aan te werken bij pijnklachten**

1	(langer) Lopen
2	Sporten
3	Bukken/knielen/opstaan/omdraaien/dragen/pakken/tillen
4	Traplopen
5	Wandelen
6	(zwaar) Huishoudelijk werk
7	Fietsen
8	(langer) Staan
9	Zwemmen
10	Contacten leggen/ op bezoeken gaan/naar buiten gaan

Naast concrete activiteiten die gepaard gaan met pijn, worden overigens ook veel antwoorden gegeven die een meer mentale component hebben (zoals 's morgens opstaan') of een meer algemeen karakter hebben (zoals 'meer bewegen', 'fitter worden').

<sup>9</sup> *Gezondheidsenquête 2005: onderzoeksmethodiek en gezondheid in relatie tot achtergrondkenmerken: een naslagwerk*, Marjan Kuilman en Gea Schouten, Rotterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond 2007

Naast de belangrijkste activiteit met pijnklachten is tevens gevraagd hoeveel moeite het hen nu kost om die activiteit uit te voeren. Op een schaal van 0 (onmogelijk) tot en met 10 (geen enkele moeite) geven deelnemers gemiddeld die moeite aan met de score 4 (enige moeite).

### Hinder van pijn en psychische klachten

In welke mate worden de deelnemers gehinderd door pijnklachten en gevoelens of emoties? In tabel 3.5 zijn de antwoorden van de deelnemers op deze vraag opgenomen. Een aanzienlijke groep deelnemers (41%) zegt (heel) veel hinder te hebben van hun pijnklachten. Het aantal deelnemers dat (heel) veel hinder heeft van hun gevoelens en emoties is wat lager (30%).

**Tabel 3.5 Hinder door pijn en psychische klachten**

Mate van hinder	Door pijnklachten (n=673)	Door gevoelens/emoties (n=658)
Helemaal geen hinder	10%	17%
Weinig hinder	22%	27%
Enige hinder	28%	26%
Veel tot heel veel hinder	41%	30%
Totaal	100%	100%

## 3.3 Eten en drinken

Hierna gaan we in op de informatie die de deelnemers hebben verstrekt over hun eet- en drinkgewoonten.

### Dagelijkse eet- en drinkgewoonten

In tabel 3.6 is aangegeven in welke mate de deelnemers dagelijks ontbijten, lunchen en dergelijke. De meeste deelnemers gebruiken dagelijks een ontbijt, lunch en warme maaltijd. De groep die nooit ontbijt of luncht is klein, maar het gaat hier toch nog om respectievelijk 8% en 5% van de deelnemers. Ongeveer tweederde van de deelnemers zegt dagelijks groente en fruit te eten. 7% van de deelnemers eet nooit fruit.

**Tabel 3.6 Dagelijkse eet- en drinkgewoonten**

Hoe vaak per week eet u ...		ledere dag	Niet elke dag	Nooit
een ontbijt?	(n=691)	81%	11%	8%
een lunch?	(n=670)	75%	20%	5%
een warme maaltijd?	(n=678)	86%	13%	0%
Groente?	(n=684)	66%	33%	1%
fruit?	(n=682)	62%	31%	7%

Voor zover deelnemers maaltijden overslaan is hen gevraagd wat daarvan de reden is. Meestal hebben de deelnemers geen zin om te eten (31%) of in lijn hiermee kan men niet eten (31%). Geen geld is zelden een reden, evenmin als dat men niet zou mogen eten (zie tabel 3.7).

**Tabel 3.7 Belangrijkste redenen waarom maaltijden worden overgeslagen (n=262)**

Geen zin	31%
Ik kan niet eten ( bv. "Krijg geen hap door mijn keel")	31%
Geen tijd	18%
Om af te vallen	15%
Ik mag niet eten (bv van diëtiste, familie, zelf)	1%
Geen geld	1%
Andere reden	3%
Totaal	100%

De deelnemers is ook gevraagd wat men drinkt, de melkproducten die men gebruikt, de tussendoortjes en fastfood. We lopen de antwoorden hier kort langs.

#### *Dranken*

Qua dranken worden overwegend koffie/thee met zoetjes (of zonder suiker), water en lightdranken gebruikt (77%). 18% drinkt vooral koffie/thee met suiker, vruchtensap en limonadesiroop. Een kleinere groep (4%) drinkt vooral cola, fanta of andere suikerhoudende frisdranken.

#### *Melkproducten*

Magere en halvolle melkproducten worden het meest gebruikt (69%). Veel meer dan de volle melkproducten (8%). Een kleine groep gebruikt soms volle, soms halvolle en magere melkproducten (15%). 8% gebruikt in het geheel geen melkproducten.

#### *Tussendoortjes*

Vier van de tien deelnemers eet nooit of zelden een tussendoortje. Een iets grotere groep (44%) doet dit niet elke dag, maar wel een keer of drie per week. 17% eet dagelijks iets tussendoor.

#### *Fastfood*

Het gros van de deelnemers (76%) zegt nooit of zelden fastfood te eten. 20% eet dit ongeveer twee tot drie keer per week en 4% eet dagelijks fastfood.

## **3.4 Roken en alcohol**

In deze paragraaf staat het rookgedrag en het alcoholgebruik van de deelnemers centraal.

### **Roken**

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker (bijvoorbeeld longkanker), COPD, beroerte en hartfalen. Daarnaast is door roken het risico op veel andere aandoeningen verhoogd. In Rotterdam rookt 28% van de inwoners (figuur 6). De deelnemers aan VKnK steken daarbij gunstig af, omdat slechts 20% rookt. Bijna de helft van de deelnemers heeft nooit gerookt; 31% heeft vroeger wel gerookt. Van de mannelijke deelnemers rookt 21%, van de vrouwelijke 18%.

