



Impact van deelname aan X-Fitt 2.0:  
Evaluatie-opzet en resultaten van de eerste fase van het programma

**Corine van Ravenhorst**

**Supervisor: Dr. Ir. Annemarie Wagemakers & Lisanne Mulderij, MSc**  
Wageningen University & Research



Impact van deelname aan –Fittt 2.0:  
Evaluatie-opzet en resultaten van de eerste fase van het programma

MSc Thesis

Vakcode: HSO-80333

Datum: 06-03-2017

voor de opleiding:

Master Applied Communication Science,  
specialisatie Health & Society

Corine van Ravenhorst - 920126681110

Supervisor: Dr. Ir. Annemarie Wagemakers en Lisanne Mulderij, MSc

Examiner A: Dr. Ir. Annemarie Wagemakers

Examiner B: Prof. Maria Koelen

Leerstoelgroep Health & Society  
Wageningen University and Research



## SAMENVATTING

**Achtergrond:** Deze thesis richt zich enerzijds op het opzetten van een evaluatie voor het gecombineerde leefstijlprogramma X-Fittt 2.0 en anderzijds op het rapporteren van de impact van X-Fittt 2.0 voor de deelnemers gedurende de eerste fase van het programma met betrekking tot (ervaren) gezondheid, kwaliteit van leven en sociale participatie. X-Fittt 2.0 is een pilot, een gecombineerd leefstijlprogramma voor mensen met een lage SES, dat wordt vergoed door de Gemeente Arnhem en zorgverzekeraar Menzis. Deze thesis is uitgevoerd in het kader van een overkoepelend onderzoek 'Zorg-sport initiatieven in de buurt', dat onderzoek doet naar leefstijlprogramma's in Veenendaal en Arnhem, met als doel inzicht te krijgen in mogelijkheden om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen.

**Methode:** Volledige evaluatie van het programma heeft niet eerder plaatsgevonden en metingen die in het programma worden uitgevoerd zijn enkel gericht op het individu. In deze thesis wordt daarom, door middel van interviews met zorgprofessionals en stakeholders van X-Fittt 2.0, in kaart gebracht wat belangrijke doelen en verwachtingen zijn van het programma op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau. Daarbij wordt eveneens besproken welke variabelen eraan bijdragen om die doelen en verwachtingen te realiseren. Tevens is specifiek ingegaan op de betekenis van sociale participatie X-Fittt 2.0 daarin kan betekenen voor de deelnemers. Daarnaast is fase 1 van het programma volledig gevolgd, waarbij vragenlijsten zijn afgenomen op de start en aan het eind van fase 1 en groepsevaluaties zijn gehouden.

**Resultaten:** Uit interviews met zorgprofessionals en stakeholders blijkt dat op de lange termijn de belangrijkste doelen en verwachtingen zijn: (langdurige) gedragsverandering, gezondheidswinst, sociale participatie, vermindering van zorggebruik en zorgkosten en borging van het programma. Wat de zorgprofessionals en stakeholders verstaan onder sociale participatie is 'meedoen', wat uiteen kan lopen van 'vaker naar buiten durven gaan' tot 'solliciteren voor een baan'. Het bewerkstelligen van meer zelfvertrouwen bij deelnemers kan daar volgens hen deels aan bijdragen. Na deelname aan fase 1 zijn de deelnemers gemiddeld 7,1 kg afgevallen, is de buikomvang gemiddeld 5 cm afgenomen, het BMI verlaagd van 35 kg/m<sup>2</sup> naar 32,6 kg/m<sup>2</sup> en het vetpercentage van 40,1% naar 38%. De zelfgerapporteerde gezondheid, kwaliteit van leven en de motivatie tot bewegen zijn toegenomen. Alleen het zelfvertrouwen tot het blijven bewegen is afgenomen. Op schaal van 0 – 10 geven de deelnemers het programma X-Fittt 2.0 het cijfer 8,6.

***Discussie en conclusie.*** Belangrijkste doelen en verwachtingen van X-Fittt 2.0, en hoe deze te realiseren zijn, zijn in kaart gebracht. Langdurige gedragsverandering is de belangrijkste uitkomst. De deelnemers hebben gezondheidswinst geboekt wat betreft gewicht, conditie, BMI, buikomvang, vetpercentage, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Aan te raden is een psycholoog bij het programma te betrekken vanwege de psychische problematiek binnen de doelgroep. Deelnemers waarderen X-Fittt 2.0 positief en zijn bereid gemiddeld €20,- per maand te betalen. Een grotere onderzoekspopulatie en follow-up resultaten op de lange termijn zijn nodig om conclusies te kunnen trekken over de impact van X-Fittt 2.0 voor deelnemers op de lange termijn.

Samenvatting.....	iv
<b>1. Introductie en probleemstelling .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bewegen voor mensen met een lage SES .....	2
1.2 Sociale participatie.....	2
1.3 X-Fittt 2.0 .....	3
1.3.1 Doel en doelgroep .....	3
1.3.2 Organisatie.....	4
1.3.3 Het programma .....	4
1.4 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen.....	6
1.4.1 Onderzoeksdoel.....	6
1.4.2 Onderzoeksvragen.....	7
<b>2. Theoretisch kader.....</b>	<b>8</b>
2.1 Ecologisch perspectief.....	8
2.2 Programmatheorie.....	8
2.3 Logisch model .....	8
<b>3. Methode .....</b>	<b>11</b>
3.1 Interviews.....	12
3.1.1 Deelnemers.....	12
3.1.2 Werkwijze interviews.....	13
3.1.3 Analyse .....	14
3.2 Groepsevaluatie met deelnemers X-Fittt 2.0.....	14
3.2.1 Deelnemers.....	14
3.2.2 Werkwijze groepsgesprekken .....	14
3.3 Vragenlijsten deelnemers X-Fittt 2.0 .....	15
3.3.1 Deelnemers.....	15
3.3.2 Werkwijze vragenlijsten .....	15
3.3.3 Analyse .....	15
3.4 Betrokken in WhatsApp-groep en bij teamvergaderingen met zorgprofessionals.	17

<b>4. Resultaten: Evaluatieopzet X-Fittt 2.0 aan de hand van het logisch model .....</b>	<b>18</b>
4.1 Lokale context.....	18
4.2 Input .....	19
4.2.1 Praktische zaken .....	19
4.2.2 Personeel / professionals.....	20
4.2.3 Ondernemerschap .....	20
4.3 Programma uitkomsten .....	21
4.3.1 Individueel niveau .....	21
4.3.2 Organisatieniveau .....	22
4.3.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar.....	23
4.4 Korte termijn uitkomsten .....	23
4.4.1 Individueel niveau .....	23
4.4.2 Organisatieniveau .....	23
4.4.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar.....	23
4.5 Lange termijn uitkomsten.....	24
4.5.1 Individueel niveau .....	24
4.5.2 Organisatieniveau .....	24
4.5.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar.....	25
<b>5. Resultaten: Resultaten X-Fittt 2.0 fase 1 .....</b>	<b>27</b>
5.1 Demografische kenmerken .....	27
5.2 Metingen beweegcentrum .....	28
5.3 Resultaten vragenlijst.....	30
5.3.1 Kwaliteit van leven .....	30
5.3.2 Ziekte en zorggebruik .....	30
5.3.3 Zelfmonitoring.....	31
5.3.4 Zelfvertrouwen in het blijven bewegen.....	31
5.3.5 Motivatie.....	32
5.3.6 Ervaring met zorgprofessionals.....	32
5.3.7 Bewegen in een groep .....	33



5.4 Groepsevaluatie met de deelnemers.....	34
<b>6. Discussie en conclusie .....</b>	<b>35</b>
6.1 Beantwoording onderzoeksvragen .....	35
6.2 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek .....	37
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	38
6.4 Conclusie.....	39
Referentielijst .....	40
Bijlage 1: Participatiewiel Movisie.....	46
Bijlage 2: Programma X-Fittt 2.0 .....	47
Bijlage 3: Interviewleidraad .....	48
Bijlage 4: Logisch model gebruikt in de interviews .....	50
Bijlage 5: Codes analyse interviews.....	51
Bijlage 6A: Vragenlijst 1 (T0).....	52
Bijlage 6B: Vragenlijst 2 (T1) .....	64
Bijlage 7: Fysieke meetgegevens deelnemers X-Fittt 2.0 .....	77
Bijlage 8: Gewichtsverloop deelnemers X-Fittt 2.0 .....	79
Bijlage 9A: Kwaliteit van leven en motivatie.....	81
Bijlage 9B: Zelfmonitoring en zelfvertrouwen .....	81
Bijlage 9C: Medicijngebruik en aantal contacten met de huisarts .....	82
Bijlage 9D: Toelichting waardering zorgprofessionals door deelnemers .....	83

# 1. INTRODUCTIE EN PROBLEEMSTELLING

Deze thesis richt zich enerzijds op het opzetten van een evaluatie voor het gecombineerde leefstijlprogramma X-Fittt 2.0, en anderzijds op het rapporteren van de impact van het programma voor de deelnemers gedurende de eerste fase van het programma.

X-Fittt 2.0 richt zich op mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) en wordt uitgevoerd bij beweegcentrum Formupgrade in Arnhem. Het doel van X-Fittt 2.0 is gezondheidswinst te realiseren bij mensen met een ongezonde leefstijl, door hen te begeleiden naar een actieve en gezonde leefstijl. Dit wordt bereikt door middel van meer beweging, een gezond voedingspatroon en het inbedden van de aangepaste leefstijl (Loos, van Valburg, Geurken, Verheij & van der Wert, 2015). Daarnaast blijkt, uit gesprekken met een gezondheidswetenschapper uit het team van Formupgrade, het belang van sociale participatie dat door deelname aan X-Fittt 2.0 mogelijk vergroot wordt.

Deze thesis is uitgevoerd in het kader van een overkoepelend onderzoek 'Zorg-sport initiatieven in de buurt', dat onderzoek doet naar leefstijlprogramma's in Veenendaal en Arnhem, dat als doel heeft om inzicht te krijgen in mogelijkheden om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen (Wagemakers, Verkooijen, Groenewoud & Koelen, 2016). Vanuit het onderzoek en vanuit Formupgrade speelt de vraag om de impact van deelname aan X-Fittt 2.0 te meten bij de deelnemers van X-Fittt 2.0 als onderdeel van de evaluatie.

In deze inleiding wordt ingegaan op het belang en de relevantie van bewegen voor mensen met een lage SES. Vervolgens wordt het concept sociale participatie besproken en wordt het programma X-Fittt 2.0 toegelicht. Tot slot worden de onderzoeksdoelen en de onderzoeksvragen beschreven.

## **1.1 Bewegen voor mensen met een lage SES**

De gezondheid in verschillende sociaaleconomische groepen in Nederland is ongelijk verdeeld (Kunst, 2007). De levensverwachting van mensen met een lage opleiding is gemiddeld 6 jaar lager dan de levensverwachting van mensen met een hoge opleiding (Hoeymans et al., 2014). Mensen met een lage SES zijn over het algemeen weinig betrokken bij sport en bewegen (Wendel-Vos et al., 2009). De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) wordt in deze groep minder vaak gehaald dan binnen de groep mensen met een hogere SES. Dit heeft invloed op de gezondheid. Fysieke inactiviteit is één van de vier belangrijkste risicofactoren voor niet-overdraagbare ziektes (WHO, 2008). Leefstijl gerelateerde aandoeningen zoals Diabetes type 2, COPD, Obesitas en hart- en vaataandoeningen komen meer voor

bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES (Blokstra et al., 2012; Savelkoul & Uiters, 2014; Lynch, Kaplan & Salonen, 1997).

Voor het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden leefstijlprogramma's ingezet. Voor mensen met een lage SES is niet bewezen of de leefstijlprogramma's effectief zijn (Busch & Schrijvers, 2010). Ondanks dat al jaren, zowel landelijk als lokaal, maatregelen worden getroffen om de leefstijl en de maatschappelijke achterstandspositie van mensen met een lage SES te veranderen, zijn de gezondheidsverschillen in Nederland sinds de jaren '50 niet afgenomen (van der Lucht & Polder, 2010). Het is daarom een uitdaging om effectieve leefstijlprogramma's te ontwikkelen om gezondheidswinst te realiseren voor mensen met een lage SES. Doordat de lage SES-groepen in het algemeen meer gebruik maken van zorg dan de hogere SES-groepen is dit onderzoek eveneens belangrijk voor de zorgverzekeraars. Voor hen is het van belang inzicht te krijgen in gezondheidswinst en zorggebruik van deze doelgroep na deelname aan een leefstijlprogramma. De zorgverzekeraars krijgen hiermee inzicht of het loont om zich meer te focussen op preventie door middel van leefstijlprogramma's.

## **1.2 Sociale participatie**

Onder het motto 'iedereen moet meedoen' is participatie in deze tijd een belangrijk begrip (RMO, 2008). Koning Willem Alexander noemde in de troonrede van 2013 dat de samenleving verandert in een participatiesamenleving, waarbij "van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving" (Rijksoverheid, 2013). De term 'participatiemaatschappij' wordt gebruikt om aan te geven dat, vergeleken met de klassieke verzorgingsstaat, meer betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de burgers wordt verwacht (RMO, 2008). Arbeid is veelal de belangrijkste vorm van participatie die wordt genoemd, maar ook in de zorg en het onderwijs is participatie van burgers belangrijk (RMO, 2008). Voor kwetsbare groepen kan 'moeten' participeren echter een gevaar zijn, aldus De Gier (2007). De Gier (2007) geeft aan dat als mensen de competenties niet hebben om mee te doen, en als zij geen steun krijgen om die te ontwikkelen, zij mogelijk verder in isolement raken.

Participatie is een breed begrip en over de definitie ervan bestaan verschillende interpretaties. Participatie kan opgevat worden als een specifieke activiteit, maar ook als algehele betrokkenheid van mensen bij de samenleving (RMO, 2008). Jager-Vreugdenhil (2011) maakt onderscheidt tussen maatschappelijke participatie en sociale participatie en geeft aan dat deze vaak door elkaar worden gebruikt in sociaal beleid, zonder dat zij expliciet gedefinieerd worden. De beide begrippen kunnen onderscheiden worden door te kijken in welke context de participatie plaatsvindt, formeel (deelname aan formele organisaties; gezien als maatschappelijke participatie) of informeel (sociale netwerken en

burencontacten; gezien als sociale participatie) (Jager-Vreugdenhil, 2011). Het doel van sociale participatie kan het sociaal contact op zich zijn, terwijl maatschappelijke participatie zich richt op een breder maatschappelijk of publiek doel (Jager-Vreugdenhil, 2011). Er wordt weinig onderscheid gemaakt tussen deze vormen van participatie in beleid en politiek, wat het lastig maakt om het te meten. Het participatiewiel van Movisie (2015; zie bijlage 1), waarin participatiedoelen van individuen zijn vastgesteld, beschrijft sociale participatie in de brede zin van 'meedoen'. Dat kan het ontmoeten van mensen betekenen, maar ook dat iemand betaald werk heeft of wil hebben. Deze brede definitie van sociale participatie wordt gebruikt in dit onderzoek. Echter, omdat de definitie niet duidelijk is, is het belangrijk met de betrokken partijen van X-Fittt 2.0 te bespreken of zij het met deze definitie eens zijn of dat zij een andere betekenis geven aan het begrip 'sociale participatie'.

Het belang van sociale participatie in dit onderzoek is het wederkerig verband met gezondheid. Sociale participatie en gezondheid hebben invloed op elkaar (Movisie, 2015). Sociale participatie, zoals deelname aan onderwijs, betaald werk of vrijwilligerswerk kan de gezondheid bevorderen (Harbers & Hoeymans, 2013). Ook Rifkin (2014) geeft aan dat participatie kan bijdragen aan gezondheidsuitkomsten. Sociale participatie kan echter ook negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid wanneer de belasting op het individu te groot wordt, zoals bij ongunstige arbeidsomstandigheden of het verlenen van mantelzorg (Harbers & Hoeymans, 2013). Sociale participatie wordt vaak gezien als determinant van gezondheidsstatus (Dalgard & Haheim, 1998; Hyppä & Mäki, 2003; Lindström Moghaddassi & Merlo, 2004). Sociale participatie stimuleert goede gezondheid doordat het beschermt tegen de negatieve effecten van sociale isolatie (Kawachi & Berkman, 2000). Hoeymans, Melse, & Schoemaker (2010) geven in de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) aan dat mensen met een ziekte of beperking vergeleken met de gemiddelde Nederlander minder deelnemen aan de maatschappij. Dat geldt nog meer voor mensen met een lage opleiding.

## **1.3 X-Fittt 2.0**

### **1.3.1 Doel en doelgroep**

Het doel van X-Fittt 2.0 is door middel van meer beweging, een gezond voedingspatroon en het inbedden van de aangepaste leefstijl, gezondheidswinst te realiseren bij mensen met aan leefstijl gerelateerde gezondheidsrisico's (Loos et al., 2015). De deelnemers worden niet alleen aangemoedigd tot bewegen, maar eveneens tot het blijven bewegen nadat de fase van intensieve begeleiding en zorgaanbod voorbij is. De doelgroep van X-Fittt 2.0 is mensen met een lage SES. Zij mogen deelnemen aan het leefstijlprogramma wanneer zij voldoen aan de volgende voorwaarden (Loos et al., 2015):

- In het bezit zijn van GelrePas of verzekerd via de gemeentelijke minimapolis (Menzis).
- Een BMI hoger dan 28 in combinatie met:
  - Hypertensie (mmHg > 140/90)
  - Dyslipidemie (vastgesteld door bloedonderzoek)
  - Diabetes type 2 of een voorstadium hiervan

Inwoners van Arnhem die een bijstandsuitkering van de gemeente ontvangen, en inwoners die tot 120% van de bijstandsuitkering aan inkomen ontvangen, komen in aanmerking voor de GelrePas (Gemeente Arnhem, 2016a). De GelrePas geeft kortingen op activiteiten, zoals cursussen, theatershows en lidmaatschap van een sportvereniging (Gemeente Arnhem, 2016a). De Gemeente Arnhem heeft in samenwerking met Menzis een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen, waarbij kortingen en extra vergoedingen voor bijvoorbeeld brillen, hoortoestellen en tandartskosten worden gegeven (Gemeente Arnhem, 2016b). In deze pilot wordt ook X-Fittt 2.0 vergoed voor mensen met deze zorgverzekering.

### **1.3.2 Organisatie**

X-Fittt 2.0 vindt plaats bij Formupgrade, een beweegcentrum met twee vestigingen in Arnhem. Formupgrade voert X-Fittt 2.0 uit in samenwerking met Gemeente Arnhem, Sportbedrijf Arnhem, Menzis, en Kenniscentrum Sport (Factsheet BeweegKuur Gemeentepolis, z.d.). De deelnemers worden begeleid door een team van professionals. Het team van X-Fittt 2.0 bestaat uit twee leefstijlcoaches, een diëtiste, een fysiotherapeut, een bewegagoog voor de groepslessen, en een gezondheidswetenschapper. X-Fittt 2.0 start met twee cohorten en duurt voor beide cohorten 3 jaar. Het eerste cohort startte in oktober 2016 en het tweede in januari 2017. X-fittt 2.0 is doorontwikkeld vanuit het bestaande X-Fittt programma van Formupgrade en vanuit de BeweegKuur, een leefstijlprogramma gericht op mensen met gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's (Helmink et al., 2010). In een rapport van het RIVM (Bemelmans et al., 2008) wordt de effectiviteit van de beweegkuur aangegeven en Helmink, van Boekel, van der Sluis, & Kremers (2011) geven een beeld van de lange termijn uitkomsten van de BeweegKuur. Beide rapporten zijn positief over de BeweegKuur als effectieve leefstijlinterventie. Een verschil met de BeweegKuur is de functie van de leefstijlcoach, die bij X-Fittt 2.0 drie jaar contact onderhoudt met de deelnemers. Bij de BeweegKuur is dat een jaar.

### **1.3.3 Het programma**

X-Fittt 2.0 duurt drie jaar en bestaat uit drie fasen en een nazorgfase. De verschillende fasen van X-Fittt 2.0 en de taken van de betrokkenen (leefstijlcoach, fysiotherapeut, diëtiste, lokale sportaanbieder, deelnemers) zijn beschreven in bijlage 2.

### *Fase 1*

In de eerste drie maanden worden de deelnemers intensief begeleid en zijn zij wekelijks verplicht twee groepslessen bij te wonen en één keer op eigen initiatief te sporten. De eerste dag van het programma (de kick-off) bestaat uit: het inschrijven van de deelnemers bij Formupgrade, uitleg over het programma aan de deelnemers, uitdelen van het infoboekje met voedingsrichtlijnen en spelregels, het maken van een afspraak bij de diëtist en het lopen (wandelen of hardlopen) van een route door het Sonsbeekpark in Arnhem.

Intakegesprekken met de leefstijlcoach en fysiotherapeut vinden plaats voorafgaand aan de eerste week van fase 1, omdat de gegevens daarvan bekend dienen te zijn voordat het programma begint. In het intakegesprek met de leefstijlcoach wordt de deelnemers gevraagd naar doelen die zij hebben en naar het huidige beweeg- en voedingsgedrag. De Persoonlijke Gezondheidscheck wordt samen met de deelnemer ingevuld, waarvoor onder andere het gewicht, lengte en buikomtrek worden opgemeten. Daar komt een advies uit dat zij persoonlijk per email ontvangen. De Persoonlijke Gezondheidscheck is ontwikkeld door wetenschappelijk onderzoek en samenwerking van het NIPED Instituut met artsen en gezondheidsfondsen (De Persoonlijke Gezondheidscheck, 2015). De fysiotherapeut heeft in dezelfde periode een intakegesprek met de deelnemers, waarin gezondheidsmaten worden gemeten: VO<sub>2</sub>max, bloeddruk en vetpercentage. In deze fase hebben de deelnemers ook een consult met de diëtiste die de deelnemers een indicatie geeft van hun voedingspatroon en hoe zij dit kunnen verbeteren.

