



university of
groningen

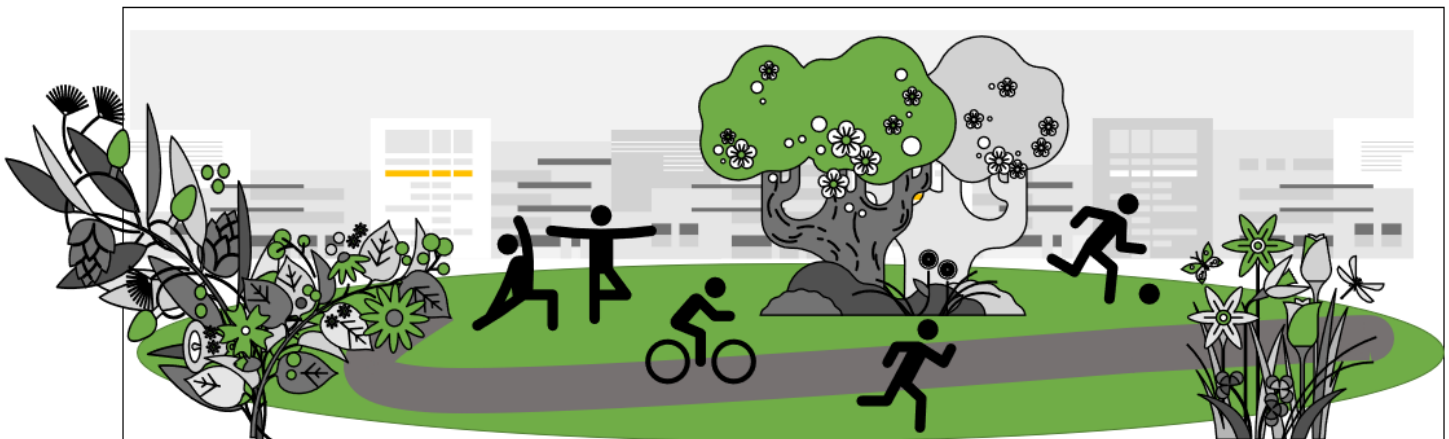


Werkzame leefstijlinterventies voor jongvolwassenen met een lage sociaaleconomische status

“Hoe is de doelgroep te bereiken en te motiveren?”

Roos Slijfer (S3374408)

Adviesrapport
Voor GGD Fryslân
01-07-2022



Supervisie:

Drs. Klaus Boonstra (GGD Fryslân)

Drs. Michiel Berger (SBP, RUG)

Prof. Dr. JDA Olivier (RUG)

Opleiding:

Rijksuniversiteit Groningen

Faculty of Science and Engineering

MSc Biomedical sciences – Science, Business & Policy

Colofon

Titel: Werkzame leefstijlinterventies voor jongvolwassenen met een lage sociaaleconomische status.

Auteur: Roos Slijfer (S3374408)

Voor GGD Fryslân

Januari tot juni 2022

Rijksuniversiteit Groningen, Faculty of Science and Engineering

MSc Biomedical sciences - Science, Business & Policy

Kader van het project

De stage is in de context van de specialisatie Science + Business & Policy binnen het Master programma Biomedische wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen uitgevoerd. Het doel van de stage is het integreren van beleidsaspecten met wetenschappelijke kennis. Het streven is om ongeveer 30% wetenschap en 70% beleid te verwerken in het rapport. Het eindproduct is een advies/aanbeveling. Als onderdeel van de stage werkt de stagiaire aan de voorbereiding van de daadwerkelijke implementatie (als ondersteuning). In het stageverslag wordt hierop ingespeeld. De stage vindt plaats in de periode 10/01/2022 tot 08/07/2022 en duurt precies 26 weken.

Tabel 1 Supervisie

Naam	Instituut	Functie	Rol in supervisie
Drs. Klaus Boonstra	GGD Fryslân	Coördinator Academische werkplaats publieke gezondheid	Dagelijkse supervisie
Prof. dr. Jocelien Olivier	Rijksuniversiteit Groningen	Hoogleraar Gedragswetenschapp en, neurowetenschappen en Farmacologie	Science supervisor
Drs. Michiel Berger	Rijksuniversiteit Groningen, Science Business and Policy Master's track	Docent	SBP supervisor

Vrijwaring

Dit rapport is opgesteld in het kader van een onderwijsprogramma van de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) Curriculum. Op basis van dit verslag kunnen geen rechten worden ontleend, anders dan beschreven in de formele stageovereenkomst. Citeren is alleen mogelijk met expliciete verwijzing naar de status van de melding als studentstageproduct en schriftelijke toestemming van de SBP-medewerkers.

Proloog

Dit adviesrapport heb ik mogen ontwikkelen tijdens mijn stage bij GGD Fryslân. Deze stage mocht ik lopen vanuit de Master track Science, Business and Policy in een periode van 26 weken. Door mijn achtergrond in de biomedische wetenschappen heb ik veel interesse in de biologie van de mens, wat ik goed kon toepassen tijdens deze stage. De stage begon terwijl erg nog strenge maatregelen golden vanwege COVID-19, maar al snel kon ik door versoepelingen regelmatig op het kantoor in Leeuwarden werken. Hierdoor heb ik veel kennis kunnen opdoen van het werkveld en heb ik samen kunnen werken met andere stagiaires binnen GGD Fryslân. Verder heb ik mijzelf goed kunnen ontwikkelen tijdens de stage. Ik heb geleerd om stevig in mijn schoenen te staan en te zeggen dat ik zeker een paper op wetenschappelijk niveau kan schrijven. Ik heb geleerd dat ik vrij ambitieus ben en niet bang voor een uitdaging.

Graag wil ik GGD Fryslân en in het bijzonder Klaus Boonstra bedanken voor de begeleiding tijdens mijn stage. Dit verliep erg soepel en prettig. Ook wil ik Marijke Teeuw bedanken voor het begeleiden van de reflectiebijeenkomsten en de creatieve opdracht die wij daarbij uitvoerden. Daarbij wil ik Michiel Berger en Jocelien Olivier bedanken voor de intensieve begeleiding vanuit de Rijksuniversiteit Groningen.

Vervolgens gaat speciale dank uit naar alle mensen die bereid waren om zich te laten interviewen, want zonder hen had ik dit adviesrapport niet kunnen schrijven. Vooral de doelgroep wil ik speciaal bedanken. Ik heb geleerd dat het niet altijd prettig is om door iemand geïnterviewd te worden die iets wil veranderen aan de doelgroep. Toch was iedereen erg fijn in de omgang en dat heeft mij in ieder geval een prettige ervaring opgeleverd.

Als laatste wil ik de stagiaires, mijn buddygroepje, mijn vriend en familie bedanken voor de mogelijkheid om te sparren en de steun die iedereen geboden heeft.

Tot slot rest mij te zeggen: Veel leesplezier!

Management samenvatting

Een gezonde leefstijl is niet vanzelfsprekend en door de relatie van leefstijl en ziekte komen niet-overdraagbare ziekten zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, obesitas en kanker steeds vaker voor. In Nederland heeft bijvoorbeeld meer dan de helft van de volwassenen overgewicht, waarvan 13% kampt met obesitas. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een verhoogde kans op overgewicht en obesitas, met alle gevolgen van dien. Het verdient daarom aandacht en onderzoek hoe winst behaald kan worden in het begeleiden van mensen met een lage SES om een gezondere leefstijl op te pakken. Vooral de doelgroep jongvolwassenen (18-25 jaar) wordt onderbelicht in preventie aanpakken. Hierdoor is niet bekend welke werkzame elementen specifiek aansluiten bij jongvolwassenen met een lage SES en hoe deze doelgroep te bereiken en te motiveren is om met leefstijlinterventies mee te doen.

In dit onderzoek wordt onderzocht welke werkzame elementen mogelijk aansluiten bij de doelgroep jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES. Daarnaast wordt onderzocht hoe deze doelgroep bereikt kan worden en wat hen mogelijk motiveert om een gezonde leefstijl op te pakken. Dit wordt gedaan door middel van interviews met 17 mensen die behoren tot deze doelgroep. Ook worden interviews afgenomen met stakeholders, waaronder een buurtsportcoach, om een duidelijk beeld te krijgen van de initiatieven die al bezig zijn om een gezonde leefstijl onder mensen met een lage SES te stimuleren.

Uit dit onderzoek blijkt dat de volgende werkzame elementen goed aansluiten bij de doelgroep: 1) Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies. Dit betekent dat de doelgroep altijd betrokken moet worden bij het ontwikkelen van programma's of interventies die voor hen bedoeld zijn (bottom-up methode). 2) Inzetten op de motivatie van de deelnemers. Motivatie, zowel intrinsiek als extrinsiek, kan gestimuleerd worden middels gedragsveranderingstechnieken. 3) Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers. Dit maakt de deelnemers zelfverzekerder en daardoor stimuleert dit weer de motivatie. 4) Inspelen op het groepsgevoel. In groepen sporten of bewegen lijkt ook een positieve invloed te hebben op de motivatie van deelnemers. 5) Vertrouwde omgeving. Het is belangrijk dat de omgeving waar het programma of de interventie wordt aangeboden bekend is bij de doelgroep. 6) Vervolgaanbod aanbieden. Om langdurige gedragsverandering te bewerkstelligen, is het belangrijk dat een interventie niet zomaar stopt. De deelnemers moeten begeleid worden naar een vervolgaanbod dat zij langdurig kunnen volgen. 7) Een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname. De doelgroep vindt het belangrijk dat er weinig tot geen kosten verbonden zijn aan programma's of interventies. 8) Beloften nakomen/ doen wat je zegt. 9) Sleutelpersoon of ervaringsdeskundige. De doelgroep zal niet luisteren naar iemand van 'hogerop' zoals een wetenschapper of beleidsmaker, maar wel naar iemand die hetzelfde heeft meegemaakt als zij.

Het advies is om meer te focussen op de doelgroep jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES, aangezien deze doelgroep voor levensbepalende keuzes staat. Daarbij zijn de wensen en behoeften van de doelgroep belangrijk om mee te nemen. Verdere aanbevelingen voor het bereiken van de doelgroep zijn het meer betrekken van lokale wijkteams, een 'community-based' preventieaanpak, huisartsen die zich richten op leefstijl en een online database waar interventies en activiteiten gemakkelijk gevonden kunnen worden. Daarnaast kan er voortgebouwd worden op de resultaten van de JOGG aanpak in gemeente Westerkwartier, aangezien zij zich richten op jongvolwassenen van 16 t/m 23 jaar. Dit laatste punt zal nog wel op zich laten wachten, omdat deze resultaten pas over een aantal jaar bekend zullen zijn.

Inhoudsopgave

Proloog	3
Management samenvatting	4
Hoofdstuk 1 – Introductie	7
1.1 Een ongezonde leefstijl wordt een steeds groter probleem.....	7
1.2 Drijfveren van het project	9
1.3 Werkwijze en onderzoeksvragen	9
1.4 Eindproducten.....	10
1.5 Organisatie die de stage aanbiedt.....	10
1.6 Wensen organisatie.....	12
1.7 Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 – Sociaaleconomische status beïnvloedt gezondheid	13
2.1 Gezondheid en leefstijlfactoren	13
2.2 Leefstijlziekten.....	18
2.3 Leefstijl en sociaaleconomische status	22
2.4 Conclusie	25
Hoofdstuk 3 – Motivatie is een belangrijk onderdeel van gedragsverandering	26
3.1 Motivatie en barrières tot gezond gedrag	26
3.2 Gedragsveranderingstechnieken en werkzame elementen	27
3.3 Wensen en ervaringen doelgroep.....	30
3.4 Conclusie	31
Hoofdstuk 4 – Praktijk voorbeelden.....	32
4.1 Leefstijlinterventies	32
4.2 Natuur op recept	38
4.3 Het IJslandse model en de JOGG-aanpak.....	39
4.4 Conclusie	41
Hoofdstuk 5 – De invloed van actoren op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES	43
5.1 Actoren analyse.....	43
5.2 Conclusie	47
Hoofdstuk 6 – GGD Fryslân	48
6.1 Friese Preventieaanpak & Nationaal Preventieakkoord	48
6.2 Beleidsplan en wetten.....	49
6.3 Analyse van de organisatie.....	50
6.4 Conclusie	53
Hoofdstuk 7 – Een aanpak gefocust op de gehele bevolking.....	54
7.1 Belangrijke bevindingen	54

7.2 Multicriteria-analyse	54
7.3 Conclusie	60
Hoofdstuk 8 – Conclusie.....	61
Hoofdstuk 9 – Discussie.....	65
Hoofdstuk 10 – Advies & implementatie	67
10.1 Advies	67
10.2 Overige aanbevelingen.....	67
10.3 Implementatieplan	68
Literatuur.....	71
Appendix I - Werkzame elementen.....	80
Appendix II – Tool werkzame elementen.....	84
Appendix III - Interview Anneke Meijer.....	88
Appendix IV - Interview Menno Iedema	89
Appendix V - Interview Menno Schotanus.....	91
Appendix VI - Interview Susan Meijer	93
Appendix VII - Interview Klaus Boonstra en Marijke Teeuwen.....	95
Appendix VIII - Interview Mirjam Herder	97
Appendix IX - Interview Lillian Obrenovic	99
Appendix X - Interview Janneke Samplonius.....	101
Appendix XI - Interview Dorien Steen	103
Appendix XII – Interview doelgroep	104
Appendix XIII – Interview doelgroep.....	107
Appendix XIV – Interview doelgroep.....	108
Appendix XV – Interview Elte en Marije.....	114

Hoofdstuk 1 – Introductie

1.1 Een ongezonde leefstijl wordt een steeds groter probleem

Een gezonde leefstijl is niet vanzelfsprekend en door de relatie van leefstijl en ziekte komen niet-overdraagbare ziekten zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes, obesitas en kanker steeds vaker voor. In Nederland heeft bijvoorbeeld meer dan de helft van de volwassenen overgewicht, waarvan 13% kampt met obesitas (Volksgezondheidszorg, 2020). Wanneer iemand een BMI van 25-29 kg/m² heeft, dan heeft diegene overgewicht. Een BMI van 30 kg/m² of hoger geeft aan dat iemand obesitas heeft (Hajian-Tilaki & Heidari, 2015). Mensen met overgewicht en met name obesitas hebben een verhoogde kans op verschillende medische gevolgen zoals diabetes type 2, een hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterol. Deze risicofactoren zorgen dat andere medische gevolgen zoals hart- en vaatziekten, kanker, galziekten, aandoeningen aan het skelet en de skeletspieren (bewegingsapparaat) en slaapapneu ook steeds vaker voorkomen. Verder wordt een mogelijke zwangerschap bemoeilijkt en hebben mensen met obesitas te maken met het verlies van kwaliteit van leven (Volksgezondheidszorg, 2020; Van Binsberge et al., 2010).

Veel oorzaken van een ongezonde leefstijl (wat kan leiden tot overgewicht en obesitas) zijn te wijten aan voedselaanbod (voedsel is steeds makkelijker te verkrijgen), prijsbeleid, culturele verschillen, de gewoonten binnen een gezin, psychologische factoren, medicijngebruik en een deel van de variatie in lichaamsgewicht is genetisch bepaald (50-80%). Genen bepalen voor een deel de aanleg om dik te worden, maar overgewicht ontstaat alleen als de inname van energie groter is dan het verbruik. Dit betekent dat niet alle gewichtstoename genetisch is bepaald. De grootste boosdoener is de verandering van de leefomgeving: hoogcalorisch voedsel is ruim beschikbaar, er is een afnemende noodzaak tot fysieke activiteit, een toename van stress en afname van slaapduur (Bos et al., 2019). Er zijn steeds meer mensen met overgewicht of obesitas en met deze stijging is er ook een stijging in psychologische klachten te zien. Het sociale stigma op overgewicht en obesitas kan een lagere kans op werk veroorzaken en leiden tot minder sociale contacten. Ook functionele beperkingen, zoals het niet kunnen spelen met de kinderen of niet meer zelf de veters kunnen strikken, dragen bij aan psychische problemen (Blasco et al., 2020). Naast de fysieke en mentale gezondheidsproblemen, leiden overgewicht en obesitas ook tot hoge kosten binnen en buiten de gezondheidszorg. Kosten in verband met arbeidsongeschiktheid komen bijvoorbeeld ook kijken bij overgewicht en obesitas (Bos et al., 2019). Gewichtstoename is niet de enige factor die een rol speelt in een ongezonde leefstijl. Alcohol-/drugsgebruik, roken, overmatig eetgedrag, slaapgebrek, weinig fysieke activiteit en stress zijn allemaal factoren die bijdragen aan een ongezonde leefstijl (Bodha, 2020).

Om dit probleem aan te pakken is het belangrijk om te kijken bij welke doelgroep de meeste gezondheidswinst valt te behalen. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben bijvoorbeeld een verhoogde kans op overgewicht en obesitas met alle gevolgen van dien (Schultz et al., 2018). Een SES wordt bepaald aan de hand van het inkomen, het opleidingsniveau en de buurt en kwaliteit van het huis van een persoon of gezin (Naylor-Wardle et al., 2021). In Nederland wordt vooral naar het opleidingsniveau gekeken bij het bepalen van iemands SES. Een lage SES betekent dat een individu het basisonderwijs, vmbo (Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs), eerste 3 leerjaren van havo (Hoger algemeen voortgezet onderwijs), vwo (Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs) of een entreeopleiding (voormalige assistentenopleiding (mbo1)) hebben gedaan (VZinfo, z.d). Het RIVM refereert naar mensen met een lage SES wanneer iemand een lage opleiding en/of een laag inkomen heeft (Hoogendoorn & De Hollander, 2017). Deze definitie wordt ook gebruikt in dit onderzoek. Er is een duidelijke link gevonden in Friesland tussen een lage SES en overgewicht. In

Friesland heeft 60% van de laagopgeleide mensen overgewicht in tegenstelling tot 42% van de hoogopgeleide mensen (de Vries et al., 2021). In de rest van Nederland is dezelfde trend te zien (Volksgezondheidszorg, 2020). Mensen met een lage SES leven ook gemiddeld 6 jaar korter dan mensen met een hoge SES en leven daarbij gemiddeld hun laatste 15 jaar in slechtere gezondheid (CBS, 2020).

Het verdient daarom aandacht en onderzoek hoe winst behaald kan worden in het begeleiden van mensen met een lage SES om een gezondere leefstijl op te pakken. Door leefstijlinterventies kan overgewicht aangepakt worden, maar ook andere gezondere keuzes kunnen hierdoor aangeleerd worden om sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen. Deze SEGV worden met name veroorzaakt door niet overdraagbare ziekten. Mensen met een lage SES roken bijvoorbeeld meer, drinken meer alcohol, bewegen minder en ervaren meer stress dan mensen met een hoge SES. Dit kan veroorzaakt worden door verlies van een baan of door minder geld waardoor er niet geïnvesteerd kan worden in factoren die stress verminderen (psycholoog, sport etc.). Daarnaast kan een lage SES ervoor zorgen dat mensen minder goed omgaan met medicijnen die ze voorgeschreven krijgen door het niet begrijpen van de bijsluiter (Schultz et al., 2018). Wanneer mensen langer in slechtere gezondheid leven, moet dit vaak worden opgevangen door de zorg. Er wordt echter verwacht dat in korte tijd de zorg de hoeveelheid vraag niet meer kan opvangen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Er wordt een tekort verwacht van ongeveer 20.000 zorgmedewerkers in Noord-Nederland en tot wel 140.000 zorgmedewerkers in heel Nederland in 2030 (Doornbos & Voerman, 2022). Kortom, mensen met een lagere opleiding of een lagere SES hebben hogere risico's op gezondheidsproblemen en dit vormt een steeds groter probleem voor de maatschappij en de zorg. Interventie in deze specifieke groepen zal mogelijk een aanzienlijk effect hebben in het verminderen van die risico's en SEGV.

Er zijn verschillende leefstijlinterventies die mensen helpen om meer te bewegen en gezonder te eten om weer op een gezond gewicht te komen, waarbij ook gekeken wordt naar factoren als slaap en stress. Leefstijlinterventies zijn programma's die mensen helpen om gezonder te leven door zich te richten op verschillende aspecten (bewegen, voeding, slaap etc.), vaak onder begeleiding van een professional (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). Het bereiken van de doelgroep (mensen met een lage SES) blijkt echter nog lastig te zijn. De interventies zijn erkend, maar hoe worden mensen bereikt en gemotiveerd om aan een leefstijlinterventie mee te doen?

Voor de doelgroep jongvolwassenen (18 t/m 25 jaar) wordt onderbelicht in preventie aanpakken. Er zijn in Friesland veel programma's gericht op bijvoorbeeld kinderen onder de 18 jaar: Gezonde School Fryslân, JOGG, Jong Leren Eten, Kansrijke Start en Nuchter Over Gewicht (Friese Preventieaanpak, 2022). De Friese Preventieaanpak heeft ook een aantal interventies/programma's die gericht zijn op de leefomgeving en die daardoor een positief effect kunnen hebben op de gezondheid van jongvolwassenen. Er zijn echter geen interventies of programma's die specifiek zijn gericht op deze doelgroep. Door dit tekort aan interventies is het niet bekend welke werkzame elementen aansluiten bij jongvolwassenen met een lage SES en hoe deze doelgroep te bereiken en te motiveren is om met leefstijlinterventies mee te doen. Werkzame elementen zijn bepaalde elementen van een interventie die moeten worden opgenomen om een interventie succesvol te maken. Werkzame elementen helpen interventie-eigenaren (diegene die een (leefstijl)interventie heeft bedacht) of coaches om hun doelgroep te bereiken en te motiveren om hun interventie bij te wonen en ook op langere termijn de gezonde leefstijl aan te houden. Er is onderscheid te maken in algemene werkzame elementen, specifieke werkzame elementen, inhoudelijke werkzame elementen en werkzame elementen in de uitvoering (Werkzame elementen: laten staan wat werkt | Loketgezondleven.nl, 2021). Algemene werkzame elementen zijn: het betrekken van de doelgroep,

een planmatige aanpak en het aanpassen aan de sociaal-culturele waarden van de doelgroep. Daarnaast dient diegene die de interventie geeft/inzet goed te zijn opgeleid om de betreffende interventie uit te voeren. Specifieke werkzame elementen zijn werkzame elementen die horen bij een specifieke interventie. Een voorbeeld is de Stoppen met Roken campagne. Deze verschillen daarom per interventie. Inhoudelijke werkzame elementen zijn meer gericht op de professionals. Dit zijn elementen die behoren tot de theorie en de wetenschappelijke onderbouwing van de interventie. Tot slot zijn werkzame elementen in de uitvoering gericht op de praktische uitvoering van de interventie. Hiermee wordt bedoeld dat er een plek is om de interventie uit te voeren, of dat er voldoende geld beschikbaar is gesteld (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019).

(Leefstijl)interventies worden juist succesvol door een combinatie van werkzame elementen en niet door één werkzaam element. Het is nu bekend welke werkzame elementen lijken te werken voor mensen met een lage SES, maar niet welke combinatie van werkzame elementen werken voor de verschillende subdoelgroepen van mensen met een lage SES zoals bijvoorbeeld de jongvolwassenen (Mulderij et al., 2019). Jongvolwassenen met een lage SES krijgen te maken met levensbepalende keuzes door bijvoorbeeld te gaan werken of ouders te worden. Zij hebben andere prioriteiten en een gezondere leefstijl wordt daarbij niet altijd meer belangrijk gevonden. Wanneer zij overgewicht beginnen te ontwikkelen rond deze periode in hun leven, blijft dit vaak aanhouden of zal dit zelfs verergeren later in het leven (Weihrauch-Blüher et al., 2018). In dit project wordt daarom uitgezocht welke werkzame elementen aansluiten bij jongvolwassenen met een lage SES en hoe we in Noord-Nederland deze doelgroep kunnen helpen om een gezonde leefstijl op te pakken.

1.2 Drijfveren van het project

Mensen met een lage SES leven in slechtere gezondheid en korter dan mensen met een hoge SES. In Noord-Nederland is de SES gemiddeld lager dan in de rest van Nederland (FSP, 2021). Het is belangrijk deze SEGV te verkleinen om de druk op de zorg te verlagen en de publieke gezondheid te bevorderen. Dit hoopt GGD Fryslân met behulp van de Friese Preventieaanpak te bereiken o.a. door middel van leefstijlinterventies. Sommige doelgroepen, zoals jongvolwassenen, worden echter nog niet voldoende bereikt. Jongvolwassenen met een lage SES krijgen te maken met levensbepalende keuzes door bijvoorbeeld te gaan werken of ouders te worden waardoor een gezondere leefstijl vaak niet meer boven aan de agenda staat. Het is daarom belangrijk om te focussen op deze doelgroep en ervoor te zorgen dat zij ook later in het leven gezonder zijn en een betere kwaliteit van leven hebben.

1.3 Werkwijze en onderzoeksvragen

Het doel van dit project is om erachter te komen wat werkt voor jongvolwassenen met een lage SES om een gezondere leefstijl te ontwikkelen voor een betere kwaliteit van leven en daarbij een effectief beleid te ontwikkelen. Daarom is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Welke werkzame elementen sluiten het beste aan bij jongvolwassenen (18 t/m 25 jaar) met een lage sociaaleconomische status, om deze groep te binden en te behouden bij (erkende) leefstijlinterventies?* Om deze vraag te beantwoorden is deze opgedeeld in verschillende deelvragen.

Wetenschappelijke vragen:

- Welke verschillende definities van gezondheid worden gebruikt en wat is de invloed van leefstijl op gezondheid?
- Hoe kunnen de gezondheidsverschillen tussen lage SES en hoge SES verklaard worden?
- Wat zijn werkzame elementen van leefstijlinterventies en welke sluiten aan op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES?

- Wat is motivatie en wat zijn de wensen en ervaringen van de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES m.b.t. een gezonde leefstijl of leefstijlinterventie?
- Zijn er leefstijlinterventies in Nederland gericht op jongvolwassenen met een lage SES en zijn deze effectief?

Beleidsvragen:

- Hoe zijn de leefstijlinterventies binnen de verschillende gemeenten georganiseerd en hoe worden leefstijlinterventies opgezet en erkend?
- Welke rol spelen GGD Fryslân en andere actoren binnen dit project en binnen leefstijlinterventies en hoe is de FPA betrokken?

Integratieve vraag:

- Gebaseerd op de resultaten van de voorgaande deelvragen, welk scenario is het beste om jongvolwassenen met een lage SES te binden en te behouden bij leefstijlinterventies en welke stappen moet GGD Fryslân nemen om dit nieuwe beleid te implementeren?

Door middel van het *double diamond design process* is geprobeerd deze vragen te beantwoorden. Deze methode bestaat uit vier fases. De eerste fase bestaat voornamelijk uit het ontdekken. In deze fase is zo min mogelijk geformuleerd en zoveel mogelijk informatie verzameld. Ook is het belangrijk om in deze fase erachter te komen wat de kern is van het probleem dat wordt onderzocht. In deze fase heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden. In de tweede fase is het belangrijk om de gevonden behoeften, problemen en ideeën te richten op einddoelen. In deze fase is toegewerkt naar een hypothese of vraagstelling (onderzoeksvraag). De derde fase bestaat uit brainstormen, testen en scenario's bedenken. In deze fase is het bijvoorbeeld gepast om interviews te houden met de doelgroep om achter wensen en praktijkervaring te komen. Het werven van de doelgroep voor interviews wordt gedaan door middel van de sneeuwbal methode. Door middel van deze methode worden nieuwe te interviewen personen gevonden door de al geïnterviewde personen (Kleemans et al., 2008). In totaal worden 17 mensen die behoren tot de doelgroep geïnterviewd. Daarnaast worden er interviews met professionals en stakeholders afgenomen. In de vierde en laatste fase worden de vorige bevindingen geïntegreerd en een advies opgesteld, om uiteindelijk te werken naar de eindproducten (Clune, & Lockrey, 2014).

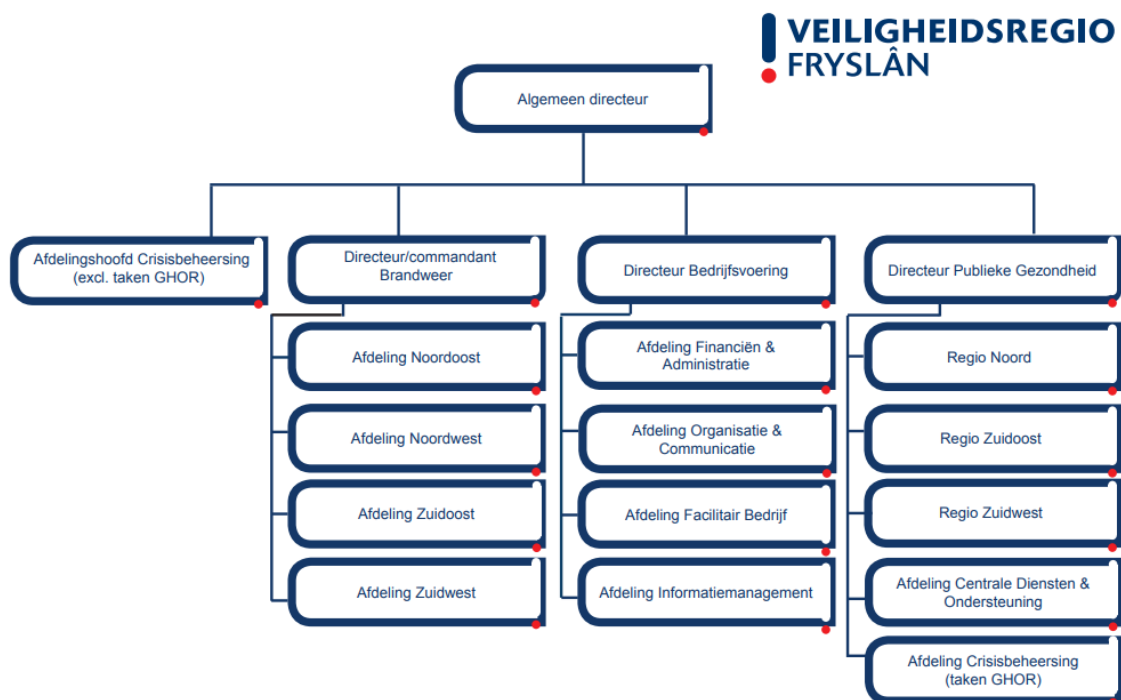
1.4 Eindproducten

Het eindproduct is een adviesrapport en daarnaast een bruikbare infographic aan GGD Fryslân. Een belangrijk onderdeel van het adviesrapport is een advies over de vraag hoe de leefstijl van jongeren in Noord-Nederland te beïnvloeden is. Daarnaast zal een implementatieplan worden gegeven zodat GGD Fryslân concreet weet wat er gedaan kan worden om de leefstijl van jongvolwassenen te verbeteren. Het adviesrapport zal ook gepresenteerd worden. Een mogelijk effect van dit project is dat jongvolwassenen met een lage SES beter te motiveren zijn om te beginnen aan leefstijlinterventies en ermee door te gaan, met als uitkomst het verbeteren van de gezondheid van de doelgroep en daarbij het verkleinen van SEGV. Het project is beperkt gebleven tot Noord-Nederland en jongvolwassen met een lage SES.

1.5 Organisatie die de stage aanbiedt

GGD Fryslân heeft als doel dat iedereen in Friesland een gezond en veilig leven kan leiden. Er wordt aan dit doel gewerkt door te monitoren, te signaleren en advies uit te brengen over de gezondheid van burgers aan gemeenten. Zij voeren verder taken uit met als doel gezondheidsbescherming, toezicht houden en het bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises. Omdat de

gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) zich inzet voor de publieke gezondheid, past dit stageproject erg goed binnen deze organisatie. Het doel is namelijk om SEGV tussen mensen met een lage SES en een hoge SES te verkleinen en daarbij de algemene publieke gezondheid te verbeteren. Bestuurlijk gezien is GGD Fryslân onderdeel van Veiligheidsregio Fryslân, net als Crisisbeheersing en Brandweer Fryslân. In totaal werken er ongeveer 2.000 medewerkers, waarvan er meer dan 1.100 brandweervrijwilliger zijn en ongeveer 500 onderdeel zijn van GGD Fryslân. Het hoofdkantoor, waar de verschillende organisaties gebruik van maken, staat in Leeuwarden. Daarnaast zijn er meer dan 50 locaties verspreid over heel Friesland (GGD Fryslân, 2022). In figuur 1 is het organogram van Veiligheidsregio Fryslân te zien, waar GGD Fryslân onderdeel van is. Het project is niet toegewezen aan een bepaalde afdeling of een bepaald team, maar de onderzoeksvraag is gesteld vanuit de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland in samenwerking met het programma de Friese Preventieaanpak. De academische werkplaats bestaat uit acht medewerkers, waarvan drie coördinatoren. De medewerkers bestaan uit een epidemioloog (ook coördinator academische werkplaats), hoogleraar sociale geneeskunde, hoofd afdeling publieke gezondheid voorspellingen van het RIVM, directeur publieke gezondheid GGD Fryslân, directeur GGD Groningen, directeur publieke gezondheid GGD Drenthe en twee medewerkers met de omschrijving 'coördinator academische werkplaats'. Hun visie is om een samenwerkingsverband te bewerkstelligen tussen GGD'en, universiteiten, HBO scholen en beleids- en praktijkorganisaties. Zij verzorgen daarom ook de begeleiding van de stagiaires. Per jaar worden er ongeveer 20 HBO studenten en acht master studenten aangenomen (Over AWPNN, z.d.).



Figuur 1. Organogram Veiligheidsregio Fryslân. Bron: Veiligheidsregio Fryslân

1.6 Wensen organisatie

GGD Fryslân wil graag weten hoe mensen met een lage SES gemotiveerd kunnen worden om een gezondere leefstijl op te pakken en wat hun gedragsintentie is. Vorig jaar is een rapport geschreven over hoe mensen (volwassenen) te motiveren zijn die al aangesloten zijn bij een (leefstijl)interventie (Peereboom, 2021). Nu is de vraag hoe mensen te motiveren zijn wanneer zij nog niet aangesloten zijn bij een interventie. Het doel is een adviesrapport te schrijven aan GGD Fryslân met een toelichtende infographic.