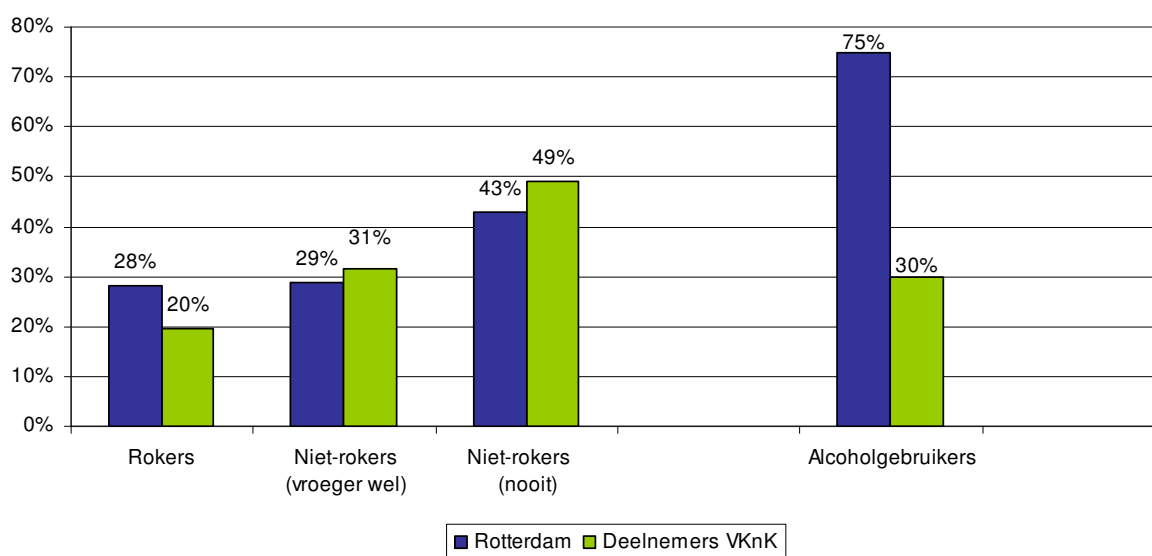
### **Alcohol**

Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer 60 aandoeningen. Voor de meeste aandoeningen geldt dat hoe meer alcohol er gedronken wordt, hoe groter het risico is op de aandoening. Voor een kleine groep van aandoeningen geldt dat een gemiddeld drinkniveau van één tot enkele glazen per dag een lager risico geeft, terwijl meer drinken weer aan hogere risico's bijdraagt (onder meer coronaire hartziekten, diabetes type II en dementie). In

Rotterdam drinkt drie op de vier inwoners wel eens alcohol (figuur 6)<sup>10</sup>. Van de deelnemers aan VKnK drinkt een veel kleiner deel wel eens alcohol (30%).

In de vragenlijst zijn meerdere vragen opgenomen over het gebruik van alcohol. Naast de vraag of de persoon wel of niet alcohol drinkt, werd gevraagd naar de frequentie en het aantal glazen dat er per keer gemiddeld gedronken wordt. Op basis van deze laatste vraag kan het zwaar alcoholgebruik (voor mannen minimaal één keer per week zes of meer glazen, voor vrouwen minimaal één keer per week vier glazen of meer) berekend worden. Het begrip 'zware drinker' zegt iets over het piekgedrag in het drinkpatroon. Twaalf procent van de inwoners van Rotterdam is een zware drinker. Van de deelnemers aan VKnK is één procent een zware drinker.

**Figuur 6 Rokers en Alcoholgebruikers (n=700, 686)**



### 3.5 Medische maten

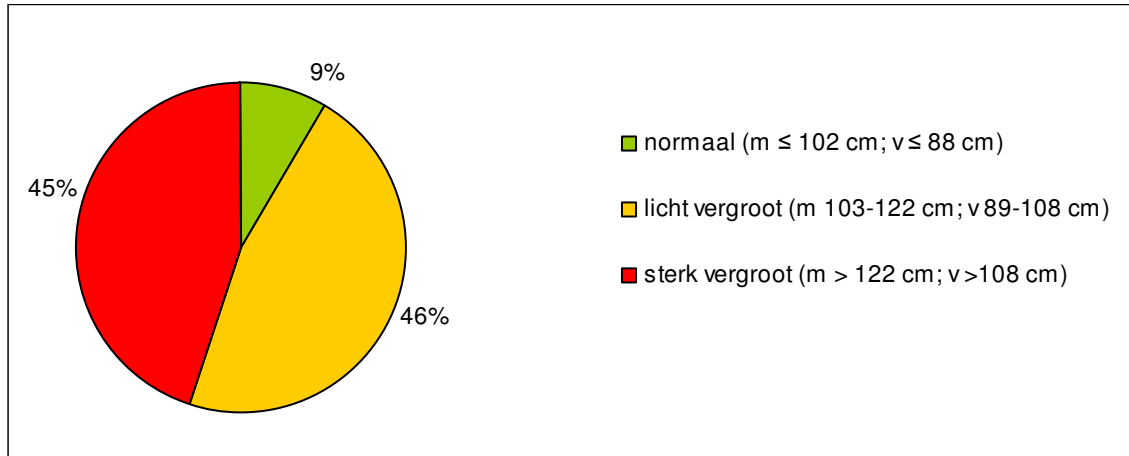
In deze paragraaf staan de medische maten centraal. Er is een aantal medische gegevens van de deelnemers verzameld. Hierbij is gekozen voor maten die een indicatie zijn voor een verhoogd risico op diabetes mellitus. Allereerst gaan wij in op buikomvang, BMI en gewicht. Daarna komen bloeddruk en de glucosewaarde, het HbA1C-niveau en het cholesterolniveau van het bloed aan de orde.

<sup>10</sup> Gezondheidsenquête 2008, De gezondheid van volwassenen in Rotterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond)

### Buikomvang

Voor mannen is een buikomvang van maximaal 102 centimeter wenselijk. Bij vrouwen maximaal 88 centimeter. Bijna alle deelnemers scoren boven deze norm: 46% heeft een licht vergrote buikomvang en 45% een sterk vergrootte buikomvang ( zie figuur 7).

