

De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes



Naam: Amy Janssen

Begeleiders: Dr. Ir. Annemarie

Wagemakers & Lisanne Mulderij MSc

Wageningen University & Research

Titel: De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes

Vak naam: MSc Thesis

Vakcode: HSO-80336

Datum: September 2018

Master programma: Communication, Health and Life sciences

Specialisatie: Health & Society

Naam: Amy Janssen

Studentennummer: 940824394120

Begeleiders: Dr. Ir. Annemarie Wagemakers
Lisanne Mulderij MSc

Examinator A: Dr. Ir. Annemarie Wagemakers

Examinator B: Dr. Kirsten Verkooijen

Leerstoelgroep: Health & Society

Universiteit: Wageningen University and Research

Bron van omslagfoto: X-Fittt, 2017a.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek 'De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes'. Dit onderzoek is onderdeel van mijn afstuderen aan de opleiding 'Communication, Health and Life Sciences' en specialisatie 'Health and Society' aan de universiteit van Wageningen.

Dit onderzoek maakt deel uit van het promotieonderzoek 'Zorg-sportinitiatieven in de wijk' van Lianne Mulderij. Lianne heeft mij geholpen met het bedenken van de onderzoeksvraag en het uitvoeren van het kwantitatief- en kwalitatief onderzoek. Ook hebben Lianne en mijn begeleidster Annemarie Wagemakers mij voorzien van constructieve feedback. Via deze weg wil ik ze dan ook van harte bedanken voor de begeleiding en ondersteuning.

Tijdens mijn onderzoek heb ik samengewerkt met de zorgprofessionals van Formupgrade in Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord. Ze hebben me informatie gegeven over het programma van X-Fittt Diabetes door middel van interviews en daarvoor wil ik hen graag bedanken. Verder wil ik graag de deelnemers van X-Fittt Diabetes bedanken die deel hebben genomen aan het kwantitatief- en kwalitatief onderzoek. Zonder hun medewerking had ik mijn onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Tenslotte wil ik mijn familie, vrienden en partner bedanken voor de emotionele steun tijdens het schrijven van dit onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Amy Janssen

Wageningen, 4 september 2018

Samenvatting

Introductie: Diabetes type 2 is een groeiend probleem dat gepaard gaat met toenemende zorgkosten. Om de toename van diabetes type 2 en de zorgkosten te beperken is het van belang om de fysieke complicaties van diabetes type 2 zoals hart- en vaatziekten te verminderen door middel van voeding- en beweegprogramma's waarin dieetadvisering, gedragsbeïnvloeding en bewegen onder begeleiding centraal staan. Deze programma's hebben het doel om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen, omdat leefstijlbevordering leidt tot een vermindering van fysieke complicaties, waardoor de maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2 kan worden vergroot. De impact van voeding- en beweegprogramma's is echter nog niet bewezen in de praktijk. Daarom wordt de ervaren impact van deelname aan het voeding- en beweegprogramma X-Fittt Diabetes onderzocht op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen en de (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2.

Methode: Met behulp van lichaamsmetingen is de fysieke gezondheid van 18 deelnemers van X-Fittt Diabetes op het gebied van het gewicht, vetpercentage, uithoudingsvermogen, de BMI, buikomtrek, knijpkracht en bloeddruk aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes gemeten. Door middel van vragenlijsten is de leefstijl van 15 deelnemers bevraagd, is de fysieke gezondheid op het gebied van kwaliteit van leven en ziekte- en zorggebruik gemeten en is de maatschappelijke participatie aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes getoetst. Tijdens de interviews zijn vragen gesteld over de motivatie om de leefstijl van de deelnemers te bevorderen aan drie zorgprofessionals van X-Fittt Diabetes. Tijdens evaluatie- en focusgroep gesprekken met 13 deelnemers is gevraagd naar de maatschappelijke participatie en motivatie.

Resultaten: Bij alle deelnemers is de motivatie om hun leefstijl te bevorderen vergroot (N=13), omdat ze plezier maakten tijdens het bewegen, het fijn vonden om in een groep te sporten en zich fitter voelden. Hierdoor bewegen ze meer in hun vrije tijd. Echter, vier deelnemers voelden zich niet veilig op fysiek gebied door de beweegbegeleiders en ze vonden de oefeningen te zwaar. Ze ervaaarden nauwelijks groepsgevoel door cultuurverschillen. Bij de meeste deelnemers is de fysieke gezondheid tijdens X-Fittt Diabetes verbeterd. Bij 17 deelnemers is het gewicht en de BMI gedaald (N=17); bij 18 deelnemers is de buikomtrek gedaald (N=18); bij 16 van de 17 deelnemers is het vetpercentage gedaald; bij acht van de 16 deelnemers is de bloeddruk gedaald; bij vijf van de zeven deelnemers is de knijpkracht gestegen en bij zes van de acht deelnemers is het uithoudingsvermogen gestegen. Bij 10 van de 15 deelnemers is de kwaliteit van leven en de gezondheid op de dagen van invullen aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes verbeterd. Bij zeven van de 15 deelnemers is de algemene gezondheid vooruitgegaan. Hierdoor hebben acht van de 15 deelnemers minder contact gehad met zorgverleners. Bij alle deelnemers is de maatschappelijke deelname vergroot door middel van sociaal-recreatieve activiteiten tijdens X-Fittt Diabetes (N=10).

Conclusie: De onderzoekspopulatie van X-Fittt Diabetes was te klein om de impact van X-Fittt Diabetes te generaliseren naar andere voeding- en beweegprogramma's voor mensen met diabetes type 2. Om de onderzoekspopulatie te vergroten is het aan te raden om X-Fittt Diabetes te promoten bij mensen met diabetes type 2 en moet de culturele achtergrond van eerste generatie niet-westerse mensen aansluiten bij het programma van X-Fittt Diabetes. Ook moeten zorgprofessionals de cultuurverschillen binnen X-Fittt Diabetes verminderen en moeten ze responsieve begeleiding toepassen om zodoende de behoeften van de deelnemers te vervullen. Nieuw onderzoek moet uitwijzen in hoeverre X-Fittt Diabetes met een langere looptijd langetermijneffecten laat zien.

Sleutelwoorden: impact, X-Fittt Diabetes, motivatie, fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie

Summary

Introduction: Type 2 diabetes is an epidemic that is associated with increasing healthcare costs. To limit the growth and costs of type 2 diabetes, it is important to reduce the physical complications of type 2 diabetes, such as heart and vascular diseases. The impact of type 2 diabetes can be reduced by diet and physical activity interventions in which dietary advice, influencing behavior and exercising under supervision are key. The goal of these interventions is to improve the lifestyle of type 2 diabetics because lifestyle improvements will lead to a decrease in physical complications which in turn leads to a higher contribution in societal participation. However, the impact of these programs has not yet been proven in practice. For this reason the impact of X-Fittt Diabetes has been researched concerning type 2 diabetics' motivation to improve their lifestyle, and also the impact concerning type 2 diabetics' physical health and societal participation.

Method: The physical health of 18 participants has been measured by using body measurements at the beginning and end of X-Fittt Diabetes which include: weight, fat percentage, stamina, BMI, abdominal circumference, squeezing force and blood pressure. Through questionnaires a part of 15 participants' motivation to improve their lifestyle was measured. Also, the physical health was measured concerning quality of life and medicine use, and the societal participation was measured through questionnaires at the beginning and end of X-Fittt Diabetes. Three healthcare professionals of X-Fittt Diabetes were questioned about participants' motivation to improve their lifestyle during the interviews and 13 participants were questioned about their societal participation and motivation during evaluation and focus groups.

Results: All 13 participants' motivation to improve their lifestyle has been increased during X-Fittt Diabetes because they enjoyed the sport exercises in groups. This has led to participants feeling fitter which in turn led to more willingness to exercise on a daily routine. However, four participants had a less successful experience because of; feeling unsafe to perform some exercises, inability to perform certain exercises or feeling a lack of group cohesion because of cultural differences. A large number of participants increased their physical health. All 17 participants lost their weight and decreased their BMI, all 18 participants decreased their abdominal circumference, 16 out of 17 participants decreased their fat percentage, eight out of 16 participants decreased their blood pressure, five out of seven participants increased their squeezing force and six out of eight participants increased their stamina. Ten out of 15 participants acknowledged an increase of their health on the days of questioning between the beginning and end of X-Fittt Diabetes. The same number of participants increased their quality of life during X-Fittt Diabetes. Seven out of 15 participants have noticed an increase of their health in general. Because of this, eight out of 15 participants have had less contact with healthcare professionals. All 10 participants increased their societal participation through social-recreational activities during X-Fittt Diabetes.

Conclusion: The research population was too small to accurately generalize the impact and results with other health and exercise programs for type 2 diabetics. To increase the research population it is recommendable to promote X-Fittt Diabetes to type 2 diabetics and to integrate the cultural background of first generation non-Western people in the program of X-Fittt Diabetes. Also, the cultural differences which exist within X-Fittt Diabetes must be reduced by healthcare professionals by respecting different values and participants' cultures. It is also important to apply responsive accompaniment to fulfil participants' needs. Finally, new research has to investigate to what extent X-Fittt Diabetes shows long-term effects.

Key words: impact, X-Fittt Diabetes, motivation, physical health, societal participation

Inhoud

1.	Introductie	1
1.1	Oorzaken en gevolgen van diabetes	1
1.2	Prevalentie van diabetes.....	2
1.3	Voeding- en beweegprogramma's.....	4
1.4	X-Fitt Diabetes	5
1.5	Doel en onderzoeksvragen	7
1.6	Leeswijzer	7
2.	Theoretisch kader	8
2.1	Integrated Change Model	8
2.2	Participatiewiel	9
3.	Methode	11
3.1	Kwantitatief- en kwalitatief onderzoek.....	11
3.2	Lichaamsmetingen.....	13
3.3	Vragenlijsten	14
3.4	Interviews met zorgprofessionals	17
3.5	Evaluatie- en focusgroepen	17
3.5.1	Evaluatiegesprekken	17
3.5.2	Focusgroep gesprekken aan de hand van APEF-Tool.....	18
4.	Resultaten.....	21
4.1	Demografische kenmerken.....	21
4.2	Lichaamsmetingen.....	22
4.3	Vragenlijsten	23
4.3.1	Kwaliteit van leven	23
4.3.2	Ziekte en zorggebruik.....	24
4.3.3	Ervaring met zorgprofessionals.....	24
4.3.4	Bewegen in een groep	25
4.3.5	Maatschappelijke participatie.....	25
4.3.6	Leefstijl.....	25
4.4	Interviews met zorgprofessionals	26
4.4.1	Sociaal-culturele factoren	26
4.4.2	Attitude.....	26
4.4.3	Sociale invloed	26
4.4.4	Eigen-effectiviteit.....	26
4.5	Evaluatie- en focusgroepen	27

4.5.1 Evaluatiegesprekken	27
4.5.2 APEF-Tool	29
5. Discussie	34
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen	34
5.1.1 Ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie	34
5.1.2 Impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid	35
5.1.3 (Ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie..	35
5.2 Reflectie op de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen	35
5.2.1 X-Fittt Diabetes promoten	35
5.2.2 Effect van X-Fittt Diabetes op de motivatie	36
5.2.3 Effect van X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid	37
5.2.4 Effect van X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie.....	37
5.2.5 X-Fittt Diabetes op lange termijn	38
5.3 Sterke en zwakte punten	38
5.3.1 Onderzoek in de praktijk	38
5.3.2 Pre-test/post-test design	38
5.3.3 Lichaamsmetingen	39
5.3.4 Vragenlijsten	39
5.3.5 Interviews met de zorgprofessionals	39
5.3.6 Evaluatie- en focusgroepen	39
5.3.7 Generaliseerbaarheid	40
5.4 Conclusie.....	40
Literatuurlijst	41
Bijlagen	49
Bijlage 1. Voorbeeld voedingsadvies van de diëtiste van X-Fittt Diabetes	49
Bijlage 2. Toestemmingsverklaring onderzoeksactiviteiten	53
2.1 Eerste ronde van X-Fittt Diabetes	53
2.2 Tweede ronde van X-Fittt Diabetes.....	54
Bijlage 3. Lichaamsmetingen per leeftijdscategorie en geslacht	55
3.1 Handknijpkracht.....	55
3.2 Uithoudingsvermogen	55
Bijlage 4. Vragenlijsten.....	56
4.1 Vragenlijst van de eerste ronde X-Fittt Diabetes T0	56
4.2 Vragenlijst van de eerste ronde X-Fittt Diabetes T1	69
4.3 Vragenlijst van de tweede ronde X-Fittt Diabetes T0.....	82
4.4 Vragenlijst van de tweede ronde X-Fittt Diabetes T1.....	94

Bijlage 5. Interviewgids	109
Bijlage 6. Overzicht meetgegevens van de deelnemers van X-Fittt Diabetes	110
Bijlage 7. Zelfgerapporteerde ziekten en/of aandoeningen van deelnemers X-Fittt Diabetes	111
Bijlage 8. Medicijngebruik van de deelnemers van X-Fittt Diabetes	112
Bijlage 9. Activiteiten van de deelnemers tweede ronde X-Fittt Diabetes.....	113

Figurenlijst

Figuur 1. Directe zorgkosten van mensen met diabetes	2
Figuur 2. Tijdlijn X-Fittt Diabetes	6
Figuur 3. Integrated Change Model	9
Figuur 4. Participatiewiel	10
Figuur 5. Tijdlijn van de verschillende onderzoeksactiviteiten tijdens X-Fittt Diabetes	11
Figuur 6. Gemiddelde score van de APEF-tool van deelnemers focusgroepen X-Fittt Diabetes	29

Tabellenlijst

Tabel 1. Indirecte zorgkosten van mensen met diabetes tussen de 15 en 64 jaar in vergelijking met de algemene bevolking	3
Tabel 2. Persoonskenmerken van mensen met diabetes type 2 in Nederland	4
Tabel 3. Omschrijving van de participatiedoelen	10
Tabel 4. Overzicht van de methodes	12
Tabel 5. Aantal deelnemers per onderzoeksactiviteit	13
Tabel 6. Nederlandse EQ-5D-3L-waarden	16
Tabel 7. Componenten van de APEF-tool	19
Tabel 8. Demografische kenmerken deelnemers X-Fittt Diabetes	21
Tabel 9. Gemiddelde lichaamsmetingen	22
Tabel 10. Zelfgerapporteerde cijfers gezondheidstoestand aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes	23
Tabel 11. Scores kwaliteit van leven aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes	24
Tabel 12. Totale verandering van de maatschappelijke participatie in uren/frequentie per week van de deelnemers van ronde 2 van X-Fittt Diabetes	25
Tabel 13. Inge vulde evaluatieformulieren door deelnemers van X-Fittt Diabetes	27

1. Introductie

De eerste paragraaf legt uit wat diabetes betekent en noemt de oorzaken en gevolgen van diabetes op. De tweede paragraaf beschrijft het aantal gevallen van diabetes en de economische last op de gezondheidszorg in de wereld en in Nederland. De vierde paragraaf licht toe hoe voeding- en beweegprogramma's de fysieke complicaties van diabetes type 2 kunnen verminderen. De vijfde paragraaf beschrijft het doel van het voeding- en beweegprogramma X-Fitt Diabetes en de laatste paragraaf benoemt de probleemstelling van dit onderzoek en de onderzoeksvragen.

1.1 Oorzaken en gevolgen van diabetes

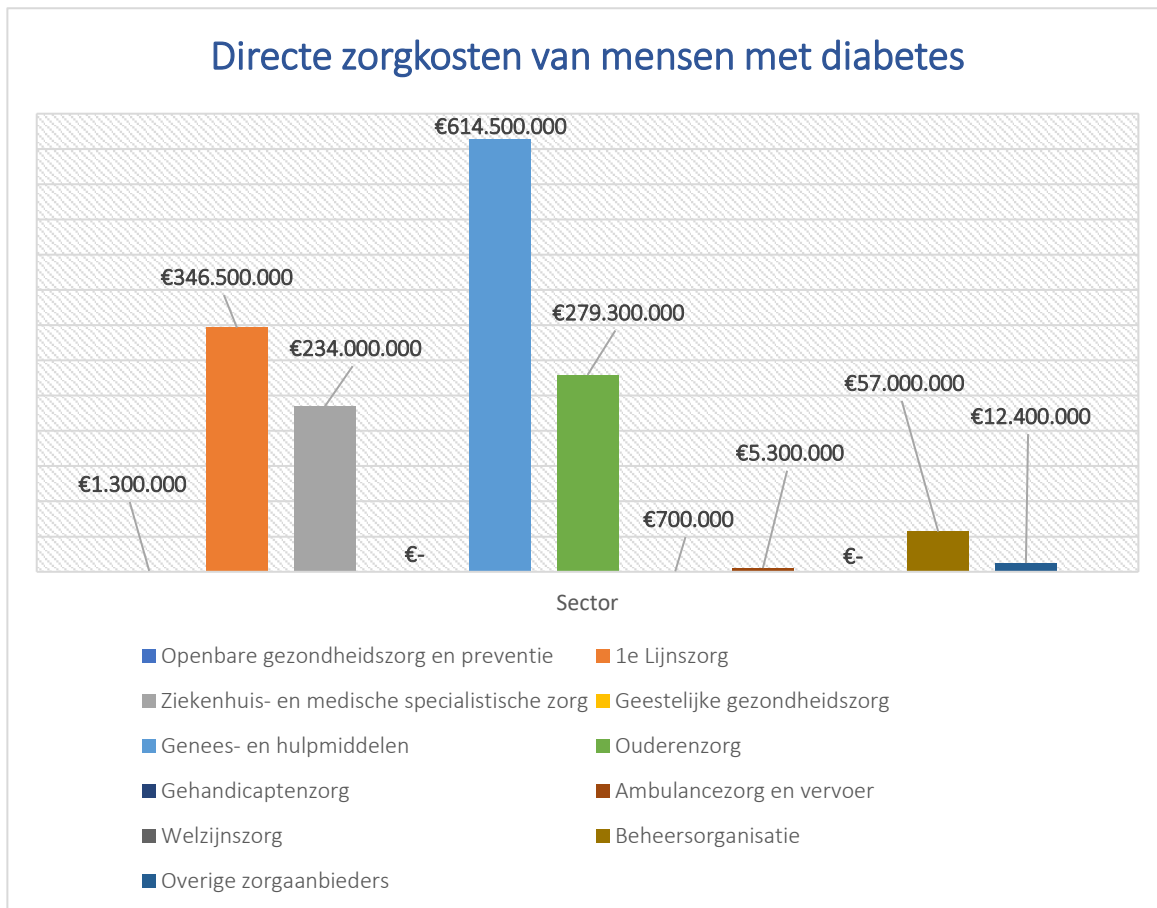
Diabetes is een chronische ziekte, waarbij het lichaam onvoldoende insuline produceert. Daardoor treedt een hoge bloedsuikerspiegel op (Wens et al., 2009; World Health Organization [WHO], 2016). Diabetes is onder te verdelen in verschillende typen, namelijk diabetes type 1, diabetes type 2, zwangerschapsdiabetes en intermediaire hyperglykemie. Diabetes type 1 treedt op wanneer de alvleesklier weinig of geen insuline aanmaakt (WHO, z.j.). Dit type komt vaak voor bij kinderen en adolescenten. De risicofactoren zijn familiegeschiedenis van diabetes type 1 en omgevingsfactoren. Verder zijn de oorzaken vrijwel onbekend (WHO, 2016). Bij diabetes type 2 wordt het lichaam resistent tegen insuline of produceert het lichaam onvoldoende insuline (WHO, z.j.). Diabetes type 2 komt het meeste voor bij mensen vanaf 50 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2016a; Pharos, 2013). De risicofactoren zijn als volgt: familiegeschiedenis van diabetes type 2, overgewicht en obesitas, ongezond dieet, onvoldoende beweging en roken. Daarvan zijn overgewicht en obesitas de grootste risicofactoren. Zwangerschapsdiabetes treedt op bij een verhoogde bloedsuikerspiegel tijdens de zwangerschap. Dit type kan op lange termijn leiden tot diabetes type 2 (WHO, 2016). De risicofactoren van zwangerschapsdiabetes zijn overgewicht en obesitas, overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap, te veel glucose in de urine, geschiedenis van doodgeboorte of bevallen van een kind met een aangeboren afwijking en familiegeschiedenis van zwangerschapsdiabetes (WHO, 2016). Intermediaire hyperglykemie bevindt zich tussen een normale bloedsuikerspiegel en een hoge bloedsuikerspiegel. Dit type kan ook leiden tot diabetes type 2 en heeft dezelfde risicofactoren als diabetes type 2 (WHO, 2016).

Diabetes leidt tot een verslechtering van de fysieke gezondheid. Dit houdt in dat de functies van het lichaam uit balans raken door invloeden van buitenaf. Daardoor treedt er schade op in het lichaam en dat kan uiteindelijk resulteren in fysieke complicaties (Huber et al., 2011; McEwen, 2003; Schulkin, 2004), zoals hart- en vaatziekten (WHO, 2016). Deze complicaties verminderen de kwaliteit van leven en zorgen ervoor dat diabetes een belangrijke oorzaak van invaliditeit en voortijdig overlijden is (Landman et al., 2010; Talley et al., 2001; Van Dam et al., 2005 WHO, 2016). Verder kunnen de fysieke complicaties leiden tot een verslechtering van de maatschappelijke participatie. Dit houdt in dat 'de betrokkenheid van een mens in een levenssituatie vermindert, waardoor het sociaal perspectief van functioneren verslechtert' (Post et al., 2012, p. 478; WHO, 2001). Mensen met fysieke complicaties door diabetes zijn niet volledig in staat om te werken en hebben moeite met het uitvoeren van sociale activiteiten (Huber et al., 2011).

1.2 Prevalentie van diabetes

Diabetes is een wereldwijd groeiend probleem. In 1980 leefden namelijk 108 miljoen mensen met diabetes (WHO, 2016) in vergelijking met 425 miljoen mensen in 2017. Door diabetes zijn 4 miljoen mensen overleden in 2017 (International Diabetes Federation, 2017). Dit komt voornamelijk door de toename van diabetes type 2 in landen van alle inkomensniveaus (Colberg et al., 2010; WHO, 2016; WHO, z.j.). Deze toename zorgt voor een economische last op de wereldwijde gezondheidszorg. De economische last wordt gemeten door middel van directe medische zorgkosten, zoals ziekenhuiszorg en ambulante zorg, indirecte medische kosten verbonden met productiviteitsverlies, voortijdige sterfte en de negatieve impact van diabetes op het binnenlands product. In totaal bestaan deze kosten uit 1,7 biljoen dollar.

Diabetes is ook fors toegenomen in Nederland door de jaren heen. In 1990 leefden namelijk 160.000 mensen met diabetes in vergelijking met 851.000 mensen in 2016. Naar verwachting kan dit aantal verder stijgen naar 1,3 miljoen mensen met diabetes in 2025 (Baan et al., 2009; CBS, 2016a). In 2016 zijn 2.891 mensen overleden aan diabetes als onderliggende doodsoorzaak (CBS, 2016b). Door de hoge prevalentie van diabetes bedragen de directe zorgkosten ongeveer 1.551 miljoen euro in Nederland, waarvan genees- en hulpmiddelen de grootste kostenpost is (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2015). Zie Figuur 1 voor de verdeling van de directe zorgkosten.



Figuur 1. Directe zorgkosten van diabetes (RIVM, 2015)

Ook zijn de indirecte zorgkosten hoger voor mensen met diabetes dan voor de algemene bevolking. De arbeidsparticipatie van mensen met diabetes valt lager uit dan van de algemene bevolking en de percentages voor arbeidsongeschiktheid en het ziekteverzuim zijn hoger voor mensen met diabetes dan voor de algemene bevolking (Poortvliet, Schrijvers & Baan, 2007). Bekijk Tabel 1 voor de verschillen in indirecte kosten tussen mensen met diabetes en de algemene bevolking.

Tabel 1. Indirecte zorgkosten van mensen met diabetes tussen de 15 en 64 jaar in vergelijking met de algemene bevolking (Poortvliet et al., 2007)

	Mensen met diabetes	Algemene bevolking
Arbeidsparticipatie	40%	63%
Arbeidsongeschiktheid	27%	9%
Ziekteverzuim:		
- Minimaal één ziekmelding per jaar	62%	47%
- Gemiddeld aantal dagen thuis per jaar	19 dagen*	15 dagen

**Geldt voor chronische ziekten, waaronder mensen met diabetes*

Naar verwachting zullen de totale zorgkosten gemiddeld 1,3% per jaar stijgen tussen 2003 en 2025 en door een betere en intensievere behandeling van diabetes vallen de indirecte zorgkosten in de toekomst mogelijk lager uit (Poortvliet et al., 2007).

De hoge zorgkosten zijn met name het gevolg van diabetes type 2 in Nederland. Tweeëntachtig procent van de mensen met diabetes heeft namelijk type 2. Dit zijn ongeveer 697.820 mensen en betreft 4,1% van de Nederlandse bevolking. Diabetes type 2 komt ongeveer even vaak voor bij mannen als bij vrouwen en het neemt toe naarmate de leeftijd vordert. Diabetes type 2 komt het meeste voor bij mensen vanaf 50 jaar en bij mensen met een laag onderwijsniveau. Ook komt diabetes type 2 vaker voor bij eerste generatie niet-westerse mensen dan bij tweede generatie niet-westerse mensen, westerse mensen en autochtonen (CBS, 2016a). De prevalentie van diabetes type 2 is twee tot vier keer hoger onder Nederlanders van Hindoestaans-Surinaamse-, creools-Surinaamse-, Marokkaanse- en Turkse afkomst dan onder autochtone Nederlanders (Pharos, 2013). In Tabel 2 zijn de persoonskenmerken van mensen met diabetes type 2 weergegeven.

Tabel 2. Persoonskenmerken van mensen met diabetes type 2 in Nederland (CBS, 2016a)

Persoonskenmerken van de gehele bevolking in Nederland	Diabetes type 2 (%)
Totaal aantal personen	4,1
Geslacht:	
- Mannen	4,0
- Vrouwen	4,2
Leeftijd:	
- 49 jaar of jonger	2,8
- 50 tot 55 jaar	5,4
- 55 tot 65 jaar	7,3
- 65 tot 75 jaar	13,1
- 75 jaar of ouder	14,4
Onderwijsniveau:	
- Basis onderwijs	12,5
- VMBO, MBO1, AVO onderbouw	9,3
- HAVO, VWO, MBO	4,4
- HBO, WO bachelor	3,1
- WO, Master, Doctor	2,9
- Onbekend	7,6
Migratieachtergrond:	
- Nederlands	4,1
- Westers	4,2
- Eerste generatie westers	4,1
- Tweede generatie westers	4,3
- Niet-westers	4,3
- Eerste generatie niet-westers	8,0
- Tweede generatie niet-westers	0,0

1.3 Voeding- en beweegprogramma's

De toename van diabetes type 2 brengt hoge zorgkosten met zich mee en daarom is het belangrijk dat de fysieke complicaties van diabetes type 2 worden verminderd. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie kunnen de fysieke complicaties van diabetes type 2 worden verminderd door voeding- en beweegprogramma's in te zetten (WHO, 2016). Voeding- en beweegprogramma's zijn kosten-effectiever dan het behandelen van diabetes type 2 door middel van genees- en hulpmiddelen, omdat fysieke complicaties door diabetes type 2 kunnen worden voorkomen en de directe medische kosten met betrekking tot genees- en hulpmiddelen kunnen worden verlaagd tot €1.700 per persoon (Jacobs-Van der Bruggen et al., 2007).