### *Fase 2*

Na de eerste drie maanden (fase 1) komt de overgangsfase (fase 2) die eveneens drie maanden duurt. De deelnemers hebben in deze fase persoonlijk contact met de leefstijlcoach over de keuze voor het beweegaanbod in de toekomst. In fase 2 vindt de overgang plaats voor deelnemers van het leefstijlprogramma naar een beweegaanbod naar keuze. Dat kan betekenen dat zij een andere sport gaan beoefenen. Het kan ook zijn dat zij besluiten bij Formupgrade lid te blijven en een abonnement afsluiten. De voortgang van de deelnemers wordt geëvalueerd door de leefstijlcoaches. Er is in deze fase één consult met de diëtiste, die het voedingspatroon van de deelnemers evalueert en advies geeft voor verbetering.

### *Fase 3*

De deelnemers blijven, gedurende deze fase van zes maanden, sporten bij het door hen gekozen sportaanbod. De leefstijlcoach evalueert halverwege en aan het eind van fase 3 de voortgang van de

deelnemers; de fysiotherapeut meet gezondheidsindicatoren van de deelnemers zodra fase 3 is afgerond.

### *Nazorgfase*

In de laatste twee jaar van het programma zijn er vier contactmomenten tussen de deelnemers en de leefstijlcoaches. Twee daarvan zijn telefonisch en twee contactmomenten bestaan uit een persoonlijk gesprek.

In iedere fase worden de deelnemers door Formupgrade gemonitord met betrekking tot leefstijl, gezondheidsindicatoren, beweegdoelen en verwachtingen van X-Fittt 2.0. De zorgprofessionals meten de volgende gezondheidsindicatoren van de deelnemers: rookgedrag en alcoholgebruik,  $VO_{2MAX}$ , bloeddruk, vetpercentage, buikomvang, BMI (gewicht & lengte) en het voedingspatroon.

## **1.4 Onderzoeksvragen en onderzoeksdoel**

### **1.4.1 Onderzoeksdoel**

X-Fittt 2.0 is een unieke pilot, die mensen met een lage SES wil bereiken met een gecombineerd leefstijlprogramma dat vergoed wordt in samenwerking met de Gemeente Arnhem en zorgverzekeraar Menzis. Het programma is nooit eerder in het geheel geëvalueerd. Dit terwijl voor de lage SES-groep een leefstijlprogramma van groot belang is. Niet alleen voor de doelgroep, ook voor investeerders en in dit geval zorgverzekeraars is het van belang inzicht te krijgen in de impact van de investering. De zorgprofessionals van X-Fittt 2.0 voeren metingen uit bij de deelnemers; echter, deze zijn alle gericht op het individu, en nemen geen indicatoren van andere stakeholders mee, zoals op organisatieniveau of gemeentelijk niveau. Het eerste doel van deze thesis is daarom bijdragen aan de opzet van een evaluatie van X-Fittt 2.0. Daarvoor is het nodig om op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau in kaart te brengen: wat stakeholders belangrijk vinden, wat zij verwachten en willen bereiken met betrekking tot het programma en hoe zij denken dat deze doelen en verwachtingen gerealiseerd kunnen worden. Op die manier hoopt dit onderzoek bij te dragen aan een evaluatie-opzet specifiek voor X-Fittt 2.0. Bij het in kaart brengen van de mening van stakeholders wordt specifiek ingegaan op het begrip sociale participatie, omdat van belang is te begrijpen wat verschillende stakeholders daaronder verstaan, of zij ideeën hebben over de relatie die er mogelijk is tussen X-Fittt 2.0 en sociale participatie van deelnemers en omdat vanuit het overkoepelende onderzoek en vanuit Formupgrade gevraagd is naar inzicht in 'sociale participatie' binnen X-Fittt 2.0. Omdat het programma gestart is in oktober 2016 is evaluatie van het volledige programma nog niet mogelijk. Echter, fase 1 van X-Fittt 2.0 wordt in deze thesis volledig gevolgd, waardoor het mogelijk is om onderzoek te doen gedurende fase 1 naar de impact van het programma voor de deelnemers met betrekking tot gezondheidswinst. Dat is

het tweede doel van deze thesis. Dit draagt bij aan bewijslast van het programma, en aan het overkoepelende onderzoek van ZonMw, waarin dit leefstijlprogramma op lange termijn wordt gevolgd.

#### **1.4.2 Onderzoeksvragen**

Uit de twee beschreven onderzoeksdoelen, komen de volgende onderzoeksvragen voort:

- 1 | “Welke programmadoelen en verwachtingen hebben stakeholders met betrekking tot X-Fittt 2.0, wat is volgens hen nodig om die te realiseren en wat is de visie die zij hebben op sociale participatie daarin?”
  
- 2 | “Wat is de impact van deelname aan X-Fittt 2.0 voor deelnemers in fase 1 in termen van (ervaren) gezondheid en kwaliteit van leven?”

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van dit onderzoek toegelicht, waarna in hoofdstuk 3 de onderzoeksmethoden worden beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten getoond met betrekking tot de evaluatieopzet van X-Fittt 2.0 aan de hand van het logisch model. Hoofdstuk 5 geeft de resultaten weer van deelname aan X-Fittt 2.0 gedurende de eerste fase van het programma. In hoofdstuk 6, de discussie en conclusie, worden de onderzoeksvragen beantwoord, resultaten vergeleken met wat bekend is uit de wetenschappelijke literatuur, sterke en zwakke punten van het onderzoek benoemd en aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek.



## 2. THEORETISCH KADER

Dit onderzoek maakt gebruik van een aanpassing op het logisch model van Kellogg (2004) als theoretisch kader. Het logisch model komt voort uit het ecologisch perspectief en is een programmatheorie. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op het ecologisch perspectief en de programmatheorie. Vervolgens wordt toegelicht wat het logisch model is en waarom deze wordt gebruikt in dit onderzoek.

### 2.1 Ecologisch perspectief

Een ecologisch perspectief wordt gezien als een belangrijke factor in het aanpakken van sociale gezondheidsverschillen (Sallis et al., 2006). Het ecologisch perspectief is gebaseerd op de aanname dat iemands gezondheid en gezondheidsgerelateerd gedrag gevormd worden door dynamische interactie tussen de fysieke en sociale omgeving. Daarbij horen factoren op individueel, organisatorisch, wijk- en beleidsniveau. De aanpak die volgens het ecologisch perspectief nodig is om gezondheidsverschillen aan te pakken maakt gebruik van meerdere strategieën en meerdere onderzoeksmethoden, is multidisciplinair en gericht op meerdere niveaus (Newman, Baum, Javanparast, O'Rourke, & Carlon 2015; Sallis et al., 2006).

### 2.2 Programmatheorie

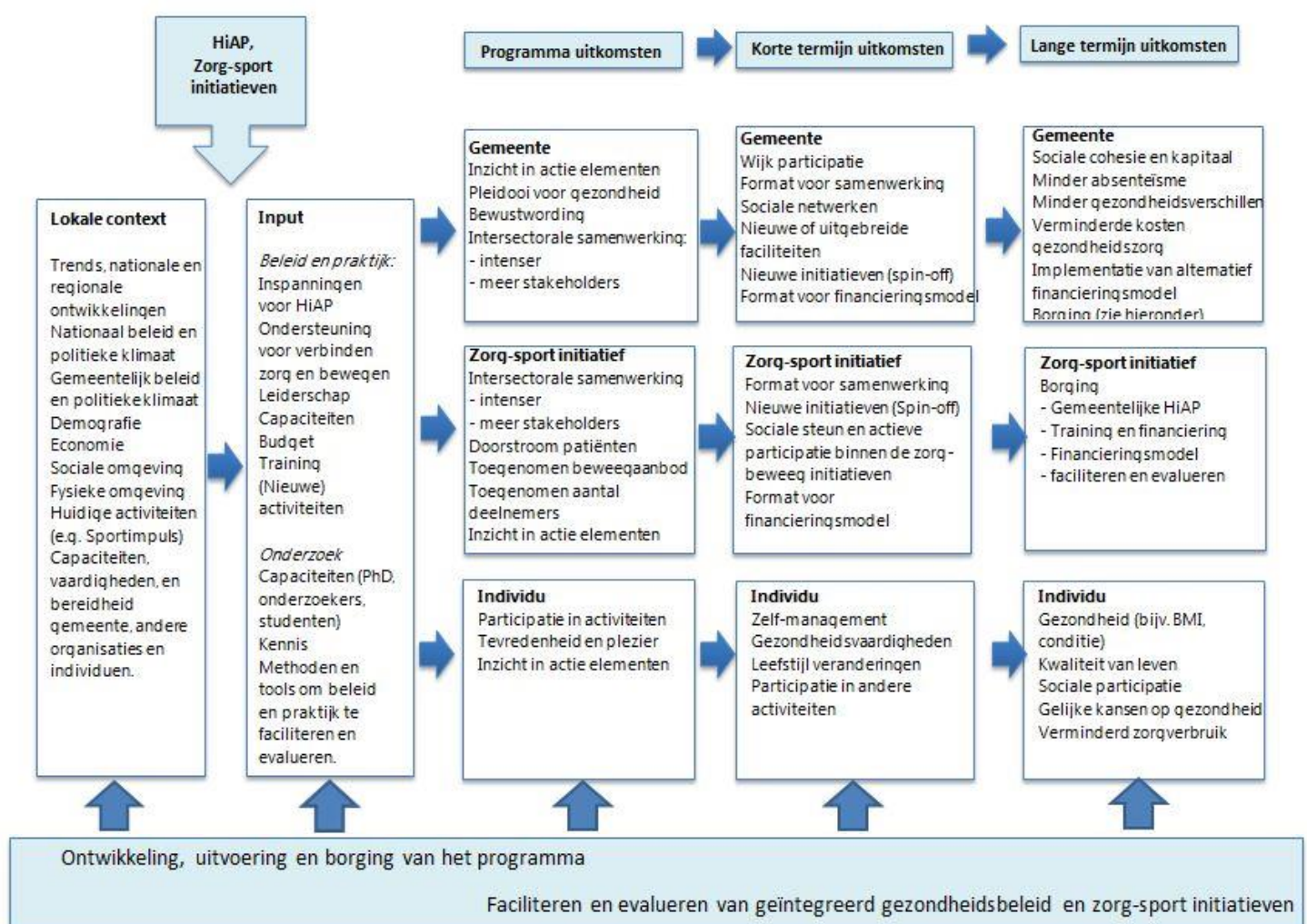
Een programmatheorie is een model dat beschrijft hoe een programma werkt of zou moeten werken; het beschrijft hoe een programma bijdraagt aan specifieke uitkomsten door middel van tussenresultaten (Funnell & Rogers, 2011). Een programmatheorie kan worden gedefinieerd als *een set aannames over de manier waarop een programma zal leiden tot verwachte maatschappelijke voordelen en over de strategie en tactieken om de doelstellingen te bereiken* (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2003). Een programmatheorie bestaat uit twee onderdelen: de *theory of change* en de *theory of action* (Funnell & Rogers, 2011). De theory of change wil zeggen dat gekeken wordt naar hoe veranderingen tot stand komen of gerealiseerd kunnen worden bij het individu en de omgeving. Bij de theory of action is van belang wat het programma aanbiedt of aan zou moeten bieden aan activiteiten om verandering te bereiken. Programmatheorie is belangrijk bij evaluatie van een programma, omdat effectiviteit niet alleen gemeten dient te worden aan de hand van uitkomstmaten, maar ook inzicht nodig is in het proces (Funnell & Rogers, 2011).

### 2.3 Logisch model

Het logisch model is een programmatheorie en komt voort uit het ecologisch perspectief. Een logisch model kan er verschillend uitzien, omdat het aanpasbaar is. Het model is niet 'rule-based'. Het verloopt niet volgens strakke regels, maar het is 'principle-based'. Dat betekent dat er in dit model ruimte is

voor aanpassingen op de vraag van het onderzoek en stakeholders in een specifieke lokale context (Herens, Wagemakers, Vaandrager, van Ophem, & Koelen, 2013) Het logisch model vat de belangrijkste elementen van een programma samen. Het laat de uitkomsten zien die het programma hoopt te bereiken, en de processen en activiteiten die ervoor nodig zijn om die resultaten te bereiken. Volgens Herens et al. (2013) zijn evaluatiedoelen van het logisch model: 1) vaststellen van de effectiviteit van het leefstijlprogramma op verschillende niveaus (individueel, groep, programma, en wijk/gemeente); 2) identificeren van onderliggende mechanismen om te begrijpen hoe gevoelig het ontwikkelen en implementeren van programma's is voor de context waarin het plaatsvindt. Een logisch model is nodig voor een evaluatie van het volledige proces van een programma, maar kan ook goed gebruikt worden voor het plannen van een evaluatie, het opstellen van programmadoelen, vaststellen van evaluatievragen en het kiezen van de benodigde onderzoeksactiviteiten die helpen om de evaluatievragen te beantwoorden (van Koperen et al., 2013). Het model bestaat uit verschillende kolommen, die onderverdeeld zijn in het geleverde programma en de resultaten van het programma. De kolommen 'lokale context' en 'input' zijn belangrijk voor het leveren van het programma. De kolommen 'programma uitkomsten', 'korte termijn uitkomsten' en 'lange termijn uitkomsten' geven informatie over de (te verwachten) resultaten van het geleverde programma. Voor elk van deze resultaten wordt onderscheid gemaakt tussen de uitkomsten op individueel niveau, op groepsniveau en op het niveau van de wijk of gemeente.

**Lokale context** bestaat uit variabelen die belangrijk zijn om mee te nemen in de specifieke context waarin het programma wordt aangeboden. Het programma dient rekening te houden met bijvoorbeeld het beleid in de specifieke gemeente, de demografie en de huidige activiteiten die al bestaan in de regio. **Input** bestaat uit de bronnen en middelen die geïnvesteerd worden in het programma, zoals geld, tijd, kennis en personeel. **Programma uitkomsten** zijn de activiteiten en diensten die het geleverde programma biedt aan deelnemers, groepen en gemeenten. Op individueel niveau kunnen dat bijvoorbeeld beweglessen en kennis zijn. **Korte termijn uitkomsten** zijn uitkomsten van het programma voor de deelnemers, groepen en gemeenten op korte termijn, gedurende het programma. **Lange termijn uitkomsten** zijn uitkomsten van het programma voor de deelnemers, groepen en gemeenten op de lange termijn, nadat het programma is afgelopen.



Figuur 1: Logisch model op basis van gesprekken met stakeholders en deelnemers van zorg-sport initiatieven in Arnhem en Veenendaal in voorbereiding op het onderzoek 'Zorg-sport initiatieven in de buurt' (Wagemakers, Verkooijen, Groenewoud & Koelen, 2016).

De verschillende kolommen van het logisch model zijn in dit theoretisch kader ingevuld op basis van eerder onderzoek (Figuur 1) maar staan niet vast. Bij het gebruik van dit model is ruimte voor aanpassing aan een specifiek programma, zoals in dit geval X-Fittt 2.0. In deze thesis wordt het logisch model, in lijn met het theoretisch model van het overkoepelende onderzoek, als basis gebruikt om doelen en verwachtingen van stakeholders in kaart te brengen en via de verschillende kolommen inzicht te krijgen in de factoren die nodig zijn om die doelen en verwachtingen te bereiken. Het resultaat daarvan is een ingevuld logisch model specifiek voor X-Fittt 2.0. Dit kan bijdragen aan vervolgonderzoek en evaluatiestudies, omdat het model helpt te focussen op de belangrijke elementen van het programma, waarbij vragen geïdentificeerd kunnen worden die belangrijk zijn voor de evaluatie (McLaughlin & Jordan, 2004).

### 3. METHODE

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Deze methoden zijn naast elkaar gebruikt en vullen elkaar aan. Om onderzoeksvraag 1 te beantwoorden zijn interviews gehouden met zorgprofessionals uit het team van X-Fittt 2.0 en met de volgende organisaties/stakeholders: de Gemeente Arnhem, zorgverzekeraar Menzis en bewegencentrum Formupgrade. De tweede onderzoeksvraag is beantwoord door middel van het afnemen van vragenlijsten bij de deelnemers van X-Fittt 2.0 en door een groepsgesprek met de deelnemers. Naast deze onderzoeksmethoden zijn gedurende het onderzoek teamvergaderingen, een intakegesprek en de kick-off en afsluiting van fase 1 van het programma door de onderzoeker bijgewoond en was deze betrokken in de WhatsApp groep van zorgprofessionals van X-Fittt 2.0. Dit alles droeg bij aan het verkrijgen van inzicht in het programma en aan het bespreken van onderzoeksactiviteiten met professionals van X-Fittt 2.0. De verschillende onderzoeksmethoden van dit onderzoek zijn hieronder beschreven in Tabel 1. Figuur 2 toont een overzicht van de momenten waarop deze onderzoeksmethoden plaatsvonden.

Tabel 1 Onderzoeksmethoden per onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Methode
<u>Onderzoeksvraag 1</u> : "Welke programmadoelen en verwachtingen hebben stakeholders met betrekking tot X-Fittt 2.0, wat is volgens hen nodig om die te realiseren en wat is de visie die zij hebben op sociale participatie daarin?"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews met zorgprofessionals X-Fittt 2.0 <i>Leefstijlcoaches, fysiotherapeuten, diëtiste en bewegagoog.</i></li> <li>- Interviews met stakeholders X-Fittt 2.0 <i>Gemeente Arnhem, Menzis, Formupgrade</i></li> </ul>
<u>Onderzoeksvraag 2</u> : "Wat is de impact van deelname aan X-Fittt 2.0 voor deelnemers in fase 1 in termen van (ervaren) gezondheid en kwaliteit van leven?"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vragenlijsten voor deelnemers X-Fittt 2.0</li> <li>- Groepsgesprek met deelnemers X-Fittt 2.0</li> </ul>



Figuur 2. Tijdlijn uitvoering onderzoeksmethoden

### **3.1 Interviews**

Voordat de interviews plaatsvonden is er overleg geweest met de gezondheidswetenschapper uit het team van X-Fittt 2.0, die voor een gedeelte leiding geeft aan het team van X-Fittt 2.0. De reden dat deze persoon niet genoemd wordt als deelnemer van de interviews met de zorgprofessionals, is dat deze persoon op dat moment niet meer betrokken was bij het programma. Bij het voorbereidend overleg was ook de begeleider van deze thesis vanuit Wageningen University en Research (WUR) aanwezig, evenals de PhD student die betrokken is bij het overkoepelende onderzoek. Samen is ingegaan op de mogelijkheid om het logisch model in een teamvergadering te bespreken en hoe en met wie dit het best kon plaatsvinden. De resultaten van dat gesprek zijn gebruikt om de methode van de interviews met de zorgprofessionals en de stakeholders vast te stellen. Tenzij anders vermeld, is deze werkwijze gebruikt voor zowel de interviews met de zorgprofessionals als voor de interviews met stakeholders.

#### **3.1.1 Deelnemers**

Zorgprofessionals en stakeholders die betrokken zijn bij X-Fittt 2.0 zijn benaderd voor medewerking aan een interview over de programmadoelen en verwachtingen met betrekking tot de (tussen)uitkomsten van X-Fittt en hoe deze mogelijk gerealiseerd kunnen worden. In totaal zijn 6 zorgprofessionals benaderd voor een interview van 45 minuten. Na overleg met de zorgprofessionals zijn drie tweetallen gevormd voor de interviews, omdat een focusgroep wegens praktische redenen niet mogelijk was. De drie tweetallen bestonden uit 1) twee leefstijlcoaches; 2) twee fysiotherapeuten; 3) bewegagoog en diëtiste. De stakeholders die zijn benaderd voor een interview van 60 minuten zijn: de eigenaar van het beweegcentrum waar X-Fittt 2.0 wordt uitgevoerd, de betrokken contactpersoon van Sportbedrijf Arnhem (onderdeel van de Gemeente Arnhem), en contactpersonen van de zorgverzekeraar die het programma vergoedt. De drie interviews met de zorgprofessionals zijn uitgevoerd door de onderzoeker van dit rapport. Bij de drie interviews met stakeholders deed de onderzoeker de interviews samen met de PhD student die betrokken is bij het grotere onderzoek waar dit onderzoek onder valt. Het interview met de zorgverzekeraar had een tweeledig doel: 1) inzicht krijgen in de programmadoelen en verwachtingen van de zorgverzekeraar ten opzichte van X-Fittt 2.0, en hoe deze mogelijk gerealiseerd kunnen worden; 2) kennismaking zorgverzekeraar met betrokkenen van het overkoepelende onderzoek 'Zorg-sport initiatieven in de buurt' en om die samenwerking vorm te geven. Bij dit interview waren vijf personen aanwezig: vanuit de zorgverzekeraar waren dat een productmanager en een vitaliteitsadviseur/preventiespecialist; vanuit de WUR was naast de onderzoeker en PhD-student, ook de begeleider van dit onderzoek in het kader van het overkoepelende onderzoek 'Zorg-sport initiatieven in de buurt' aanwezig. Door het tweeledige doel

van het interview heeft dit interview langer geduurd dan de andere interviews, namelijk 78 minuten.

### 3.1.2 Werkwijze interviews

De deelnemers van de interviews zijn van tevoren per email op de hoogte gesteld van het gesprek en het doel daarvan. Bij aanvang van de interviews is gevraagd of akkoord wordt gegaan met geluidsopname van het interview. Bij de interviews met stakeholders zijn vervolgens inleidende vragen gesteld alvorens verder te gaan met de uitleg van het logisch model. De interviewleidraad die is gebruikt voor de interviews met de zorgprofessionals en stakeholders kunt u vinden in bijlage 3. Er is gestart met een blanco logisch model op A3 formaat, waarbij enkel de variabelen in de uiterst linkse kolom (lokale context) en rechtse kolom (lange termijn resultaten) van tevoren zijn ingevuld in het model (Bijlage 4). De lokale context staat min of meer vast en de prioriteit lag daarom bij het bespreken van de overige kolommen. Het invullen van een aantal variabelen in de uiterst rechtse kolom (lange termijnresultaten) is gedaan zodat deelnemers van de interviews mogelijk een beeld kregen wat er van hen verwacht werd en gaf handvatten om het gesprek te starten. De variabelen die van tevoren ingevuld waren, zijn variabelen die door Formupgrade zijn gemeten gedurende X-Fittt 2.0, en een aantal relevante variabelen die aan de hand van eerdere interviews in de voorbereiding van het overkoepelende onderzoek zijn ingevuld. De geïnterviewde zorgprofessionals en stakeholders is gevraagd om deze te aan te vullen.