Het project is onderdeel van de Friese Preventie Aanpak (FPA). De FPA bestaat uit verschillende samenwerkende organisaties (waaronder GGD Fryslân, Aletta Fryslân, De Friesland en Healthy Aging Northern Netherlands (HANNN)) die (leefstijl)programma's verder herijken en verrijken. Daarnaast wordt specifiek aandacht besteed aan preventie gericht op de SEGV. De FPA is tot stand gekomen naar aanleiding van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Het NPA is een belangrijke stap richting een landelijke gezondere samenleving (Friese Preventieaanpak, 2022). De onderzoeksvraag is gesteld vanuit de academische werkplaats publieke gezondheid. Het project waar zelfstandig aan gewerkt zal worden valt binnen de onderzoeksagenda van de academische werkplaats publieke gezondheid en sluit daarmee aan op het beleid van GGD Fryslân en de FPA.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 behoort tot het introducerende stuk van dit rapport. Hier wordt het probleem geschetst en de kader van het rapport uitgelegd. Ook staan in hoofdstuk 1 alle deelvragen en de hoofdvraag beschreven. Hoofdstuk 2 en 3 behoren tot het wetenschappelijke deel van dit rapport. In deze hoofdstukken wordt (biomedische) achtergrondinformatie gegeven over een (on)gezonde leefstijl en het begrip motivatie beschreven. In hoofdstuk 2 worden verschillende leefstijlziekten beschreven en in hoofdstuk 3 wordt gekeken naar motivators en barrières voor een gezonde leefstijl. In hoofdstuk 4 worden voorbeelden gegeven van interventies en aanpakken die in de praktijk al uitgevoerd worden. Hoofdstuk 5 is toegewezen tot het beschrijven en analyseren van verschillende actoren die invloed hebben op de doelgroep. Hoofdstuk 6 is toegewezen aan het beschrijven en analyseren van GGD Fryslân voor wie dit advies bedoelt is. Hoofdstuk 7 is een integrerend hoofdstuk. Informatie uit de vorige hoofdstukken wordt hier gebruikt om scenario's te schetsen die zullen bijdragen aan het advies. Hoofdstuk 8, 9 en 10 zijn de afrondende hoofdstukken van dit rapport. In hoofdstuk 8 staat de conclusie, hier wordt nog eens antwoord gegeven op alle deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag. In hoofdstuk 9 staan een discussie van dit onderzoek. Hoofdstuk 10 bevat een advies en implementatieplan gericht aan GGD Fryslân.

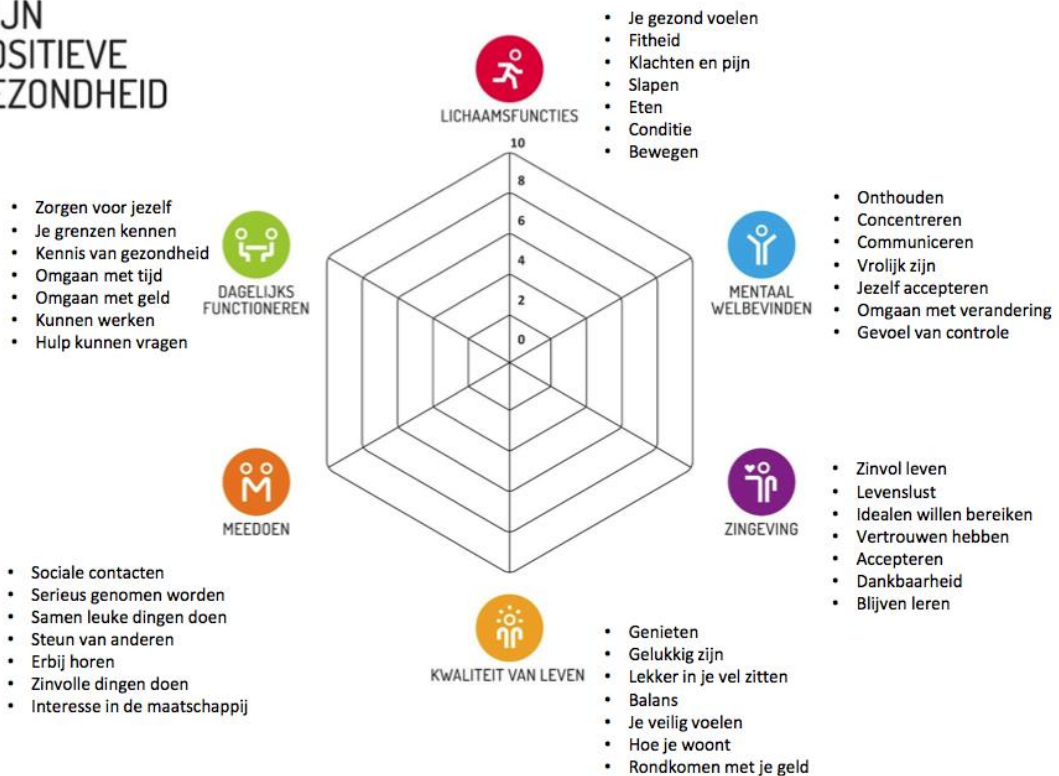
Hoofdstuk 2 – Sociaaleconomische status beïnvloedt gezondheid

In dit hoofdstuk worden de volgende deelvragen beantwoord: *Welke verschillende definities van gezondheid worden gebruikt en wat is de invloed van leefstijl op gezondheid? Hoe kunnen de gezondheidsverschillen tussen lage SES en hoge SES verklaart worden?* Deze vragen worden beantwoord door middel van literatuuronderzoek en door te zoeken op verschillende websites. Tijdens het literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van onder andere de volgende kernwoorden: “lifestyle factors”, “Body mass index”, “Obese”, “Hormones”, “Cancer”, “Diabetes”, “Depression”, “Socioeconomic status” en “Socioeconomic health differences”. Dit hoofdstuk vormt (deels) de wetenschappelijke basis van dit onderzoek.

2.1 Gezondheid en leefstijlfactoren

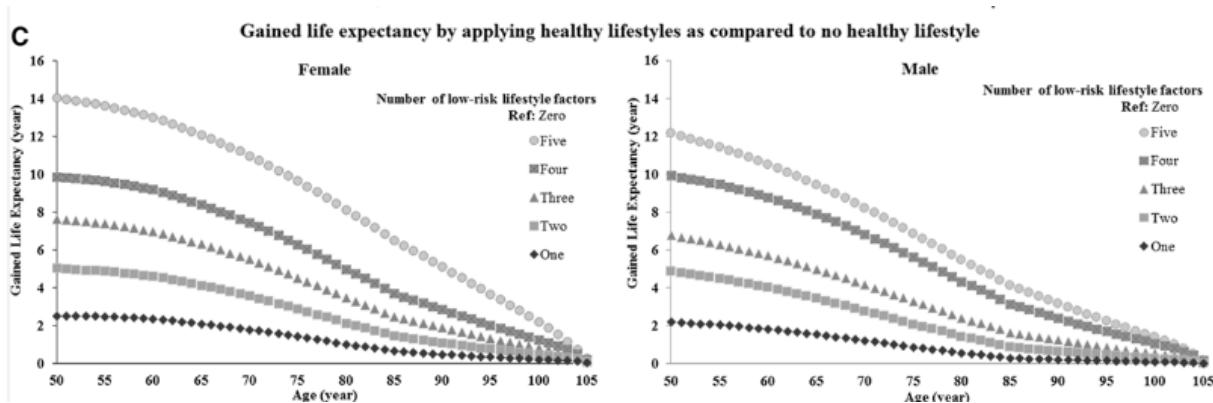
Leven in gezondheid heeft verschillende betekenissen. Over de jaren hebben verschillende groepen mensen, of dit nu beroepsbeoefenaars uit de gezondheidssector zijn of niet, verschillende definities van gezondheid verdedigd. Zo is er fysieke gezondheid en mentale gezondheid. Soms wordt iemand gezond beschouwd als diegene vrij is van ziekte of verwondingen. Soms wordt iemand als gezond gezien als diegene zich gewoonweg goed voelt. Een andere definitie van gezondheid is de staat van zijn in lichaam of geest. Deze definities zijn niet bij uitstek fout, maar ook niet compleet (Oleribe et al., 2018). De WHO (World Health Organization) heeft ook een definitie van gezondheid opgesteld in de grondwet van 1948 die tegenwoordig nog gebruikt wordt: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, z.d.). Met deze definitie heeft de WHO niet alleen nadruk gelegd op fysieke gezondheid, maar ook bevestigd dat mentale en sociale gezondheid belangrijk zijn. Een concept dat deze aspecten ook meeneemt is ‘Positieve gezondheid’ (Huber et al., 2011).

Positieve gezondheid is een relatief jong concept en vormt een bredere kijk op gezondheid. Positieve gezondheid is een concept waarbij niet alleen gekeken wordt naar de afwezigheid van ziekte, maar ook naar het aanpassingsvermogen van mensen en om het voeren van zoveel mogelijk eigen regie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Door een vragenlijst in te vullen kunnen mensen bekijken wat zij scoren op de verschillende dimensies en dit wordt weergegeven in een spinnenweb (figuur 2). De uitkomsten van dit spinnenweb kunnen het praten over gezondheid vergemakkelijken en daarnaast kan het samen met zorg-/hulpverleners helpen de gezondheid te verbeteren (Huber et al., 2011; Wat is het?, 2021).



Figuur 2 Spinnenweb van Positieve Gezondheid. Ze dimensies worden weergegeven: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Bron: Huber et al. (2011)

Leefstijlfactoren kunnen invloed hebben op de gezondheid. Leefstijlfactoren zijn bijvoorbeeld hoeveel fysieke activiteit iemand heeft, roken, hoeveel en hoe gevarieerd iemand eet, hoeveel overgewicht iemand heeft, of iemand gezond of ongezond eet, de hoeveelheid alcohol die geconsumeerd wordt, of er drugs worden gebruikt, de seksuele gezondheid, of er toegang is tot een gezonde omgeving en het sociale netwerk van een individu. Omdat deze leefstijlfactoren een rol spelen bij verschillende fysieke en ook mentale ziekten, worden deze ziekten ook wel leefstijlziekten genoemd. Voorbeelden van leefstijlziekten zijn de ziekte van Alzheimer, atherosclerose, astma, kanker, leverziekten, diabetes type 2, metabool syndroom, nierziekten, osteoporose, beroerte en depressie (Zaman et al., 2019). Het aannemen van een gezonde leefstijl, daarbij lettend op de leefstijlfactoren, kan mogelijk de levensverwachting verlengen. Het verhogen van de fysieke activiteit, niet roken of minder roken wanneer er al gerookt wordt, een gezond dieet, gematigde alcoholinname, een optimaal gewicht en een goed sociaal netwerk zijn allemaal geassocieerd met een langere levensverwachting tot wel 14 jaar (Figuur 3) (Li et al., 2018). Dit onderzoek van Li en collega's (2018) is uitgevoerd in Amerika en de doelgroep bestond uit mannen en vrouwen tussen de 50 en 80 jaar oud.



Figuur 3. Levensverwachting aan de hand van de hoeveelheid leefstijlfactoren met een laag risico. Levensstijlfactoren met een laag risico omvatten: roken van sigaretten (nooit roken), fysiek actief ($\geq 3,5$ uur/week matige tot krachtige intensiteit), hoge kwaliteit van de voeding, matige alcoholinname van 5-15 g/dag (vrouw) of 5-30 g/dag (mannelijk) en normaal gewicht (body mass index < 25 kg/m²). De hoeveelheid 'low-risk lifestyle factors' zorgt voor een langere levensverwachting. Bron: Li et al. (2018).

Voldoende fysieke activiteit is onderdeel van een gezonde leefstijl. Daarom is er een norm opgesteld door de World Health Organization (WHO) en een factsheet gepubliceerd door Kenniscentrum sport en bewegen (figuur 4; Kenniscentrum sport en bewegen, z.d.). Hierin staat dat niet alleen de kans op fysieke gezondheid groter wordt, maar ook de mentale gezondheid erop vooruit gaat (World Health Organization, 2021). Er is daarom een beweegnorm opgesteld: de Combinorm (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Deze norm geeft aan dat een individu minstens twee en een half uur per week matig intensief moet bewegen en regelmatig spier- en botversterkende activiteiten moet doen. Vooral het advies 'niet te veel stilzitten' wordt benadrukt. Helaas voldoet niet iedereen aan deze Combinorm. Voornamelijk mensen met een lage SES behalen deze norm niet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).



Figuur 4 Factsheet beweegnorm: Hoeveel kan ik bewegen om gezond te blijven? Bron: Kenniscentrum sport en bewegen (z.d.)

Bewegen is erg belangrijk, maar naast bewegen is gezond eten en voornamelijk de combinatie van de twee cruciaal voor een gezonde leefstijl. Minder bewegen en ongezond eten kunnen leiden tot meer vetweefsel. Vetweefsel is erg belangrijk omdat het een cruciale bron is van vetzuren in de nuchtere toestand (glucose- of suikerniveaus zijn 'normaal') voor energiegebruik en warmteproductie. Te veel vetweefsel daarentegen brengt risico's met zich mee. Te veel vetweefsel wordt gedefinieerd door

een te hoge BMI, of wel *Body Mass Index*. Wanneer iemand een BMI van 25-29 kg/m² heeft, dan heeft diegene overgewicht. Een BMI van 30 kg/m² of hoger geeft aan dat iemand obesitas heeft. BMI geeft de verhouding tussen lichaamslengte en gewicht aan door iemands gewicht te nemen in kg en dit te delen door zijn of haar lengte in het kwadraat. Hierdoor wordt een indicatie gegeven van de hoeveelheid lichaamsvet van een persoon. BMI is niet altijd een goede maat voor overgewicht bij een individu. Dit komt doordat een aantal aspecten niet worden meegenomen zoals de verhouding van spier-, bot- en vetweefsel. Ondanks dit hiaat wordt het BMI veelvuldig gebruikt als maatstaf in de geneeskunde. Dit komt doordat het wel een goede indicatie geeft bij ernstig onder- of overgewicht (Hajian-Tilaki & Heidari, 2015; Redinger, 2009).

Zoals hierboven beschreven lijkt het alsof gezond eten en meer bewegen de oplossing is voor overgewicht. Van den Bemd (2017) legt uit in een onderzoek dat er meer factoren zijn waardoor iemand overgewicht of obesitas krijgt. Zo spelen genen, psyche, medicijnen, hormonen, bruin vet, darmflora, stress, slaap, cultuur en crashdiëten een rol (Van den Bemd, 2017). Een paar van deze factoren worden in meer detail hieronder verder toegelicht.

2.1.1 Hormonen

Hormonen die een rol spelen bij de energiebalans, of wel energie homeostase, zijn bijvoorbeeld ghreline, leptine en insuline. Ghreline bevordert de eetlust. Dit hormoon wordt vlak voor het eten afgegeven en de bloedconcentratie daalt weer na het eten. Personen met obesitas hebben een lage onderdrukking van het ghrelineniveau, wat voor hoge ghrelinespiegels zorgt. Dit betekent dat het lichaam aangeeft honger te hebben ook al is er gegeten (Makris et al., 2017). Leptine is eigenlijk het tegenovergesteld van ghreline. Leptinespiegels stijgen wanneer er een overmaat aan energie is (veel vetweefsel) en dalen wanneer er energie tekort is. Personen met obesitas hebben vaak lage leptinespiegels door een te lage bloedafgifte of een receptordefect. Hierdoor geeft het lichaam, ondanks de hoeveelheid vetweefsel, aan dat er gegeten moet worden. Insulinespiegels stijgen wanneer voedsel is gegeten met suiker en/of koolhydraten. Door insuline wordt de opname van glucose door cellen gestimuleerd. In de cellen wordt glucose door middel van glycolyse omgezet naar pyrodruivenzuur. Tijdens de glycolyse wordt Adenosinetrifosfaat (ATP) gevormd door de omzetting van Adenosinedifosfaat (ADP). Pyrodruivenzuur wordt daarna weer gebruikt om de citroenzuurcyclus te starten waar, door omzetting van stoffen door middel van enzymen, nog meer ATP wordt gegenereerd. ATP is een organische verbinding waar tussen de fosfaatgroepen energie zit opgeslagen. ATP bestaat uit drie fosfaatgroepen, adenine (nucleobase) en de monosacharide ribose. De opgeslagen energie komt vrij wanneer een fosfaatgroep wordt afgesplitst. Hierdoor kunnen verschillende processen plaatsvinden: spiercontractie, eiwitsynthese, actief transport en signaaltransductie. Wanneer er zich te veel glucose in het lichaam bevindt, kan dit worden opgeslagen als lichaamsvet (Campbell, 2017; Redinger, 2009). Door overgewicht en obesitas ontstaat een verstoring van deze hormonen en ook resistentie voor deze hormonen. Dit betekent dat de hormonen niet meer aangeven dat iemand genoeg heeft gegeten en/of dat er genoeg energie is verkregen. Hierdoor blijven mensen met overgewicht en obesitas toch meer eten dan eigenlijk nodig is.

2.1.2 Vetcellen

Er zijn twee verschillende soorten vetcellen: bruin vet en wit vet. Wit vet ontstaat door te veel te eten en te weinig beweging. Wit vet is een belangrijke reservevoorraad om door tijden van schaarste te komen. Ook houdt het witte vet het lichaam warm en produceert het hormonen als oestrogeen en leptine. Het heeft de naam wit vet gekregen, omdat het een beetje gelig van kleur is. Dit komt doordat er niet veel ijzer in dit soort vet voorkomt, maar wel veel vetdruppels. Wit vet is vooral te vinden op de buik, de heupen en de benen. Bruin vet ontstaat doordat wit vet omgezet wordt in

bruin vet door te sporten, door genoeg te slapen (specifiek door melatonine) en door kou. Dit vetweefsel wordt bruin vet genoemd, omdat hier veel ijzer in voorkomt door het aantal mitochondriën dat zich hierin bevindt. Door de grote hoeveelheid ijzer is het vet bruin van kleur. Mitochondriën zetten suiker, vet en zetmeel die gegeten worden om in energie. Bruin vet heeft als hoofddoel om warmte te genereren door calorieën te verbranden. Bruin vet wordt daarom als 'beter' beschouwd dan wit vet. Het zorgt er namelijk voor dat calorieën verbranden en niet opgeslagen worden. Hierdoor hebben mensen die meer bruin vet hebben vaak minder snel overgewicht. Er is ook nog een derde soort vet: beige vet. Dit vet bestaat uit vetdruppeltjes en mitochondriën en ligt verspreid tussen het witte vetweefsel. Het 'activeren' van het bruine en beige vet, door bijvoorbeeld kou, lijkt een mogelijk hulpmiddel te zijn tegen obesitas. Dit moet echter nog beter onderzocht worden (Elattar & Satyanarayana, 2015; Redinger, 2009).

2.1.3 Stress/medicijnen

Stressprikkelers worden veroorzaakt door het stresshormoon cortisol wat in de bijnieren wordt aangemaakt. Dit belangrijke glucocorticoïd is nuttig om snel te kunnen reageren in stressvolle situaties. Cortisol heeft meerdere functies:

- Het stimuleren van gluconeogenese (aanmaak van glucose uit bronnen die geen koolhydraten bevatten) en glycogenolyse (afbraak van glycogeen naar glucose-1-phosphate en glucose), waardoor perifere weefsels minder gevoelig worden voor insuline en daardoor minder glucose uit het bloed wordt opgenomen.
- Afbraak van eiwitten en spieren door een aanhoudend verhoogde cortisolspiegel.
- Verschuiving in het immuunsysteem waardoor ontstekingswaarden laag blijven. Cortisol zorgt voor het inhiberen van de afgifte van de cytokine interleukin-12 (IL-12), interferon gamma, IFN-alpha en TNF-alpha door antigeen presenterende cellen (APC's) en T-helpercellen (Th1-cellen). Cortisol speelt ook een rol bij het reguleren van IL-4, IL-10 en IL-13 door Th2-cellen. Dit resulteert in een verschuiving naar een Th2-immuunrespons in plaats van een algemene immuunsuppressie. De activering van het stresssysteem tijdens een infectie lijkt een beschermend mechanisme te zijn dat een overactivering van de ontstekingsreactie voorkomt.

Het laatste punt zorgt ervoor dat er medicatie met glucocorticoïd (of wel cortisol) op de markt is gebracht welke ervoor zorgt dat mensen met allergieën, eczeem, astma en COPD een minder heftige immunoreactie hebben (Fardet & Fève, 2014). Alleen, zoals hierboven beschreven, brengt een langdurig verhoogde cortisolspiegel metabolische en cardiovasculaire risico's met zich mee (Wester et al., 2014). Ook zorgen de verhoogde hormoonspiegels ervoor dat het lichaam de aanmaak van vetcellen (adipocyten) en vetweefsel promoot en opslag van vetachtige stoffen door toenemende deling van pre-adipocyten (adipogenese). Cortisol zorgt ook voor de voorkeur van hoog calorisch en vet voedsel. Dit komt doordat het lichaam het tekort aan energie door een stressvolle situatie aan wil vullen. Bij chronisch verhoogde cortisolspiegels, zal er daarom veel hoog calorisch en vet voedsel worden gegeten. Helaas wordt hierbij niet altijd veel bewogen (Fardet & Fève, 2014; Savas et al., 2017). Mensen met een lage SES ervaren vaak veel stress. Veel stress leidt tot een hoge cortisolspiegel wat uiteindelijk bijdraagt aan overgewicht.

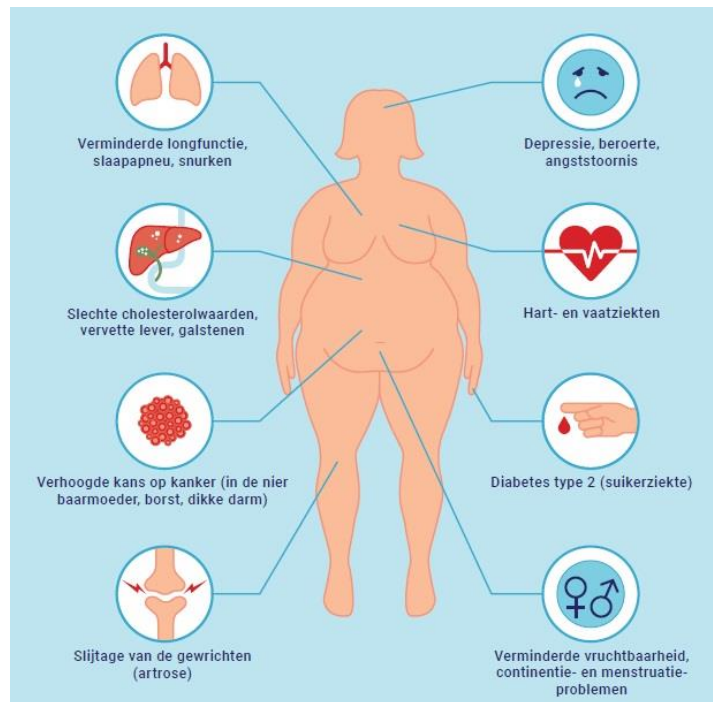
2.2 Leefstijlziekten

Leefstijlziekten zoals eerder al benoemd in dit hoofdstuk worden mede veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. De gevolgen van obesitas zijn te zien in figuur 5 en vallen ook onder de leefstijlziekten (figuur 5; Máxima MC, 2018). In dit hoofdstuk zullen verschillende leefstijlziekten besproken worden.

2.2.1 Leverziekten

De uitbreiding van vetweefsel bij obesitas vermindert het vermogen om overtollige energie op te slaan. Hierdoor ontstaat vetafzetting in de lever en uiteindelijk insulineresistentie, waardoor minder vetzuren afgegeven worden aan de bloedbaan en meer vrije vetzuren opgenomen in de levercel. Uiteindelijk zorgt dit ervoor dat de lever vergroot, zachter, gelig en vettig wordt. Het vet in de levercellen wordt op den duur afgebroken waarbij schade ontstaat. Hierdoor beginnen levercellen dood te gaan. Het immuunsysteem reageert hierop door ontstekingscellen aan te maken.

De volgende stap in het ziektebeeld is dan ook leverfibrose, ook wel leververlittekening genoemd. Het ziektebeeld dat hier geschetst is wordt ook wel *Non-Alcoholic Fatty Liver Disease* (NAFLD) genoemd, al is NAFLD een verzamelnaam voor meerdere leverziekten. De volgende ziekten vallen onder NAFLD: 1. Steatosis, of niet-alcoholische leververvetting (opnemen van vetzuren) 2. Niet-alcoholische leverontsteking (NASH) 3. Cirrhosis (chronische littekenvorming). 75% van de mensen die obesitas hebben, hebben te maken met NAFLD. Uiteindelijk kan de schade zo groot worden dat de ziekte eindigt in overlijden (Polyzos et al., 2019; Chaney, 2021).



Figuur 5 Acht gevolgen van obesitas. Bron: máxima mc (2018)

2.2.2 Hart- en vaatziekten

Individueen met obesitas hebben te maken met veranderingen in cardiovasculaire structuur en functie, omdat het lichaam zich aan probeert te passen aan zwaarlijvigheid. Veranderingen in cardiovasculaire structuur en functie zijn bijvoorbeeld:

- De toename van het totale circulerende bloedvolume als gevolg van een groter bloedvolume in de bloedvaten door natriumretentie.
- Verhoogde weerstand van de bloedstroom (systemische vasculaire weerstand) als gevolg van lichte ontsteking.
- Te veel aanmaak van insuline (hyperinsulinemie).
- Een verhoogd hartminuutvolume door een toename van het slagvolume en een lichte toename van de hartslag als gevolg van sympathische activatie.
- Sympathische overactiviteit en slaapapneu.
- Als gevolg van verhoogde CO₂ en systemische vasculaire weerstand is de bloeddruk doorgaans verhoogd, wat leidt tot hoge percentages hypertensie.

Ook verkeren patiënten met obesitas in een pro-trombotische en pro-inflammatoire toestand, een voorstadium met een verhoogde kans op bloedpropjes of ontstekingen. Dit zorgt weer voor een verhoogd risico op een beroerte, coronaire hartziekte, hartfalen, cerebrovasculaire ziekte (aandoening aan de bloedvaten richting de hersenen), atriale fibrillatie (hartritmestoorning), ventriculaire aritmie (extra hartslagen) en plotselinge dood door hartfalen (Koliaki & Kokkinos, 2019).

2.2.3 Kanker

Dat roken een oorzaak is van kanker is al langer bekend (Bayne-Jones, 1964). Dat overgewicht en obesitas kanker veroorzaken is wel duidelijk, maar de achterliggende mechanismen worden minder goed begrepen. Obesitas wordt geassocieerd met veranderingen in het metabolisme van geslachtshormonen, signalering van insuline en insulineachtige groeifactoren, chronische ontsteking en andere metabole stoornissen. Hier lijkt het risico op kanker aan gelinkt te zijn. Veranderingen in leefstijl door bijvoorbeeld meer te bewegen, gezonder te eten, te stoppen met roken en minder alcohol te drinken zouden al tussen de 30% en 50% van alle kanker gerelateerde sterfgevallen kunnen voorkomen (Cmrečak et al., 2020).

2.2.4 Diabetes type II

90% van mensen met obesitas heeft ook diabetes type II, of wel suikerziekte. Deze soort werd ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, maar steeds meer jongere mensen krijgen hier ook mee te maken. Diabetes type II wordt getypeerd door insulineresistentie en bèta- en alfa-cel disfunctie in de alvleesklier. Hierdoor bevindt zich teveel suiker in het bloed doordat glucose niet of minder wordt opgenomen door bijvoorbeeld skeletspieren en de lever. Langdurig te hoge bloedsuikers zorgen voor schade aan nieren, ogen, voeten en hart door schade aan de bloedvaten naar deze organen (Sheehan & Ulchaker, 2010). Diabetes type II wordt veroorzaakt door verschillende risicofactoren. Een deel van de factoren is niet aanpasbaar, zoals etniciteit en familiegeschiedenis of genetische aanleg. Ook de moderne (Westerse) leefstijl, sociaaleconomische status en gen-milieu interacties spelen een rol. Risicofactoren die wel aanpasbaar zijn, zijn bijvoorbeeld obesitas, weinig fysieke activiteit en een ongezond dieet. Zo bestaat er een omgekeerde lineaire relatie tussen iemands BMI en de leeftijd dat diabetes bij diegene wordt gediagnosticeerd. De exacte mechanismen waarom obesitas voor diabetes type II zorgt, zijn nog niet volledig bekend (Galicia-Garcia et al., 2020).

Fysieke activiteit kent meerdere voordelen als het gaat om diabetes type II (Venkatasamy et al., 2013):

- De opname van glucose uit plasma wordt verbeterd door de samentrekking van skeletspiercellen. Dit zorgt namelijk voor een toename van de bloedstroom naar de spier.
- Fysieke activiteit zorgt ook voor de vermindering van het vet dat je niet direct ziet, maar wat om de organen zit. Dit soort vet, ook wel visceraal vet genoemd, is een risicofactor voor insulineresistentie.
- Fysieke activiteit verbetert de glucoseopname (tot wel 40%) en insulinegevoeligheid, en het kan zelfs ontstekingen verbeteren of omkeren.

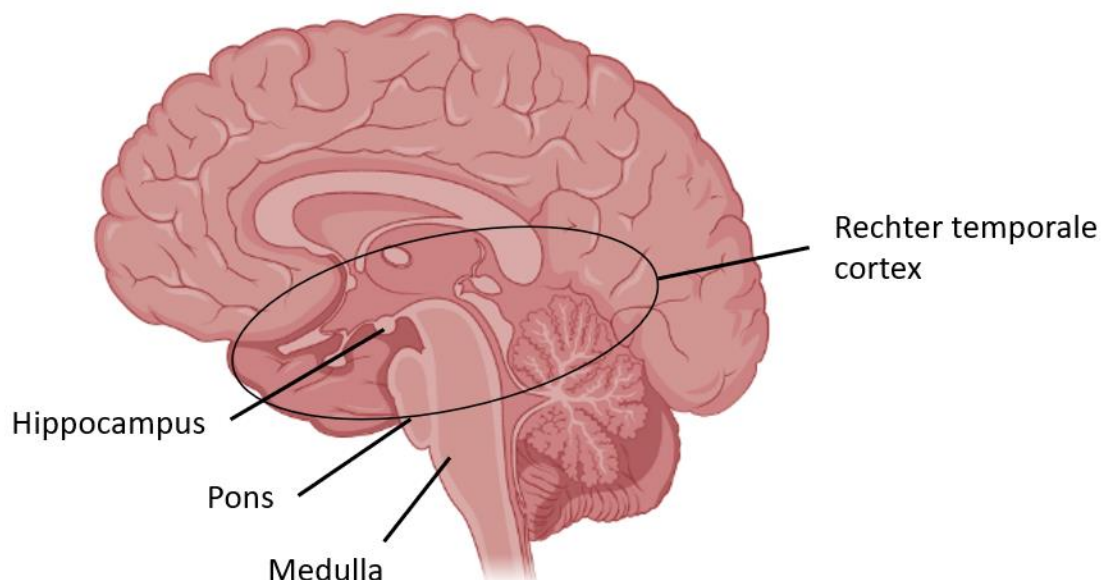
Hoogcalorisch eten zoals in het Westerse dieet veel gebeurt, zorgt voor een abnormale stijging in ontstekingsmoleculen en glucose wat voor schade zorgt. Dit leidt uiteindelijk weer tot een verhoogd risico op diabetes type II en insulineresistentie (Dali-Youcef et al., 2013).

In 2019 veroorzaakte diabetes wereldwijd 4,2 miljoen doden en leefden 463 miljoen mensen (20-79 jaar) met diabetes, wat zal oplopen tot 700 miljoen in 2045 als er nu niks gebeurt. Daarnaast waren 1 op de 3 mensen met diabetes verkeerd gediagnosticeerd, wat de werkelijke ziektelast van diabetes type II nog veel hoger maakt (Galicia-Garcia et al., 2020).

2.2.5 Depressie

Eerder is al beschreven hoe stress invloed heeft op overgewicht en obesitas. Stress heeft niet alleen invloed op iemands fysieke gesteldheid, maar vooral ook mentale gesteldheid. Stress kan ervoor zorgen dat iemand somberheidsklachten of een depressie ontwikkelt. In een systematische review van Blasco en collega's (2020) is beschreven dat depressie kan leiden tot obesitas, maar ook dat obesitas een risico is om een depressie te ontwikkelen (Blasco et al., 2020). Een andere systematische review van Luppino en collega's (2010) liet zien dat mensen met obesitas 55% kans hebben om depressief te worden en mensen met depressie 58% kans hebben om obesitas te krijgen (Luppino et al., 2010). Toch zijn er wel wat onregelmatigheden in de onderzoeken gevonden blijkt uit de systematische review van Blasco en collega's (2020). Dit kan duiden op een relatie tussen beide ziekten, maar de betekenis van de associatie is nog niet duidelijk (Blasco et al., 2020).

Depressie is een erg complexe ziekte. Een studie van Ahdidan en collega's (2011) heeft gevonden dat bepaalde gebieden in de hersenen krimpen door acute depressie (figuur 6): de hippocampus, de pons, de medulla en de rechter temporale cortex. De hippocampus speelt een belangrijke rol bij het omzetten van informatie van het kortetermijngeheugen naar het langetermijngeheugen en in het ruimtelijk geheugen dat navigatie mogelijk maakt. De pons en medulla maken deel uit van de hersenstam. De medulla bevat de hart-, ademhalings-, braak- en vasomotorische centra en houdt zich daarom bezig met de autonome functies van de ademhaling, hartslag en bloeddruk, evenals de slaap-waakcyclus. De pons omvat neurale paden en kanalen die signalen van de hersenen naar de kleine hersenen en de medulla geleiden en kanalen die de sensorische signalen naar de thalamus dragen. De rechter temporale cortex is betrokken bij het gehoor, het verbale geheugen (praten) en ook bij visuele herkenning (Ahdidan et al., 2011). Ahdidan en collega's (2011) vonden ook dat deze gebieden weer de oude structuur krijgen na het herstellen van de depressie.



Figuur 6 Hersengebieden aangetast door acute depressie. Bron: eigen product.

Een depressie kan ook tot veranderingen binnen in de hersenen leiden. Neurotransmitters, een soort chemische boodschappers, zijn gedereguleerd wanneer iemand last heeft van depressie. Kenmerkend voor het ziektebeeld van depressie is voornamelijk de deregulatie van de

neurotransmitters dopamine en noradrenaline, maar ook serotonine. De afgifte van serotonine, of wel het gelukhormoon, heeft onder andere invloed op het geheugen, het gedrag, stemming en reguleert het dopamineafgifte systeem. Serotonine wordt gemaakt in de hersenen door omzetting van de stoffen tryptofaan en 5-HTP (hydroxytryptofaan) door enzymen (C. Emily Durbin, 2014). In het brein kan serotonine binden aan receptoren waardoor het zijn werk kan doen, dit gebeurt onder andere in de prefrontale cortex. Dopamine is belangrijk voor een prettig gevoel (een beloning) door het voltooien van een taak of bepaald gedrag. Dopamine wordt bijvoorbeeld ook afgegeven wanneer iets lekkers gegeten wordt. Dopamine bindt vooral aan receptoren in de voorhoofdkwab en de basale ganglia van de hersenen. De voorhoofdkwab speelt een rol bij het aansturen van willekeurige, doelgerichte bewegingen, maar ze is ook bij veel psychische functies betrokken. De basale ganglia spelen een rol bij motorische activiteit of beweging en emotie. Dopamine zorgt ook voor de productie van noradrenaline. Noradrenaline is betrokken bij het in actie brengen van de hersenen en het lichaam en wordt afgegeven door de bijnieren (C. Emily Durbin, 2014, p.197; Huang & Wu, 2021).