Nederland behoort tot één van de lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie en heeft diabetes type 2 vastgesteld tot één van de prioritaire chronische ziekten in de preventienota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van VWS). In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' is een lange termijn visie voor de periode 2005 tot 2025 geformuleerd om de fysieke complicaties van diabetes type 2 zoals hart- en vaatziekten te voorkomen. Daarin staat vermeld dat de fysieke complicaties van diabetes type 2 gunstig worden beïnvloed door kortdurende voeding- en beweegprogramma's (Baan et al., 2009).

Kortdurende voeding- en beweegprogramma's bestaan uit dieetadvisering, gedragsbeïnvloeding en bewegen onder begeleiding en hebben het doel om mensen te motiveren om hun leefstijl te bevorderen. Bij leefstijlbevordering is structurele beweging en gezonde voeding essentieel (Baan et al., 2009; Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010; Odnoletkova et al., 2015), omdat deze aspecten de fysieke gezondheid van mensen met diabetes type 2 verbeteren (Bailey, Hillman, Arent & Petitpas, 2013; Hoeymans et al., 2010). Daardoor kunnen mensen met diabetes type 2 beter hun werk en sociale activiteiten uitvoeren en kan de maatschappelijke participatie worden vergroot (Poortvliet et al., 2007).

In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' wordt verwacht dat deelnemers in kortdurende voeding- en beweegprogramma's vier procent van de bloedglucoseregulering kunnen verbeteren, 1,5 kilogram (kg) af kunnen vallen en gemiddeld 30 minuten per week meer kunnen bewegen op korte termijn. Op lange termijn wordt verwacht dat het aantal mensen dat in 15 jaar hart- en vaatziekten krijgt met 16 per 1.000 deelnemers daalt en de verwachte incidentie van hart- en vaatziekten daalt van 568 naar 552 per 1.000 deelnemers, een daling van bijna drie procent (Baan et al., 2009). Het verwachte effect is echter nog niet bewezen op basis van onderzoek in de praktijk (Lakerveld, Bot & Nijpels, 2014).

1.4 X-Fittt Diabetes

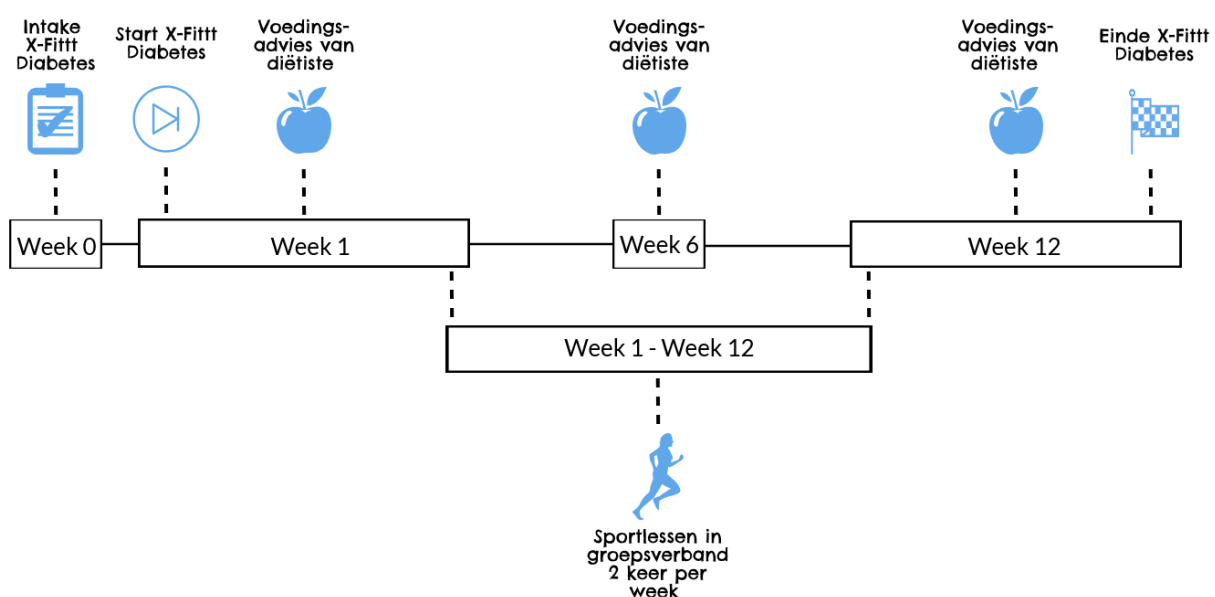
Eén van de voeding- en beweegprogramma's waarin dieetadvisering, gedragsbeïnvloeding en bewegen onder begeleiding centraal staat is X-Fittt Diabetes. X-Fittt Diabetes duurt 12 weken en wordt aangeboden in Formupgrade in Arnhem-Noord en Arnhem-Zuid. Het programma wordt vergoed door Menzis via de Ketenzorg van huisartsen (M. Orelia, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018). Dit zorgt ervoor dat het programma betaalbaar is voor mensen met diabetes type 2. Het programma richt zich op gedragsverandering door het geven van dieetadvisering en sportlessen in groepsverband. Hiermee wordt aandacht gegeven aan de grootste risicofactoren van diabetes type 2, zoals overgewicht en obesitas. Het doel van X-Fittt Diabetes is het vergroten van de motivatie van de deelnemers om hun leefstijl te bevorderen (M. Orelia, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018; P. Verhagen, persoonlijke communicatie, 3 april 2018; M. Spaan, persoonlijke communicatie, 5 april 2018).

X-Fittt Diabetes is een multisectorieel programma waarin fysiotherapeuten, beweegbegeleiders en de diëtiste van X-Fittt Diabetes samenwerken met huisartsen in Arnhem. De huisarts stelt de diagnose van diabetes vast op basis van de NHG-Zorgstandaard, waarin wordt beschreven welke medische programma's nodig zijn (Federation, 2015). Op basis daarvan kunnen mensen met diabetes type 2 worden toegelaten tot X-Fittt Diabetes mits ze aan de toelatingscriteria van X-Fittt Diabetes voldoen. De toelatingscriteria zijn als volgt: de huisarts heeft de diagnose diabetes type 2 vastgesteld; de Body Mass Index (BMI) is 27 of hoger; mensen met diabetes krijgen orale medicatie toegediend en ze voldoen niet aan de norm van gezond bewegen (minimaal 30 minuten per dag) (M. Orelia, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018).

Daarna kunnen mensen met diabetes type 2 naar de fysiotherapeuten van X-Fittt Diabetes voor een intake. Daarbij bepalen de fysiotherapeuten de huidige fysieke gesteldheid op basis van het gewicht, uithoudingsvermogen, vetpercentage, BMI, handknijpkracht, bloeddruk en buikomtrek (M. Orelia, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018). Deze metingen bepalen de risico's op fysieke complicaties en ziekten (Baan & Van Kranen, 2011).

Daarna worden de deelnemers doorverwezen naar de diëtiste, waarbij een kennismakingsgesprek plaatsvindt. Daarin worden vragen gesteld over hun motivatie, hulp vanuit hun omgeving en hun voeding en drankinname. Ook wordt met behulp van educatie het belang van gezonde voeding en drank uitgelegd en wat voor invloed dat heeft op diabetes type 2. Op basis van het eerste gesprek wordt geadviseerd hoe de deelnemers hun voeding en drankinname kunnen verbeteren. Hierbij focust de diëtiste op een regelmatig eetpatroon met zes eetmomenten, waarbij minimaal twee liter water, zuivelproducten, volkoren- en visproducten, groenten en fruit worden aangeraden (M. Spaan, persoonlijke communicatie, 5 april 2018). Dit dieet wordt ook aangeraden door de NHG-Zorgstandaard (Rutten et al., 2013). Op deze manier kunnen mensen afvallen en worden de bloedwaarden, insulineniveaus en andere indicatoren van hart- en vaatziekten verminderd, waardoor de fysieke gezondheid wordt verbeterd (De Vries, Steenhagen & Seidell, 2016; M. Spaan, persoonlijke communicatie, 5 april 2018; Martínez-González et al., 2015; WHO, 2003; WHO, 2004). Na zes weken en aan het einde van X-Fittt Diabetes wordt besproken hoe het dieet verloopt en worden eventuele aanpassingen gemaakt. Zie bijlage 1 voor een voorbeeld van een voedingsadvies van de diëtiste.

Na de intake beginnen de sportlessen. De beweegbegeleiders geven twee keer per week sportlessen in groepsverband (P. Verhagen, persoonlijke communicatie, 3 april 2018). Deze sportlessen variëren middels conditionele- en spierversterkende oefeningen, waarbij coördinatie aan bod komt (P. Verhagen, persoonlijke communicatie, 3 april 2018). Met deze manier van sporten wordt de meeste fysieke gezondheidswinst behaald, aangezien kracht en coördinatie een gunstig effect hebben op insuline, bloedglucosecontrole en metabole afwijkingen (WHO, 2016). Ook verlaagt deze manier van sporten de bloeddruk en het cholesterolgehalte en worden de risicofactoren op hart- en vaatziekten verminderd (Colberg et al., 2010; Hamberg-van Reenen et al., 2008; WHO, 2016). Daarnaast richten de beweegbegeleiders zich op sociale aspecten tijdens de sportlessen, aangezien de sportlessen in groepsverband worden aangeboden. De beweegbegeleiders bedenken oefeningen op basis van competitie, samenwerking en teambuilding (P. Verhagen, persoonlijke communicatie, 3 april 2018). Op die manier bieden de sportlessen een kans om vrienden te maken, netwerken op te bouwen en sociale isolatie te verminderen. Dit kan de maatschappelijke participatie van deelnemers van X-Fittt Diabetes verhogen (P. Verhagen, persoonlijke communicatie, 3 april 2018; Bailey, 2008). Bekijk Figuur 2 voor de tijdlijn van het programma 'X-Fittt Diabetes'.



Figuur 2. Tijdlijn X-Fittt Diabetes

1.5 Doel en onderzoeksvragen

Diabetes type 2 is een groeiend probleem dat gepaard gaat met toenemende zorgkosten, zowel in de wereld als in Nederland. Om de groei en kosten van diabetes type 2 te beperken is het van belang om de fysieke complicaties van diabetes type 2 te verminderen door middel van kortdurende voeding- en beweegprogramma's waarin dieetadvisering, gedragsbeïnvloeding en bewegen onder begeleiding centraal staan. Deze programma's hebben het doel om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen. Leefstijlbevordering leidt namelijk tot een vermindering van fysieke complicaties, waardoor de maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2 kan worden vergroot. De impact van deze programma's zijn nog niet bewezen op basis van onderzoek in de praktijk. Dat is de reden dat de impact van deelname aan het kortdurende voeding- en beweegprogramma X-Fittt Diabetes wordt onderzocht op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen en de (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2. De volgende drie onderzoeksvragen zijn in dit onderzoek opgesteld:

- 'Wat is de ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen?';
- 'Wat is de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid van mensen met diabetes type 2?';
- 'Wat is de (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2?'.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het I-Change Model en het Participatiewiel op het gebied van de motivatie en maatschappelijke participatie. Hoofdstuk 3 beschrijft hoe de onderzoeksvragen worden gemeten met behulp van kwantitatief onderzoek (lichaamsmetingen en vragenlijsten) en kwalitatief onderzoek (interviews en evaluatie- en focusgroepen). Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van de lichaamsmetingen, vragenlijsten, interviews en evaluatie- en focusgroepen weer. Hoofdstuk 5 beantwoordt de onderzoeksvragen, vergelijkt de resultaten met wetenschappelijke literatuur, geeft aanbevelingen voor toekomstig onderzoek, benoemt de sterke en zwakke punten van dit onderzoek en beschrijft de conclusie.

2. Theoretisch kader

De eerste paragraaf verklaart hoe de motivatie van de deelnemers van X-Fittt Diabetes om hun leefstijl te bevorderen kan worden beïnvloed met behulp van het Integrated Change Model. De tweede paragraaf beschrijft hoe de maatschappelijke participatie van de deelnemers van X-Fittt Diabetes kan worden vergroot met behulp van het Participatiewiel.

2.1 Integrated Change Model

Het Integrated Change Model (I-Change Model) kan verklaren welke factoren de motivatie beïnvloeden en wordt daarom veelal ingezet bij preventieve- en zorgprogramma's om mensen te motiveren om hun gezondheid te bevorderen (Bowling & Ebrahim, 2005; De Vries, Mesters, Van de Steeg & Honing, 2005). In dit onderzoek wordt het I-Change Model gebruikt om te verklaren hoe X-Fittt Diabetes mensen met diabetes type 2 kan motiveren om hun leefstijl te bevorderen. Op deze manier biedt het model ondersteuning bij het meten van de ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen.

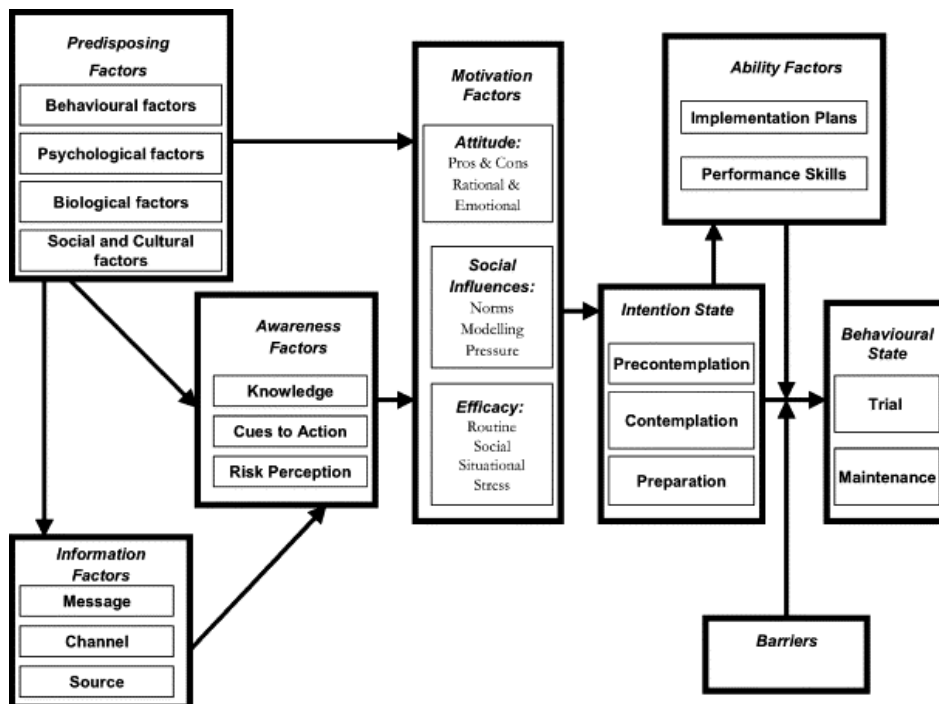
Het I-Change Model in Figuur 3 is afgeleid van het Attitude-, Social influence- en self-Efficacy model (ASE-Model) (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988) en is gebaseerd op de Theory of Planned behaviour (Ajzen, 1991). Eveneens komt het I-Change Model voort uit bestaande theoretische kaders, zoals de Social Cognitive Theory (Bandura, 1988), het Transtheoretical Model (Prochaska & DiClemente, 1986), het Health Belief Model (Janz & Becker, 1984) en de Goal Setting Theory (Locke & Latham, 1994). Het I-Change Model combineert deze additieve modellen, waardoor het I-Change Model ervan uitgaat dat de verschillende factoren van de motivatie met elkaar zijn verbonden en invloed op elkaar uitoefenen (De Vries, 2016). De motivatie draagt bij aan het verhogen van de intentie om gedrag te veranderen en kan daarmee de gezondheid bevorderen. Ook wordt in dit model geanalyseerd hoe barrières en capaciteiten de gezondheid van mensen kunnen beïnvloeden.

De motivatie verhoogt de intentie van mensen om het gedrag te veranderen. Intenties kunnen variëren van onbewuste gedragsverandering tot bewuste gedragsverandering. De capaciteiten van mensen verhogen de kansen van intenties naar acties. Een voorbeeld van een capaciteit is een specifiek en uitvoerbaar plan voorbereiden om het gezondheidsdoel te bereiken. Het gedrag is het resultaat van de intenties en capaciteiten van mensen. Echter, fysieke barrières kunnen de kansen van intenties naar acties verlagen (De Vries et al., 2005). Mensen met diabetes type 2 kunnen namelijk pijn ervaren aan de kniegewrichten, een beperking van uithoudingsvermogen en een verminderende mobiliteit tijdens het sporten (Luppino et al., 2010).

De motivatie wordt beïnvloed door attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit. Attitude bestaat uit cognitieve vaardigheden, emoties en rationele overwegingen die bij kunnen dragen aan gezondheid bevorderend gedrag. Sociale invloed zijn de normen, waarden en steun van vrienden, familie en anderen die bij kunnen dragen aan gezondheid bevorderend gedrag. Eigen-effectiviteit is het vertrouwen in bekwaamheid om gezondheid bevorderend gedrag uit te kunnen voeren (De Vries et al., 2005). Dit kan worden gemeten in sociale situaties, stressvolle situaties en in situaties waarin routines centraal staan (Holm, Kremers & De Vries, 2003; Lawrance, 1989).

De attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit worden bepaald door bewustzijnsfactoren, informatiefactoren en factoren op het gebied van gedrag, psychologie, biologie, sociologie en cultuur (De Vries et al., 2005). Bewustzijnsfactoren zijn onder te verdelen in de potentiële impact van kennis om een bepaald gezondheidsgedrag uit te voeren, signalen die nodig zijn om tot actie te komen en het sceptisch vermogen (risicoperceptie) om gedrag te veranderen (Janz & Becker, 1984).

Op basis van informatiefactoren kunnen mensen worden getriggerd door de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van een bron, de voorkeur en het mediagebruik van een kanaal en overeenkomsten tussen een boodschap en de opinies van mensen om hun gedrag te veranderen (Vries & Mudde, 1998). Gedragsfactoren zijn factoren op het gebied van leefstijl; psychologische factoren zijn factoren op het gebied van persoonlijkheid; biologische factoren zijn factoren op het gebied van genetische bepaling en sociale- en culturele factoren zijn omgevingsfactoren, zoals voedingsbeleid en prijs van gezonde voeding en sportlessen (De Vries et al., 2005).



Figuur 3. Integrated Change Model (De Vries et al., 2005)

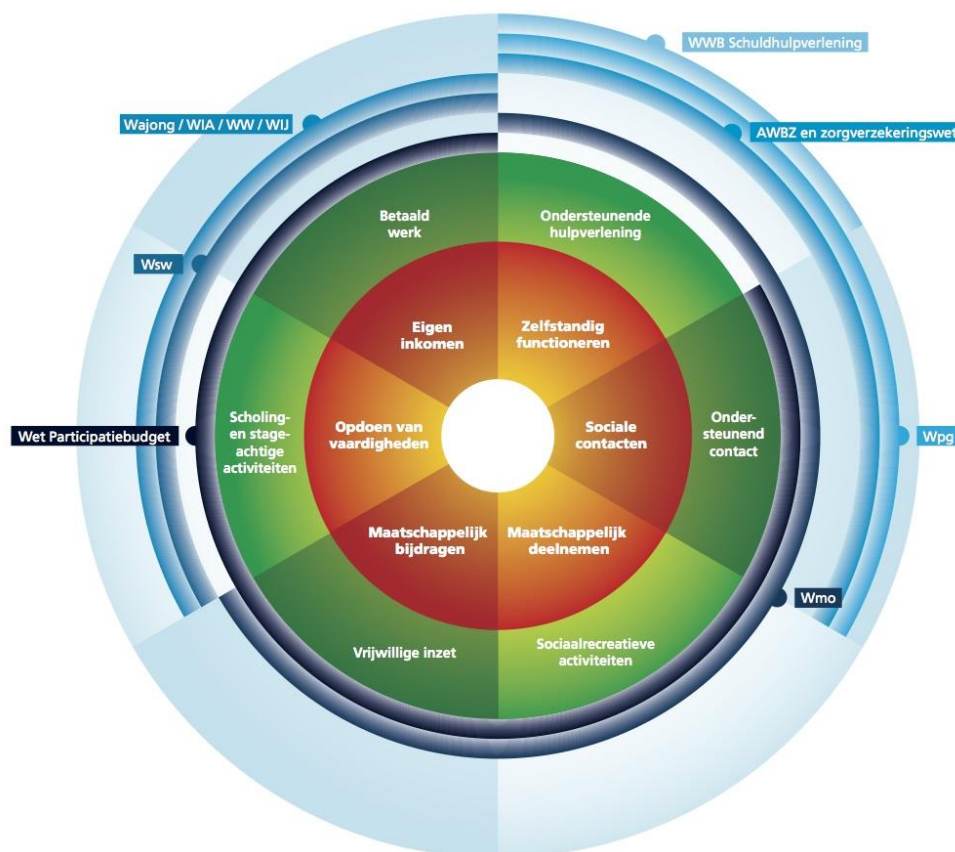
2.2 Participatiewiel

Het Participatiewiel is gebruikt om te onderzoeken hoe X-Fittt Diabetes kan bijdragen aan het vergroten van de maatschappelijke participatie. Het wiel biedt zodoende ondersteuning bij het meten van de (ervaren) impact van X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie.

Het Participatiewiel beschrijft hoe de maatschappelijke participatie van kwetsbare burgers kan worden vergroot (Fransen & Molleman, 2013). Kwetsbare burgers zijn 'burgers die risico lopen om een achterstand in de maatschappij op te lopen of in een sociaal isolement te raken, zoals chronische zieken' (Movisie 2013a, p. 1). Onder chronische zieken worden mensen met diabetes type 2 verstaan (WHO, 2016). Voor mensen met diabetes type 2 wordt de maatschappelijke participatie vergroot door het verhogen van deelname aan dagelijkse activiteiten (Park & Choi, 2014). In het Participatiewiel in Figuur 4 zijn de dagelijkse activiteiten onderverdeeld in verschillende vormen. Deze vormen worden participatiedoelen genoemd en zijn weergegeven in de rode vakken. De participatiedoelen zijn verdeeld in zelfstandig functioneren, sociale contacten, maatschappelijk deelnemen, maatschappelijk bijdragen, opdoen van vaardigheden en eigen inkomen. In Tabel 3 zijn de participatiedoelen omschreven. Deze participatiedoelen zijn allemaal even belangrijk, aangezien het Participatiewiel geen gebruik maakt van hiërarchie (Keuzenkamp, 2017). De groene vakken geven weer hoe de participatiedoelen kunnen worden bereikt en de blauwe vakken geven aan welke wetten aansluiten bij de participatiedoelen (Movisie, 2014).

Door de samenhang tussen de rode, groene en blauwe vakken wordt er meer ondersteuning op maat mogelijk gemaakt voor kwetsbare burgers, waardoor ze de regie over hun eigen situatie (terug) kunnen krijgen (Movisie, 2013b).

Participatiewiel: samenhang in beeld



Figuur 4. Participatiewiel (Movisie, 2014)

Tabel 3. Omschrijving van de participatiedoelen

Participatiedoelen	Omschrijving
Zelfstandig functioneren	Huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging en administratieve taken
Sociale contacten	In contact komen met andere mensen of contacten versterken door op bezoek te gaan bij familie en vrienden en een bezoek te brengen aan buurtverenigingen, bibliotheken en kerken
Maatschappelijke deelname	Het participeren in recreatieve-, creatieve-, educatieve- en sportieve activiteiten;
Maatschappelijk bijdragen	Activiteiten waarbij kwetsbare burgers een bijdrage leveren aan de samenleving door vrijwilligerswerk te doen of arbeidsmatige dagbesteding uit te voeren;
Opdoen van vaardigheden	Participatiebanen, sociale werkvoorzieningen, cursussen, opleidingen, aangepast of gesubsidieerd werk en stages
Een eigen inkomen	Sollicitatievaardigheden opdoen voor betaald werk (Verschelling-Hartog, 2008).

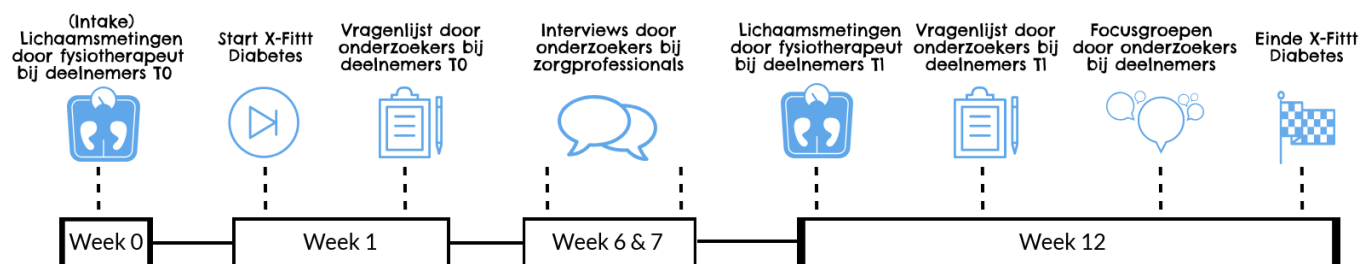
3. Methode

De eerste paragraaf licht het onderzoeksdesign toe en beschrijft hoe het kwantitatief- en kwalitatief onderzoek de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes meet op de fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie en de motivatie om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen. Het kwantitatief onderzoek is onderverdeeld in paragraaf 3.2 'Lichaamsmetingen' en paragraaf 3.3 'Vragenlijsten'. Het kwalitatief onderzoek is onderverdeeld in paragraaf 3.4 'Interviews met zorgprofessionals' en paragraaf 3.5 'Evaluatie- en focusgroepen'.

3.1 Kwantitatief- en kwalitatief onderzoek

De zorgprofessionals hebben mensen met diabetes type 2 benaderd via Facebook en door informatie op te sturen over X-Fittt Diabetes naar de huisartsen in de regio van Arnhem. Deze huisartsen hebben contact opgenomen met huisartsen in de omgeving van Klarendal en Malburgen. Ook hebben ze collega's gevraagd om X-Fittt Diabetes onder de aandacht te brengen bij mensen met diabetes type 2. De deelnemers van X-Fittt Diabetes hebben zich ingeschreven om deel te nemen aan X-Fittt Diabetes via een inschrijfformulier. X-Fittt Diabetes vond twee keer plaats. De eerste ronde van het programma vond plaats van 13 november 2017 tot 11 februari 2018 en de tweede ronde vond plaats van 19 februari 2018 tot 13 mei 2018. Beide rondes vonden plaats in Formupgrade in Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord.

De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes is onderzocht door middel van het pre-test/post-test design in vier groepen. De vier groepen zijn de eerste ronde van X-Fittt Diabetes Arnhem-Zuid, eerste ronde van X-Fittt Diabetes Arnhem-Noord, tweede ronde van X-Fittt Diabetes Arnhem-Zuid en tweede ronde van X-Fittt Diabetes Arnhem-Noord. Binnen deze vier groepen zijn kwantitatieve methodes zoals lichaamsmetingen en vragenlijsten gebruikt en kwalitatieve methodes zoals interviews en evaluatie- en focusgroepen om de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes te onderzoeken. Deze onderzoeksactiviteiten vonden plaats in beide rondes van X-Fittt Diabetes met uitzondering van de interviews met de zorgprofessionals. De interviews met de zorgprofessionals zijn alleen afgenomen in de tweede ronde van X-Fittt Diabetes. Zie Figuur 5 voor een tijdlijn van alle onderzoeksactiviteiten, waarvan alle onderzoeksactiviteiten zijn uitgevoerd door de schrijver van dit onderzoek en promovendus Lianne Mulderij met uitzondering van de lichaamsmetingen. De lichaamsmetingen zijn uitgevoerd door een fysiotherapeut van X-Fittt Diabetes. De deelnemers hebben toestemming gegeven voor alle onderzoeksactiviteiten. Zie bijlage 2 voor de toestemmingsverklaring.