De in te vullen variabelen zijn gedurende de interviews gezamenlijk bepaald door het model van rechts naar links te bespreken op de verschillende niveaus: de gemeente, het individu (de deelnemer van X-Fittt 2.0) en het zorg-sport initiatief (X-Fittt 2.0). Het gemeentelijk niveau werd niet meegenomen in de interviews met de zorgprofessionals omdat zij meer zicht hebben op de twee andere niveaus, en niet zozeer op wat voor de gemeente belangrijke doelen of verwachtingen zijn. Bij de expert niveaus is dit wel besproken. Dat gestart werd vanaf de rechterkant van het model betekent dat eerst werd besproken wat de zorgprofessionals en stakeholders hopen en verwachten dat de uitkomsten zijn van het programma op de lange termijn. Vervolgens werd besproken welke uitkomsten nodig zijn op korte termijn om de genoemde lange termijn uitkomsten te bereiken. Van daaruit kon verder naar links worden gewerkt waarbij vastgesteld werd welke diensten en activiteiten geboden dienen te worden om de korte termijn uitkomsten te bereiken, en ten slotte werd besproken wat de input moet zijn, wat er in het programma gestopt dient te worden om de gewenste activiteiten en diensten te leveren. Van tevoren is aangegeven aan de deelnemers van de interviews dat de volgorde van bespreken niet vaststaat en dat het mogelijk is dat variabelen uit andere kolommen tijdens het gesprek al naar voren komen. Dit was echter geen probleem en kwam het gesprek ten goede, omdat professionals op die

manier hun verhaal konden doen, zonder zich beperkt te voelen door de vaste volgorde van het logisch model. Na het bespreken van het logisch model is kort besproken wat sociale participatie inhoudt op basis van het participatiewiel van Movisie (2015), wat de geïnterviewden verwachten dat X-Fitt 2.0 bijdraagt aan de sociale participatie van deelnemers, hoe sociale participatie mogelijk te meten is en of zij mogelijk iets herkennen van sociale participatie in de doelen/motivatie van de deelnemers om mee te doen aan X-Fitt 2.0.

### **3.1.3 Analyse**

De interviews zijn getranscribeerd middels ATLAS.ti 7. Vervolgens zijn thema's geïdentificeerd tijdens het coderen. Thema's die met elkaar samenhangen zijn vervolgens bij elkaar geplaatst onder een codefamilie (bijlage 5). Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn de code families onder de verschillende 'labels' op basis van het logisch model geplaatst (lokale context, input, programma uitkomsten, korte – en lange termijn uitkomsten).

## **3.2 Groepsevaluatie met deelnemers**

### **3.2.1 Deelnemers**

In de laatste week van fase 1 zijn de deelnemers van X-Fitt 2.0 benaderd om na de bewegles in groepen na te praten over het programma. In totaal hebben 16 deelnemers, verdeeld over de drie bewegegroepen, deelgenomen aan de groepsgesprekken.

### **3.2.2 Werkwijze groepsgesprek**

Er zijn korte groepsgesprekken uitgevoerd met de deelnemers, om hun mening over X-Fitt 2.0 in kaart te brengen. De groepen zijn dezelfde als waarmee zij de beweeglessen volgen. De gesprekken werden geleid door de onderzoeker van deze thesis, samen met de PhD student van het overkoepelende onderzoek. Bij aanvang van de groepsgesprekken is het doel van het gesprek uitgelegd en werd toestemming voor geluidsopname gevraagd. Vervolgens is de deelnemers gevraagd om drie evaluatievragen in te vullen: 1) Wat voor cijfer geef je X-Fitt 2.0; 2) Waarom?; 3) Wat is het belangrijkste dat X-Fitt 2.0 u heeft gebracht? Vervolgens werden deze antwoorden groepsgewijs besproken. Daarnaast werd gevraagd of de deelnemers eventuele verbeterpunten van het programma kunnen benoemen en met welke vervolgsport zij na de eerste fase van X-Fitt 2.0 willen verder gaan.

## **3.3 Vragenlijsten deelnemers X-Fitt 2.0**

### **3.3.1 Deelnemers**

De vragenlijsten voor T0 (vragenlijst 1; zie bijlage 6A) zijn uitgedeeld op de eerste dag van X-Fitt 2.0 (de kick-off) aan alle deelnemers die aanwezig waren. De vragenlijsten voor T1 (vragenlijst 2; zie bijlage

6B) zijn uitgedeeld op de laatste dag van fase 1 van X-Fitt 2.0 aan alle deelnemers die aanwezig waren. Vragenlijst T0 is ingevuld door 23 deelnemers, en vragenlijst T1 door 18 deelnemers. Een aantal deelnemers is gestopt of heeft maar één van de vragenlijsten ingevuld. Het aantal deelnemers waarvan de resultaten van beide vragenlijsten vergeleken kon worden is 14.

### 3.3.2 Werkwijze vragenlijsten

De variabelen die in de vragenlijst worden bevraagd zijn vastgesteld in afstemming met de gezondheidswetenschapper die vanuit Formupgrade betrokken was bij de start van X-Fitt 2.0 en de onderzoekers.

De vragenlijsten bestaan uit vragen met betrekking tot: demografische gegevens van de deelnemers, kwaliteit van leven (EQ-5D-3L & EQ-VAS), zelfvertrouwen met betrekking tot het in beweging blijven (*Self-efficacy for Exercise scale* (SEE)), ziekte- en zorggebruik, motivatie tot bewegen (BREQ-2), bereidheid tot betalen, de ervaringen van de deelnemers met de zorgprofessionals en bewegen in een groep. De meeste van deze thema's worden op beide meetmomenten, en daarmee in beide vragenlijsten, bevraagd. Naar demografische gegevens is alleen in de eerste vragenlijst (T0) gevraagd en zijn bij T1 overbodig nogmaals te bevragen. Naar bewegen in een groep, bereidheid tot betalen en ervaringen met de zorgprofessionals is alleen in de tweede vragenlijst (T1) gevraagd, omdat de deelnemers deze vragen alleen na deelname aan de eerste fase van het programma konden beantwoorden. De factoren die al werden gemeten door zorgprofessionals zijn in dit onderzoek niet meegenomen in de vragenlijsten. De reden hiervoor is dat de vragenlijsten te lang zou worden voor de deelnemers. De verzamelde gegevens door Formupgrade en de gegevens die verkregen zijn door middel van de vragenlijsten, zijn naderhand aan elkaar gekoppeld om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de resultaten van de deelnemers van X-Fitt 2.0.

De BREQ-2 (Markland & Tobin, 2004) bestaat uit 19 vragen die te beantwoorden zijn op een vijfpuntsschaal ('0': 'helemaal mee oneens' tot '4': 'Helemaal mee eens') en is gebaseerd op de *Self Determination Theory* (SDT) van Deci & Ryan (1985). De SDT gaat ervan uit dat vormen van meer intrinsieke motivatie (gedrag vanuit de persoon zelf, niet omdat erom gevraagd wordt) leidt tot meer plezier in bewegen, meer inzet en intentie om te bewegen, dan vormen van externe motivatie en amotivatie (bewegen om redenen buiten de deelnemer om, zoals 'omdat het moet van een arts') (Deci & Ryan, 1985). De EQ-5D-3L (Brooks, 1996) is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score (weinig, matig, veel problemen) wordt gegeven. De EQ-VAS (Brooks, 1996) is een ladder van 0-100 (in deze thesis van 0-10, om het voor de deelnemers overzichtelijker te maken), waarop



deelnemers aan kunnen geven hoe zij de eigen gezondheidstoestand ervaren ('0': 'slechtst denkbare gezondheidstoestand'; '10': 'best denkbare gezondheidstoestand'). De SEE (Resnick, & Jenkins, 2000) bestaat uit 9 items waarin situaties worden beschreven waarin in moeilijk kan zijn regelmatig (3x per week) te blijven sporten. Antwoorden zijn gegeven op een vijfpuntsschaal van 'zeer zeker' tot 'zeer onzeker'.

### 3.3.3 Analyse vragenlijsten

De antwoorden uit de vragenlijsten zijn ingevoerd en geanalyseerd met behulp van SPSS. Van de meeste thema's zijn de antwoorden overgenomen en kon beschrijvende statistiek worden toegepast. Dat is het geval bij de demografische variabelen, vragen over ziekte en zorggebruik, EQ-VAS, zelfmonitoring, bewegen in een groep en ervaring van de deelnemers met de zorgprofessionals. Hercodering van antwoorden op de SEE (1=5, 2=4, 4=2, 5=1) is uitgevoerd om de resultaten op een logische wijze te presenteren. Het gemiddelde van de 9 items is berekend om een persoonlijke score per deelnemer te verkrijgen. Voor de BREQ-2 (motivatie) en de EQ-5D-3L (kwaliteit van leven) zijn de scores als volgt middels SPSS omgezet in een score per deelnemer op gebied van motivatie en kwaliteit van leven:

Met betrekking tot de De BREQ-2 van Markland & Tobin (2004) is voor iedere subschaal het gemiddelde van de items berekend die bij de subschaal horen (tabel 2). Door de gemiddelden per schaal te berekenen, is te zien hoe de deelnemers scoren op de 5 verschillende motivatietypen.

Tabel 2 Items behorend bij subschalen BREQ-2 (Mullan & Markland, 1997; Markland & Tobin, 2004)

Soort motivatie	Vragen
Amotivation	5 – 9 – 12 – 19
External regulation	1 – 6 – 11 – 16
Introjected regulation	2 – 7 – 13
Identified regulation	3 – 8 – 14 – 17
Intrinsic regulation	4 – 10 – 15 – 18

Daarnaast is de Relative Autonomy Index (RAI) berekend voor de BREQ-2 (Markland, in Wilson, Sabiston, Mack, & Blanchard, 2012) om 1 motivatiescore per deelnemer vast te stellen die weergeeft waar de deelnemer zich bevindt op het motivatiecontinuüm van amotivatie (-24) naar intrinsieke motivatie (20). De berekening voor de RAI is als volgt (Markland, in Wilson et al., 2012):  $[(Amotivation * -3) + [External * -2] + [Introjected * -1] + [Identified * 2] + [Intrinsic * 3]]$ . Hoe hoger de score (tot maximaal 20), hoe meer het individu beweegt vanuit intrinsieke motivatie; andersom geeft een lage score (tot maximaal -24) aan dat de deelnemer meer beweegt door externe motivatie of amotivatie. Voor de EQ-5D-3L is gebruik gemaakt van een bestaande formule waarmee de aangegeven gezondheidsstaat omgezet wordt in één samenvattende score voor kwaliteit van leven (zie tabel 3). Wanneer op elk van de 5 dimensies antwoordoptie 1 is ingevuld ('geen problemen') is de maximale gezondheidsstatus '11111' (5x1) het resultaat. Voor alles wat daarvan afwijkt wordt per afwijking een waarde afgetrokken die af te leiden is uit tabel 3.

**Tabel 3 Nederlandse EQ-5D-3L-waarden**

Vaste aftrek voor afwijking van toestand '11111'	-0,071
Extra aftrek voor:	
▪ enige problemen met lopen	-0,036
▪ bedlegerig	-0,161
▪ enige problemen met zelfzorg	-0,082
▪ niet in staat tot zelfzorg	-0,152
▪ enige problemen met dagelijkse activiteiten	-0,032
▪ niet in staat dagelijkse activiteiten uit te voeren	-0,057
▪ matige pijn of andere klachten	-0,086
▪ zeer ernstige pijn of andere klachten	-0,329
▪ matig angstig of somber	-0,124
▪ erg angstig of somber	-0,325
▪ ernstige problemen op $\geq 1$ dimensie	-0,234.

De waardering voor een gezondheidstoestand gaat uit van de waarde 1. Zodra iemand aangeeft dat er problemen zijn op één van de dimensies, vermindert de waarde voor de gezondheidstoestand met 0,071. Vervolgens is er een aftrek per probleem. In geval van ernstige problemen op  $\geq 1$  dimensie is er eenmalig een extra aftrek.

Bron: Lamers, Stalmeier, McDonnell, Krabbe & van Busschbach, 2005; Lamers et al., 2006

De score voor kwaliteit van leven van de deelnemers ligt tussen 0 en 1, waarbij de 1 de maximale gezondheidstoestand is (geen problemen op de 5 dimensies van gezondheid). Hoe lager de score van de deelnemer, hoe slechter de kwaliteit van leven.

### **3.4 Betrokkenheid in WhatsApp-groep en bij teamvergaderingen met zorgprofessionals**

De betrokkenheid in de WhatsApp-groep met zorgprofessionals droeg bij aan het verkrijgen van algeheel inzicht X-Fitt 2.0, in afzeggingen van deelnemers en deelnemersuitval. In de WhatsApp-groep overlegden de zorgprofessionals organisatorische zaken. De onderzoeker kon de gehele groep bereiken om vragen of opmerkingen te stellen, zoals over ingevulde meetgegevens door zorgprofessionals. In dit onderzoek zijn twee teamvergaderingen door de onderzoeker bijgewoond. Eén voorafgaand aan het programma, met het gehele team van zorgprofessionals, waarbij besproken werd wat gemeten diende te worden en wie welke taken zou uitvoeren. Daarnaast werden organisatorische zaken besproken met betrekking tot de kick-off van X-Fitt 2.0. De tweede teamvergadering die is bijgewoond was een tussenevaluatie met dezelfde aanwezigen als bij de eerste vergadering. Aan bod kwamen klachten van deelnemers, deelnemers die zich vaak afmelden en hoe dat opgelost kon worden. Organisatorische aspecten zoals het plannen van de eindgesprekken met de leefstijlcoach en het organiseren van de laatste dag van fase 1 werden besproken. In deze teamvergadering is uitgelegd aan de zorgprofessionals wat de bedoeling is van de interviews voor dit onderzoek. Vervolgens zijn tweetallen voor de interviews gevormd, waarbij de voorkeurstijden en –dagen voor de interviews door de professionals werden aangegeven.

## 4. RESULTATEN: EVALUATIEOPZET AAN DE HAND VAN HET LOGISCH MODEL

In dit hoofdstuk worden programmadoelen en verwachtingen uiteengezet van verschillende betrokken partijen en hoe die doelen en verwachtingen mogelijk gerealiseerd kunnen worden. Dat wordt gedaan op basis van de interviews met stakeholders en zorgprofessionals. De verschillende variabelen die daarin naar voren komen zijn ingevuld in het logisch model. Het ingevulde logisch model staat weergegeven in figuur 3 aan het einde van dit hoofdstuk. De resultaten worden per kolom besproken van begin tot eind van het programma (van input tot lange termijn resultaten). Om anonimiteit te waarborgen zijn de 6 interviews gelabeld als interview 1 t/m interview 6.

### 4.1 Lokale context

In twee interviews werd genoemd dat naast individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau, ook het landelijke niveau van belang is om mee te nemen in de evaluatie van het programma. Specifieke variabelen die werden genoemd die in de landelijke context invloed hebben op X-Fittt 2.0, zijn de farmaceutische industrie en het gezondheidszorgsysteem. Met het gezondheidszorgsysteem wordt bedoeld: de manier waarop huisartsen werken en betaald krijgen en hoe de afstemming tussen leefstijlprogramma's met (en doorverwijzing door) huisartsen geregeld kan worden. De rol van de huisarts is belangrijk in het op de juiste manier doorverwijzen van patiënten. In interview 5 komt naar voren dat het moeilijk is patiënten die te zwaar zijn, chronisch ziek zijn en/of een inactieve leefstijl hebben juist door te verwijzen.

*"Als je ze naar de fysio stuurt dan moeten ze en verzekerd zijn en er moet een indicatie zijn. En stuur je ze naar de sportschool, daar moeten ze het zelf uitzoeken. Het gebied daartussen daar was eigenlijk niks voor."*

Uit twee interviews blijkt dat Formupgrade zich richt op dat grijze gebied tussen zorgverlening/ fysiotherapie en sport. Het belang van de huisarts en hoe deze in de Westerse maatschappij vorm heeft gekregen is daarbij belangrijk. Mensen gaan naar de dokter als zij ziek zijn, de huisarts wordt betaald door zieke mensen. Dit hangt samen met de lobby van de farmaceutische industrie die veel medicijnen wil verkopen om winst te maken. Er werd benoemd dat in Japan de huisarts wordt beloond voor gezonde mensen, waardoor de motivatie groter is om patiënten beter te maken. De huisarts krijgt vaak niet te horen wat de uitkomst is van zijn doorverwijzing naar een leefstijlprogramma, omdat iemand er misschien baat bij heeft gehad en niet meer naar de huisarts hoeft. In meerdere interviews kwam naar voren dat het van belang is dat de huisarts de resultaten krijgt van een doorverwijzing.

## 4.2 Input

### 4.2.1 Praktische zaken

Bij de input van het programma zijn onder andere veel praktische zaken belangrijk, zoals: tijd, geld, materialen, locaties en ruimtes, werving van deelnemers, groepsgrootte, het opzetten van het programma en bepalen hoe de communicatie en afstemming tussen de betrokken professionals en andere partijen zal verlopen. Dit zijn zaken die in bijna ieder interview benoemd werden en niet veel toelichting behoeven. Genoemde materialen zijn bijvoorbeeld beweegattributen en meetinstrumenten. Locaties en ruimte zijn nodig voor bijvoorbeeld beweeglessen en gesprekken. Variabelen die te maken hebben met het opzetten van het leefstijlprogramma vallen samen met kennis, kwaliteit en effectiviteit. In interview 4 kwam naar voren dat het belangrijk is om een effectief programma aan te bieden dat bijdraagt aan gezondheidswinst, maar tegelijk leuk en plezierig is. Dat betreft zowel de inhoud als de vorm van het programma; hoe het aangeboden wordt, hoe het overgebracht wordt en hoe de omgang met de deelnemers is bijvoorbeeld. In ieder interview werd het belang van financiering benoemd. In twee interviews kwam naar voren dat de deelnemers zelf een gedeelte zouden kunnen bijdragen. Wat in meerdere interviews werd benoemd als wezenlijk voor het uitvoeren van het programma is de samenwerking tussen zorgprofessionals en weten van elkaar wat er speelt.

### 4.2.2 Personeel / professionals

#### *Verschillende disciplines nodig*

De verschillende zorgprofessionals die bij het programma betrokken dienen te zijn die in meerdere interviews worden genoemd: één of meerdere fysiotherapeut(en), diëtist, beweegago(o)g(en), leefstijlcoach(es), psycholoog. In interview 3 werd de logistieke kant, de receptionist(e) hierbij genoemd en mogelijk een coördinator. In interview 6 wordt de buurt- of wijkcoach genoemd als mogelijke waardevolle toevoeging. Dat er een psycholoog bij betrokken zou moeten worden werd in vier van de zes interviews genoemd en werd eerder al in de WhatsApp-groep benoemd. In de doelgroep komen veelal psychische problemen voor en dat zien de zorgprofessionals terug bij de deelnemers. In interview 5 wordt daarover het volgende genoemd:

*“Wat ik echt nog een ontbrekende schakel van X-Fittt vind is een stukje psychologische hulp, daar komen we echt nog tekort op (...) alleen het nadeel is gewoon: daar moeten de mensen zelf voor betalen.”*

#### *Zorgprofessionals: kennis van het vakgebied*

In meerdere interviews kwam naar voren dat kennis van de professionals met betrekking tot het eigen vakgebied belangrijk is. Specifieke voorbeelden zijn: voeding, trainingsprincipes, blessures, kennis van

het programma, en differentiatie kunnen aanbrengen in trainingen. Differentiatie kunnen aanbrengen betekent dat voor iedereen in de groep de oefeningen op het eigen niveau uitgevoerd kunnen worden.

#### *Zorgprofessionals: kennis van de doelgroep*

In meerdere interviews werd aangegeven dat naast kennis van het vakgebied ook kennis van de specifieke doelgroep waarmee gewerkt wordt nodig is; in dit geval mensen met een lage SES.

#### *Zorgprofessionals: visie*

In interview 5 kwam meerdere malen naar voren dat de visie van het personeel belangrijk is. Dit heeft te maken met wat bij 4.2.3 beschreven wordt, namelijk dat in het beweegcentrum en bij X-Fittt 2.0 gewerkt wordt vanuit een eigen visie. Het personeel moet daar aan voldoen, omdat anders het programma niet optimaal werkt.

*“...maar aan de andere kant moeten het ook weer mensen zijn die vanuit dit verhaal werken. (...) als ik een fysiotherapeut ben die zegt van 9 tot 5 ga ik werken en het enige wat me interesseert is dat er aan het einde van de maand geld op mijn rekening wordt gestort, dan ga je het met X-Fittt dus niet redden.”*

#### 4.2.3 Ondernemerschap

Er wordt in twee interviews aangegeven dat het een voordeel of succesfactor is voor dit programma dat de eigenaar van het beweegcentrum waar X-Fittt 2.0 plaatsvindt een ondernemer is. Een bevlogen ondernemer met passie voor zijn bezigheden en die gelooft in bewegen als medicijn. Daarbij is het van belang dat het gaat om maatschappelijk ondernemen. Uit interview 4 bleek dat dat lastig is, want er zijn meerdere aanbieders die zoiets als X-Fittt 2.0 in samenwerking met de gemeente zouden willen; maar dan uit economische overwegingen en niet uit maatschappelijke overwegingen. Uit interview 5 blijkt dat Formupgrade zich richt op de vraag hoe zij maatschappelijk verantwoord kunnen ondernemen, waar zorgverleners dat vaak niet kunnen.

*“Die willen heel graag zorg verlenen, die willen alles doen voor een patiënt maar ze kunnen niet ondernemen (...) waardoor misbruik gemaakt wordt door mensen die (...) wel goed kunnen ondernemen maar die puur voor het geld doen. Bij Formupgrade is het vaak een combinatie van beide, (...) én zorg verlenen, maar aan het einde van de maand moet er een euro meer binnenkomen dan eruit is gegaan.”*

Uit hetzelfde interview blijkt dat Formupgrade een lokaal netwerk wil opbouwen en het kenniscentrum in de buurt wil zijn. Daarnaast wil het niet alleen lokaal, maar met het X-Fittt programma ook landelijk

werken [hier wordt gesproken het 'reguliere' X-Fittt programma, niet de pilot die vergoed wordt en in dit onderzoek wordt onderzocht]. Eén van de medewerkers van Formupgrade heeft communicatie gestudeerd en heeft de aanzet gegeven tot het creëren van X-Fittt als merk en denkt mee over hoe dit, wat betreft strategische communicatie, landelijk uitgerold kan worden. *Gogme/slimmigheid* is een variabele die apart wordt genoemd in het logisch model. Het hangt samen met social media, ondernemerschap en PR-communicatie maar gaat meer om het strategisch gebruik van (social) media.