Personen met verschijnselen van depressie hebben vaak te maken met een lage hoeveelheid van de bovengenoemde neurotransmitters. Een lage hoeveelheid noradrenaline zorgt bijvoorbeeld voor ongerustheid, migraine, verlies van alertheid, gebrek aan opwindning en interesse om dingen te doen, een mistig brein, concentratieproblemen, ongemotiveerd voelen en vermoeidheid. Lage levels van dopamine zorgen onder andere voor hopeloosheid en angst, laag zelfbeeld en eigenwaarde, problemen bij het starten en afronden van projecten, het geduld verliezen na een kleine tegenslag, moeite met omgaan met stress, woede, prikkelbaarheid en agressiviteit, onverschilligheid jegens familie en vrienden en een verlangen om alleen of geïsoleerd te zijn. Als laatste kunnen lage levels van serotonine voor ontevredenheid zorgen, zich ongelukkig voelen, gefrustreerd en boos voelen, moeite om positief te blijven of een gebrek aan vreugde te ervaren, moeite met inslapen, doorslapen en zich goed uitgerust voelen, een consistent slecht humeur en het plezier verliezen in dingen waar ooit van genoten werd (Schimelpfening, 2021).

Kijkend naar de werking en het doel van de neurotransmitters, is het begrijpelijk dat depressie kan leiden tot minder beweging en algemene motivatie. Mensen met een lage SES hebben vaak last van chronische stress en dat kan weer een rol spelen bij het ontwikkelen van depressie. Depressie kan vervolgens weer zorgen voor overgewicht en op die manier kan er een vicieuze cirkel ontstaan.

2.3 Leefstijl en sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status, of SES, wordt bepaald om een beeld te geven van de positie van mensen op de maatschappelijke ladder. Box 1 geeft meerdere manieren aan voor het bepalen van iemands SES. In Nederland wordt een SES gekenmerkt door het opleidingsniveau (VZinfo, z.d.).

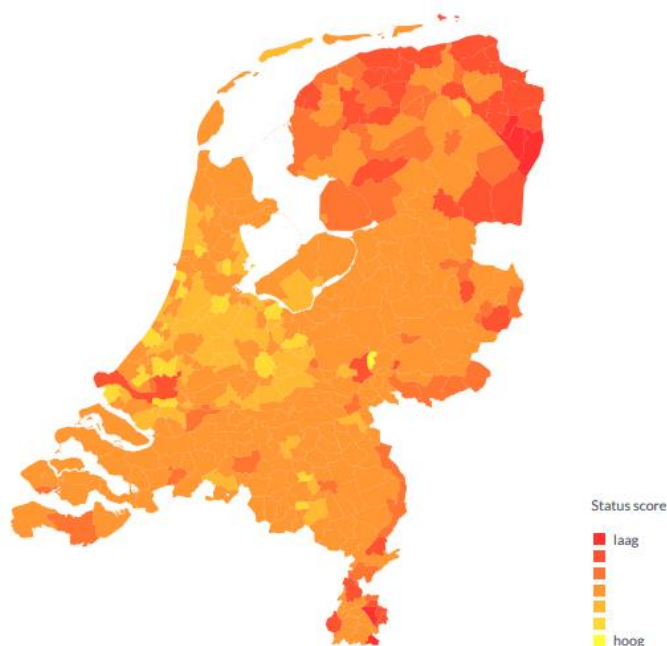
Box 1 Het bepalen van de sociaaleconomische status (SES)

(Surachman et al., 2019; Breitenstein et al., 2019; Rosen et al., 2018; Cohen et al., 2006; Bodha, 2020)

- Het huishoudelijk inkomen en de opleiding van de ouders/verzorgers wordt gebruikt om de SES van kinderen te bepalen.
- Hoeveel een individu verdient t.o.v. de grootte van het gezin is ook een maatstaf voor het bepalen van iemands SES. Dit wordt ook wel 'income-to-need ratio' genoemd. Hierbij wordt gekeken naar het inkomen van een gezin t.o.v. de armoedegrens.
- Voor het bepalen van de SES van een individu wordt vaak alleen gekeken naar de hoogte van de opleiding en het inkomen.

In figuur 7 is te zien dat in Noord-Nederland de SES gemiddeld lager is dan in de rest van Nederland (Figuur 7; FSP, 2021). Kunst (2010) beschrijft dat er een samenhang is tussen gezondheid en SES. Deze samenhang is al te zien vanaf de geboorte en loopt de rest van het leven door. Twee begrippen zijn hiervoor opgesteld: 'sociale causatie' en 'gezondheidsselectie'. Wanneer de sociaaleconomische positie op een bepaalde leeftijd invloed heeft op de gezondheid op later leeftijd wordt dit sociale causatie genoemd. Omgekeerd wanneer de gezondheid invloed heeft op de hoogte van het inkomen of op het opleidingsniveau later in het leven, dan wordt dit gezondheidsselectie genoemd (Kunst, 2010). Pharos, het landelijke expertisecentrum als het gaat om sociaaleconomische gezondheidsverschillen, laat deze samenhang zien in figuur 8. Te zien is dat mensen met een lage SES gemiddeld zes jaar korter leven en 15 jaar minder gezonde jaren ervaren dan mensen met een hoge SES (Pharos, 2022).

>> Sociaal-economische status per gemeente, 2017

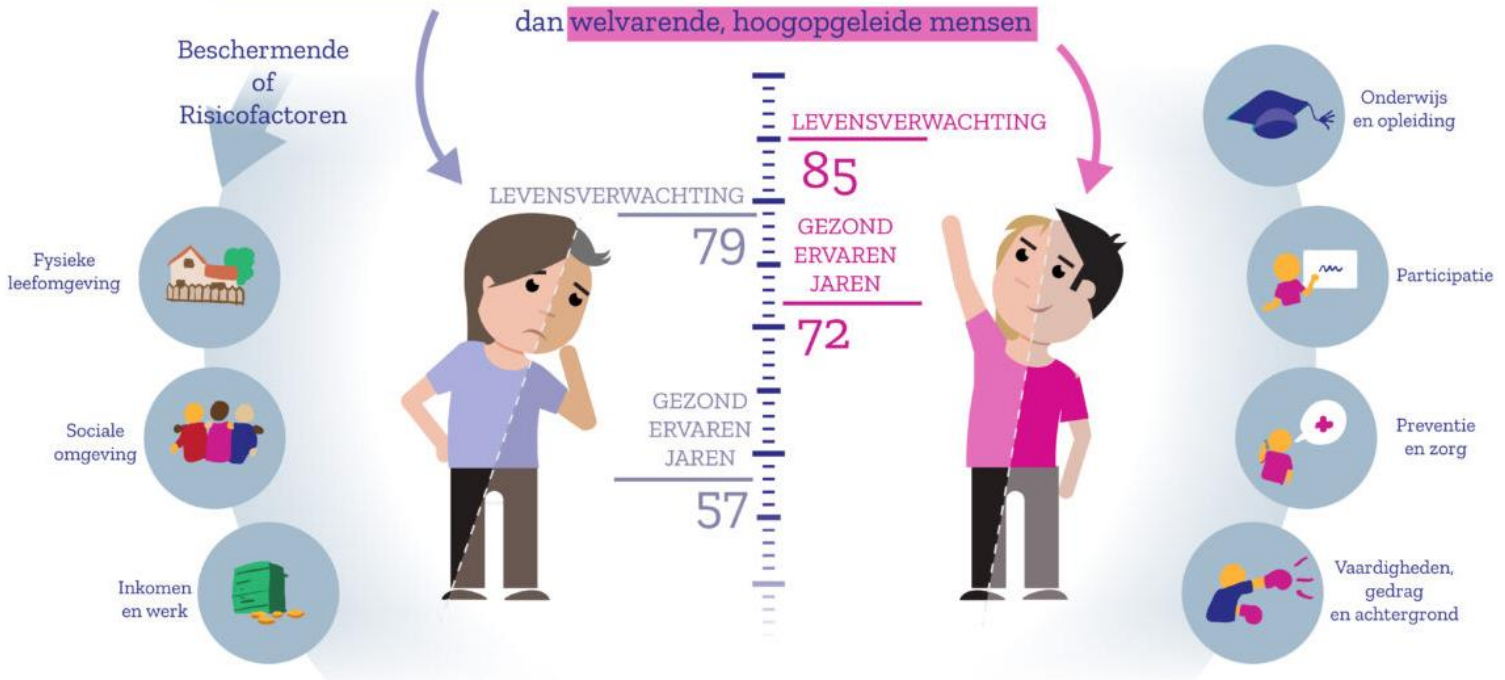


Figuur 7 Sociaaleconomische status per gemeente, 2017. Bron: de Vries et al. (2021)

(Niet) even lang en gelukkig

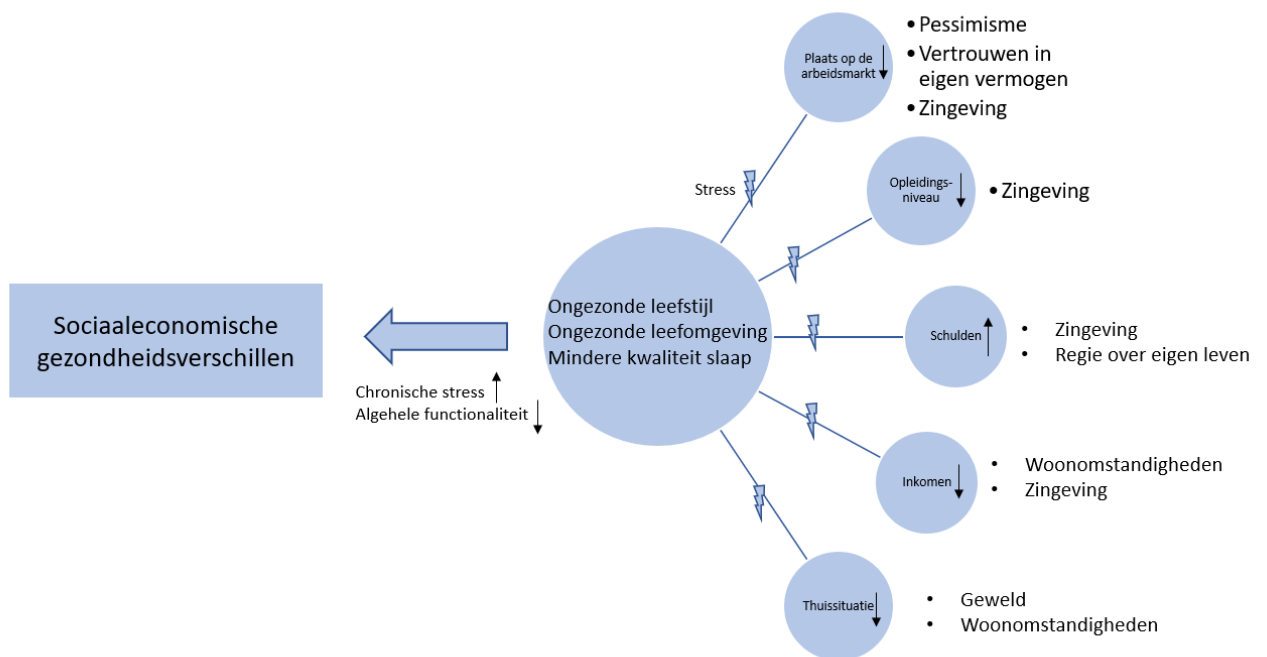
Armere mensen met (vaak) een praktische opleiding leven gemiddeld zes jaar korter

dan welvarende, hoogopgeleide mensen



Figuur 8 (Niet) even lang en gelukkig. Mensen met een praktische opleiding vs. Hoogopgeleide mensen. Bron: Pharos, 2022

In figuur 9 staat samengevat welke factoren leiden tot SEGV. De factoren 'plaats op de arbeidsmarkt', 'opleidingsniveau', 'schulden', 'inkomen' en 'thuissituatie' leiden naar een ongezonde leefstijl, een ongezonde leefomgeving en/of mindere kwaliteit van slaap. Als gevolg leidt dat tot stress of chronische stress. Chronische stress leidt tot daling in de algehele functionaliteit van mensen en lijkt daardoor de grootste factor als het gaat om SEGV. Als de factoren die leiden tot chronische stress aangepakt kunnen worden, dan zouden in theorie de SEGV verkleind kunnen worden (Peereboom, 2021; Bodha, 2020).



Figuur 9 Kenmerken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en wat tot deze verschillen leidt. Bron: A. Peereboom (2021), aangepast.

Pharos heeft aan de hand van het besluit van het kabinet om de gezondheidskloof aan te pakken, negen oplossingen opgesteld (Haker, 2019; Pharos, 2022):

1. 'Zet in op een brede, domein overstijgende aanpak'. Dit houdt in dat een brede aanpak nodig is, omdat gezondheid en gezond gedrag samenhangen met andere factoren zoals bijvoorbeeld leefsituatie.
2. 'Differentieer waar nodig'. Vaak wordt gedacht dat iedereen dezelfde aanpak verdient en nodig heeft. Met dit punt wordt bedoeld dat er daadwerkelijk verschillen zijn tussen groepen mensen. Daar moet op worden ingespeeld.
3. 'Benut kansen in verschillende levensfasen'. De Friese Preventieaanpak heeft dit ook in de plannen opgenomen. Verschillende levensfasen genereren verschillende kansen, denk aan een gezonde start voor kinderen en gebeurtenissen zoals het verliezen van een baan.
4. 'Werk samen met de mensen om wie het gaat'. Het is erg belangrijk om niet over de mensen te praten, maar juist met de mensen te praten. Om interventies of programma's te laten slagen is het van belang om de doelgroep te betrekken.
5. 'Werk persoonsgericht'. Dit punt klinkt logisch, maar hier wordt benadrukt dat de persoon in kwestie centraal staat. Hier moet naar worden geluisterd.
6. 'Versterk geloof in eigen kunnen en zelfredzaamheid'. De nadruk moet worden gelegd op autonomie.
7. 'Stuur op al doende leren en experimenteren'. Het uiteindelijke doel is wel belangrijk, maar de vooruitgang ligt in het proces naar het doel toe.
8. 'Investeer in goede monitoring en evaluatie'. Door monitoring en evaluatie kan altijd geleerd blijven worden van ervaringen in het verleden en kunnen processen verbeterd blijven worden.
9. 'Werk aan borging van kennis en effectieve aanpakken in praktijk en beleid'. Het is belangrijk dat beleid wordt aangepast om over lange tijd gezondheidsverschillen te blijven verkleinen.

2.4 Conclusie

Meerdere definities van gezondheid worden gebruikt. De WHO heeft bepaald dat gezond zijn een combinatie is van fysieke, mentale en sociale gezondheid. Deze definitie wordt nog eens onder de loep genomen door het concept positieve gezondheid. Om gezond te zijn spelen meerdere leefstijlfactoren een rol. Het aannemen van gezonde leefstijlfactoren wordt geassocieerd met een langere levensverwachting tot wel 14 jaar. Ook is duidelijk dat “gewoon” minder eten en meer sporten niet de oplossing is voor de obesitasepidemie en dat er meerdere factoren meespelen. Genen, psyche, medicijnen, hormonen, bruin/wit vet, darmflora, stress, slaap, cultuur en crashdiëten spelen bijvoorbeeld allemaal een rol. Door te veel risicovolle leefstijlfactoren kunnen er leefstijlziekten ontstaan. Deze leefstijlziekten kunnen ervoor zorgen dat een gezonde leefstijl nog moeilijker nageleefd kan worden. Depressie lijkt namelijk ook een risicofactor voor gewichtstoename. Mensen met een lage SES hebben te maken met meerdere risicovolle leefstijlfactoren. Zo lijkt een combinatie van problematiek te leiden tot chronische stress. Chronische stress lijkt weer een risicofactor te zijn voor een ongezonde leefstijl. Hierdoor leven mensen met een lage SES gemiddeld 6 jaar korter en 15 jaar in slechtere gezondheid vergeleken met mensen met een hoge SES. Het expertisecentrum op het gebied van gezondheidsverschillen heeft daarom negen oplossingen bedacht om de gezondheidskloof te dichten. Deze negen oplossingen zijn echter wel erg obliagaat en sluiten niet een-op-een aan met gangbare preventiemodellen.

Positieve gezondheid laat zien dat een bredere kijk op gezondheid mogelijk en noodzakelijk is. Niet alleen de fysieke gezondheid moet worden meegenomen, maar ook de mentale gezondheid en de kwaliteit van leven zijn belangrijk. Zo'n bredere kijk op gezondheid vraagt om een andere benadering van interventies.

Dit hoofdstuk geeft goed weer welke problemen er ondervonden worden op het gebied van een gezonde leefstijl. In Nederland bestaat een gezondheidskloof, waaruit blijkt dat er veel winst is te behalen op het gebied van gezondheid bij mensen met een lage SES. Uit het huidige literatuuronderzoek blijkt dat er meerdere leefstijlfactoren zijn waarop ingespeeld kan worden om een gezonde leefstijl te bewerkstelligen.

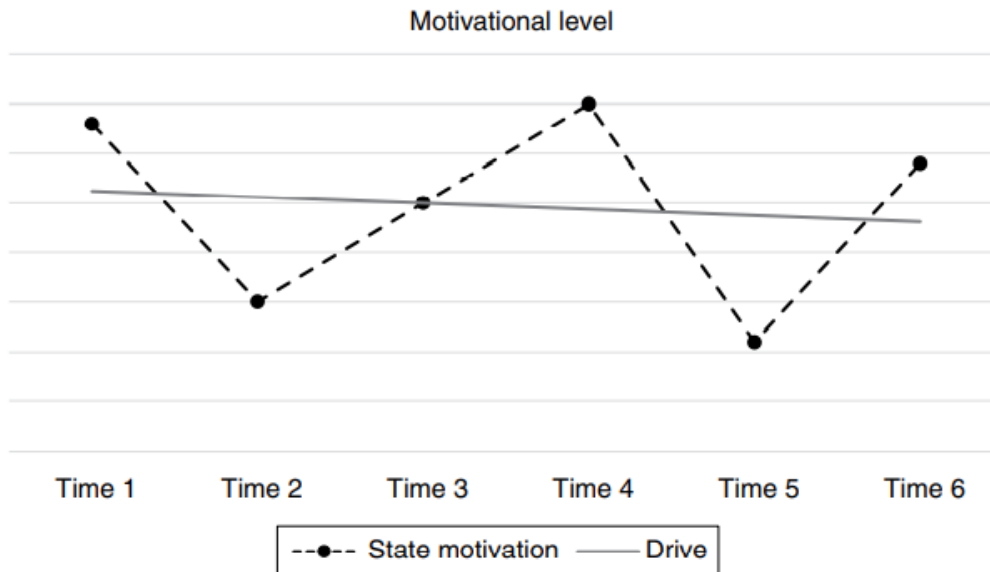
Hoofdstuk 3 – Motivatie is een belangrijk onderdeel van gedragsverandering

In dit hoofdstuk komen de volgende deelvragen aan bod: *Wat is motivatie en wat zijn de wensen en ervaringen van de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES m.b.t. een gezonde leefstijl of leefstijlinterventie? Wat zijn werkzame elementen van leefstijlinterventies en welke sluiten aan op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES?* Deze vragen worden beantwoord door middel van literatuuronderzoek en interviews met de doelgroep. Dit draagt bij aan het advies, omdat dit beter inzicht geeft in de elementen die ingezet moeten worden om de doelgroep te bereiken en daadwerkelijk mee te nemen in een gezonde leefstijl.

3.1 Motivatie en barrières tot gezond gedrag

Motivatie is een begrip dat omschrijft hoe een individu of een groep mensen kiest om bepaald gedrag uit te voeren en het vol te houden. Motivatie is op te delen in extrinsieke en intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie komt van binnenuit en is zelfbepaald. Een voorbeeld van intrinsieke motivatie is dat iemand zijn/haar diploma wil behalen omdat hij/zij erg geïnteresseerd is in dat vakgebied. Extrinsieke motivatie komt van buitenaf (McInerney, 2019). Een voorbeeld van extrinsieke motivatie is dat iemand naar zijn/haar werk gaat, omdat hij/zij geld nodig heeft. Alhoewel eerst werd gedacht dat intrinsieke motivatie belangrijker is dan extrinsieke motivatie, wordt in verschillende culturen de dynamiek tussen de twee anders gezien. Dit betekent dat in sommige niet-Westerse culturen, extrinsieke motivatie hetzelfde resultaat kan bieden als intrinsieke motivatie (McInerney, 2019).

Motivatie is cruciaal voor prestatie en het behalen van doelen. De term 'motivators' verwijst naar verschillende begrippen die de motiverende richting van een persoon beschrijven en verklaren: motieven, behoeften, doelen, interesses, verlangens en waarden. Aan de andere kant verwijst 'drive' naar het algemene niveau van motivatie in verschillende tijden en situaties. 'Drive' is niet per se het zoeken naar prestatie, maar het eigen vermogen (van binnenuit) om dingen te doen die uitmonden in vooruitgang of ontwikkeling (Figuur 10). 'Drive' geeft meer een inzicht in de motivatie van een persoon in de toekomst. Iemand's 'motivational state', zoals te zien in figuur 10, geeft meer de motivatie van een persoon aan in de huidige context (Siegling & Petrides, 2020). Verschillende veelgebruikte maatstaven bevatten een universele en uitgebreide reeks motivatoren, waarbij vaak combinaties van de "Grote Drie" betrokken zijn: prestatie (de wens om nieuwe vaardigheden te verwerven), affiliatie (verlangen naar sociale relaties) en macht (verlangen om anderen te beïnvloeden en te controleren). De Grote Drie lijken de achterliggende factoren als het gaat om motivatie (McInerney, 2019; Siegling & Petrides, 2020).



Figuur 10. Drive (algemeen motivatieniveau) als het gemiddelde van motivatietoestanden in de tijd en situaties, Bron: Siegling & Petrides (2020).

Op hersenniveau kan motivatie ook beschreven worden. Zoals eerder beschreven, speelt dopamine een rol bij beloning (C. Emily Durbin, 2014, p.197). Dopamine is nodig voor mensen om moeite te doen, zodat uiteindelijk het gevoel van beloning (terug) zal komen. De hersengebieden die hierbij betrokken zijn, zijn de nucleus accumbens en de basolaterale amygdala. De nucleus accumbens speelt een rol in motivatie, verlangen, bevrediging en passie. De amygdala speelt een rol bij herinneringen en emoties en de basolaterale kern van de amygdala speelt een rol bij affectief leergedrag. Beide zijn onderdeel van het dopaminerge circuit (Kroemer et al., 2016).

In Australië hebben twee studies aangetoond wat de verschillende motivators en barrières zijn van jongvolwassenen (18-30 jaar) m.b.t. gezond eten en fysieke activiteit. De ene studie richtte zich op mannen en de andere op vrouwen. Tussen de mannen en de vrouwen zijn zowel overeenkomsten als verschillen gevonden. Unieke motivators om gezond te eten is het hebben van meer energie. Voor fysieke activiteit is het verbeteren van de fitheid belangrijker voor mannen dan vrouwen. Jonge mannen vinden plezier halen uit sporten belangrijker dan jonge vrouwen. Zowel mannen als vrouwen vinden hun uiterlijk en lichaamsbeeld een belangrijke motivator voor zowel sporten als gezonder eten. Vrouwen vinden gewicht verliezen belangrijker dan mannen, voornamelijk bij overgewicht (Ashton et al., 2017; Holley et al., 2016).

De barrières om gezond te eten en te sporten zijn gelijk tussen mannen en vrouwen. Zo ondervinden mannen en vrouwen beiden een gebrek aan motivatie, tijd en kost het te veel geld. De studies vonden ook dat oudere volwassenen (25+ jaar) minder snel de kosten belangrijk vonden dan de jongere volwassenen (18-25 jaar). Dit komt mogelijk doordat oudere volwassenen over het algemeen meer verdienen dan jongere volwassenen (Ashton et al., 2017; Holley et al., 2016).

3.2 Gedragsveranderingstechnieken en werkzame elementen

Verschillende gedragsveranderingstechnieken zijn bedacht om te helpen bij het motiveren van mensen (figuur 11). Gedragsveranderingstechnieken zijn waarneembare, repliceerbare en onherleidbare componenten van een interventie, ontworpen om causale processen die gedrag reguleren te veranderen of om te buigen. Abraham en Michie (2008) hebben een lijst gemaakt van gedragsveranderingstechnieken met bijbehorende definities (taxonomie) die gebruikt kunnen

worden om interventies te karakteriseren (figuur 11). De verschillende afkortingen achter de gedragsveranderingstechnieken staan voor modellen of theorieën waaronder de techniek valt:

- IMB voor 'Information-Motivation-Behavioral skills model' en gebruikt drie primaire constructies die gedragsveranderingen beïnvloeden: informatie en kennis over het gedrag, de motivatie van het individu om het gedrag uit te voeren en de gedragsvaardigheden die nodig zijn om het gedrag uit te voeren (Rongkavilit et al., 2010).
- TRA staat voor 'Theory of Reasoned Action' en heeft als doel om de relatie tussen houding en gedrag binnen het menselijk handelen te verklaren. Het wordt voornamelijk gebruikt om te voorspellen hoe individuen zich zullen gedragen op basis van bestaande gedragsintenties (Gillmore et al., 2002).
- TPB staat voor 'Theory of Planned Behavior' en is een theorie die beschrijft hoe gedrag te voorspellen en uit te leggen is. Het doel, de actie, de context en het tijdsframe van het gedrag worden hierbij meegenomen (Ajzen, 2020).
- SCogT staat voor 'Social-Cognitive Theory' en is een psychologisch perspectief op het functioneren van de mens dat de nadruk legt op de cruciale rol die de sociale omgeving speelt op motivatie, leren en zelfregulatie (Schunk & DiBenedetto, 2020).
- CT staat voor 'Control Theory'. Deze theorie beschrijft hoe mensen zich aan bepaalde sociale normen houden. Een sterke band met de maatschappij zorgt ervoor dat iemand zich meer aan de sociale norm houdt. Een minder sterke band zorgt ervoor dat een persoon eerder zal afwijken van de sociale norm (Robinson, 2007).
- OC staat voor 'Operant Conditioning' en houdt in dat bepaald gedrag gestimuleerd en behouden wordt door een schema die voor versterking van dit gedrag zorgt (Staddon & Cerutti, 2003).

Dit kan uiteindelijk leiden naar verbetering van interventies, doordat deze makkelijker beoordeeld kunnen worden door de herkenning van gedragsveranderingstechnieken. Ashton en collega's (2020) deden onderzoek naar de effectiviteit van gedragsveranderingstechnieken bij jongvolwassenen (18-35 jaar). Hieruit bleek dat doelen stellen, zelfmonitoring van uitkomst van gedrag, sociale beloning en sociale steun het beste leken te werken. Doelen stellen kan bestaan uit het bepalen van hoeveel gewicht per week verloren moet worden. Zelfmonitoring van uitkomst van gedrag houdt in dat de deelnemer van een interventie bijvoorbeeld elke dag zijn of haar gewicht moet bijhouden. De sociale beloning bestaat uit verbaal of non-verbaal een deelnemer aanmoedigen of prijzen na het behalen van een (sub)doel. Tot slot bestaat sociale steun uit de omgeving en familie die de deelnemer steunen door bijvoorbeeld geen koekjes op tafel te zetten, of aanmoedigen om te gaan sporten (Ashton et al., 2020). De systematische review van Ashton en collega's (2020) heeft zich niet speciaal gericht op deelnemers met een lage SES, maar wel specifiek op jongvolwassenen.

1. Provide information about behavior-health link. (IMB)	General information about behavioral risk, for example, susceptibility to poor health outcomes or mortality risk in relation to the behavior
2. Provide information on consequences. (TRA, TPB, SCogT, IMB)	Information about the benefits and costs of action or inaction, focusing on what will happen if the person does or does not perform the behavior
3. Provide information about others' approval. (TRA, TPB, IMB)	Information about what others think about the person's behavior and whether others will approve or disapprove of any proposed behavior change
4. Prompt intention formation. (TRA, TPB, SCogT, IMB)	Encouraging the person to decide to act or set a general goal, for example, to make a behavioral resolution such as "I will take more exercise next week"
5. Prompt barrier identification. (SCogT)	Identify barriers to performing the behavior and plan ways of overcoming them
6. Provide general encouragement. (SCogT)	Praising or rewarding the person for effort or performance without this being contingent on specified behaviors or standards of performance
7. Set graded tasks. (SCogT)	Set easy tasks, and increase difficulty until target behavior is performed.
8. Provide instruction. (SCogT)	Telling the person how to perform a behavior and/or preparatory behaviors
9. Model or demonstrate the behavior. (SCogT)	An expert shows the person how to correctly perform a behavior, for example, in class or on video
10. Prompt specific goal setting. (CT)	Involves detailed planning of what the person will do, including a definition of the behavior specifying frequency, intensity, or duration and specification of at least one context, that is, where, when, how, or with whom
11. Prompt review of behavioral goals. (CT)	Review and/or reconsideration of previously set goals or intentions
12. Prompt self-monitoring of behavior. (CT)	The person is asked to keep a record of specified behavior(s) (e.g., in a diary)
13. Provide feedback on performance. (CT)	Providing data about recorded behavior or evaluating performance in relation to a set standard or others' performance, i.e., the person received feedback on their behavior.
14. Provide contingent rewards. (OC)	Praise, encouragement, or material rewards that are explicitly linked to the achievement of specified behaviors
15. Teach to use prompts or cues. (OC)	Teach the person to identify environmental cues that can be used to remind them to perform a behavior, including times of day or elements of contexts.
16. Agree on behavioral contract. (OC)	Agreement (e.g., signing) of a contract specifying behavior to be performed so that there is a written record of the person's resolution witnessed by another
17. Prompt practice. (OC)	Prompt the person to rehearse and repeat the behavior or preparatory behaviors
18. Use follow-up prompts.	Contacting the person again after the main part of the intervention is complete
19. Provide opportunities for social comparison. (SCompT)	Facilitate observation of nonexpert others' performance for example, in a group class or using video or case study
20. Plan social support or social change. (social support theories)	Prompting consideration of how others could change their behavior to offer the person help or (instrumental) social support, including "buddy" systems and/or providing social support
21. Prompt identification as a role model.	Indicating how the person may be an example to others and influence their behavior or provide an opportunity for the person to set a good example
22. Prompt self-talk.	Encourage use of self-instruction and self-encouragement (aloud or silently) to support action
23. Relapse prevention. (relapse prevention therapy)	Following initial change, help identify situations likely to result in readopting risk behaviors or failure to maintain new behaviors and help the person plan to avoid or manage these situations
24. Stress management (stress theories)	May involve a variety of specific techniques (e.g., progressive relaxation) that do not target the behavior but seek to reduce anxiety and stress
25. Motivational interviewing	Prompting the person to provide self-motivating statements and evaluations of their own behavior to minimize resistance to change
26. Time management	Helping the person make time for the behavior (e.g., to fit it into a daily schedule)

Figuur 11 Behaviour change techniques. Gedragsveranderingstechnieken en de definities. IMB = information-motivation-behavioral skills model; TRA = theory of reasoned action; TPB = theory of planned behavior; SCogT = social-cognitive theory; CT = control theory; OC = operant conditioning Bron: Abraham & Michie (2008).

Gedragsveranderingstechnieken worden gebruikt om iemand te motiveren om de gezonde keuze de normale keuze te maken. Deze technieken worden onder andere toegepast bij interventies voor mensen die bariatrische chirurgie (maagverkleining) hebben ondergaan en om mensen te helpen om te stoppen met roken (Wright et al., 2022; Black et al., 2020). Deze reviews laten zien dat gedragsveranderingstechnieken een goede ondersteuning zijn om leefstijlveranderingen door te voeren en dat interventies die deze technieken gebruiken betere resultaten boeken dan interventies die geen gedragsveranderingstechnieken gebruiken. Hieruit blijkt ook dat motivatie gestimuleerd kan worden.

Naast gedragsveranderingstechnieken bevatten interventies werkzame elementen. Werkzame elementen zijn dé elementen die ervoor zorgen dat interventies succesvol zijn. Daarnaast helpen ze ook om interventies te verbeteren en waar nodig als gespreksstarter. Interventies blijken succesvol te zijn door verschillende combinaties van deze werkzame elementen afgestemd op de doelgroep (Mulderij et al, 2019). Werkzame elementen vormen de basis van interventies, maar verschillen wel

per interventie. Het is belangrijk de werkzame elementen vast te stellen zodat de interventie herhaald kan worden. Wanneer een interventie ingezet wordt is het belangrijk om te laten staan wat werkt (de werkzame elementen). Hierdoor blijft het dezelfde interventie, maar kunnen er aanpassingen gemaakt worden om de interventie aan te passen aan de locatie of de doelgroep (Appendix VI).

Eerder zijn er 7 thema's bepaald die terugkomen in de werkzame elementen (Peereboom, 2021; box 2; Appendix II). In box 2 staan schuingedrukt de werkzame elementen die door interviews met welzijnswerkers en de doelgroep toegevoegd zijn aan de bestaande werkzame elementen (Appendix V, IX, XI-XIV).

Box 2 Werkzame elementen jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES

1. Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies
2. Inzetten op de motivatie van de deelnemers
3. Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers
4. Inspelen op het groepsgevoel
5. Vertrouwde omgeving
6. Vervolgaanbod aanbieden
7. Een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname
8. *Beloften nakomen/ doen wat je zegt*
9. *Sleutelpersoon of ervaringsdeskundige*

3.3 Wensen en ervaringen doelgroep

Door middel van 17 interviews met de doelgroep (jongvolwassenen met een lage SES), is er geprobeerd om erachter te komen wat hen motiveert en welke werkzame elementen bij hen passen (Appendix XII, XIII & XIV). Zo gaven zij aan dat begeleiding moest bestaan uit een ervaringsdeskundige. Iemand die ver 'boven' hen staat, daar hebben zij geen behoefte aan. De doelgroep vond het daarom erg vervelend dat een masterstudent hen kwam interviewen. Dit komt overeen met de bottom-up methode. Dit houdt in dat initiatieven en programma's die door de doelgroep zelf ontwikkeld zijn, het beste werken (Jans, 2021). Ook gaven zij aan dat ze vaak wel mee willen doen met activiteiten of programma's, maar dat dit geen geld moet kosten en ook niet te veel tijd in beslag moet nemen. De doelgroep gaf namelijk vaak aan het erg druk te hebben. Werk, kinderen of diverse problematiek waren punten die benoemd werden. Als een beweeginterventie bijvoorbeeld toegevoegd zou worden aan het standaard curriculum van school, dan zouden de studenten daar wel graag aan mee willen doen. Eenzaamheid of mensen ontmoeten werden als persoonlijke punten genoemd om mee te doen met interventies of programma's. Mee doen voor een gezondere leefstijl stond niet bovenaan de agenda.

Wijkcentra worden vaak herkend door de doelgroep. Bijna iedereen is er wel mee in contact geweest of weet er vanaf. Toch werd er wel aangegeven dat de activiteiten die worden aangeboden door wijkcentra niet bekend waren. Er was maar één persoon die aangaf dat haar begeleider had genoemd dat er activiteiten aangeboden werden.