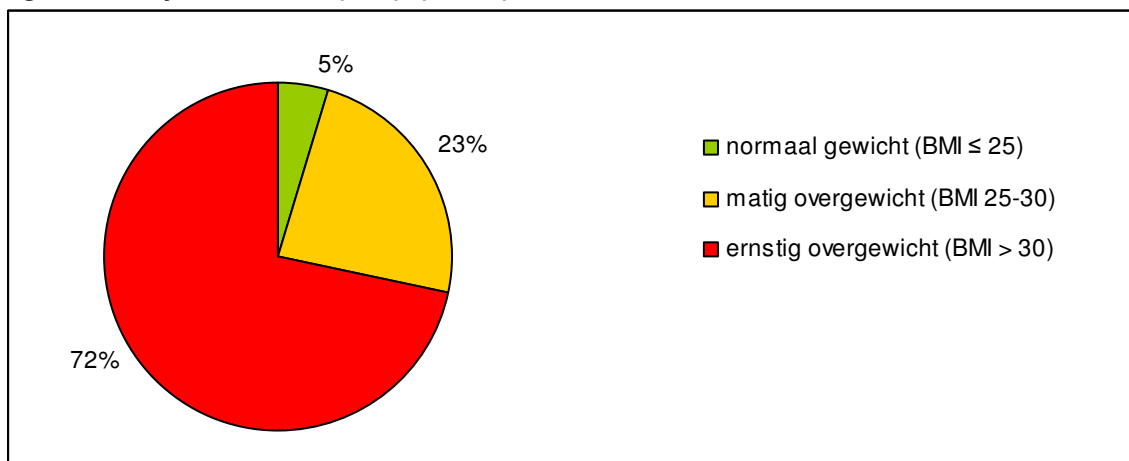
**Figuur 7 Buikomvang (n=616)**



### Gewicht en BMI

Het gewicht van deelnemers aan het programma varieert van 51 tot 171 kilogram. Het gemiddelde gewicht is 92 kilogram. De Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. Bij een BMI van boven de 30 is er sprake van ernstig overgewicht en is het medisch gezien noodzakelijk af te vallen. Van de deelnemers aan het programma heeft 72% een ernstig overgewicht (zie figuur 8).

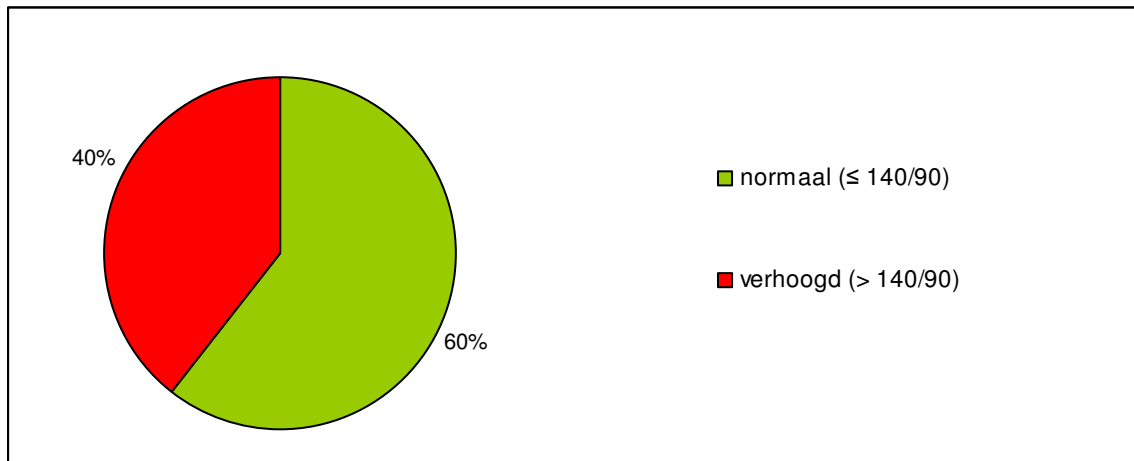
**Figuur 8 Body Mass Index (BMI) (n=669)**



### Bloeddruk

Een bloeddruk waarvan de bovendruk hoger is dan 140 en/of de onderdruk hoger is dan 90, geldt als afwijkend. 40% van de deelnemers heeft een verhoogde bloeddruk (zie figuur 9).

**Figuur 9 Bloeddruk (n=556)**



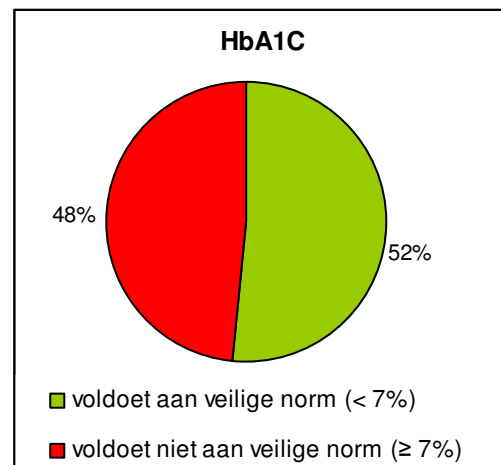
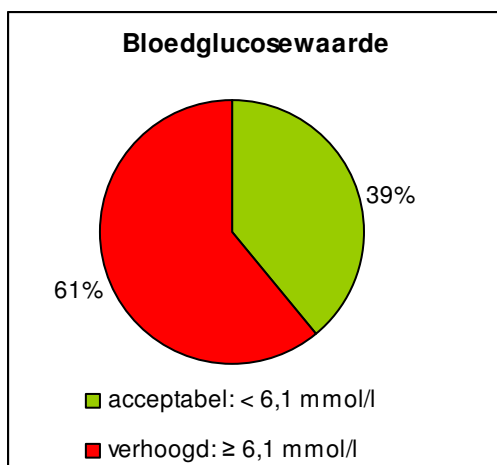
### Glucose en HbA1C (bloedsuikerwaarde)

Wanneer mensen iets eten of drinken dat koolhydraten bevat, stijgt de concentratie glucose in het bloed. Deze bloedglucosewaarde (ook wel bloedsuikerwaarde genoemd) daalt vrijwel onmiddellijk weer onder invloed van insuline; een hormoon dat door het eigen lichaam wordt aangemaakt. Bij gezonde mensen is er een natuurlijke balans tussen de bloedsuikerwaarde en de afgifte van insuline. Wanneer de insulineaanmaak of de gevoeligheid van cellen voor insuline echter onregelmatig is, zal de bloedglucosewaarde hoger zijn dan normaal.

Door middel van een vingerprik kan de bloedglucosewaarde op dat exacte moment worden gemeten. Het acceptabele niveau van deze glucosewaarde is 6,1 millimol per liter of lager. Daarnaast is het via bloedonderzoek mogelijk een indicatie te krijgen van de gemiddelde bloedsuikerwaarde over een langere periode (bijvoorbeeld 3 maanden). Deze zogenoemde HbA1C zal bij mensen die geen diabetes hebben rond de 5% liggen. De veilige norm ligt volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap op 7%.