#### *Ambassadeurs/fans*

Een ander aspect van slim ondernemen dat in meerdere interviews is genoemd, is gebruik maken van ambassadeurs/fans. Binnen Formupgrade wil de organisatie gebruik maken van de deelnemers die positief zijn over X-Fittt en die positieve gezondheidsresultaten hebben geboekt. Dit doet men door hen ambassadeur/fan te maken van het programma. Daarbij delen de deelnemers hun verhaal op Facebook of wordt gevraagd of zij positieve resultaten hebben gedeeld met hun huisarts.

#### *PR, marketing en communicatie*

Het gebruik van ambassadeurs/fans hangt samen met PR, marketing en communicatie. Uit vrijwel ieder interview bleek dat Formupgrade het belangrijk vindt na te denken over PR en communicatie; en over de manier waarop dat plaatsvindt. Daarnaast wordt aangegeven dat PR en communicatie van wezenlijk belang zijn in het behouden van het programma en het creëren van nieuwe groepen. Bijvoorbeeld door aan de 'buitenwereld' te laten zien dat het programma werkt, een netwerk op te bouwen en door deelnemers zelf te laten vertellen over de positieve resultaten; in plaats van reclame te laten maken door een fitte fitnessinstructeur.

### **4.3 Programma uitkomsten**

Hieronder worden de verschillende programma-uitkomsten beschreven die genoemd zijn in de interviews. Dit wordt beschreven op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau.

#### 4.3.1 Individueel niveau

Op individueel niveau zijn de volgende variabelen voortgekomen uit de interviews: het aanbieden van beweglessen; richtlijnen m.b.t. voeding en het invullen van het voedingsdagboek; gesprekken met de zorgprofessionals; stok achter de deur en weegmomenten.

#### *Beweegaanbod*

Toelichtingen die zijn gegeven met betrekking tot het beweegaanbod gaan over dat het effectief moet zijn, en over het belang van beweglessen in een groep met daarnaast de mogelijkheid om zelfstandig

te sporten bij het beweegcentrum. Specifieke aspecten van beweegaanbod die werden genoemd: cardiotraining, intervaltraining, krachttraining, en lenigheid. Daarnaast wordt het belang van differentiatie binnen het beweegaanbod benoemd, waarbij iedere deelnemer van X-Fittt 2.0 op zijn of haar eigen niveau mee kan doen.

#### *Stok achter de deur*

Een stok achter de deur wordt volgens meerdere interviews geboden door de verplichte groepslessen en het invullen van het voedingsdagboek. Wanneer deelnemers zonder reden afwezig zijn, worden zij gebeld door de leefstijlcoach. Wanneer de voedingsdagboekjes niet worden ingevuld worden de deelnemers daarop gewezen.

#### *Voeding*

Gezonde voeding en het overbrengen van kennis over gezonde voeding werd in vrijwel ieder interview gezien als belangrijk onderdeel wat aanwezig moet zijn in het programma. Bij voeding is de bewustwording belangrijk bij de deelnemer. Bewustwording over wat gezonde voeding is en wat de deelnemers wel en niet mogen eten. Dit kan gerealiseerd worden door gesprekken met de diëtist, het invullen van het voedingsdagboek en door de richtlijnen te volgen uit het X-Fittt infoboekje. In interview 3 werd het volgende over de voedingsrichtlijnen gezegd:

*“Op korte termijn zijn de regels zo strikt (...). Als je echt wil afvallen dan klopt dat zo, maar als je een levensstijl wil hebben die je langdurig aan kan houden dan is dat wel heel moeilijk.”*

### 4.3.2 Organisatieniveau

#### *Flexibiliteit/Maatwerk*

In twee interviews werd aangegeven dat het belangrijk is om flexibiliteit en maatwerk te bieden. In interview 3 is daarover het volgende gezegd:

*“(...) niet dat dit een aanbod is wat vaststaat en wat je zomaar af moet draaien maar vooral heel regelmatig kijken naar waar ligt nou de vraag en de behoefte. (...) Je kijkt echt persoonlijk wat heeft iemand nou nodig, waar heeft die de stok achter de deur nodig, waar liggen de hulpbehoeftes? En daar speel je op in”*

#### *Rolmodel*

In meerdere interviews is genoemd dat een rolmodel op organisatieniveau moet worden aangeboden bij de start van het programma door een oud-deelnemer met positieve resultaten zijn verhaal te laten doen. Na twaalf weken zijn er in de verschillende groepen deelnemers vervolgens nieuwe rolmodellen

ontstaan die zelf positieve gezondheidsresultaten hebben verkregen. Dit wordt vaak samen genoemd met de variabelen PR-marketing en communicatie en met ambassadeurs/fans.

#### *Veilige sfeer/klimaat*

In één van de interviews kwam naar voren dat het belangrijk is om een veilige sfeer voor de deelnemers te creëren. Dat de deelnemers zich vrij en veilig genoeg voelen om aan te geven wanneer zij klachten hebben bijvoorbeeld, en dat dat goed opgepakt wordt.

#### 4.3.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar

Uit interview 4 bleek dat op gemeentelijk niveau bewijslast, kennis en ervaring belangrijk is. Daarbij hoort ook zicht op de kwaliteit van het beweegaanbod.

### **4.4 Korte termijn uitkomsten**

#### 4.4.1 Individueel niveau

De hierbij genoemde variabelen uit de interviews zijn: gewichtsafname, meer bewegen, gezonder eten, betrokkenheid van de deelnemer en naar de deelnemer toe, een mogelijke financiële eigen bijdrage, zelfvertrouwen, zichtbare gezondheidswinst, bewustwording, actief participeren, sociale steun en het creëren van fans ambassadeurs (beschreven in hoofdstuk 4.2.3).

Bewustwording kan bereikt worden door feedback van de leefstijlcoaches en de diëtist en mogelijk door inzage van de intake-metingen die de fysiotherapeut heeft uitgevoerd. Dit gebeurt nog niet, maar in interview 2 wordt genoemd dat het mogelijk voor bewustwording en motivatie zorgt wanneer deelnemers van zichzelf zien dat zij bijvoorbeeld een slechte conditie hebben (VO<sub>2</sub>max-waarde) of dat de bloeddruk bijvoorbeeld te hoog is.

#### 4.4.2 Organisatorisch niveau

Uit meerdere interviews blijkt dat bewijslast belangrijk is om partijen te overtuigen van de effectiviteit van het programma waardoor het programma geborgd of uitgebreid kan worden. Het ontstaan van rolmodellen in groepen en daarmee ook ambassadeurs/fans speelt een rol in de PR, marketing en communicatie van het programma. Zo wordt getracht een groot netwerk te bereiken, onder andere op social media, en daarmee aandacht te krijgen voor het programma en te kunnen laten zien wat de resultaten zijn. Geld en betrokkenheid van geldschieters zijn nodig om het programma te kunnen blijven financieren. Goed contact met stakeholders is eveneens belangrijk.

#### 4.4.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar

Uit interview 4 bleek dat op gemeentelijk niveau bewustwording belangrijk is. Bewustwording bij



andere sportaanbieders, bij andere beleidsbeslissers en bij de zorgverzekeraar. Daarnaast moet gekeken worden naar hoe dat integraal te organiseren is. Uit interview 6 bleek dat inzicht in zorgkosten en ook het in kaart brengen van deelnemersuitval van belang is voor de zorgverzekeraar.

## **4.5 Lange termijn uitkomsten**

### 4.5.1 Individueel niveau

De belangrijkste resultaten die genoemd zijn op de lange termijn: langdurige gedragsverandering, betere kwaliteit van leven, meer bewegen en gezonder eten, verbetering in gezondheidsindicatoren zoals BMI, vetpercentage, bloeddruk, en conditie, verhoogde sociale participatie en talentontwikkeling. Het is op lange termijn eveneens belangrijk in X-Fittt 2.0 dat de deelnemers kiezen voor een vervolgsport die zij uitvoeren wanneer de eerste 12 weken van intensieve begeleiding voorbij zijn. Langdurige gedragsverandering is het vaakst genoemd als belangrijkste uitkomst van X-Fittt 2.0.

#### *Sociale participatie*

Sociale participatie werd in ieder interview benadrukt en belangrijk gevonden als uitkomst voor de deelnemers. Op de vraag wat de geïnterviewden verstaan onder 'sociale participatie' werd genoemd: samenwerken, groepsgevoel, teamwork, deelname in de maatschappij, boodschappen doen, lid bij een vereniging, bij familie langs, meedoen en actief zijn in de maatschappij. Daarbij werd in één interview aangegeven dat het kan gaan om werken, maar ook om vrijwilligerswerk. Volgens de geïnterviewden kan de uitkomst verschillen per individu. Voor de ene persoon kan sociale participatie betekenen dat deze weer meer naar buiten durft te gaan, voor de ander dat deze weer gaat solliciteren en een baan vindt. Het participatiewiel van Movisie vond vrijwel iedereen een juiste weergave van sociale participatie. In interview 3 werd benoemd dat het participatiewiel mogelijk specifieker gemaakt kan worden, omdat 'lid zijn van een sportvereniging' breed gezien onder 'ontmoeten' valt. In veel interviews werd aangegeven dat X-Fittt 2.0 indirect kan bijdragen aan sociale participatie door een verhoogd zelfvertrouwen van deelnemers waardoor zij meer durven te ondernemen. In twee interviews werd dit als zeer belangrijk benoemd, waarbij zelfvertrouwen van de deelnemers volgens de geïnterviewden leidt tot eigen regie en actief burgerschap. Over het meten van sociale participatie in de groep, gaven meerdere geïnterviewden aan dat deelnemers van X-Fittt 2.0 gevraagd kon worden naar het verschil in participatie van vóór X-Fittt 2.0 en het huidige participatiegedrag. Een voorbeeld dat werd gegeven in meerdere interviews is de vraag of de deelnemers het gevoel hebben dat zij meer naar buiten gaan dan zij deden voor hun deelname aan X-Fittt 2.0

### 4.5.2 organisatorisch niveau

In elk van de interviews werden de lange termijn uitkomsten die al in het model beschreven waren

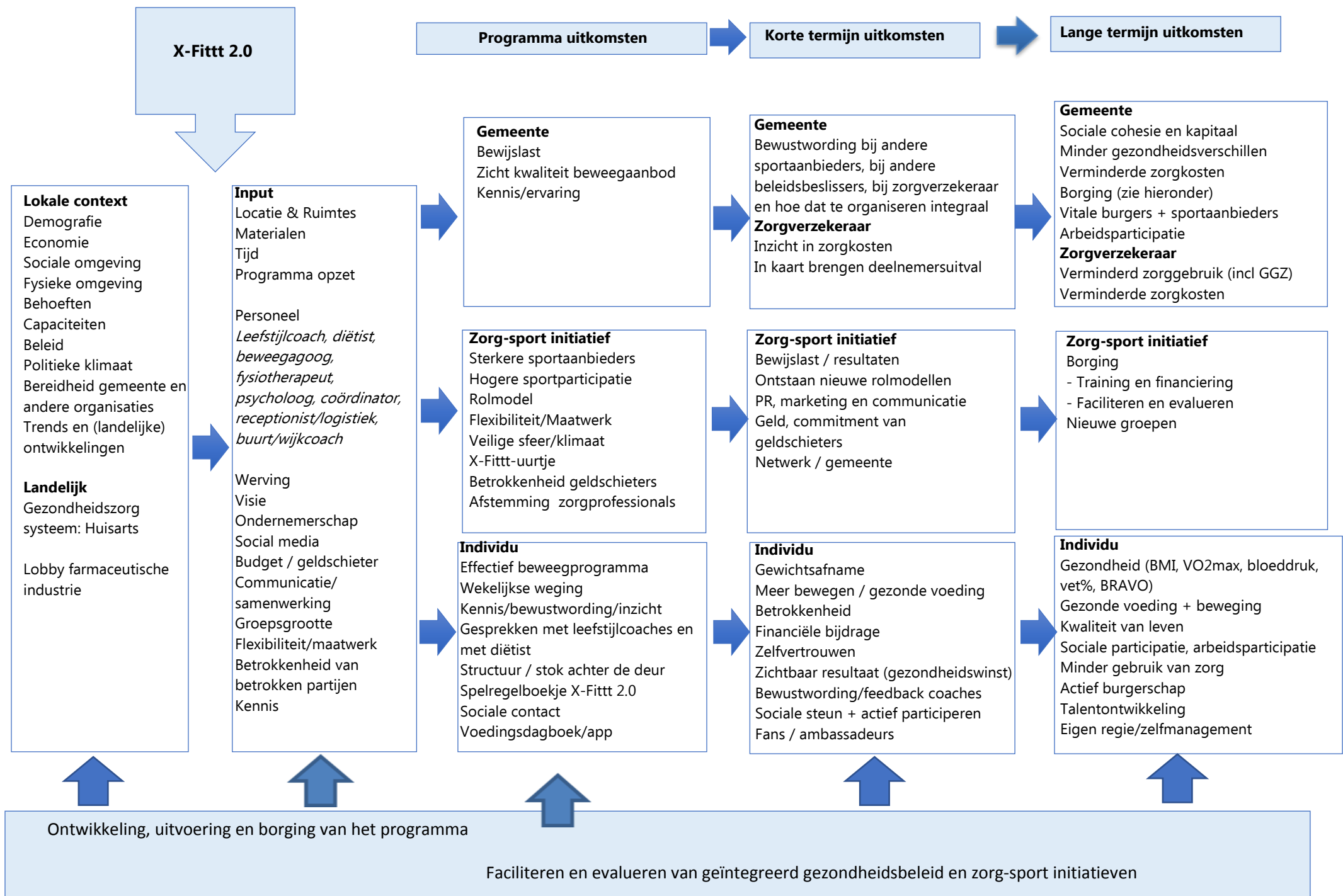
(borging en financiering van het leefstijlprogramma) door de geïnterviewden bevestigd, maar werden geen aanvullingen genoemd.

#### 4.5.3 Gemeentelijk niveau en zorgverzekeraar

Sociale cohesie en kapitaal, borging en gelijke kansen op gezondheid / vermindering gezondheidsverschillen waren variabelen die al beschreven stonden in het model. In de interviews werd aangegeven dat deze konden blijven staan, maar er werden geen toelichtingen bij gegeven. Wat in de interviews vooral naar voren kwam zijn de vermindering van zorgkosten en zorggebruik, en arbeidsparticipatie van burgers. Een lange termijn uitkomst die daarmee samenhangt is het creëren van vitale burgers en vitale sportaanbieders; in interview 4 wordt genoemd dat vitaliteit van burgers een voorwaarde is voor sociale participatie en daarmee uiteindelijk voor arbeidsparticipatie. Langdurige gedragsverandering wordt in dit kader genoemd als middel om bovengenoemde resultaten te bereiken.

#### *Zorgverzekeraar*

Voor de zorgverzekeraar lag vooral de nadruk op het verminderd zorggebruik, zoals bezoek aan huisarts, fysiotherapeut en bijvoorbeeld de GGZ. De tweede variabele die van belang is voor de zorgverzekeraar en die samenhangt met de eerstgenoemde is een vermindering van zorgkosten.



Figuur 3. Evaluatieopzet X-Fittt 2.0: Logisch model met verwachtingen van stakeholders en zorgprofessionals over resultaten van het programma en wat ervoor nodig is om dat te bereiken

## 5. RESULTATEN: RESULTATEN X-FITTT 2.0 FASE 1

### 5.1 Demografische kenmerken

In Tabel 4 staan de demografische kenmerken beschreven van de 27 deelnemers die aan het programma hebben deelgenomen en de volledige eerste fase van X-Fittt 2.0 hebben doorlopen. Daarnaast worden de demografische kenmerken van de deelnemers die de vragenlijsten T0 en T1 beide hebben ingevuld vermeld. Tenzij anders vermeld, zijn dit zijn de deelnemers waarvan de resultaten in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, omdat vergelijking van het begin tot het eind van fase 1 van hen mogelijk is.

**Tabel 4 Demografische kenmerken deelnemers X-Fittt 2.0**

	Alle deelnemers fase 1 (n=27)	Deelnemers daarvan die zowel vragenlijst T0 als T1 hebben ingevuld (n=14)
<b>Sekse</b>		
Man	5	4
Vrouw	22	10
<b>Leeftijd*</b>		
25-34	3	3
35-44	11	3
45-54	8	7
55-64	4	0
65-74	1	1
<b>Geboorteland</b>		
Nederland	19	12
België	1	1
Bonaire	1	1
Onbekend	6	0
<b>Hoogst voltooide opleiding</b>		
Geen	2	1
Lager onderwijs	1	1
Middelbaar of voortgezet (beroeps) onderwijs	14	9
HBO	2	2
Anders**	1	1
Onbekend	7	0
<b>Woonsituatie</b>		
Alleen	7	5
Partner / echtgenoot	1	0
Partner/echtgenoot + thuiswonend(e) kind(eren)	3	3
Eén of meer thuiswonende kinderen	9	5
Anders***	1	1
Onbekend	6	0
<b>Belangrijkste dagelijkse bezigheid</b>		
Betaald werk	2	1
Huishouden / verzorging gezin (parttime) betaald werk en huishouden/verzorging gezin	8	3
Onbetaald werk/vrijwilligerswerk	1	1
WAO / Ziektewet	4	4
Anders****	1	1
Onbekend	5	4
	6	0

\*De leeftijd bij de start van het programma op 1 oktober 2016, \*\*LBO, \*\*\*beschermd wonen,

\*\*\*\*Wajong; Combinatie van huishouden/verzorging gezin + onbetaald werk/vrijwilligerswerk (n=3); pc, boodschappen

X-Fittt 2.0 is op 1 oktober begonnen met 34 deelnemers, waarvan er 7 zijn gestopt gedurende de eerste fase van het programma. De redenen daarvoor, voor zover bekend, zijn weergegeven in tabel 5.

**Tabel 5 Redenen deelnemersuitval X-Fittt 2.0**

- 
- Combinatie met werk te zwaar
  - Deelnemer vond zichzelf niet in het programma passen; heeft liever persoonlijke begeleiding in plaats van te sporten in een groep
  - Angststoornis die teveel belemmerde
  - Zorg voor een ernstig ziek familielid
  - Teveel afmeldingen groepslessen i.v.m. kinderen
- 

## **5.2 Metingen bewegencentrum**

*Gewicht – BMI - Vetpercentage – Buikomvang – Bloeddruk –  $VO_{2max}$*

Deze gegevens zijn door het bewegencentrum gemeten en worden, tenzij anders vermeld, gepresenteerd voor de gehele groep deelnemers. Van de groep die fase 1 geheel heeft doorlopen (n=27), is van 19 deelnemers zowel de meting bij de intake als bij de eindevaluatie bekend. Van 7 deelnemers is alleen een intake, maar geen eindevaluatie bekend; van 1 deelnemer alleen de eindmeting en geen intake. Dit betekent dat het gewicht van de deelnemers waarvan de intake of eindevaluatie ontbreekt, ontleend wordt aan de weging van de desbetreffende deelnemer in de eerste of laatste week van het programma. De details daarvan worden vermeld in bijlage 7, waar een overzicht van de fysieke meetgegevens van de deelnemers zijn weergegeven.

De 27 deelnemers zijn samen in twaalf weken 169,6 kilogram afgevallen; gemiddeld 7,1 kilogram per deelnemer. De deelnemer met het meeste gewichtsverlies is 24,2 kilogram afgevallen; de deelnemer met het minste gewichtsverlies is 0,7 kg aangekomen. Dat is de enige deelnemer die is aangekomen. Voor een uitgebreide beschrijving van het gewichtsverloop per week gedurende 12 weken per deelnemer zie bijlage 8.

Het gemiddelde BMI van de groep deelnemers is gedaald van 35 naar 32,6. Het gemiddelde vetpercentage van de 19 deelnemers waarvan zowel de begin- als eindmeting bekend is, is gedaald van 40,1% naar 38%. Met uitzondering van 3 deelnemers, is de buikomvang bij de intake van iedere deelnemer bekend. Echter, bij de eindevaluatie ontbreekt van 12 deelnemers de gemeten buikomvang. Wanneer alleen gekeken wordt naar de resultaten van de deelnemers waarvan de buikomvang zowel bij de intake als bij de eindevaluatie bekend is (n=12) zien we dat de buikomvang is gedaald van 117,2 naar 112,6. Wat betreft de bloeddruk zijn van 17 deelnemers gegevens bekend van zowel de intake als de eindmeting aan de linker- en rechterarm gemeten (in rust). 120/80 is de optimale bloeddrukwaarde. 5 deelnemers hebben een meting van de bovendruk hoger dan 140; na fase 1 hebben zijn dat er nog

3. De deelnemer met de hoogste bloeddruk had een bloeddruk van 235/125 (links) en 215/115 (rechts). Na fase 1 is deze verlaagd tot 185/120 (links) en 175/120 (rechts). Wat betreft  $VO_{2max}$  zijn van 12 deelnemers de waarden van zowel intake als eindmeting bekend. Op 1 deelnemer na zijn de  $VO_{2MAX}$  waarden van de deelnemers hoger bij de eindmeting dan bij de intake (zie bijlage 7).

#### *Alcohol en Roken*

Van 24 deelnemers is bekend of zij bij de intake aangaven te roken of alcohol te drinken; bij de eindmeting is van 23 mensen bekend of zij roken en/of alcohol drinken. Voor de resultaten wordt de deelnemer waarvan alleen de intake bekend is buiten beschouwing gelaten zodat de resultaten van de 23 deelnemers waarvan zowel bij intake als eindmeting gegevens bekend zijn over roken en alcohol vergeleken kunnen worden.