3.4 Conclusie

Motivatie is een belangrijk onderdeel van waarom mensen doen wat ze doen. Hoewel gedacht werd dat intrinsieke motivatie belangrijker is dan extrinsieke motivatie, lijkt dat niet in alle culturen hetzelfde te zijn. Dat is positief, omdat dat betekent dat mensen die geen intrinsieke motivatie hebben om bijvoorbeeld een gezonde leefstijl op te pakken toch gestimuleerd kunnen worden om dat te doen. Dopamine speelt hierbij een rol, omdat deze neurotransmitter ervoor zorgt dat een persoon een belonend of fijn gevoel krijgt bij het volbrengen van een taak. Literatuuronderzoek wijst uit dat motivators voor een gezonde leefstijl veel te maken hebben met fitheid en het zelfbeeld van mensen. Gezond eten voor meer fysieke energie en gewicht verliezen om er mooier uit te zien lijken toch wel de grootste motivators te zijn. Barrières voor het oppakken van een gezonde leefstijl zijn voornamelijk een gebrek aan motivatie, tijd en geld. Verschillende gedragsveranderingstechnieken kunnen gebruikt worden om iemand te motiveren een gezonde leefstijl op te pakken of om door te gaan met gezond leven. Doelen stellen, zelfmonitoring van uitkomst van gedrag, sociale beloning en sociale steun leken de beste technieken om iemand te motiveren. Tot slot zijn werkzame elementen een belangrijk onderdeel van interventies. Deze vormen de basis van een interventie en kunnen per interventie verschillen, afhankelijk van de doelgroep. Het is belangrijk om de werkzame elementen van een interventie vast te stellen zodat de interventie herhaald kan worden.

Dit hoofdstuk geeft aan dat motivatie een belangrijk onderdeel is om een gezonde leefstijl op te pakken. Ook laat dit hoofdstuk zien dat mensen gemotiveerd kunnen worden door extrinsieke factoren. Dit is veelbelovend voor het toepassen van leefstijlinterventies op de doelgroep jongvolwassen tussen de 18 en 25 jaar met een lage SES.

Hoofdstuk 4 – Praktijk voorbeelden

In dit hoofdstuk komen de volgende deelvragen aan bod: *Hoe zijn de leefstijlinterventies binnen de verschillende gemeenten georganiseerd en hoe worden leefstijlinterventies opgezet en erkend? Zijn er leefstijlinterventies gericht op jongvolwassenen/mensen met een lage SES en zijn deze effectief?* Deze vragen worden beantwoord door middel van informatie van overheidswebsites en door middel van interviews met verschillende stakeholders. Dit hoofdstuk geeft een beeld van de huidige situatie omtrent beweeg- en leefstijlinterventies.

4.1 Leefstijlinterventies

Zoals eerder beschreven in dit rapport, is het belangrijk om rekening te houden met diverse problematiek wanneer gezond gedrag potentieel bevorderd wordt door preventie gefocust op leefstijl. Er bestaan verschillende soorten preventie zoals te zien in het Friese Preventiemodel (figuur 12). Preventie-aanbod en/of interventies moeten aansluiten op de verschillende preventieniveaus. Universele preventie is bevorderlijk voor iedereen. Verandering van de omgeving en het lokale aanbod van bijvoorbeeld voedsel en sport kan een positieve bijdrage leveren aan de gehele bevolking. Selectieve preventie richt zich al op risicogroepen. Werving of aanbod specifiek gericht op de risicogroepen is dan nodig. Geïndiceerde preventie en Zorg & Hulp gerelateerde preventie zijn eigenlijk 'preventie van erger'. Mensen zijn dan al ziek of hebben al klachten (Van der Graaf et al., 2022; figuur 12).



Figuur 12 Het Friese Preventiemodel. Bron: Van der Graaf et al. (2022)

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) focust op meerdere aspecten tegelijk, namelijk het verhogen van de lichamelijke activiteit, het verminderen van de energie-inname en duurzame gedragsverandering met als uiteindelijke doel om overgewicht te verminderen. In Nederland worden vier GLI's vanaf 1 januari 2019 onder voorwaarden vergoed vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Dit geldt echter alleen voor mensen die al overgewicht en een extra risicofactor hebben (co-morbiditeit) (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). In de lijst hieronder zijn de GLI's die vergoed worden vanuit de basisverzekering en die door middel van het filter omhoog kwamen schuin gedrukt.

Kenniscentrum Sport en Bewegen heeft een database aangemaakt met sport- en beweeginterventies. Deze database is gericht op professionals die hierin een interventie kunnen vinden die past bij hun doelgroep. De database bevat een probleembeschrijving, een beschrijving van de doelgroep, een beschrijving van het doel van het sport- en beweegaanbod, de aanpak (opzet interventie, locatie en uitvoerders), een beschrijving van ondersteuning die mogelijk nodig is voor de interventie, welke materialen er ter beschikking zijn en belangrijke documenten (Kenniscentrum Sport en Bewegen, 2020).

Door te filteren op 'volwassenen (18 t/m 49 jaar)', 'kansarm/lage SES' en 'gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)' zijn 9 interventies gevonden in de database van Kenniscentrum sport & bewegen (Kenniscentrum Sport en Bewegen, 2020):

1. Samen Gezond Eten en Bewegen
2. X-Fittt 2.0
3. Stapjefitter
4. Lekker in je lijf
5. Camper-Expeditie
6. *Samen Sportief in Beweging*
7. Bewegen Werkt
8. *SLIMMER*
9. Liever Bewegen dan Moe

Het was niet mogelijk te filteren op interventies gericht op de doelgroep 18 t/m 25 jaar. In tabel 2 zijn de verschillende wervingsstrategieën, de status (goed onderbouwd, goed beschreven, eerste aanwijzingen voor effectiviteit), een korte beschrijving en de werkzame elementen (Appendix I) per interventie te vinden. De status van een interventie wordt bepaald door de erkenningscommissie van het RIVM, nadat de interventie-eigenaren een verzoek tot erkenning hebben ingediend waarna een erkenningstraject volgt (Appendix VI). De erkenningscommissie beoordeelt hoe goed een interventie onderbouwd is. Zij bekijken ook of de doelgroep voldoende bereikt wordt. De doelgroep van de meeste interventies (X-Fittt 2.0, Stapjefitter, Samen Sportief in Beweging en SLIMMER) moet overgewicht en een onderliggend gezondheidsrisico hebben om mee te mogen doen aan de interventie. Dit betekent dat er al een aanleiding moet zijn om mee te kunnen doen met een interventie en daardoor vallen deze onder 'preventie van erger'. Bij deze interventies is dan ook een doorverwijzing van de huisarts nodig. Verwijzing lijkt wel een erg goede wervingsstrategie te zijn (Smit et al., 2021).

Wanneer er geen doorverwijzing van de huisarts nodig is voor een interventie (Samen Gezond Eten en Bewegen, Lekker in je Lijf, Camper-Expeditie, Bewegen Werkt en Liever Bewegen dan Moe) worden andere manieren van werving gebruikt. 'Bewegen Werkt' gebruikt een doorverwijzing via het UWV of de gemeente bijvoorbeeld, maar veel interventies gebruiken flyers, lokale krantjes of actieve werving. Verschillende buurtsportcoaches geven aan dat actieve werving het beste werkt: Van deur

tot deur gaan en een visitekaartje achterlaten plus een kort gesprek levert veel interesse op in de wijken waar zij werkzaam zijn (Appendix V & XI).

De interventie 'Samen Gezond Eten en Bewegen' gebruikt informatiefactoren om deelnemers te motiveren. Zij verstrekken informatie aan de deelnemers om het ongezonde eet- en beweegpatroon te doorbreken. Dit doen zij aan de hand van het 'I-change' model. Dit is een model dat veranderingen in motivatie en gedrag verklaart (De Vries, 2017). Het model geeft aan dat gedragsverandering en een gebrek aan motivatie liggen aan een gebrek aan het bewustzijn over het beweeg- en eetgedrag. De interventie 'X-Fitt 2.0' neemt alleen deelnemers aan als die vooraf kunnen laten zien genoeg gemotiveerd te zijn. De nazorg van deze interventie bevat wel een gedragsveranderingstechniek, namelijk 'motivational interviewing' (doelgeoriënteerde vorm van communicatie) en het coachen op doelen (Verkooijen, 2019). 'Stapje Fitter' kijkt naar de mate van motivatie van de deelnemer en probeert de interventie daarop aan te laten sluiten. De interventie 'Lekker in je lijf' maakt gebruik van motiverende gespreksvoering (ook wel 'motivational interviewing') (Reijnen, 2019). 'Camper-Expeditie' maakt niet gebruik van specifieke gedragsveranderingstechnieken. 'Samen Sportief in Beweging' maakt ook gebruik van het 'I-change' model (Los et al., 2020). 'Bewegen Werkt' maakt gebruik van het 'stages of change' motivatiemodel (Prochaska, 1997). Op die manier zorgen ze ervoor dat de interventie aansluit op de individuele motivatie van de deelnemer (Kalken, 2018). 'Slimmer' maakt ook gebruik van 'motivational interviewing', maar geeft ook aan dat activiteiten in groepsverband met gelijkgestemden de intrinsieke motivatie bevordert. Daarnaast maken zij ook gebruik van tussentijdse evaluaties (monitoring) (Philippens et al., 2021). 'Liever bewegen dan moe' maakt gebruik van psycho-educatie, maar niet specifiek van gedragsveranderingstechnieken die zich richten op motivatie (Interventies zoeken, z.d.).

Tabel 2 Leefstijlinterventies met beschrijving, status, werkzame elementen en wervingsstrategie. Schuingedrukt onder de leefstijlinterventie zijn de organisaties genoemd die de interventie mogelijk aanbieden. Bron: Bodha (2020); loketgezondleven (2021)

Leefstijlinterventie	Beschrijving	Status	Werkzame elementen	Wervingsstrategie
Samen Gezond Eten en Bewegen <i>Gezondheidscentra, Huisartsen, Fysiotherapeuten, Diëtisten, Sportstimulering, Gemeenten, Welzijnsorganisaties</i>	Acht weken basiscursus en twee terugkombijeenkomsten. Twee keer per week wordt er bewogen en één keer per week vindt een voedingssessie plaats. Beide onder leiding van een professional.	Goed onderbouwd	Groepsbenadering, ervaringsdeskundigen, GLI, participatie, veilige omgeving, institutioneel netwerk, doorlopen ondersteuning, cursusboek, community builder, minder afhankelijk van financieren gemeente en zorgverzekeraar	Flyers
X-Fitt 2.0 <i>Sport- en beweegcentra</i>	Voor en door mensen met een lage SES. Twee jaar lang intensieve begeleiding en een integrale aanpak. Twee keer per week samen bewegen en één keer per week wegen. Na afloop blijven deelnemers bewegen door middel van een lokaal sportaanbod.	Goed onderbouwd	Groepsverband, weegmomenten, persoonlijke begeleiding, professionals, cofinanciering door gemeente en zorgverzekeraar, integrale aanpak	Website, facebookpagina, folders, verwijzing van huisarts nodig
Stapjefitter <i>Welijnsorganisaties, Sportverenigingen</i>	Wekelijks twee groepsbijeenkomsten gericht op bewegen, voeding en deelname aan de maatschappij.	Goed onderbouwd	Netwerk, opleidingstraject, minimaal 18 weken, groepsverband, monitoring, duidelijke uitleg, aansluiting bij motivatie en intensiteit van deelnemer, kleine stappen, participatie, laagdrempelig	Uitkeringsgerechtigden worden door re-integratie consulent doorverwezen
Lekker in je lijf <i>Fysiotherapeuten</i>	Deelnemers bewegen gedurende achttien weken in een groep onder begeleiding van een fysiotherapeut. Aanvullend krijgen ze voorlichting over gezonde voeding van een diëtist. Deze	Goed onderbouwd	Persoonlijke begeleiding, bevorderen van kennis, bevordering van attitude door voordelen te benoemen en nadelen af te zwakken, actief leren, aandacht voor doorstroom naar vervolgaanbod.	Brief sturen naar mensen die lid zijn van collectieve zorgverzekering (door privacy wet niet meer mogelijk), artikel in lokaal krantje, voedselbank, eerste lijn zorg, sociale media, fysiotherapeuten

	interventie is op dit moment niet meer actief.			
Camper-Expeditie <i>GGD'en, Zorggroepen, Gezondheidscentra</i>	Een camper staat op locatie waar de doelgroep veel komt. Hier kan een gezondheidscheck worden gedaan. Dit zorgt voor vroege opsporing van moeilijk bereikbare mensen met een verhoogd risico op diabetes.	Goed beschreven	Populatiegerichte aanpak, laagdrempelig, concrete informatie, directe verwijzing mogelijk, professionals	Camper staat op sleutellocaties
Samen Sportief in Beweging <i>Fysiotherapeuten, Sportverenigingen, Gezondheidscentra, Diëtisten</i>	Basiscursus van acht weken, twee keer per week beweging en één keer per week voeding. Geleidelijk overgedragen aan lokale beweeg mogelijkheden.	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit	GLI, individuele aanpak, motivational interviewing, zelfregulatie, groepsverband, uitstroomprogramma, onderhoudsprogramma, lokaal, multidisciplinaire teams, betrekken zorgverzekeraar	Doorverwijzing huisarts of leefstijlcoach
Bewegen werkt <i>Gemeenten, UWV</i>	18 weken, twee keer per week. Onderscheidt tussen jongeren, volwassenen en ouderen. Individuele plan van aanpak gericht op beweging met als doel re-integratie.	Eerste aanwijzingen voor effectiviteit	Betrokkenheid en verantwoordelijkheid deelnemer, samenwerking contactpersoon, minimale intensiteit, maatwerk	UWV, gemeenten, Maatschappelijke organisaties
SLIMMER <i>Huisartsen, Leefstijlcoaches</i>	Programma van 24 maanden bestaande uit casemanagement, uitstroomprogramma en coaching op voeding en beweging.	Goede aanwijzingen voor effectiviteit	GLI, groepsverband, casemanager, uitstroomprogramma, monitoring, intensieve aanpak, aanpassen van programma aan deelnemer, zelfregulatie, lokaal, multidisciplinaire teams, betrekken verzekeraar	Verwijzing door huisarts
Liever Bewegen dan Moe <i>GGZ, Gemeenten</i>	Psycho educatie en bewegen met als doel vermindering van depressie.	Goed onderbouwd	Passende informatie, sportmogelijkheden na afloop van het programma	Folder, flyer, mond-tot-mond reclame, persoonlijk contact

4.1.1 Gezondheidseffecten van leefstijlinterventies

Samen Gezond Eten en Bewegen

De interventie 'Samen Gezond Eten en Bewegen' is goed onderbouwd en heeft duidelijk beschreven welke doelgroep bereikt zou moeten worden met de interventie. In de praktijk bleek echter dat de werving van ervaringsdeskundigen en de doelgroep niet optimaal verliep. 55% van de geplande hoeveelheid ervaringsdeskundigen heeft daadwerkelijk een groep deelnemers begeleid. Daarnaast viel 35% van de deelnemers uit in de eerste fase van de interventie. In totaal zouden er drie fasen doorlopen moeten worden. Na de interventie blijft ongeveer 20% van de deelnemers bewegen. Dit betekent dat de samenwerking met organisaties die vervolgaanbod zouden kunnen aanbieden nog verbeterd kan worden. De interventie bewerkstelligde wel significante vermindering van het gewicht en de BMI van de deelnemers. De BMI van de deelnemers nam af met 1,0% direct na de interventie en 2,8% tot een jaar na de interventie en een gewichtsafname van, respectievelijk, 1,0% en 2,7% (Gezondheidszorg et al., 2019).

X-Fittt 2.0

Voor de interventie 'X-Fittt 2.0' is alleen nog een tussentijdse evaluatie gedaan. Tijdens deze evaluatie zijn 28 deelnemers geïnterviewd en zijn metingen verricht om hun gewicht en BMI vast te stellen aan het begin van de interventie, na drie maanden en na één jaar na de interventie. Het onderzoek laat zien dat deelnemers gemiddeld 6.8 kilo lichaamsgewicht verliezen en dat er een daling van de BMI is te zien van 2.4 kg/m² (Mulderij et al., 2017). Een ander onderzoek van Mulderij et al. (2022) interviewde 71 deelnemers en vroeg daarin naar hun ervaringen. De deelnemers vonden de interventie toegankelijk en vonden het erg fijn dat zij in een groep gelijkgestemden terecht kwamen. De begeleiding van de leefstijl- en sportcoach werd als erg prettig ervaren. Aan de andere kant vonden ze de begeleiding van de diëtist niet voldoende en vonden ze het programma aan de korte kant (12 weken) (Mulderij et al., 2022).

Stapjefitter

Tijdens de interventie 'Stapjefitter' wordt tot nu toe een uitval van 21% gezien en een gemiddelde opkomst van 80%. 75% van de deelnemers ging na de interventie door met vrijwilligerswerk en in 48% van de deelnemers werd een toename in sportdeelname gezien. Gemiddeld stegen de deelnemers 1.9 treden op de participatieladder. De participatieladder bestaat uit zes treden waarbij de eerste vier treden bestaan uit mensen zonder werk en de bovenste twee treden staan voor mensen met regulier werk (Kenniscentrum Sport en Bewegen, z.d.).

Lekker in je Lijf

Door de interventie 'Lekker in je Lijf' ervoeren vier op de tien deelnemers hun algemene gezondheid beter dan voor de interventie. Acht op de tien deelnemers geeft ook aan dat hun fysieke gezondheid verbeterd is. Ook voelen de deelnemers zich energiever en hebben zij het idee dat hun mentale gezondheid verbeterd is. Verder lijkt bij meer dan een kwart van de deelnemers de maatschappelijke participatie vooruit te zijn gegaan. Aan de andere kant was ook bij meer dan een kwart van de deelnemers de maatschappelijke participatie vermindert na de interventie (Reijnen, 2018).

Camper-Expeditie

Gemiddeld is er van 80% van de mensen die mee hebben gedaan aan de gezondheidscheck in de camper een registratieformulier retour gekomen. Twee tot vijf weken na de gezondheidscheck zijn deelnemers gebeld om te vragen of de adviezen zijn opgevolgd. Het advies om naar de huisarts te gaan werd vaak opgevolgd en een deel gaf aan meer te bewegen aan de hand van het leefstijladvies. Deze resultaten zijn echter niet kwantificeerbaar (Loor & Gemeente Rotterdam, 2016).

Samen Sportief in Beweging

De interventie 'Samen Sportief in Beweging' lijkt effectief te zijn als het gaat om de verandering in gezondheidsmaten onder lage SES groepen. Gewicht van deelnemers nam gedurende de acht weken van de interventie gemiddeld af met 1.3 kg en tot 2.7 kg een jaar na de interventie. De BMI nam gemiddeld met 1.0 kg/m² af en de buikomvang nam gemiddeld 3.5 cm af. Ook ging een jaar na de interventie de zelf ervaren gezondheid van de deelnemers vooruit (Mölenberg et al., 2018). Voor de evaluatie van deze interventie is echter geen controle groep gebruikt.

Bewegen werkt

Deze interventie gebruikt bewegen als methode om te leren. Hierdoor worden mensen geholpen die ver van de arbeidsmarkt staan om weer hun weg terug te vinden. De interventie is gebaseerd op onderzoek wat is verricht onder kinderen. In deze onderzoeken wordt beschreven dat bewegen en fysieke activiteit zorgen voor de aanmaak van neuronen, de neuroplasticiteit en de doorbloeding van de hersenen (De Greeff et al., 2017; Curlik 2nd & Shors, 2013 ; Hötting & Röder, 2013; El-Sayes et al., 2019). Uit onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen bleek dat de mentale conditie van deelnemers met 9% vooruit ging. Ook de fysieke conditie ging vooruit met 19%. Daarnaast zorgde de interventie ervoor dat deelnemers drie maal zoveel uren betaald werk per week hadden (Schellekens, 2003).

SLIMMER

De interventie 'SLIMMER' lijkt erg effectief te zijn als het gaat om het verbeteren van klinische en metabolische risicofactoren, fysieke activiteit, dieet en zelf ervaren gezondheid. Deelnemers vielen gemiddeld 2.5 kg af door de interventie. Verder aten deelnemers meer fruit en minder vet, verzadigd vet en over het algemeen minder calorieën (Duijzer et al., 2017). Metabolische risicofactoren verbeterden ook door deze interventie. Zo was er onder deelnemers een positief effect te zien op glucose, insuline en vrijevetzuren. De concentraties van deze stoffen werd gemeten tijdens vasten en na een glucose tolerantie test. Tijdens de glucose tolerantie test wordt gekeken hoe snel de glucose concentratie en de concentratie vrijevetzuren weer terug keert naar normaal binnen twee uur na de test. Na de interventie zagen de onderzoekers sterke verbetering hierin onder de deelnemers. Ook was de insulineresistentie verminderd onder de deelnemers (Roumen et al., 2008).

Liever Bewegen dan Moe

Door middel van een pilot studie is de effectiviteit van de interventie 'Liever Bewegen dan Moe' in kaart gebracht. De zelfervaren gezondheid nam onder veel deelnemers sterk toe door de interventie. Ook gingen de vrouwen minder vaak naar de huisarts dan voor de interventie. Zo gingen zij tot wel 13 keer per jaar naar de huisarts voorafgaand van de interventie en is dat gedaald naar ongeveer 10 keer per jaar na de interventie. Depressieve klachten bleven aanwezig onder de vrouwen, maar de gemiddelde stemming steeg wel met 20% (Overzier & Wansink, 2012).

4.2 Natuur op recept

Meerdere studies tonen aan dat natuur hand in hand gaat met gezondheid (Stevenson et al., 2018; Twohig-Bennet & Jones, 2018; Pretty et al., 2017). Natuur verbetert niet alleen de mentale gezondheid, maar nodigt ook uit om te bewegen en verbetert daardoor ook de fysieke gezondheid. De review van Stevenson en collega's (2018) laat zien dat de cognitieve prestatie vooruit gaat als personen worden blootgesteld aan 'echte' natuur. Een nagebootste omgeving liet niet dezelfde resultaten zien. Volgens hen komt dit door het herstel van een beperkte cognitieve hulpbron, namelijk gerichte aandacht. Het blijkt daarom dat gerichte aandacht, zoals gebeurt wanneer een persoon zich in de natuur bevindt, cognitieve prestatie kan verbeteren (Stevenson et al., 2018). De

review van Twohig-Bennet & Jones (2018) laat zien dat interventies en therapieën die gebruik maken van de natuur en daarnaast meer natuur in de wijk voor een significante daling zorgen van diabetes type II, cardiovasculaire ziekten, vroeggeboorte en algemene sterfte vergeleken met mensen die niet opzettelijk werden blootgesteld aan natuur. Daarnaast zorgt de natuur voor een significante stijging van het melden van een goede gezondheid (Twohig-Bennet & Jones, 2018). Het artikel van Pretty en collega's (2017) geeft aan dat de leefstijl die de meeste mensen nu aanhouden zorgt voor een soort overlevingsstand. Hierdoor wordt het sympathische zenuwstelsel geactiveerd. Wanneer mensen meer door natuur omgeven worden zal het parasympatische zenuwstelsel meer geactiveerd worden. Dit zorgt uiteindelijk voor meer kalmte en minder stress wat weer bijdraagt aan de gezondheid (Pretty et al., 2017). Huisartsen zouden mogelijk patiënten kunnen begeleiden naar een gezonde leefstijl door middel van natuur. Hier lijkt de bevolking zich wel in te kunnen vinden. Zorginstituut Nederland heeft een representatief onderzoek gedaan onder 2000 Nederlanders waaruit blijkt dat 60% van alle Nederlanders vindt dat de focus van de zorg moet liggen op leefstijlverbetering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022).

4.3 Het IJslandse model en de JOGG-aanpak

Naast interventies die zich richten op relatief kleine groepen, bestaan er ook aanpakken die zich richten op een groot deel van de samenleving: het IJslands model en de JOGG-aanpak (Jongeren Op Gezond Gewicht).

4.3.1 Het IJslandse model

IJsland had in 1990 één van de hoogste percentages aan alcohol en drugs gebruikende jongeren van 12 tot en met 18 jaar. Om dit tegen te gaan richtte het IJslands model 'Youth in Iceland' zich meer op de omgeving en het sociale netwerk van jongeren i.p.v. het individu, ook wel een 'community-based' preventieaanpak genoemd. In dit model worden alcohol, tabak en drugs gezien als kenmerken van de sociale omgeving van de jongeren. Het idee is dan ook om de hele samenleving in te zetten tegen alcohol-, tabak- en drugsgebruik om een langdurige oplossing te waarborgen. Ouders, school, leeftijdsgenoten en vrijetijdsgeschieden worden lokaal aangepakt door de preventieve factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. Dit wordt gedaan door een doorlopende dialoog met beleid, onderzoek en praktijk in de vorm van een vragenlijst die binnen twee tot drie maanden wordt teruggekoppeld. Ook landelijke maatregelen spelen een rol in het model. De leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol is 20 jaar geworden en tabak mag gekocht worden vanaf 18 jaar. Verder is er een landelijke campagne tegen roken gestart. Belangrijk is dat het IJslandse model niet bestaat uit een vaststaand pakket maatregelen of interventies, maar dat er lokaal wordt gekeken naar wat nodig is. In IJsland krijgen de jongeren daarnaast jaarlijks een vrijetijdskaart met (omgerekend) 400 euro om te besteden aan bijvoorbeeld sport of cultuur (Staal, 2022; Smeets & de Greeff, 2019). Dit model is erg effectief, voornamelijk het alcoholgebruik is sterk afgenomen door het model. De hoeveelheid rokende mensen kon echter niet direct gekoppeld worden aan het model (Kristjansson et al., 2010; Kristjansson et al., 2020). In Nederland wordt het IJslandse model nu ook ingezet in zes gemeenten. Alhoewel de effecten nog niet te meten zijn (het IJslandse model werkt over een tijd van 20 jaar), kan er al wel wat worden gezegd over de effectiviteit van de implementatie (de Wilde et al., 2021). De Wilde en collega's (2021) vonden dat medewerkers van landelijk organisaties erg geïnteresseerd zijn in de integrale aanpak van het IJslandse model en enthousiast zijn over het vele monitoren wat hierbij komt kijken. Ook vonden zij dat zinvolle vrijetijdsbesteding erg belangrijk werd gevonden. Tot slot bleek uit het onderzoek dat het IJslandse model goed implementeerbaar is in Nederland.

Voor de doelgroep 18-25 jaar met een lage SES zou deze aanpak mogelijk kunnen werken. Op dit moment is de aanpak gericht op jongeren van 12 t/m 18 jaar, maar zoals hierboven al beschreven is kan deze aanpak aangepast worden naar wat nodig is. Door onderzoek te doen naar de wensen en

behoeften van de doelgroep 18-25 jaar met een lage SES kan het IJslandse model daarop aangepast worden, terwijl het principe of de basis van het model blijft staan.

4.3.2 De JOGG-aanpak

De JOGG-aanpak richt zich op het verminderen van obesitas onder jongeren tot en met 19 jaar. De JOGG-aanpak is een 'complexe interventie'. Dit houdt in dat de aanpak is gericht op verandering in meerdere domeinen. Zo richt de JOGG-aanpak zich op thuis, de buurt, school, sport, vrije tijd, werk en de media. Per domein wordt bepaald welke interventie lijkt te werken. Jongeren hebben namelijk te maken met al deze steeds veranderende domeinen of omgevingen. JOGG is dan ook afhankelijk van de context waar de aanpak is geïmplementeerd wordt. Dit maakt monitoren en terugkoppeling van dat monitoren zo belangrijk. Als de JOGG-aanpak in de ene gemeente goed werkt, betekent dat niet dat diezelfde aanpak werkt in een andere gemeente (Kremers et al., 2018). In interviews met een gezondheidsbevorderaar en met de JOGG-programmaleider werd aangegeven dat elke gemeente zelf mag kiezen hoe de JOGG-aanpak omarmd wordt (Appendix VIII). Wel blijven een paar elementen altijd staan (werkzame elementen). Er wordt namelijk altijd gebruik gemaakt van 6 pijlers: politiek-bestuurlijk draagvlak, publiek-private samenwerking, gedeeld eigenaarschap, evaluatie en monitoring, verbinding zorg en preventie en communicatie (Over JOGG, z.d.). Het politiek-bestuurlijk draagvlak betekent dat het gemeentelijk beleid altijd een gezonde leefstijl en omgeving op de agenda moet hebben staan. Publieke-private samenwerking betekent dat beide partijen zich moeten inzetten voor een gezonde omgeving. Gedeeld eigenaarschap betekent dat er gebruik wordt gemaakt van de zogenaamde bottom-up methode. Dit betekent dat de professionals vanaf het begin van de interventie samenwerken met de doelgroep. Evaluatie en monitoring is erg belangrijk, omdat de JOGG-aanpak zich aanpast aan de gemeente. Er moet daarom goed worden bijgehouden wat werkt en wat beter kan. Monitoring en evaluatie worden gedaan door het Mulier instituut. Landelijke monitoring gebeurt jaarlijks en de evaluatie van de JOGG-aanpak wordt gedaan per periode. Er is al een evaluatierapport van de periode 2015-2019 en op dit moment is er nog een evaluatie bezig die de periode 2020-2023 beslaat (Collard, 2020). In het evaluatierapport van de periode 2015-2019 wordt beschreven dat de JOGG aanpak succesvol inspeelt op het huidige beleid, een duidelijke boodschap richting gemeenten overbrengt, voldoende lokale ondersteuning bevat en goede samenwerkingsverbanden creëert. Verder zijn er tot wel 1 miljoen kinderen en jongeren bereikt door inzet van de JOGG-aanpak. Het evaluatierapport gaf verder aan dat de JOGG-aanpak nog visie en kennis mist wanneer gevorderde JOGG-gemeenten daar behoeften aan hadden. Het opzetten van de JOGG-aanpak kost op dit moment ook nog meer tijd en geld dan het oplevert. Ook ontstaat er een vermindering in het draagvlak van gemeenten, omdat het lang duurt om zichtbare resultaten te boeken. Verder beslaat de naam *Jongeren op Gezond Gewicht* niet meer de gehele aanpak (Slot-Heijs et al., 2020). Verbinding van de zorg en preventie is belangrijk, omdat ook individuele ondersteuning nodig is. Zo moet er goed gekeken worden dat er rekening wordt gehouden met alle preventieniveaus. Tot slot is communicatie één van de pijlers. Er wordt meer draagvlak gecreëerd als beleidsmakers en andere professionals zichtbaar en transparant zijn (Over JOGG, z.d.).

Gemeente Westerkwartier is ook begonnen met de JOGG-aanpak, maar heeft de levensfase 16 t/m 23 jaar apart genomen. Zij zagen namelijk dat deze doelgroep (jongvolwassenen) onderbelicht wordt op het moment dat zij levensbepalende keuzes moeten maken. Zij worden zelfstandiger, uitwonend, zoeken naar werk of worden al ouders. In deze periode van hun leven worden keuzes als gezonde voeding soms achterwege gelaten. Gemeente Westerkwartier wilde weer zicht op deze groep en heeft via de JOGG-aanpak onderzocht wat de wensen en behoeften zijn van deze doelgroep in hun gemeente. De resultaten zijn helaas nog niet zichtbaar wegens de recente start (Appendix XV).

Dit betekent dat de JOGG-aanpak zich ook zou kunnen richten op de doelgroep 18-25 jaar met een lage SES, mits er onderzoek is gedaan naar de wensen en behoeften van deze doelgroep.

4.3.3 Nudging

Volgens het RIVM is nudging ook wel een duwtje in de rug om gezond gedrag te bevorderen (Hoe zet u nudges in om gezond gedrag te stimuleren?, z.d.). Zij hanteren de volgende definitie van nudging:

“Een nudge is ieder aspect van de keuzearchitectuur dat het gedrag van mensen op een voorspelbare manier beïnvloedt zonder daarbij keuzes te beperken of op een significante manier de economische prikkels te veranderen”.

Dit gebeurt al een hoop in de praktijk en is onderdeel van een ‘community-based’ aanpak (De Ridder & Tummers, 2020). Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden in de supermarkt door gezond eten op een bepaalde hoogte te plaatsen waardoor het kopen hiervan meer gestimuleerd wordt (Appendix IV).

Nudging maakt gebruik van een acht principes, ook wel heuristieken genoemd (Kahneman, 2012; Leonard, 2009):

1. *De standaard heuristiek.* Het eerste principe is gebaseerd op de gedachte dat er wordt gekozen voor de optie die wordt toegewezen als er verder geen actie ondernomen wordt. De gedachte hierachter is dat dit de minste inspanning kost.
2. *De beschikbaarheidsheuristiek.* De keuze wordt gebaseerd op wat er op dat moment het meest beschikbaar is.
3. *‘Anchoring’.* Dit principe houdt in dat er een keuze wordt gemaakt vanaf een referentiepunt of waarde. Bijvoorbeeld het kiezen van de grootte van een portie aan de hand van het gemiddelde.
4. *‘Framing’.* Dit heeft te maken met de manier waarop informatie gepresenteerd wordt. Een keuze kan beïnvloed worden door bepaalde informatie op een positieve of juist negatieve manier te presenteren.
5. *De sociale norm.* Dit principe houdt in dat mensen hun keuzes baseren op de keuzes van anderen.
6. *Wederkerigheid.* Dit houdt in dat mensen geneigd zijn om iets terug te geven wanneer zij iets krijgen. Gedrag kan beïnvloed worden door gratis producten te geven waardoor mensen terug naar de winkel zullen komen.
7. *Schaarste.* De zevende heuristiek heeft met schaarste te maken. Wanneer mensen het idee hebben dat een product schaars wordt, zullen zij dit product sneller gaan kopen.
8. *De ‘fun factor’.* Wanneer iets leuk of nieuw is, zullen mensen sneller het gewenste gedrag gaan uitvoeren.

Nudging kan goed gebruikt worden bij een ‘community-based’ preventieaanpak. Veel mensen zullen bereikt worden met dit principe, waaronder de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES. Dat gezond eten zoals groenten en fruit goedkoper moeten worden door het verlagen van de BTW op deze producten en dat snoep- en frisdrankautomaten op school en werk geweerd moeten worden vindt 80% van de Nederlanders een goed idee, blijkt uit onderzoek van Zorginstituut Nederland ((Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022).

4.4 Conclusie

Verschillende methoden worden al gebruikt om gezondheid te bevorderen en gedrag te veranderen. De methoden zijn werkzaam op verschillende preventie niveaus. Er zijn een hoop interventies die zich richten op risicogroepen en daarbij alleen werven via de huisarts. Actieve werving lijkt dan ook

goed te werken. Actief langs de deuren gaan of een directe brief sturen is ook een vorm van actieve werving en creëert daarmee een groot bereik. Minder actieve werving via folders of flyers lijkt minder goed te werken.

De leefstijlinterventies die worden aangeboden zijn allemaal op verschillende niveaus effectief. Er zijn echter geen interventies die zich richten op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES. Ook gebeurt evaluatie en monitoring van de leefstijlinterventies nog niet doorlopend. Er is wel onderzoek gedaan naar veel interventies, maar er vindt geen doorlopende monitoring plaats. Dit zou in de toekomst wel nodig zijn om de leefstijlinterventies te verbeteren en aan te passen aan een steeds veranderende omgeving en doelgroep.