Figuur 5. Tijdlijn van de verschillende onderzoeksactiviteiten tijdens X-Fittt Diabetes

De lichaamsmetingen en vragenlijsten bevatten scores op het gebied van de fysieke gezondheid aan het begin (T0) en aan het einde (T1) van X-Fittt Diabetes. Ook bevatten de vragenlijsten scores op het gebied van de maatschappelijke participatie en een deel van de leefstijl. Deze gegevens zijn vergeleken, waardoor de verandering van de verschillende aspecten van de fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie en leefstijl zijn gemeten (Lucassen & Hartman, 2006). Deze methodes lenen zich daarom voor een beschrijvende, kwantitatieve benadering (Babbie, 2012).

Echter, de verandering van de fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie en leefstijl konden niet uitsluitend worden toegekend aan de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes, omdat andere factoren ook een invloed konden hebben in het pre-test/post-test design (Koelen & Van den Ban, 2004). Dit design is namelijk niet gebaseerd op een controlegroep, omdat er geen wachtlijst van mensen met diabetes type 2 was die deel wilden nemen aan X-Fittt Diabetes en er was geen vergelijkbare groep die gemotiveerd was om deel te nemen aan het programma (A. Wagemakers, persoonlijke communicatie, 24 april 2018). De deelnemers van X-Fittt Diabetes fungeerden als hun eigen controles. Dit wordt ook wel reflexieve controle genoemd (Koelen & Van den Ban, 2004).

Om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes en andere factoren te beperken zijn interviews afgenomen met de zorgprofessionals van X-Fittt Diabetes en vonden evaluatie- en focusgroep gesprekken met deelnemers van X-Fittt Diabetes plaats. Tijdens deze gesprekken vertelden zorgprofessionals en deelnemers uitgebreid over de invloed van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen. Ook zijn verschillende perspectieven van de deelnemers tijdens de evaluatie- en focusgroep gesprekken gedeeld over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie ter verdieping van de vragen van de vragenlijsten. Deze methodes bestuderen de aard en context van de motivatie en de verschijningsvormen van maatschappelijke participatie. Hierdoor lenen deze methodes zich voor een kwalitatieve benadering (Lucassen & Hartman, 2006). Tabel 4 geeft een overzicht van de methodes en geeft weer wat iedere methode bij wie heeft gemeten.

Tabel 4. Overzicht van de methodes

Methodes	Wat is gemeten?	Bij wie is het gemeten?
Lichaamsmetingen	De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid van mensen met diabetes type 2	Deelnemers van X-Fittt Diabetes
Vragenlijsten	De (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2	Deelnemers van X-Fittt Diabetes
Interviews	Doel en opbouw van X-Fittt Diabetes en de ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen	Zorgprofessionals van X-Fittt Diabetes
Evaluatie- en focusgroepen	De (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie en op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen	Deelnemers van X-Fittt Diabetes

In Tabel 5 is het aantal deelnemers genoteerd waarbij lichaamsmetingen zijn afgenomen en vragenlijsten zijn ingevuld aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes in Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord per ronde. In de tabel is te zien dat een aantal deelnemers zijn gestopt. Volgens de fysiotherapeute van X-Fittt Diabetes stopten ze, omdat ze fysieke complicaties kregen of omdat de sportlessen te zwaar waren (M. Orelia, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018). Daarom zijn alleen de deelnemers die de lichaamsmetingen en vragenlijsten van zowel T0 als T1 hebben ingevuld geanalyseerd. Ook staat in tabel 5 genoteerd hoeveel deelnemers aanwezig waren bij de focusgroep gesprekken en hoeveel zorgprofessionals aanwezig waren bij de interviews.

Tabel 5. Aantal deelnemers per onderzoeksactiviteit

Onderzoeksactiviteiten X-Fittt Diabetes	Ronde 1 Arnhem- Zuid	Ronde 1 Arnhem- Noord	Ronde 2 Arnhem- Zuid	Ronde 2 Arnhem- Noord	Totaal
Lichaamsmetingen deelnemers T0	N=7	N=11	N=8	N=4	N=30
Lichaamsmetingen deelnemers T1	N=3	N=7	N=6	N=2	N=18
Vragenlijsten deelnemers T0	N=5	N=10	N=9	N=3	N=27
Vragenlijsten deelnemers T1	N=3	N=6	N=5	N=1	N=15
Interviews zorgprofessionals				N=3	N=3
Evaluatie- en focusgroepen deelnemers	N=3	N=5	N=4	N=1	N=13

**Elf deelnemers hebben zowel de lichaamsmetingen gehad als de vragenlijsten ingevuld en alle deelnemers van de evaluatie- en focusgroepen hebben de vragenlijsten ingevuld met uitzondering van één deelnemer.*

3.2 Lichaamsmetingen

Van de 18 mensen die T0 en T1 hebben ingevuld, is de fysieke gezondheid van mensen met diabetes type 2 bepaald door lichaamsmetingen op het gebied van de aanwezigheid van overgewicht, het type vetverdeling, de mate van lichamelijke activiteit en de bloeddruk. Deze factoren bepalen de fysieke complicaties, waaronder de risico's op hart- en vaatziekten (Baan & Van Kranen, 2011).

De aanwezigheid van overgewicht is gemeten middels het gewicht en de BMI. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico op basis van het lichaamsgewicht. De BMI wordt gemeten met behulp van de volgende formule: kg/m^2 . Een gezond gewicht bevat een BMI van 18,5 tot 25 kg/m^2 . Overgewicht heeft een BMI tussen 25 en 30 kg/m^2 en obesitas is geclassificeerd op basis van een BMI van 30 tot 35 kg/m^2 (Janssen, Katzmarzyk & Ross, 2004; Van Hoeck, 2009).

Het type vetverdeling is gemeten middels de buikomtrek en de huidplooiemeting. De buikomtrek is een aanbevolen indicator voor de verdeling van pathogene vetweefsels (Bays, Fox & Grandy, 2010). Een buikomtrek ≥ 94 centimeter (cm) voor mannen en een buikomtrek ≥ 80 cm voor vrouwen brengen een verhoogd gezondheidsrisico gerelateerd aan obesitas met zich mee. Dit risico is aanzienlijk groter wanneer de buikomtrek ≥ 102 cm is voor mannen en ≥ 88 cm is voor vrouwen. Wanneer de buikomtrek voor mannen 120 cm bereikt en de buikomtrek voor vrouwen 110 cm bereikt, worden de gezondheidsproblemen extreem (Virtual Medical Centre, 2009).

De huidplooiemeting is de nauwkeurigste en betrouwbaarste methode om de vetmassa van het lichaam te meten (Janssen, 2018). De huidplooiemeting heeft het vetpercentage ter hoogte van de triceps, de biceps, het schouderblad en boven de heup gemeten, omdat een hoog vet percentage duidt op overgewicht en verhoogt het risico op hart- en vaatziekten (Van Hoeck, 2009). Het vetpercentage is gemeten met behulp van de volgende formule: $((495/\text{dichtheid}) - 450) \times 100$. De formule voor de dichtheid is $(C - M \times \text{logaritme van de dikte van de huidplooien})$, waarin C en M constanten zijn die correleren met geslacht en leeftijd (Durnin & Womersley, 1974). Een gezond vetpercentage voor volwassen mannen is geclassificeerd tussen 10% tot 25% en voor volwassen vrouwen bevindt een gezond vetpercentage zich tussen 20% en 35%. Mannen en vrouwen boven 25% en 35% hebben overgewicht (Verhagen, 2010).

De mate van lichamelijke activiteit is gemeten middels de handknijpkracht en uithoudingsvermogen. De handknijpkracht gaf een inschatting van de spierfunctie en is gerelateerd aan de totale hoeveelheid spiermassa in het lichaam. De gemiddelde kracht voor mannen is 40 kilogram (kg) en voor vrouwen is 24 kg (Webb, Newman, Taylor & Keogh, 1989). De specifieke referentiewaarden voor handknijpkracht per leeftijdscategorie voor vrouwen en mannen staan in bijlage 3.1.

Het uithoudingsvermogen is voorspeld met de Astrand fietstest en is gemeten door het maximale zuurstofverbruik ($\text{VO}_2 \text{ max}$). $\text{VO}_2 \text{ max}$ is uitgedrukt in het aantal milliliter ingeademde zuurstof per minuut (ml/min). In totaal fietsten mensen 15 minuten, waarvan vijf minuten warming-up, zes minuten de werkelijke test en vier minuten cooling-down. $\text{VO}_2 \text{ max}$ is gerelateerd aan het lichaamsgewicht en is gemeten met behulp van de volgende formule: $\text{VO}_2 \text{ max in ml} = \text{O}_2/\text{min} \cdot \text{kilogram}$ (Software, 2012). De gemiddelde referentiewaarde voor de $\text{VO}_2 \text{ max}$ bij gezonde volwassen mannen ligt tussen de 37 en 41 ml/min en de gemiddelde referentiewaarde voor de $\text{VO}_2 \text{ max}$ bij gezonde volwassen vrouwen ligt tussen de 30 en 33 ml/min (Takken, 2004). De specifieke referentiewaarden voor $\text{VO}_2 \text{ max}$ per leeftijdscategorie voor gezonde volwassen mannen en vrouwen staan in bijlage 3.2.

De bloeddruk is gemeten bij de deelnemers van X-Fittt Diabetes, omdat een hoge bloeddruk een risicofactor is voor fysieke complicaties van diabetes type 2, zoals hart- en vaatziekten (Blokstra, Smit, Bueno de Mesquita, Seidell & Verschuren, 2005). Een optimale bloeddruk is 120/80 millimeter per kwikdruk (mmHg), een normale bloeddruk is 130/85 mmHg, een hoog-normale druk bevindt zich tussen 130-139/85-89 mmHg, een milde hypertensie bevindt zich tussen 140-159/90-99 mmHg, een gemiddelde hypertensie bevindt zich tussen 160-179/100-109 mmHg en een ernstige hypertensie is hoger dan 180/110 mmHg (Williams et al., 2004).

Al deze lichaamsmetingen (gewicht, BMI, buikomtrek, huidplooi, handknijpkracht, uithoudingsvermogen en bloeddruk) waren toereikend om de lichaamssamenstelling te beoordelen bij volwassenen (Moreno et al., 2003). De metingen vonden plaats bij alle deelnemers aan het begin van X-Fittt Diabetes (tijdens de intake) en aan het einde van het programma. De metingen bij de deelnemers van X-Fittt Diabetes in de eerste ronde en tweede ronde zijn gezamenlijk geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Beschrijvende statistiek is toegepast, omdat de steekproef relatief klein is vergeleken met de populatie van mensen met diabetes type 2.

3.3 Vragenlijsten

Van de 15 deelnemers die T0 en T1 hebben ingevuld, is de fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie en de motivatie om de leefstijl te bevorderen onderzocht met behulp van vragenlijsten. De vragenlijsten van de eerste en tweede ronde van X-Fittt Diabetes bestaan uit vragen over demografie, kwaliteit van leven, ziekte en zorggebruik en zelfmonitoring. Zie bijlage 4 voor de vragenlijsten. De vragen over demografie bestaan uit geslacht, leeftijd, geboorteland, hoogst voltooide opleiding, woonsituatie, netto maandinkomen en Gelrepass. Een Gelrepass is voor mensen die een bijstandsuitkering ontvangen van hun gemeente of voor mensen die een ander inkomen ontvangen tot maximaal 120% van de bijstandsnorm (Gemeente Arnhem, z.j.). De vragen over kwaliteit van leven zijn gebaseerd op EuroQol-5D (EQ-5D-3L) en EuroQol-VAS (EQ-VAS). De EQ-5D-3L is een gestandaardiseerd instrument, dat een score van weinig, matig en veel problemen aangeeft op vijf gezondheidsniveaus. De vijf gezondheidsniveaus zijn mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Verder konden de deelnemers van X-Fittt Diabetes aangeven hoe ze hun gezondheidstoestand op de dag van invullen op een schaal van 0 tot 10 ervaren met behulp van EQ-VAS, waarbij 0 de slechtst denkbare gezondheidstoestand is en 10 de best denkbare gezondheidstoestand is (Van Engelen, 2010; Dolan, 1997). De vragen over ziekte en zorggebruik gaan over ziekten/aandoeningen, medicijnen, contact met de huisarts, praktijkondersteuner en andere zorgverleners en zorgverzekeraars. De vragen over zorgverzekeraars zijn niet geanalyseerd in dit onderzoek, omdat deze vragen geen betrekking hebben op de onderzoeksvragen. Dit geldt ook voor de vraag met betrekking tot zelfmonitoring. De vragen over kwaliteit van leven en ziekte en zorggebruik meten een deel van de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid.

Aan het einde van X-Fittt Diabetes zijn ook vragen gesteld over de ervaring met de zorgprofessionals van X-Fittt Diabetes, het bewegen in de groep en bereidheid om te betalen, omdat de deelnemers deze vragen alleen konden beantwoorden na deelname aan X-Fittt Diabetes. Zie bijlage 4.2 en 4.4 voor de vragenlijsten aan het einde van de eerste en tweede ronde van X-Fittt Diabetes.

In de eerste ronde van X-Fittt Diabetes zijn tevens vragen over motivatie en zelfvertrouwen gesteld met als doel om de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes te meten op de motivatie om te blijven bewegen. Zie bijlage 4.1 en 4.2 voor deze vragen in de vragenlijsten van de eerste ronde. Deze vragen bleken achteraf te moeilijk voor de deelnemers om ze te beantwoorden en de motivatie om bewust te eten en drinken was hier niet in opgenomen. Dat zijn de redenen dat deze vragen zijn verwijderd in de tweede ronde van X-Fittt Diabetes en dat deze vragen niet zijn geanalyseerd in dit onderzoek. Tijdens de focusgroep gesprekken met de deelnemers zijn eenvoudige vragen over de motivatie gesteld.

In de tweede ronde van X-Fittt Diabetes zijn vragen over leefstijl, voornaamste dagelijkse bezigheid en maatschappelijke participatie toegevoegd aan de vragenlijsten. Zie bijlage 4.3 en 4.4 voor deze vragen. Zes deelnemers hebben deze vragen ingevuld aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes. De vragen over leefstijl gaan over alcoholgebruik en rookgedrag en meten een deel van de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen. De vraag over de voornaamste dagelijkse bezigheid is ingedeeld in betaald werk, huishouden, (parttime) betaald werk en huishouden, vrijwilligerswerk, pensioen en WAO/Ziektewet en komt overeen met de vragen over de maatschappelijke participatie en meten de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie.

De vragen over maatschappelijke participatie zijn gebaseerd op de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie). Dit instrument is gevalideerd en meet de maatschappelijke participatie bij volwassenen in revalidatiecentra (Post et al., 2012). Met behulp van dit instrument is de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie gemeten. De USER-Participatie omvat drie aspecten van participatie met drie afzonderlijke schalen: frequentie, tevredenheid en restricties. De frequentieschaal bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat vier items over beroepsactiviteiten, waarin de deelnemers van X-Fittt Diabetes konden aangeven hoeveel uren ze hebben besteed aan betaald werk, onbetaald werk, vrijwilligerswerk en huishouden in een typische week. Elk item kreeg een score van 0 (helemaal niet) tot 5 (36 uur of meer). Het tweede deel bevat acht items over de frequentie van recreatieve- en sociale activiteiten, zoals uitgaan, vrijetijdsbesteding thuis en het bezoeken van familie of vrienden in de afgelopen 4 weken. Elk item kreeg een score van 0 (helemaal niet) tot 5 (19 keer of meer). De items die tot de frequentieschaal behoren zijn vervolgens ingedeeld in de verschillende participatiedoelen van het Participatiewiel. Zo is de vraag over betaald werk ingedeeld in het participatiedoel 'eigen inkomen', onbetaald werk is ingedeeld in het doel 'maatschappelijk bijdragen', opleiding is ingedeeld in 'opdoen van vaardigheden', huishouden is ingedeeld in 'zelfstandig functioneren', de vragen over sport vrije tijd, sportverplaatsing, uitgaan, dagtochtjes en vrijetijdsbesteding thuis zijn ingedeeld in 'maatschappelijk deelnemen' en de vragen over bezoek en contact via de telefoon/computer zijn ingedeeld in 'sociale contacten'. In de vragenlijsten zijn ook vragen van de tevredenheidsschaal opgenomen, maar deze vragen bleken achteraf te moeilijk voor de deelnemers om ze te beantwoorden en dat is de reden dat de items in deze schaal niet zijn geanalyseerd in dit onderzoek. De restrictieschaal is niet van toepassing op een voeding- en beweegprogramma zoals X-Fittt Diabetes, omdat dit geen revalidatieprogramma is. Dat is de reden dat deze schaal niet is opgenomen in de vragenlijsten.

Alle antwoorden van de deelnemers van de eerste en tweede ronde in Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord zijn gezamenlijk geanalyseerd met behulp van SPSS. Alleen de vragen over maatschappelijke participatie zijn afzonderlijk geanalyseerd, omdat deze vragen alleen in de tweede ronde zijn gesteld.

Alle vragen zijn geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Van de meeste vragen zijn de antwoorden beschrijvend overgenomen, zoals demografische variabelen, vragen over ziekte en zorggebruik met uitzondering van zorgverzekeraars, zelfmonitoring, bewegen in een groep en ervaring met de zorgprofessionals. Voor de EQ-5D-3L is gebruik gemaakt van een bestaande formule waarmee de aangegeven gezondheidsstaat is omgezet in één samenvattende score voor kwaliteit van leven. Wanneer op elk van de vijf dimensies antwoordoptie 1 'geen probleem' is ingevuld, is de maximale gezondheidsstatus '11111' het resultaat. Voor alles wat daarvan afwijkt is per afwijking een waarde afgetrokken die af te leiden is uit Tabel 6.

Tabel 6. Nederlandse EQ-5D-3L-waarden (Lamers, Stalmeier, McDonnell, Krabbe & Busschbach, 2005)

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 ≥ 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 ≥ 1 dimensie is er eenmalig een extra aftrek.*

De score voor kwaliteit van leven (EQ-VAS) van de deelnemers ligt tussen 0 en 10, waarbij 10 de maximale gezondheidstoestand is. Het cijfer 10 betekent dat een deelnemer geen problemen ervaart op een van de vijf dimensies van gezondheid. Hoe lager de score van de deelnemer, hoe slechter de kwaliteit van leven. Voor het USER-Participatie instrument zijn de scores van de frequentieschaal gebaseerd op de items die van toepassing zijn op de situatie van de deelnemer (Post et al., 2012). De scores van de items zijn vervolgens ingedeeld in de verschillende participatiedoelen van het Participatiewiel. Hoge scores van de items duiden op deelname van veel activiteiten in het dagelijkse leven en dat vertegenwoordigt een grote maatschappelijke participatie. De 'niet van toepassing'-opties zijn niet meegeteld in de scores.

3.4 Interviews met zorgprofessionals

De motivatie om de leefstijl van de deelnemers van X-Fittt Diabetes te bevorderen is onderzocht door middel van interviews met de fysiotherapeute, beweegbegeleider en diëtiste van X-Fittt Diabetes. Het doel van de interviews is kennis vergaren over het doel en de opbouw van X-Fittt Diabetes en om factoren te onderzoeken die de motivatie van deelnemers beïnvloeden om hun leefstijl te bevorderen. Zie bijlage 5 voor de interviewgids. De zorgprofessionals zijn van tevoren per e-mail op de hoogte gesteld van het doel van de interviews. De interviews vonden plaats in het kantoor van de zorgprofessionals bij Formupgrade in Arnhem-Noord. Voordat de interviews plaatsvonden is toestemming aan de zorgprofessionals gevraagd om de interviews op te nemen. De interviews duurden ongeveer 30 minuten en zijn ingeleid met het doel van dit onderzoek. Aan het einde van de interviews werd tijd vrijgemaakt voor vragen van de zorgprofessionals. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd aan de hand van thema's, namelijk het doel van X-Fittt Diabetes, de opbouw van het programma en de factoren die de motivatie van de deelnemers beïnvloeden zijn opgesplitst in sociale- en culturele factoren, attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit van het I-Change Model. De eerste twee thema's schetsten een duidelijk beeld van X-Fittt Diabetes en is gebruikt voor paragraaf 1.4 'X-Fittt Diabetes'. De overige thema's droegen bij aan de ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen.

3.5 Evaluatie- en focusgroepen

Van de 13 deelnemers is de motivatie om de leefstijl te bevorderen en de maatschappelijke participatie onderzocht met behulp van evaluatie- en focusgroepen aan het einde van X-Fittt Diabetes. De evaluatie- en focusgroepen vonden plaats in bestaande groepen, waarin de deelnemers sportlessen in groepsverband volgden. De groepen bestonden uit deelnemers van de eerste ronde van Arnhem-Zuid, eerste ronde van Arnhem-Noord, tweede ronde van Arnhem-Zuid en tweede ronde van Arnhem-Noord. De gesprekken werden gevoerd bij Formupgrade in Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord. Alle deelnemers zijn per e-mail gevraagd deel te nemen aan de evaluatie- en focusgroepen en zijn op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek. Aan het begin van de gesprekken werd aan de deelnemers gevraagd of de gesprekken konden worden opgenomen. De focusgroepen werden ingeleid met het doel en de procedure voor de focusgroep gesprekken. De schrijver van dit onderzoek en de promovendus Lisanne Mulderij hebben de rollen van facilitator en onderzoeker op zich genomen tijdens de gesprekken in de focusgroepen om de groepsdynamiek te beheren. De gesprekken duurde ongeveer 40 minuten. Aan het einde van de focusgroepen konden de deelnemers vragen stellen.

3.5.1 Evaluatiegesprekken

Aan het einde van de eerste ronde van X-Fittt Diabetes zijn twee evaluatiegesprekken gevoerd met drie deelnemers van Arnhem-Zuid en vijf deelnemers van Arnhem-Noord aan de hand van evaluatieformulieren. De vragen op de formulieren gingen over welk cijfer tussen de 1 (zeer slecht) en de 10 (zeer goed) ze X-Fittt Diabetes zouden geven, waarom ze het cijfer zouden geven en wat het belangrijkste is dat X-Fittt Diabetes hen heeft gebracht. Aan de hand van deze vragen zijn verdiepende vragen gesteld en is een dialoog gevoerd over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen.

De evaluatiegesprekken zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd aan de hand van de volgende thema's: attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit van het I-Change Model. Tijdens de evaluatiegesprekken zijn echter geen specifieke vragen gesteld over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie en deze deelnemers hebben geen vragenlijsten gehad waarin de maatschappelijke participatie werd getoetst.

Daarom zijn deze deelnemers uitgenodigd om drie maanden later deel te nemen aan twee focusgroepen aan het einde van de tweede ronde van X-Fittt Diabetes. Daarvan is één deelnemer van Arnhem-Zuid aanwezig geweest en drie deelnemers van Arnhem-Noord. Vier deelnemers van Arnhem-Zuid en één deelnemer van Arnhem-Noord van de tweede ronde van X-Fittt Diabetes hebben deelgenomen aan twee focusgroep gesprekken. Zij hebben ook de evaluatieformulieren ingevuld en hebben daarna gesprekken gevoerd over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie en motivatie om de leefstijl te bevorderen aan de hand van de APEF-Tool.

3.5.2. Focusgroep gesprekken aan de hand van APEF-Tool

De focusgroep gesprekken zijn aan de hand van de APEF-Tool gevoerd, omdat deze tool groep gebaseerde principes voor actie inzet. Groep-gebaseerde principes voor actie zijn belangrijk om de gezondheid en beweging van mensen met diabetes type 2 te bevorderen (Herens & Wagemakers, 2017). Deze principes voor actie bestaan uit actieve participatie, plezier en het bevorderen van groepsprocessen. Actieve participatie is de 'deelname aan groepsvorming, participatie bij besluitvorming over beweegprogramma's en deelname aan gemeenschapsinitiatieven'. Plezier is 'verbale en non-verbale uitingen van plezier en veilige- en ondersteunende omgevingen'. Het bevorderen van groepsprocessen is 'de sociale steun, samenstelling van de groep (met betrekking tot grootte, culturele diversiteit, grenzen en fases), rol van de zorgprofessionals en leerprestaties (Herens & Wagemakers, 2017, p. 57). De principes dragen bij aan het succes en de effectiviteit van buurtgerichte beweegprogramma's (Herens & Wagemakers, 2017). Dat is de reden dat de groep gebaseerde principes voor acties van de APEF-tool zijn ingezet bij de focusgroep gesprekken van X-Fittt Diabetes.

Echter, actieve participatie in programmaontwikkeling zoals op basis van literatuur is verondersteld (Bertens & Van Kesteren, 2011; Herens, Wagemakers, Vaandrager, Van Ophem & Koelen, 2013; Wagemakers, Vaandrager, Koelen, Saan & Leeuwis, 2010) genereerde minder overeenstemming tussen respondenten tijdens de focusgroepen met deelnemers van buurtgerichte programma's en is daarom minder doorslaggevend (Herens, Wagemakers, Vaandrager & Koelen, 2015; Herens, Wagemakers, Den Besten & Bernaards, 2015). Dat is een van de redenen dat alleen plezier en het bevorderen van groepsprocessen van de principes voor actie zijn onderzocht tijdens de focusgroepen met deelnemers van X-Fittt Diabetes. Een andere reden dat de actieve participatie niet is onderzocht is dat de deelnemers van X-Fittt Diabetes geen invloed hebben gehad op de programmaontwikkeling van X-Fittt Diabetes en over wie deel mag nemen aan X-Fittt Diabetes.

De principes 'plezier' en 'bevorderen van groepsprocessen' zijn onderzocht door middel van vijf stellingen (Herens & Wagemakers, 2017). De stellingen voor plezier zijn als volgt: 'Sporten in een groep zorgt ervoor dat ik het leuk vind om te bewegen' en 'Ik voel me veilig als ik sport in deze groep'. De laatste stelling is gebruikt om plezier te meten, omdat veiligheid een voorwaarde voor plezier is (Herens & Wagemakers, 2017). De stellingen voor het bevorderen van groepsprocessen luiden als volgt: 'De anderen in de groep helpen mij om te blijven sporten', 'X-Fittt diabetes helpt mij om meer te bewegen in het dagelijks leven' en 'De zorgprofessionals zijn een voorbeeld voor mij om gezond te zijn'. Drie van de vijf stellingen komen overeen met de belangrijkste motiverende factoren, zoals attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit van het I-Change model en één stelling komt ook overeen met de maatschappelijke participatie van het Participatiewiel. Zie Tabel 7 voor deze stellingen.

Tevens is er een stelling toegevoegd op het gebied van de attitude van het I-Change Model. Deze stelling luidt als volgt: 'Ik raad anderen aan om ook mee te doen aan X-Fittt Diabetes.' Ook zijn er twee stellingen toegevoegd op het gebied van motiverende factoren die de intentie beïnvloeden van het I-Change Model. Deze stellingen luiden als volgt: 'Ik blijf sporten nadat X-Fittt Diabetes is afgelopen' en 'Door X-Fittt diabetes wil ik blijven bewegen'. Met behulp van deze stellingen is onderzocht wat de ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie is om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen. Als laatste is er een stelling toegevoegd op het gebied van maatschappelijke participatie van het Participatiewiel. Deze stelling luidt als volgt: 'Ik doe meer dingen sinds ik mee doe aan X-Fittt diabetes'. Hiermee wordt onderzocht hoe X-Fittt Diabetes bij kan dragen aan het vergroten van de verschillende vormen (participatiedoelen) van de maatschappelijke participatie en wordt de (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie gemeten.