**Tabel 6 Alcohol en rookgedrag deelnemers X-Fittt 2.0**

	Intake*	Eindmeting*
<b>Deelnemers die roken</b>	N = 5	N=4
Aantal gerookte sigaretten per dag:	10	0
	15	15
	20	20
	35	25
	20	15
<b>Deelnemers die alcohol drinken</b>	N = 11	N = 7
Aantal glazen alcohol per dag:	1	1-2 (maand)
	7	1
<i>Resultaten zijn, tenzij anders</i>	20 (week)	0
<i>aangegeven, weergegeven per dag.</i>	1-2 (maand)	1-2 (maand)
	8-14 (week)	6 (week)
<i>In andere gevallen: zie opmerking</i>	8-14 (week)	8-14 (week)
<i>achter aantal genoemde glazen.</i>	1	0
	7	0
	6	5
	1 (half jaar)	1 (half jaar)
	Minder dan 1 per week	0

\*Het gaat bij T0 (intake) en T1(eindmeting) om dezelfde deelnemers; de antwoorden die zij hebben gegeven op T0 en T1 worden per deelnemer naast elkaar weergegeven.

In tabel 6 is te zien dat 3 van de 5 rokende deelnemers gedurende fase 1 minder per dag is gaan roken, waarvan 1 deelnemer geheel gestopt is met roken. Daarnaast is te zien dat 4 van de 11 deelnemers die alcohol dronken aan het begin van X-Fittt 2.0 hiermee zijn gestopt en dat 4 anderen minder alcohol drinken dan aan het begin van X-Fittt 2.0. Er zijn 3 deelnemers die bij intake zowel

roken als alcohol drinken. Eén van deze is gedurende fase 1 van X-Fittt 2.0 gestopt met roken en heeft ook het alcoholgebruik sterk verminderd.

In hoofdstuk 5.3 volgen nu resultaten van de vragenlijsten. Deze resultaten gaan, tenzij anders vermeld, over de 14 deelnemers die zowel vragenlijst 1 (T0) als vragenlijst 2 (T1) hebben ingevuld.

### **5.3 Resultaten vragenlijst**

#### 5.3.1 kwaliteit van leven

Van 8 deelnemers is de zelfgerapporteerde kwaliteit van leven vooruit gegaan (zie bijlage 9A). Bij 4 deelnemers is de kwaliteit van leven hetzelfde gebleven; bij 2 deelnemers is de score voor kwaliteit van leven lager dan aan het begin van fase 1. Gemiddeld zijn de deelnemers 0,08 vooruitgegaan op de EQ-5D-3L schaal voor kwaliteit van leven. Het cijfer dat de deelnemers gemiddeld geven voor hun gezondheidstoestand op de dag van invullen is op T0 een 6,4 en op T1 een 7,6. Dit zijn cijfers van de gehele groep waarbij sommigen alleen bij T0 of alleen bij T1 hebben deelgenomen aan de vragenlijst. Voor de groep deelnemers die beide vragenlijsten hebben ingevuld, zowel op T0 als op T1, gelden de volgende zelfgerapporteerde gemiddelde cijfers over de eigen gezondheidstoestand: een 6,6 aan het begin van fase 1, en een 7,6 aan het einde van fase 1 (zie bijlage 9A).

#### 5.3.2 Ziekte en zorggebruik

1 van de 14 deelnemers geeft bij T0 aan geen ziekte of aandoening te hebben; bij T1 zijn dat 2 deelnemers. Van de overige 13 deelnemers op T0 zijn er 6 die 2 of meer ziektes en/of aandoeningen aangeven; bij T1 zijn dat 5 deelnemers. Bij T0 is gevraagd naar ziektes en/of aandoeningen in de 12 maanden voorafgaand aan X-Fittt 2.0; bij T1 gaat het om ziektes en/of aandoeningen in de laatste 12 weken (fase 1 van het programma). In tabel 7 vindt u de resultaten.

Het totaal aantal pillen dat de deelnemers per dag slikken (voorgeschreven door een arts) is gedaald van 56,5 (T0) naar 50 (T1). 11 van de 14 deelnemers slikken pillen die voorgeschreven zijn door een arts; zowel op T0 als T1. 1 van hen heeft het aantal pillen per dag niet ingevuld. Dit komt omdat deze deelnemer alleen pillen slikt bij erge pijn; ongeveer 3 per week in dat geval. In bijlage 9C staat een overzicht voor welke problemen de pillen door de deelnemers worden geslikt en hoe vaak men naar de huisarts is geweest. Aan het begin van fase 1 gaven 8 deelnemers aan binnen de laatste 3 maanden contact te hebben gehad met de huisarts. Aan het einde van fase 1 gaven nog 6 van hen aan in de laatste 3 maanden contact te hebben gehad met de huisarts.

**Tabel 7 Zelfgerapporteerde ziektes en/of aandoeningen van deelnemers X-Fittt 2.0**

Ziekte/aandoening	Aantal keer genoemd T0	Aantal keer genoemd T1
Geen	1	2
Diabetes Mellitus / Suikerziekte	1	1
Kanker	-	1
Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn	2	-
Hoge bloeddruk	2	3
Vernauwing in bloedvaten van buik of benen	1	1
Astma / COPD	3	-
Onvrijwillig urineverlies	1	-
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën.	2	3
Chronische gewrichtsontsteking	3	1
Andere hardnekkige aandoening van nek of schouder	2	1
Andere hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand	1	-
Anders namelijk*	4	7
	- Fybromyalgie	- Hielspoor / Fybromyalgie
	- Ischias	- Eetstoornis + rugklachten / psychische problematiek
	- Schildklier	- Schildklier
	- NACD	- NACD
		- Soms pijn in hand / lichte artrose
		- Auto-immuunziekte Lupus
		- Kuitblessure

\*Het gaat bij T0 en T1 om dezelfde deelnemers, de antwoorden die zij hebben gegeven op T0 en T1 worden naast elkaar weergegeven.

### 5.3.3 Zelfmonitoring

Van de 14 deelnemers die beide vragenlijsten hebben ingevuld gaven 3 deelnemers op T0 aan dat zij zelf bijhouden hoeveel zij bewegen (zie bijlage 9B). Op T1 is dit aantal verdubbeld naar 6 deelnemers. Echter, 2 manieren die worden genoemd van zelfmonitoring op T1 zijn: 'twee keer per keer trainen' en 'samen met partner'. Beide manieren maken geen deel uit van de meerkeuze-opties van zelfmonitoring waarbij gebruik gemaakt wordt van een hulpmiddel. De verschillende manieren van zelfmonitoring die worden aangegeven om het eigen beweeggedrag bij te houden zijn: apps op de telefoon, stappenteller, en opschrijven. De specifieke apps die worden genoemd zijn runkeeper en het voedingscentrum. Buiten deze 14 deelnemers om, noemt een deelnemer die alleen de vragenlijst van T0 heeft ingevuld de Formupgrade App als manier om het eigen beweeggedrag te monitoren.

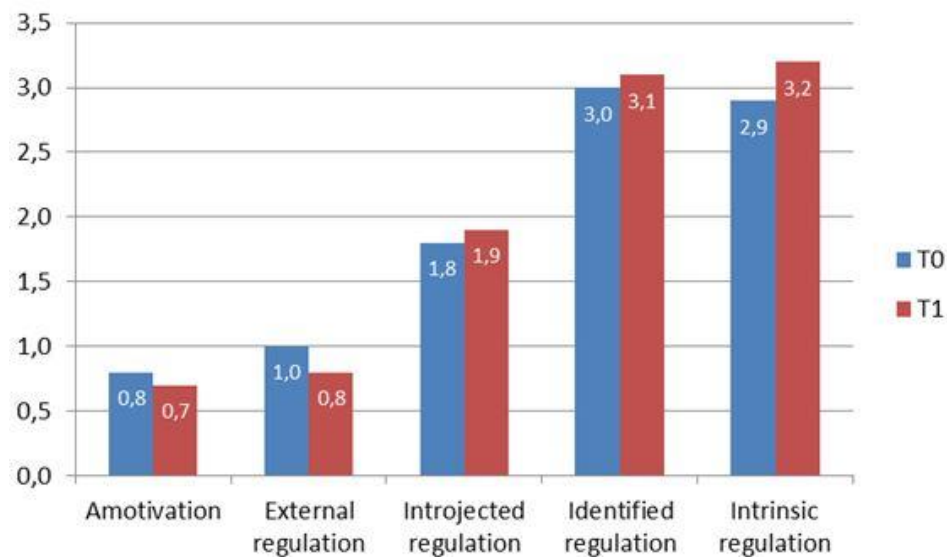
### 5.3.4 Zelfvertrouwen in het blijven bewegen

Deelnemers kunnen minimaal een 1 (heel onzeker) en maximaal een 5 (zeer zeker) scoren op de schaal voor zelfvertrouwen ten opzichte van bewegen. De gemiddelde score van de 14 deelnemers is verlaagd van een 3,8 (T0) naar een 3,6 (T1) (zie bijlage 9B).



### 5.3.5 Motivatie

In figuur 4 ziet u de motivatie van de deelnemers ten opzichte van bewegen. Het gaat hierbij om de gemiddelde motivatie van de deelnemers die beide vragenlijsten hebben ingevuld. Gemiddeld is de amotivatie en externe motivatie van deelnemers ten opzichte van bewegen afgenomen; de introjectied, identified en intrinsieke motivatie zijn gemiddeld toegenomen na fase 1 van X-Fittt 2.0. De RAI-score, die per deelnemer laat zien waar deze zich bevindt op het motivatie-continuüm is terug te vinden in bijlage 9A. Gemiddeld is deze gestegen van 9 naar 10,7.



Figuur 4. Zelfgerapporteerde motivatie deelnemers X-Fittt 2.0 ten opzichte van bewegen

### 5.3.6 Ervaring met zorgprofessionals

In de vragenlijst aan het einde van fase 1 is de deelnemers gevraagd naar de ervaringen met de verschillende zorgprofessionals. Hierbij worden de resultaten gebruikt van de 18 deelnemers die vragenlijst T1 hebben ingevuld. De resultaten worden hieronder per zorgprofessional beschreven. Van de toelichting die deelnemers gaven over de ervaring met de zorgprofessionals worden enkele voorbeelden gegeven. Voor een uitgebreid overzicht met alle toelichtingen die zijn genoemd, zie bijlage 9D. De scores voor de zorgprofessionals zijn minimaal een 1 (slecht) en maximaal een 5 (uitstekend).

#### *Leefstijlcoach*

Gemiddeld krijgt de leefstijlcoach een 4 van de deelnemers. Redenen die de deelnemers daarvoor gaven zijn: "De leefstijlcoach belde me iedere week en veel contact via app en vroeg regelmatig hoe het met me ging", "Veel betrokkenheid en openminded in contact. Heb vertrouwen in haar en ze is professioneel" en "Ze helpen me heel goed als ik ergens mee zit"

### *Fysiotherapeut*

Voor de rol van de fysiotherapeut binnen X-Fitt 2.0 gaven de deelnemers gemiddeld een 4. Redenen die daarvoor door de deelnemers werden gegeven zijn: "manier van kijken naar klachten: serieus, uitgebreid" en "Fijn contact, goed op de hoogte van persoonlijke conditie". 3 deelnemers gaven geen toelichting op het cijfer wat zij gaven, en 2 deelnemers gaven aan: 'n.v.t.'.

### *Diëtiste*

De rol van de diëtiste werd beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 2,4. De reden die het meest werd genoemd was dat er weinig tot geen contact was met de diëtiste.

### *Beweegagoog*

Het cijfer dat de deelnemers gemiddeld geven aan de rol van de beweegagoog is een 5. De redenen die zij daarvoor gaven zijn: "De beweegagoog maakte de lessen leuk, stimuleerde positief", "De beweegagoog motiveert enorm, is energiek, maakt goede aanpassingen waar nodig" en "De beweegagoog is gewoon een hele goede begeleidster. Ze helpt me ook als ik niet zo goed in mijn vel zit". Eén deelnemer heeft geen cijfer gegeven; de overige 13 deelnemers gaven allen de waardering 'uitstekend'.

### 5.3.7 Bewegen in een groep

Van de 18 deelnemers die vragenlijst T1 hebben ingevuld, hebben 17 deelnemers de vragen over bewegen in een groep ingevuld. Op de stelling 'ik vind het fijn om in een groep te bewegen' is het afgeronde gemiddelde dat de deelnemers gaven een 1, wat betekent dat zij het helemaal eens zijn met de stelling. De overige stellingen: 'de andere deelnemers in de groep motiveren mij om te blijven bewegen', 'de sfeer in de groep is goed', 'ik vind het fijn om ervaringen met de andere deelnemers te kunnen delen' en 'om te bewegen is het voor mij belangrijk om dat in een groep te doen' werden alle beoordeeld met een afgerond gemiddelde van een 2. Dat betekent dat zij het ermee eens zijn.

Het gemiddelde bedrag dat de deelnemers bereid zijn te betalen om te bewegen in een groep zoals zij nu doen, is €20,- per maand. €15,- wordt het vaakst genoemd, namelijk 6 keer. Daarnaast worden de volgende bedragen één keer genoemd: €0,-, €9,-, €20,-, €28,-, €30,-, €40,- en €49,-. Eén van de 17 deelnemers gaf geen antwoord op de vraag en 3 deelnemers vulden een vraagteken in.

### **5.4 Groepsevaluatie met de deelnemers**

Het cijfer dat de deelnemers gemiddeld geven aan het programma X-Fitt 2.0 op een schaal van 0 – 10 is een 8,6. Onderbouwingen hiervoor waren dat er goed geluisterd wordt, dat er persoonlijke begeleiding is en dat je niet raar aangekeken wordt of dat je niet door anderen en door

zorgprofessionals bekeken voelt. De drie antwoorden die het meest werden gegeven op de vraag wat het belangrijkste is wat X-Fittt 2.0 hen heeft gebracht zijn: 1) een betere conditie; 2) fitter voelen en beter in je vel zitten; 3) gewichtsverlies. Veel deelnemers gaven in het gesprek met elkaar aan activiteiten beter vol te kunnen houden. Dit was voor enkele deelnemers belangrijk in het weer kunnen spelen met de kinderen. Veel van de deelnemers gaven aan dat zij na de eerste fase van X-Fittt 2.0 bij Formupgrade blijven sporten. Voor één van de deelnemers, die een andere keuze maakte met betrekking tot de vervolgsport, was sporten bij Formupgrade te duur. Een aantal deelnemers gaf aan dat er te weinig contact was met de diëtist en dat het contact niet als goed werd ervaren, terwijl anderen aangaven het prima te vinden zoals het nu gaat.

## 6. DISCUSSIE & CONCLUSIE

### 6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

In deze thesis wordt antwoord gegeven op twee onderzoeksvragen. Onderzoeksvraag 1: *“Welke programmadoelen en verwachtingen hebben stakeholders met betrekking tot X-Fittt 2.0, wat is volgens hen nodig om die te realiseren en wat is de visie die zij hebben op sociale participatie daarin?”* En onderzoeksvraag 2: *“Wat is de impact van deelname aan X-Fittt 2.0 voor deelnemers in fase 1 in termen van (ervaren) gezondheid en kwaliteit van leven?”*.

Het antwoord op onderzoeksvraag 1 is gebaseerd op het aangepaste logisch model waarin op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau is aangegeven wat voor X-Fittt 2.0 belangrijke resultaten zijn en hoe die bereikt kunnen worden. Op individueel niveau is vooral langdurige gedragsverandering bij deelnemers en de gezondheidswinst die daarbij wordt geboekt van belang, wat kan worden bereikt middels beweeglessen en contactmomenten met de zorgprofessionals. Op organisatorisch niveau is borging de belangrijkste uitkomst, waarvoor structurele financiering, zichtbare resultaten van het programma voor beleidsbeslissers en zorgverzekeraars en het gebruik van PR nodig is. Op gemeentelijk niveau en het niveau van de zorgverzekeraar zijn verminderd zorggebruik en zorgkosten, vitale burgers en sportaanbieders, en sociale participatie van individuen belangrijke resultaten voor de lange termijn. Daarvoor is langdurige gedragsverandering van deelnemers nodig waarbij zij mogelijk meer zelfvertrouwen krijgen wat ten goede kan komen aan de sociale participatie. Daarnaast is en integraal werken en het besef bij beleidsbeslissers van de voordelen van bewegen van belang om de lange termijn resultaten te bereiken. Effectieve interventies voor de lage SES groep zijn niet bekend. Preller & Schaars (2016) beschrijven in een verslag van een project van ZonMw, waarin samengewerkt is met onderzoekers en zorgprofessionals, twaalf werkzame elementen voor gecombineerde leefstijlinterventies voor volwassenen met een ongezonde leefstijl: 1) een kartrekker op de locatie waar de interventie wordt uitgevoerd; 2) aansluiten bij niveau, doelen en mogelijkheden van de deelnemers; 3) deelnemers met een sterke motivatie; 4) hulp bij volhouden; 5) Een spin-in-het-web die overzicht houdt over vorderingen van deelnemers en die contact houdt met zorgprofessionals; 6) Motiverende gespreksvoering; 7) sociale steun; 8) Flexibele inclusiecriteria; 9) interventie in de wijk waar de deelnemer woont; 10) de praktijkondersteuner van de huisarts erbij betrekken; 11) interventie van minimaal 10 maanden met minimaal 12 sessies/bijeenkomsten; 12) keuzemogelijkheid met aanbod van zowel individuele sessies als groepsbijeenkomsten. In X-Fittt 2.0 komen een aantal van deze elementen terug (1,2,3,4,9,11). Van de andere elementen is niet of beperkt gebruik gemaakt (5, 10), of is onduidelijk of er gebruik van gemaakt wordt (6,7,8,12). Uit deze thesis blijkt dat integraal werken belangrijk is. Dit komt eveneens naar voren in een rapport van de WHO,

waarin het belang van intersectorale samenwerking in de aanpak tegen gezondheidsverschillen beschreven wordt (Irwin & Scali, 2010).

Als onderdeel van onderzoeksvraag 1 werd specifiek ingegaan op sociale participatie, omdat geen eenduidige definitie daarvan bekend is. Uit deze thesis komt naar voren dat zorgprofessionals en stakeholders van X-Fittt 2.0 sociale participatie zien als: 'meedoen'. Persoonlijke doelen kunnen verschillen van het 'meer naar buiten durven gaan' tot het 'solliciteren voor betaald werk'. Het participatiewiel van Movisie (2015) vonden de geïnterviewden een goede weergave van sociale participatie, met als kanttekening dat specifiek voor X-Fittt 2.0 aanpassingen gemaakt kunnen worden waarbij mogelijk factoren zoals 'lidmaatschap bij sportvereniging' kunnen worden toegevoegd. De bijdrage van X-Fittt 2.0 aan sociale participatie verloopt volgens de zorgprofessionals en stakeholders vooral via het creëren van meer zelfvertrouwen bij de deelnemers.

Het antwoord op onderzoeksvraag 2 is gebaseerd op de resultaten van de vragenlijsten en de groepsgesprekken met de deelnemers van X-Fittt 2.0. In de eerste fase, die 12 weken duurde, is gezondheidswinst geboekt. De  $VO_{2MAX}$  waarden van de deelnemers is vooruitgegaan (voor normwaarden  $VO_{2MAX}$ , zie Shvartz & Reibold (1990)). Deelnemers gaven zelf in het groepsgesprek ook aan een merkbaar betere conditie te hebben. Na deelname aan fase 1 zijn de deelnemers gemiddeld 7,1 kilogram afgevallen, is de buikomvang gemiddeld met 5 cm verminderd, het BMI verlaagd van 35  $kg/m^2$  naar 32,6  $kg/m^2$  en het vetpercentage van 40,1% naar 38%. Het alcoholgebruik en rookgedrag is verminderd, de zelfgerapporteerde gezondheid, kwaliteit van leven en de motivatie tot bewegen zijn toegenomen. Echter, het zelfgerapporteerd zelfvertrouwen om regelmatig te blijven bewegen in situaties die dat mogelijk lastig maken is afgenomen van 3,8 naar 3,6, wat een te klein verschil is voor het klein aantal deelnemers om conclusies uit te trekken.

Opvallend is het gemiddelde bedrag dat deelnemers bereid zijn te betalen om te bewegen in een groep zoals zij in X-Fittt 2.0 doen, namelijk €20,- per maand. Herens, van Ophem, Wagemakers, & Koelen (2015) onderzochten de bereidheid tot betalen van mensen met een lage SES in leefstijlprogramma's. In die studie bleken deelnemers bereid gemiddeld €9,60 per maand te betalen. In de BeweegKuur betaalden deelnemers gemiddeld €31 per maand om mee te doen; 25% van hen vond dat te hoog, 32,8% vond dat niet (Helmink et al., 2011). Dit hogere bedrag kan te maken hebben met het feit dat zij al een eigen bijdrage geven. Uit de studie van Herens et al. (2015) bleek dat 16% van de respondenten niet bereid was iets te betalen; het merendeel daarvan participeerde in een gratis programma. Dit zegt mogelijk iets over de norm met betrekking tot de verwachte eigen bijdrage van deelnemers in een leefstijlprogramma. Het verschil tussen het bedrag van €9,60 en €20,- per maand kan mogelijk verklaard worden door het groter aantal respondenten ( $n=268$ ) in de studie van Herens

et al. (2015). Een andere mogelijke verklaring is de aanpak van X-Fittt 2.0, waarbij deelnemers de mogelijkheid hebben tot contact met zowel een beweegagoog als een diëtiste en fysiotherapeut.

## **6.2 Sterkte punten en beperkingen van het onderzoek**

### *Sterke punten*

Het team van zorgprofessionals van X-Fittt 2.0 bestaat uit meerdere disciplines, waardoor verschillende perspectieven meegenomen zijn in de interviews. Met de zorgprofessionals en stakeholders is besproken wat de processen en activiteiten zijn die ervoor nodig zijn om doelen en verwachtingen te bereiken. De informatie die daaruit voortkomt op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau is waardevol voor de verdere evaluatie van X-Fittt 2.0, omdat de meeste studies alleen focussen op individuele uitkomstmaten (Bauman et al., 2012). Het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden heeft bijgedragen aan het completeren van resultaten van de eerste fase van X-Fittt 2.0. Niet alleen vragenlijsten, maar ook mondelinge groepsgewijze gesprekken met de deelnemers zijn uitgevoerd. Gevalideerde vragenlijsten zijn gebruikt en het onderzoek maakt gebruik van een theoretische basis uit de wetenschappelijke literatuur.