Het IJslandse model richt zich al op een 'community-based' preventieaanpak. Daar is ook de gelijkenis te zien met de JOGG-aanpak. Zowel het model als de aanpak lijken goede resultaten op te leveren. Alhoewel zij zich richten op jongeren (12-18 & 0-19 jaar) laat dit goed zien dat een bredere aanpak nodig is en goed werkt. Mogelijk zouden deze aanpakken ook kunnen werken op andere levensfasen, zoals de levensfase 18 tot en met 25 jaar. Het IJslandse model en de JOGG-aanpak bieden mogelijkheden tot het aanpassen naar een ander land of een andere gemeente. Dit zou daarom ook mogelijkheden kunnen bieden om de werkzame elementen te laten staan, maar de aanpakken wel af te stemmen op de verschillende levensfasen. Nudging is een onderdeel van een 'community-based' aanpak. Nudging lijkt een veelbelovend principe om gedragsverandering te realiseren door middel van snelle automatische keuzes.

Hoofdstuk 5 – De invloed van actoren op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van actoren die direct of indirect invloed hebben op de doelgroep jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES. Hierdoor wordt duidelijk hoe verschillende organisaties wel of niet samenwerken en welke actoren invloed hebben op het bevorderen van een gezonde leefstijl onder de doelgroep.

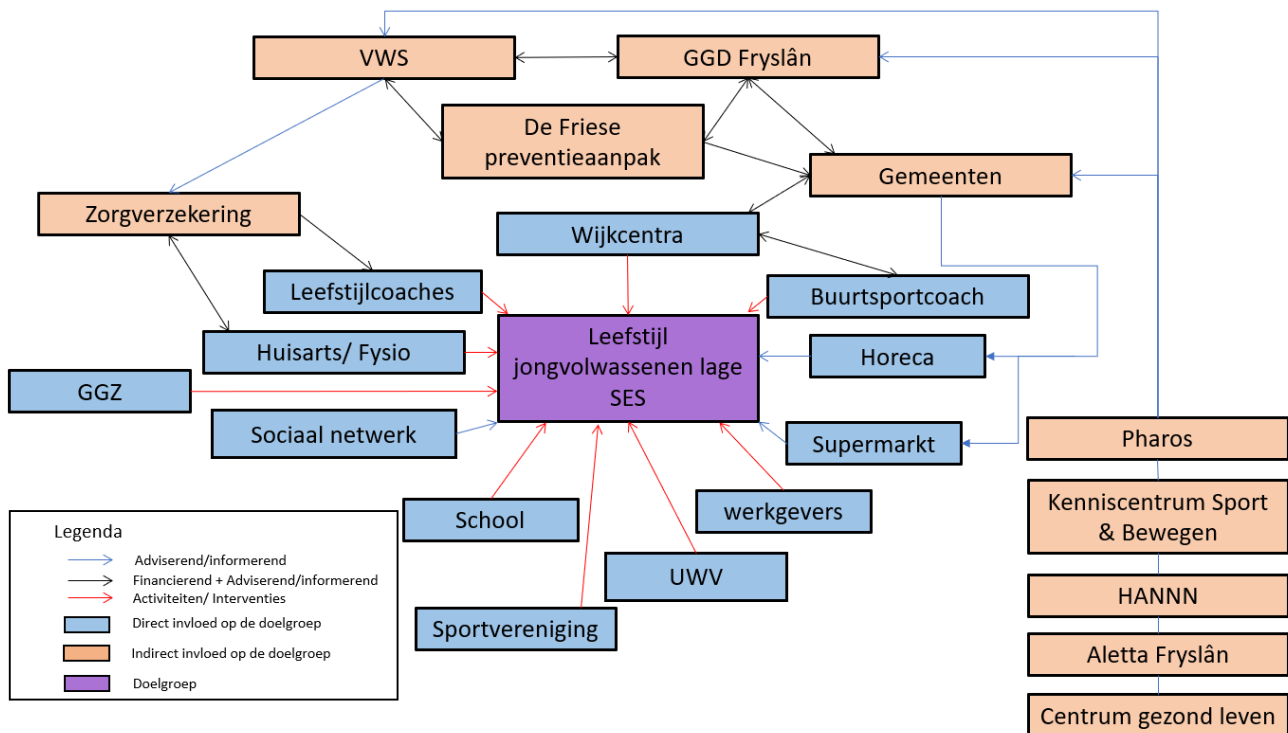
5.1 Actoren analyse

De groep jongvolwassenen tussen de 18 en 25 jaar met een lage SES is erg divers (Appendix XV):

- Sommigen werken.
- Een deel volgt een opleiding.
- Sommigen werken niet en volgen ook geen opleiding.
- Een deel woont thuis.
- Een deel woont zelfstandig.
- Een deel heeft kinderen.

Tijdens deze levensfase vindt een overgang naar zelfstandigheid plaats. School en ouders zullen minder betrokken zijn en dit betekent dat er ook eigen beslissingen genomen moeten worden omtrent gezondheidskeuzes. Door deze nieuwe zelfstandigheid kan er stress ontstaan waardoor ongezonde keuzes voor de hand liggend zijn (Appendix XII, XIII & XIV).

Door de diversiteit in de doelgroep zijn verschillende actoren betrokken bij dit project, zoals te zien in figuur 13. De leefstijl van jongvolwassenen met een lage SES staat hier centraal en de actoren die direct en indirect invloed hebben hierop staan daar omheen. Jongvolwassenen van 18 t/m 25 jaar met een lage SES worden beïnvloed door school, werkgevers, het sociale netwerk, de supermarkt, de horeca, het wijkcentrum, de buurtsportcoach, de huisarts, de fysiotherapeut, de GGZ, de sportvereniging en de leefstijlcoach. In deze opsomming staan een aantal actoren (bijvoorbeeld de huisarts en de leefstijlcoach) die vooral met de doelgroep te maken hebben als er wat “mis” is. Het wijkcentrum is ook bedoeld voor niet-probleem gerelateerde zaken, maar uit interviews met de doelgroep blijkt dat zij hier alleen naar toe gaan wanneer zij hulp zoeken (Appendix XII, XIII & XIV). De andere actoren uit deze opsomming zijn wat laagdrempeliger voor de doelgroep om naar toe te gaan. De actoren die indirect invloed hebben op de doelgroep bestaan uit overheidsorganen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGD Fryslân en gemeenten), adviserende bedrijven (De Friese Preventieaanpak, Pharos, Kenniscentrum Sport & Bewegen, Health Ageing Network Northern Netherlands (HANNN), Aletta Fryslân en Centrum gezond leven) en de zorgverzekering. Een overzicht van alle actoren met een korte beschrijving is uitgewerkt in tabel 3.



Figuur 13 Relatieoverzicht van actoren die direct en indirect invloed hebben op de doelgroep. VWS = Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. HANNN = Healthy Aging Network Northern Netherlands. Bron: Eigen product

Tabel 3 Actoren met invloed op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES en de beschrijving.

Actor	Beschrijving
Sociaal netwerk	Het sociale netwerk bestaat uit familie, vrienden en de wijk.
Supermarkt	Supermarkten zijn op dit moment zo ingericht dat ongezonde dingen vooraan staan of dat hier reclame voor wordt gemaakt. Dit is de bron om voor de doelgroep ongezonde producten te kopen.
Horeca	In het Noorden van Nederland zijn veel horecagelegenheden bijna 24 uur per dag open en ook ruim beschikbaar bij sportgelegenheden. Hier worden vaak ongezond eten en alcohol aangeboden.
Wijkcentrum	Het wijkcentrum biedt hulp en verschillende activiteiten aan om mensen te helpen en te ondersteunen.
Buurtsportcoach	De buurtsportcoach is vaak onderdeel van het wijkteam en organiseert vaak meerdere mogelijkheden voor mensen om samen te bewegen.
School	Voornamelijk MBO opleidingen. Focussen zich nog niet allemaal op een gezonde leeftijd.
Werk	Niet alle werkgevers denken aan beweging tijdens werk. Dit is voornamelijk belangrijk bij werk dat vooral zittend wordt uitgevoerd.
Huisarts/ fysiotherapeut	De huisarts en de fysiotherapeut behoren tot de eerstelijnszorg waar zonder verwijzing naar toe gegaan kan worden.
Leefstijlcoach	Leefstijlcoaches bieden gecombineerde leefstijlinterventies aan die vergoed worden vanuit de basisverzekering. Hiervoor is een verwijzing van de huisarts nodig.

Gemeente	De gemeente heeft invloed op wijkcentra, openingstijden van o.a. horeca en de omgeving van de doelgroep.
De Friese Preventieaanpak	Friese uitwerking van het Nationaal Preventieakkoord, onderzoek, advies, programma's en interventies. Een samenwerkingsverband tussen GGD, gemeentes, en diverse maatschappelijke organisaties.
GGD Fryslân	Gemeentelijke gezondheidsdienst. Onderzoek en advies.
Zorgverzekering	De zorgverzekering speelt een belangrijke rol bij het vergoeden van zorg die nodig is voor de doelgroep.
Ministerie VWS	Het ministerie VWS is verantwoordelijk voor het beleid met betrekking tot huisartsen, geneesmiddelen, ziektekosten, de ouderenzorg, ziekenhuizen, de verslaafdenzorg, het jeugdbeleid, sport en de maatschappelijke dienstverlening.
Pharos	Expertise centrum gezondheidsverschillen. Onderzoek en advies.
Kenniscentrum Sport & Bewegen	Onderzoek en advies.
HANNN	Healthy Aging Network Northern Netherlands. Onderzoek en advies.
Aletta Fryslân	Project- en onderzoeksnetwerk.
Verloskundige	In geval van zwangerschap wordt geholpen met het stoppen van roken en alcohol drinken.
Consultatie bureau	Wanneer met kind naar het consultatiebureau wordt gegaan, zal hier ook geadviseerd worden om gezond te leven.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg.

In figuur 14 is een invloed- en interessematrix te zien met betrekking tot de leefstijl van jongvolwassenen met een lage SES. De doelgroep afgebeeld in het geel heeft een hoge invloed op hun eigen leefstijl. De doelgroep heeft echter niet veel interesse in het verbeteren van hun leefstijl (Appendix XII, XIII & XIV). De supermarkt en de horeca kunnen ook veel invloed uitoefenen op het verbeteren van de leefstijl van de doelgroep. Zij kunnen bijvoorbeeld ongezonde producten minder tentoonstellen waardoor de doelgroep sneller gezonde producten zal zien en tegenkomen. De supermarkt en de horeca zullen niet veel interesse hierin hebben. Door de focus te richten op gezonde producten zullen deze sectoren een verandering moeten doormaken. Dit kost tijd en moeite.

Het sociale netwerk heeft ook veel invloed op de leefstijl van de doelgroep. Wanneer thuis rekening wordt gehouden met de doelgroep door bijvoorbeeld minder ongezond eten te maken, zal dit ook het eetpatroon van de doelgroep beïnvloeden. Het sociale netwerk zal ook meer interesse hebben in het verbeteren van de leefstijl van de doelgroep, omdat zij willen dat hun familie of vriend lang en gezond kan leven (Appendix IV).

Buurtsportcoaches, wijkcentra, de werkgever en school kunnen veel invloed hebben op de doelgroep. Deze sectoren staan namelijk direct in contact met de doelgroep. Daarnaast zullen zij ook veel interesse hebben in het verbeteren van de leefstijl van de jongvolwassenen. De werkgever en school zullen merken dat er minder ziekte en uitval is doordat de doelgroep gezonder leeft.

Wijkcentra en buurtsportcoaches zijn gericht op het helpen van mensen en zullen daarom ook interesse hebben in het helpen van de jongvolwassenen met een lage SES (Appendix V & X).

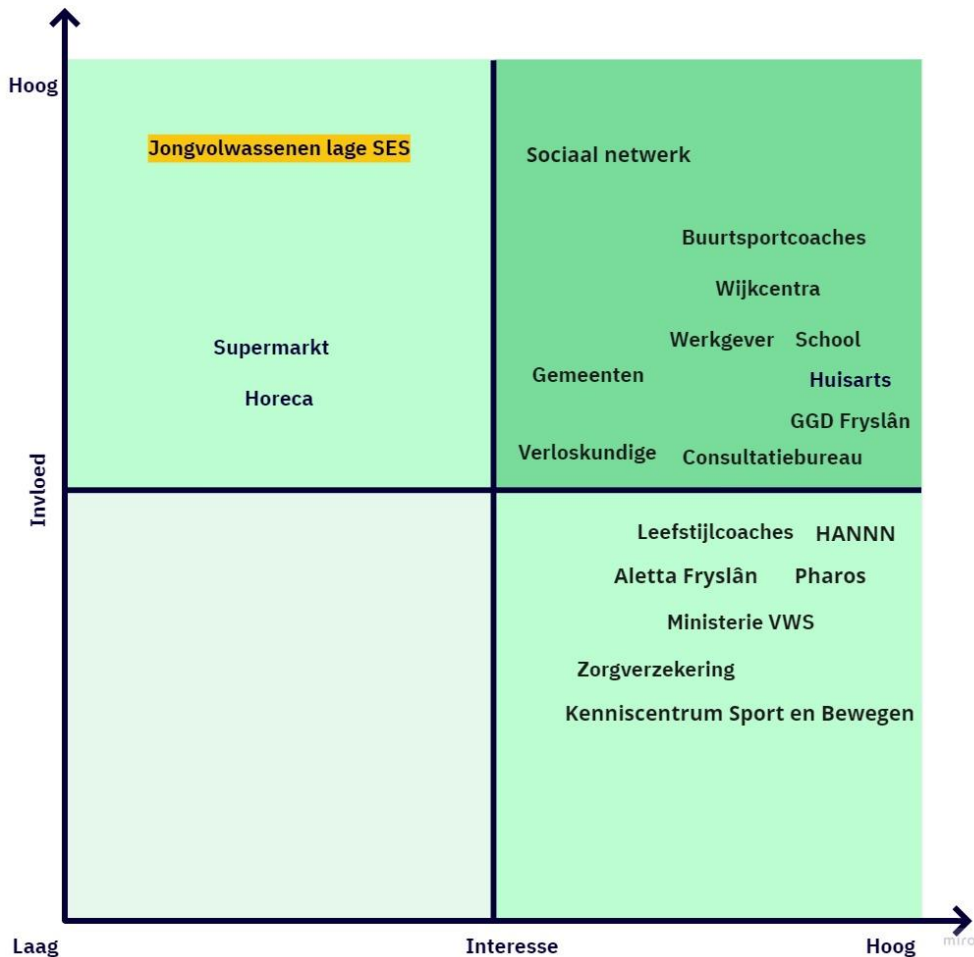
HANNN en GGD Fryslân hebben veel interesse in het verbeteren van de leefstijl van jongvolwassenen. Zij zullen ook wat invloed hebben, omdat vanuit deze organisaties interventies en programma's ontwikkeld worden die zich richten op het verbeteren van de gezondheid (GGD Fryslân, z.d.; Healthy Aging Network, z.d.; Aletta Fryslân, 2022).

Leefstijlcoaches, de GGZ en huisartsen hebben interesse in het verbeteren van de leefstijl van jongvolwassenen met een lage SES. Leefstijlcoaches hebben wel wat minder invloed hierop.

Leefstijlcoaches zien de doelgroep namelijk niet vaak genoeg (Appendix IV). Huisartsen kunnen invloed uitoefenen, maar focussen zich nog niet vaak genoeg op leefstijlverbetering/begeleiding of hebben niet de juiste handvatten om dit te implementeren (Kiestra, 2021). Huisartsen ervaren ook een hoge werkdruk waardoor het moeilijk is om meer tijd te nemen voor patiënten om het over leefstijl te hebben (RTL Nieuws, 2022). Hetzelfde geldt voor de GGZ.

Pharos, Aletta Fryslân en Kenniscentrum sport & bewegen hebben veel interesse in het verbeteren van de leefstijl van jongvolwassenen, maar richten zich meer op professionals. Zij hebben dus niet direct invloed op de doelgroep (Pharos, 2021; Kenniscentrum Sport en Bewegen, 2022).

Gemeenten hebben ook indirect invloed op de doelgroep. Gemeenten hebben de mogelijkheid om de omgeving anders in te delen waardoor bewegen meer gestimuleerd wordt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (VWS) maakt beleid, waardoor zij daarmee ook indirect invloed op de doelgroep uitoefenen. De zorgverzekering kan ervoor zorgen dat bepaalde elementen vergoed worden om de leefstijl van jongvolwassenen te verbeteren. Dit draagt immers bij aan het verbeteren van de algehele volksgezondheid. De verloskundige en het consultatiebureau komen in beeld wanneer het ouderschap voor de deur staat. Zij zouden best wat invloed kunnen uitoefenen op de doelgroep mocht hier interesse voor zijn. Deze sectoren bereiken een klein deel van de doelgroep, maar zullen met dat deel direct contact hebben.



Figuur 14 Invloed en interesse matrix leefstijl jongvolwassenen met een lage SES. Op de x-as interesse van de actor en op de y-as invloed van de actor. De doelgroep is geel gemarkeerd.

5.2 Conclusie

Uit de analyse van de actoren die direct en indirect invloed hebben op de doelgroep kan geconstateerd worden dat hier en daar verandering nodig is om de doelgroep te bereiken. De doelgroep jongvolwassenen met een lage SES wordt onvoldoende bereikt door de meeste actoren. Wijkcentra geven aan de doelgroep wel tegen te komen, maar praten daarbij niet over leefstijl. De doelgroep zelf geeft ook aan niet bekend te zijn met de activiteiten die wijkcentra aanbieden.

Scholen zouden ook meer kunnen focussen op de leefstijl van de doelgroep. Op dit moment worden scholen al wel gestimuleerd om een gezondere kantine te bewerkstelligen, maar wordt er niet extra focus gelegd op leefstijl. Dit zou door middel van meer beweeglessen of leefstijllessen opgelost kunnen worden. Samenwerking met leefstijlcoaches of fysiotherapeuten zou hierbij kunnen helpen. Hetzelfde zou kunnen worden gedaan in samenwerking met werkgevers.

Gemeenten zouden ook meer invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid van de jongvolwassenen. In samenwerking met de horeca en de supermarkten zou er gekeken kunnen worden naar gezondere keuzes. De GGD van die gemeente zou hierin kunnen adviseren. Supermarkten zouden bijvoorbeeld anders ingedeeld kunnen worden, zodat de gezondere keuzes meer voor de hand liggend zijn. Daarnaast zou de horeca meer gezondere keuzes op het menu kunnen zetten.

De samenwerking tussen de adviserende organisaties gaat wel goed. Dit doen zij bijvoorbeeld door middel van de Friese Preventieaanpak, waar meer over uitgelegd wordt in hoofdstuk 6. Deze organisaties richten zich echter wel veel op professionals. De doelgroep zou meer in dit gesprek betrokken moeten worden.

Hoofdstuk 6 – GGD Fryslân

In dit hoofdstuk wordt de volgende deelvraag beantwoord: *Welke rol speelt GGD Fryslân binnen dit project en binnen leefstijlinterventies en hoe is de FPA betrokken?* Deze vraag wordt beantwoord door gebruik te maken van verschillende policy tools en een interview met gezondheidsbevorderaars en coördinatoren van de academische werkplaats (Appendix VII).

6.1 Friese Preventieaanpak & Nationaal Preventieakkoord

Binnen de Friese Preventieaanpak (FPA) kunnen verschillende actoren onderscheiden worden. Zo werkt GGD Fryslân samen met alle Friese gemeenten en diverse private en publieke organisaties. Samenwerkende organisaties bij de Friese Preventieaanpak zijn Aletta Fryslân, Alles is Gezondheid, Bloeizone Fryslân, SC Cambuur, DataFryslân, De bibliotheek Noord Fryslân, De Friesland, Fier, Friese Coöperatie Fysiotherapie, Friese Huisartsen Vereniging, GGD Fryslân, Achtkarspelen, van Halt, HANNN, Herre Zonderland, IVN, JOGG, Kennislab Noordoost Fryslân, LaForsa, Mama Mascha, Politie Noord-Nederland, Provincie Fryslân, Revalidatie Friesland, ROS Friesland, Royal Smilde, sc Heerenveen, Soa Sense, Sport Fryslân, Stichting Belofte Fryslân, Sûnenz, TEAM FIT, Theater Smoar, UP!, UWV, Veilig Verkeer Nederland, VNN, VNO-NCW & MKB Noord, Zorgbelang Fryslân en 8D Games (Wie zijn we? - Friese Preventieaanpak, z.d.; Appendix III).

De FPA is opgericht aan de hand van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Het NPA is in 2018 opgezet om drie hoofdoorzaken van leefstijlziekten aan te pakken: roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik. In dit akkoord staan afspraken met meer dan 70 organisaties en maatregelen die de rijksoverheid zelf neemt om deze onderwerpen aan te pakken. Zo wordt er bijvoorbeeld in scholen, sportscholen en ziekenhuizen minder ongezonde voeding en meer gezonde voeding aangeboden. De prijs van sigaretten blijft stijgen en steeds meer locaties zijn rookvrij. Zo wordt er ook bij amateursportclubs minder reclame gemaakt voor alcohol langs de sportvelden (van Giessen et al., 2021). Met de FPA wordt er een vertaalslag gemaakt van het NPA naar Friesland. In hoofdstuk 4 is te zien dat er verschillende preventie mogelijkheden zijn: universele, selectieve, geïndiceerde en zorg & hulp gerelateerde preventie. De FPA richt zich vooral op universele en selectieve preventie. Daarnaast zijn de *'Sustainable Development Goals'* (SDGs) opgenomen binnen de FPA als ambities. Dit zijn doelen die zijn aangenomen door de Verenigde Naties en zijn bedoeld om een duurzame toekomst te waarborgen (Take Action for the Sustainable Development Goals, 2020).



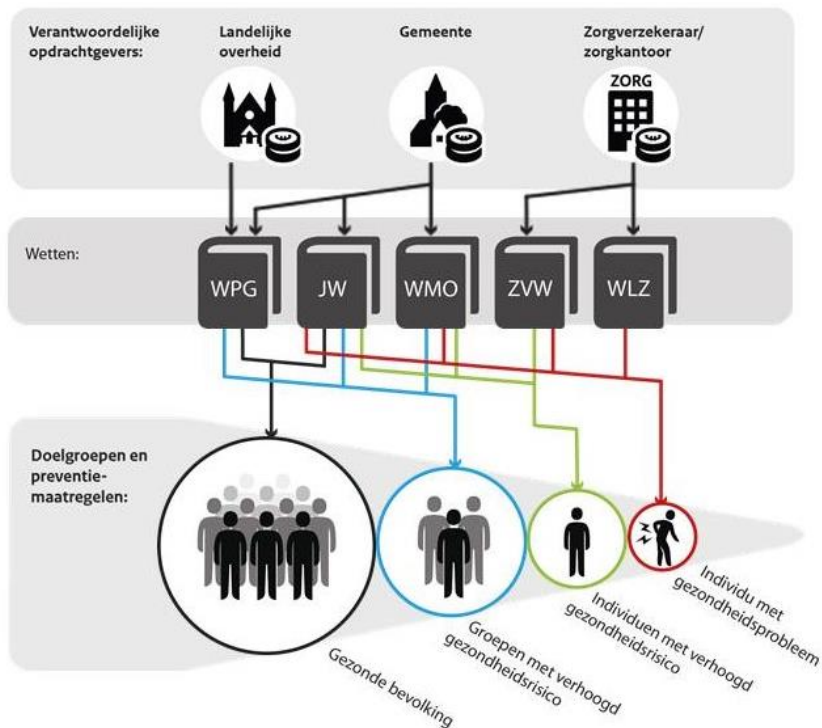
Figuur 15 De verschillende levensfasen en thema's binnen de Friese Preventieaanpak. Bron: Programma's en interventies in Fryslân - Friese Preventieaanpak (z.d.)

De Friese Preventieaanpak werkt aan de hand van levensfasen (Figuur 15). Dit begint al tijdens de zwangerschap, dus de eerste levensfase begint bij -9 maanden. Binnen de levensfasen worden interventies en programma's ingezet die inspelen op de acht doelen: opvoeden, leefstijl, financiën, onderwijs, werk en participatie, gezondheidsvaardig, psychosociale gezondheid, leefomgeving en zorg en voorzieningen. De doelgroep 18-25 jaar staat er ook tussen en wordt dus erkend, er zijn echter (nog) geen interventies gericht op deze doelgroep (Programma's en interventies in Fryslân - Friese Preventieaanpak, z.d.).

6.2 Beleidsplan en wetten

GGD Fryslân voert taken uit in het kader van de Wet publieke gezondheidszorg (WPG). In figuur 16 is te zien dat de WPG als doelgroep de gezonde bevolking en groepen met een verhoogd gezondheidsrisico heeft en de opdrachtgevers zijn de landelijke overheid en de gemeente (Heijink & Struijs, 2016). Bescherming, bevordering en collectieve preventie zijn de drie pijlers van het beleidsplan gezondheid 2019-2022 van GGD Fryslân met als hoofddoel het terugdringen van ongezonde levensjaren, voornamelijk bij de groep met een lage SES (GGD Fryslân, z.d.). Verder staan er in het beleidsplan vier thema's: 'Leefstijl en vitaliteit', 'lokale leefwereld', 'gezonde leefomgeving' en 'zorg en veiligheid'. Waarbij extra wordt gelet op het concept 'positieve gezondheid'.

Op 1 januari 2023 gaat de Omgevingswet in. Deze wet maakt het makkelijker om ruimtelijke ontwikkeling door te voeren. Dit betekent dat het aanpassen van de omgeving (wijk of buurt) voor het positief beïnvloeden van de volksgezondheid vanaf dan makkelijker is. Doordat er i.p.v. 26 wetten, maar één wet is zal besluitvorming sneller verlopen en zal participatie van burgers en ondernemers bevorderd worden (Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, 2022).



Figuur 16 De verantwoordelijke opdrachtgevers en de doelgroepen van preventiemaatregelen per wet. WPG = Wet publieke gezondheidszorg, JW = Jeugdwet, WMO = Wet maatschappelijke gezondheid, ZVW = Zorgverzekeringswet, WLZ = Wet langdurige zorg. Bron: Heijink R, Struijs JN (2016)

6.3 Analyse van de organisatie

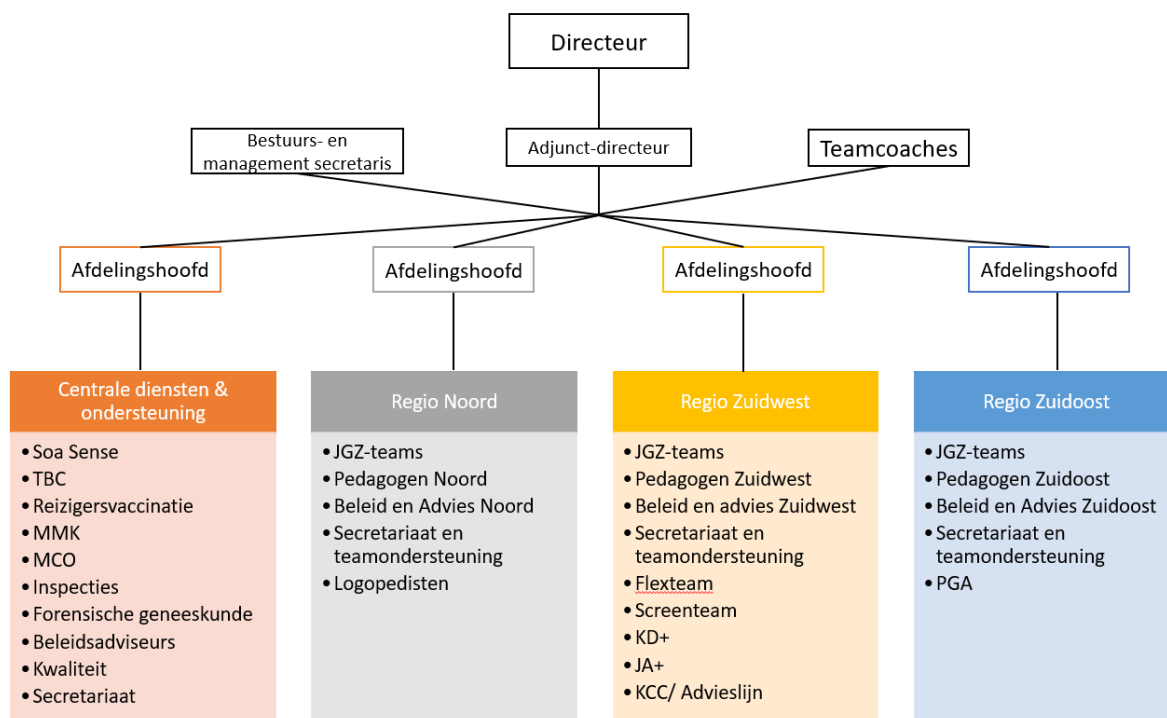
GGD Fryslân streeft naar een gezond en veilig leven voor iedereen in Friesland. Dit doen zij door zich te houden aan vier taken: Monitoren, signaleren en advies geven, gezondheidsbescherming, toezicht houden en het bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises (Figuur 17). Daarbij houden zij zich aan gedeelde waarden: betrokken, betrouwbaar, professioneel, samen, vooraan en aan de slag.

GGD Fryslân bestaat uit 50 teams verdeeld over vijf afdelingen: CDO, Noord, Zuidwest, Zuidoost en unit DPG (Directeur Publieke Gezondheid). Ongeveer per 100 medewerkers is er één manager. Managers zijn er om de teams te ondersteunen, maar hun rol is vaak wel om achteraf ingelicht te worden ter controle. Binnen de teams worden de verschillende afdelingen draaiende gehouden.

In figuur 18 is een organogram afgebeeld van GGD Fryslân met per afdeling de verschillende teams. GGD Fryslân wordt echt als familiebedrijf gezien. Medewerkers staan altijd klaar om voor elkaar in te springen waar nodig. Dit wordt ook wel gemerkt vanuit de managers en directeuren. Zelforganisatie is het uitgangspunt, maar de organisatie kan wel bureaucratisch zijn. Het feit dat er 18 gemeenten zijn die met GGD Fryslân te maken hebben wordt wel door de gehele organisatie gemerkt. De gemeenten hebben een raad (de bestuurscommissie) opgesteld waar zaken aan voorgelegd kunnen worden (Appendix VII).



Figuur 17 De taken van GGD Fryslân. Bron: GGD Fryslân (z.d.)



Figuur 18. Organogram GGD Fryslân. Bron: aangepast van GGD Fryslân (z.d.)

Door middel van de policy tool IOFHELP is de organisatie GGD Fryslân geanalyseerd. Met deze analyse kan worden bekeken hoe de GGD het advies kan implementeren. Deze tool is gekozen, omdat de tool helpt bij het analyseren van organisaties die zelf ook advies geven. Andere analyse tools (bijvoorbeeld het McKinsey 7s Framework) sluiten beter aan bij bedrijven dan bij adviserende organisaties.

IOFHELP werkt met het stellen van verschillende vragen om de organisatie te analyseren:

Informatie en infrastructuur: Welke informatie is nodig voor de uitvoering van het advies en wie in de organisatie kan dit uitvoeren?

GGD Fryslân heeft meerdere manieren van informatie-uitwisseling. Dit doen zij door meerdere overleggen met verschillende partijen en door middel van 'broodje-kennis', een groot overleg dat kennis delen binnen de organisatie stimuleert. Er is niet veel communicatie tussen de teams en tussen de afdelingen. Informatie delen binnen de organisatie gebeurt soms via grotere bijeenkomsten, maar verloopt nog niet optimaal. Communicatie binnen de teams is er wel. De GGD staat namelijk bekend om zelforganisatie. De medewerkers zijn dan ook erg zelfstandig, omdat de verantwoordelijkheid binnen de organisatie erg laag wordt gehouden, dichtbij de teams. Voor de uitvoering van het advies is er informatie nodig over de doelgroep en de omgeving waar de doelgroep zich bevindt. Hiervoor is samenwerking nodig tussen gezondheidsbevorderaars binnen de GGD en de gemeenten en het lokale sociale domein waar het advies mogelijk geïmplementeerd wordt. Na dat de wensen en behoeften van de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES bekend zijn, kan het advies uitgebracht worden door gezondheidsbevorderaars die wel of niet medewerkers van de academische werkplaats zijn.

Organisatorisch: Welke actoren zijn betrokken bij het uitvoeren van het advies en welke actoren moeten hiervoor samenwerken?

Voor implementatie van het advies uit dit rapport is het nodig om te overleggen met meerdere partijen. GGD Fryslân heeft hiervoor meerdere overleggen, zoals bijvoorbeeld het Aletta Fryslân overleg. Bij dit overleg zijn meerdere organisaties betrokken uit heel Noord-Nederland, zoals bijvoorbeeld HANNN, ROS Friesland en De Friesland zorgverzekeraar. Er zal een advies en mogelijke ondersteuning aangeleverd moeten worden door GGD Fryslân aan gemeenten, huisartsen, scholen en werkgevers. Om de algemene gezondheid te verbeteren is een samenwerking van deze actoren nodig. Een uitgebreide analyse van de betrokken actoren is beschreven in hoofdstuk 5.

Financiën: Is er een budget beschikbaar voor het uitvoeren van het advies?

Er zullen kosten verbonden zijn aan het bewerkstelligen van een gezonde leefstijl. Er kan budget worden vrijgemaakt door de overheid of de gemeente. Dit sluit namelijk aan bij de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG). GGD Fryslân hoeft hier niet zelf budget voor te reserveren, maar moet wel overheid en gemeenten goed adviseren om dit te bewerkstelligen. Verandering van omgeving kan tijd en geld kosten om door te voeren. Wanneer een omgeving anders ingericht moet worden om meer beweging te motiveren, kan dit wel een aantal jaar in beslag nemen.

Uitrusting en huisvesting: Zijn alle materialen beschikbaar om het advies uit te voeren?

De GGD beschikt over gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs die bekend zijn met aanpakken die lokaal en regionaal worden uitgevoerd. Hierdoor zal een deel van het materiaal, zoals rapporten over programma's en interventies, voor uitvoering van het advies aanwezig zijn. Er mist nog wel een analyse van de wensen en behoeften van de doelgroep.

Wettelijk: Valt de implementatie van nieuw beleid binnen de wettelijke grenzen?

Het nieuwe beleid past perfect binnen de wettelijke grenzen zoals beschreven in de Wet Publieke Gezondheidszorg waar collectieve preventie in beschreven staat.

Personeel: Is er genoeg getraind personeel en heeft het personeel genoeg kennis om het advies uit te voeren?

GGD Fryslân heeft ongeveer 500 medewerkers, in totaal werken er bij Veiligheidsregio Fryslân ongeveer 2.000 mensen. Deze medewerkers worden beschreven als bevoegen, gezellig, behulpzaam en zelfstandig. Er is niet veel ruimte binnen GGD Fryslân om door te groeien. Wel hebben medewerkers binnen de publieke gezondheid veel ruimte om zich te ontwikkelen, maar GGD Fryslân wordt niet gezien als carrièrebedrijf. Medewerkers ervaren door de zelforganisatie en de verantwoordelijkheid die bij de teams ligt wel veel vrijheid binnen de organisatie. Er zijn voldoende gezondheidsbevorderaars en beleidsmedewerkers binnen GGD Fryslân en zij hebben genoeg mogelijkheden en kennis om het advies te implementeren en uiteindelijk te monitoren en evalueren.