Met stemkaarten konden de deelnemers aangeven of zij het eens (score 3), niet mee eens of oneens (score 2), of oneens (score 1) waren met de stelling. De uitslag diende als aanzet voor verdiepende vragen en verdere dialoog (Wagemakers et al., 2015). De stellingen en vragen vormden een semiestructureerd protocol (de APEF-tool) en zijn terug te vinden in Tabel 7.

Tabel 7. Componenten van de APEF-tool (Herens & Wagemakers, 2017)

Groep gebaseerde principes voor actie/ Theoretisch kader	Stellingen	Voorbeelden van vragen:
Attitude van het I-Change Model	Ik raad anderen aan om ook mee te doen aan X-Fittt diabetes.	Waarom raad je anderen aan mee te doen? Als je de baas zou zijn van X-Fittt diabetes, zou je dan iets veranderen? Als je de baas zou zijn van X-Fittt diabetes, wat zou je dan zeker zo houden?
Intentie van het I-Change Model	Ik blijf sporten nadat X-Fittt Diabetes is afgelopen.	Waarom doe je mee met X-Fittt Diabetes? Waarom blijf je na X-Fittt Diabetes sporten? Waarom stop je met sporten na X-Fittt diabetes? Waar ga je sporten na X-Fittt diabetes? Welke sporten ga je doen? Ga je sporten in een groep na X-Fittt diabetes? Ga je zelf/alleen sporten na X-Fittt diabetes?
Attitude van het I-Change Model/Plezier in beweging als principe voor actie	Sporten in een groep zorgt ervoor dat ik het leuk vind om te bewegen.	Wat vind je het leukst aan sporten in een groep? Wat vind je minder leuk aan sporten in een groep?
Veiligheid als voorwaarde van attitude en plezier in beweging	Ik voel me veilig als ik sport in deze groep.	Waar denk je aan bij veiligheid? Hoe zorgt de groep ervoor dat jij je veilig voelt? Waardoor voel je je niet veilig als je sport in deze groep? Hoe kan de groep dat verbeteren?
Sociale invloed van het I-Change Model/Sociale steun als voorwaarde van het bevorderen van groepsprocessen	De anderen in de groep helpen mij om te blijven sporten.	Hoe helpen anderen in de groep je om te blijven sporten? Zijn er ook anderen buiten de groep die je helpen? Wat helpt je om te blijven sporten?

Sociale invloed van het I-Change Model/Rol zorgprofessionals als voorwaarde van het bevorderen van groepsprocessen	De zorgprofessionals zijn een voorbeeld voor mij om gezond te zijn.	Helpt de beweegbegeleider jou om in beweging te zijn? Hoe helpt de beweegbegeleider jou (niet)? Helpt de diëtiste jou om bewust te eten? Hoe helpt de diëtiste jou (niet)? Hoe helpt de fysiotherapeut jou? Als de zorgprofessionals niet helpen, hoe zouden ze je wel kunnen helpen?
Eigen-effectiviteit van het I-Change Model/Sociaal leren als voorwaarde van het bevorderen van groepsprocessen/ Maatschappelijke participatie van het Participatiewiel	X-Fittt diabetes helpt mij om meer te bewegen in het dagelijks leven.	Ga je nu vaker met de fiets of lopend ergens heen dan voordat je meedeed aan X-Fittt diabetes? Waarom ga je nu vaker met de fiets of lopend? Waarom ga je nu niet vaker met de fiets of lopend? Heb je tijdens X-Fittt diabetes iets geleerd over meer bewegen? [Op het gebied van sporten en daarbuiten]
Maatschappelijke participatie van het Participatiewiel	Ik doe meer dingen sinds ik mee doe aan X-Fittt diabetes.	Wat doe je in het dagelijks leven? Zijn er dingen die je nu wel doet en voor X-Fittt diabetes niet? Zijn er dingen die je voor X-Fittt diabetes niet deed en nu wel? [Op het gebied van sporten en daarbuiten zoals dagelijkse activiteiten (naar de stad gaan, met mensen afspreken, vrijwilligerswerk, werk, etc..)]
Intentie van het I-Change Model	Door X-Fittt diabetes wil ik blijven bewegen.	Wat wil je doen? Hoe ga je dat doen? Heb je daar hulp bij nodig?

De APEF-tool genereerde kwantitatieve- en kwalitatieve data aan de hand van stellingen, scores en verdiepende antwoorden van de focusgroep gesprekken. De stellingen en scores zijn weergegeven in een spinnenwebdiagram van Laverack en Rifkin (Laverack, 2005; Rifkin, Muller & Bichmann, 1988). De verdiepende antwoorden zijn verwerkt volgens het stappenplan van Creswell en Clark (2007). Eerst zijn alle gesprekken opgenomen en letterlijk uitgewerkt. Daarna werd de data gelezen en geordend. Vervolgens werd de data gecodeerd aan de hand van de stellingen. De stellingen werden geclusterd tot thema's. Daaropvolgend zijn de bevindingen gerapporteerd op basis van coderingsfrequentie en daarna is de data geïnterpreteerd (Wagemakers et al., 2015). Als laatste is één stelling over maatschappelijke participatie ingedeeld in de verschillende participatiedoelen van het Participatiewiel om inzicht te krijgen in de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie.

4. Resultaten

De eerste paragraaf geeft de demografische kenmerken van de deelnemers van X-Fittt Diabetes weer. De tweede paragraaf benoemt de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op het gewicht, uithoudingsvermogen, vetpercentage, de BMI, handknijpkracht, bloeddruk en buikomtrek. De derde paragraaf beschrijft de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de kwaliteit van leven, ziekte en zorggebruik, leefstijl en maatschappelijke participatie en beoordeelt de ervaring met de zorgprofessionals en het bewegen in een groep. De vierde paragraaf beschrijft het perspectief van de zorgprofessionals op het gebied van de motivatie van de deelnemers. De vijfde paragraaf vertelt hoe X-Fittt Diabetes de motivatie en maatschappelijke participatie heeft beïnvloed.

4.1 Demografische kenmerken

In tabel 8 staan de demografische kenmerken van 15 deelnemers van X-Fittt Diabetes beschreven. Deze deelnemers hebben zowel de eerste vragenlijst aan het begin van X-Fittt Diabetes als de tweede vragenlijst aan het einde van X-Fittt Diabetes ingevuld.

Tabel 8. Demografische kenmerken deelnemers X-Fittt Diabetes

Demografische kenmerken		Totaal aantal deelnemers
Geslacht	Man	7
	Vrouw	8
Leeftijd (jaren)	35 – 44	2
	45 – 54	4
	55 – 64	4
	65 – 74	5
Geboorteland	Nederland (westers land)	8
	Indonesië (westers land)	2
	Koerdistan (niet-westers land)	1
	Sri Lanka (niet-westers land)	1
	Turkije (niet-westers land)	1
	Onbekend	2
Hoogst voltooide opleiding	Lager onderwijs	2
	Middelbaar of voortgezet onderwijs	8
	HBO	2
	Universiteit	1
	Onbekend	2
Woonsituatie	Alleen	5
	Partner	2
	Partner + thuiswonend(e) kind(eren)	4
	Eén of meer thuiswonende kinderen	1
	Andere familieleden	1
	Onbekend	2
Netto maandinkomen	≤ €1.000,-	2
	€1.351 – €1.800	2
	€1.801 – €3.150	4
	≥ €3.151	1
	Onbekend	6
Gelreps	Nee	11
	Ja	3
	Onbekend	1

4.2 Lichaamsmetingen

De fysiotherapeuten hebben een deel van de impact van X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid gemeten op basis van lichaamsmetingen bij 18 deelnemers. Deze deelnemers hebben zowel de eerste metingen aan het begin van X-Fittt Diabetes als de tweede metingen aan het einde van X-Fittt Diabetes gehad, hoewel niet alle metingen bij alle deelnemers zijn gelukt. Zie bijlage 6 voor het overzicht van de meetgegevens van de deelnemers van X-Fittt Diabetes.

Zeventien deelnemers zijn afgevallen en bij 17 deelnemers is de BMI gedaald in twaalf weken (N=17). Bij 18 deelnemers is de buikomtrek gedaald (N=18). Bij 16 van de 17 deelnemers is het vetpercentage gedaald en bij acht van de 16 deelnemers is de bloeddruk gedaald. Bij vijf van de zeven deelnemers is de knijpkracht gestegen en bij zes van de acht deelnemers is het uithoudingsvermogen gestegen. Zie de gemiddelden en de ranges van de lichaamsmetingen in Tabel 9.

Tabel 9. Gemiddelde lichaamsmetingen

	T0 (gemiddeld)	T1 (gemiddeld)	T0-T1 (gemiddeld)	Range (minimale-, maximale verandering)
Gewicht (kg) (N=17)	100,0	94,6	-5,4	(-0,1, -17,1)
BMI (kg/m ²) (N=17)	34,8	33,0	-1,8	(-0, -5,5)
Buikomtrek (cm) (N=18)	117,8	110,6	-7,2	(0, -16)
Vet (%) (N=17)	40,4	37,8	-2,6	(+3,5, -15,2)
Bloeddruk (mmHg) (N=16)	132/82	126/79	-6/3	(+10/+5, -15/-11)
Knijpkracht (kg) (N=7)	52,1	56,2	+4,1	(-18, +34)
Uithoudingsvermogen (liter/min) (N=8)	22,1	25,2	+3,1	(-5, +10,5)

De fysieke complicaties van diabetes type 2, waaronder het risico op hart- en vaatziekten, zijn bij een aantal deelnemers gedurende X-Fittt Diabetes verlaagd. Zo is de BMI van één deelnemer van X-Fittt Diabetes van overgewicht naar gezond gewicht gegaan, waardoor hij/zij geen verhoogd gezondheidsrisico op hart- en vaatziekten meer heeft. De buikomtrek van één deelnemer is van een verhoogd gezondheidsrisico naar geen gezondheidsrisico gegaan en heeft daarmee een gezonde buikomtrek gekregen. Eén deelnemer heeft een gezond vetpercentage gekregen. Zes deelnemers zijn van een milde hypertensie of hoog-normale bloeddruk naar een normale of optimale boven bloeddruk gegaan en twee deelnemers zijn van een milde hypertensie naar een normale of optimale onder bloeddruk gegaan. De handknijpkracht van één deelnemer is gestegen van onder het gemiddelde naar bovengemiddeld. Het uithoudingsvermogen van twee deelnemers is verbeterd van zeer slecht naar redelijk.

4.3 Vragenlijsten

De impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie is gemeten bij 15 deelnemers. Deze deelnemers hebben zowel de eerste vragenlijst aan het begin van X-Fittt Diabetes als de tweede vragenlijst aan het einde van de eerste en tweede ronde van X-Fittt Diabetes ingevuld. De vragen over leefstijl en maatschappelijke participatie zijn alleen in de tweede ronde gesteld (N=6).

4.3.1 Kwaliteit van leven

Tien deelnemers beoordeelden hun algemene gezondheid met 'matig' en vijf deelnemers met 'goed' aan het begin van X-Fittt Diabetes. Aan het einde van X-Fittt Diabetes beoordeelden vier deelnemers hun gezondheid met 'matig', 9 deelnemers met 'goed' en twee deelnemers met 'heel goed'. Bij zeven deelnemers is de algemene gezondheid vooruit gegaan en bij acht deelnemers is de algemene gezondheid hetzelfde gebleven.

Van tien deelnemers is de zelf-gerapporteerde gezondheid op de dag van invullen vooruit gegaan; van twee deelnemers is de gezondheid onveranderd gebleven en van twee deelnemers is de gezondheid achteruit gegaan. Van één deelnemer is het onbekend. De deelnemers hebben een gemiddeld cijfer gegeven van een 5,9 aan het begin van X-Fittt Diabetes en 6,7 aan het einde van X-Fittt Diabetes. De grootste stijging is twee punten en de grootste daling is één punt. Zie Tabel 10 voor de zelf-gerapporteerde cijfers gezondheidstoestand.

Tabel 10. Zelf-gerapporteerde cijfers gezondheidstoestand aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes

Deelnemer	Cijfer gezondheid T0	Cijfer gezondheid T1	Veranderend cijfer
1	5,0	6,2	+1,2
2	5,0	6,0	+1,0
3	7,5	9,0	+1,5
4	6,0	8,0	+2,0
5	5,0	5,0	0,0
6	7,0	8,0	+1,0
7	6,0	7,0	+1,0
8	5,0	5,5	+0,5
9	7,0	6,0	-1,0
10	5,0	5,0	0,0
11	7,5	7,0	-0,5
12	6,0	7,5	+1,5
13	4,0	6,0	+2,0
14	6,0	-	-
15	7,0	8,0	+1,0
Gemiddelde	5,9	6,7	+0,8

Van tien deelnemers is de zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven vooruit gegaan; van één deelnemer is de kwaliteit van leven onveranderd gebleven en van vier deelnemers is de kwaliteit van leven achteruit gegaan. Gemiddeld zijn de deelnemers 0,03 vooruitgegaan op de EQ-5D-3L schaal voor kwaliteit van leven. De grootste stijging is 0,28 en de grootste daling is 0,37. Zie Tabel 11 voor de zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven.

Tabel 11. Scores kwaliteit van leven aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes

Deelnemer	EQ-5D-3L T0*	EQ-5D-3L T1*	Veranderend EQ-5D-3L
1	0,81	0,84	+0,03
2	0,89	0,84	-0,05
3	1,00	1,00	0,00
4	0,72	0,84	+0,12
5	0,69	0,65	-0,04
6	0,84	1,00	+0,16
7	0,72	1,00	+0,28
8	0,57	0,69	+0,12
9	0,81	0,84	+0,03
10	0,78	0,41	-0,37
11	0,81	0,68	-0,13
12	0,78	0,84	+0,06
13	0,69	0,78	+0,09
14	0,65	0,78	+0,13
15	0,89	1,00	+0,11
Gemiddelde	0,78	0,81	+0,03

* Score kan variëren van 0-1. Hoe dichter bij 1, hoe beter de kwaliteit van leven.

4.3.2 Ziekte en zorggebruik

Alle deelnemers hebben diabetes type 2 aan het begin en einde van X-Fittt Diabetes. Twee van de vier deelnemers hadden minder last van duizeligheid met vallen gedurende het programma en drie van de zeven deelnemers gaven aan minder last te hebben van gewrichtsslijtage aan de knieën of heupen. Zie bijlage 7 voor het overzicht van alle zelf-gerapporteerde ziekten en/of aandoeningen van de deelnemers van X-Fittt Diabetes.

Alle deelnemers namen medicijnen in voor hun ziekte en/of aandoening. De medicatie werd voorgeschreven door een huisarts voor hoge bloeddruk, vetwaarden, diabetes type 2, ménière, aorta, vitamine D tekort, medicatie voor buikpijn, maag/plas, hart en lever en cholesterol. Twee deelnemers namen minder medicijnen in tijdens X-Fittt Diabetes en twee deelnemers namen meer medicatie in. Zie bijlage 8 voor het medicijngebruik van de deelnemers van X-Fittt Diabetes.

Drie deelnemers hebben minder contact gehad met hun huisarts gedurende X-Fittt Diabetes; vier deelnemers hebben minder contact gehad met hun praktijkondersteuner en één deelnemer heeft minder contact gehad met andere zorgverleners gedurende X-Fittt Diabetes.

4.3.3 Ervaring met zorgprofessionals

De deelnemers hebben de fysiotherapeuten, diëtiste en beweegbegeleiders beoordeeld. Deelnemers die contact hebben gehad met de fysiotherapeuten van X-Fittt Diabetes (N=10) beoordeelden de rol van de fysiotherapeuten met 'uitstekend', 'heel goed' en 'goed' met uitzondering van één deelnemer. Deze deelnemer vond de communicatie tussen hem/haar en de fysiotherapeut slecht. De andere deelnemers vonden dat de fysiotherapeuten goede begeleiding gaven en betrokkenheid toonden.

Deelnemers die contact hebben gehad met de diëtiste van X-Fittt Diabetes (N=14) beoordeelden de rol van de diëtiste met 'uitstekend', 'heel goed' en 'goed'. Ze vonden dat de diëtiste goed advies gaf over voeding, waardoor ze bewuster zijn gaan eten.

Deelnemers die contact hebben gehad met de beweegbegeleiders van X-Fittt Diabetes (N=15) beoordeelden de rol van de beweegbegeleiders met 'uitstekend', 'heel goed' en 'goed'.

De deelnemers vonden dat de beweegbegeleiders hen motiveerden om te sporten en rekening hielden met fysieke barrières, hoewel de ene beweegbegeleider dat beter deed dan de andere.

4.3.4 Bewegen in een groep

Alle deelnemers vonden het fijn om in een groep te bewegen. Elf deelnemers vonden dat andere deelnemers in de groep hen motiveerden om te blijven bewegen. Vier deelnemers waren het hier niet mee eens of oneens. Alle deelnemers vonden de sfeer in de groep goed. Veertien deelnemers vonden het belangrijk om te bewegen in een groep. Eén deelnemer was het hier niet mee eens of oneens. Veertien deelnemers vonden het fijn om ervaringen met de andere deelnemers te delen. Eén deelnemer was het hier niet mee eens.

Zeven deelnemers hebben ingevuld hoeveel euro ze per maand bereid zijn te betalen om te bewegen in een groep zoals X-Fittt Diabetes. Het gemiddelde bedrag dat ze bereid zijn te betalen is €23,38 per maand. Dertig euro wordt het vaakst genoemd, namelijk drie keer. De bedragen varieerden van €0,00 tot €45,00.

4.3.5 Maatschappelijke participatie

Zes deelnemers hebben ingevuld hoeveel uren ze per week deelnamen aan activiteiten gedurende het programma. Ook hebben ze ingevuld hoeveel keren ze aan activiteiten deelnamen in een gemiddelde week. De totale verandering van uren of frequentie per week tussen het begin en einde van X-Fittt Diabetes per activiteit is opgesomd in Tabel 12. Daarin zijn de activiteiten ook ingedeeld per participatiedoel van het Participatiewiel. Zie bijlage 9 voor een overzicht van alle activiteiten waar de deelnemers aan deelnamen.

Tabel 12. Totale verandering van de maatschappelijke participatie in uren/frequentie per week van de deelnemers van ronde 2 van X-Fittt Diabetes

Vragen over maatschappelijke participatie	Participatiedoelen van het Participatiewiel	Totale verandering in uren/frequentie per week
Betaald werk	Eigen inkomen	0
Onbetaald werk	Maatschappelijke bijdragen	+ 1-8 uur
Opleiding	Opdoen van vaardigheden	0
Huishouden	Zelfstandig functioneren	0
Sport vrije tijd	Maatschappelijk deelnemen	> 7 keer
Sportverplaatsing	Maatschappelijk deelnemen	> 6 keer
Uitgaan	Maatschappelijk deelnemen	+ 1 keer
Dagtochten	Maatschappelijk deelnemen	+ 1 keer
Vrijtijdsbesteding thuis	Maatschappelijk deelnemen	> 13 keer
Op bezoek/bezoek krijgen/contact via de telefoon of computer	Sociale contacten	- 4-8 keer

Deze antwoorden kwamen overeen met de antwoorden van de deelnemers over wat hun voornaamste dagelijkse bezigheid is. Eén deelnemer is gedurende X-Fittt Diabetes gestopt met betaald werk en één deelnemer is begonnen met betaald werk, waardoor de totale verandering van alle deelnemers in uren hetzelfde is gebleven. Ook is één vrijwilliger tijdens X-Fittt Diabetes vrijwilligerswerk gaan doen, waardoor de totale verandering in uren steeg.

4.3.6 Leefstijl

Eén deelnemer is gestopt met alcohol drinken. Een andere deelnemer is meer gaan drinken per maand. Eén deelnemer is gestopt met roken.

4.4 Interviews met zorgprofessionals

De fysiotherapeute, diëtiste en beweegbegeleider vonden dat mensen met diabetes type 2 vaak ongemotiveerd waren om deel te nemen aan het programma, omdat ze vaak niet op eigen initiatief deelnamen aan X-Fittt Diabetes maar werden doorverwezen via hun huisartsen. Daarom wilden de zorgprofessionals mensen met diabetes type 2 motiveren om hun leefstijl te bevorderen. Volgens de zorgprofessionals werden mensen met diabetes type 2 gemotiveerd om te starten met X-Fittt Diabetes door gratis deelname en werden ze tijdens het programma gemotiveerd om hun leefstijl te bevorderen doordat ze gevarieerde beweegoefeningen kregen die ze leuk vonden, groepsgevoel ervaarden en fitter werden. Deze factoren zijn ingedeeld in sociale- en culturele factoren, attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit van het I-Change Model.

4.4.1 Sociaal-culturele factoren

Volgens de zorgprofessionals was het aantrekkelijk voor mensen met diabetes type 2 om te starten met X-Fittt Diabetes, omdat het programma gratis voor hen was. Menzis vergoedde via de Keten zorg van huisartsen namelijk de kosten van X-Fittt Diabetes. Volgens de fysiotherapeute motiveerden de zorgprofessionals de deelnemers om door te gaan met X-Fittt Diabetes door afwezigheid te bestraffen. De deelnemers moesten een boete betalen van €50,00 wanneer ze zich niet op tijd afmeldden voor een sportles, afmeldden voor een consult van de diëtiste of fysiotherapeute of voortijdig stopten met het programma zonder geldig excuus. Verder was de voorwaarde dat de deelnemers 80% van de sportlessen aanwezig waren.

4.4.2 Attitude

Volgens de beweegbegeleider was het belangrijk dat de deelnemers plezier ervaarden in het bewegen. Dat probeerde hij te bewerkstelligen door variatie aan te brengen in de sportlessen. De beweegbegeleider bedacht vaak teambuildingsactiviteiten waarin de deelnemers moesten samenwerken. Ook bedacht hij competitieactiviteiten waarin deelnemers hun eigen record moesten verbreken: 'Dan gaan ze echt maximaal en dat vinden ze gewoon echt heel leuk.'

4.4.3 Sociale invloed

Volgens de zorgprofessionals zijn de deelnemers een hechte en enthousiaste groep geworden en dat zorgt ervoor dat ze door willen gaan met X-Fittt Diabetes. De beweegbegeleider zei: 'Op het moment dat je in een groep of team zit, dan wordt het veel moeilijker om af te zeggen en niet te komen.'

In Arnhem-Noord heeft een aantal deelnemers van de eerste ronde ook deelgenomen aan de tweede ronde van X-Fittt Diabetes. De zorgprofessionals vertelden dat ze heel erg tevreden waren over het programma en dat ze de nieuwe deelnemers van de tweede ronde van X-Fittt Diabetes graag wilden motiveren. De diëtiste vertelde: 'Er zitten een paar deelnemers, dat zijn een beetje de papa's van de groep en zij nemen de rest mee op sleeptouw. Dat wordt in de groep heel erg goed opgepakt.'

De diëtiste had het gevoel dat de deelnemers in Arnhem-Noord elkaar meer motiveerden dan in Arnhem-Zuid, omdat het groepsgevoel groter was in Arnhem-Noord. Volgens haar namen meer niet-westerse mensen die de Nederlandse taal niet beheersen deel aan X-Fittt Diabetes in Arnhem-Zuid en dat zorgde voor een cultuurverschil tussen westerse en niet-westerse deelnemers.

4.4.4 Eigen-effectiviteit

Volgens de zorgprofessionals voelden de deelnemers zich beter door deelname aan X-Fittt Diabetes en boekten ze resultaten op het gebied van hun fysieke gezondheid. Zo vertelde de diëtiste: 'Ze vallen best wel wat af en je ziet ook echt dat de bloedsuikerwaarde veel beter wordt en dat de medicatie vaak naar beneden kan'.

Volgens de beweegbegeleider ervoeren de deelnemers minder fysieke complicaties wanneer ze afvielen, waardoor ze zwaardere sportoefeningen konden uitvoeren. Hij vertelde: 'Er zijn mensen die nu wel springen, dus ik doe nu wel springvarianten, omdat ik gewoon echt zie dat ze fit zijn en zij kunnen dat. Dat motiveert hen om te blijven bewegen.'.

4.5 Evaluatie- en focusgroepen

Aan het einde van X-Fittt Diabetes zijn evaluatieformulieren door 13 deelnemers van de eerste en tweede ronde van Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord ingevuld. Met acht deelnemers van de eerste ronde van Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord zijn evaluatiegesprekken gevoerd over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen (paragraaf 4.5.1). Ook zijn gesprekken gevoerd met negen deelnemers over de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie en motivatie om de leefstijl te bevorderen met behulp van de APEF-tool (paragraaf 4.5.2).

4.5.1 Evaluatiegesprekken

Tijdens de evaluatiegesprekken kwamen de volgende vragen aan bod: 'Welk cijfer geeft u aan X-Fittt Diabetes?', 'Waarom?' en 'Wat is het belangrijkste dat X-Fittt Diabetes u heeft gebracht?'. Zie tabel 13 voor de antwoorden. De deelnemers hebben gemiddeld een 8,1 aan X-Fittt Diabetes gegeven.

Tabel 13. Ingevulde evaluatieformulieren door deelnemers van X-Fittt Diabetes

Deelnemers X-Fittt Diabetes	Cijfer	Waarom?	Wat is het belangrijkste wat X-Fittt Diabetes u heeft gebracht?
Eerste ronde	7	Te kort.	Plezier in sporten.
	8	Om beter uit de voeten te kunnen.	Beter bewegen.
	8	Ik vond het prettig om in een lotgenotengroep te sporten.	Meer zin om te bewegen. Minder schroom om naar een sportschool te gaan.
	8	Gewichtsafname en Hb1Ac omlaag.	Fitter en minder medicatie.
	8	Succesvol.	Voelt goed lichamelijk.
	8	Goed samengesteld programma, combinatie van sport, fysio en diëtiste.	Een fijne groep om mee te sporten. Dit motiveert enorm.
	9	Terug in de medicatie. Suiker van 8.4 naar 7.1.	Minder medicatie.
	9	Goede begeleiding/motivatatie groep les.	Hopelijk lagere suikerwaardes, vanmiddag controle. Bewust van eten door diëtiste.
Tweede ronde	Heel goed	Gezellig met mensen, andere wereld, hele goede begeleiding en tevreden wat ze hebben gedaan.	Lichamelijk, gewicht en bewegen.
	8	Ik ben tevreden over hulp, vriendelijkheid, sportlessen, begeleiding van de diëtiste en sportcoach en de goede zorgen.	Beweging, zelfverzekerder over mijn lichaam.
	8	Fitter te worden.	Gewicht weer normaal waar ik naar gestreefd heb.
	8	Tevreden over de lessen.	Betere conditie. Minder pijn.
	8	Omdat ik al die weken met een leuke groep fijne sportlessen heb gehad.	Mijn huisarts onder andere en diabetes zelf.

De deelnemers van de eerste ronde van X-Fittt Diabetes zijn gemotiveerd om hun leefstijl te bevorderen door het plezier om te bewegen, het sporten in groepsverband en de rol van de zorgprofessionals en het fitter worden. Deze factoren zijn in te delen in de attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit van het I-Change Model.

Attitude

Tijdens de evaluatiegesprekken is gebleken dat de deelnemers van de eerste ronde van X-Fittt Diabetes hoge cijfers hebben gegeven, omdat ze genoten van de sportlessen. Ze vonden de lessen uitdagend, waardoor ze een voldaan gevoel kregen. Ook vonden ze de combinatie van sportlessen, dieetconsulten en metingen leuk. Ze willen graag het hele jaar deel blijven nemen aan X-Fittt Diabetes en vinden het jammer dat X-Fittt Diabetes slechts 12 weken duurt.