### *Beperkingen*

Hoewel deze thesis gebruik maakt van theoretische onderbouwing en gevalideerde vragenlijsten, kent het onderzoek enkele beperkingen. Door het klein aantal deelnemers waarvan data is verkregen in deze thesis, was alleen beschrijvende statistiek mogelijk en was het niet mogelijk om samenhang tussen verschillende uitkomsten te analyseren.

Een tweede beperking binnen deze thesis was de korte tijd om vragenlijsten op te stellen die op 1 oktober bij de start van X-Fittt 2.0 ingevuld dienden te worden. Daardoor was niet mogelijk te onderzoeken of de vastgestelde thema's in de vragenlijst compleet waren of dat er nog variabelen ontbraken die van belang zijn om mee te nemen.

Een derde beperking binnen deze thesis is zelfrapportage van de deelnemers door middel van de vragenlijsten, waardoor mogelijk vertekening ontstaat van de resultaten (Pouwer, van der Ploeg, & Bramsen, 1998). Vragen over zelfvertrouwen om te blijven bewegen zijn bijvoorbeeld beantwoord onder omstandigheden waarbij deelnemers geen last hadden van het weer en waar zij met de hele groep aanwezig waren. Het vertrouwen te blijven sporten in omstandigheden als slecht weer of het alleen moeten sporten worden mogelijk op dat moment beter ingeschat dan wanneer het moment zich daadwerkelijk voordoet. De vragenlijst onderdeel van een druk dagprogramma, waardoor de vragenlijsten in sommige gevallen gehaast zijn ingevuld. In de vragenlijsten wordt soms teruggevraagd naar gebeurtenissen uit het verleden, waarbij herinneringsbias kan optreden. Uit een onderzoek van

Foddy (1994) in de VS bleek dat 97% van de patiënten die 1-10 weken daarvoor in het ziekenhuis hadden gelegen deze opname rapporteerden; na 31-40 weken was dit 88% en na 51-53 weken was dit gedaald tot 58%. Bij het herinneren en rapporteren van een gebeurtenis is van belang hoe belangrijk een gebeurtenis voor iemand is geweest (Pouwer et al., 1998). Bij het invullen van Vragenlijst 2 ontbrak het laatste item van de BREQ-2. Met gebruik van SPSS is de Cronbach's alpha van de betreffende subschaal getest, welke 0,734 bleek, waardoor de resultaten van de BREQ-2 gewoon gebruikt konden worden.

De vierde beperking binnen deze thesis is dat verschillende zorgprofessionals metingen uitvoerden bij deelnemers van X-Fittt 2.0 en dat over het invoeren van die resultaten geen duidelijke afspraak gemaakt was. Voor deze thesis moest de onderzoeker achter gegevens aan die door zorgprofessionals zijn gemeten en deze moesten in sommige gevallen gecontroleerd en aangevuld worden. Een grote beperking voor deze thesis is dat veel data ontbrak. De eindmetingen waren niet bij iedere deelnemer uitgevoerd; bij deelnemers waarbij dat wel was uitgevoerd ontbraken soms specifieke meetresultaten. Hierdoor waren vergelijkingen niet altijd mogelijk over alle deelnemers die fase 1 volledig hebben doorlopen.

Een kanttekening die geen beperking is voor het onderzoek, maar wel invloed heeft op het analyseren van de resultaten is dat verschillende keuzes gemaakt konden worden bij het plaatsen van de variabelen in het logisch model. 'Differentiatie' staat bijvoorbeeld op zichzelf in het logisch model, maar zou ook onder 'flexibiliteit/maatwerk' kunnen vallen.

### **6.3 Aanbevelingen**

Voor beide onderzoeksvragen geldt dat de antwoorden een eerste inzicht in X-Fittt 2.0 bieden, waarbij op lange termijn de metingen voortgezet dienen te worden om conclusies te kunnen trekken over de impact van het programma op individueel, organisatorisch en gemeentelijk niveau. Voor vervolgonderzoek met betrekking tot de evaluatie van X-Fittt 2.0 of een soortgelijk leefstijlprogramma, wordt aanbevolen gebruik te maken van het ingevulde logisch model, wat bijdraagt aan het vaststellen van de te meten variabelen. Aanbevelingen voor het overkoepelende onderzoek dat X-Fittt 2.0 blijft volgen zijn: metingen die uitgevoerd zijn in deze thesis op lange termijn herhalen en meer deelnemers onderzoeken om een grotere database op te bouwen. Daarbij is het van belang om de relatie tussen verschillende uitkomsten te analyseren. Op die manier wordt mogelijk duidelijk welke elementen gedurende het programma leiden tot gedragsverandering en gezondheidswinst. Bauman et al. (2012) geven aan dat motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot bewegen samenhangen met beweeggedrag. Deze relatie kan, met een grotere database van resultaten voor X-Fittt 2.0, worden getoetst. Deelnemers gaven aan bewegen in de groep prettig te vinden. Na fase 1 valt de

beweggroep van de deelnemer weg, waarbij onderzocht kan worden of dit effect heeft op het volhouden van het beweeggedrag.

Een aanbeveling voor X-Fittt 2.0 is het toevoegen van een psycholoog aan het team van zorgprofessionals of de haalbaarheid daarvan te onderzoeken. Het belang van een psycholoog werd in veel interviews genoemd, omdat onder de deelnemers veel psychische problemen voorkomen. Daarnaast kan mogelijk een coördinator een toevoeging zijn in het programma. Dit is in één van de interviews aangegeven, maar komt ook uit eerder onderzoek naar voren als werkzaam element van gecombineerde leefstijlinterventies (Preller & Schaars, 2016). Eén van de zorgprofessionals heeft twijfels uitgesproken over de haalbaarheid van de voedingsrichtlijnen voor deelnemers op de lange termijn, omdat deze erg strikt zijn. De focus van het programma lijkt meer te liggen op beweging dan voeding, terwijl volgens Bleich, Cutler, Murray & Adams (2008) overgewicht in onder andere Nederland, vooral het gevolg is van voedingsgedrag en minder van gebrek aan beweging. Er zijn veel beweglessen in fase 1 en deelnemers hebben één persoonlijk gesprek met de diëtiste. Een aantal deelnemers vindt dat prima, anderen spreken liever vaker met de diëtiste. Een aanbeveling voor het programma is met deelnemers persoonlijk te bespreken wie behoefte heeft aan meer dan één gesprek met de diëtiste in fase 1. Deelnemers gaven aan, vergeleken met andere zorgprofessionals, het minst tevreden te zijn over de rol van de diëtiste, veelal vanwege redenen met betrekking tot communicatie. Een aantal deelnemers geeft aan het voedingsdagboek niet strikt bij te houden en daar niet op gewezen te worden. Een aanbeveling is om duidelijk aan te geven wat de deelnemers van de diëtiste kunnen verwachten en om deelnemers erop te wijzen wanneer zij voedingsdagboekjes niet bijhouden.

#### **6.4 Conclusie**

Langdurige gedragsverandering is de belangrijkste uitkomst van X-Fittt 2.0, wat zowel een doel als middel wordt genoemd om andere doelen zoals verminderde zorgkosten en actief burgerschap te bereiken. Wat de zorgprofessionals en stakeholders verstaan onder sociale participatie is 'meedoen', wat uiteen kan lopen van 'vaker naar buiten durven gaan' tot het 'solliciteren voor een baan'. X-Fittt 2.0 kan daar volgens hen indirect gedeeltelijk aan bijdragen door het bewerkstelligen van meer zelfvertrouwen bij de deelnemers. Gemiddeld heeft de groep deelnemers gezondheidswinst geboekt wat betreft gewicht, conditie, BMI, buikomvang, vetpercentage, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Aan te raden is een psycholoog bij het programma te betrekken vanwege de psychische problematiek binnen de doelgroep. Deelnemers waarderen X-Fittt 2.0 positief en zijn bereid gemiddeld €20,- per maand te betalen. Een grotere onderzoekspopulatie en follow-up resultaten op de lange termijn zijn nodig om conclusies te kunnen trekken over de impact van X-Fittt 2.0 voor deelnemers op de lange termijn.



## 7. REFERENTIES

Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., Martin, B. W., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *The lancet*, *380*(9838), 258-271.

Bemelmans, W. J. E., Wendel-Vos, G. C. W., Bogers, R. P., Milder, I. E. J., De Hollander, E. L., Barte, J. C. M., ... & Jacobs-van der Bruggen, M. A. M. (2008). Kosteneffectiviteit beweeg-en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur. *RIVM rapport 260401005*.

Bleich, S. N., Cutler, D., Murray, C., & Adams, A. (2008). Why is the developed world obese?. *Annu. Rev. Public Health*, *29*, 273-295.

Blokstra, A., Vissink, P., Venmans, L. M. A. J., Holleman, P., van der Schouw, Y. T., Smit, H. A., & Verschuren, W. M. M. (2012). Nederland de Maat Genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. RIVM rapport 260152001.

Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health policy*, *37*(1), 53-72.

Busch, M. C. M., & Schrijvers, C. T. M. (2010). Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. *RIVM rapport 270171002*.

Dalgard, O.S., & Haheim, L.L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health* *52* (8), 476-481.

De Persoonlijke Gezondheidscheck (2015). Over ons. Opgehaald 24-10-2016, van:  
<https://www.persoonlijkegezondheidscheck.nl/nl/over-ons/>

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

Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models* (Vol. 31). John Wiley & Sons.

Foddy, W. (1994). *Constructing questions for interviews and questionnaires: Theory and practice in social research*. Cambridge university press.

Gemeente Arnhem. (2016a). GelrePas. Opgehaald 24-10-2016, van:  
[https://www.arnhem.nl/Inwoners/werk\\_en\\_inkomen/GelrePas](https://www.arnhem.nl/Inwoners/werk_en_inkomen/GelrePas)

Gemeente Arnhem. (2016b). Collectieve aanvullende ziektekostenverzekering. Opgehaald 24-10-2016, van: [www.arnhem.nl/Inwoners/werk\\_en\\_inkomen/collectieve\\_aanvullende\\_ziektekostenverzekering](http://www.arnhem.nl/Inwoners/werk_en_inkomen/collectieve_aanvullende_ziektekostenverzekering)

Harbers, M. M., & Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. *RIVM rapport 010003001*.

Helminck, J. H., Meis, J. J., de Weerd, I., Visser, F. N., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2010). Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 49.

Helminck, J. H. M., Van Boekel, L. C., der Sluis, M. E., & Kremers, S. P. J. (2011). Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Rapportage van de resultaten van een follow-up meting bij deelnemers.

Herens, M. C., Van Ophem, J. A., Wagemakers, A. M., & Koelen, M. A. (2015). Predictors of willingness to pay for physical activity of socially vulnerable groups in community-based programs. *SpringerPlus*, 4(1), 527.

Herens, M., Wagemakers, A., Vaandrager, L., Van Ophem, J., & Koelen, M. (2013). Evaluation design for community-based physical activity programs for socially disadvantaged groups: Communities on the move. *JMIR research protocols*, 2(1), e20.

Hoeymans, N., van Loon, A. J. M., van den Berg, M., Harbers, M. M., Hilderink, H. B. M., van Oers, J. A. M., Schoemaker, C. G. (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Bilthoven.

Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 210 Van gezond naar beter. *RIVM rapport 270061006*.

Hyypä, M.T., Mäki, J., 2003. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 18 (6), 770–779.

Irwin, A., & Scali, E. (2010). Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1. World Health Organization.

Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), 76-99.

Kawachi, I., Berkman, L., 2000. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman, L., Kawachi, I. (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York, pp. 175–190.

Kellogg, W. K. (2004). Logic model development guide. *Michigan: WK Kellogg Foundation*.

Kunst, A. (2007). Sociaal-economische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland. *Een overzicht van vorderingen in recent beschrijvend onderzoek. Bevolkingstrends, 1e kwartaal*, 34-44.

Lindström, M., Moghaddassi, M., Merlo, J., 2004. Individual self-rated health, social participation and neighborhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive Medicine* 39, 135–141

Lamers, L. M., Stalmeier, P. F. M., McDonnell, J., Krabbe, P. F. M., & Van Busschbach, J. J. (2005). Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: het Nederlands EQ-5D-tarief. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 149(28), 1574-1578.

Lamers, L. M., McDonnell, J., Stalmeier, P. F., Krabbe, P. F., & Busschbach, J. J. (2006). The Dutch tariff: results and arguments for an effective design for national EQ-5D valuation studies. *Health economics*, 15(10), 1121-1132.

Loos, M., van Valburg, H., Geurken, G., Verheij, T., & van der Wert, T. (2015). Module Leefstijlinterventie BeweegKuur Gemeentepolis.

Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social science & medicine*, 44(6), 809-819.

Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2), 191-196.

McLaughlin JA, Jordan GB. Using logic models. In: Wholey J, Hatry HP, Newcomer KE (eds). *Handbook of Practical Program Evaluation*. Jossey-Bass: San Francisco, 2004, pp. 7-32.

Movisie. (2015). Het Participatiewiel. Opgehaald 13-10-2016, van:

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Participatiewiel-2016%20%5BMOV-6152684-1.1%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Participatiewiel-2016%20%5BMOV-6152684-1.1%5D.pdf)

Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variations in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion*, 21(4), 349-362.

Newman, L., Baum, F., Javanparast, S., O'Rourke, K., & Carlon, L. (2015). Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. *Health promotion international*, 30(suppl 2), 126-143.

Pouwer, F., Van Der Ploeg, H. M., & Bramsen, I. (1998). Dwalingen in de methodologie. II. Bias door vragenlijsten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 142(27), 1556-1558.

Preller, L., & Schaars, D. (2016). Generieke werkzame elementen van Gecombineerde leefstijlinterventies en duurzame uitvoerbaarheid. Een verslag van de uitkomsten van het project 'Bijeenkomsten Gecombineerde Leefstijlinterventies' in het kader van de afronding van de ZonMw-onderzoeken naar de BeweegKuur. Kenniscentrum Sport, Ede.

Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing research*, 49(3), 154-159.

Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl 2), 98-106.

Rijksoverheid. (2013). *Troonrede 2013*. Toespraak door Koning Willem-Alexander in de ridderzaal, Den Haag.

RMO. (2008). Verkenning participatie; Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A systematic approach*. Sage publications.

Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health, 27*, 297-322.

Savelkoul M., & Uiters E. (2014). Overgewicht: Zijn er verschillen naar sociaal economische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Opgehaald 21-09-2016, van: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-sociaal-economische-status/>

Shvartz E. en Reibold R.C. (1990). Aerobic fitness norms for males and females aged 6 to 75 years: a review. *Journal of Aviation, Space and Environmental Medicine* 61(1) 3-11

Van der Lucht, F., & Polder, J. J. (2010). Van Gezond Naar Beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Van Koperen, T. M., Jebb, S. A., Summerbell, C. D., Visscher, T. L. S., Romon, M., Borys, J. M., & Seidell, J. C. (2013). Characterizing the EPODE logic model: unravelling the past and informing the future. *Obesity reviews, 14*(2), 162-170.

Wagemakers, A., Verkooijen, K., Groenewoud, S., & Koelen, M.A. (2016). Care-Physical Activity initiatives in the neighbourhood: Research on participation, action elements, impact and funding models. Project proposal ZonMw.

Wendel-Vos, G. W., Dutman, A. E., Verschuren, W. M., Ronckers, E. T., Ament, A., van Assema, P., ... & Schuit, A. J. (2009). Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartslag Limburg intervention. *American journal of preventive medicine, 37*(1), 50-56.

Wilson, P. M., Sabiston, C. M., Mack, D. E., & Blanchard, C. M. (2012). On the nature and function of scoring protocols used in exercise motivation research: An empirical study of the behavioral regulation in exercise questionnaire. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(5), 614-622.

WHO. (2008). WHO Global strategy on diet, physical activity and health.

## Bijlage 1: Participatiewiel Movisie (2015)

- Doelen van het individu
- Activiteiten informeel
- Activiteiten professioneel



## Bijlage 2: Overzicht programma X-Fittt 2.0

### Programma X-Fittt 2.0: tijdslijn en taken

#### Fase 1 Zorgaanbod (week 1 - 12)

Leefstijlcoach	Fysiotherapeut	Diëtiste	Deelnemer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 1:</b> Intake, uitleg beweegmodule, nulmeting, doelen en plan opstellen.</li> <li>• <b>Week 4:</b> Evalueren voortgang beweegmodule en doelen.</li> <li>• <b>Week 12:</b> Evaluatie, afronden fase 1, afstemmen vervolg bij beweegaanbieder en afnemen effectmeting vragenlijst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 1:</b> Bepalen lichamelijke gezondheid, baseline metingen, opstellen sportieve doelstellingen.</li> <li>• <b>Week 2-12:</b> Opstellen trainingsschema, groepslessen, les in gerichte cardio- en krachttraining in een beweegcentrum.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 1-12:</b> Indicatie en verbetering van het voedingspatroon. 1 consult zelf in te plannen tijdens de eerste fase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 2-12:</b> Zelfstandig sporten, trainen volgens schema bij groepslessen en specifieke cardio- en krachttraining in een beweegcentrum.</li> </ul>

#### Fase 2 Overgangsfase (week 13 - 24)

Leefstijlcoach	Fysiotherapeut	Diëtiste	Lokale sportaanbieder	Deelnemer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 15:</b> Evalueren voortgang en doelen.</li> <li>• <b>Week 24:</b> Evalueren voortgang, afronden tweede deel van de module, afstemmen vervolg en afnemen effectmeting vragenlijst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 13:</b> Afstemmen beweegadvies tweede module, eindmeting eerste module.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 13-24:</b> Verbetering en evaluatie van het voedingspatroon, 1 consult zelf in te plannen tijdens de tweede fase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 13-24:</b> Twee activiteiten naar keuze, 1 per 6 weken bij twee lokale sportaanbieders.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 13-24:</b> Zelfstandig sporten, trainen volgens schema bij groepslessen en specifieke cardio- en krachttraining in een beweegcentrum.</li> </ul>

#### Fase 3 Sport-/beweegaanbod (week 25 - 52)

Leefstijlcoach	Fysiotherapeut	Deelnemer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 36:</b> Evalueren voortgang en doelen, afnemen effectmeting vragenlijst.</li> <li>• <b>Week 52:</b> Evalueren voortgang, afronden derde deel van de module en afnemen effectmeting vragenlijst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Week 52:</b> Meten gezondheidsindicatoren, effectmetingen, evaluatie voortgang en evaluatie beweegprogramma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen week 25-52:</b> Voortzetten beweegactiviteiten naar keuze bij sportaanbieders.</li> </ul>

#### Fase 4 Nazorgfase

Leefstijlcoach
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Na 6 maanden en na 1,5 jaar:</b> Telefonisch gesprek</li> <li>• <b>Na 1 jaar en na 2 jaar:</b> Persoonlijk gesprek en effectmeting</li> </ul>

Bron: Loos, van Valburg, Geurken, Verheij, & van der Wert, 2015



## Bijlage 3: Interviewleidraad interviews\*

### Algemeen

Vragen om toestemming geluidsopname

Introductie: Voorstelrondje.

*Introductievragen:*

- Op welke wijze bent u betrokken bij X-Fitt? Wat is de reden dat dit soort programma's belangrijk zijn voor uw organisatie?
- Wat is voor u, als deze X-Fitt ronde over 3 jaar is afgelopen de belangrijkste uitkomst? Wat wilt u dan dat er bereikt is?  
*Doorvragen naar belangrijkste uitkomsten en dingen die bereikt zijn.*  
*- Wat nog meer belangrijk*

Uitleg doel en structuur van verdere gesprek

- Inzicht in programmadoelen en verwachtingen m.b.t. (tussen)uitkomsten X-Fitt 2.0
- Door eerst logisch model in te vullen, wat dadelijk uitgelegd zal worden, en daarna in te gaan op sociale participatie.

---

### Het Logisch Model

---

Uitleg Logisch Model

- Lokale context, input, programma uitkomsten, korte- en lange termijn uitkomsten
- 1 duidelijk voorbeeld noemen van rechts naar links
- We gaan het van rechts naar links invullen (*niet perse*) om zo vanuit de uitkomsten terug te denken naar wat nodig is om die uitkomsten te bereiken.
- Per niveau, maar kan in de praktijk wat door elkaar lopen.
  - *Misschien nog een ander niveau, staan niet vast. Wanneer u nog uitkomsten ziet op een ander niveau dan deze 3 kunnen we dat ook meenemen.*

1. Is duidelijk geworden voor u hoe dit model werkt en wat de bedoeling is?

2. We starten op het niveau van het individu, de deelnemer. Enkele voorbeelden uit eerder onderzoek al ingevuld. Heeft u nog aanvullingen op de genoemde lange termijn uitkomsten?

3. Nu de lange termijn uitkomsten zijn ingevuld, wat is er nodig om deze uitkomsten op korte termijn te bereiken? (denk daarbij aan 'in de eerste fase van het programma, de eerste 12 weken)

4. Wat moet het programma de deelnemer bieden (aan activiteiten en diensten bijvoorbeeld) om die korte termijn uitkomsten te realiseren?

5. Wat dient er in het programma gestopt te worden om deze activiteiten en diensten te kunnen leveren? (*denk aan materialen, kennis, personeel, geld, etc.*)

---

6. *Hetzelfde gaan we nu doen op het niveau van de organisatie en daarna op het niveau van de gemeente (kan door elkaar lopen).*

---

7. Zijn er nog aanvullingen nu het model helemaal ingevuld is?

8. Dan willen we nu wat specifiekere ingaan op de betekenis van sociale participatie.

---

### **Sociale participatie**

---

Er is geen eenduidige definitie van sociale participatie voor zover bekend.