Van de mensen met een (pre-)diabetes indicatie is de actuele bloedglucosewaarde vastgesteld. Van deze groep heeft 61% een verhoogde glucosewaarde (zie figuur 10). Bij een wat kleiner aantal deelnemers is ook de HbA1C vastgesteld. Op de nulmeting voldoet bijna de helft van deze deelnemers (48%) niet aan de veilige norm (figuur 11).

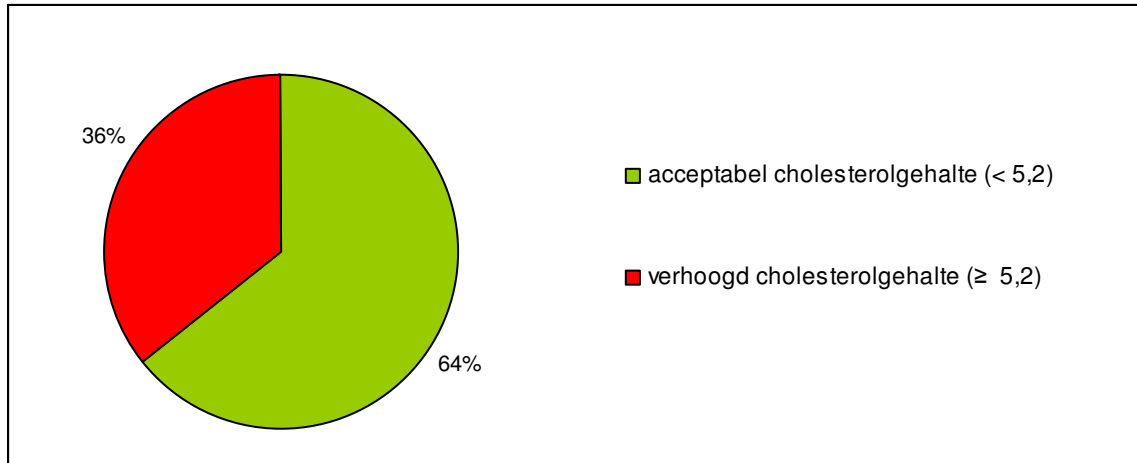
**Figuur 10 en 11 Actuele bloedglucosewaarde en HbA1C (n=433, 361)**



## Cholesterol

Van een deel van de deelnemers (421) is bij aanvang van het programma de cholesterolwaarde gemeten. 36% van de deelnemers blijkt een verhoogd cholesterolniveau te hebben. Acceptabel is een waarde lager dan 5,2 (zie figuur 12).

**Figuur 12 Cholesterolgehalte (n=421)**



## 3.6 Gevoel van regie over eigen leven

Tijdens de nulmeting is bij de deelnemers inzicht verkregen in de mate waarin zij het gevoel hebben dat zij zelf invloed hebben op gebeurtenissen. We vatten dit samen onder de noemer 'regie over eigen leven'. Aan de deelnemers is een zestal beweringen voorgelegd, waarvan men kon aangeven in hoeverre men ermee instemt.

Op verzoek van de Leefstijladviseurs zijn deze vragen in een latere versie van de vragenlijst weggelaten omdat de deelnemers het erg moeilijk vonden deze vragen te beantwoorden. Van een aanzienlijk deel van de deelnemers zijn de antwoorden echter wel bekend. Het resultaat is weergegeven in tabel 3.8.

In de tabel is te zien dat de antwoorden op de stellingen redelijk op elkaar lijken. Ongeveer een derde is het eens met de stelling en heeft dus het gevoel zelf weinig regie te hebben over het eigen leven. Ruim 20% is neutraal en ruim 40% is het niet eens met de stelling en ziet dus wél mogelijkheden om hun eigen leven te beïnvloeden.

Meest in het oog springend is dat 40% aangeeft dat ze sommige van hun problemen met geen mogelijkheid kunnen oplossen. Daar staat tegenover dat 'slechts' 25% denkt dat er weinig is dat ze kunnen doen om belangrijke dingen in het eigen leven te veranderen.

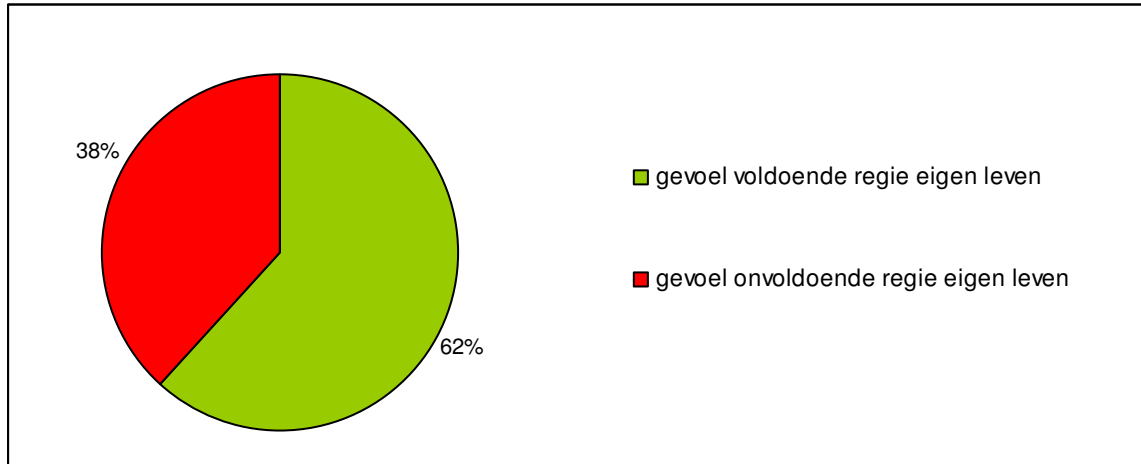
**Tabel 3.8 Gevoel van regie over eigen leven (n=493 - 499)**

	(helemaal)	neutraal	(helemaal)
	oneens		eens
Ik heb vrij weinig controle over de dingen die mij overkomen	42%	23%	34%
Wat er in die toekomst met mij gebeurt, heb ik niet zelf in de hand*	44%	22%	34%
Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen	39%	20%	40%
Er is weinig wat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen	50%	25%	25%
Bijna niets waar ik mijn zinnen op gezet heb, kan ik doen*	45%	19%	36%
Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven	45%	22%	32%

\* Deze items zijn oorspronkelijk positief geformuleerd maar t.b.v. de vergelijkbaarheid omgecodeerd en negatief geformuleerd

Nemen we alle zes de beweringen gezamenlijk in ogenschouw, dan kunnen we een 'overal-gemiddelde' berekenen waarin tot uiting komt hoe de verhouding is tussen de groep die wel en de groep die geen gevoel heeft van regie over het eigen leven. Deze verhouding is weergegeven in figuur 13. Het merendeel van de deelnemers (62%) heeft dit gevoel wel. Echter, de groep die dit gevoel niet heeft is eveneens groot (38%).