Alle deelnemers raadden X-Fittt Diabetes aan. Ze voelden zich prettig bij Formupgrade, omdat het laagdrempelig was. Eén deelnemer zei: 'Het leuke hier vond ik aan het begin toen ik met de fitnessapparaten bezig was dat er een oudere Marokkaanse man mij kwam helpen. Dat vond ik zo vriendelijk.'. Een andere deelnemer vond dat er veel meer aandacht en acceptatie in Formupgrade was dan bij een andere sportschool. Eén deelnemer vond ook dat de huisartsen X-Fittt Diabetes moeten aanraden in plaats van medicijnen voorschrijven. De huisartsen zouden volgens deze deelnemer veel meer moeten stimuleren om te gaan sporten.

Sociale invloed

Alle deelnemers vonden in een groep sporten leuker dan individueel sporten: 'Als je het zelf wil doen dan is het natuurlijk saai en in een groep motiveer je elkaar. We hebben een leuke groep.'. Ook leerden ze andere mensen kennen door het sporten.

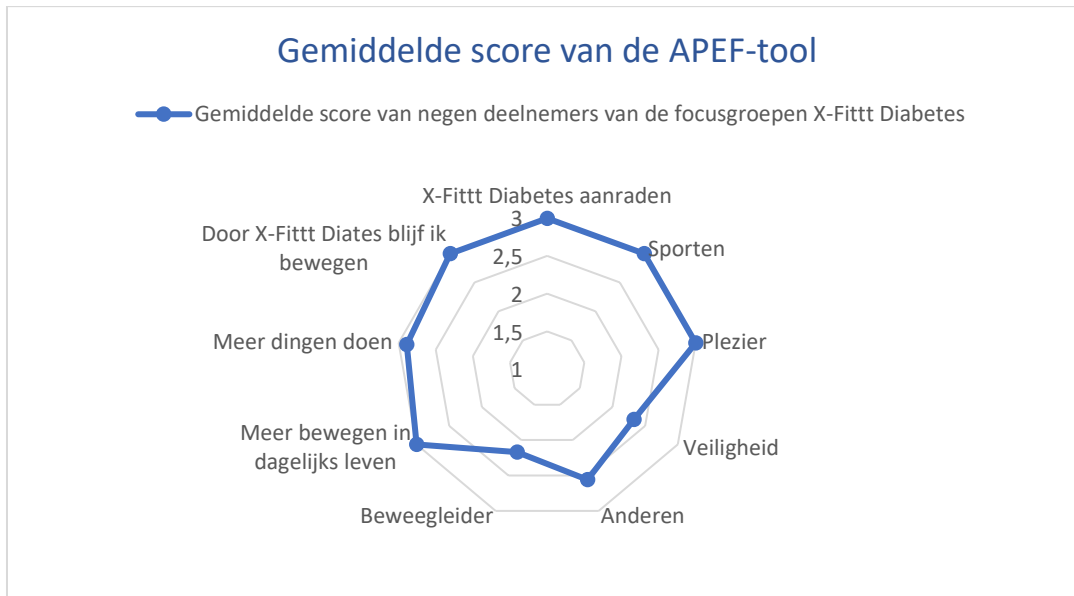
Alle deelnemers vonden de begeleiding van de beweegbegeleiders goed. Een deelnemer zei: 'Je wordt niet aan je lot overgelaten en ze houden met iedereen rekening.'. Ook vonden alle deelnemers de rol van de diëtiste goed, maar drie deelnemers hadden moeite met het voedingsschema. Eén deelnemer vond het goed dat de diëtiste een aangepast voedingsschema voor haar maakte toen ze een probleem met de keuken had. De meeste deelnemers hebben door deelname aan X-Fittt Diabetes geleerd om bewuster boodschappen te doen en bewuster te eten. Eén deelnemer vertelde: 'Ik eet meer gezondere dingen. Ik was eerst van de chips en van de nootjes. Nu loop ik langs de schappen en pak ik meer groente en veel minder cola zero.'. De partner van één deelnemer eet ook bewuster door deelname aan X-Fittt Diabetes.

Eigen-effectiviteit

De deelnemers hebben goede resultaten geboekt op het gebied van de fysieke gezondheid. Bijna alle deelnemers zijn afgevallen. Ook zijn de bloedsuikerwaardes omlaag gegaan en nam een aantal deelnemers minder medicatie in. Hierdoor voelen alle deelnemers zich fitter, energiever en hebben meer zin om dingen te ondernemen. De meeste deelnemers bewegen daardoor meer in het dagelijkse leven. Eén deelnemer vertelde: 'Wanneer ik vroeger drie kilometer verder moest, nam ik de auto en dat doe ik nu niet meer, nu loop ik. Vroeger zat ik ook vaker op de bank en bleef ik maar zitten en nu ben ik veel actiever geworden'. Drie andere deelnemers fietsen vaker. Eén deelnemer fietst iedere dag negen kilometer naar het werk en een andere deelnemer zei: 'Ik merk wel dat ik nu een paar keer met de fiets naar X-Fittt Diabetes toe ben gekomen en ik woon in Zevenaar dus dat is 15 kilometer.'.

4.5.2 APEF-Tool

De deelnemers stemden tijdens de focusgroep gesprekken bij iedere stelling eens (score 3), niet mee eens of oneens (score 2) en oneens (1). De gemiddelde score per stelling is weergegeven in Figuur 6. De (scores van de) focusgroep gesprekken zijn per stelling en motivatiefactor van het I-Change Model en maatschappelijke participatie van het Participatiewiel uitgewerkt.



* 1 = mee oneens; 2 = niet mee eens of oneens; 3 = mee eens

Figuur 6. Gemiddelde score van de APEF-tool van deelnemers focusgroepen X-Fittt Diabetes

Attitude: 'Ik raad anderen aan om ook mee te doen aan X-Fittt Diabetes.'

Alle deelnemers raadden X-Fittt Diabetes aan, omdat ze resultaten hebben geboekt op het gebied van de fysieke gezondheid. Ze hebben hun conditie verbeterd, zijn afgevallen, bewegen meer en hebben geleerd bewuster te eten. Ook zijn hun bloedsuikerwaarden, vetpercentages, bloeddruk, cholesterol en medicatie gedaald. De deelnemers voelen zich nu fitter en hebben meer energie. Tevens vonden alle deelnemers de sfeer in de groep heel erg goed en gaven ze aan dat ze elkaar motiveerden om te sporten. In Arnhem-Noord wisselden de deelnemers ook ervaringen uit over hun voeding en dat motiveerden hen ook om bewust te blijven eten.

De deelnemers van Arnhem-Noord zouden niets willen veranderen aan het programma van X-Fittt Diabetes. Eén deelnemer licht toe dat gratis deelname hem/haar stimuleerde om deel te nemen aan X-Fittt Diabetes. Een andere deelnemer beveelt aan om het contact tussen de zorgprofessionals en huisartsen te onderhouden, zodat de huisartsen X-Fittt Diabetes promoten bij mensen met diabetes type 2. De deelnemers van Arnhem-Zuid zouden de zwaarte van de sportoefeningen willen veranderen. Volgens hen werd er soms het uiterste van de deelnemers gevraagd, waardoor sommigen niet deel konden nemen aan de oefeningen. Ze denken dat daardoor sommige deelnemers zijn gestopt tijdens het programma. Daarom stelde een deelnemer voor om de lengte van de oefeningen te verminderen.

Intentie: 'Ik blijf sporten nadat X-Fittt Diabetes is afgelopen.'

Alle deelnemers willen blijven sporten nadat X-Fittt Diabetes is afgelopen, maar enkele deelnemers weten nog niet welke sport ze willen uitoefenen. Het liefst zouden ze met X-Fittt Diabetes verder willen gaan. Eén deelnemer kan een sportabonnement niet betalen en zoekt naar alternatieven. De meeste deelnemers blijven in Formupgrade één of twee keer één uur per week sporten en één deelnemer blijft daarnaast ook zwemmen.

Attitude : ‘Sporten in een groep zorgt ervoor dat ik het leuk vind om te bewegen.’

Alle deelnemers vonden het leuk om te bewegen in een groep, omdat ze elkaar leerden kennen door een praatje te maken vóór en na de sportlessen. Een paar deelnemers zaten vóór X-Fittt Diabetes vaak alleen thuis en door deelname aan X-Fittt Diabetes hebben ze nieuwe contacten gemaakt. Eén deelnemer gaat met een mededeelnemer een keer per week wandelen naast X-Fittt Diabetes. Ze zei hierover: ‘Die sociale contacten heb ik echt nodig om naar buiten te gaan’. Tevens gaven de deelnemers aan dat ze met elkaar konden lachen tijdens de sportlessen. Eén deelnemer vertelde: ‘Dan ging ik halverwege op die trap zitten en dan zei ik: ‘Ik zie jullie straks beneden wel weer.’.

Attitude: ‘Ik voel me veilig als ik sport in deze groep.’

Vijf deelnemers voelden zich veilig wanneer ze in de groep sporten, twee deelnemers zijn het er niet mee eens of oneens en twee deelnemers voelden zich niet veilig wanneer ze in de groep sporten. Iedereen voelde zich op emotioneel vlak veilig. Niemand schaamde zich in de groep of voelde zich ongemakkelijk, omdat iedereen zichzelf kon zijn en elkaar in hun eigen waarde liet. Eén deelnemer zei: ‘Ze houden altijd wel rekening met je. Dan gingen ze een glaasje water halen en zeiden ze: ‘Blijf even zitten’ en ze hielpen me overeind en dan gingen we vrolijk weer verder.’.

De deelnemers van Arnhem-Noord en de deelnemer van de eerste ronde van Arnhem-Zuid voelden zich veilig in de groep op lichamelijk gebied, omdat de groepsleden en beweegbegeleiders goed op hen letten. Eén deelnemer zei: ‘Dan moesten we balansoefeningen doen en aangezien balans bij mij ver te zoeken is dan bleef de beweegbegeleider bij me staan en vroeg: ‘Lukt het? Hou de muur maar vast.’’. Volgens de deelnemers van Arnhem-Noord konden de beweegbegeleiders helpen in geval van nood. Sommige deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid voelden zich niet veilig en andere deelnemers twijfelden. De deelnemers gaven aan dat ze soms even wegliepen van de sportruimte, omdat ze zich niet goed voelden en dan volgde niemand hen om te kijken wat er aan de hand was. Ook werden de medewerkers achter de balie niet gewaarschuwd wanneer dit voorkwam. Zo was een deelnemer flauw gevallen en niemand kwam helpen. Daarom is het volgens deze deelnemer belangrijk dat de beweegbegeleider de medewerker aan de balie inschakelt wanneer de deelnemers zich niet goed voelen en wegllopen. Volgens een andere deelnemer is het ook belangrijk dat zorgprofessionals kennis vergaren over de omgang met diabetes type 2, zodat ze kunnen helpen wanneer iemand een hypo krijgt.

Sociale invloed: ‘De anderen in de groep helpen mij om te blijven sporten.’

Vijf deelnemers vonden dat anderen in de groep hen hielpen om te blijven sporten en vier deelnemers waren het er niet mee eens of oneens. De deelnemers van Arnhem-Noord gaven aan dat anderen in de groep ervoor zorgden dat ze werden gemotiveerd om te blijven bewegen en werden uitgedaagd. Ze zeiden iedere keer: ‘Tot de volgende sportles’ en dat motiveerde om naar de sportlessen te komen. Ze beurden elkaar ook op wanneer het bijvoorbeeld thuis niet zo goed ging. Zo vertelde één deelnemer: ‘[Naam1] heeft ook wel eens een dag dat ze thuis problemen heeft en dat we zeggen: ‘Kom [Naam1], er weer tegenaan’ en na afloop praten we met haar. We steunen haar wel. En [Naam2] heeft ook vervelende dingen gehad, dat zijn vrouw is overleden kort geleden. Nou harstikke blij dat hij er is en we hebben hem ook gesteund. Het is belangrijk dat je elkaar dan toch hebt. Dat is een van de belangrijkste dingen uit de groep vind ik toch.’. Ook vrienden en familie steunen de deelnemers. Eén deelnemer zegt hierover: ‘Ik kreeg een mailtje van trots dat je afgevallen bent en minder medicijnen gebruikt’. De deelnemers van Arnhem-Zuid moedigden elkaar tijdens de sportlessen aan door ‘Kom op’ te zeggen. De deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid gaven echter ook aan dat mensen tijdens het programma zijn gestopt en dat heeft hen niet geholpen om te blijven sporten. Eén deelnemer gaf aan dat het op die manier moeilijk was om vrienden op te bouwen.

Sociale invloed: 'De zorgprofessionals zijn een voorbeeld voor mij om gezond te zijn.'

Voor twee deelnemers waren de zorgprofessionals een voorbeeld om gezond te zijn, drie mensen hebben aangegeven dat ze twijfelden tussen de mee eens kaart en tussen de niet mee eens/niet mee oneens kaart (deze deelnemers hebben de score van 2,5 gekregen), twee deelnemers hebben de niet mee eens/niet mee oneens kaart gepakt en voor twee deelnemers zijn de zorgprofessionals geen voorbeeld om gezond te zijn.

○ Beweegbegeleiders

De deelnemers van Arnhem-Zuid en Arnhem-Noord hadden twee beweegbegeleiders en met de ene beweegbegeleider konden ze zich beter identificeren dan met de andere. De deelnemers van Arnhem-Noord vonden één beweegbegeleider een goed voorbeeld om in beweging te zijn, omdat hij fanatiek en betrokken was. Hij deed alle oefeningen voor en mee. Ook hield hij rekening met de deelnemers. Wanneer de deelnemers bijvoorbeeld bepaalde oefeningen niet mee konden doen dan verzoon hij een andere oefening of wanneer de deelnemers iets verkeerd deden tijdens een oefening gaf hij instructies om de houdingen van de deelnemers te corrigeren. Daarom vonden ze de begeleiding van de beweegbegeleider goed. De deelnemer van de eerste ronde van Arnhem-Zuid was het daar mee eens en vond het leuk dat de beweegbegeleiders de oefeningen afwisselden. Eén deelnemer van de tweede ronde van Arnhem-Noord liet weten dat de beweegbegeleiders een voorbeeld waren, maar dat hij/zij de beweegbegeleider niet meer na kon doen vanwege de leeftijd. De deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid gaven ook aan dat de leeftijd een rol speelde. Daarom vonden de meeste deelnemers de beweegbegeleiders niet echt een voorbeeld om in beweging te blijven. Wel vonden ze het leuk dat er iemand langs de kant stond tijdens de sportlessen en hen aanmoedigde wanneer ze moe werden. Op die manier steunden de beweegbegeleiders hen het meest om te blijven sporten.

○ Diëtiste

Alle deelnemers waren tevreden over de begeleiding van de diëtiste. De diëtiste motiveerde de deelnemers om bewust te eten en drinken door uitleg over voeding te geven. Eén deelnemer vond het een goede tip van de diëtiste om fruit in de yoghurt te eten en hij heeft geleerd om bewuster boodschappen te kopen, zoals 20+ kaas of Delta + kaas en mager vlees. Andere deelnemers drinken door de invloed van de diëtiste minder alcohol en snoepen minder. Eén deelnemer van Arnhem-Zuid heeft door deelname aan X-Fitt Diabetes echt een patroon weten te doorbreken en zei daar het volgende over: 'Ik zit vanaf mijn 14^e in de bouw en dat was een hele groep en dat was ook in het weekend een flesje bier.. en als je niet meedeed, nou dan hoorde je daar al helemaal niet bij. Dus langzaam sluipt dat erin en dan krijg je op een gegeven ogenblik hier te horen: 'Probeer daar mee te stoppen.' In zo verre van: 'Doe het in het weekend'. Maar ik ben al in de fase: 'Ik wil eigenlijk al niet meer, zelfs niet meer in het weekend, want ik ben voor mezelf alweer te bang dat het mis kan gaan'.'. '.

○ Fysiotherapeuten en eigenaar

De deelnemers van Arnhem-Noord zijn ook tevreden over de fysiotherapeuten en de eigenaar. Eén deelnemer vertelde erover: 'Je wordt wel echt gestimuleerd. Ze vragen wel hoe je het vindt en hoe het gaat'.

Eigen-effectiviteit: 'X-Fittt Diabetes helpt mij om meer te bewegen in het dagelijks leven.'

Alle deelnemers vonden dat X-Fittt Diabetes hen helpt om meer te bewegen in het dagelijks leven. Ze voelen zich nu fitter en dat stimuleert om meer te bewegen. Ze wandelen en fietsen meer sinds ze mee doen met X-Fittt Diabetes. Twee deelnemers wandelen twee keer per week vijf kilometer in een groep. Daarvan is één deelnemer van plan om met de groep op 19 september in Amsterdam mee te doen aan een loopwedstrijd. De andere deelnemer zou eigenlijk ook met de groep van X-Fittt Diabetes één keer per week gaan wandelen maar daar is niets meer van terecht gekomen en dat vindt hij/zij jammer. De deelnemer heeft wel een loopband gekocht om op te wandelen, gebruikt een skippybal om het evenwicht te bewaren en is ook weer begonnen met fietsen. Eén andere deelnemer fietst ook vaker en loopt vaak met zijn/haar kleinkind door het park.

Maatschappelijke participatie: 'Ik doe meer dingen sinds ik mee doe aan X-Fittt Diabetes.'

Alle deelnemers doen meer dingen sinds ze mee doen aan X-Fittt Diabetes, met uitzondering van één deelnemer. Een deelnemer van Arnhem-Noord is het er niet mee eens maar ook niet mee oneens. Deze deelnemer doet nu eigenlijk minder dingen dan voorheen, omdat hij/zij vroeger stand werk had en een aantal jaren geleden met pensioen is gegaan. Ook heeft hij knieklachten, waardoor hij/zij niet veel meer kan sporten. De andere deelnemers van Arnhem-Noord zijn ook met pensioen en één deelnemer is recent gestopt met vrijwilligerswerk. Echter, nu lopen en fietsen de deelnemers van de eerste ronde van Arnhem-Noord meer. Ze voelen zich nu actiever, waardoor ze makkelijker het huis uitgaan. Eén deelnemer zegt daarover: 'Ik ga nu vaker overdag met mijn vrouw boodschappen doen. Eerst bleef ik lekker thuis zitten televisie kijken. Ik ga veel meer mee nu.' Ook vertelt één deelnemer van Arnhem-Zuid dat hij/zij vóór X-Fittt Diabetes veel thuis zat en niet onder de mensen kwam. Dat is nu veranderd, want deze deelnemer gaat bijvoorbeeld samen met haar kleindochter een paar dagen samen fietsen en gezellig een ijsje eten. Eén andere deelnemer van Arnhem-Zuid zegt dat hij/zij anders is gaan denken door deelname aan X-Fittt Diabetes. Daarover vertelt deze deelnemer het volgende: 'Eerst zat ik ook thuis en dan zei mijn vrouw wel eens: 'Nou [Naam3], we moeten dit doen en we moeten dat doen.' En ik dacht: 'Het komt wel, het komt wel.' Maar een half jaar later gebeurde het nog niet. Maar nu zit ik al in de situatie van: 'No more.' Morgen moet ik dit doen en overmorgen moet ik dat doen. Ik kom er niet meer onderuit, ik wil zo veel dingen. Afgelopen week heb ik van die jaloezieën aan de raam gehangen. Dat was verkeerd dus hebben mijn zonen me mee geholpen en dat ding teruggebracht naar de fabriek, iets wat ik normaal nooit had gedaan. En nu heb ik dat hele plafond en alles wat onder de jaloezieën zat geverfd. Ik weet niet wat ik allemaal heb gedaan. Die keuken is weer helemaal nieuw. Je hebt toch wel meer energie.' Eén andere deelnemer van Arnhem-Zuid laat de hond van haar zoon uit om in beweging te blijven en belt een mededeelnemer één keer per week om te wandelen.

Deze stelling is op te splitsen in participatiedoelen van het Participatiewiel. Hieruit blijkt dat één deelnemer met onbetaald werk is gestopt, waardoor deze persoon minder maatschappelijk bijdraagt. Eén deelnemer beweegt minder wanneer hij/zij zich verplaatst. Vijf deelnemers bewegen meer door deelname aan X-Fittt Diabetes wanneer ze zich verplaatsen of dagtochtjes plannen of sporten in hun dagelijkse leven. Eén deelnemer is ook meer dingen gaan doen in zijn/haar vrijetijdsbesteding thuis. Hierdoor zijn de sociaal-recreatieve activiteiten van zes deelnemers toegenomen en van één deelnemer afgenomen. Eén deelnemer belt iedere week met een mededeelnemer van X-Fittt Diabetes om te wandelen, waardoor haar sociale contacten zijn toegenomen.

Intentie: 'Door X-Fittt Diabetes wil ik blijven bewegen.'

Alle deelnemers willen blijven bewegen door deelname aan X-Fittt Diabetes. Ze vinden het jammer dat het programma voor hen stopt en zouden graag een vervolgtraject van X-Fittt Diabetes in willen gaan. Eén deelnemer zei: 'Als je stopt dan moet je weer opnieuw beginnen, dus je moet je leefstijl er wel op aanpassen en blijven sporten'. Daarom is het volgens de deelnemers van Arnhem-Noord belangrijk dat de zorgprofessionals meedenken aan een sportaanbod wanneer X-Fittt Diabetes is afgelopen voor hen. Volgens hen proberen ze wel goed mee te denken, maar wordt dit nog niet op structurele wijze aangeboden. Daarbij is het belangrijk dat zorgprofessionals na X-Fittt Diabetes ook de gezondheid van de deelnemers blijven monitoren. Eén deelnemer vindt het prettig om één keer per vier maanden een afspraak in te plannen om advies te krijgen over zijn/haar voedingsschema: 'Op die manier heb je altijd een stok achter de deur en dat motiveert me ook om door te gaan en af te vallen'.

De meeste deelnemers blijven sporten bij Formupgrade, maar sommigen willen niet mee doen aan andere groepslessen dan X-Fittt Diabetes. Eén deelnemer vertelde: 'Dat heb ik aan het begin gedaan maar dan heb je weer het verschil in leeftijd, die jongeren hebben meer pit, zij geven veel meer en ik wil mee maar ik kan niet en dan valt het af.'. In Arnhem-Zuid zijn er sportlessen in groepsverband voor 45 plussers waar één deelnemer van de eerste ronde aan mee heeft gedaan. Zij vond dit leuk en zou wederom mee willen doen. De andere deelnemers gaan fitnessen bij Formupgrade.

5. Discussie

De eerste paragraaf geeft antwoord op de drie onderzoeksvragen. De tweede paragraaf beschrijft de belangrijkste bevindingen van de resultaten aan de hand van literatuur en geeft aanbevelingen. De derde paragraaf bespreekt de sterke en zwakke punten van dit onderzoek en de laatste paragraaf beschrijft de conclusie.

5.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Het doel van kortdurende voeding- en beweegprogramma's is om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen, want leefstijlbevordering leidt tot een verbetering van de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie. De impact van deze programma's is echter nog niet bewezen op basis van onderzoek in de praktijk. Daarom is de ervaren impact van deelname aan het voeding- en beweegprogramma X-Fittt Diabetes onderzocht op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen en de (ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2.

5.1.1 Ervaren impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie

Attitude

Alle deelnemers van de evaluatie- en focusgroepen werden gemotiveerd om te bewegen (N=13), omdat ze plezier ervoeren door de variatie van sportlessen, omdat ze mensen leerden kennen of vanwege de emotionele veiligheid. Op fysiek gebied voelden alle deelnemers zich veilig met uitzondering van de deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid. Deze deelnemers hadden niet het gevoel dat de zorgprofessionals kennis hadden over de omgang met diabetes type 2 en hen konden helpen wanneer zij de sportruimte verlieten.

Sociale invloed

Alle deelnemers van de vragenlijsten vonden het fijn om in een groep te bewegen (N=15). Elf van de 15 deelnemers vonden dat andere deelnemers in de groep hen motiveerden om te blijven bewegen. Ze wisselden ervaringen uit over hun dieet en moedigden elkaar tijdens de sportlessen aan. Vier deelnemers in Arnhem-Noord steunden elkaar wanneer het thuis niet goed ging. Vier deelnemers van Arnhem-Zuid werden niet gemotiveerd om te blijven bewegen, omdat sommige deelnemers vroegtijdig stopten waardoor ze geen vriendschappen konden opbouwen. Volgens de diëtiste motiveerden de deelnemers van Arnhem-Zuid elkaar minder dan de deelnemers van Arnhem-Noord, omdat het groepsgevoel in Arnhem-Zuid minder heerste door het cultuurverschil tussen niet-westerse en westerse deelnemers.

De zorgprofessionals motiveerden de deelnemers van X-Fittt Diabetes om hun leefstijl te bevorderen. Alle deelnemers van de vragenlijsten vonden de rollen van de fysiotherapeuten, beweegbegeleiders en diëtiste uitstekend tot goed behalve één deelnemer. De beweegbegeleiders maakten de oefeningen lichter of zwaarder afhankelijk van de capaciteiten van de deelnemers. De diëtiste leerde de deelnemers bewuster eten.

Eigen-effectiviteit

Alle deelnemers van de evaluatie- en focusgroepen zijn gemotiveerd om hun leefstijl te bevorderen (N=13), omdat ze fitter zijn geworden. Ze zijn afgevallen, waardoor hun fysieke complicaties zijn verminderd. Drie deelnemers voerden zwaardere oefeningen uit tijdens de sportlessen. Dertien deelnemers bewegen nu meer in het dagelijkse leven. Ze fietsen en lopen meer dan voorheen en hebben meer zin om dingen te ondernemen.

Intentie

Alle deelnemers van de evaluatie- en focusgroepen willen na X-Fittt Diabetes blijven sporten (N=13).

5.1.2 Impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid

Bij alle deelnemers zijn het gewicht en de BMI gedaald (N=17). Bij alle deelnemers is de buikomtrek gedaald (N=18). Bij 16 van de 17 deelnemers is het vetpercentage gedaald en bij acht van de 16 deelnemers is de bloeddruk gedaald. Bij vijf van de zeven deelnemers is de knijpkracht gestegen en bij zes van de acht deelnemers is het uithoudingsvermogen gestegen. Het gewicht is gemiddeld met 5,4 kg gedaald; de BMI met 1,8 kg/m²; de buikomtrek met 7,2 cm, het vetpercentage met 2,6% en de bloeddruk met 6/3 mmHg. De knijpkracht is gemiddeld gestegen met 4,1 kg en het uithoudingsvermogen is met 3,1 ml/min gestegen. Bij 10 van de 15 deelnemers is de gezondheid op de dag van invullen en de kwaliteit van leven verbeterd. Bij zeven van de 15 deelnemers is de algemene gezondheid vooruitgegaan. Drie van de zeven deelnemers hebben aangegeven dat ze minder last van gewrichtsslijtage aan de knieën of heupen hebben en twee van de vier deelnemers hadden minder last van duizeligheid met vallen. Twee van de 15 deelnemers namen minder medicatie in gedurende X-Fittt Diabetes. Hierdoor hebben drie van de 15 deelnemers minder contact met de huisarts, vier van de 15 deelnemers minder contact met de praktijkondersteuner en één van de 15 deelnemer minder contact met andere zorgverleners.