6.4 Conclusie

GGD Fryslân bezit genoeg kennis en personeel om het advies te implementeren, maar GGD Fryslân kan haar communicatie binnen de organisatie wel verbeteren. Op dit moment bestaat de organisatie uit losse teams die binnen het team voldoende lijken te communiceren, maar communicatie tussen de teams blijkt minder goed te zijn georganiseerd. Daarnaast kan door de bureaucratie binnen GGD Fryslân, maar ook mede door de vele gemeenten die invloed hebben op GGD Fryslân, het zijn dat implementatie van bepaalde adviezen veel tijd in beslag zal nemen. De hoge druk op de zorg zal ervoor kunnen zorgen dat dit toch sneller moet gaan verlopen.

De Friese Preventieaanpak, waar GGD Fryslân onderdeel van is, zal een goede plek zijn om te beginnen met het verzamelen van de wensen en behoeften van de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES. Een gezonde leefstijl bevorderen aan de hand van een bepaalde levensfase past namelijk goed in het takenpakket van de FPA en daarnaast binnen de Wet Publieke Gezondheidszorg.

Hoofdstuk 7 – Een aanpak gefocust op de gehele bevolking

In dit hoofdstuk wordt de wetenschappelijke kennis gecombineerd met beleid- en praktijkkennis en daarbij worden scenario's opgesteld. De scenario's bestaan uit verschillende situaties die geïmplementeerd kunnen worden om een gezonde leefstijl te stimuleren bij de doelgroep. Deze scenario's worden vergeleken door middel van een multicriteria-analyse om te bepalen welk scenario het beste lijkt te gaan werken. Daarnaast wordt de volgende deelvraag beantwoord: *Gebaseerd op de resultaten van de voorgaande deelvragen, welk scenario is het beste om jongvolwassenen met een lage SES te binden en te behouden bij leefstijlinterventies en welke stappen moet GGD Fryslân nemen om dit nieuwe beleid te implementeren?*

7.1 Belangrijke bevindingen

De groep jongvolwassenen tussen de 18 en 25 jaar met een lage SES is erg divers (Appendix XV). Tijdens deze levensfase vindt een overgang naar zelfstandigheid plaats. School en ouders zullen minder betrokken zijn en dit betekent dat er ook eigen beslissingen genomen moeten worden omtrent gezondheid. Door deze nieuwe zelfstandigheid kan er stress ontstaan waardoor ongezonde keuzes voor de hand liggend zijn (Appendix XII, XIII & XIV).

De diversiteit van deze doelgroep zorgt ervoor dat er op meerdere domeinen ingegrepen kan/moet worden om de gezonde leefstijl onder jongvolwassenen met een lage SES te bevorderen. Beweeginterventies zouden hierbij kunnen helpen. Hiervan zijn er genoeg die al gezondheidseffecten lijken te behalen (Hoofdstuk 4). Wijkteams zouden hier ook een rol in kunnen spelen, omdat zij de doelgroep al tegenkomen (Appendix XII, XIII, XIV). Daarnaast zouden huisartsen invloed kunnen hebben op de doelgroep. Op dit moment focussen huisartsen zich nog niet op leefstijlverbetering. Leefstijlverbetering zou de kans op leefstijlziekten kunnen verminderen. De hoge werkdruk onder de huisartsen belemmert deze stap op dit moment (Hoofdstuk 3 & 5). Leefstijlverbetering zou ook bewerkstelligt kunnen worden door op meerdere domeinen tegelijk te focussen. De JOGG-aanpak en het IJslandse model zijn aanpakken die dat doen. Zij hanteren een 'community-based' preventieaanpak wat ervoor kan zorgen dat de gezonde keuze de normale keuze wordt (Hoofdstuk 4).

7.2 Multicriteria-analyse

Een multicriteria-analyse (MCA) kan gebruikt worden om verschillende scenario's met elkaar te vergelijken. Er zijn hiervoor vier scenario's opgesteld. Drie nieuwe scenario's zijn vergeleken met scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is). Scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is echter niet op elk criterium voldoende gescoord, omdat er verandering nodig is. De doelgroep wordt namelijk op dit moment nog niet bereikt. In tabel 4 is hiervan een overzicht te vinden.

Scenario 1: Alles blijft zoals het nu is.

Dit betekent dat er verschillende beweeg- en leefstijlinterventies zijn, maar niet specifiek voor de levensfase 18-25 jarigen. Voor deelname is vaak een verwijzing nodig van de huisarts of een andere instelling. De huisarts focust zich nog niet altijd op leefstijlverbetering en de wijkteams hebben verscheidene activiteiten zonder ze op de website aan te bieden. Ook zijn er 'community-based' preventie initiatieven (IJslands model & JOGG-aanpak) alleen gericht op bepaalde levensfasen, namelijk jongeren. Werven of motiveren van doelgroepen voor interventies en activiteiten gaat grotendeels middels verwijzing of folders/flyers. Dit levert niet altijd genoeg deelnemers op.

Scenario 2: Meer focus op beweeginterventies.

De interventies blijven zoals in scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is beschreven, maar er komt een

database waar alle interventies en activiteiten in te vinden zijn. Kennisdelen staat bij dit scenario voorop. Dit geldt voor zowel de beweeginterventies die erkend zijn door het RIVM als voor de activiteiten die worden aangeboden door wijkcentra. Ook is het belangrijk om deze in te delen naar levensfasen en daarbij de levensfase 18-25 jaar niet te vergeten. De doelgroep 18-25 jaar is namelijk erg digitaal gericht. Dit betekent dat als activiteiten niet online te vinden zijn, zij niet uit zichzelf ergens naar binnen lopen om te vragen wat er gedaan kan worden. Ook zal het de doelgroep motiveren om ergens heen te gaan, omdat activiteiten door leeftijdsgenoten gedeeld kunnen worden op sociale media. Dit betekent dat mensen die veel alleen zijn en binnen zitten kennis kunnen krijgen van de activiteiten die aangeboden worden in de buurt.

De interviews met de doelgroep bevestigen dat online vindbaarheid belangrijk is en dat dit nu nog te weinig gebeurt. Daarnaast geeft de doelgroep aan wel mee te willen doen aan activiteiten en interventies (Appendix XII, XIII, XIV). Mede door deze redenen en de bevindingen omtrent de gezondheidseffecten van beweeginterventies, is dit scenario opgesteld.

Scenario 3: Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl.

Dit betekent dat een integrale aanpak noodzakelijk is. Wanneer iemand met overgewicht en “vage” klachten naar de huisarts gaat, zal er uitgezocht kunnen worden of een verbetering van de leefstijl kan bijdragen aan de oplossing. Overgewicht zal dan ook besproken worden met de patiënt. Daarnaast is het van belang om natuur op recept te introduceren. De huisarts verwijst dan de patiënt naar de natuur of om meer naar buiten te gaan, bijvoorbeeld door middel van wandelgroepen. Natuur zorgt namelijk voor een verbetering van zowel de mentale als de fysieke gezondheid. Dit kan gestart worden door middel van pilots om te kijken of huisartsen bereid zijn om over leefstijl te beginnen. Dit betekent ook dat er meer groen in de omgeving moet zijn. Natuur motiveert namelijk om meer naar buiten te gaan en daardoor meer te bewegen. Ook zouden therapie sessies buiten kunnen plaatsvinden om de mentale gezondheid te bevorderen en tegelijk een stukje te wandelen. Dit scenario richt zich niet specifiek op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES, maar zou wel kunnen bijdragen aan het verbeteren van hun gezondheid. De doelgroep komt namelijk wel bij de huisarts terecht door ziekte of gezondheidsklachten.

Door de interviews werd duidelijk dat de doelgroep veel binnen zit om series te kijken of te gamen (Appendix XII, XIII, XIV). Een verwijzing naar de natuur zou een sterk gezondheidseffect kunnen hebben wanneer de doelgroep dit advies opvolgt (Hoofdstuk 4). Daarom is dit scenario toch meegenomen in de vergelijking, ondanks dat het zich niet specifiek op de doelgroep richt.

Scenario 4: Een ‘community-based’ aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES

Het IJslandse model en de JOGG-aanpak worden in dit scenario uitgebreid. Het lijkt namelijk dat een ‘community-based’ aanpak erg veel voordelen met zich mee brengt. Dit zorgt ervoor dat de gezonde keuze, de normale keuze wordt. De eerste stap is om de JOGG aanpak te verbreden tot 25 jaar. Dit betekent dat er per gemeente in kaart moet worden gebracht waar de doelgroep te vinden is en wat de wensen en behoeften zijn van de doelgroep. Wanneer dit duidelijk is, kan er gekeken worden welke interventies ingezet moeten worden. Dit kan gestart worden middels pilots. Er zijn al IJslandse model pilots gestart in zes gemeenten in Nederland (de Wilde et al., 2020). Wanneer de resultaten van deze pilots bekend zijn, kan hier van geleerd worden en kan dit mogelijk worden uitgebreid naar de jongvolwassenen doelgroep. Gemeenten en GGD'en richten zich nu namelijk meer op jongeren en kinderen en andere doelgroepen zijn hierdoor onderbelicht. Ook betekent een grootse aanpak dat gezond eten zoals groenten en fruit goedkoper moeten worden door het verlagen van de BTW op deze producten en dat snoep- en frisdrankautomaten op school en werk geweerd moeten worden. Dit laatste heet ook wel nudging en blijkt succesvol te zijn (Leonard, 2009; Kahneman, 2012). Daarnaast zouden mbo scholen meer beweeg- en leefstijllessen kunnen geven om het belang van

een gezonde leefstijl te benadrukken en de leerlingen te leren hoe dit te bewerkstelligen is. Ook zouden interventies en programma's die zich meer richten op de doelgroep jongvolwassenen dit via scholen kunnen communiceren.

Door de diversiteit van de doelgroep zal deze niet op één locatie te bereiken zijn. Dit betekent dat er op meerdere domeinen moet worden ingezet. Dit zou door een 'community-based' aanpak bewerkstelligt kunnen worden. Dit scenario past daardoor goed in de MCA.

Verskillende criteria worden gebruikt om de scenario's met elkaar te vergelijken:

Maatschappelijk draagvlak

Een maatschappelijk draagvlak is belangrijk bij het opstellen van nieuw beleid of het introduceren van een nieuwe aanpak. Zal de bevolking de nieuwe aanpak of het nieuwe beleid goedkeuren en omarmen of zullen zij zich hier tegen weren? Per scenario wordt deze vraag beantwoord. Er wordt daarbij gekeken naar de doelgroep jongvolwassenen 18-25 jaar met een lage SES, maar ook naar de professionals en de rest van de bevolking.

Het maatschappelijk draagvlak voor scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is op dit moment redelijk goed onder de doelgroep. De doelgroep heeft geen specifieke klachten over hoe het nu gaat (Appendix XII, XIII, XIV). Zorginstituut Nederland heeft echter een representatief onderzoek gedaan onder 2000 Nederlanders waaruit blijkt dat 60% van alle Nederlanders vindt dat de focus van de zorg moet liggen op leefstijlverbetering (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022; Hoofdstuk 4). Dit geeft aan dat het maatschappelijk draagvlak om alles te houden zoals het nu gaat, begint af te nemen. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (+/-) in de MCA voor het maatschappelijk draagvlak.

Het maatschappelijk draagvlak voor scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) is groot. Dit wordt ook bevestigd door een gedragswetenschapper van Wijkteam WIJ Beijum (Appendix IX). De doelgroep geeft daarnaast aan mee te willen doen met activiteiten die zijn gericht op hun levensfase (Appendix XII, XIII, XIV). Dit betekent dat zowel professionals als de doelgroep denken dat beweeginterventies die aansluiten op de doelgroep jongvolwassenen 18-25 jaar met een lage SES meer aangeboden mogen worden. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (++) in de MCA voor het maatschappelijk draagvlak.

Het maatschappelijk draagvlak voor scenario 3 (Huisartsen en zorg focussen meer op leefstijl) zal voor de meeste mensen prima zijn, omdat er niet veel verandert voor de bevolking. De meeste verandering zal moeten plaatsvinden bij de huisartsen. Huisartsen ervaren op dit moment een hoge werkdruk waardoor het aanpassen van hun werkwijze op het moment waarschijnlijk niet gewenst is. Ook zullen sommigen mensen het moeilijk vinden om te praten over lichaamsgewicht met hun huisarts. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (+/-) voor het maatschappelijk draagvlak in de MCA.

Het maatschappelijk draagvlak zal voor scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES) prima zijn, omdat de veranderingen geleidelijk worden doorgevoerd. Uit het onderzoek van Zorginstituut Nederland blijkt dat 80% van de Nederlanders het een goed idee vinden om snoep- en frisdrankautomaten op school en werk te weren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022; Hoofdstuk 4). Door dit onderzoek lijkt het alsof het grootste deel van de bevolking een 'community-based' aanpak wel ziet zitten. De doelgroep geeft echter wel aan dat regels die vanuit de overheid opgesteld worden niet altijd gewenst zijn (Appendix XII, XIII, XIV). Daarom krijgt dit scenario een (+) voor maatschappelijk draagvlak in de MCA.

Wettelijk draagvlak

Met het wettelijk draagvlak wordt bedoeld of de scenario's direct geïmplementeerd kunnen worden of dat er nieuw beleid opgesteld moet worden. Er zijn al wetten die zich richten op de publieke gezondheid en preventie (Hoofdstuk 5). Daardoor zullen sommige scenario's goed aansluiten bij dit beleid, maar voor andere moet er misschien het een en ander worden veranderd.

Het wettelijk draagvlak voor scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is prima, er hoeft namelijk geen nieuw beleid opgesteld te worden. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (++) voor het criterium wettelijk draagvlak.

Er zal wel rekening gehouden moeten worden met het huidige beleid bij implementatie van scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) om een online database te bewerkstelligen. Dit heeft te maken met de huidige privacy wet die gegevens delen moeilijker maakt. Een database zal wel opgesteld kunnen worden, maar hier zal wel rekening mee gehouden moeten worden. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met een (+/-) voor dit criterium.

Er zal wel nieuw beleid moeten worden gemaakt om scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl) te bewerkstelligen. Huisartsen zullen het namelijk niet allemaal eens zijn met de verandering van hun werkwijze. Daarnaast zal er meer tijd moeten vrij komen voor huisartsen om langer contact te kunnen hebben met patiënten. De verandering van de omgeving om meer natuur te creëren is wel makkelijker door de nieuwe Omgevingswet. Dit scenario wordt daarom beoordeelt met een (+) voor het wettelijk draagvlak.

Het wettelijk draagvlak voor scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) is goed. Dit scenario staat namelijk in lijn met de Wet Publieke Gezondheid. Door bestaande aanpakken uit te breiden zal er waarschijnlijk alleen rekening moeten worden gehouden met het huidige beleid, maar geen nieuw beleid moeten worden opgesteld. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met een (+) voor dit criterium.

Duurzaamheid

Het criterium duurzaamheid wordt gebruikt om te kijken naar de houdbaarheid van de scenario's. Daarnaast worden de scenario's beoordeelt op of ze over langere termijn inzetbaar blijven. Ook wordt er rekening gehouden met de duur van de participatie van de doelgroep.

De duurzaamheid van scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is niet goed. Op dit moment wordt er gezien dat de manier waarop de zorg nu geregeld is, niet houdbaar is. In 2030 zal er namelijk een enorm tekort zijn in zorgmedewerkers (Doornbos & Voerman, 2022). Daarom wordt dit scenario beoordeelt met een (-) voor dit criterium.

De duurzaamheid van scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) is prima. Een database kan voor langere tijd online blijven staan en heeft weinig onderhoud nodig. Ook zal de doelgroep mee kunnen blijven doen met beweeginterventies voor langere tijd mits er vervolgaanbod aangeboden wordt. Online vindbaarheid zal hierbij helpen. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (+) voor dit criterium.

Scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl) is wel erg duurzaam als de huisartsen zich hierin kunnen vinden. Meer natuur is namelijk erg duurzaam en de focus van huisartsen gericht op de natuur en leefstijl kan op langere termijn de gezondheid van de bevolking verbeteren. De participatie van de doelgroep zal ook op langere termijn kunnen blijven plaatsvinden mits zij bij de huisarts komen. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met een (+) voor dit criterium.

Scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) is erg duurzaam. Een verandering van de omgeving van de doelgroep zorgt ervoor dat de gezonde keuze de normale keuze wordt. Als de veranderingen werken hoeven deze niet aangepast te worden wat erg duurzaam is. Daarnaast zal participatie van de doelgroep bijna automatisch gaan, omdat zij (door nudging) zelf de gezonde keuze gaan maken. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (++) voor het criterium duurzaamheid.

Kosten

Voor dit criterium wordt er gekeken of er weinig of veel kosten verbonden zijn aan implementatie van de scenario's. Sommige scenario's zullen de mogelijkheid krijgen om gefinancierd te worden door de overheid, maar dit wordt ook onder de kosten gerekend.

De implementatie van scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) kost niet veel geld, omdat dit scenario al realiteit is. De houdbaarheid van dit scenario zal echter wel geld gaan kosten, omdat er een te kort aan zorgmedewerkers zal ontstaan.

Scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) zal niet veel geld kosten om te implementeren. Er zijn namelijk niet heel veel kosten verbonden aan het opzetten van een online database. Hooguit dat een werknemer aangenomen kan worden door het RIVM om de database te bewerkstelligen. De wijkteams bieden ook al activiteiten aan, dus dit zal ook niet voor veel kosten zorgen. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (+) voor dit criterium.

Er zullen wel kosten verbonden zijn aan scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl). Deze kosten zullen te maken hebben met het veranderen van de omgeving en mogelijke training voor huisartsen. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (-) voor dit criterium.

Scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) zal wel veel kosten te weeg brengen om alle veranderingen door te voeren. Dit is namelijk een grootschalige aanpak en op meerdere domeinen moeten veranderingen te weeg gebracht worden. Hier is mankracht en zijn voldoende materialen voor nodig. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (-) voor dit criterium.

Bereik

Het is van belang dat de doelgroep bereikt wordt door de scenario's. Dit criterium wordt daarom gebruikt om te bepalen of de scenario's effect hebben op de doelgroep.

De doelgroep wordt door scenario (Alles blijft zoals het nu is) niet goed genoeg bereikt. De activiteiten die worden aangeboden door de wijkteams zijn niet bekend onder de doelgroep en er wordt niet op de doelgroep gefocust door de initiatieven die een gezonde leefstijl bevorderen (Appendix XII, XIII, XIV). Dit scenario wordt daarom beoordeelt met (-) voor dit criterium.

Scenario 2 (Meer focus op beweeginterventie) heeft potentie als het gaat om de doelgroep bereiken. De doelgroep zal goed bereikt kunnen worden door een database, omdat zij vallen onder de digitale generatie. De doelgroep zou de beweeginterventies dan weer kunnen delen via sociale media waardoor nog meer leeftijdsgenoten bekend zullen worden met de beweeginterventies. Ook komt een deel van de doelgroep al bij wijkteams. Wanneer ook daar focus wordt gelegd op de beweeginterventies zal het bereiken van de doelgroep relatief makkelijk verlopen. Wel missen er externe prikkels om de doelgroep te motiveren om daadwerkelijk naar de wijkteams te gaan voor de beweeginterventies. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (+/-) voor dit criterium.

De doelgroep zal door scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl) wel bereikt worden, maar niet regelmatig. De doelgroep komt wel bij de huisarts als er wat mis is, maar dit zal niet een

laagdrempelige manier zijn om over leefstijl te praten. Daarnaast moet de doelgroep nog gemotiveerd worden door de huisarts. Dit scenario wordt daarom beoordeelt met (+/-) voor dit criterium.

De doelgroep zal goed bereikt worden door scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES), omdat hun omgeving verandert waardoor zij veel externe prikkels zullen ondervinden die interne motivatie kunnen opwekken. Dit scenario wordt daarom beoordeelt met (++) voor dit criterium.

Gezondheidseffect

Uiteindelijk is het gezondheidseffect van de scenario's op de doelgroep een belangrijk criterium. Daarom wordt dit criterium gebruikt om te kijken hoeveel de gezondheid van de doelgroep zal verbeteren door de scenario's.

Het gezondheidseffect van scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) is matig. De doelgroep heeft niet veel profijt aan dit scenario. De wensen en behoeften van de doelgroep zijn niet bekend en initiatieven om gezondheid te verbeteren richten zich niet op de doelgroep. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (-) voor dit criterium.

Het gezondheidseffect van scenario 2 (Meer focus op beweginginterventies) zal niet heel groot zijn, omdat bij dit scenario interne motivatie de grootste factor is. De doelgroep heeft niet veel externe motivatie prikkels om (wanneer een interventie online wordt gevonden) daadwerkelijk mee te doen. Dit scenario wordt daarom beoordeelt met (+/-) voor het gezondheidseffect criterium.

Het gezondheidseffect van scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl) zal ook niet heel groot zijn. Meer natuur zal een hoop doen, maar niet iedereen komt regelmatig bij de huisarts en niet iedereen zal gemotiveerd kunnen worden door de huisarts. Dit scenario wordt beoordeelt met (+) voor dit criterium, omdat meer natuur in de wijk toch een positief effect zal hebben.

Scenario 4 (Een 'community-based' aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) zal een groot gezondheidseffect hebben. Zoals eerder in dit rapport beschreven zal door een 'community-based' aanpak de gezonde keuze, de normale keuze worden. Dit scenario wordt dan ook beoordeelt met (++) voor dit criterium.

Haalbaarheid

Dit criterium wordt gebruikt om te kijken naar de haalbaarheid van de scenario's op korte of lange termijn. Als het nog erg lang duurt voordat een scenario geïmplementeerd kan worden, dan moet er misschien eerst naar een andere oplossing gekeken worden.

Scenario 1 (Alles blijft zoals het nu is) scoort op dit criterium met (++), omdat dit scenario al geïmplementeerd is.

Scenario 2 (Meer focus op beweginginterventies) is op korte termijn haalbaar. De beweginginterventies zijn er al en zouden via kleine aanpassingen meer focus kunnen leggen op de levensfase 18-25 jaar. Daarnaast hebben de wijkteams al contact met een deel van de doelgroep, dus kunnen de beweginginterventies via deze weg aangeboden worden. Daarom wordt dit scenario beoordeelt met (++) voor dit criterium.

De haalbaarheid van scenario 3 (Huisarts en zorg focussen meer op leefstijl) kan bemoeilijkt worden door de hoge werkdruk die huisartsen op dit moment ervaren. Hierdoor zal het langer duren voordat huisartsen een andere werkwijze kunnen oppakken. Toch zullen huisartsen, wanneer het belang van

leefstijl wordt uitgelegd al wel folders mee kunnen geven aan mensen met meer uitleg hierover. Daarom scoort dit scenario met (+) op dit criterium.

Scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) wordt beoordeeld met (+/-) op dit criterium. Het kost namelijk tijd om een ‘community-based’ aanpak te bewerkstelligen. Dit vergt onderzoek en samenwerking tussen verschillende partijen. Kleine veranderingen zoals minder snoepautomaten op school zouden al wel sneller doorgevoerd kunnen worden. Daarnaast zal het minder lang duren door het veranderen van bestaande aanpakken i.p.v. het verzinnen van nieuwe aanpakken.

Tabel 4 MCA. Vier scenario's die mogelijk de gezondheid van de doelgroep kunnen bevorderen. De scenario's worden beoordeeld aan de hand van acht criteria.

Criteria	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Maatschappelijk draagvlak	+/-	++	+/-	+
Wettelijk draagvlak	++	+/-	+	+
Duurzaam	-	+	+	++
Kosten	+/-	+	-	-
Bereik	-	+/-	+/-	++
Gezondheidseffect	-	+/-	+	++
Haalbaarheid	++	++	+	+/-
Totaal	-	+	+/-	++

7.3 Conclusie

De doelgroep jongvolwassenen met een lage SES is erg divers. Om deze doelgroep te bereiken kan er daarom gekeken worden naar verschillende locaties en organisaties om een gezonde leefstijl te promoten. Uit de MCA blijkt dat scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) mogelijk de gezondheid onder de doelgroep zal bevorderen. Scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) komt als tweede mogelijkheid uit de test. Mogelijk kunnen deze scenario's ook tegelijk worden uitgevoerd. Een grootse aanpak waarbij (bijna) de gehele bevolking wordt betrokken lijkt noodzakelijk, maar om de digitale generatie te bereiken is het ook belangrijk om alle mogelijkheden in een database te verwerken. Daarnaast zijn aanpassingen op school, werk, de supermarkt en in de horeca belangrijk om de gezonde keuze de normale keuze te maken. Scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) is op korte termijn te bewerkstelligen en scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) zal langer duren om te starten. Wanneer naar extern en intern gedreven motivatie wordt gekeken, zal scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op de doelgroep jongvolwassenen lage SES) ook een groter gezondheidseffect hebben. Dit scenario bevat externe triggers die de interne motivatie kunnen opwekken.

Hoofdstuk 8 – Conclusie

In dit hoofdstuk worden conclusies gegeven per deelvraag en uiteindelijk antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: *Welke werkzame elementen sluiten het beste aan bij jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage sociaaleconomische status, om deze groep te binden en te behouden bij (erkende) leefstijlinterventies?*

Welke verschillende definities van gezondheid worden gebruikt en wat is de invloed van leefstijl op gezondheid?

Uit de literatuur is gebleken dat er verschillende definities van gezondheid worden gebruikt. Het kan gebeuren dat iemand als gezond wordt beschouwd indien diegene vrij is van ziekte. Soms wordt iemand als gezond gezien als diegene zich gewoonweg goed voelt. Een andere definitie van gezondheid is de staat van zijn in lichaam of geest. De WHO gebruikt echter de volgende definitie: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Deze definitie komt deels overeen met het concept Positieve Gezondheid. Dit concept kijkt niet alleen naar de afwezigheid van ziekte, maar ook naar het aanpassingsvermogen van mensen en om het voeren van zoveel mogelijk eigen regie.

Leefstijl heeft invloed op gezondheid, waarbij verschillende leefstijlfactoren een rol spelen. Leefstijlfactoren zijn bijvoorbeeld hoeveel fysieke activiteit iemand heeft, roken, hoeveel iemand eet, hoeveel overgewicht iemand heeft, of iemand gezond of ongezond eet, de hoeveelheid alcohol die geconsumeerd wordt, of er drugs worden gebruikt, de seksuele gezondheid, of er toegang is tot een gezonde omgeving en het sociale netwerk van een individu. Een negatieve invloed van deze leefstijlfactoren kan leiden tot leefstijlziekten zoals diabetes type II. Het aannemen van een gezonde leefstijl, daarbij lettend op de leefstijlfactoren, kan mogelijk de levensverwachting verlengen tot wel 14 jaar.

Hoe kunnen de gezondheidsverschillen tussen lage SES en hoge SES verklaard worden?

Mensen met een lage SES leven in slechtere gezondheid en korter dan mensen met een hoge SES. Onderzoek toont aan dat er een samenhang is tussen gezondheid en SES. Dit begint al bij de geboorte en loopt door tot op hoge leeftijd. Twee begrippen zijn hiervoor opgesteld: 'sociale causatie' en 'gezondheidsselectie'. Sociale causatie houdt in dat de sociaaleconomische positie van een individu op een bepaalde leeftijd invloed zal hebben op de gezondheid op latere leeftijd. Gezondheidsselectie houdt het omgekeerde in: de gezondheid van een individu heeft invloed op het opleidingsniveau, de arbeidsmarktpositie en de hoogte van het inkomen in later levensfasen. De factoren 'plaats op de arbeidsmarkt', 'opleidingsniveau', 'schulden', 'inkomen' en 'thuissituatie' kunnen, wanneer laag, leiden naar een ongezonde leefstijl, een ongezonde leefomgeving en/of mindere kwaliteit van slaap. Als gevolg leidt dat tot stress of chronische stress. Chronische stress lijkt te leiden tot daling in de algehele functionaliteit van mensen en lijkt daardoor de grootste factor als het gaat om SEGV.

Wat is motivatie en wat zijn de wensen en ervaringen van de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES m.b.t. een gezonde leefstijl of leefstijlinterventie?

Motivatie is een begrip dat omschrijft hoe een individu of een groep mensen kiest om bepaald gedrag uit te voeren en het vol te houden. Motivatie is op te delen in extrinsieke en intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie komt van binnenuit en is zelfbepaald. Een voorbeeld van intrinsieke motivatie is dat iemand zijn/haar diploma wil behalen omdat hij/zij erg geïnteresseerd is in dat vakgebied. Extrinsieke motivatie komt van buitenaf. Een voorbeeld van extrinsieke motivatie is dat iemand naar zijn/haar werk gaat, omdat hij/zij geld nodig heeft. Alhoewel eerst werd gedacht dat

intrinsieke motivatie belangrijker is dan extrinsieke motivatie, wordt in verschillende culturen de dynamiek tussen de twee anders gezien. Dit betekent dat in sommige niet-Westerse culturen, extrinsieke motivatie hetzelfde resultaat kan bieden als intrinsieke motivatie. Unieke motivators om gezond te eten is het hebben van meer energie. Voor fysieke activiteit is het verbeteren van de fitheid belangrijker voor mannen dan vrouwen. Jonge mannen vinden plezier halen uit sporten belangrijker dan jonge vrouwen. Zowel mannen als vrouwen vinden hun uiterlijk en lichaamsbeeld een belangrijke motivator voor zowel sporten als gezonder eten. Vrouwen vinden gewicht verliezen wel belangrijker dan mannen, voornamelijk bij overgewicht. De barrières om gezond te eten en te sporten zijn wel gelijk tussen mannen en vrouwen. Zo ondervinden ze beide een gebrek aan motivatie, te weinig tijd en kost het te veel geld. De studie vond ook dat oudere volwassenen (25+ jaar) minder snel de kosten belangrijk vonden dan de jongere volwassenen (18-25 jaar). Doelen stellen, zelfmonitoring van uitkomst van gedrag, sociale beloning en sociale steun leken de beste technieken om iemand te motiveren.

De doelgroep gaf aan dat begeleiding van een interventie of programma moest bestaan uit een ervaringsdeskundige, aan iemand die ver 'boven' hen staat hebben ze geen behoefte. Ook gaven zij aan dat ze vaak wel mee willen doen met activiteiten of programma's als deze bij hen bekend zouden zijn, geen geld kosten en ook niet te veel tijd in beslag nemen. De doelgroep gaf namelijk vaak aan het erg druk te hebben. Werk, kinderen of diverse problematiek waren punten die benoemd werden. Als een beweeginterventie bijvoorbeeld toegevoegd zou worden aan het standaardcurriculum van school, dan zouden de studenten daar wel graag aan mee willen doen. Eenzaamheid of mensen ontmoeten werden als punten genoemd om mee te doen met interventies of programma's. Ook gaf de doelgroep aan dat gezonde producten in de supermarkt en sportscholen erg duur zijn. Hierdoor zijn zij sneller geneigd om ongezonde producten te consumeren en niet te gaan sporten.

Wat zijn werkzame elementen van leefstijlinterventies en welke sluiten aan op de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES?

Werkzame elementen zijn dé elementen die ervoor zorgen dat interventies succesvol zijn. Daarnaast helpen ze ook om interventies te verbeteren en waar nodig als gespreksstarter. Interventies blijken succesvol te zijn door verschillende combinaties van deze werkzame elementen afgestemd op de doelgroep. De werkzame elementen die aansluiten op jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES zijn de volgende:

- Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies
- Inzetten op de motivatie van de deelnemers
- Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers
- Inspelen op het groepsgevoel
- Vertrouwde omgeving
- Vervolgaanbod aanbieden
- Een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname
- Beloften nakomen/ doen wat je zegt
- Sleutelpersoon of ervaringsdeskundige

Deze komen erg overeen met de werkzame elementen die aansluiten op volwassen mensen met een lage SES. Wel kan er bij de doelgroep 18 t/m 25 jaar meer ingespeeld worden op sociale media en algemene online vindbaarheid.

Hoe zijn de leefstijlinterventies binnen de verschillende gemeenten georganiseerd en hoe worden leefstijlinterventies opgezet en erkend?

Leefstijlinterventies worden vaak opgezet/bedacht door ervaringsdeskundigen of professionals zoals fysiotherapeuten of buurtsportcoaches. De status van een interventie wordt bepaald door de erkenningscommissie van het RIVM, nadat de interventie-eigenaren een verzoek tot erkenning hebben ingediend waarna een erkenningstraject volgt. Door middel van de erkenningscommissie wordt gekeken hoe goed een interventie onderbouwd is. Zij bekijken ook of de doelgroep voldoende bereikt wordt. Naast interventies die zich richten op relatief kleine groepen, bestaan er ook aanpakken die zich richten op een groot deel van de samenleving: het IJslands model en de JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht) aanpak.

Zijn er leefstijlinterventies gericht op jongvolwassenen/mensen met een lage SES en zijn deze effectief?

De volgende leefstijlinterventies gericht op volwassenen (18-49 jaar) met een lage SES:

- Samen Gezond Eten en Bewegen
- X-Fitt 2.0
- Stapjefitter
- Lekker in je lijf
- Camper-Expeditie
- Samen Sportief in Beweging
- Bewegen Werkt
- SLIMMER
- Liever Bewegen dan Moe

De interventies uit dit rijtje blijken allemaal effectief. Sommigen zijn niet meer actief, omdat er niet genoeg deelnemers bereikt werden. Deze interventies zijn niet gericht op de doelgroep jongvolwassenen, maar gericht op de bredere doelgroep volwassenen. De interventie-eigenaren gaven wel aan dat het goed zou zijn om de doelgroep jongvolwassenen apart te nemen, omdat zij vaak steun van leeftijdsgenoten waarderen.

Wanneer er geen doorverwijzing van de huisarts nodig is voor een interventie, worden andere manieren van werving gebruikt. Een doorverwijzing via het UWV of de gemeente, maar veel interventies gebruiken flyers, lokale krantjes of actieve werving. Verschillende buurtsportcoaches geven aan dat actieve werving het beste werkt: Van deur tot deur gaan en een visitekaartje achterlaten plus een kort gesprek levert veel interesse op in de wijken waar zij werkzaam zijn.

Welke rol spelen GGD Fryslân en andere actoren binnen dit project en binnen leefstijlinterventies en hoe is de FPA betrokken?

Jongvolwassenen van 18 tot en met 25 jaar met een lage SES worden beïnvloed door school, werkgevers, het sociale netwerk, de supermarkt, de horeca, het wijkcentrum, de buurtsportcoach, de huisarts en de leefstijlcoach.