8. Wat betekent sociale participatie volgens u?

9. In hoeverre speelt sociale participatie volgens u een rol in leefstijlprogramma's zoals X-Fittt 2.0? (10. *Heeft u een idee op welke wijze sociale participatie gemeten zou kunnen worden, bijvoorbeeld in gesprek met groepen deelnemers?*)

#### *Participatiewiel*

We zien hier een brede definitie van het participatiewiel zoals deze door Movisie is ontwikkeld. Herkent u hierin sociale participatie of ontbreken er misschien nog doelen? Hoe kunnen deze doelen samengaan met programma's zoals X-Fittt? Zijn dat specifieke doelen uit dit model waar het programma invloed op heeft, of meerdere doelen (direct of indirect bijvoorbeeld)? (*deels behandeld, zie vraag 9*)

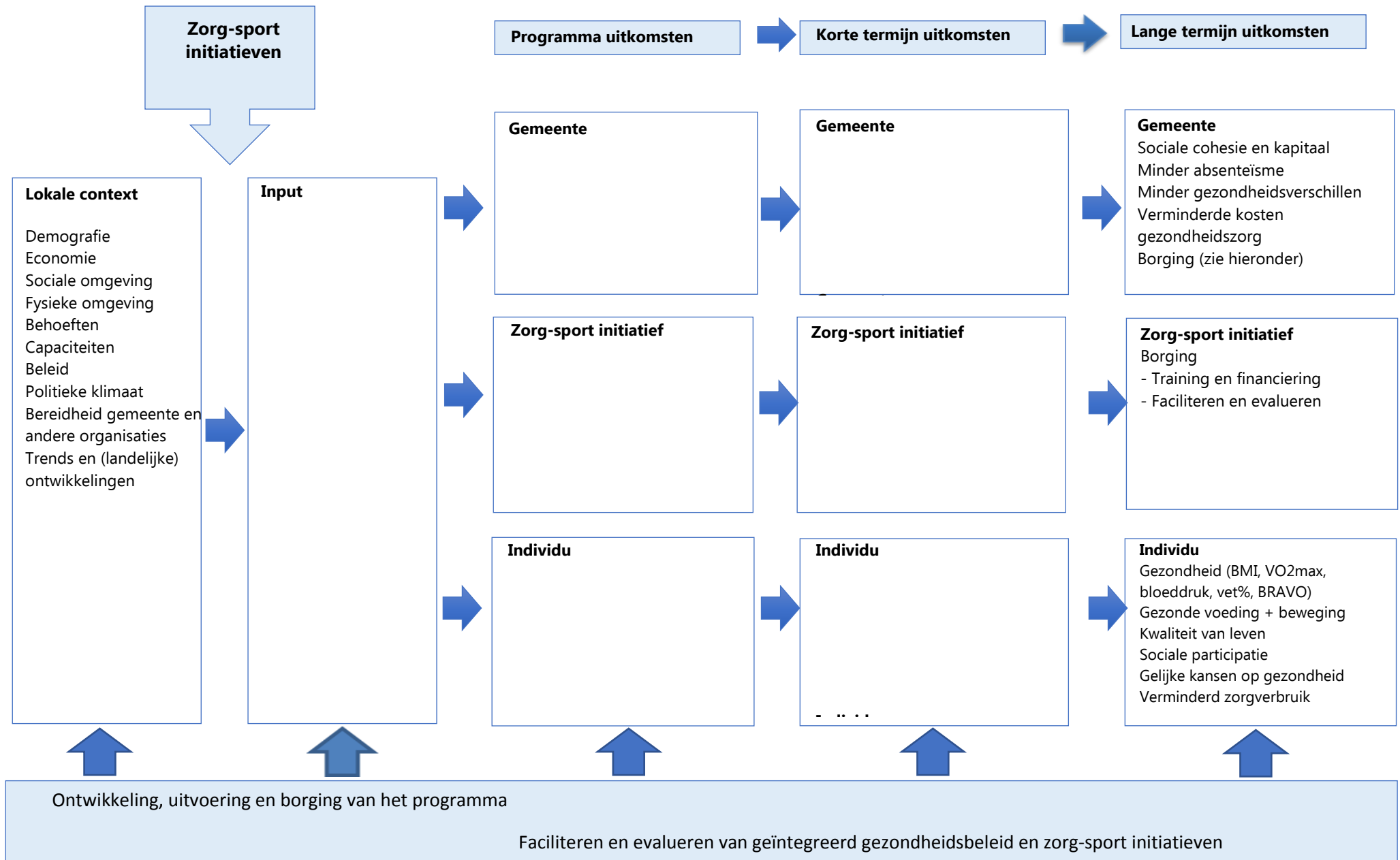
11. Zijn er volgens u nog andere punten van belang of heeft u nog informatie die u belangrijk vindt om aan ons te melden?

Bedankt voor uw tijd!

*Laten weten dat ze altijd contact kunnen opnemen als ze nog een vraag hebben of als hen nog iets te binnen schiet dat relevant is voor het onderzoek.*

\*Deze interviewleidraad was voor zowel de interviews met de zorgprofessionals als voor de interviews met stakeholders toepasbaar; alleen waar het staat aangegeven in blauw was verschil in werkwijze.

**Bijlage 4: Logisch model zoals deze is gebruikt voor de interviews**



## Bijlage 5: Coderen van interviews\*

Code familie	Codes met frequenties (hoe vaak deze genoemd zijn in de interviews)
(slim) ondernemen	Bevlogen ondernemer (2), PR-marketing/communicatie (10), Maatschappelijk ondernemen (5), ambassadeurs/fans (4), social media (3), lokaal netwerk (1), landelijk (1), merk (2), gogme/slimmigheid (2),
Personeel	Verschillende zorgprofessionals nodig / multidisciplinair (14), professionals: kennis van vak (9), professionals: kennis van doelgroep (3), professionals: visie (3), logistiek (1), leefstijlcoach (3), psycholoog (7), diëtist (6), beweegagoog (1), fysiotherapeut (4)
Praktische zaken	Materialen (5), ruimte (4), locatie (2), tijd (1), spelregelboekje (1)
Organisatie leefstijlprogramma	Programma algemeen (11), flexibiliteit/maatwerk (9), Stok achter de deur/structuur (9), financiering (9), afstemming/communicatie zorgprofessionals (9), organisatie (6), werving (6), rolmodel (3), veilige sfeer/klimaat (1), kwaliteit beweegaanbod (1)
Wat te bereiken op organisatieniveau	Borging (2), sociale cohesie (1), gelijke kansen op gezondheid (1), sterkere sportaanbieders (1), hogere sportparticipatie (1), bewegen als medicijn (1), integraal werken (8), betrokkenheid stakeholders (6), rol huisarts (9)
Over de deelnemer en wat te bereiken	Sociale participatie (26), kennis-inzicht-bewustwording (10), (langdurige) gedragsverandering (8), financiële bijdrage (5), zelfvertrouwen (4), vitale burgers (3), arbeidsparticipatie (3), eigen regie (2), zichtbare gezondheidswinst (2), gewichtsafname (2), betrokkenheid (1), talentontwikkeling (1)
Bewijslast en metingen	Resultaten/bewijslast algemeen (15), inzicht in zorgkosten (5), BMI/vetpercentage (3), wegen (2), besef bij zorgverzekeraar en beleidsbeslissers (2), besef bij andere sportaanbieders (1), in kaart brengen deelnemersuitval (1), zichtbaar hoe kwaliteitsprogramma kan bijdragen aan gedragsverandering (1)
Sport/bewegen	Aanbieden van sport/bewegen in het leefstijlprogramma (15), bewegen in een groep (14), vormen van beweegaanbod (5), vervolgsport (5)
Voeding	Richtlijnen t.o.v. voeding (9), voedingsdagboek (3), voeding algemeen (2), VirtuaGym (1).
Zorgverbruik en zorgkosten	Inzicht in zorgkosten (5), verminderd zorgverbruik (5), vermindering zorgkosten (4), GGZ-gebruik (1)

# Vragenlijst deelnemers X-Fittt 2.0

---

## Vragenlijst 1

Deze vragenlijst is bedoeld voor deelnemers van X-Fittt 2.0. De vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen:

- Algemene vragen over uw persoonlijke omstandigheden
- Vragen over uw gezondheid
- Vragen over zelfvertrouwen
- Vragen over ziekte en zorggebruik
- Vragen over motivatie

### **Instructie voor het invullen van de vragen**

Graag willen wij u vragen:

- Alle vragen goed te lezen, sla geen vragen over, tenzij er achter een vraag staat: → ga verder naar vraag
- De vraag te beantwoorden door met blauwe of zwarte pen het bolletje in te kleuren dat past bij uw antwoord. Als u het niet zeker weet, geef dan het best mogelijke antwoord.
- Bij elke vraag één antwoord aankruisen, tenzij anders staat aangegeven.
- Als u zich vergist heeft bij het inkleuren van een bolletje, wilt u dan een kruis zetten door het foute antwoord.

Heeft u vragen, stel ze gerust aan de onderzoeker. Die is aanwezig.

Naam:

Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

**Veel succes met het invullen van de vragenlijst. Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!**

## Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek:

*Evaluatie en meting van de impact van deelname aan X-Fitt 2.0, ten aanzien van gezondheid, kwaliteit van leven en sociale participatie.*

### In te vullen door de deelnemer:

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem en vertrouwelijk behandeld zullen worden. Ik ben in staat gesteld vragen te stellen over dit onderzoek.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaa van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen

Naam deelnemer:.....

Handtekening deelnemer..... Datum:.....

### 1a. Wat is uw geboorteland?

\_\_\_\_\_

### 1b. Als u niet in Nederland bent geboren, hoeveel jaar woont u in Nederland?

\_\_\_\_\_ jaar

### 1c. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

*Dat wil zeggen: een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift.  
Kruis aan wat voor u van toepassing is*

- Geen opleiding (Lager onderwijs niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (Basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Middelbaar of voortgezet (beroeps)onderwijs (VMBO, HAVO, VWO, MBO)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- Universiteit
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

### 1d. Wat is uw huidige woonsituatie?

- Ik woon alleen
- Ik woon samen met mijn partner/echtgenoot of echtgenote
- Ik woon samen met partner/echtgenoot en thuiswonend(e) kind(eren)
- Ik woon samen met één of meer thuiswonende kinderen
- Ik woon samen met andere familieleden (bijvoorbeeld ouder(s), broer of zus)
- Ik woon in bij een kind en zijn/haar gezin
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

### 1e. Wat is uw voornaamste dagelijkse bezigheid?

- Betaald werk
- Huishouden / Verzorging gezinsleden
- (Parttime) betaald werk en huishouden/verzorging gezinsleden
- Onbetaald werk buitenshuis / Vrijwilligerswerk
- Pensioen / VUT
- WAO / Ziektewet
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

### Vraag 2. Hoe beoordeelt u uw gezondheid in het algemeen?

- Uitstekend
- Heel goed
- Goed
- Matig
- Slecht

### Vraag 3. Hoe beoordeelt u uw eigen gezondheid vandaag?

*Kruis in de lijst hieronder het hokje aan bij de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand van vandaag*

#### a) Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb wat problemen met lopen
- Ik moet veel liggen

#### b) Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb wat problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

#### c) Dagelijkse activiteiten

*(Denk aan werk, huishouden en gezin, vrije tijd)*

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb wat problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

#### d) Pijn en klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb wat pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

#### e) Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben wat angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber



Hiernaast ziet u een plaatje van een ladder.  
Het cijfer **10** geeft de beste gezondheidstoestand aan die u zich voor kunt stellen.  
Het cijfer **0** geeft de slechtste gezondheidstoestand aan.

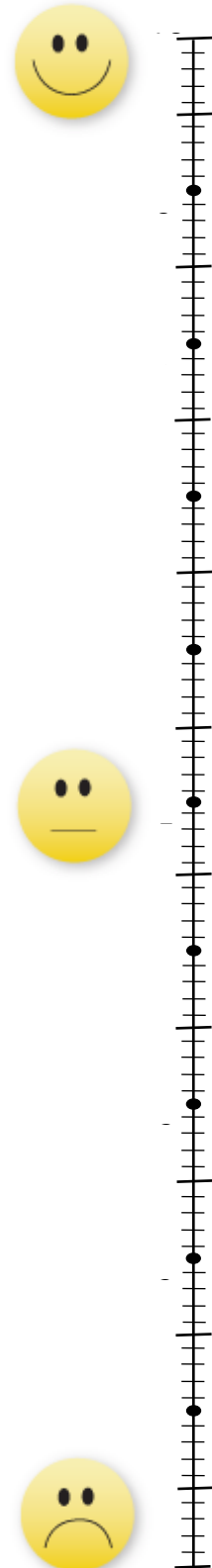
**Vraag 4.**

**We vragen u op deze schaal aan te kruisen hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand VANDAAG is.**

*Kruis het punt aan op de schaal dat volgens u het beste aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.*

**Uw gezondheid vandaag ...**

Best denkbare  
gezondheidstoestand



Slechtst denkbare  
gezondheidstoestand

## Vertrouwen in jezelf

### Vraag 5. Hoe zeker of onzeker bent u over het feit dat u regelmatig blijft bewegen als de volgende zaken zich voordoen?

(Met regelmatig bewegen wordt bedoeld: minimaal één keer per week)

Kruis per stelling één antwoord aan

Ik denk dat ik regelmatig zou blijven bewegen wanneer...

#### ...ik last heb van het weer (heet, vochtig, regenachtig, koud, glad)

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik verveeld ben door het beweegprogramma of beweegactiviteit

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik pijn heb tijdens het bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik alleen moet bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik het niet leuk vind om te bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik het te druk heb met andere activiteiten

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me moe zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me gestrest zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me depressief zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ziekte & Zorggebruik

### Vraag 6. Welke ziektes of aandoeningen heeft u in de afgelopen 12 maanden gehad?

- Geen
- Diabetes Mellitus / Suikerziekte
- Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct
- Hartinfarct
- Andere hartaandoening
- Kanker
- Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn
- Hoge bloeddruk
- Vernauwing in de bloedvaten van de buik of benen
- Astma of COPD
- Duizeligheid met vallen
- Onvrijwillig urineverlies
- Gewrichtsslijtage van heupen of knieën
- Chronische gewrichtsontsteking
- Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder
- Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand
- Iets anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 7. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?**

*Dit kunnen ook medicijnen zijn die al eerder waren voorgeschreven. Medicijnen die u tijdens een ziekenhuisopname heeft gebruikt moet u niet meerekenen. 'De pil' ook niet.*

- Nee → ga verder naar vraag 9
- Ja, namelijk voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_

**Vraag 8. Hoeveel pillen slikt u per dag?**

- \_\_\_\_ pil(len)

**Vraag 9. Wanneer heeft u voor het laatst voor uzelf contact gehad met een huisarts?**

*Bezoek aan een huisarts, huisbezoeken en telefonisch consult (hiermee wordt geen telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept bedoeld).*

- In de afgelopen 3 maanden → hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad? \_\_\_\_ keer
- Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden of langer geleden
- Nog nooit

**Vraag 10. Met welke zorgverlener(s) die niet bij X-Fittt 2.0 betrokken zijn heeft u in de afgelopen 6 maanden contact gehad voor uzelf?**

*Kruis aan wat voor u zelf van toepassing is. Meer antwoorden zijn mogelijk*

- Geen
- Bedrijfsarts
- Medisch specialist
- Diëtist (hieronder valt **niet** de diëtist van X-Fittt 2.0)
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut (hieronder valt **niet** de fysiotherapeut van X-Fittt 2.0)
- Oefentherapeut Cesar / Mensendieck
- Thuiszorg (wijkverpleegkundige gezinsverzorging, Alfahulp)
- GGZ / Geestelijke gezondheidszorg
- Algemeen maatschappelijk werk / Ouderenadviseur
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 11. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 6 maanden voor uzelf contact gehad met zorgverleners die niet bij X-Fittt 2.0 betrokken zijn?**

\_\_\_\_\_ keer

## Zelfmonitoring

**Vraag 12. Houdt u zelf bij of u voldoende beweegt? Zo ja, hoe doet u dat?**

- Nee, ik houd dat niet bij.
- Ja, ik houd dat bij met behulp van een...  
(Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)
  - Horloge
  - Kilometerteller
  - Dagboek
  - Stappenteller
  - GPS
  - Apps op de telefoon, namelijk \_\_\_\_\_
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## Motivatie

De volgende vragen gaan over hoe u tegen bewegen (een actieve leefstijl) aankijkt.

**Vraag 13. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?**

**Ik beweeg omdat anderen vinden dat ik moet bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik voel me schuldig als ik niet beweeg.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik waardeer de voordelen van bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik beweeg omdat ik dat leuk vind.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik zie niet in waarom ik zou bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik neem deel aan beweglessen omdat mijn vrienden/familie/partner zeggen dat ik dat moet doen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik schaam me als ik een beweegactiviteit gemist heb.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind het belangrijk om regelmatig te bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om te bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik geniet van mijn bewegsessies.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik beweeg omdat anderen niet blij zullen zijn als ik het niet doe.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik zie het nut niet in van bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik voel me een mislukkeling als ik een tijdje niet heb bewogen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om regelmatig te bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind bewegen een aangename activiteit**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik voel dat mijn vrienden/familie/partner mij onder druk zetten om te bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik word onrustig als ik niet regelmatig beweeg.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind plezier en voldoening in bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind dat bewegen tijdverspilling is.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden van de vragen!



# Vragenlijst deelnemers X-Fittt 2.0

## Vragenlijst 2

Deze vragenlijst is bedoeld voor deelnemers van X-Fittt 2.0. De vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen:

- Vragen over uw gezondheid
- Vragen over zelfvertrouwen
- Vragen over ziekte en zorggebruik
- Vragen over bewegen in een groep
- Vragen over uw ervaringen met de zorgprofessionals van X-Fittt 2.0
- Vragen over motivatie

### **Instructie voor het invullen van de vragen**

Graag willen wij u vragen:

- Alle vragen goed te lezen, sla geen vragen over, tenzij er achter een vraag staat: → ga verder naar vraag
- De vraag te beantwoorden door met blauwe of zwarte pen het bolletje in te kleuren dat past bij uw antwoord. Als u het niet zeker weet, geef dan het best mogelijke antwoord.
- Bij elke vraag één antwoord aankruisen, tenzij anders staat aangegeven.
- Als u zich vergist heeft bij het inkleuren van een bolletje, wilt u dan een kruis zetten door het foute antwoord.

Heeft u vragen, stel ze gerust aan de onderzoeker. Die is aanwezig.

Naam:

Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

**Veel succes met het invullen van de vragenlijst. Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!**

## Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek:

*Evaluatie en meting van de impact van deelname aan X-Fitt 2.0, ten aanzien van gezondheid, kwaliteit van leven en sociale participatie.*

### In te vullen door de deelnemer:

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem en vertrouwelijk behandeld zullen worden. Ik ben in staat gesteld vragen te stellen over dit onderzoek.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen

Naam deelnemer:.....

Handtekening deelnemer.....

Datum:.....

### Vraag 1. Hoe beoordeelt u uw gezondheid in het algemeen?

- Uitstekend
- Heel goed
- Goed
- Matig
- Slecht

### Vraag 2. Hoe beoordeelt u uw eigen gezondheid vandaag?

*Kruis in de lijst hieronder het hokje aan bij de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand van vandaag*

#### a) Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb wat problemen met lopen
- Ik moet veel liggen

#### b) Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb wat problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

#### c) Dagelijkse activiteiten

*(Denk aan werk, huishouden en gezin, vrije tijd)*

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb wat problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

#### d) Pijn en klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb wat pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

#### e) Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben wat angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

Hiernaast ziet u een plaatje van een ladder.  
Het cijfer **10** geeft de beste gezondheidstoestand aan die u zich voor kunt stellen.  
Het cijfer **0** geeft de slechtste gezondheidstoestand aan.

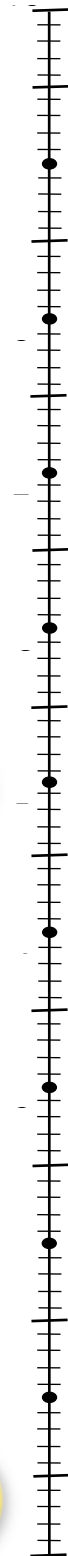
**Vraag 3.**

**We vragen u op deze schaal aan te kruisen hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand VANDAAG is.**

*Kruis het punt aan op de schaal dat volgens u het beste aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.*

**Uw gezondheid vandaag ...**

Best denkbare  
gezondheidstoestand



Slechtst denkbare  
gezondheidstoestand

## Vertrouwen in jezelf

### Vraag 4. Hoe zeker of onzeker bent u over het feit dat u regelmatig blijft bewegen als de volgende zaken zich voordoen?

(Met regelmatig bewegen wordt bedoeld: minimaal één keer per week)

Kruis per stelling één antwoord aan

Ik denk dat ik regelmatig zou blijven bewegen wanneer...

#### ...ik last heb van het weer (heet, vochtig, regenachtig, koud, glad)

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik verveeld ben door het beweegprogramma of beweegactiviteit

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik pijn heb tijdens het bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik alleen moet bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik het niet leuk vind om te bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ...ik het te druk heb met andere activiteiten

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me moe zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me gestrest zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ...ik me depressief zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ziekte & Zorggebruik

### Vraag 5. Welke ziektes of aandoeningen heeft u in de afgelopen 3 maanden gehad?

- Geen
- Diabetes Mellitus / Suikerziekte
- Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct
- Hartinfarct
- Andere hartaandoening
- Kanker
- Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn
- Hoge bloeddruk
- Vernauwing in de bloedvaten van de buik of benen
- Astma of COPD
- Duizeligheid met vallen
- Onvrijwillig urineverlies
- Gewrichtsslijtage van heupen of knieën
- Chronische gewrichtsontsteking
- Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder
- Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand
- Iets anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Vraag 6. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?**

*Dit kunnen ook medicijnen zijn die al eerder waren voorgeschreven. Medicijnen die u tijdens een ziekenhuisopname heeft gebruikt moet u niet meerekenen. 'De pil' ook niet.*

- Nee → ga verder naar vraag 9
- Ja, namelijk voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_  
voor \_\_\_\_\_

**Vraag 7. Hoeveel pillen slikt u per dag?**

- \_\_\_\_ pil(len)

**Vraag 8. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden voor uzelf contact gehad met een huisarts?**

*Bezoek aan een huisarts, huisbezoeken en telefonisch consult (hiermee wordt geen telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept bedoeld).*

- Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad? \_\_\_\_ keer
- Niet

**Vraag 9. Heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad met zorgverleners die niet bij X-Fittt betrokken zijn?**

*Kruis aan wat voor u zelf van toepassing is. Meer antwoorden zijn mogelijk*

- Geen
- Bedrijfsarts
- Medisch specialist
- Diëtist (Hieronder valt **niet** de diëtist van X-Fittt)
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut (Hieronder valt **niet** de fysiotherapeut van X-Fittt)
- Oefentherapeut Cesar / Mensendieck
- Thuiszorg (wijkverpleegkundige gezinsverzorging, Alfahulp)
- GGZ / Geestelijke gezondheidszorg
- Algemeen maatschappelijk werk / Ouderenadviseur
- Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## Zelfmonitoring

**Vraag 10. Houdt u zelf bij of u voldoende beweegt? Zo ja, hoe doet u dat?**

- Nee, ik houd dat niet bij.
- Ja, ik houd dat bij met behulp van een...  
(Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk)
  - Horloge
  - Kilometer teller
  - Dagboek
  - Stappenteller
  - GPS
  - Apps op de telefoon, namelijk \_\_\_\_\_
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## Uw ervaring met de zorgprofessionals

**Vraag 11. Wat vindt u van de rol van de verschillende zorgprofessionals die betrokken zijn bij X-Fitt 2.0?**

**De rol van de leefstijlcoach(es)**

Uitstekend

Heel goed

Goed

Matig

Slecht

Wat is de reden dat u dat op die manier hebt ervaren?