**Figuur 13 Gevoel van Regie over eigen leven (n=489)**



### 3.7 Conclusies

Op basis van dit hoofdstuk kunnen we concluderen dat de kenmerken van de personen die aan het programma meedoen in ruime mate voldoen aan de vooraf gespecificeerde kenmerken van de doelgroep waarop het programma zich richt. In het programma zien we een grote instroom van de beoogde patiëntgroep. Het gaat om patiënten met

- (pre-)diabetessymptomen (hoge glucosewaarde, HbA1C-niveau, bloeddruk, etc.),
- chronische aspecifieke pijnklachten (veel pijnklachten) of
- milde depressieve klachten (veel mensen zijn psychisch ongezond).

Verder blijkt uit de achtergrondkenmerken dat vooral personen met een lage sociaal-economische status (laag opleidingsniveau<sup>11</sup>) en personen uit achterstandswijken instromen. De oververtegenwoordiging van vrouwen en allochtone groepen bij de deelnemers kan gezien worden tegen het licht van de hogere prevalentie van bijvoorbeeld psychosomatische klachten en diabetes bij vrouwen en allochtone groepen.

<sup>11</sup> i.e. MBO, VMBO, LBO, LO of lager niveau.



## 4 Resultaten van het programma: gezondheidswinst

### 4.1 Eindresultaten op de uitkomstmaten

In dit hoofdstuk bespreken we de eindresultaten van de deelnemers die klaar zijn met het programma. In totaal hebben 81 deelnemers op 1 september 2009 het programma afgerond.

Zoals in de inleiding is beschreven worden de resultaten bekeken in termen van gezondheidswinst, waarbij gezondheidswinst wordt uitgedrukt als een verbetering van:

- een aantal medische maten
- de ervaren gezondheid en pijnklachten
- beweeggedrag en conditie
- motivatie en attitude ten opzichte van bewegen en gezondheid

Deze onderdelen zijn aan bod gekomen bij zowel de intake (T0) als de eindmeting (T3). Door de scores op beide metingen te vergelijken is vast te stellen of er sprake is van een verbetering. In tabel 4.1 staan de gemiddelde scores op de nul- en eindmeting, en het verschil tussen beide scores.

**Tabel 4.1 Resultaten op de nulmeting en eindmeting van mensen die klaar zijn**

	Nulmeting	Eindmeting	Vershil	n=
<b>Medische Maten</b>				
Buikomvang (cm)	112,8	107,2	-5,6	70
Gewicht (kg)	93,7	91,4	-2,3	76
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	35,7	34,7	-1	73
HbA1c (%)	6,7	6,4	-0,3	31
Glucose (mmol/l)	7	6,2	-0,8	40
Cholesterol (mmol/l)	4,5	4,5	0*	25
Bloeddruk (bovendruk)	136,5	132,5	-4*	51
Bloeddruk (onderdruk)	82,8	81,8	-1*	52
% acceptabele bloeddruk (<140/90)	58,90%	71,40%	12,5%	56
<b>Gezondheid en pijnklachten</b>				
Ervaren gezondheid (0-11 (heel slecht-uitstekend))	4,4	5,4	1,0	69
Psychische gezondheid (MHI5:0-100)	59,8	68,5	8,7	61
Hinder van pijnklachten (0-10 (geen-wel))	5,2	3,6	-1,6	57
Hinder van gevoelens/emoties (0-10 (geen-wel))	4,3	3	-1,3	50
<b>Beweeggedrag</b>				
Mensen die naar eigen zeggen meer zijn gaan bewegen	nvt	53%	nvt	49
Angst en vermoeidheid bij bewegen(0-33 (nee-ja))	12,1	3,9	-8,2	42
Motivatie (0-22 (slecht-goed))	15,9	17,1	1,2	53
Conditie (meters op 6 minuten wandeltest)	372	452	80,0	52
<b>Attitude t.a.v. bewegen (% mee eens)</b>				
Ik wil meer bewegen om me fit te voelen/gewicht te verliezen	99%	93%	-6,0%	52
Ik beweeg omdat ik er plezier in heb	67%	88%	21,0%	52
Ik voel me schuldig als ik niet genoeg beweeg	59%	70%	11,0%	52
Ik doe vaak activiteiten waarbij ik moet zweten	36%	56%	20,0%	52
Ik vind dat ik genoeg beweeg om mijn gezondheid op peil te houden	20%	51%	31,0%	52
Ik zou meer gaan bewegen als het aanbod aansluit bij mijn wensen	72%	43%	-29,0%	52
Ik voel me niet op mijn gemak in een groepsactiviteit	36%	23%	-13,0%	52
Ik heb geen geld om te bewegen	28%	27%	-1,0%	52
Ik heb geen tijd om te bewegen	28%	19%	-9,0%	52

\* resultaat is niet significant

We kunnen in de tabel drie soorten resultaten zien:

1. resultaat is positief: er is een significante verbetering (donkergroen)
2. resultaat is positief of neutraal, maar (nog) niet significant (lichtgroen)<sup>12</sup>
3. resultaat lijkt positief, maar is niet helemaal eenduidig te interpreteren (paars)

Op geen enkel onderdeel is er sprake van een verslechtering ofwel gezondheidsverlies.

We lopen de resultaten hieronder per onderdeel door.

#### **Medische maten: significante verbetering**

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

#### **Medische maten: verbetering is niet significant**

- Boven- en onderdruk van het bloed  
Deze zijn gemiddeld gedaald.
- Het cholesterol niveau van het bloed  
Dit is gemiddeld gelijk gebleven.