GGD Fryslân voert taken uit in het kader van de Wet publieke gezondheidszorg (WPG). Bescherming, bevordering en collectieve preventie zijn de drie pijlers van het beleidsplan gezondheid 2019-2022 van GGD Fryslân met als hoofddoel het terugdringen van ongezonde levensjaren, voornamelijk bij de groep met een lage sociaaleconomische status. GGD Fryslân streeft naar een gezond en veilig leven voor iedereen in Friesland. Dit doen zij door zich te houden aan vier taken: Monitoren, signaleren en advies geven, gezondheidsbescherming, toezicht houden en het bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises. De onderzoeksvraag is gesteld vanuit de academische werkplaats publieke gezondheid in samenwerking met het programma de Friese Preventieaanpak. GGD Fryslân kan aan de hand hiervan advies geven aan de actoren die een rol spelen. De FPA is opgericht aan de

hand van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Met de FPA wordt er een vertaalslag gemaakt van het NPA naar Friesland. De FPA richt zich vooral op de universele en selectieve preventie. Daarnaast zijn de *Sustainable Development Goals* (SDGs) opgenomen binnen de FPA als ambities.

Welke werkzame elementen sluiten het beste aan bij jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage sociaaleconomische status, om deze groep te binden en te behouden bij (erkende) leefstijlinterventies?

De doelgroep jongvolwassenen (18 t/m 25 jaar) met een lage SES is nog een erg onderbelichte groep. Zij staan aan het begin van hun leven en maken een enorme groei in zelfstandigheid door. Zij moeten namelijk nu zelf de keuzes gaan maken in plaats van hun ouders. Werk, school, ouderschap of zelfstandig wonen komen allemaal op hun pad en dit zorgt ervoor dat deze doelgroep uit het zicht verdwijnt. Gezien er bij deze doelgroep nog veel winst is te behalen betreffende een gezonde leefstijl is het belangrijk om deze doelgroep te belichten.

Uit dit onderzoek blijkt dat de volgende werkzame elementen goed aansluiten bij de doelgroep:

- Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies.
- Inzetten op de motivatie van de deelnemers.
- Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers.
- Inspelen op het groepsgevoel.
- Vertrouwde omgeving.
- Vervolgaanbod aanbieden.
- Een goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname.
- Beloften nakomen/ doen wat je zegt.
- Sleutelpersoon of ervaringsdeskundige.

Door middel van de interviews is gebleken dat kosten en tijd erg belangrijk zijn. De goede samenwerking tussen externe partijen is dus een randvoorwaarde. Inzet van een ervaringsdeskundige behoort ook tot een randvoorwaarde van het implementeren van een interventie of programma voor deze doelgroep. Het gebruik van gedragsveranderingstechnieken is ook nodig om de doelgroep te motiveren. De doelgroep lijkt namelijk erg ontmoedigd te zijn om met een gezonde leefstijl bezig te gaan door hoge kosten van gezonde producten en onbetaalbare sportscholen. Ook lijkt het dat de doelgroep het idee heeft dat zij een probleemgroep zijn en daardoor geen moeite willen doen om “beter” te worden.

Gebaseerd op de resultaten van de voorgaande deelvragen, welk scenario is het beste om jongvolwassen met een lage SES te binden en te behouden bij leefstijlinterventies en welke stappen moet GGD Fryslân nemen om dit nieuwe beleid te implementeren?

Uit de MCA blijkt dat scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) en scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op jongvolwassenen met een lage SES) mogelijk de gezondheid onder de doelgroep zullen bevorderen. Mogelijk kunnen deze scenario’s ook tegelijk worden uitgevoerd. Een grootse aanpak waarbij de gehele bevolking wordt betrokken lijkt noodzakelijk, maar om de digitale generatie te bereiken is het ook belangrijk om alle mogelijkheden in een database te verwerken. Daarnaast zijn aanpassingen op school, werk, de supermarkt en in de horeca belangrijk om de gezonde keuze de normale keuze te maken. Scenario 2 (Meer focus op beweeginterventies) is op korte termijn te bewerkstelligen en scenario 4 (Een ‘community-based’ aanpak gericht op jongvolwassenen met een lage SES) zal langer duren om te starten.

Hoofdstuk 9 – Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat er nog veel winst is te behalen in het bevorderen van een gezonde levensstijl in de doelgroep jongvolwassenen bij wie sprake is van een lage SES. Ook is duidelijk geworden dat er al veel goede initiatieven gestart zijn en door deze uit te breiden kan er al veel winst geboekt worden.

Een systematische review van Poobalan en collega's (2010) laat zien dat er inderdaad het nodige gewin is te behalen in de preventie van gewichtstoename bij jongvolwassenen van 18 t/m 25 jaar, aangezien deze doelgroep veel kritieke veranderingen meemaakt zoals uitwonend of ouder worden. Zij hebben meerdere interventiemethoden onderzocht en vonden dat beweeginterventies bijdragen aan bloedwaarden, gewichtsafname en mentaal welzijn van de doelgroep (Poobalan et al., 2010). Zij vonden echter ook dat deze doelgroep moeilijk te bereiken is en dat participatie aan interventies laag is. Mede daarom zal een 'community-based' preventieaanpak potentieel meer mensen uit deze doelgroep bereiken. Een andere studie vond namelijk ook dat de omgeving en begeleiding voor gedragsverandering een belangrijke rol spelen in het veranderen van leefstijlfactoren bij jongvolwassenen (Boff et al., 2017). De omgeving en begeleiding zullen gecombineerd kunnen worden door bijvoorbeeld huisarts en buurtsportcoach. Onderzoek wijst uit dat het belangrijk is dat huisarts en buurtsportcoach samenwerken. Dit stimuleert de huisarts tot verwijzing naar leefstijl en preventie, doordat zij bekend zijn met het lokale laagdrempelige sport- en beweegaanbod (Leemrijse et al., 2013).

Aan de andere kant is eigen verantwoordelijkheid belangrijk voor mensen. Uit de interviews bleek dat de doelgroep het belangrijk vond dat er niet te veel voor hen bepaald werd. Dit komt overeen met het concept Positieve Gezondheid waar regie over het eigen leven als één van de zes dimensies is opgenomen. In dit onderzoek had daarom dit concept iets uitgebreider naar voren kunnen komen. Het zal voor vervolgonderzoek daarom interessant zijn om het concept Positieve Gezondheid aan deze doelgroep te introduceren om de volgende vraag te beantwoorden: Hoe belangrijk is eigen regie of eigen verantwoordelijkheid voor u? Of zal het bij deze doelgroep juist belangrijk zijn om meer begeleiding te bieden en 'gewoonweg' de omgeving zo in te delen dat een gezonde leefstijl gestimuleerd wordt?

Een gesprek met een ervaringsdeskundige stelde vast dat wanneer er onderzoek gedaan wordt naar mensen met een lage SES, een vertrouwensband opgebouwd moet worden. De ervaringsdeskundige schatte in op basis van de praktijk, dat dit minimaal een jaar kost. Een stage van zes maanden is te kort om een vertrouwensband op te bouwen. Hierdoor zou het kunnen dat de geïnterviewde mensen uit de doelgroep niet volledig eerlijk geantwoord hebben en verteld kunnen hebben wat ze dachten dat gewenst was (Persoonlijke communicatie, 10 februari 2022). Kortgeleden kwam er ook een artikel uit waarin werd gesteld dat mensen met een lage SES niet meer als de 'slechte' groep gezien willen worden. De betreffende groep ervaart te vaak dat er naar hen wordt gekeken alsof er iets met hen mis is. Dat maakt dat zij minder geneigd zijn om met onbekende professionals in gesprek te gaan, of open in gesprek te zijn (Breed, 2022). Wanneer vervolgonderzoek gedaan wordt naar mensen met een lage SES, zal er dus tijd genomen moeten worden om de mensen te leren kennen en hun vertrouwen te winnen. In lijn met deze bevindingen is het daarom dan ook voorbarig om te constateren dat jongvolwassenen met een lage SES hun leefstijl willen veranderen. Beleidsmakers vinden dat zij oplossingen moeten bieden om de leefstijl van deze doelgroep te verbeteren, maar die vraag ligt uiteindelijk bij de doelgroep zelf.

Ook is er in dit rapport meer onderzoek gedaan naar de vrijetijdsbesteding en behoeften van de doelgroep en is er niet specifiek gevraagd naar werkzame elementen. Dit betekent dat dit een verkennend onderzoek is. Om duidelijk een lijst te maken van de werkzame elementen die behoren tot de doelgroep zal meer onderzoek gedaan moeten worden in de vorm van bijvoorbeeld enquêtes. Daarnaast zijn er maar 17 mensen van de doelgroep geïnterviewd. Een kwantitatief onderzoek om de resultaten te bevestigen of te ontkrachten is daarom nodig. Voor een kwantitatief onderzoek is echter meer tijd nodig dan de gegeven zes maanden voor dit project. Om deze reden is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek met diepte-interviews of het samenstellen van een focusgroep i.p.v. een kwantitatief onderzoek. Daarnaast bracht COVID-19 beperkingen met zich mee. De meeste afspraken hebben online plaatsgevonden, wat als onpersoonlijk ervaren kan worden en interviews kan bemoeilijken (Rendement, 2020). Ook verkleinde dit de kans op spontane ontmoetingen en/of spontane brainstormsessies waarin met anderen over het onderzoek gesproken kon worden waardoor mogelijke input is gemist.

Een andere limitatie is dat in dit onderzoek voorbeelden worden gegeven van interviews die afgenomen zijn bij deelnemers die gevonden zijn door middel van de sneeuwbal methode en via een MBO-opleiding. Dit kan antwoorden hebben beïnvloed doordat er vragen zijn gesteld in een bepaalde sociale groep in plaats van aan willekeurige mensen met verschillende achtergronden. Aan de andere kant kan het zijn dat bij de studenten geen vertrouwensband opgebouwd is, waardoor zij mogelijk terughoudend zijn geweest in hun manier van antwoorden. In dit onderzoek zijn ook interviews gehouden met individuen die een opleiding op MBO-2-niveau hebben afgerond. Deze vallen niet onder de definitie van een lage SES volgens het RIVM, maar worden meegenomen in het onderzoek vanwege de onbereikbaarheid van deelnemers die volledig vallen onder de definitie. Mensen die een MBO-2 opleiding volgen of hebben afgerond lijken wel een goede representatie van de doelgroep.

Dit onderzoek richtte zich op jongvolwassenen met een lage SES. De doelgroepen uit de literatuur die is gebruikt voor het literatuuronderzoek bestonden bijna niet uit jongvolwassenen met een lage SES. De doelgroep jongvolwassenen met een lage SES is nog erg onderbelicht in de literatuur en hier zal meer onderzoek naar gedaan moeten worden. Ook wordt er in dit onderzoek maar een deel van de interventies en aanpakken beschreven. In de praktijk zijn er mogelijk nog meer interventies en aanpakken die in de vergelijking betrokken hadden kunnen worden. Daarnaast is er meer monitoring en evaluatie van interventies en aanpakken nodig. Op dit moment was er niet veel literatuur te vinden over de actuele leefstijlinterventies.

Een laatste discussiepunt is dat gemeenten zelf mogen indelen hoe zij interventies of aanpakken inrichten. Natuurlijk is het belangrijk dat interventies afgestemd worden op de doelgroep die verschillend kan zijn per gemeente. Het lijkt echter ook belangrijk dat een 'community-based' preventieaanpak wordt opgesteld. Dit zal dan grotendeels hetzelfde blijven tussen gemeenten. Hier zal daarom rekening mee moeten worden gehouden bij implementatie van een brede aanpak.

Hoofdstuk 10 – Advies & implementatie

In dit hoofdstuk worden de conclusies van dit onderzoek gebruikt om een concreet advies te geven aan GGD Fryslân.

10.1 Advies

Meer focus op de levensfase 18-25 jaar is nodig

De doelgroep jongvolwassenen (18-25 jaar) met een lage SES is erg onderbelicht in de interventies en programma's die bedoeld zijn om de gezondheid te verbeteren. Ondanks dat zij voor levensbepalende keuzes komen te staan. Het is daarom belangrijk dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de wensen en behoeften van deze doelgroep en deze levensfase. Het is daarbij nodig dat dit gebeurt via de bottom-up methode: de doelgroep moet worden betrokken bij de ontwikkeling van deze programma's.

Een 'community-based' preventieaanpak gericht op jongvolwassenen met een lage SES

Een 'community-based' preventieaanpak is nodig. Specifieke interventies gericht op bijvoorbeeld mensen met obesitas kunnen blijven bestaan en ingezet worden waar nodig. Een 'community-based' aanpak zoals het IJslandse model en de JOGG-aanpak lijken onder de jongeren echter erg goed te werken. Het is daarom belangrijk om meer focus te leggen op deze aanpakken. Hierdoor wordt namelijk de gezonde keuze, de normale keuze. Hierbij kan gedacht worden aan een groene omgeving waardoor sneller in beweging komen en het mentale welzijn vooruit zal gaan. Doordat de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES zo divers is, is een 'community-based' aanpak ook erg wenselijk. Zo wordt er niemand binnen de doelgroep "vergeten". Het is belangrijk dat de doelgroep leert om zelfstandig gezonde keuzes te maken. Hulp en preventie moeten gericht zijn om de doelgroep vaardig te maken in deze zelfstandigheid. School kan zich meer inzetten voor de gezonde school kantine en meer bewegingsmogelijkheden bieden. Werkgevers kunnen dit ook door bijvoorbeeld meer mogelijkheden tot staand werken te bieden, vrijdag patat-dag af te schaffen en daarnaast een dagelijkse wandeling te introduceren. Ook is het belangrijk om een rolmodel of ervaringsdeskundige hierbij te gebruiken. Wanneer een bekend persoon op televisie of op een streamingsdienst aangeeft dat een blokje om gaan goed is voor de gezondheid, zal de doelgroep dit sneller geloven dan wanneer de overheid dit aangeeft.

Het IJslands model heeft al pilots in zes gemeenten en zal hierdoor gebruikt kunnen worden om dit principe uit te breiden. De resultaten zullen echter pas over een aantal jaar bekend zijn. Een 'community-based' aanpak zal namelijk pas na een lange periode (jaren) resultaten bieden. De JOGG-aanpak wordt ook al in veel gemeenten gebruikt. Dit betekent dat deze aanpak in die gemeenten uitgebreid kan worden om de doelgroep jongvolwassenen met een lage SES te bereiken. Dit zou in eerste instantie middels pilots kunnen.

10.2 Overige aanbevelingen

Wijkteams moeten groot onderdeel zijn van bereiken doelgroep

Uit interviews met de doelgroep blijkt dat zij vaak in contact komen met lokale wijkteams. Dit betekent dat de doelgroep via deze weg bereikt kan worden. Op dit moment helpen de wijkteams de doelgroep met verschillende problematiek zoals financiën en ouderschap. Het is belangrijk om te kijken of de doelgroep daarna verder geholpen zou kunnen worden. Mogelijk door voor te stellen om met leeftijdgenoten activiteiten te ondernemen. Deze activiteiten kunnen door de wijkteams georganiseerd worden. Uiteindelijk zal ook leefstijl hier een rol in kunnen spelen. Wijkteams zouden bijvoorbeeld met een aantal mensen uit de doelgroep, een wandelgroep kunnen opstellen. Dit zorgt

niet alleen voor een sterk sociaal netwerk voor de doelgroep, maar dit zorgt er ook voor dat zij samen in beweging komen.

Online database

Interventies en activiteiten moeten in een online database komen te staan. Op dit moment is het voor veel mensen niet duidelijk welke activiteiten wijkteams te bieden hebben. Wanneer mensen dit niet online kunnen vinden gaan ze er vanuit dat het er niet is of vinden ze het te veel moeite om er daadwerkelijk heen te gaan. Ook interventies staan niet in een database. Er moet via werving of doorverwijzing deelnemers verkregen worden. Een database kan dit proces mogelijk versnellen doordat deelnemers en professionals zelf interventies kunnen opzoeken.

Huisartsen moeten zich meer richten op leefstijl

Preventief werken aan gezondheid heeft te maken met de leefstijl van mensen. De huisarts kan hier een rol in spelen. Het is belangrijk dat huisartsen meer op leefstijl gaan focussen om uiteindelijk de druk op de zorg te verminderen. Het verbeteren van de leefstijl betekent namelijk dat mensen minder snel doorgestuurd hoeven te worden naar het ziekenhuis. Een leefstijlcoach zou hier een rol in kunnen spelen, maar die begeleidt voornamelijk mensen die al obesitas of overgewicht en een onderliggend risicofactor hebben. Een laagdrempeligere manier om mensen die nog niet ernstig overgewicht hebben te stimuleren om gezonder te leven is daarom nodig. Wijkcentra en buurtsportcoaches kunnen bijvoorbeeld een preventieve rol spelen als het gaat om de gezondheid van jongvolwassenen. De huisarts zou naar die sectoren kunnen verwijzen. Dit betekent wel dat de huisarts hier actief met de doelgroep over moet praten. De korte tijd die huisartsen hebben kan een barrière vormen om dit te bewerkstelligen. Tools om makkelijker en sneller over leefstijl te praten tijdens een consult zullen daarom nodig zijn. GGD Gooi en Vechstreek heeft al tools ontwikkeld om de huisarts hierbij te helpen. Zij hebben namelijk een filmpje gemaakt dat afgespeeld kan worden in de wachtruimte en folders ontwikkeld die ook te begrijpen zijn voor laaggeletterden (Beter in het Groen, z.d.).

Interventies moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn

Motivatie is een belangrijk onderdeel in het aannemen van een gezonde leefstijl. Er wordt namelijk verwacht van de doelgroep dat zij drastische veranderingen ondergaan in hun leefstijl. Dit kan alleen door middel van gedragsveranderingstechnieken. Het is daarom belangrijk dat elke interventie-eigenaar die focust op gewichtsverlies en een gezonde leefstijl, kennis heeft van de gedragsveranderingstechnieken en deze kan gebruiken. Dit betekent dat alle interventies wetenschappelijk onderbouwd worden. Zo wordt kennis omgezet naar de praktijk.

Voortbouwen op resultaten van gemeente Westerkwartier

Gemeente Westerkwartier heeft de JOGG-aanpak al gebruikt om een onderbelichte delgroep te bereiken, namelijk de doelgroep 16 t/m 23 jarigen. Dit staat nog in de kinderschoenen en er zijn nog geen resultaten naar boven gekomen. Dit voorbeeld kan echter wel gebruikt worden als rode draad om andere gemeenten te helpen de JOGG-aanpak uit te breiden.

10.3 Implementatieplan

Meer focus op de levensfase 18-25 jaar is nodig

GGD Fryslân kan als kartrekker van de Friese Preventieaanpak meer nadruk leggen op de levensfase 18-25 jaar. Hierbij kan aangegeven worden dat jongvolwassenen tijdens deze levensfase met levensbepalende keuzes te maken hebben en dat overgewicht vaak rond deze periode begint. Daarnaast steken de GGD en gemeenten veel energie in kleine kinderen, maar die populatie neemt af. Dit geld kan ook aan een bredere doelgroep besteed worden. Dan kost het dus niet meer geld,

maar wordt het geld dat toch al gereserveerd is anders besteed. Het is hierbij wel noodzakelijk dit in goed overleg met de opdracht gevende gemeentes te doen.

Een 'community-based' preventieaanpak

De 'community-based' preventieaanpak kan bewerkstelligd worden door in gesprek te gaan met de gemeenten die de JOGG-aanpak al hebben omarmd. Elke gemeente die dit heeft gedaan heeft namelijk een JOGG-regisseur die bekend is met de aanpak en al veel kennis heeft over het onderzoeken van de wensen en behoeften van een doelgroep. Per gemeente waar deze aanpak al uitgevoerd wordt kan een gezondheidsbevorderaar samen met de JOGG-regisseur in gesprek over het uitbreiden van deze aanpak. Dit kan gedaan worden door onderzoek te doen naar de wensen en behoeften van de doelgroep. De JOGG-regisseur van de gemeente weet welke stakeholders betrokken kunnen worden om hier een duidelijk beeld over te krijgen. Wanneer dit blijkt te werken kunnen ook gemeenten die de JOGG-aanpak nog niet omarmd hebben ingelicht worden over de voordelen van de JOGG-aanpak. Daarnaast kan de GGD een advies uitbrengen aan gemeenten (afdeling ruimtelijke ordening/natuur) om te investeren in meer groen in de wijken. Het helpt om in dit advies te benadrukken wat de voordelen van een groene omgeving zijn en dat dit uiteindelijk kan bijdragen aan het verlagen van de druk op de zorg.

Ook hebben gemeenten invloed op lokale sportaanbieders en het lokale aanbod van ongezonde producten. Er kan in overleg met de gemeente en amateursportverenigingen gekeken worden of er in sportkantines minder ongezond eten en alcohol worden verkocht. Daarbij wijzend op het feit dat sporten een gezonde bezigheid hoort te zijn en daar ongezonde producten niet bij horen. Daarnaast zijn een aantal voetbalverenigingen al aangesloten bij de Friese Preventieaanpak, dus zal overleg met deze verenigingen over een gezonde leefstijl goed verlopen.

Daarnaast kan het IJslandse model helpen om een 'community-based' preventieaanpak te starten. Er vinden al pilots plaats in zes gemeenten waarmee in gesprek gegaan kan worden over de resultaten van dit model.

Huisarts moet zich meer richten op leefstijl

Vanuit GGD Fryslân zouden tools ontwikkeld kunnen worden die het voor huisartsen makkelijker maken om over leefstijl te praten met patiënten. Dit kan bestaan uit flyers of folders die zo geschreven zijn dat ook laaggeletterden of mensen van buitenlandse afkomst deze makkelijk kunnen lezen en begrijpen. Ook kunnen filmpjes in de wachtkamer van huisartsenpraktijken bijdragen aan het makkelijker en sneller bespreken van leefstijl. GGD Fryslân kan dit in overleg met GGD Gooi en Vechtstreek bewerkstelligen, aangezien zij al een filmpje en een folder ontwikkeld hebben. Daarnaast moet er onderzocht worden in welke mate huisartsen dit zullen gaan toepassen. Dit kan door enquêtes gericht aan huisartsen op te stellen. Daarna kan er middels pilots gekeken worden of dit in de praktijk werkt. Huisartsen ervaren op het moment een hoge werkdruk, daarom zal er ook gekeken moeten of deze nieuwe werkwijze past in het korte patiënten contact.

Wijkteams moeten groot onderdeel zijn van bereiken doelgroep

GGD Fryslân kan verschillende wijkteams adviseren om, wanneer zij in contact zijn met de doelgroep, de doelgroep te sturen richting verbetering van leefstijl. Wijkteams bestaan vaak ook uit een gedragswetenschapper die meer kennis zou kunnen opdoen van gedragsveranderingstechnieken en dit kunnen toepassen op de doelgroep om hen te motiveren.

Online database

Het RIVM heeft al een database met erkende leefstijlinterventies voor professionals op de website van Loketgezondleven. Deze zou uitgebreid kunnen worden zodat ook deelnemers deze database kunnen gebruiken en kennis kunnen opdoen van de verschillende interventies en programma's die

lokaal worden aangeboden. GGD Fryslân zou het RIVM kunnen adviseren en ondersteunen in het bewerkstelligen van een database.

Ook is het belangrijk dat wijkcentra meer online gaan publiceren. De doelgroep jongvolwassenen met een lage SES is erg digitaal en het is daarom belangrijk dat alles online vindbaar is. Deze doelgroep komt vaak bij wijkcentra, maar weet niet welke activiteiten hier plaatsvinden. GGD Fryslân kan de wijkcentra adviseren om de activiteiten die zij aanbieden te publiceren op hun website.

Interventies moeten wetenschappelijk zijn onderbouwd

GGD Fryslân zou de erkenningscommissie van leefstijlinterventies kunnen adviseren om meer te letten op gedragsveranderingstechnieken. De erkenningscommissie zou dan bijvoorbeeld minder snel een leefstijlinterventie erkennen die zich niet genoeg richt op gedragsverandering. Dit zorgt ervoor dat leefstijlinterventies aan hogere eisen moeten voldoen en daarbij zal de kwaliteit van de interventies stijgen.

Voortbouwen op resultaten gemeente Westerkwartier

Overleg met gemeente Westerkwartier is van belang om een 'community-based' aanpak zoals de JOGG-aanpak in andere gemeenten te starten. Gemeente Westerkwartier is nu koploper in het onderzoeken wat de wensen en behoeften zijn van een onderbelichte doelgroep. Daarom is het belangrijk om te overleggen met deze gemeente en te leren wat werkt en wat niet.

Literatuur

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health psychology, 27*(3), 379. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Acht gevolgen van overgewicht - Máxima MC. (2018, 1 maart). Máxima mc - Obesitascentrum. Geraadpleegd op 18 maart 2022, van <https://www.mmc.nl/obesitascentrum/nieuws/1374/8-gevolgen-van-obesitas/>
- Ahdidan, J., Hviid, L. B., Chakravarty, M. M., Ravnkilde, B., Rosenberg, R., Rodell, A., ... & Videbech, P. (2011). Longitudinal MR study of brain structure and hippocampus volume in major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(3), 211-219. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01644.x>
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies, 2*(4), 314-324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Aletta Fryslân. (2022, 2 maart). Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.rug.nl/aletta/innovation/aletta-fryslan>
- Ashton, L. M., Hutchesson, M. J., Rollo, M. E., Morgan, P. J., & Collins, C. E. (2017). Motivators and barriers to engaging in healthy eating and physical activity: A cross-sectional survey in young adult men. *American journal of men's health, 11*(2), 330-343. <https://doi.org/10.1177%2F1557988316680936>
- Ashton, L. M., Sharkey, T., Whatnall, M. C., Haslam, R. L., Bezzina, A., Aguiar, E. J., ... & Hutchesson, M. J. (2020). Which behaviour change techniques within interventions to prevent weight gain and/or initiate weight loss improve adiposity outcomes in young adults? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews, 21*(6), e13009. <https://doi.org/10.1111/obr.13009>
- Bayne-Jones, S. (1964). Smoking and health: report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service (No. 1103). US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service.
- Beter in het Groen. (z.d.). GGD. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://www.ggdgv.nl/voor-professionals/beter-in-het-groen/>
- Black, N., Johnston, M., Michie, S., Hartmann-Boyce, J., West, R., Viechtbauer, W., ... & de Bruin, M. (2020). Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: A systematic review and meta-regression. *Addiction, 115*(11), 2008-2020. <https://doi.org/10.1111/add.15056>
- Blasco, B. V., García-Jiménez, J., Bodoano, I., & Gutiérrez-Rojas, L. (2020). Obesity and depression: Its prevalence and influence as a prognostic factor: A systematic review. *Psychiatry investigation, 17*(8), 715. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0099>
- Bodha, B. (2020). Wat werkt in de Friese Preventieaanpak? Wat werkt bij een leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaaleconomische status (Doctoral dissertation). <http://fse.studenttheses.ub.rug.nl/id/eprint/22423>
- Boff, R. D. M., Liboni, R. P. A., Batista, I. P. D. A., de Souza, L. H., & Oliveira, M. D. S. (2017). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(2), 211-229. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0309-1>
- Bos, V., Van Dale, D., & Leenaars, K. (2019). Aan de slag met de gecombineerde leefstijlinterventie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 07-05-2022, van https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2019-05/190510_011203_120566_Aan_de_slag_met_GLI_V5_TG.pdf
- Breed, M. (2022, 17 januari). Bewoners aandachtswijken voelen zich klein gehouden door onderzoekers en beleidsmakers. *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd op 25 mei 2022, van

<https://www.socialevraagstukken.nl/bewoners-aandachtswijken-voelen-zich-klein-gehouden-door-onderzoekers-en-beleidsmakers/>

Breitenstein, R. S., Doane, L. D., & Lemery-Chalfant, K. (2019). Early life socioeconomic status moderates associations between objective sleep and weight-related indicators in middle childhood. *Sleep health*, 5(5), 470-478. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.04.002>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau; 2016/2017 – 2019/2020. Geraadpleegd op 12-1-2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?ts=1641978482394>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 17 februari). Sterfte per week. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/reeksen/sterfte-per-week>

Chaney, A. (2021). Obesity and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Nursing Clinics*, 56(4), 543-552. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.009>

Clune, S. J., & Lockrey, S. (2014). Developing environmental sustainability strategies, the Double Diamond method of LCA and design thinking: a case study from aged care. *Journal of Cleaner Production*, 85, 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2014.02.003>

Cmrečak, F., Andrašek, I., Gregov, V., & Beketić-Orešković, L. (2020). Obesity and cancer. *Libri Oncologici: Croatian Journal of Oncology*, 48(2-3), 89-102. <https://doi.org/10.20471/LO.2020.48.02-03.16>

Cohen, S., Doyle, W. J., & Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 414-420. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221236.37158.b9>

Collard, D. (2020, July 1). JOGG. Mulier Instituut. Retrieved June 25, 2022, from <https://www.mulierinstituut.nl/producten-diensten/monitoring-landelijke-beleidsprogrammas/jogg/>

Curlik 2nd, D. M., & Shors, T. J. (2013). Training your brain: do mental and physical (MAP) training enhance cognition through the process of neurogenesis in the hippocampus?. *Neuropharmacology*, 64, 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2012.07.027>

Dali-Youcef, N., Mecili, M., Ricci, R., & Andrès, E. (2013). Metabolic inflammation: connecting obesity and insulin resistance. *Annals of medicine*, 45(3), 242-253. <https://doi.org/10.3109/07853890.2012.705015>

De Greeff, J. W., Bosker, R. J., Oosterlaan, J., Visscher, C., & Hartman, E. (2018). Effects of physical activity on executive functions, attention and academic performance in preadolescent children: a meta-analysis. *Journal of science and medicine in sport*, 21(5), 501-507. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.09.595>

de Ridder, D. T. D., & Tummers, L. G. (2020). Nudges voor het bevorderen van gezond gedrag. *VGE bulletin*, 37(2), 20-22.

De Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; the I-change model as an example. *Psychol Behav Sci Int J*, 2(2), 555-585. <http://doi.org/10.19080/PBSIJ.2017.02.555585>

de Vries, W., Hoekstra, S., Marinus, J. D., & de Witte, T. (2021, November). Leven in Fryslân. Fries Sociaal Planbureau. Geraadpleegd op May 11, 2022, van <https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2021/11/FSP2021-11-Leven-in-Fryslan-2021-lr.pdf>

de Wilde, E. J., Smeets, L., de Greeff, J., den Hollander, W., & Monshouwer, K. (2020). Het IJlandse Preventiemodel in Nederland - trimbos-instituut. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 11-05-2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/7ac0990a-c037-47f3-b7e3-54aed423485f.pdf>

Doornbos, K., & Voerman, J. (2022, March 14). Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2022 in Groningen, Friesland en Drenthe. ZorgpleinNoord. Geraadpleegd op 11-05-2022, van <https://werkgevers.zorgpleinnoord.nl/kennisbank/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2022-in-groningen-friesland-en-drenthe>

- Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., Ter Beek, J., van Bruggen, R., Willink, M. G. J., ... & Feskens, E. J. M. (2017). Effect and maintenance of the SLIMMER diabetes prevention lifestyle intervention in Dutch primary healthcare: a randomised controlled trial. *Nutrition & diabetes*, 7(5), e268-e268. <https://doi.org/10.1038/nutd.2017.21>
- Durbin, C. E. (2014). What Genes and Biological Systems Implicated in Depression? . In *Depression 101* (7th ed., Ser. Psych 101, pp. 197–219). essay, Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826171078.0009>
- Elattar, S., & Satyanarayana, A. (2015). Can brown fat win the battle against white fat?. *Journal of cellular physiology*, 230(10), 2311-2317. <https://doi.org/10.1002/jcp.24986>
- El-Sayes, J., Harasym, D., Turco, C. V., Locke, M. B., & Nelson, A. J. (2019). Exercise-induced neuroplasticity: a mechanistic model and prospects for promoting plasticity. *The Neuroscientist*, 25(1), 65-85. <https://doi.org/10.1177/1073858418771538>
- Fardet, L., & Fève, B. (2014). Systemic glucocorticoid therapy: a review of its metabolic and cardiovascular adverse events. *Drugs*, 74(15), 1731-1745. <https://doi.org/10.1007/s40265-014-0282-9>
- Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., Ostolaza, H & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, 21(17), 6275. <https://doi.org/10.3390/ijms21176275>
- Gezondheidszorg, A. M., Rotterdam, E. M. C., Mölenberg, F., Mesch, A., Burdorf, L., Intelligence, B., ... & Wentink, T. (2019). Evaluatie van de interventie Samen Gezond Eten en Bewegen.
- GGD Fryslân (2022). De GGD als werkgever. Geraadpleegd op 31-1-2022, van <https://www.ggdfryslan.nl/over-ggd/werken-bij/de-ggd-als-werkgever/>
- GGD Fryslân, z.d. Beleidsplan Gezondheid 2019-2022 Samen vooraan: aan de slag met preventie!
- Gillmore, M. R., Archibald, M. E., Morrison, D. M., Wilsdon, A., Wells, E. A., Hoppe, M. J., ... & Murowchick, E. (2002). Teen sexual behavior: Applicability of the theory of reasoned action. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 885-897. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00885.x>
- Hajian-Tilaki, K., & Heidari, B. (2015). Is waist circumference a better predictor of diabetes than body mass index or waist-to-height ratio in Iranian adults?. *International journal of preventive medicine*, 6. <https://doi.org/10.4103/2F2008-7802.151434>
- Haker, F. (2019). ea Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie. Utrecht: Pharos. Geraadpleegd op 13-04-2022, van https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/05/Gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken_Pharos_mei-2019.pdf
- Healthy Ageing Network. (z.d.).
- Healthy Aging Northern Netherlands. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.hannn.eu/over-hannn/lid-woorden-voor-gemeenten>
- Heijink, R. & Struijs, J. Organisatie en financiering van preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?. *Tijdschrift Gezondheidswet* **94**, 131–135 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12508-016-0052-z>
- Hoe zet u nudges in om gezond gedrag te stimuleren? (z.d.). Loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 9 juni 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezonde-leefomgeving/materialen-gezonde-leefomgeving/nudging>
- Holley, T. J., Collins, C. E., Morgan, P. J., Callister, R., & Hutchesson, M. J. (2016). Weight expectations, motivations for weight change and perceived factors influencing weight management in young Australian women: a cross-sectional study. *Public health nutrition*, 19(2), 275-286. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000993>