5.1.3 (Ervaren) impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie

Zes deelnemers die de vragenlijsten hebben ingevuld nemen per week in totaal meer dan 28 keer maatschappelijk deel door middel van sporten, verplaatsen, uitgaan, dagtochtjes en vrijetijdsbesteding thuis gedurende X-Fittt Diabetes. De deelnemers dragen per week 1-8 uur maatschappelijk bij door middel van onbetaald werk gedurende X-Fittt Diabetes. De deelnemers hebben 4-8 keer per week minder sociale contacten door middel van bezoek of contact per telefoon of computer gedurende X-Fittt Diabetes. Vier deelnemers van de eerste ronde die hebben deelgenomen aan de focusgroepen hebben de maatschappelijke vragen van de vragenlijsten van de tweede ronde niet beantwoord. Daarvan doen alle deelnemers meer dingen sinds ze mee doen aan X-Fittt Diabetes. Ze bewegen meer wanneer ze zich verplaatsen of sporten in hun vrije tijd. Hierdoor is de maatschappelijke deelname gestegen. Ook wandelt één deelnemer een keer per week samen met een mededeelnemer van X-Fittt Diabetes en heeft daardoor meer sociale contacten. Echter, één deelnemer is gestopt met onbetaald werk, waardoor hij/zij minder maatschappelijk bijdraagt.

5.2 Reflectie op de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

Een van de belangrijkste bevindingen is dat X-Fittt Diabetes onvoldoende wordt gepromoot bij mensen met diabetes type 2. Een andere bevinding is dat deelname aan X-Fittt Diabetes effect heeft op de motivatie van mensen met diabetes type 2 om hun leefstijl te bevorderen op korte termijn, omdat ze plezier, sociale steun en emotionele veiligheid ervaren. Hoewel, een gebrek aan fysieke veiligheid, zware oefeningen en cultuurverschillen de motivatie verlaagden. Ook heeft X-Fittt Diabetes effect op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie op korte termijn.

5.2.1 X-Fittt Diabetes promoten

X-Fittt Diabetes wordt onvoldoende gepromoot door huisartsen, waardoor weinig mensen met diabetes type 2 deelnamen aan X-Fittt Diabetes. Volgens Leemrijse, Veenhof & De Bakker (2013) promoten huisartsen nauwelijks voeding- en beweegprogramma's, omdat ze weinig samenwerken met zorgprofessionals van voeding- en beweegprogramma's. Toch is een samenwerking tussen huisartsen en zorgprofessionals van voeding- en beweegprogramma's nodig, omdat diabetes type 2 een complexe ziekte is waarbij alle stakeholders kennis en middelen delen en zodoende bijdragen aan innovatieve en duurzame oplossingen (Wickramasinghe, 2017).

Aanbeveling: Een gezondheidscommunicatieprofessional moet een samenwerking tussen huisartsen en de zorgprofessionals van X-Fittt Diabetes opzetten en coördineren en moet X-Fittt Diabetes promoten in huisartsenpraktijken.

Twintig procent van de deelnemers van X-Fittt Diabetes zijn eerste generatie niet-westerse mensen (zie Tabel 8). Volgens het CBS komt diabetes type 2 echter vaker voor bij eerste generatie niet-westerse mensen (2016a). Volgens Bertens & Van Kesteren (2011) en Van Lindert (2009) nemen eerste generatie niet-westerse mensen met diabetes type 2 minder vaak deel aan beweegprogramma's, omdat ze onvoldoende worden bereikt, vaker inactief zijn, minder vaak sporten dan autochtonen en nauwelijks ervaring hebben met actieve sportbeoefening in groepsverband. Om eerste generatie niet-westerse mensen te bereiken, moet X-Fittt Diabetes aansluiten bij de culturele achtergrond van deze doelgroep.

Aanbeveling: De zorgprofessionals moeten rekening houden met de culturele achtergrond van eerste generatie niet-westerse mensen door hun behoeften in kaart te brengen en hun behoeften te integreren in het programma van X-Fittt Diabetes (Bertens & Van Kesteren, 2011).

5.2.2 Effect van X-Fittt Diabetes op de motivatie

Door X-Fittt Diabetes zijn de deelnemers gemotiveerd om meer dan één uur per week te bewegen en te sporten tijdens X-Fittt Diabetes. In de Preventienota 'Kiezen voor gezond leven' staat dat het ministerie van VWS verwachtte dat de deelnemers van kortdurende voeding- en beweegprogramma's 30 minuten per week meer bewegen (Baan et al., 2009). Hiermee heeft X-Fittt Diabetes bewezen dat de deelnemers meer bewegen en sporten tijdens X-Fittt Diabetes dan dat het ministerie van VWS verwachtte.

De beweegbegeleiders gaven de deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid geen sociale steun op het gebied van de fysieke veiligheid. De deelnemers vonden dat de beweegbegeleiders hen niet goed in de gaten hielden wanneer ze wegliepen en zich niet lekker voelden. Volgens Rinne & Toropainen (1998) moeten de beweegbegeleiders paraat staan en eerste-hulp vaardigheden onderhouden, zodat ze voorbereid zijn op eerste-hulpsituaties wanneer de deelnemers zich niet lekker voelen. Beweegbegeleiders spelen namelijk een belangrijke rol in positieve beweegervaringen en het voorkomen van uitval (Wagemakers et al., 2015).

Aanbeveling: Beweegbegeleiders moeten responsieve begeleiding inzetten tijdens de sportlessen. Hiermee geven ze persoonlijke aandacht aan de deelnemers en managen ze groepsprocessen, waardoor de deelnemers zichzelf kunnen ontplooiën. Op die manier kunnen de beweegbegeleiders sportlessen aanbieden die aansluiten op de wensen, behoeften en ontwikkeling van de deelnemers (Koelen en Lindström, 2005).

De deelnemers in Arnhem-Noord en eerste ronde van Arnhem-Zuid gaven elkaar sociale steun, waardoor ze zich emotioneel veilig voelden en plezier ervoeren. Sociale steun benadrukt de belangrijke rol van interpersoonlijke factoren in buurtgerichte beweegprogramma's, zoals respect, wederzijds vertrouwen, integratie en gevoel van verbondenheid en deze waarden vergroten de emotionele veiligheid (Spink, Wilson & Priebe, 2010; Toropainen & Rinne, 1998). Daaropvolgend draagt de emotionele veiligheid bij aan plezier. In het I-Change Model beïnvloeden plezier en sociale steun elkaar en vergroten ze de motivatie om te blijven bewegen (De Vries et al., 2005). Hieruit blijkt dat sociale steun, emotionele veiligheid en plezier met elkaar verbonden zijn.

De sociale steun van de deelnemers van de tweede ronde van Arnhem-Zuid was niet groot volgens de diëtiste, omdat de deelnemers verschilden van cultuur. Een mogelijke verklaring is dat mensen met verschillende culturen op verschillende manieren sociale steun zoeken en verschillende verwachtingen hebben van sociale steun (Kim, Sherman, Ko & Taylor, 2006).

Aanbeveling: De zorgprofessionals moeten rekening houden met de sociaal-culturele verschillen tussen westerse mensen en niet-westerse mensen binnen X-Fittt Diabetes door: waarden en normen van mensen met verschillende culturen te integreren in het programma van X-Fittt Diabetes, taal- en geletterdheidsproblemen aan te pakken, cultureel relevante vormen van beweging te geven, belemmeringen voor westerse mensen en niet-westerse mensen met diabetes type 2 in kaart te brengen en voorbeelden te geven van bekende westerse mensen en niet-westerse mensen met diabetes type 2 die gezonder zijn geworden door voeding- en beweegprogramma's (Conn, Chan, Banks, Ruppar & Scharff, 2014).

5.2.3 Effect van X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid

Door X-Fittt Diabetes zijn de deelnemers gemiddeld 5,4 kg afgevallen. In de Preventienota 'Kiezen voor gezond leven' staat dat het ministerie van VWS verwachtte dat de deelnemers gemiddeld 1,5 kg zijn afgevallen (Baan et al., 2009). Hiermee heeft X-Fittt Diabetes bewezen dat de deelnemers een groter effect hebben bereikt in gewichtsafname dan het ministerie van VWS verwachtte.

Bij een aantal deelnemers zijn de fysieke complicaties van diabetes type 2 verminderd gedurende X-Fittt Diabetes. Erkens, Klungel, Stolk, Grobbee en Leufkens (2013) bevestigen dat voeding- en beweegprogramma's belangrijke interventies zijn die het risico op hart- en vaatziekten kunnen verminderen bij mensen met diabetes type 2.

5.2.4 Effect van X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie

De meeste deelnemers van X-Fittt Diabetes participeren vaker in sociaal-recreatieve activiteiten. Uit onderzoek blijkt dat kwetsbare burgers, waaronder mensen met diabetes type 2, die deelnemen aan buurtgerichte beweegprogramma's vaker sporten en vaker betrokken zijn in gemeenschap gerelateerde activiteiten (Herens et al., 2015).

Enkele deelnemers van X-Fittt Diabetes zijn minder vrijwilligerswerk gaan doen. Volgens literatuur is een mogelijke verklaring hiervoor dat ze deelnamen aan X-Fittt Diabetes vanwege het plezier en de ontspanning, zonder de wens om collectieve doelen na te streven (Havitz, Kaczynski & Mannell, 2013; Springer, Lamborn & Pollard, 2013).

Sommige deelnemers hebben aangegeven dat ze minder vaak op bezoek gaan bij vrienden of familie en minder contact via de telefoon of computer hebben. Een mogelijke verklaring is dat deze deelnemers sociale contacten ergens anders opdoen of onderhouden. Twee deelnemers van X-Fittt Diabetes gaan bijvoorbeeld één keer per week met elkaar wandelen. Volgens Herens et al. (2015) worden de sociale contacten van kwetsbare burgers door buurtgerichte beweegprogramma's namelijk wel vergroot.

5.2.5 X-Fittt Diabetes op lange termijn

X-Fittt Diabetes is effectief op korte termijn, maar op lange termijn is het effect van X-Fittt Diabetes nog niet onderzocht in de praktijk. Volgens Van den Berg & Schoemaker (2010) zijn vervolgmetingen van een kortdurend voeding- en beweegprogramma met een langere follow-up meestal niet meer waarneembaar.

Aanbeveling: Nieuw onderzoek moet uitwijzen in hoeverre X-Fittt Diabetes met een langere looptijd, met zogenaamde 'booster'-sessies, waarin een voeding- en beweegprogramma herhaald en verankerd wordt, wel dergelijke langetermijneffecten laat zien (Van den Berg & Schoemaker, 2010; Van Ijzendoorn & De Frankrijker, 2005).

5.3 Sterke en zwakke punten

De sterke en zwakke punten zijn ingedeeld als volgt: onderzoek in de praktijk, pre-test/post-test design, lichaamsmetingen, vragenlijsten, interviews, evaluatie- en focusgroepen en generaliseerbaarheid.

5.3.1 Onderzoek in de praktijk

De vragenlijsten en de evaluatiegesprekken van de eerste ronde en de vragenlijsten aan het begin van de tweede ronde hebben plaatsgevonden voordat de schrijver is betrokken bij dit onderzoek. Hierdoor zijn sommige vragen van de vragenlijsten niet gebruikt en ontbraken sommige vragen voor dit onderzoek. Dat is de reden dat focusgroep gesprekken na drie maanden zijn afgenomen met de deelnemers van de eerste ronde om vragen te stellen over de maatschappelijke participatie. Op die manier zijn alsnog alle vragen gesteld om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Het kan echter zijn dat de deelnemers zich niet meer goed herinneren wat de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de maatschappelijke participatie na drie maanden was, waardoor herinneringsbias is opgetreden.

Dit onderzoek is ecologisch valide, omdat het onderzoek heeft plaatsgevonden in een praktische setting en niet in een onderzoek setting (Baarda, 2009; Lakerveld, Bot & Nijpels, 2014). De onderzoeksactiviteiten vonden plaats in Formupgrade in Arnhem waar X-Fittt Diabetes plaatsnam. Hierdoor bevonden de deelnemers en zorgprofessionals zich in een vertrouwde omgeving en kon de schrijver van dit onderzoek zien waar X-Fittt Diabetes plaatsnam.

5.3.2 Pre-test/post-test design

De interne validiteit van het pre-test/post-test design is laag, omdat mensen met diabetes type 2 niet random zijn geselecteerd en er geen adequate controlegroep aanwezig was. Daardoor is het mogelijk dat niet alleen deelname aan X-Fittt Diabetes de impact op de fysieke gezondheid, maatschappelijke participatie en motivatie heeft beïnvloed.

Om de interne validiteit te vergroten is gekozen voor methode-triangulatie (Bowling & Ebrahim, 2005; Meijer, Verloop & Beijaard, 2002). De resultaten van kwantitatieve- en kwalitatieve methodes zoals lichaamsmetingen, vragenlijsten, interviews en evaluatie- en focusgroep gesprekken hebben elkaar versterkt. Zo zijn de resultaten van de lichaamsmetingen en vragenlijsten bevestigd tijdens de evaluatie- en focusgroepen met betrekking tot gewichtsafname, vetafname, bloeddrukafname, medicatiegebruik en maatschappelijke participatie.

Ook is bronnentriangulatie toegepast om de interne validiteit te vergroten, omdat dezelfde antwoorden zijn gegeven door verschillende doelgroepen van X-Fittt Diabetes over de ervaren impact op de motivatie om de leefstijl te bevorderen (Meijer et al., 2002). Zowel de deelnemers als de zorgprofessionals gaven aan dat de motivatie is vergroot door plezier, sociale steun en fitheid.

5.3.3 Lichaamsmetingen

De lichaamsmetingen die gemeten zijn door ervaren fysiotherapeuten zijn betrouwbaarder dan wanneer deze gegevens werden ingevuld door de deelnemers in een vragenlijst. De deelnemers konden namelijk sociaal wenselijke antwoorden geven tijdens het invullen van de vragenlijsten (Bowling & Ebrahim, 2005). Echter, de fysiotherapeuten zijn de eindmetingen van drie deelnemers kwijt geraakt, waardoor de metingen twee maanden later opnieuw zijn afgenomen. Het kan zijn dat de deelnemers in de tussentijd bijvoorbeeld verder zijn afgevallen of meer zijn aangekomen. Dit betekent dat deze metingen niet volledig betrouwbaar zijn.

5.3.4 Vragenlijsten

De interne validiteit van de vragen over de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie in de vragenlijsten is sterk, omdat deze vragen uit gevalideerde en betrouwbare vragenlijsten komen (Bowling & Ebrahim, 2005; Van Engelen, 2010; Post et al., 2012). Deze vragenlijsten zijn echter niet specifiek voor mensen met diabetes type 2 gevalideerd, waardoor onduidelijk is of deze vragenlijsten valide zijn voor deze doelgroep.

Onderwerpen als vertrouwen, motivatie en tevredenheid van de maatschappelijke participatie in de vragenlijsten waren niet betrouwbaar, omdat sommige deelnemers de vragen niet begrepen tijdens het invullen van de vragenlijsten of niet de tijd namen om de vragenlijsten zorgvuldig in te vullen (De Vaus, 2001). Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn deze onderwerpen niet geanalyseerd. Ook is informatiebias verminderd, omdat promovendus Lianne Mulderij en de schrijver van dit onderzoek niet-westerse mensen hielpen met het lezen en schrijven tijdens het invullen van de vragenlijsten wanneer ze vragen niet begrepen.

5.3.5 Interviews met de zorgprofessionals

Doordat semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij de zorgprofessionals, heeft de onderzoeker de algehele controle gehouden over het interview en kon de onderzoeksvraag met betrekking tot de motivatie om de leefstijl te bevorderen worden beantwoord.

Interviewer bias is mogelijk opgetreden tijdens de interviews, omdat de schrijver van dit onderzoek de antwoorden van de zorgprofessionals kon beïnvloeden. Om interview bias te verminderen heeft de schrijver van dit onderzoek misinterpretaties gecontroleerd door antwoorden van de zorgprofessionals samen te vatten.

5.3.6 Evaluatie- en focusgroepen

Door middel van evaluatie- en focusgroep gesprekken is de groepsinteractie tussen de deelnemers bevorderd. Hierdoor konden verschillen en overeenkomsten binnen en tussen evaluatie- en focusgroepen worden onderzocht (Bowling & Ebrahim, 2005). De APEF-tool vormt een goede basis voor interpretatie van en tussen de focusgroep gesprekken en evalueert buurtgerichte beweegprogramma's aan de hand van theoretische en praktische kennis (Herens et al., 2015). Echter, de stellingen van de APEF-Tool in dit onderzoek verschillen van de stellingen uit voorgaand onderzoek (Herens & Wagemakers, 2017).

Tijdens de focusgroep gesprekken hebben de promovendus Lianne Mulderij en de schrijver van dit onderzoek bijgedragen tot een beter begrip van groepsrollen en machtsverhoudingen (Herens & Wagemakers, 2017). De promovendus en de schrijver van dit onderzoek zorgden ervoor dat alle deelnemers aan het woord kwamen en dat vragen werden uitgelegd wanneer deelnemers iets niet begrepen. Het is echter niet uit te sluiten dat de deelnemers altijd hebben gemeld dat ze vragen niet begrepen. Dit is met name mogelijk in de focusgroep waarin mensen met een culturele diversiteit deelnamen, omdat de deelnemers zich niet vrij konden uitdrukken in hun moedertaal (Herens et al.,

2015). Ook heeft groepsdruk mogelijk de reacties van deelnemers beïnvloed, bijvoorbeeld bij het scoren van de stellingen. Het kan zijn dat de deelnemers daardoor sociaal wenselijke antwoorden gaven (Herens et al., 2015). Hoewel de focusgroepen werden gebruikt in bestaande homogene groepen, waardoor waarden, normen, rollen en specifieke doelen werden gedeeld die ze wilden bereiken (bijvoorbeeld fysiek actief zijn). Dit zorgt ervoor dat de deelnemers zich op elkaars gemak voelden en daardoor werd de interactie tussen deelnemers in de groep vergroot (Hydén & Bülow, 2003).

5.3.7 Generaliseerbaarheid

De externe validiteit van dit onderzoek is laag, omdat weinig deelnemers hebben deelgenomen aan de onderzoeksactiviteiten van X-Fittt Diabetes. Hierdoor kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd naar andere voeding- en beweegprogramma's voor mensen met diabetes type 2. De resultaten komen alleen overeen binnen X-Fittt Diabetes en hebben alleen betrekking op gemotiveerde deelnemers (De Vaus, 2001). Enkele deelnemers zijn tijdens X-Fittt Diabetes namelijk gestopt, waardoor deze deelnemers niet meer hebben deelgenomen aan de onderzoeksactiviteiten aan het einde van X-Fittt Diabetes. Deze deelnemers verschillen in motivatie van de deelnemers die X-Fittt Diabetes hebben afgerond, waardoor attrition bias optrad.

5.4 Conclusie

De motivatie van alle deelnemers om hun leefstijl te bevorderen is vergroot, omdat ze plezier maakten tijdens het bewegen, het fijn vonden om in een groep te sporten of zich fitter voelden. Daardoor willen ze meer bewegen en sporten in hun vrije tijd. Hoewel de motivatie van een aantal deelnemers is verlaagd, omdat ze zich op fysiek gebied niet veilig voelden, ze de oefeningen te zwaar vonden of omdat ze geen groepsgevoel ervaarden door cultuurverschillen. De fysieke gezondheid van de meeste deelnemers is verbeterd tijdens X-Fittt Diabetes. Het gemiddelde gewicht daalde met 5,4 kg; BMI met 1,8 kg/m²; abdominale omtrek met 7,2 cm; vetpercentage met 2,6% en bloeddruk met 6/3 mmHg. De gemiddelde knijpkracht steeg met 4,1 kg en het uithoudingsvermogen met 3,1 ml/min. Bij alle deelnemers is de maatschappelijke deelname vergroot door middel van sociaal-recreatieve activiteiten tijdens X-Fittt Diabetes.

Uit de sterke en zwakke punten is gebleken dat de onderzoekspopulatie van X-Fittt Diabetes te klein was om de impact van X-Fittt Diabetes op de korte termijn te generaliseren naar andere voeding- en beweegprogramma's voor mensen met diabetes type 2. Om de onderzoekspopulatie te vergroten moet een gezondheidscommunicatieprofessional X-Fittt Diabetes promoten bij mensen met diabetes type 2. Ook moet de culturele achtergrond van eerste generatie niet-westerse mensen aansluiten bij het programma van X-Fittt Diabetes. De zorgprofessionals moeten de cultuurverschillen binnen X-Fittt Diabetes verminderen en responsieve begeleiding toepassen binnen de sportlessen om zodoende de behoeften van de deelnemers te vervullen. Nieuw onderzoek moet uitwijzen in hoeverre X-Fittt Diabetes met een langere looptijd langetermijneffecten laat zien.

Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Baan, C.A., Schoemaker, C.G., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Hamberg-van Reenen, H.H., Verkleij, H., Heus, S. (2009). Diabetes tot 2025, preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Baan, C.A., van Kranen, H.J. (2011). Welke factoren beïnvloeden de kans op diabetes mellitus? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven.
- Baarda, B. (2009). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek (5e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Babbie, E., & Rubbin, A. (2012). *The practice of social research* (3e ed.). Belmont, United States of America: Cengage Learning.
- Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). Physical activity: An underestimated investment in human capital?. *Journal of physical activity and health*, 10(3), 289-308.
- Bailey, R. (2008). Youth sport and social inclusion. *Positive youth development through sport*, 85-96.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77-98.
- Bays, H. E., Fox, K. M., & Grandy, S. (2010). Anthropometric measurements and diabetes mellitus: clues to the "pathogenic" and "protective" potential of adipose tissue. *Metabolic syndrome and related disorders*, 8(4), 307-315.
- Bertens, M. G. B. C. & Van Kesteren, N. M. C. (2011). Inventarisatie Beweegstimuleringsinterventies voor lage SES bevolkingsgroepen en/of niet westerse allochtonen in Nederland (2000-2010). *TNO, Leiden*.
- Blokstra, A., Smit, H. A., Bueno de Mesquita, H. B., Seidell, J. C., & Verschuren, W. M. M. (2005). Monitoring van Risicofactoren en Gezondheid in Nederland (MORGEN-project) 1993-1997. Leefstijl-en risicofactoren: prevalenties en trends.
- Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. McGraw-Hill Education (UK).
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016a). CBS: Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken [Dataset]. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005ned&D1=3-5&D2=0-13,30-36&D3=0&D4=I&HDR=G2,G3,T&STB=G1&VW=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016b). CBS: Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht [Dataset]. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van https://opendata.cbs.nl/dataportaal/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?ts=1521555240714

- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., ... & Braun, B. (2010). Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. *Diabetes care*, 33(12), 2692-2696.
- Conn, V. S., Chan, K., Banks, J., Ruppar, T. M., & Scharff, J. (2014). Cultural relevance of physical activity intervention research with underrepresented populations. *International quarterly of community health education*, 34(4), 391-414.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). Designing and conducting mixed methods research.
- de Vaus, D. A. (2001). *Research design in social research*. Sage.
- de Vries, H. (2016). Self-efficacy: Skip the main factor paradigm! A comment on Williams and Rhodes (2016). *Health psychology review*, 10(2), 140-143.
- de Vries, H., Mesters, I., van de Steeg, H., & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient education and counseling*, 56(2), 154-165.
- de Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research*, 3(3), 273-282.
- de Vries, J. H. M., Steenhagen, E., & Seidell, J. C. (2016). Voedings-en dieetleer. In *Codex Medicus* (pp. 1351-1384). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Dolan, P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical care*, 35(11), 1095-1108.
- Durnin, J. V., & Womersley, J. V. G. A. (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *British journal of nutrition*, 32(1), 77-97.
- Erkens, J. A., Klungel, O. H., Stolk, R. P., Grobbee, D. E., & Leufkens, H. G. (2003). Multifactoriële behandeling van diabetes mellitus type 2. Belaagd aan alle zijden. *Pharmaceutisch Weekblad*, 138(45), 1574-1578.
- Federation, D. D. (2015). NDF Zorgstandaard—diabetes type 2 volwassenen.
- Fransen, G., & Molleman, G. (2013). *Hoe kan preventief gezondheidsbeleid voor volwassenen in de leeftijd 30 tot 65 in Wijchen eruit zien?*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://academischewerkplaatsamphi.nl/wp-content/uploads/2016/06/rapport-preventief-gezondheidsbeleid-voor-volwassenen-in-Wijchen-definitief.pdf>
- Gemeente Arnhem. (z.j.). *Gelrepas*. Geraadpleegd op 24 mei 2018, van https://www.arnhem.nl/Inwoners/werk_en_inkomen/GelrePas
- Hamberg-van Reenen, H. H., van Meeteren-Schram, M. T., Heus, S. M., & Baan, C. A. (2008). Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland. *RIVM rapport 260322003*.

- Havitz, M. E., Kaczynski, A. T., & Mannell, R. C. (2013). Exploring relationships between physical activity, leisure involvement, self-efficacy, and motivation via participant segmentation. *Leisure Sciences*, 35(1), 45-62.
- Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Gezondheid en determinanten*. Deelrapport van de VTV 210 Van gezond naar beter.
- Herens, M., & Wagemakers, A. (2017). Assessing participants' perceptions on group-based principles for action in community-based health enhancing physical activity programmes: The APEF tool. *Evaluation and program planning*, 65, 54-68.
- Herens, M., Wagemakers, A., den Besten, H., & Bernaards, C. (2015). Welke factoren zijn van invloed op duurzaam beweeggedrag bij vrouwen van niet-westerse herkomst?. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(3), 93-101.
- Herens, M., Wagemakers, A., Vaandrager, L., & Koelen, M. (2015). Exploring participant appreciation of group-based principles for action in community-based physical activity programs for socially vulnerable groups in the Netherlands. *BMC public health*, 15(1), 1173.
- 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).
- Holm, K., Kremers, S. P., & De Vries, H. (2003). Why do Danish adolescents take up smoking?. *The European Journal of Public Health*, 13(1), 67-74.
- Hopper, T., & Hoque, Z. (2006). Triangulation approaches to accounting research. *Methodological issues in accounting research: theories and methods*, 477-486.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 343.
- Hupp, S. D., & Reitman, D. (1999). Improving sports skills and sportsmanship in children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 21(3), 35-51.
- Hydén, L. C., & Bülow, P. H. (2003). Who's talking: drawing conclusions from focus groups—some methodological considerations. *Int. J. Social Research Methodology*, 6(4), 305-321.
- Jacobs-van Der Bruggen, M. A., Bos, G., Bemelmans, W. J., Hoogenveen, R. T., Vijgen, S. M., & Baan, C. A. (2007). Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes care*, 30(1), 128-134.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., & Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *The American journal of clinical nutrition*, 79(3), 379-384.
- Janssen, S. (2018). *Huidplooimeting, meet vetpercentage met de huidplooimeter*. Geraadpleegd op 29 mei 2018, van <https://www.verantwoord-afvallen.nl/afvallen/huidplooimeting-beste-manier-voor-bepalen-vetmassa>

- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF: Diabetes Atlas – 8th edition* [Dataset]. Geraadpleegd op 4 mei 2018, van <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>
- Keuzenkamp, S. (2017). WAT WERKT EN WIE WERKT?. De rol van ervaringsdeskundigen bij de aanpak van armoede en schulden. Oratie Vrije Universiteit Amsterdam, 28 november 2017.
- Kim, H.S., Sherman, D.K., Ko, D. & Taylor, S.E. (2006). Pursuit of happiness and pursuit of harmony. Culture, relationships, and social support seeking. *Personality and Social Psychology bulletin*, 32, 1595-1607.
- Koelen, M. A., & Lindström, B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European journal of clinical nutrition*, 59(S1), S10.
- Koelen, M. A. & van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Lakerveld, J., Bot, S., & Nijpels, G. (2014). De effectiviteit van leefstijlinterventies in de eerste lijn. *Huisarts en wetenschap*, 57(2), 64-67.
- 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.
- Landman, G. W., Van Hateren, K. J., Kleefstra, N., Groenier, K. H., Gans, R. O., & Bilo, H. J. (2010). Health related quality of life and mortality in a general and elderly population of patients with type 2 diabetes (ZODIAC-18). *Diabetes care*.
- Lappalainen, R., Saba, A., Holm, L., Mykkanen, H., Gibney, M. J., & Moles, A. (1997). Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European journal of clinical nutrition*, 51(2), S36.
- Laverack, G. (2005). Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 41(3), 266-276.
- Lawrance, L. (1989). Validation of a self-efficacy scale to predict adolescent smoking. *Health Education Research*, 4(3), 351-360.
- Leemrijse, C. J., Veenhof, C., & de Bakker, D. H. (2013). *Zorg en sport bewegen in de buurt*. Nivel.
- Locke, E., & Latham, G. (1994). Goal-setting theory. *Organizational Behavior 1: Essential Theories of Motivation and Leadership*, 159-183.
- Lucassen, P. L. B. J., & Hartman, T. (Eds.). (2006). *Kwalitatief onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.

- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., Corella, D., Fitó, M., Ros, E., & Predimed Investigators. (2015). Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED study. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(1), 50-60.
- McEwen, B. S. (2003). Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 52, 10-16.
- Meijer, P. C., Verloop, N., & Beijaard, D. (2002). Multi-method triangulation in a qualitative study on teachers' practical knowledge: An attempt to increase internal validity. *Quality and quantity*, 36(2), 145-167.
- Moreno, L. A., Joyanes, M., Mesana, M. I., González-Gross, M., Gil, C. M., Sarría, A., ... & Marcos, A. (2003). Harmonization of anthropometric measurements for a multicenter nutrition survey in Spanish adolescents. *Nutrition*, 19(6), 481-486.
- Movisie. (2013a). *Kwetsbare burgers*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/kwetsbare-burgers>
- Movisie. (2013b). *Het Participatiewiel*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <http://www.invoorzorg.nl/ivz/tool-het-Participatiewiel.html>
- Movisie. (2014). *Het Participatiewiel: drie voorbeelden uit de praktijk* [Figuur]. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/Participatiewiel-drie-voorbeelden-uit-praktijk>
- Odnoletkova, I., Goderis, G., Pil, L., Nobels, F., Aertgeerts, B., Annemans, L., & Ramaekers, D. (2015). Kosteneffectiviteit van therapeutische educatie bij prediabetes en type 2 diabetes. *diabetes*, 4, 6.
- Park, E. Y., & Choi, Y. I. (2014). Rasch analysis of the London Handicap Scale in stroke patients: a cross-sectional study. *Journal of neuro engineering and rehabilitation*, 11(1), 114.
- Pharos. (2013). *Feiten en cijfers diabetes*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/chronische-aandoeningen/diabetes/feiten-en-cijfers-diabetes>
- Poortvliet, M. C., Schrijvers, C. T. M., & Baan, C. A. (2007). Diabetes in Nederland. Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst.
- Post, M. W., van der Zee, C. H., Hennink, J., Schafrat, C. G., Visser-Meily, J. M., & van Berlekom, S. B. (2012). Validity of the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Disability and rehabilitation*, 34(6), 478-485.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). Springer, Boston, MA.
- Rifkin, S. B., Muller, F., & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social science & medicine*, 26(9), 931-940.

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015). *RIVM: Kosten van ziekten 2015*. [Dataset]. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?graphtype=Table&ts=1512975518824>
- Rinne, M., & Toropainen, E. (1998). How to lead a group—practical principles and experiences of conducting a promotional group in health-related physical activity. *Patient education and counseling*, 33, S69-S76.
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 142, S8-S21.
- Rutten, G. E. H. M., De Grauw, W. J. C., Nijpels, G., Houweling, S. T., Van de Laar, F. A., Bilo, H. J., ... & Burgers, J. S. (2013). NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet*, 56(10), 512-25.
- Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. (2008). Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM rapport 270232001.
- Schulkin, J. (Ed.). (2004). *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation*. Cambridge University Press.
- Software, H. (2012). Survival of the Fit-test . Uitvoeringsprotocollen . Obdam, Noord-Holland, Nederland.
- Spink, K. S., Wilson, K. S., & Priebe, C. S. (2010). Groupness and adherence in structured exercise settings. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(2), 163.
- Springer, J. B., Lamborn, S. D., & Pollard, D. M. (2013). Maintaining physical activity over time: The importance of basic psychological need satisfaction in developing the physically active self. *American Journal of Health Promotion*, 27(5), 284-293.
- Takken, T. (2004). Inspanningstests. In T. Takken, Inspanningstests (p. 68, 87). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Talley, N. J., Young, L., Bytzer, P., Hammer, J., Diet, M. L. M. N., Jones, M., & Horowitz, M. (2001). Impact of chronic gastrointestinal symptoms in diabetes mellitus on health-related quality of life. *The American journal of gastroenterology*, 96(1), 71.
- Toropainen, E., & Rinne, M. (1998). What are groups all about—Basic principles of group work for health-related physical activity. *Patient education and counseling*, 33, S105-S109.
- van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoop, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & van den Borne, B. H. (2005). Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient education and counseling*, 59(1), 1-12.
- van den Berg, M., & Schoemaker, C. G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter.
- van Engelen., E. (2010). Uitgebreide toelichting van het meetinstrumenten. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument9/9_1_N.pdf

- van Hoeck, K. (2009). *Theorie gewichtsproblemen*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van https://www.vwvj.be/sites/default/files/gewicht/gewicht_-_standaard/theorie_gewicht.pdf
- van IJzendoorn, M. H., & de Frankrijker, H. (2005). *Pedagogiek in beeld: Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlener*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Lindert, C. (2009). Fit for Life:(on) bereikbaar doel. *Quick scan sport, bewegen en ouderen*.
- van Steenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 246.
- Verhagen, J. (2010). Praktijkvoorbeeld van een samenwerkingsproject in Nederland: gezondheidsbevordering in de lessen verzorging en lichamelijke opvoeding.
- Verschelling-Hartog, M. (2008). *Maatschappelijke participatie*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning%20Maatschappelijke%20participatie%20\[MOV-225254-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning%20Maatschappelijke%20participatie%20[MOV-225254-0.3].pdf)
- Virtual Medical Centre. 2009. *Assessing Central Obesity: Waist Circumference*. Geraadpleegd op 11 juli 2018, van <https://www.myvmc.com/investigations/assessing-central-obesity-waist-circumference/>
- Vries, H. D., & Mudde, A. N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychology and Health*, 13(2), 369-385.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. A., Saan, H., & Leeuwis, C. (2010). Community health promotion: a framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 428-435.
- Webb, A. R., Newman, L. A., Taylor, M., & Keogh, J. B. (1989). Hand grip dynamometry as a predictor of postoperative complications reappraisal using age standardized grip strengths. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 13(1), 30-33.
- Wens, J., Sunaert, P., Nobels, F., Feyen, L., Van Crombrugge, P., Bastiaens, H., & Van Royen, P. (2009). Diabetes mellitus type 2. *Domus Medica*.
- Wickramasinghe, K. (2017). Multisectoral action for noncommunicable diseases – what, why, how?. Geraadpleegd op 24 juli 2018, van <http://blogs.plos.org/globalhealth/2017/07/multisectoral-action-for-noncommunicable-diseases-what-why-how/>
- Williams, B., Poulter, N. R., Brown, M. J., Davis, M., McInnes, G. T., Potter, J. F., ... & Thom, S. M. (2004). British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *Bmj*, 328(7440), 634-640.
- World Health Organization. (2016). *WHO: Global report on diabetes*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation*.
- World Health Organization. (z.j.). *WHO: Diabetes*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, van <http://www.who.int/diabetes/en/>

World Health Organization. (2003). *WHO: Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation* (Vol. 916). World Health Organization.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

X-Fittt. (2017a). *Nog ruim een maand te gaan en X-FITTT Formupgrade Arnhem zit alweer zo goed als vol* [Afbeelding]. Geraadpleegd op 9 maart 2018, van <http://www.x-fittt.nl/nog-ruim-maand-gaan-en-x-fittt-formupgrade-arnhem-zit-alweer-zo-goed-als/>

Bijlagen

Bijlage 1. Voorbeeld voedingsadvies van de diëtiste van X-Fitt Diabetes

Voedingsadvies,

Naar aanleiding van ons gesprek stuur ik hierbij uw voedingsadvies bestaande uit een aantal tips, een voorbeelddagmenu en variatielijsten. We gaan in kleine stapjes naar een gezondere leefstijl, de grootste stap hebben jullie zelf al gezet!

- Het is belangrijk om regelmaat aan te houden in de voeding; 3 hoofdmaaltijden en 3 tussendoormomenten. Als je regelmatig eet, 6 eetmomenten per dag, voorkom je trek/honger waarbij vaak ongezonde producten worden gekozen. Door om de 2-3 uur te eten, blijft je verbranding stabiel en wisselt je bloedsuikerspiegel minder wat helpt bij gewichtsverlies.
- Drink voldoende (minimaal 2 L per dag) en kies voor water, thee of koffie (zonder toevoegingen). Drink bij sporten of op warme dagen 0,5 L extra (lekker met een schijfje fruit). Vocht is onder andere nodig voor het transporteren van voedingsstoffen, het regelen van de lichaamstemperatuur en het afvoeren van afvalstoffen welke vrij komen bij afvallen. Extra belangrijk dus! Zorg ervoor dat je altijd een flesje in het zicht hebt staan zodat je eraan denkt te drinken en neem een vol flesje mee als je weggaat. Probeer je koffie-inname te beperken tot 4 kopjes per dag en vervang de kuipjes koffiemelk door gewone halfvolle melk.
- Neem 2x per dag een schaalte zuivel. Zuivel bevat veel eiwitten die goed zijn voor je spieropbouw. Lekker met een stuk fruit erin om het iets minder zuur te maken, zo krijg je gelijk je 2 stuks fruit per dag binnen. Win-win ;). Varieer fruit omdat elke soort zijn eigen vitamines en mineralen heeft. Je kan 2 eetlepels muesli zonder toegevoegde suikers toevoegen: <https://www.ah.nl/producten/product/wi368022/ah-biologisch-muesli>
- Kies volkoren varianten, zowel als brood als zilvervliesrijst en volkoren pasta bij het avondeten. Deze varianten bevatten namelijk veel vezels die een positieve werking hebben op de stoelgang en het verzadigingsgevoel. Peulvruchten zoals bonen, linzen en kikkererwten bevatten ook veel vezels en zorgen voor een stabiele bloedsuikerspiegel, deze passen prima in een gevarieerd voedingspatroon.
- Eet dagelijks 250 gram groente. Dit kan naast de groenten van de avondmaaltijd ook prima tussendoor in de vorm van rauwkost: worteltjes, komkommer, (cherry) tomaatjes, paprika, radijsjes etc. Probeer zoveel mogelijk groenten vers of uit de diepvries te eten. Groenten uit pot en blik bevatten over het algemeen toegevoegd zout en suiker.
- Houd voor het avondeten de volgende verdeling aan: helft groente, kwart aardappelen/ volkoren pasta/zilvervliesrijst en een kwart vlees, vis, ei of vega (mag door elkaar). Voor (vis)inspiratie kan je kijken op www.allerhande.nl, houd voor de avondmaaltijd 450-700 kcal aan.
- Neem wekelijks vis en kies dan voor de niet gefrituurde varianten. Vis kan naast de avondmaaltijd ook prima op brood of op een toastje/cracker. Vis bevat de gezonde, onverzadigde vetzuren die een positieve werking op onze gezondheid hebben.

- Eet rustig, probeer 10x te kauwen op elke hap en leg je bestek tijdens het avondeten eens neer. Rustig kauwen zorgt voor een betere vertering en zorgt ervoor dat je voelt wanneer je vol zit.
- Vervang de harde blokken boter door een vloeibare variant. De vloeibare varianten bevatten de gezonde, onverzadigde vetten die goed zijn voor de gezondheid. Verzadigde vetten zijn niet goed voor de gezondheid en zijn te herkennen aan de hardheid bij kamertemperatuur.

Beweeg iedere dag minimaal 60 minuten (wandelen, fietsen, huishouden,...) en probeer daarnaast iedere week minimaal 2x per week intensiever te bewegen. Bouw de beweging rustig op, ook tijdens X-fitt Diabetes.

Voorbeelddagmenu

Ontbijt

- * 150-200 ml magere naturel kwark/yoghurt/Skyr/Kvarg/melk met havermout
- * evt. 2 eetlepels muesli zonder toegevoegde suikers
- * 100 gram (diepvries) fruit
- * Water/thee/koffie zonder toevoegingen

Tussendoor

- * 1-2 volkoren crackers met een dun laagje halvarine en mager beleg^{2,3}
- * Water/thee/koffie zonder toevoegingen

Lunch

- * 2-3 snee volkorenbrood met een dun laagje halvarine en mager beleg^{2,3}
- * Glas halfvolle melk
- * Water/thee

Tussendoor

- * Tussendoortje, zie variatielijst⁴
- * Rauwkost -> worteltjes/tomaatjes/reepjes paprika/radijsjes/ komkommer
- * Water/thee

Avondmaaltijd

- * Glas water
- * 2 aardappels/2 opscheplepels zilvervriesrijst/ volkoren pasta/ bulgur/ couscous (+/- 100 gram gekookt)
- * Minimaal 4 opscheplepels groente (200 gram)
- * 1 stukje mager vlees/vis/vleesvervanger⁵ (75-100 gram)
- * Gebruik bij het bakken vloeibare boter of olijfolie (15 gram per persoon)

Tussendoor

- * 150 -200 ml magere naturel yoghurt/kwark/Skyr/Kvarg
- * 100 gram (diepvries) fruit
- * Water/thee/koffie zonder toevoegingen

Variatielijst

1. Portie fruit 2x per dag

Een glas sinaasappelsap of smoothie kan een portie fruit niet vervangen, het levert namelijk minder vezels en meer suiker dan een portie fruit. Vezels zijn belangrijk voor een goede stoelgang en ze verzadigen waardoor het hongergevoel langer wegblijft. Varieer in de soorten fruit die je neemt, in elke fruitsoort zitten andere vitamines en mineralen die het lichaam nodig heeft.

2. Voorbeelden mager beleg:

- 20+/30+ (smeer)kaas
- Kees (kaas met minder zout en verzadigd vet)
- Philadelphia light
- Hüttenkäse
- Notenpasta (100% noten, zonder toegevoegde suikers)
- Plakjes aardbei/banaan/appel/ ..
- Magere vleeswaren: kipfilet, kalkoenfilet, rosbief, filet americain
- Gekookt ei (maximaal 3 per week)
- Groentespread (erwtenspread, pompoenspread, paprikaspread, ..)
- Groente- en fruitspread Blue Band

Bij de broodmaaltijden kunnen groenten prima als toevoeging op de boterham gegeten worden. Bijvoorbeeld plakjes komkommer en/of tomaat met een blaadje sla en kaas op een boterham.

3. Broodvarianties

In plaats van 1 snee volkoren brood, kan je ook kiezen uit:

- 2 snee roggebrood
- 2 knäckebröd/vezelrijke crackers
- 2 volkoren/bruine beschuitjes
- salade met 75 gram vis/vlees/vega met volkorenpasta/bulgur/quinoa

4. Gezonde tussendoortjes

- Volkoren cracker met smeerkaas 20+/30+, filet americain of 30+ kaas
- Plak roggebrood
- Gekookt ei
- Rijstwafel/Snack a Jack
- Asperges/meloen/auurk gerold in een plakje rookvlees of zalm
- Groenten: komkommer, wortels, paprika, tomaat, 10 olijven
- Handje ongezouten noten (max. een handje omdat noten wel veel calorieën bevatten)

5. Voorbeelden mager vlees

- Kipfilet
- Kip zonder vel
- Biefstuk
- Tartaar
- Hamburger, rund
- Rosbief
- Rundergehakt
- Rundervink

Vis (eet minimaal 1x per week vis, liefst vette)

Relatief magere vissoorten

Gamba's

Koolvis

Schol

Tonijn, rauw

Wijting

Kabeljauw

Schelvis

Tong

Tilapia

Relatief vette vissoorten

Haring

Paling

Bokking

Makreel

Zalm

Vega

Tahoe

Tempeh

Peulvruchten

Vleesvervanger

Quorn stukjes DèS

Pompoen-tijmburger AH

Bio stukjes Tofu AH

Quorn veganistische filet

Groentetips:

- <https://www.ah.nl/producten/product/wi399570/ah-broccoli-rijst> en

<https://www.ah.nl/producten/product/wi379923/ah-courgette-spaghetti>

- Soep maken, groenten puren zodat je ze niet ziet

- <https://www.ah.nl/producten/product/wi386308/magioni-bloemkool-pizzabodem>

- Pastasaus met veel groente

- Bij stampot de verhouding aardappelen-groente aanpassen

- Wraps/taco's met extra groente

- Tussendoor rauwe groenten eten of op brood zodat je 's avonds niet meer 250 gram hoeft te eten

- Allerhande.nl voor inspiratie

Bijlage 2. Toestemmingsverklaring onderzoeksactiviteiten

2.1 Eerste ronde van X-Fittt Diabetes

Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek:

Evaluatie en meting van de impact van deelname aan X-Fittt 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 en gepubliceerd kunnen 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 opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen

Naam deelnemer:.....

Handtekening deelnemer.....

Datum:.....

2.2 Tweede ronde van X-Fitt Diabetes

Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek van Wageningen University & Research:
Zorg-sportinitiatieven in de wijk: onderzoek naar participatie, werkzame elementen, impact en financiering; programma X-Fitt diabetes

In te vullen door de deelnemer

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd en ik ben in staat gesteld vragen te stellen over dit onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek **anoniem** en **vertrouwelijk** behandeld zullen worden en gepubliceerd kunnen worden.
- Ik stem geheel vrijwillig in met de volgende onderzoeksactiviteiten:
 - Invullen vragenlijst bij start, 3 maanden na start en 1 jaar na start van X-Fitt diabetes
 - Groepsgesprek 3 maanden na start van X-Fitt diabetes
 - Individueel gesprek 1 jaar na start van X-Fitt diabetes
 - Gebruik van fysiotherapeutische gegevens voor onderzoeksdoeleinden
- 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 ik bij medewerking aan het onderzoek een kleine tegemoetkoming van maximaal € 20,- kan verwachten:
 - € 10,- VVV-bon na invullen vragenlijst en deelname aan groepsgesprek 3 maanden na start van X-Fitt diabetes
 - € 10,- VVV-bon na invullen vragenlijst en deelname aan individueel gesprek 1 jaar na start van X-Fitt diabetes

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer

Datum:

Bijlage 3. Lichaamsmetingen per leeftijdscategorie en geslacht

3.1 Handknijpkracht

Leeftijd (jaren)	Vrouw (kg)	Man (kg)
15	28	42
20	29	43
25	30	44
30	30	45
35	30	45
40	30	45
45	30	45
50	29	45
55	28	44
60	27	43
65	25	41
70	23	39
75	20	37
80	18	35
85	13	32
90	11	29
95	8	26

* Minimaal acceptabele handknijpkrachtwaarden op 85% van de normaalwaarde (Webb et al., 1989)

3.2 Uithoudingsvermogen

VO ₂ max mannen (ml/min)							
Leeftijd	Zeer slecht	Slecht	Redelijk	Gemiddeld	Goed	Zeer goed	Uitstekend
20-24	< 32	32-37	38-43	44-50	51-56	57-62	> 62
25-29	< 31	31-35	36-42	43-48	49-53	54-59	> 59
30-34	< 29	29-34	35-40	41-45	46-51	52-56	> 56
35-39	< 28	28-32	33-38	39-43	44-48	49-54	> 54
40-44	< 26	26-31	32-35	36-41	42-46	47-51	> 51
45-49	< 25	25-29	30-34	35-39	40-43	44-48	> 48
50-54	< 24	24-27	28-32	33-36	37-41	42-46	> 46
55-59	< 22	22-26	27-30	31-34	35-39	40-43	> 43
60 >	< 21	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	> 40

VO ₂ max vrouwen (ml/min)							
Leeftijd	Zeer slecht	Slecht	Redelijk	Gemiddeld	Goed	Zeer goed	Uitstekend
20-24	< 27	27-31	32-36	37-41	42-46	47-51	> 51
25-29	< 26	26-30	31-35	36-40	41-44	45-49	> 49
30-34	< 25	25-29	30-33	34-37	38-42	43-46	> 46
35-39	< 24	24-27	28-31	32-35	36-40	41-44	> 44
40-44	< 22	22-25	26-29	30-33	34-37	38-41	> 41
45-49	< 21	21-23	24-27	28-31	32-35	36-38	> 38
50-54	< 19	19-22	23-25	26-29	30-32	33-36	> 36
55-59	< 18	18-20	21-23	24-27	28-30	31-33	> 33
60 >	< 16	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	> 30

(Takken, 2004)

Bijlage 4. Vragenlijsten

4.1 Vragenlijst van de eerste ronde X-Fittt Diabetes T0

Vragenlijst deelnemers X-Fittt diabetes

Vragenlijst 1

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

- Algemene vragen over uw persoonlijke situatie
- 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!**

Kwaliteit van leven

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



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0



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
☐	☐	☐	☐	☐

...ik verveeld ben door het beweegprogramma of beweegactiviteit

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik pijn heb tijdens het bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik alleen moet bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik het niet leuk vind om te bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik het te druk heb met andere activiteiten

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

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

...ik me moe zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik me gestrest zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik me depressief zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

Ziekte en zorggebruik

Vraag 5. 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 6. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?

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

- ☐ Nee → ga verder naar vraag 9
- ☐ Ja, namelijk voor _____
voor _____
voor _____
voor _____

Vraag 7. Welke medicatie gebruikt u?

Naam medicatie

Hoeveelheid

Ochtend

Ochtend

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Middag

Middag

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Avond

Avond

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Nacht

Nacht

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Vraag 8. Hoeveel pillen slikt u in totaal per dag?

Voorgeschreven medicatie en zelfzorgmiddelen die u bij de drogist of apotheek koopt (zoals paracetamol).

_____ 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 → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

Vraag 10. Wanneer heeft u voor het laatst voor uzelf contact gehad met een praktijkondersteuner?

- ☐ In de afgelopen 3 maanden → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

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

- ☐ Niet → ga verder naar vraag 12
- ☐ _____ keer

Vragenlijst gaat verder op de volgende pagina.

Vraag 12. Met welke zorgverlener(s) die niet bij X-Fittt diabetes betrokken zijn heeft u in de afgelopen 6 maanden contact gehad voor uzelf?

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

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

Vraag 13. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar?

Vraag 14. Hoe beoordeelt u uw zorgverzekeraar?

Uitstekend	Heel goed	Goed	Matig	Slecht
☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 15. Wat is de reden dat u uw zorgverzekeraar op die manier beoordeelt?

Zelfmonitoring

Vraag 16. 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
 - ☐ Kilometerter teller
 - ☐ 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 17. 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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik voel me schuldig als ik niet beweeg.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik waardeer de voordelen van bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik beweeg omdat ik dat leuk vind.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik zie niet in waarom ik zou bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik schaam me als ik een beweegactiviteit gemist heb.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind het belangrijk om regelmatig te bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik geniet van mijn beweegsessies.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik zie het nut niet in van bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind bewegen een aangename activiteit.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik word onrustig als ik niet regelmatig beweeg.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind plezier en voldoening in bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind dat bewegen tijdverspilling is.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Algemeen

18a. Wat is uw geboorteland?

18b. Als u niet in Nederland bent geboren, hoeveel jaar woont u in Nederland?

_____ jaar

18c. 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 _____

18d. 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/zus)
- ☐ Ik woon in bij een kind en zijn/haar gezin
- ☐ Anders, namelijk _____

18e. 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 18f. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?

Netto is het bedrag dat u maandelijks op uw bank- of girorekening(en) krijgt. Dit zijn inkomsten uit arbeid, pensioen, uitkeringen of alimentatie.

- ☐ € 1.000,- of minder
- ☐ € 1.001,- tot en met € 1.350,-
- ☐ € 1.351,- tot en met € 1.800,-
- ☐ € 1.801,- tot en met € 3.150,-
- ☐ € 3.151,- of meer
- ☐ Wil ik niet zeggen
- ☐ Weet ik niet

Vraag 19. Bent u in het bezit van een Gelrepas?

- ☐ Ja
 - ☐ Nee
-

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden
van de vragen!

Vragenlijst deelnemers X-Fittt diabetes

Vragenlijst 2

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

- Algemene vragen over uw persoonlijke situatie
- 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!**

Kwaliteit van leven

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



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0



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
☐	☐	☐	☐	☐

...ik verveeld ben door het beweegprogramma of beweegactiviteit

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik pijn heb tijdens het bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik alleen moet bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik het niet leuk vind om te bewegen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik het te druk heb met andere activiteiten

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

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

...ik me moe zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik me gestrest zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

...ik me depressief zou voelen

Zeer zeker	Zeker	Niet zeker, niet onzeker	Onzeker	Heel onzeker
☐	☐	☐	☐	☐

Ziekte en zorggebruik

Vraag 5. 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 6. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?

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

- ☐ Nee → ga verder naar vraag 9
- ☐ Ja, namelijk voor _____
voor _____
voor _____
voor _____

Vraag 7. Welke medicatie gebruikt u?

<u>Naam medicatie</u>	<u>Hoeveelheid</u>
<i>Ochtend</i>	<i>Ochtend</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Middag</i>	<i>Middag</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Avond</i>	<i>Avond</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Nacht</i>	<i>Nacht</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Vraag 8. Hoeveel pillen slikt u in totaal per dag?

Voorgeschreven medicatie en zelfzorgmiddelen die u bij de drogist of apotheek koopt (zoals paracetamol).

_____ pil(len)

Vraag 9. 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).*

- ☐ Niet
- ☐ _____ keer

Vraag 10. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden voor uzelf contact gehad met een praktijkondersteuner?

- ☐ Niet
- ☐ _____ keer

Vraag 11. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden voor uzelf contact gehad met zorgverleners die niet bij X-Fittt diabetes betrokken zijn?

- ☐ Niet → ga verder naar vraag 13
- ☐ _____ keer

Vraag 12. Met welke zorgverlener(s) die niet bij X-Fittt diabetes betrokken zijn heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad voor uzelf?

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

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

Vraag 13. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar?

Vraag 14. Hoe beoordeelt u uw zorgverzekeraar?

Uitstekend	Heel goed	Goed	Matig	Slecht
☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 15. Wat is de reden dat u uw zorgverzekeraar op die manier beoordeelt?

Zelfmonitoring

Vraag 16. 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 _____

Ervaring met gezondheidsprofessionals

Vraag 17. Wat vindt u van de rol van de verschillende zorgprofessionals die betrokken zijn bij X-Fittt diabetes?

De rol van de fysiotherapeut(en)

- ☐ Ik heb geen contact gehad met 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

- ☐ Ik heb geen contact gehad met de diëtiste

Uitstekend	Heel goed	Goed	Matig	Slecht
☐	☐	☐	☐	☐

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

De rol van de beweegleider 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 18. 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
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

De sfeer in de groep is goed

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 19.

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 20. 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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik voel me schuldig als ik niet beweeg.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik waardeer de voordelen van bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik beweeg omdat ik dat leuk vind.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik zie niet in waarom ik zou bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik schaam me als ik een beweegactiviteit gemist heb.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind het belangrijk om regelmatig te bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik geniet van mijn beweegsessies.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik zie het nut niet in van bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind bewegen een aangename activiteit.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Ik word onrustig als ik niet regelmatig beweeg.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind plezier en voldoening in bewegen.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Ik vind dat bewegen tijdverspilling is.