#### **Ervaren gezondheid en pijnklachten**

- Ervaren gezondheid  
Deze is bij de deelnemers gestegen met gemiddeld één op een schaal van 0 tot en met 10.
- Psychische gezondheid  
Is bij de deelnemers gestegen met bijna negen op een schaal van 0 tot en met 100
- Hinder door pijnklachten en gevoelens/emoties  
De hinder van pijnklachten en van gevoelens/emoties zijn afgenomen.

#### **Beweeggedrag en conditie**

- Bewegingsactiviteit  
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 acht op een schaal van 0 tot en met 30.
- De motivatie om te bewegen  
Is gestegen met gemiddeld ruim één op een schaal van 0 tot en met 20.
- Conditie  
De prestatie op de zes 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.

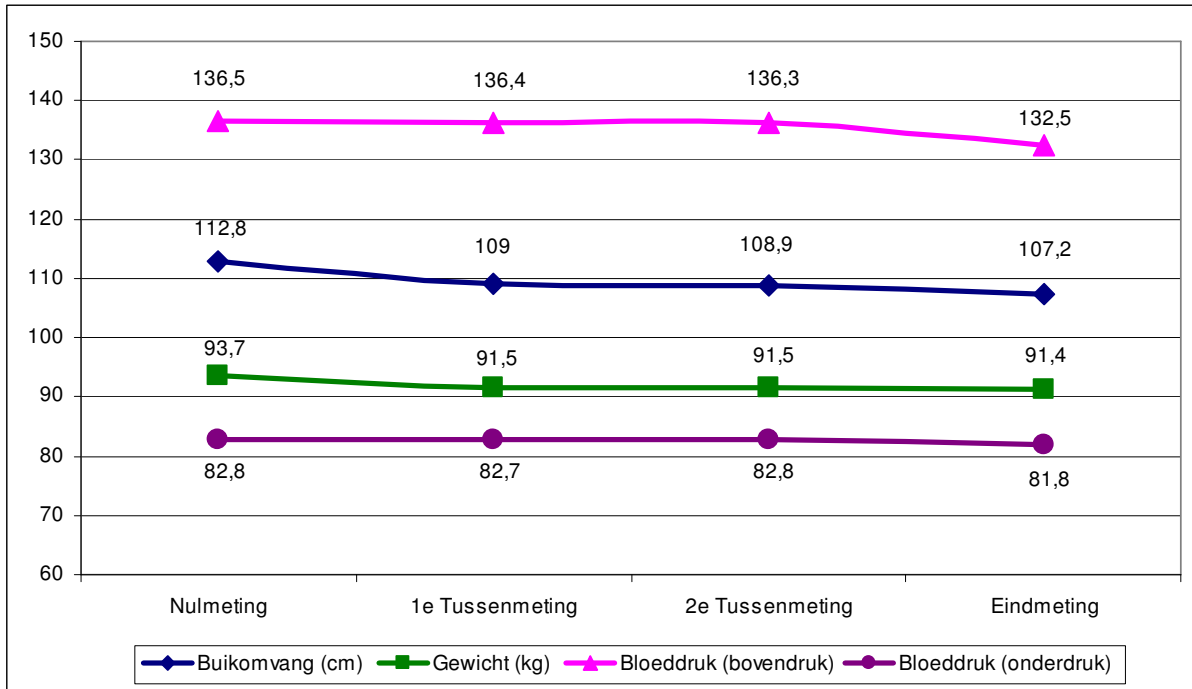
---

<sup>12</sup> Niet significant wil zeggen dat er nog te weinig gegevens zijn om met statistische zekerheid te kunnen zeggen dat er een positief resultaat is. Wanneer er van meer deelnemers eindresultaten bekend zijn, kan dit waarschijnlijk wel.

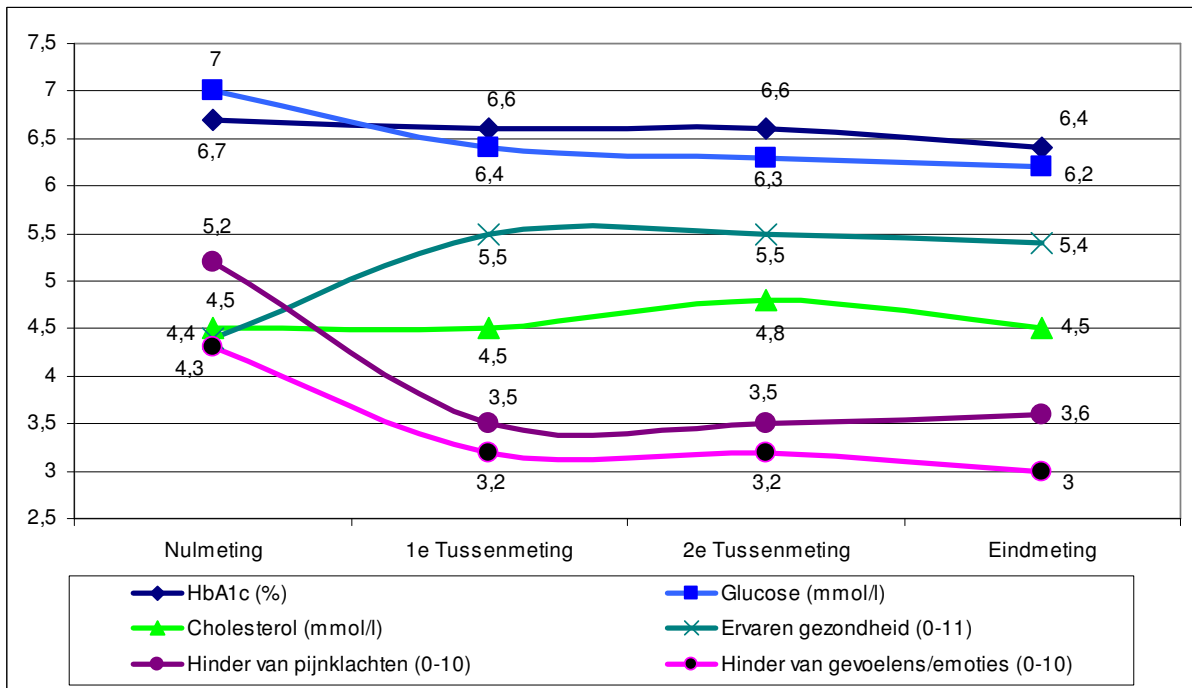
### Verloop van de gezondheidswinst

In de figuren 14 en 15 zijn de resultaten op een aantal belangrijke uitkomstmaten grafisch weergegeven. Naast de scores op de nulmeting (T0) en de eindmeting (T3) zijn hierin ook de scores op de twee tussenmetingen opgenomen (T1 en T2). Hierdoor ontstaat per uitkomstmaat een trendlijn die de ontwikkeling schetst.