**De rol van de fysiotherapeut(en)**

Uitstekend

Heel goed

Goed

Matig

Slecht

Wat is de reden dat u dat op die manier hebt ervaren?



### De rol van de diëtiste

Uitstekend



Heel goed



Goed



Matig



Slecht



Wat is de reden dat u dat op die manier hebt ervaren?

### De rol van de bewegeleider van de groepslessen

Uitstekend



Heel goed



Goed



Matig



Slecht



Wat is de reden dat u dat op die manier hebt ervaren?

## Bewegen in een groep

**Vraag 12. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?**

**Ik vind het fijn om in een groep te bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**De andere deelnemers in de groep motiveren mij om te blijven bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**De sfeer in de groep is goed**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind het fijn om ervaringen met de andere deelnemers te kunnen delen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Om te bewegen is het voor mij belangrijk om dat in een groep te doen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vraag 13.**

*Vul uw antwoord in op de stippellijn.*

**Om te bewegen in een groep zoals nu, ben ik bereid €..... euro per maand te betalen**

## Motivatie

De volgende vragen gaan over hoe u tegen bewegen (een actieve leefstijl) aankijkt.

### Vraag 14. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

#### Ik beweeg omdat anderen vinden dat ik moet bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ik voel me schuldig als ik niet beweeg.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ik waardeer de voordelen van bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ik beweeg omdat ik dat leuk vind.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ik zie niet in waarom ik zou bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ik neem deel aan beweglessen omdat mijn vrienden/familie/partner zeggen dat ik dat moet doen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik schaam me als ik een bewegactiviteit gemist heb.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind het belangrijk om regelmatig te bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om te bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik geniet van mijn bewegsessies.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik beweeg omdat anderen niet blij zullen zijn als ik het niet doe.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik zie het nut niet in van bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik voel me een mislukkeling als ik een tijdje niet heb bewogen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om regelmatig te bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind bewegen een aangename activiteit**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik voel dat mijn vrienden/familie/partner mij onder druk zetten om te bewegen**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik word onrustig als ik niet regelmatig beweeg.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind plezier en voldoening in bewegen.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ik vind dat bewegen tijdverspilling is.**

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dit is het einde van de vragenlijst.  
Hartelijk dank voor het beantwoorden van de vragen!

## Bijlage 7: Overzicht meetgegevens deelnemers X-Fitt 2.0 door zorgprofessionals\*

Deelnemer	Gewicht T0	Gewicht T1	Vershil in gewicht	BMI T0	BMI T1	Vershil BMI	Buikomvang T0 (in cm)	Buikomvang T1 (in cm)	Buikomvang verschil in cm	Vet% T0	Vet% T1	BD T0 links**	BD T1 links	BD T0rechts	BD T1rechts	VO2max T0***	VO2maxT1	Roken T0	Roken T1	Alcohol T0	Alcohol T1
1	117	112,3	4,7	41,0	39,3	1,6	133	124	9	42,8	41,8	132/88	125/74	126/84	135/76	26,5	31,17	Ja	Nee	Ja	Ja
2	123	120,7	2,3	40,2	39,4	0,8	129	128	1	34,9	34,4	162/122	175/110	174/118	165/120	18,2	20,63	Nee	Nee	Nee	Nee
3	78,3	75,5	2,8	31,8	30,6	1,1	117	111	6	45,8	45,1	135/64	120/72	125/56	135/70	14,94	18,94	Nee	Nee	Ja	Ja
4	112	96,4	15,6	38,3	33,0	5,3	134			46,2		120/75		118/75		23,4		Nee	Nee	Ja	Nee
5	110	85,8	24,2	35,9	28,0	7,9	123	104,5	18,5	35,4	25,7	115/70	105/60	115/78	110/60	19,09	30,89	Nee	Nee	Nee	Nee
6	130,5	121,9	8,6	44,1	41,2	2,9	134	129	5	43	39	126/94	120/80	130/90	126/80	20,69	31,17	Nee	Nee	Nee	Nee
7	106	91,8	14,2	36,3	31,4	4,9	106	99	7	42,5	37,2	126/90	100/72	125/80	108/70	20,47		Nee	Nee	Nee	Nee
8	129	121,7	7,3	44,6	42,1	2,5	125	124	1	43,8	42,1	166/98	185/100	162/98	158/90	20,85		Nee	Nee	Ja	Ja
9	116,4	101,7	14,7	33,6	29,4	4,2	118			27,7	23,5	150/86	125/70	135/85	130/75	24,91		Nee	Nee	Ja	Ja
10	87,6	79,5	8,1	34,7	31,4	3,2	115			46,1	44,9	155/78	130/65	155/82	126/65	26,48		Nee	Nee	Nee	Nee
11	87	88	+1	32,7	33,1	+0,4	98			40,8		100/64		100/70				Ja			
12	104,9	96	8,9	40,0	36,6	3,4	112	108	4	45,6	42,5	132/84	125/85	132/90	125/85	21,35	26,77	Nee	Nee	Nee	Nee
13	64,3	59	5,3	27,1	24,9	2,2	96			41,5	38,5			150/84	135/70	24,42	34,2	Nee	Nee	Nee	Nee
14	84,3	78,4	5,9	28,5	26,5	2,0	104			27,4	24,9	120/78	120/78	120/78	124/80	38,79	33,16	Ja	Ja	Nee	Nee
15	107	99,7	7,3	40,3	37,5	2,7	121	118	3	41,4	39	235/125	185/120	215/115	175/120	18,22	19,96	Ja	Ja	Ja	Ja
16	81,8	81,8	0							33,1		108/76		120/76		27,63					
17	96,5	90	6,5							37,2		122/75		122/73							

\* T0: Intake; T1: eind fase 1

\*\*BD = Bloeddruk


\*\*\*Voor normwaarden VO2<sub>max</sub> zie Shvartz & Reibold (1990)


Deelnemer	Gewicht T0	Gewicht T1	Vershil in gewicht	BMI T0	BMI T1	Vershil BMI	Buikomvang T0 (in cm)	Buikomvang T1 (in cm)	Buikomvang verschil in cm	Vet% T0	Vet% T1	BD T0 links**	BD T1 links	BD T0rechts	BD T1rechts	VO2max T0***	VO2maxT1	Roken T0	Roken T1	Alcohol T0	Alcohol T1
18	116,5	107,8	8,7	38,5	35,6	2,9	114	115	+1	42,4	40,1	117/77	110/70	115/78	108/70			Nee	Nee	Ja	Nee
19	68	66,2	1,8	26,6	25,9	0,7	95	96	+1	44,5	42,2	105/73	120/80	110/75	120/80	24,26		Nee	Nee	Nee	Nee
20	108	108,7	+0,7	28,4	28,6	+0,2	113			31,8		145/105		150/105		23,7		Nee	Nee	Ja	Nee
21	68	66,4	1,6	23,8	23,2	0,6	87			36,5		114/58		124/66		30,44		Nee	Nee	Ja	Ja
22	58,1	58	0,1																		
23	129,1	120,4	8,7	42,6	39,8	2,9	140			47	45,1	123/76	105/70	125/76	110/68	17,89	25,42	Ja	Ja	Nee	Nee
24	93,7	88,2	5,5	30,6	28,8	1,8	97	95	2	41,7	39,7	134/88	128/78	134/90	136/80	28,28	41,38	Nee	Nee	Nee	Nee
25	77,1	72,3	4,8	29,0	27,2	1,8	87			38,6	36,6	108/76	110/76	110/80	118/76	23,7		Nee	Nee	Ja	Ja
26	115,3	113,2	2,1	42,4	41,6	0,8	124,5			43,3		165/110		163/110		20,12		Ja	Ja	Ja	Nee
27	81	73,6	7,4	28,7	26,1	2,6	96,5			42,6	40,2	126/70	118/75	130/82		24,44	27,99	Nee	Nee	Nee	Nee
<b>Gemiddeld</b>	98,2	91,7	6,5	35	32,6	2,4	113,3	112,6	4,5	40,1	38					23,7	28,5				

\*\*BD = Bloeddruk

\*\*\*Voor normwaarden VO2<sub>max</sub> zie Shvartz & Reibold (1990)

## Bijlage 8: Gewichtsverloop gedurende fase 1 van X-Fitt 2.0 per deelnemer

 = Gewichtstoename

 = Niet aanwezig bij weging

Deelnemer ↓ Week	Intake	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Eindevaluatie	Gewichts- verlies
1	117	116,9	116,8	116,2	-	115,2	113,6	112,7	112,6	-	112,3	-	111,6	112,3	<b>4,7</b>
2	123	123,8	123,4	123,1	123,1	121,5	120,7	-	120,2	119,6	119,2	118,6	119	120,7	<b>2,3</b>
3	78,3	77,9	77,9	-	-	-	-	75,5	75,3	76,4	-	-	-	75,5	<b>2,8</b>
4*	112	111,8	109	107,1	104,5	104,7	102	101,1	99,7	-	97,7	96,8	96,4	-	<b>15,6</b>
5	110	110	103,9	101,7	98,6	97,2	94,7	93	91,7	89,2	87,3	87,4	84,2	85,8	<b>24,2</b>
6	130,5	130,3	129,3	125,6	124,7	125,5	123	124,3	123	123,1	-	-	121,1	121,9	<b>8,6</b>
7	106	105	102,2	101	99,9	98,8	97	96	95,5	93,9	93,4	92,5	91,7	91,8	<b>14,2</b>
8	129	127,6	125,5	124,8	-	-	-	124,9	123,1	122,3	122,7	120,6	122,8	121,7	<b>7,3</b>
9	116,4	114	112,3	110,4	108,8	107,1	105,2	105,4	103,3	103,5	103	103	101,7	101,7	<b>14,7</b>
10	87,6	86,1	85,3	84,2	84,7	83,2	82,4	81,8	82,2	80,3	80,3	79,2	29,2	79,5	<b>8,1</b>
11*	87	88,5	86	-	86,4	86,2	86,6	-	87,7	-	-	-	88	-	<b>+1</b>
12	104,9	104,6	103,8	102,3	101,8	101	100,6	99,8	98,7	97,9	97	97,1	96,6	96	<b>8,9</b>
13	64,3	62,2	61,9	62,1	62,3	61,3	60,3	60,2	59,9	59,9	59,3	59,4	58,7	59	<b>5,3</b>
14	84,3	84	82,2	82,9	81,6	81,6	80,8	81,5	81,5	79,5	79,8	78,4	78,2	78,4	<b>5,9</b>
15	107	106	105,3	-	103,5	102,6	-	100,9	100,9	99,7	99,4	-	99,2	99,7	<b>7,3</b>
16*	81,8	81,6	81,6	82,1	-	-	-	81,9	83,4	81,8	81,8	-	-	-	<b>0</b>
17*/**	-	96,5	95,6	93,6	-	93,2	92,5	92,3	-	90,4	-	90	-	-	<b>6,5</b>



18	116,5	116,5	115,2	114,2	113,2	112,3	111,2	110,3	109,3	108	108,4	107,1	106,6	107,8	<b>8,7</b>
19	68	66,4	65,8	65,8	66,6	66,1	-	65,2	64,9	-	-	64,3	-	66,2	<b>1,8</b>
20*	108	111,8	111,8	109,7	-	-	108,2	109,9	109,4	109,2	108,7	-	-	-	<b>+0,7</b>
21*	68	66,9	67,3	66,8	67,9	68,3	67	66	66,3	66,8	-	67,1	66,4	-	<b>1,6</b>
22**	-	58,1	-	-	57,5	57	56,8	57,7	57,9	-	56,9	56,9	-	58	<b>0,1</b>
23	129,1	130,7	126,8	126,4	124,8	123,8	122,6	122,8	121,7	120,3	-	119,9	118,7	120,4	<b>8,7</b>
24	93,7	-	93,1	93	91,9	91,3	-	90,1	89,1	-	88,8	88,1	87,4	88,2	<b>5,5</b>
25	77,1	77,7	77	76,9	75,7	75,5	76,7	73,8	73	72,8	72,2	-	-	72,3	<b>4,8</b>
26*	115,3	115,1	116,1	114,6	114,4	114,6	-	114,5	114,5	-	113,2	-	-	-	<b>2,1</b>
27	81	81,5	79	78,3	77,7	77,1	76,3	75,3	75,6	74,4	74,3	73,8	73,3	73,6	<b>7,4</b>
<b>Totaal:</b>														<b>175,4</b>	
<b>Gemiddeld:</b>														<b>6,5</b>	

\* geen eindevaluatie bekend van het gewicht van deze deelnemers. Voor het berekenen van het gewichtsverlies is daarom in plaats van de meting bij de eindevaluatie bij deze deelnemers gebruik gemaakt van de laatste weging voor de eindevaluatie.

\*\* geen intakemeting van het gewicht voor deze deelnemers bekend. Voor het berekenen van het gewichtsverlies is daarom in plaats van de intakemeting gebruik gemaakt van de eerstvolgende weging die bij deze deelnemers is uitgevoerd.

## Bijlage 9A: Zelfgerapporteerd cijfer gezondheidstoestand, score kwaliteit van leven en motivatie

Deelnemer	Cijfer gezondheid	Cijfer gezondheid T1	EQ-5D T0 <sup>a</sup>	EQ-5D T1 <sup>a</sup>	RAI T0 <sup>b</sup>	RAIT1 <sup>b</sup>
	T0					
1	6	7	0,569	0,693	12,25	16,33
2	7	7,5	0,683	0,807	-**	7,83
3	6	6,5	0,775	0,807	18,75	17,83
4	6	8	0,216	0,683	-**	-**
5	6,5	7	0,807	0,807	7,75	8,5
6	6	7,5	0,651	0,134	8,58	4,83
7	7	7,5	0,719	1	-3,33	5
8	6,5	9	0,811	0,843	-**	6,33
9	6	7	0,284	0,805	11,25	14,33
10	7	8	0,843	0,843	10,33	17
11	6,5	8	0,843	1	6,08	10,25
12	7	7,5	0,807	0,807	10,58	13,08
13	8	-*	0,843	0,843	7,83	7,25
14	7	8	1	0,843	9	3,33
<b>Gemiddeld</b>	<b>6,6</b>	<b>7,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>9</b>	<b>10,7</b>

\*geen cijfer ingevuld door de deelnemer

\*\* Deelnemer heeft de BREQ-2 vragenlijst niet volledig ingevuld, waardoor de RAI-score niet berekend kan worden

**a** Score kan variëren van 0-1. Hoe dichterbij '1', hoe beter de kwaliteit van leven.

**b** Score kan variëren van -24 tot 20. Hoe hoger de score, hoe hoger de intrinsieke motivatie. Een lage score neigt naar externe motivatie en amotivatie.

## Bijlage 9B: Zelfmonitoring en vertrouwen om regelmatig te blijven bewegen

Deelnemer	Gebruik zelfmonitoring	Gebruik zelfmonitoring	SEE Score	SEE score
	T0*	T1*	T0	T1
1	Ja; via app 'Runkeeper'	Ja; via app op telefoon	4,9	4,3
2	-	Ja; via app op telefoon	4,4	2,7
3	Nee	Nee	4,0	4,2
4	Ja; Opschrijven	Ja; '2x per week sporten'***	3,5	3,1
5	Nee	Ja; stappenteller	4,1	3,3
6	Ja; via app voedingscentrum	Ja; via app op telefoon	3,7	3,7
7	Nee	Nee	3,6	3,3
8	Nee	Nee	3,8	3,8
9	Nee	Nee	3,8	3,8
10	Nee	Nee	4,2	4,0
11	Nee	Nee	3,2	2,7
12	Nee	Nee	3,0	4,7
13	Nee	Nee	3,4	3,1
14	Nee	Ja; 'met partner'***	3,4	3,4
		<b>Gemiddeld:</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>

\* Antwoordopties waren zelfmonitoring door gebruik van: horloge, kilometerteller, dagboek, stappenteller, GPS, apps op telefoon of 'anders, namelijk'. \*\*Niet duidelijk of dit onder zelfmonitoring valt.

\*\*\* Score tussen 1 en 5. Hoe dichterbij '1', hoe beter het zelfvertrouwen in het regelmatig blijven bewegen.

## Bijlage 9C: Resultaten vragenlijst. Medicijngebruik en aantal contacten met de huisarts

	T0*	T1*
<b>Aantal pillen per dag</b>		
1-3	N = 7	N = 7
4-6	N = 1	N = 0
> 6	N = 2 (16; en 24)	N = 2 (14; en 20)
<b>Waarvoor gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?***</b>	Antidepressiva + maagranitidine Hoge bloeddruk Netelroosallergie Suikerziekte + antidepressiva Longklachten Depressie + psychose + epilepsie + maagklachten Hoge bloeddruk + Schildklier Schizofrenie Bij tijden voor hooikoorts (Flixotide) Pijn Bloedverdunners + cholesterol + maagbeschermers Lupus (chronisch) + malariapillen	Tramadol Metioponol Netelroosallergie Depressie dwangmatig Longen Depressie + psychoses + epilepsie + maagtabletten + slapeloosheid + ijzer Hoge bloeddruk + Schildklier Schizofrenie - Pijn schouder Bloedverdunners + cholesterol + maagbeschermers Lupus
	<b>Afgelopen 12 maanden (T0)</b>	<b>Afgelopen 3 maanden (T1)</b>
<b>Contact met de huisarts</b>	N = 8	N = 6
1 keer	N = 3	N = 2
2 keer	N = 3	N = 2
3 keer	N = 0	N = 1
4 keer	N = 1	N = 0
5 keer	N = 1 (5 of 6 keer)	N = 1

\*Bij T0 en T1 gaat het om het aantal deelnemers dat aangegeven heeft een bepaald aantal pillen per dag te slikken. Wanneer een deelnemer heeft ingevuld pillen te slikken, maar niet heeft aangegeven hoeveel pillen per dag, is deze niet meegenomen in de tabel.

\*\* Het gaat bij T0 en T1 om dezelfde deelnemers, de antwoorden die zij hebben gegeven op T0 en T1 worden naast elkaar weergegeven.

## Bijlage 9D: Overzicht van toelichting op waardering van zorgprofessionals door deelnemers\*

### Leefstijlcoach

Ik heb de spreekwoordelijke stok achter de deur nodig  
 Ze helpen me heel goed als ik ergens mee zit  
 Geen problemen met hun  
 Kundig, betrokken  
 De leefstijlcoach belde me iedere week en veel contact via app en vroeg regelmatig hoe het met me ging  
 Gezellige groep aardige en leuke begeleider\*\*  
 Veel betrokkenheid en openminded in contact. Heb vertrouwen in haar en ze is professioneel

Ze luisteren naar je probleem  
 Afspraken nagekomen, hulp bij waar nodig  
 Goede begeleiding  
 Ik word heel goed gevolgd  
 Goed contact. Praten over wat mijn doelen zijn en hoe ik het wil bereiken  
 Ze neemt tijd van de oefening\*\*

### Fysiotherapeut

Zij kwam met oplossingen  
 Klachten werden minder  
 Luisteren en kijken goed  
 Andere techniek, werkt voor mij  
 Met de ene goed contact en denkt met me mee, de ander wat afstandelijker en alleen de testen afnemen  
 Fijn contact, goed op de hoogte van persoonlijke conditie

Staan altijd meteen klaar  
 Ik word opgeroepen voor metingen  
 Aandacht  
 Manier van kijken naar klachten, serieus, uitgebreid  
 Ze doen hun werk goed, ik heb ze niet echt nodig gehad alleen bij de metingen

### Diëtist

Weinig tot geen contact  
 Geen goede communicatie  
 Geen contact, niet betrokken  
 1 x opgeroepen. Ik weet eigenlijk zelf hoe ik moet afvallen door mijn eerdere ervaring  
 Ze houdt het goed bij, heeft nagezocht hoe het zit met voeding in combinatie met mijn aandoening  
 Ervaring

Weinig contact  
 Nam geen initiatief tot contact  
 Ik heb er veel aan gehad, ik weet nu wat en hoeveel ik moet eten  
 Heb alleen een gesprek gehad, heb zelf niets gemaaid. Ligt aan mij dus ik weet het verder niet  
 1 x geweest en kwam onprofessioneel over. Daarna geen contact meer geweest

### Beweegagoog

Hij heeft mij er echt doorheen geholpen  
 De beweegagoog maakte de lessen leuk, stimuleerde positief  
 Super enthousiast en betrokken  
 Leuke mensen, goed motiverend  
 Als goed en leuk ervaren  
 De beweegagoog motiveert enorm, is energiek, maakt goede aanpassingen waar nodig  
 Was een wissel van activiteiten. En je kan jezelf uitdagen met gewichtheffen  
 De beweegagoog is een topper

Top leraar  
 We krijgen goed gevolgde intensieve training  
 Ze begeleidt goed  
 Enthousiast, motiverend, betrokken, vrolijk  
 Pittig en vriendelijk  
 Ze is gewoon een hele goede beweegleidster. Ze helpt me ook als ik niet zo goed in mijn vel zit  
 Gezellige groep, luisteren goed, stimuleert geestelijk en lichamelijk

\* Alle genoemde toelichtingen zijn letterlijke citaten zoals de deelnemers die hebben beschreven in vragenlijst 2 (T1).

\*\* Is ingevuld bij leefstijlcoach, maar is niet zeker of dit daadwerkelijk over hen gaat