Helemaal mee eens	Eens	Niet mee eens of oneens	Oneens	Helemaal mee oneens
☐	☐	☐	☐	☐

Algemeen

21. 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 _____

Vervolgonderzoek

Vraag 22. Vult u hieronder alstublieft uw adresgegevens in voor het vervolgonderzoek (over ongeveer 9 maanden).

Naam (voor en achternaam): _____

Straatnaam en huisnummer _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Mailadres: _____

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden
van de vragen!

Vragenlijst deelnemers X-Fitt diabetes

Vragenlijst 1

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

- Vragen over uw gezondheid en kwaliteit van leven
- Vragen over ziekte en zorggebruik
- Vragen over monitoring
- Vragen over maatschappelijke participatie
- Vragen over uw leefstijl
- Algemene vragen over uw persoonlijke situatie

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!**

Kwaliteit van leven

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



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0



Slechtst denkbare
gezondheidstoestand

Ziekte en zorggebruik

Vraag 4. 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 5. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?

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

- ☐ Nee → ga verder naar vraag 8
- ☐ Ja, namelijk voor _____
voor _____
voor _____
voor _____

Vraag 6. Welke medicatie gebruikt u?

<u>Naam medicatie</u>	<u>Hoeveelheid</u>
<i>Ochtend</i>	<i>Ochtend</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.

<u>Naam medicatie</u>	<u>Hoeveelheid</u>
<i>Middag</i>	<i>Middag</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Avond</i>	<i>Avond</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Nacht</i>	<i>Nacht</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Vraag 7. Hoeveel pillen slikt u in totaal per dag?

Voorgeschreven medicatie en zelfzorgmiddelen die u bij de drogist of apotheek koopt (zoals paracetamol).

_____ pil(len)

Vraag 8. 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 → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

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

- ☐ In de afgelopen 3 maanden → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

Vraag 10. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 6 maanden voor uzelf contact gehad met andere zorgverleners?

- ☐ Niet → ga verder naar vraag 12
- ☐ _____ keer

Vraag 11. Met welke andere zorgverlener(s) heeft u in de afgelopen 6 maanden contact gehad voor uzelf?

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

- ☐ Bedrijfsarts
- ☐ Medisch specialist
- ☐ Diëtist van X-Fittt diabetes
- ☐ Diëtiste (**niet** van X-Fittt diabetes)
- ☐ Fysiotherapeut van X-Fittt diabetes (**niet** de beginmeting)
- ☐ Fysiotherapeut (**niet** van X-Fittt diabetes)
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Oefentherapeut Cesar / Mensendieck
- ☐ Thuiszorg (wijkverpleegkundige gezinsverzorging, Alfahulp)
- ☐ GGZ / Geestelijke gezondheidszorg
- ☐ Algemeen maatschappelijk werk / Ouderenadviseur
- ☐ Anders, namelijk _____

Vraag 12. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar?

Vraag 13. Hoe beoordeelt u uw zorgverzekeraar?

Omcirkel het juiste antwoord.

Uitstekend | Heel goed | Goed | Matig | Slecht

Vraag 14. Wat is de reden dat u uw zorgverzekeraar op die manier beoordeelt?

Zelfmonitoring

Vraag 15. 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 _____

Participatie

Vraag 16. Hoeveel uur per week bent u bezig met de volgende activiteiten?

Omcirkel het juiste antwoord. Het gaat om een normale week, waarbij vakantie niet meetelt. Eventuele reistijd telt u niet mee.

Betaald werk

Alle vormen van betaald werk, ook werken in eigen bedrijf

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
------------------	------------	-------------	--------------	--------------	-------------------

Onbetaald werk

Actief zijn in een vereniging, buurthuis, op school en ander vrijwilligerswerk

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
------------------	------------	-------------	--------------	--------------	-------------------

Opleiding

Alléén opleidingen of cursussen voor betaald werk of om betaald werk te krijgen

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
------------------	------------	-------------	--------------	--------------	-------------------

Huishoudelijke taken

Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren en dergelijke

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
------------------	------------	-------------	--------------	--------------	-------------------

Vraag 17. Hoe vaak doet u in een gemiddelde week de volgende activiteiten?

Omcirkel het juiste antwoord. Activiteiten voor werk, school of huishouden tellen hier niet mee.

Sporten of andere lichaamsbeweging voor vrijetijd

Zoals: tennissen, fietsen, fitnesssen, een stuk wandelen

Let op: fietsen naar bijv. werk of de supermarkt telt niet mee

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Sporten of andere lichaamsbeweging voor verplaatsing

Zoals: fietsen of lopen naar bijv. werk of de supermarkt

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Uitgaan

Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis

Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Vrijtijdsbesteding thuis

Zoals: knutselen, handwerken, lezen, puzzelen, computerspelletjes doen

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Op bezoek gaan bij familie of vrienden

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Bezoek krijgen van familie of vrienden

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen

Zoals: bellen, chatten, e-mailen

Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Vraag 18. Hoe tevreden bent u met onderstaande activiteiten in uw huidige dagelijks leven?

Omcirkel het juiste antwoord. Vul alstublieft alleen NVT (niet van toepassing) in als u helemaal geen werk of studie heeft of als u geen partner heeft.

Betaald werk

Alle vormen van betaald werk, ook werken in eigen bedrijf

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Onbetaald werk

Actief zijn in een vereniging, buurthuis, op school en ander vrijwilligerswerk

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Opleiding

Alléén opleidingen of cursussen voor betaald werk of om betaald werk te krijgen

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Huishoudelijke taken

Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren en dergelijke

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden

Sporten of andere lichaamsbeweging voor vrijetijd

Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden

Sporten of andere lichaamsbeweging voor verplaatsing

Zoals: fietsen of lopen naar bijv. werk of de supermarkt

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden

Vraag 18 gaat verder op de volgende pagina

Vraag 18 (vervolg). Hoe tevreden bent u met onderstaande activiteiten in uw huidige dagelijks leven?

Omcirkel het juiste antwoord. Vul alstublieft alleen NVT (niet van toepassing) in als u helemaal geen werk of studie heeft of als u geen partner heeft.

Uitgaan

Zoals: uit eten gaan,
bezoeken van café,
bioscoop, concert,
alleen of met anderen

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

**Dagtochtjes en
andere activiteiten
buitenshuis**

Zoals: winkelen,
evenementen bijwonen,
naar strand, kerk- of
moskeebezoek

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

**Vrijtijdsbesteding
thuis**

Zoals: knutselen,
handwerken, lezen,
puzzelen,
computerspelletjes
doen

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

**Relatie met uw
partner**

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

NVT

**Relatie met uw
gezin of familie**

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

**Contacten met
vrienden of
bekenden**

Ze
er
ontevreden

Ontevreden

Neutraal

Tevreden

Ze
er
tevreden

Leefstijl

19a. Rookt u?

- ☐ Ja
☐ Nee (ga door naar vraag 20a)

19b. Hoeveel sigaretten rookt u gemiddeld per dag?

_____ sigaretten

20a. Drinkt u alcohol?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 21a)

20b. Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag/week/maand?

_____ per dag **OF** _____ per week **OF** _____ per maand

Algemeen

21a. Wat is uw geboorteland?

21b. Als u niet in Nederland bent geboren, hoeveel jaar woont u in Nederland?

_____ jaar

21c. 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 _____

21d. 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/zus)
- ☐ Ik woon in bij een kind en zijn/haar gezin
- ☐ Anders, namelijk _____

21e. 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 21f. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?

Netto is het bedrag dat u maandelijks op uw bank- of girorekening(en) krijgt. Dit zijn inkomsten uit arbeid, pensioen, uitkeringen of alimentatie.

- ☐ € 1.000,- of minder
- ☐ € 1.001,- tot en met € 1.350,-
- ☐ € 1.351,- tot en met € 1.800,-
- ☐ € 1.801,- of meer
- ☐ Wil ik niet zeggen
- ☐ Weet ik niet

Vraag 21g. Bent u in het bezit van een Gelrepas?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Vervolgonderzoek

Vraag 22. Vult u hieronder alstublieft uw adresgegevens in voor het vervolgonderzoek.

Naam (voor en achternaam): _____

Straatnaam en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer: _____

Mailadres: _____

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden
van de vragen!

Vragenlijst deelnemers X-Fittt diabetes

Vragenlijst 2

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

- Vragen over uw gezondheid en kwaliteit van leven
- Vragen over ziekte en zorggebruik
- Vragen over monitoring
- Vragen over maatschappelijke participatie
- Vragen over uw leefstijl
- Algemene vragen over uw persoonlijke situatie

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!**

Kwaliteit van leven

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



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0



Slechtst denkbare
gezondheidstoestand

Ziekte en zorggebruik

Vraag 4. 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 5. Gebruikt u medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven?

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

- ☐ Nee → ga verder naar vraag 8
- ☐ Ja, namelijk voor _____
voor _____
voor _____
voor _____

Vraag 6. Welke medicatie gebruikt u?

<u>Naam medicatie</u>	<u>Hoeveelheid</u>
<i>Ochtend</i>	<i>Ochtend</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.

<u>Naam medicatie</u>	<u>Hoeveelheid</u>
<i>Middag</i>	<i>Middag</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Avond</i>	<i>Avond</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<i>Nacht</i>	<i>Nacht</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Vraag 7. Hoeveel pillen slikt u in totaal per dag?

Voorgeschreven medicatie en zelfzorgmiddelen die u bij de drogist of apotheek koopt (zoals paracetamol).

_____ pil(len)

Vraag 8. 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 → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

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 → als u in de afgelopen 3 maanden contact heeft gehad, hoe vaak was dat dan? _____ keer
- ☐ Langer dan 3 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- ☐ 12 maanden of langer geleden
- ☐ Nog nooit

Vraag 10. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 6 maanden voor uzelf contact gehad met andere zorgverleners?

- ☐ Niet → ga verder naar vraag 12
- ☐ _____ keer

Vraag 11. Met welke andere zorgverlener(s) heeft u in de afgelopen 6 maanden contact gehad voor uzelf?

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

- ☐ Bedrijfsarts
- ☐ Medisch specialist
- ☐ Diëtist van X-Fittt diabetes
- ☐ Diëtiste (**niet** van X-Fittt diabetes)
- ☐ Fysiotherapeut van X-Fittt diabetes (**niet** de beginmeting)
- ☐ Fysiotherapeut (**niet** van X-Fittt diabetes)
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Oefentherapeut Cesar / Mensendieck
- ☐ Thuiszorg (wijkverpleegkundige gezinsverzorging, Alfahulp)
- ☐ GGZ / Geestelijke gezondheidszorg
- ☐ Algemeen maatschappelijk werk / Ouderenadviseur
- ☐ Anders, namelijk _____

Vraag 12. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar?

Vraag 13. Hoe beoordeelt u uw zorgverzekeraar?

Omcirkel het juiste antwoord.

Uitstekend | Heel goed | Goed | Matig | Slecht

Vraag 14. Wat is de reden dat u uw zorgverzekeraar op die manier beoordeelt?

Zelfmonitoring

Vraag 15. 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 _____

Ervaring met gezondheidsprofessionals

Vraag 16a. Wat vindt u van de rol van de fysiotherapeut(en) van X-Fittt diabetes?

Omcirkel het juiste antwoord.

- ☐ Ik heb geen contact gehad met de fysiotherapeut(en)

Uitstekend | Heel goed | Goed | Matig | Slecht

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

Vraag 16b. Wat vindt u van de rol van de diëtiste van X-Fittt diabetes?

Omcirkel het juiste antwoord.

- ☐ Ik heb geen contact gehad met de diëtiste

Uitstekend | Heel goed | Goed | Matig | Slecht

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

Vraag 16c. Wat vindt u van de rol van de beweeagleider van de groepslessen van X-Fitt diabetes?

Omcirkel het juiste antwoord.

Uitstekend | Heel goed | Goed | Matig | Slecht

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

Bewegen in een groep

Vraag 17. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Omcirkel het juiste antwoord.

Ik vind het fijn om in een groep te bewegen

Helemaal mee eens | Eens | Niet mee eens of oneens | Oneens | Helemaal mee oneens

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

De sfeer in de groep is goed

Helemaal mee eens | Eens | Niet mee eens of oneens | Oneens | Helemaal mee oneens

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

Helemaal mee eens | Eens | Niet mee eens of oneens | Oneens | Helemaal mee oneens

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
-------------------	------	-------------------------	--------	---------------------

Participatie

Vraag 18. Hoeveel uur per week bent u bezig met de volgende activiteiten?

Omcirkel het juiste antwoord. Het gaat om een normale week, waarbij vakantie niet meetelt. Eventuele reistijd telt u niet mee.

Betaald werk

Alle vormen van betaald werk, ook werken in eigen bedrijf

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
---------------	---------	----------	-----------	-----------	----------------

Onbetaald werk

Actief zijn in een vereniging, buurthuis, op school en ander vrijwilligerswerk

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
---------------	---------	----------	-----------	-----------	----------------

Opleiding

Alléén opleidingen of cursussen voor betaald werk of om betaald werk te krijgen

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
---------------	---------	----------	-----------	-----------	----------------

Huishoudelijke taken

Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren en dergelijke

Helemaal niet	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-35 uur	36 uur of meer
---------------	---------	----------	-----------	-----------	----------------

Vraag 19. Hoe vaak doet u in een gemiddelde week de volgende activiteiten?

Omcirkel het juiste antwoord. Activiteiten voor werk, school of huishouden tellen hier niet mee.

Sporten of andere lichaamsbeweging voor vrijetijd

Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Let op: fietsen/lopen naar bijv. werk of de supermarkt of hond uitlaten telt niet mee

Sporten of andere lichaamsbeweging voor verplaatsing

Zoals: fietsen/lopen naar bijv. werk of de supermarkt of hond uitlaten	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
--	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Uitgaan

Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis

Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
---	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Vrijtijdsbesteding thuis

Zoals: knutselen, handwerken, lezen, puzzelen, computerspelletjes doen	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
--	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Op bezoek gaan bij familie of vrienden

	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
--	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Bezoek krijgen van familie of vrienden

	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
--	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen

	Helemaal niet	Minder dan 1 keer	1 keer	2-3 keer	4-5 keer	Meer dan 5 keer
--	---------------	-------------------	--------	----------	----------	-----------------

Zoals: bellen, chatten, e-mailen

Vraag 20. Hoe tevreden bent u met onderstaande activiteiten in uw huidige dagelijks leven?

Omcirkel het juiste antwoord. Vul alstublieft alleen NVT (niet van toepassing) in als u helemaal geen werk of studie heeft of als u geen partner heeft.

Betaald werk						
Alle vormen van betaald werk, ook werken in eigen bedrijf	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	NVT
Onbetaald werk						
Actief zijn in een vereniging, buurthuis, op school en ander vrijwilligerswerk	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	NVT
Opleiding						
Alléén opleidingen of cursussen voor betaald werk of om betaald werk te krijgen	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	NVT
Huishoudelijke taken						
Zoals: koken, schoonmaken, boodschappen doen, kinderen verzorgen of begeleiden, klusjes in huis doen, tuinieren en dergelijke	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	NVT
Sporten of andere lichaamsbeweging voor vrijetijd						
Zoals: tennissen, fietsen, fitnessen, een stuk wandelen	Ze er ontevreden	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Ze er tevreden	NVT
Let op: fietsen/lopen naar bijv. werk of de supermarkt of hond uitlaten telt <u>niet</u> mee						

Vraag 20 gaat verder op de volgende pagina

Vraag 20 (vervolg). Hoe tevreden bent u met onderstaande activiteiten in uw huidige dagelijks leven?

Omcirkel het juiste antwoord. Vul alstublieft alleen NVT (niet van toepassing) in als u helemaal geen werk of studie heeft of als u geen partner heeft.

Sporten of andere lichaamsbeweging voor verplaatsing

Zoals: fietsen/lopen naar bijv. werk of de supermarkt of hond uitlaten

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Uitgaan

Zoals: uit eten gaan, bezoeken van café, bioscoop, concert, alleen of met anderen

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis

Zoals: winkelen, evenementen bijwonen, naar strand, kerk- of moskeebezoek

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Vrijtijdsbesteding thuis

Zoals: knutselen, handwerken, lezen, puzzelen, computerspelletjes doen

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Relatie met uw partner

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Relatie met uw gezin of familie

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Contacten met vrienden of bekenden

Ze
er
ontevreden Ontevreden Neutraal Tevreden Ze
er
tevreden NVT

Leefstijl

21a. Rookt u?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 22a)

21b. Hoeveel sigaretten rookt u gemiddeld per dag?

_____ sigaretten

22a. Drinkt u alcohol?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 23a)

22b. Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag/week/maand?

_____ per dag OF _____ per week OF _____ per maand

Algemeen

23a. Wat is uw geboorteland?

23b. Als u niet in Nederland bent geboren, hoeveel jaar woont u in Nederland?

_____ jaar

23c. 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 _____

23d. 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/zus)
- ☐ Ik woon in bij een kind en zijn/haar gezin
- ☐ Anders, namelijk _____

23e. 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 23f. Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden?

Netto is het bedrag dat u maandelijks op uw bank- of girorekening(en) krijgt. Dit zijn inkomsten uit arbeid, pensioen, uitkeringen of alimentatie.

- ☐ € 1.000,- of minder
- ☐ € 1.001,- tot en met € 1.350,-
- ☐ € 1.351,- tot en met € 1.800,-
- ☐ € 1.801,- of meer
- ☐ Wil ik niet zeggen
- ☐ Weet ik niet

Vraag 23g. Bent u in het bezit van een Gelrepas?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Vervolgonderzoek

Vul alstublieft uw adresgegevens in voor het vervolgonderzoek.

Naam (voor en achternaam): _____

Straatnaam en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer: _____

Mailadres: _____

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden
van de vragen!

Bijlage 5. Interviewgids

Mijn naam is Amy Janssen en ik volg de master 'Health and Society' aan de universiteit van Wageningen. Momenteel ben ik bezig met mijn scriptie en doe ik onderzoek naar de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de motivatie om de leefstijl van mensen met diabetes type 2 te bevorderen en ik doe onderzoek naar de impact van deelname aan X-Fittt Diabetes op de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie van mensen met diabetes type 2 in Arnhem. Ik heb weinig informatie op het internet kunnen vinden over het doel en de opbouw van het programma van X-Fittt Diabetes en ik ben benieuwd hoe jullie de motivatie van de deelnemers verhogen om hun leefstijl te bevorderen. Dat is de reden dat ik jullie (de fysiotherapeute, de diëtiste en sportcoach) een aantal vragen wil stellen over het programma van X-Fittt Diabetes en de motivatie van de deelnemers van X-Fittt Diabetes om hun leefstijl te bevorderen.

- Wie heeft X-Fittt Diabetes opgezet? Waarom is X-Fittt Diabetes in Arnhem geïnitieerd?
- Hoe wordt X-Fittt Diabetes gefinancierd? En hoeveel kost het?
- Wat is het doel van X-Fittt Diabetes?
- Welke professionals zijn bij X-Fittt betrokken en wat zijn hun rollen?
- Wat zijn de rollen van de fysiotherapeute, diëtiste en sportcoach binnen X-Fittt Diabetes?
- Wanneer komt iemand in aanmerking om deel te nemen aan X-Fittt Diabetes?
- Hoe worden de deelnemers begeleid tijdens X-Fittt Diabetes?
- Hoe worden de deelnemers gemotiveerd om hun leefstijl te bevorderen?
- Hoe verloopt X-Fittt Diabetes voor de deelnemers van X-Fittt Diabetes?
- Hoe is de intake opgebouwd? Welke metingen vinden plaats tijdens de intake? Door wie? Wat motiveert de deelnemers om te starten met X-Fittt Diabetes?
- Hoe zijn de sportlessen opgebouwd en waarom is het op deze manier opgebouwd? Hoe vaak vinden de sportlessen plaats? Welke oefeningen worden uitgevoerd? Waarom sporten de deelnemers in groepsverband? Welke sportactiviteiten vinden de deelnemers leuk en niet leuk? Wat motiveert hen? Met welke oefeningen hebben de deelnemers moeite? Zijn er verbeteringen in de fysieke gezondheid van de deelnemers aan het einde van X-Fittt Diabetes?
- Hoe zijn de dieetconsulten opgebouwd en waarom is het op deze manier opgebouwd? Hoe vaak vinden de dieetconsulten plaats? Wat voor dieet wordt geadviseerd? Wat motiveert hen? Waar hebben de deelnemers moeite mee? Zijn er verbeteringen in het dieet van de deelnemers aan het einde van X-Fittt Diabetes?
- Zijn er verschillen tussen X-Fittt Diabetes tussen Arnhem-Noord en Arnhem-Zuid?
- Zijn er verschillen tussen X-Fittt Diabetes in deze ronde en de vorige ronde?
- Wat kan er verbeterd worden aan X-Fittt Diabetes?

Zijn er nog vragen?

Bijlage 6. Overzicht meetgegevens van de deelnemers van X-Fittt Diabetes

Ronde	Arnhem-Zuid (Z) / Arnhem-Noord (N)	Gewicht (kg) T0	Gewicht (kg) T1	Verschil gewicht in kg	BMI T0	BMI T1	Verschil BMI	Buikomtrek (cm) T0	Buikomtrek (cm) T1	Verschil buikomtrek in cm	Vet (%) T0	Vet (%) T1	Verschil vet in %	Bloeddruk T0	Bloeddruk T1	Verschil in bloeddruk	Knijpkracht (kg) T0	Knijpkracht (kg) T1	Verschil knijpkracht in kg	VO ₂ max (ml/min) T0	VO ₂ max (ml/min) T1	Verschil VO ₂ max in ml/min
1	N	140,6	132,2	8,3	47,5	44,7	2,8	138	127	11	48,6	45,8	2,8	155/110	150/90	5/20	71	75	4	15,2	17,7	2,5
1	N	97,7	91,3	6,4	30,2	28,2	2,0	103	100	3	32,5	29,3	3,2	128/85	130/86	-2/-1	36	70	34	20,0	30,5	10,5
1	N	115,5	113,2	2,3	33,0	32,4	0,6	117	117	0	34,1	32,1	2	122/74	128/75	-6/-1	60	68	8	17,0	12,0	-5,0
1	N	90,8	87,0	3,8	37,8	36,2	1,6	111	98	13	45,7	45,5	0,2	145/91	120/85	25/6				16,3	25,8	9,5
1	N	107,9	98,6	9,3	34,1	31,1	3,0	117	109	8	47,7	32,5	15,2	120/90	120/80	0/10	94	92	-2			
1	Z	74,9	73,0	1,9	30,8	30,0	0,8	105	102	3	46,0	44,3	1,7	140/70	130/70	10/0				34,5	33,8	-0,7
1	Z	99,0	97,0	2,0	37,7	37,0	0,7	120	115	5	44,7	42,6	2,1									
1	Z	123,9	115,2	8,7	38,7	36,0	2,7	132	118	14	42,4	39,0	3,4	135/80	115/78	20/2	30	30,5	0,5			
1	Z	107,0	104,1	2,9	42,3	41,2	1,1	125	122	3	47,9	46,8	1,1	138/70	129/75	9/-5						
1	Z	67,4	61,5	5,9	27,0	24,6	2,4	97	91	6	41,2	37,3	3,9	127/70	120/70	7/0						
2	N							119	118	1	39,2	37,8	1,4				33,5	36	2,5	28,6	32	3,4
2	N	94,9	93,6	1,3	31,3	30,9	0,4	113	110	3	41,7	45,2	-3,5	142/83	130/85	12/-2	40	22	-18			
2	Z	95,5	89,2	6,3	30,3	28,3	2	109	100	9	23,7	20,4	3,3	110/76	95/65	15/11						
2	Z	80,1	80	0,1	32,1	32,1	0	115	110	5	40,2	37,8	2,4	110/80	118/75	-8/5						
2	Z	88,9	79,7	9,2	31,1	27,9	3,2	113	101	12				125/85	130/80	-5/5				25,8	30,4	4,6
2	Z	85,3	80,5	4,8	32,1	30,3	1,8	119	110	9	37,7	34,7	3	120/65	130/70	-10/-5				19,4	19,6	0,2
2	Z	98,6	96,7	1,9	34,1	33,5	0,6	123	115	8	42,7	41,1	1,6	150/100	142/95	8/5						
2	Z	132,1	115	17,1	42,2	36,7	5,5	144	128	16	31,1	29,9	1,2	140/76	132/78	8/-2						

Bijlage 7. Zelfgerapporteerde ziekten en/of aandoeningen van deelnemers X-Fittt Diabetes

Ziekte/aandoening	Aantal keer genoemd bij T0	Aantal keer genoemd bij T1
Geen	0	0
DM/Suikerziekte	15	15
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	1	0
Hartinfarct	2	1
Andere hartaandoening	1	1
Kanker	0	0
Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn	2	2
Hoge bloeddruk	8	6
Vernauwing in de bloedvaten van de buik of benen	1	2
Astma of COPD	3	3
Duizeligheid met vallen	4	2
Onvrijwillig urineverlies	2	2
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	7	4
Chronische gewrichtsontsteking	1	0
Andere ernstige aandoening van nek of schouder	3	2
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols of hand	2	1
Iets anders, namelijk...	- Bloedarmoede - Onderbuik en rugpijn - Leverinfectie - Tenniselleboog en pijn aan hamstring - Hypermobiel - Voetpijn - Spierpijn en moeheid	- Ménière - Bloedarmoede - Buikpijn - Rugklachten

Bijlage 8. Medicijngebruik van de deelnemers van X-Fittt Diabetes

Aantal medicijnen per dag		T0	T1
1-3	N=3		N=4
4-6	N=3		N=3
7-9	N=5		N=3
10-12			N=1
13-15			N=1
16-18	N=1		
Onbekend	N=3		N=3

Bijlage 9. Activiteiten van de deelnemers tweede ronde X-Fitt Diabetes

Activiteiten (uren per week/aantal keren per week)		T0	T1
Betaald werk	Helemaal niet	N=5	N=5
	9-16 uur	N=1	N=1
Onbetaald werk	Helemaal niet	N=5	N=4
	1-8 uur	N=1	N=1
	9-16 uur		N=1
Opleiding	Helemaal niet	N=6	N=6
Huishoudelijke taken	Helemaal niet	N=1	N=2
	1-8 uur	N=1	N=2
	9-16 uur	N=2	
	17-24 uur	N=2	
	25-35 uur		N=1
	≥ 36 uur		N=1
Sport vrijetijd	Helemaal niet	N=3	N=1
	2-3 keer	N=1	N=1
	4-5 keer	N=1	N=1
	≥ 5 keer	N=1	N=2
Bewegend verplaatsen	Helemaal niet	N=1	
	2-3 keer	N=4	N=2
	4-5 keer	N=1	N=1
	≥ 5 keer		N=2
Uitgaan	Helemaal niet	N=2	N=1
	≤ 1 keer	N=2	N=3
	1 keer	N=1	N=1
Buitenshuis	Helemaal niet	N=2	
	≤ 1 keer	N=1	N=3
	1 keer	N=1	N=1
	2-3 keer	N=1	N=1
	4-5 keer	N=1	
Thuis	Helemaal niet	N=4	
	≤ 1 keer	N=1	
	1 keer		N=1
	2-3 keer		N=1
	4-5 keer	N=1	N=1
	≥ 5 keer		N=2
Op bezoek	≤ 1 keer		N=1
	1 keer	N=1	N=2
	2-3 keer	N=5	N=2
	4-5 keer		N=1
Bezoek	Helemaal niet	N=1	N=1
	≤ 1 keer	N=1	N=1
	1 keer		N=1
	2-3 keer	N=3	N=1
	4-5 keer	N=1	N=2
Via de telefoon/computer contact	1 keer		N=1
	2-3 keer	N=3	N=1
	4-5 keer		N=1
	≥ 5 keer	N=3	N=2