**Figuur 14 Verloop gezondheidswinst per meetmoment voor buikomvang, gewicht en bloeddruk**



**Figuur 15 Verloop gezondheidswinst per meetmoment voor HbA1c, Glucose, cholesterol, ervaren gezondheid en hinder van pijnklachten en gevoelens/emoties**



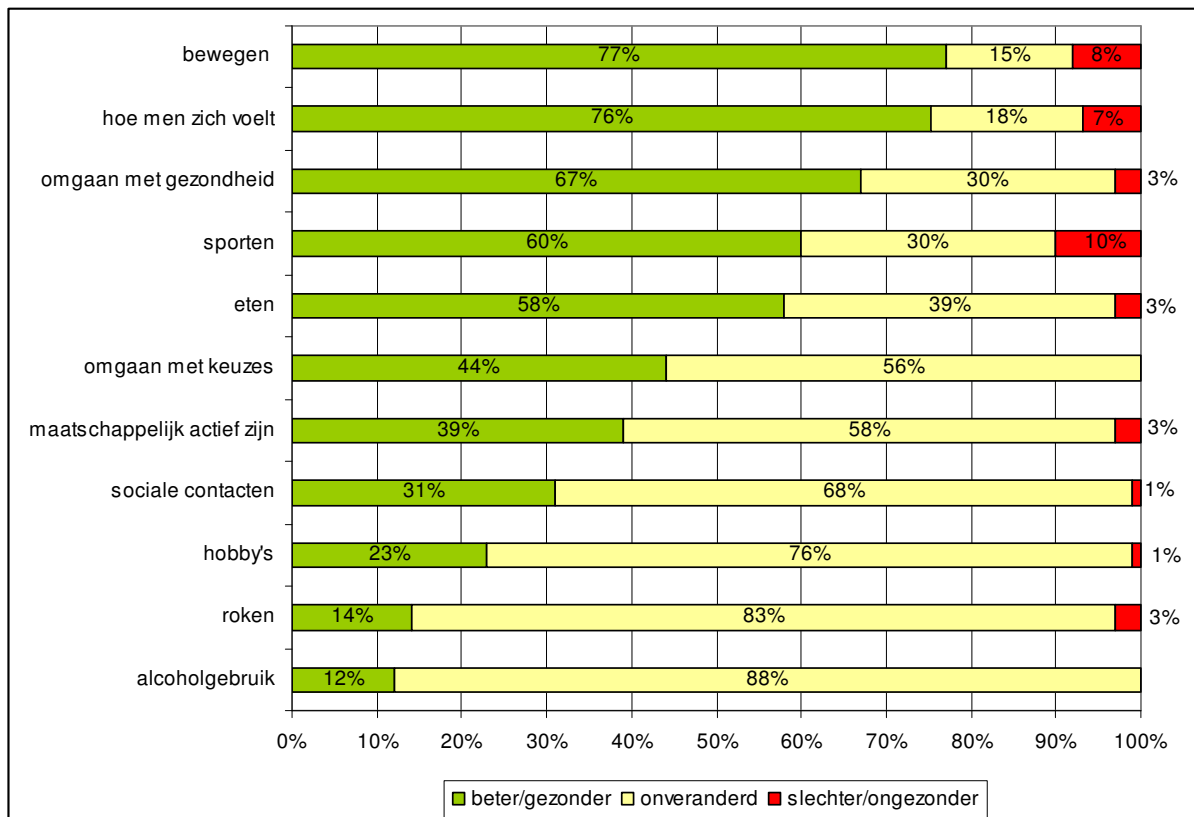
In de twee figuren zijn vier soorten ontwikkelingen waar te nemen:

1. Bij het gewicht, de glucosewaarde, de ervaren gezondheid en de hinder die deelnemers hebben van pijn en hun gevoelens/emoties is de gezondheidswinst het grootst in de eerste fase. Daarna is er een stabilisering.
2. Bij de HbA1c en de buikomvang is de gezondheidswinst gelijkmatig verdeeld over de drie fasen.
3. De gezondheidswinst op de bloeddruk (boven- en onderdruk) vindt pas na enige tijd, met name in de derde fase, plaats. Zoals eerder gezegd is deze verbetering op dit moment echter nog niet significant.
4. Bij het cholesterolniveau is er in geen van de fasen echt sprake van gezondheidswinst (horizontale lijn). Ook dit resultaat is echter niet significant.

## 4.2 Veranderingen vanuit de optiek van de deelnemers

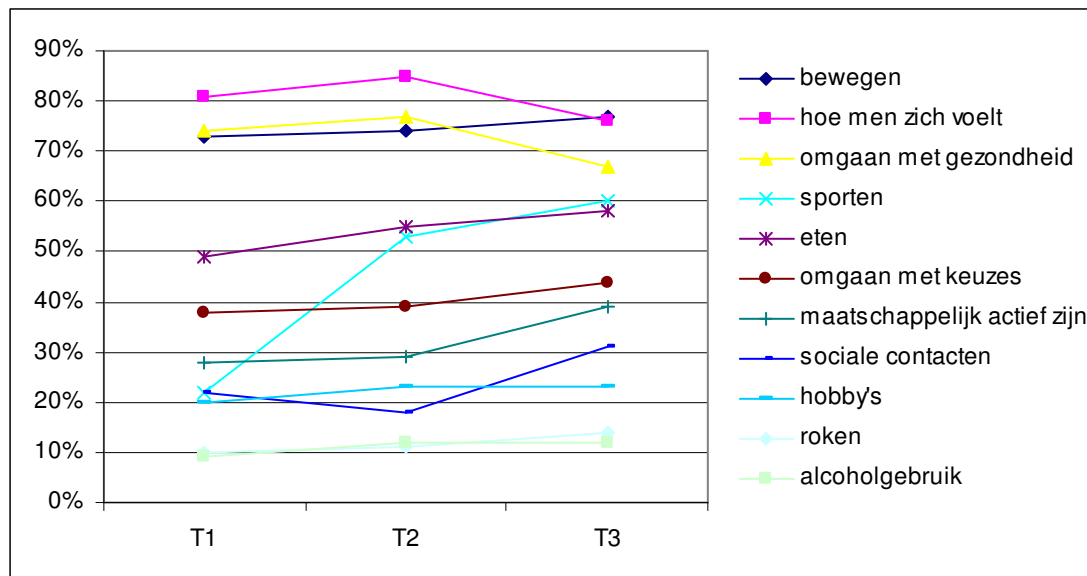
Aan de deelnemers is gevraagd om aan te geven in welke mate zij tijdens de duur van het programma anders zijn gaan eten, drinken, omgaan met andere mensen et cetera. We hebben de antwoorden op deze vragen opgenomen in figuur 16. Ruim driekwart (76%) van de deelnemers voelt zich gezonder en vindt dat hij gezonder is gaan bewegen. De meeste van de uitgestroomde deelnemers geven ook aan beter met hun gezondheid om te gaan en meer te sporten. De deelnemers maken nauwelijks melding van een verslechtering van de situatie. Een paar mensen geven aan minder aan sport te doen, slechter te bewegen en zich slechter te voelen.

**Figuur 16 Veranderingen in gedrag sinds deelname aan het programma (n=71)**



Ook voor de veranderingen in gedrag hebben we geanalyseerd of deze variëren per fase. Uit figuur 17 blijkt dat op de tweede tussenmeting het percentage deelnemers dat zich gezonder voelt en beter omgaat met hun gezondheid een maximum bereikt om daarna op de eindmeting licht te dalen. Een aantal veranderingen manifesteren zich pas in de derde fase: het aantal deelnemers dat meer sport, beter om gaat met keuzes, maatschappelijk actiever is en meer sociale contacten legt is op de eindmeting flink groter dan op de eerste en tweede tussenevaluatie.

**Figuur 17 Verloop veranderingen in gedrag per meetmoment**



## 4.2 Kenmerken van de groep die klaar is

In hoofdstuk 2 is weergegeven wat de achtergrondkenmerken zijn van de mensen die zijn ingestroomd in het programma (tabel 2.3). Wanneer we dezelfde kenmerken bekijken van de groep die nu klaar is met het programma, dan blijken zij niet erg af te wijken van de totale deelnemersgroep.

Een paar dingen zijn wellicht het vermelden waard: er zijn (ten opzichte van de totale instroom) in de eindgroep 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.

In de eindrapportage zullen er naar verwachting voldoende gegevens beschikbaar zijn na te gaan of de resultaten die mensen behalen samenhangen met achtergrondkenmerken.

## 4.3 Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat bij de deelnemers die het hele programma hebben doorlopen gemiddeld genomen sprake is van gezondheidswinst en dat daarmee aan de doelstelling van het programma is voldaan. Zij zijn meer gaan bewegen, hebben minder beweegangst en een verbeterde conditie. Zelfs de motivatie van de deelnemers om hun levensstijl aan te pakken, die op de nulmeting al hoog was, is verder gestegen. Ook de zelfgerapporteerde gezondheidsbeleving is verbeterd en de pijnklachten zijn verminderd. Ook de medische uitkomstmaten verbeterden; de buikomvang daalde

flink (maar is nog altijd hoog); het gewicht en BMI daalden licht. De veranderingen van bloeddruk en cholesterolniveau zijn voor deze groep (nog) niet statistisch aantoonbaar gebleken. Ook de veranderingen in attitude en gedrag die de deelnemers zelf rapporteren zijn aanzienlijk.

De gezondheidswinst op de verschillende uitkomstmaten verschillen per fase. Bij bepaalde aspecten vindt de gezondheidswinst vooral plaats in de eerste fase, op andere maten is de winst meer gelijkmatiger.



## 5 Opmerkingen ten behoeve van de monitor

Het Programma van klacht naar Kracht is in haar pilotfase. Deze loopt in 2010 af en wordt afgerond met een eindrapportage. Op een aantal punten behoeft deze monitor nog verbeteringen. We noemen:

- Sinds begin 2009 worden de indicatie- en verwijzlijsten waarmee de huisarts een patiënt naar de leefstijladviseur verwijst, geïntegreerd in het intakeformulier. Dit maakt het volgend jaar mogelijk nadere analyses uit te voeren voor de verschillende subgroepen te weten (pre)diabetes symptomen, psychosomatische klachten of depressieve klachten.
- In de vragenlijst die eind 2009 wordt uitgerold is een vraag opgenomen over het type programma dat men heeft gevolgd. Dit maakt het mogelijk de resultaten van de verschillende interventies te bekijken.
- Wanneer er van nog meer mensen gegevens beschikbaar komen zullen nadere analyses mogelijk zijn van bijvoorbeeld de kenmerken van mensen die uitvallen of juist zeer positieve resultaten laten zien.
- Sinds begin dit jaar worden ook de items 'exclusie', 'belemmeringen voor deelname' en 'uitval' op de intake formulieren geregistreerd. Ook op de 'oude' formulieren is veelal aangegeven of een deelnemer voortijdig is gestopt met deelname aan het programma. Deze gegevens worden echter niet altijd systematisch opgenomen in de analysebestanden. Om in 2010 een kwalitatief goede eindmonitor te maken is het noodzakelijk om op dit punt een inhaalslag te maken.
- Er is een aanzienlijke groep deelnemers (tenminste 73) waarvan de intake ontbreekt. Daarnaast is er een grote groep deelnemers die lijkt te zijn verdwenen. Van hen is al een tijd lang geen vragenlijst mee ontvangen. Het is van groot belang dat deze gegevens zoveel mogelijk worden aangevuld. Dit zal naar verwachting ook meer zicht bieden op de omvang van voortijdige uitval en de redenen daarvan. Het Team van Van Klacht naar Kracht gaat hiervoor de komende periode alle Leefstijladviseurs benaderen met het verzoek de ontbrekende gegevens aan te vullen.
- Er is tenslotte ook nog een groepje personen van wie een tussenmeting ontbreekt. Het is op dit moment niet duidelijk of inderdaad een van de tussenmetingen ontbreekt en waarom, of dat er sprake is van een registratiefout waardoor bijvoorbeeld een T1 formulier ten onrecht is aangemerkt als T2 formulier. Daarnaast blijken er een aantal onjuiste cliëntnummers te zijn gebruikt.