- Hoogendoorn, M. P., & De Hollander, E. L. (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen (RIVM rapport 2016–0201). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <http://hdl.handle.net/10029/620816>
- Hötting, K., & Röder, B. (2013). Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(9), 2243-2257. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.04.005>
- Huang, F., & Wu, X. (2021). Brain Neurotransmitter Modulation by Gut Microbiota in Anxiety and Depression. *Frontiers in cell and developmental biology*, 9, 472. <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.649103>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Interventies zoeken. (z.d.). Loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 3 juni 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>
- Jans, L. (2021). Changing environmental behaviour from the bottom up: The formation of pro-environmental social identities. *Journal of Environmental Psychology*, 73, 101531. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101531>
- Kahneman, D. (2012). *Ons feilbare denken: thinking, fast and slow*. Business Contact.
- Kalken, M. (2018). *Bewegen Werkt (BW)*. Enschede, Bewegen Werkt Holding B.V.
- Kenniscentrum sport en bewegen (z.d.). Beweegrichtlijnen. Geraadpleegd op 09-03-2022, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/beweegrichtlijnen/>
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2020, 29 januari). Database sport en beweeginterventies - zoek naar effectieve aanpakken. Geraadpleegd op 29 april 2022, van https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/?action=ea_search&pagina=1&paged=0&sort=&=
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2020, January 29). Database sport en beweeginterventies - zoek naar effectieve aanpakken. Opgehaald 25-06-2022, van https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/?action=ea_search&pagina=1&paged=0&sort=&q=
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (2022, 1 februari). Over ons. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/over-ons/>
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). Stapjefitter. Opgehaald June 25, 2022, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/interventies/interventie/stapjefitter/>
- Kiestra, L. (2021, 12 november). Zo kom je tot effectieve leefstijlbegeleiding in de huisartspraktijk. *Allesoversport.nl*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/zo-kom-je-tot-effectieve-leefstijlbegeleiding-in-de-huisartspraktijk/>
- Kleemans, E. R., Korf, D. J., & Staring, R. (2008). Mensen van vlees en bloed: kwalitatief onderzoek in de criminologie. *Tijdschrift Voor Criminologie*, 50(4), 323–336.
- Koliaki, C., Liatis, S., & Kokkinos, A. (2019). Obesity and cardiovascular disease: revisiting an old relationship. *Metabolism*, 92, 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.10.011>
- Kremers, S. P. J., Visscher, T. L., & Schuit, A. J. (2018). Effect in zijn context: Evaluatie van Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 96(3-4), 128-131. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0133-2>

- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive medicine*, 51(2), 168-171. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.001>
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21(1), 62-69. <https://doi.org/10.1177%2F1524839919849032>
- Kroemer, N. B., Burrasch, C., & Hellrung, L. (2016). To work or not to work: Neural representation of cost and benefit of instrumental action. *Progress in brain research*, 229, 125-157. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2016.06.009>
- Kunst, A. E. (2010). Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa. De gezonde levensloop.
- Leemrijse, C., Veenhof, C., & De Bakker, D. (2013). Huisarts en buurtsport moeten samenwerken: Preventie gebaat bij bewegen als normale gewoonte. *Medisch Contact*, 68(41), 2110-2112. Geraadpleegd op 25-05-2022, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/huisarts-en-buurtsport-moeten-samenwerken.htm>
- Leonard, T. C. (2008). Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. <https://doi.org/10.1007/s10602-008-9056-2>
- Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., ... & Hu, F. B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*, 138(4), 345-355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
- Loor, S., de, Gemeente Rotterdam. (2016). Camper-Expeditie: Evaluatierapport september 2014 – januari 2016.
- Los, M. Van Hal, M. Spits, M. (2020). Samen Sportief in Beweging. Ulvenhout AC.
- 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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- M. L. Rosen, M. A. Sheridan, K. A. Sambrook, A. N. Meltzoff, and K. A. McLaughlin, "Socioeconomic disparities in academic achievement: A multi-modal investigation of neural mechanisms in children and adolescents," *Neuroimage*, vol. 173, pp. 298–310, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.02.043>
- Makris, M. C., Alexandrou, A., Papatsoutsos, E. G., Malietzis, G., Tsilimigras, D. I., Guerron, A. D., & Moris, D. (2017). Ghrelin and obesity: identifying gaps and dispelling myths. A reappraisal. *in vivo*, 31(6), 1047-1050. <https://doi.org/10.21873%2Finvivo.11168>
- McInerney, D.M. (2019). Motivation. *EDUCATIONAL PSYCHOLOGY*, VOL. 39, NO. 4, 427–429 <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1600774>
- Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. (2022, 13 mei). Omgevingswet. Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020, February 29). Gezondheid breed op de agenda - open.overheid.nl. Rijksoverheid. Geraadpleegd op 11-05-2022, van <https://open.overheid.nl/repository/rnl-4b47ffb9-76f1-4550-8c07-846124b42818/1/pdf/gezondheid-breed-op-de-agenda.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 4 januari). Beweegrichtlijnen 2017. Advies | Gezondheidsraad. Geraadpleegd op 25 mei 2022, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 17 mei). Onderzoeksrapport: Huidige zorg in Nederland 2022. Rapport | Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 23 mei 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2022/01/27/onderzoek-huidige-zorg-in-nl-2022>
- Mölenberg, F., Mesch, A., & Burdorf, A. (2018). Effect studie Samen Sportief in Beweging, een gecombineerde leefstijl interventie gericht op lagere sociaal economische groepen. CEPHIR: Rotterdam, The Netherlands.
- Mulderij, L. S., Verkooijen, K. T., Koelen, M. A., & Wagemakers, A. (2019). De werkzame elementen van een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaaleconomische status. Een concept mapping-caseonderzoek. TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 97(7), 139-152. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-00243-w>
- Mulderij, L. S., Wagemakers, A., & Verkooijen, K. T. (2022). A qualitative study of the experiences of participants in X-Fittt 2.0, a combined lifestyle intervention for citizens with a low socioeconomic status. TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100(2), 57-63. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00345-y>
- Mulderij, L., Wagemakers, A., van Ravenhorst, C., Verkooijen, K., Groenewoud, S., & Koelen, M. (2017, November). Care-PA initiatives in the neighbourhood: the first results of X-Fittt 2.0. In 13th Annual Meeting and 8th Conference of HEPA Europe.
- Naylor-Wardle, J., Rowland, B., & Kunadian, V. (2021). Socioeconomic status and cardiovascular health in the COVID-19 pandemic. Heart, 107(5), 358-365. <http://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318425>
- Oleribe, O. O., Ukwedeh, O., Burstow, N. J., Gomaa, A. I., Sonderup, M. W., Cook, N., Waked, I., Spearman, W., & Taylor-Robinson, S. D. (2018). Health: redefined. The Pan African medical journal, 30, 292. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.292.15436>
- Over AWPNN. (z.d.). Academische Werkplaats - Publieke Gezondheid Noord Nederland. Geraadpleegd op 21 juni 2022, van <https://publiekegezondheid.nl/>
- Over JOGG. (z.d.). Jongeren Op Gezond Gewicht. Geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://jogg.nl/over-jogg>
- Overzier, P. M., & Wansink, H. J. (2012). Preventieve training voor allochtone vrouwen: een pilot studie. Psychopraktijk, 4(3), 19-21. <https://doi.org/10.1007/s13170-012-0036-x>
- Peereboom, A. (2021). Tool werkzame elementen: dit werkt er in leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status (Doctoral dissertation).
- Pharos. (2021, 1 februari). Over. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.pharos.nl/over-pharos/>
- Pharos. (2022, 26 april). #7 actiepunten om de gezondheidskloof te dichten. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://www.pharos.nl/nieuws/7-actiepunten-om-de-gezondheidskloof-te-dichten/>
- Philippens, N., Janssen, E., Verjans-Janssen, S., Kremers, S., & Crutzen, R. (2021). HealthyLIFE, a Combined Lifestyle Intervention for Overweight and Obese Adults: A Descriptive Case Series Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(22), 11861. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211861>
- Polyzos, S. A., Kountouras, J., & Mantzoros, C. S. (2019). Obesity and nonalcoholic fatty liver disease: From pathophysiology to therapeutics. Metabolism, 92, 82-97. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.014>
- Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Precious, E., Crombie, I. K., & Smith, W. C. S. (2010). Weight loss interventions in young people (18 to 25 year olds): a systematic review. Obesity reviews, 11(8), 580-592. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2009.00673.x>
- Preller, L., & Schaars, D. (2016). Generieke werkzame elementen van gecombineerde leefstijlinterventies en duurzame uitvoerbaarheid. Ede: Kenniscentrum Sport.

- Pretty, J., Rogerson, M., & Barton, J. (2017). Green mind theory: how brain-body-behaviour links into natural and social environments for healthy habits. *International journal of environmental research and public health*, 14(7), 706. <https://doi.org/10.3390/ijerph14070706>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278%2F0890-1171-12.1.38>
- Programma's en interventies in Fryslân - Friese Preventieaanpak. (z.d.). Friese Preventieaanpak. Geraadpleegd op 4 mei 2022, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/programmas-en-interventies/>
- Redinger, R. N. (2009). Fat storage and the biology of energy expenditure. *Translational Research*, 154(2), 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2009.05.003>
- Reijnen, L. (2018). Evaluatierapport 'Lekker in je Lijf'. GGD Hollands Midden.
- Reijnen, L. (2019). Lekker in je lijf. Sport en Bewegen, Gezond en Actief Leven. Leiden, GGD Hollands Midden.
- Rendement, O. (2020, 3 december). Zoom, Teams, Meet: effectief vergaderen is zo moeilijk niet. Rendement Online. Geraadpleegd op 7 juni 2022, van <https://www.rendement.nl/vergaderen/nieuws/zoom-teams-meet-effectief-vergaderen-is-zo-moeilijk-niet.html>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). Wat werkt dossier gecombineerde leefstijlinterventie. Loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 7 mei 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie/wat-werkt-dossier-gecombineerde-leefstijlinterventie>
- Robinson, D. T. (2007). Control theories in sociology. *Annu. Rev. Sociol.*, 33, 157-174. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.061604.123110>
- Rongkavilit, C., Naar-King, S., Kaljee, L. M., Panthong, A., Koken, J. A., Bunupuradah, T., & Parsons, J. T. (2010). Applying the information-motivation-behavioral skills model in medication adherence among Thai youth living with HIV: a qualitative study. *AIDS patient care and STDs*, 24(12), 787-794. <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0069>
- Roumen, C., Corpeleijn, E., Feskens, E. J. M., Mensink, M., Saris, W. H. M., & Blaak, E. E. (2008). Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. *Diabetic Medicine*, 25(5), 597-605. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02417.x>
- RTL Nieuws. (2022, 26 juni). Huisartsen demonstreren om hoge werkdruk: "Zorg is nu stuk complexer". Geraadpleegd op 27 juni 2022, van <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5317437/duizenden-huisartsen-bij-manifestatie-op-malieveld>
- Savas, M., Muka, T., Wester, V. L., van den Akker, E. L., Visser, J. A., Braunstahl, G. J., ... & van Rossum, E. F. (2017). Associations between systemic and local corticosteroid use with metabolic syndrome and body mass index. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(10), 3765-3774. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01133>
- Schellekens, J. M. H. (2003). Beweging als warming-up voor reïntegratie: de invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkherleving. UWV.
- Schimelpfening, N. (2021, 5 januari). What Is the Chemistry Behind Depression? Verywell Mind. Geraadpleegd op 31 mei 2022, van <https://www.verywellmind.com/the-chemistry-of-depression-1065137>
- Schultz, W. M., Kelli, H. M., Lisko, J. C., Varghese, T., Shen, J., Sandesara, P., ... & Sperling, L. S. (2018). Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. *Circulation*, 137(20), 2166-2178. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652>

- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2017). Overgewicht, obesitas en levensverwachting: Leven mensen met een hoge BMI langer?. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(1), 1-5.
- Sheehan, J. P., & Ulchaker, M. M. (2010). *Obesity and type 2 diabetes mellitus*. Oxford University Press.
- Siegling, A. B., & Petrides, K. V. (2020). Motivation (achievement, affiliation, power). *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences*, Volume 3, 299-303. <https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch228>
- Slot-Heijs, J. J., Gutter, K., Dellas, V., Balk, L., van der Poel, H., & Collard, D. C. M. (2020). Jongeren Op Gezond Gewicht in beeld 2015–2019 –. Mulier Instituut. Retrieved June 25, 2022, from <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/25304/jongeren-op-gezond-gewicht-in-beeld-2015-2019/>
- Smeets, L., Monshouwer, K., & de Greeff, J. (2019). De IJslanse aanpak Van Middelengebruik Onder Jongeren. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 11-05-2022, van <https://www.laatenietverzuipen.nl/sites/default/files/2021-08/De%20Ijlslandse%20aanpak%20van%20middelengebruik%20onder%20jongeren.pdf>
- Smit, E., Leenaars, K., Wagemakers, A., Van Der Velden, K., & Molleman, G. (2021). De relatie tussen de wervingsstrategie van de buurtsportcoach en kenmerken van bereikte deelnemers aan activiteiten van de buurtsportcoach. *TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 99(1), 25-33. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00299-7>
- Staal, J. (2022, 26 januari). Opgroeien in een Kansrijke Omgeving en het IJslanse model. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://www.trimbos.nl/aanbod/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/ijlslandse-preventiemodel/>
- Staddon, J. E., & Cerutti, D. T. (2003). Operant conditioning. *Annual review of psychology*, 54, 115. <https://doi.org/10.1146%2Fannurev.psych.54.101601.145124>
- Stevenson, M. P., Schilhab, T., & Bentsen, P. (2018). Attention Restoration Theory II: A systematic review to clarify attention processes affected by exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 21(4), 227-268. <https://doi.org/10.1080/10937404.2018.1505571>
- Surachman, B. Wardecker, S. M. Chow, and D. Almeida, "Life Course Socioeconomic Status, Daily Stressors, and Daily WellBeing: Examining Chain of Risk Models," *Journals Gerontol. - Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, vol. 74, no. 1, pp. 126–135, 2019. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby014>
- Take Action for the Sustainable Development Goals. (2020, 19 september). United Nations Sustainable Development. Geraadpleegd op 4 mei 2022, van <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Twohig-Bennett, C., & Jones, A. (2018). The health benefits of the great outdoors: A systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *Environmental research*, 166, 628-637. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.06.030>
- Urry, L. A., Cain, M. L., Wasserman, S. A., Minorsky, P. V., Orr, R. B., & Campbell, N. A. (2021). Cell respiration. In *Campbell Biology* (11th ed., pp. 236–258). essay, Pearson. <https://doi.org/10.1186/s40709-020-00127-0>
- Van Binsbergen, J. J., Langens, F. N. M., Dapper, A. L. M., Van Halteren, M. M., Glijsteen, R., Cleyndert, G. A., ... & Van Avendonk, M. J. P. (2010). NHG-standaard obesitas. *Huisarts Wet*, 53(11), 609-25. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8279-8_72
- Van den Bemd, G. J. (2017, 11 december). Dik ben je niet voor de lol. *Amazing Erasmus MC*. Geraadpleegd op 16 maart 2022, van <https://amazingerasmusmc.nl/biomedisch/dik-ben-je-niet-voor-de-lol/>

- van der Graaf, C., Rijnks, R., Schripsema, N., Teeuw, M., Wierstra, R., Bergsma, H., & Ceylan, E. (2022). Friese Preventie Aanpak: Waar wij ons samen sterk voor maken!.
- van Giessen, A., Douma, E., Kuijpers, T., Nawijn, E., van Gestel, I., Pees, S., ... & Boer, J. (2021). Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord. Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040. <https://doi.org/10.21945/rivm-2021-0053>
- Venkatasamy, V. V., Pericherla, S., Manthuruthil, S., Mishra, S., & Hanno, R. (2013). Effect of physical activity on insulin resistance, inflammation and oxidative stress in diabetes mellitus. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(8), 1764. <https://doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2013%2F6518.3306>
- Verkooijen, K. (2019). X-Fitt 2.0. CGL. Wageningen University
- Volksgezondheidszorg (2020). Hoe gezond is de leefstijl van Nederlandse volwassenen (18+). Geraadpleegd op 13-01-2022, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/infographic-leefstijl#node-leefstijl-samengevat>
- VZinfo. (z.d.). Sociaaleconomische status – opleiding. Geraadpleegd op 11-2-2022, van <https://www.vzinfo.nl/socialeconomische-status/opleiding>
- Wat is het? (2021, 29 juni). Institute for Positive Health. Geraadpleegd op 25 mei 2022, van <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- Weihrauch-Blüher, S., Richter, M., & Staeger, M. S. (2018). Body weight regulation, socioeconomic status and epigenetic alterations. *Metabolism*, 85, 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.03.006>
- Werkzame elementen: laten staan wat werkt | Loketgezondleven.nl. (2021). Geraadpleegd op 2 mei 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/werkzame-elementen>
- Wester, V. L., Staufenbiel, S. M., Veldhorst, M. A., Visser, J. A., Manenschijn, L., Koper, J. W., ... & van Rossum, E. F. (2014). Long-term cortisol levels measured in scalp hair of obese patients. *Obesity*, 22(9), 1956-1958. <https://doi.org/10.1002/oby.20795>
- Wie zijn we? - Friese Preventieaanpak. (z.d.). Friese. Geraadpleegd op 4 mei 2022, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/wie-zijn-we/>
- Willemsen, N., Kooi, M. van der, & Beck, R. (2018). Werkzame elementen kader van Kenniscentrum Sport. Ede: Kenniscentrum Sport.
- World Health Organization. (2021). Physical activity fact sheet (No. WHO/HEP/HPR/RUN/2021.2). World Health Organization.
- World Health Organization. (z.d.). Constitution. Geraadpleegd op 10-2-2022, van <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Wright, C., Barnett, A., Campbell, K. L., Kelly, J. T., & Hamilton, K. (2022). Behaviour change theories and techniques used to inform nutrition interventions for adults undergoing bariatric surgery: A systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 79(1), 110-128. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12728>
- Zaman, R., Hankir, A., & Jemni, M. (2019). Lifestyle factors and mental health. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl 3), 217-220.

Appendix I - Werkzame elementen

Werkzame elementen (Bronnen: Preller & Schaars, 2016; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019)

Werkzame elementen		
Samenstelling van de interventie	1	De kwaliteit van motivatie van de deelnemer in spé is in sterke mate bepalend of iemand een interventie serieus volgt en afmaakt; idealiter moet dit dus vooraf getoetst worden.
	2	De inclusiecriteria dienen enigszins flexibel zijn; te strikt werken contraproductief.
	3	De interventie dient uitgevoerd te worden in de wijk waar de deelnemer woont.
	4	De interventie dient lang en intensief genoeg te zijn: minimaal circa tien maanden en een minimaal aantal sessies of bijeenkomsten van circa twaalf.
	5	Er is altijd een aanbod van individuele sessies en groepsbijeenkomsten binnen een interventie.
Behandelfase	6	tenminste veertien individuele of groepssessies in zes maanden
	7	In de eerste zes maanden hangt elke extra bijeenkomst tussen deelnemer en zorgverlener samen met extra gewichtsverlies
	8	Een gewichtsvermindering van 5 tot 10% geeft al een aanzienlijke gezondheidswinst
	9	Binnen de interventie dient altijd toegewerkt te worden naar volhouden van de deelnemer en proactieve coping (omgaan met moeilijke situaties).
	10	Vroegtijdige gewichtsvermindering blijkt een belangrijke voorspeller van gewichtsverlies op lange termijn
	11	Deelnemers die in de eerste zes maanden van de behandeling 1% of meer aankomen dienen intensievere begeleiding te krijgen om zelfreguleringsvaardigheden aan te leren.
	12	Vaak begint een sessie met een persoonlijke gewichtsmeting
Reductie energie-inname	13	Het is belangrijk om het voedingsadvies op maat aan te bieden, afgestemd op de persoonlijke voedselvoorkeuren, dagelijkse bezigheden, cultuur, gezondheidsstatus, dagritme en de benodigde energie
	14	Diëten zonder calorie beperking waarbij de basis bestaat uit gezonde onbewerkte producten, kunnen ook een langdurige gewichtsvermindering geven.
	15	Een voorspeller van succesvol gewichtsverlies is de flexibele beperking van eten. Dit houdt in dat er geen verboden voedingsmiddelen zijn.

Meer bewegen	16	Tijdens de behandelfase is het advies dat deelnemers 150-250 minuten per week matig intensief bewegen in de vorm van aerobe activiteiten, verdeeld over drie tot vijf sessies per week.
	17	Naast aerobe training is het advies om twee tot drie keer per week weerstandstraining te doen, bestaande uit enkelvoudige oefeningen die de belangrijkste spiergroepen gebruiken.
	19	Bewegen is een belangrijke factor om gewichtstoename in de toekomst te voorkomen en het verminderde gewicht te behouden. Een deelnemer dient in de onderhoudsfase 200-300 minuten per week te bewegen
	20	Om inactief gedrag bij mensen met overgewicht of obesitas te verminderen dient de interventie zich te richten op een afname van zittend gedrag (zoals computeren, televisie kijken) en toename van actieve vrijetijdsbesteding (zoals tuinieren, fietsen, stevig wandelen)
Gedragsverandering-technieken	21	Interventies die gebruik maken van gedragsveranderingstechnieken (zoals het stellen van doelen of het oplossen van problemen, zie ook paragraaf 2.5.1 en 2.5.2) leiden tot meer gewichtsverlies dan interventies die dat niet doen [27]. Gedragsveranderingstechnieken verklaren ongeveer 35% van de korte termijn effecten en ongeveer 25% van het langdurig behoud van gewichtsverlies
	22	Gedragsveranderingstechnieken worden bij voorkeur afgestemd op de etnische, culturele, sociaaleconomische en educatieve achtergrond van het individu, op de barrières die een individu ervaart en op de fase van de behandeling. Ze dienen tussentijds te worden bijgesteld. Het is zinvol om een geïndividualiseerd behandelplan op te stellen met een combinatie van op maat toegepaste technieken
	23	Voor effecten op korte termijn zijn vooral de gedragsveranderingstechnieken het stellen van doelen en het monitoren van eigen gedrag van belang [28] [30] Men kan doelen stellen rondom het streefgewicht, de dagelijkse calorie inname, het wekelijks aantal minuten bewegen en het monitoren van het eet- en beweeggedrag
	24	De doelstellingen moeten specifiek, meetbaar, haalbaar, realistisch en in de tijd (SMART) geformuleerd zijn om een duidelijke beoordeling van het succes mogelijk te maken. Regelmatige monitoring en herevaluatie van gestelde doelen is cruciaal
	25	Monitoring van gewicht, voedselinname en fysieke activiteit verhoogt de bewustwording van eventueel onbekend gedrag, geeft feedback in welke mate het doel al bereikt is en geeft structuur aan de behandeling. Het biedt inzicht waar aanpassingen nodig zijn. Deelnemers die hun voeding en gewicht consequent monitoren bereiken het grootste gewichtsverlies
	27	Motiverende gespreksvoering draagt sterk bij aan het bereiken en behouden van gedragsverandering. Voorwaarde is dat het goed uitgevoerd wordt, anders kan het contraproductief zijn.
	28	Er is een professional, bijvoorbeeld een leefstijladviseur of casemanager, die overzicht houdt over alle vorderingen van de deelnemer, en die dus ook contact heeft met alle andere betrokken professionals. Dit kan dezelfde persoon zijn als de kartrekker (zie 1) maar dit hoeft niet.
	29	Sociale steun is een belangrijke voorwaarde om gedrag te veranderen en dat vol te kunnen houden. Daar zal dus altijd binnen de interventie voldoende aandacht aan besteed moeten worden.
	30	Motivational interviewing (MI) of motiverende gespreksvoering helpt de deelnemer verantwoordelijkheid te nemen over de eigen keuzes en de eigen autonomie te versterken.
	31	Bij autonome motivatie is de motivatie intrinsiek. Volgens de Self Determination Theory (SDT), één van de theorieën over het behoud van verandering van gedrag, beklijft de succesvolle toename van fysieke activiteit of gezond eten in de loop van de tijd niet als de redenen hiervoor buiten de persoon liggen, zoals bijvoorbeeld externe druk (advies van de dokter).

	32	Eigen effectiviteit in het oplossen van barrières en problemen (het aanleren van zelfreguleringsvaardigheden)
Invloed van stress, stemming en slaap	34	Stressmanagement draagt bij aan het vergroten van de eigen effectiviteit rond het veranderen van eetgewoontes [40], aan gewichtsverlies en het voorkomen van terugval [41].
	35	Stress, negatieve gevoelens, depressie en angst hangen negatief samen met therapietrouw
	36	Stemming monitoren
	37	Emotieregulatie is belang om gewichtsverlies te bereiken en terugval te voorkomen
	38	Aandacht voor stress is extra belangrijk bij deelnemers met een lage sociaaleconomische status (SES). Mensen met een hogere SES hebben doorgaans lagere stressniveaus, gezondere eetpatronen en een lager lichaamsgewicht.
	39	Er zijn aanwijzingen dat Acceptance-Based Behavior Therapy (ABBT) positief kan bijdragen aan de behandeling van overgewicht en obesitas.
	40	Bij betere slaapkwaliteit was het succes van een gewichtsverliesprogramma groter
	41	een gecombineerde leefstijlinterventie aandacht te besteden aan slaappatronen waaronder dag- en nachtritme, slaapprotocollen en slaaphygiëne
Sociale steun	42	Sociale steun (meestal van familieleden) draagt bij aan een extra gewichtsverlies van 3,0 kg in twaalf maanden (vergeleken met dezelfde interventie zonder sociale steun) en is dus een belangrijk onderdeel van een gecombineerde leefstijlinterventie
	43	Groepssessies bieden een combinatie van empathie, sociale ondersteuning en gezonde concurrentie. Dit kan bijdragen aan de effectiviteit van een leefstijlinterventie
	44	Groepssessies bieden vaak veel onderlinge sociale steun en soms doorbreekt het een sociaal isolement. Deelnemers waarderen vaak het lotgenotencontact en ook is er sprake van modellering (kopiëren van succesvol gedrag van groepsgenoten)
Onderhouds fase	45	De overgang van afvallen (behandelfase) naar gewichtsbehoud (onderhoudsfase) vindt meestal plaats na zes maanden behandeling
	46	Obesitas dient behandeld te worden als een chronische ziekte met kans op terugval. Gezien het chronische karakter, is langdurige begeleiding nodig om op lange termijn het gewichtsverlies te behouden
	47	De sterkste verklaring voor behoud van gewichtsverlies op de langere termijn is een langere behandelduur met frequent contact tussen deelnemers en zorgverleners
	48	Het contact dient minimaal één keer per maand plaats te vinden en te worden verzorgd door een getrainde behandelaar. Het dient gericht te zijn op het ondersteunen van het uitvoeren van de fysieke activiteit (200-300 minuten per week), het minimaal wekelijks monitoren van het lichaamsgewicht en het consumeren van een gezond voedingspatroon
	49	Het deelnemen aan bij groepssessies had een positief effect op het behouden van het verminderde gewicht [28]. Tijdens deze sessies werd aandacht besteed aan het bekrachtigen van succesvolle gedragsveranderingen, het ondersteunen bij het realiseren van doelen, het gebruik van probleemoplossende vaardigheden om barrières te overwinnen en het voorkomen van terugval.

Aanbieders	50	De verwijzend huisarts of medisch specialist gaat voorafgaand aan de verwijzing na of er onderliggende dikmakende en dikhoudende factoren aanwezig zijn en optimaliseert waar mogelijk, bijvoorbeeld door medicatie met gewicht verhogende bijwerking af te bouwen
	51	Een gesprek van 30 seconden tussen arts en patiënt waarbij het overgewicht benoemd werd, een gecombineerde leefstijlinterventie voorgesteld, en een doorverwijzing geregeld, draagt bij aan adequate toeleiding, en tevredenheid van de patiënten
	52	Er dient een sterke kartrekker binnen de locatie te zijn, die voldoende middelen heeft om de interventie uit te voeren.
	53	De praktijkondersteuner van de huisarts is een professional die bij de meeste interventies sterk betrokken dient te worden.
	54	Interventies die werken vanuit bestaande sociale structuren of netwerken en particulier initiatief sluiten vaak beter aan op de lokale behoefte
	55	De interventie dient uitgevoerd te worden in de wijk waar de deelnemer woont
	56	Er zijn lokaal voldoende deelnemers nodig interventies financieel rendabel te maken
Manier van aanbieden	57	Het contact tussen de deelnemer en de getrainde behandelaar kan tijdens de behandelfase telefonisch of face-to-face plaatsvinden
	58	Tijdens het telefonisch contact wordt eerst ingegaan op het zelf gerapporteerde gewicht. Dan volgt een evaluatie van de voortgang sinds het vorige contact, waarbij ingegaan wordt op het aantal dagen waarop een voedingsdagboek werd bijgehouden, de frequentie van het wegen, het gemiddeld aantal minuten beweging, en de voortgang op extra doelen of onderdelen van het actieplan.
	59	Elektronische counseling die gebruik maakt van gestructureerde instructies over voeding, lichaamsbeweging en gedragsstrategieën, gepersonaliseerde feedback door een getrainde professional en sociale ondersteuningsfuncties, zoals webchats met andere deelnemers is wel effectief, maar minder effectief dan fysieke counseling
	60	De voor gewichtsverlies optimale duur van de sessies was één tot twee uur
Groeps-samenstelling	61	Zowel groeps-, individuele als gemixte interventies kunnen effectief zijn bij het verminderen van gewicht
	62	Wanneer gebruik gemaakt wordt van groepen bestaat de ideale groep uit tien tot vijftien personen
	63	Groepen moeten bij voorkeur bestaan uit personen met dezelfde leeftijd, geslacht en fysieke conditie, in het bijzonder wanneer het om fysieke activiteiten gaat
	64	Een interventie dient altijd qua inhoud (intensiteit, soort sessies, niveau) aan te sluiten bij het niveau, de doelen en de mogelijkheden van de deelnemer. De interventie dient dus inhoudelijk altijd binnen redelijke grenzen aangepast te kunnen worden (tailoren).

Appendix II – Tool werkzame elementen

Tool Werkzame elementen (Peereboom, 2021)



**Friese
Preventie
Aanpak**

Tool werkzame elementen

De tool

De ambitie van de Friese Preventieaanpak is: een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân. Daarom is het belangrijk dat mensen van een lage sociaal economische status ook worden bereikt.

Deze tool maakt een leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaal economische status werkzamer. Er zijn zeven thema's gegeven met een strategie voor volwassenen. Voor strategieën voor kinderen en jeugd zijn er de tipkaartjes van het Kenniscentrum Sport & Bewegen. De tool is ontwikkeld om te ontdekken op welke thema's verbeterpunten liggen aan de start van een nieuwe implementatie, maar ook als tussentijdse evaluatie. Een gezondheidsbevorderaar van de GGD Fryslân kan advies geven over het gebruik van de tool.



**Friese
Preventie
Aanpak**

Op wat voor manier luister je naar meningen en wensen van de deelnemers?

Doelgroep betrekken



**Friese
Preventie
Aanpak**

Strategie Volwassenen

Maak contact met andere organisaties die in de wijk, die werken met kwetsbare groepen. Houdt rekening met laaggeletterdheid, bijvoorbeeld door tekst te beperken en plaatjes te gebruiken. Kom in contact met mensen. Investeer in de relatie die je met de persoon opbouwt. Zet in op langdurige projecten, waardoor je een vertrouwensband creëert met de deelnemers. Stel hen de vraag: 'Wat wil jij'?



Friese
Preventie
Aanpak

Op wat voor manier motiveer je de deelnemers?

Motivatie



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Probeer zoveel mogelijk drempels weg te nemen: locatie dichtbij, kosten laag en sluit aan bij de leefwereld van de doelgroep. Leg uit dat beweging helpt bij het verminderen van stress. Probeer de schaamte en angst die zij hebben weg te nemen door hen op het gemak te stellen. Als het mogelijk is hen de avond van tevoren op te bellen met een peptalk. Dit helpt bij de opkomst. Zet in op plezier en beloningen.



Friese
Preventie
Aanpak

Op wat voor manier speel je in op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers?

Vertrouwen in eigen vermogen



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Het is belangrijk dat het uitvoeren van de sport- of beweegactiviteit haalbaar is voor de persoon, en zeker in het begin niet te hoog gegrepen. Je kan ook elementen van sport en vertrouwen in eigen vermogen combineren. Een voorbeeld van een oefening kan zijn dat de deelnemers elkaar proberen om te duwen. Het doel is daarbij om sterk in je schoenen te blijven staan.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe geef je aandacht aan het groepsgevoel van de deelnemers?

Groepsgevoel



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Doe naast het sporten nog meer dingen met de doelgroep, bijvoorbeeld een kookworkshop. Zet in op het plezier met elkaar.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe maak je de omgeving vertrouwd voor de deelnemers?

Vertrouwde omgeving



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Niet iedereen wil sporten op een publieke plek, houd daar rekening mee. Vrijheid in wat voor sportkleding er wordt gedragen is ook belangrijk. Laat de deelnemers eens een bekende meenemen naar de activiteit. Daarnaast is er soms de eerste keer begeleiding nodig om de locatie te kunnen vinden. Kies een herkenbare locatie op loopafstand.



Friese
Preventie
Aanpak

Wat zou je kunnen aanbieden als vervolg?

Aanbod van vervolg



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Probeer samen te werken met lokale sportverenigingen, om zo tot een aantrekkelijk aanbod te komen voor mensen om lid te worden van een lokale vereniging. Je kunt ook de mensen al eerder betrekken bij de activiteiten van een sportclub, om ze zo kennis te laten maken en verbonden te laten voelen met de vereniging.



Friese
Preventie
Aanpak

Hoe maak je praktisch gebruik van de samenwerking met partijen?

Samenwerking partijen



Friese
Preventie
Aanpak

Strategie Volwassenen

Maak contact met andere organisaties die in de wijk, die werken met kwetsbare groepen. Probeer de vertrouwensband die zij wellicht al hebben met de doelgroep te benutten. Denk aan organisaties zoals de wijkteams. Probeer samen met andere organisaties praktische belemmeringen te overkomen zoals vervoer, sportkleding, kosten, werving van deelnemers en taalbarrières. Regel een taalcoach waar nodig.

Appendix III - Interview Anneke Meijer

17-03-2022

Programmaleider FPA, hiervoor beleidsadviseur in de Friese gemeentes.

Q: Kunt u mij iets meer vertellen over de structuur van de FPA?

Heel breed. Begonnen uit vraag van gemeenten. Subsidie van VWS. Preventiecoalities VWS. In coalities zitten meerdere groepen mensen, inwoners maar ook programmaleiders en gezondheidsbevorderaars. Eerst was de focus op leefstijlinterventies (roken, alcohol, overgewicht), maar uiteindelijk vastgesteld dat er meerdere thema's (8) spelen bij gezondheid. De subsidie zal volgend jaar stoppen, maar de FPA zal niet zomaar stoppen want dit is iets wat over lange termijn uitgevoerd moet worden.

Q: Welke rol speelt de GGD binnen de FPA?

De GDD is starter van de FPA, door een vertaalslag te maken van het Nationaal Preventieakkoord.

Q: De programma's die zijn bedacht, hoe worden deze concreet uitgevoerd. Of hoe wordt ervoor gezorgd dat deze worden uitgevoerd?

Zijn ze nog mee bezig. Goed kijken naar dat model van de FPA. Er is een hoog overdoel. In 2040 is het doel om 30% minder gezondheidsverschillen te hebben. Er wordt veel gepraat, maar nog niet veel gedaan. De doelen worden echter wel steeds meer concreet gevormd.

Q: Als u denkt aan jongvolwassenen met een lage SES, welke werkzame elementen sluiten aan op deze doelgroep?

Beleidsmakers staan vaak te ver van de doelgroep af, terwijl de doelgroep wel betrokken moet worden. Wijkgericht werken zou bijvoorbeeld meer gebruikt moeten worden, dit gebeurt nog eigenlijk onvoldoende.

Q: Denkt u dat JOGG een goede opstap zou zijn om uit te breiden tot 25 jaar?

Het is een lokale aanpak met een landelijk bureau hierbij die richting geeft hierover. Zou best goed doorgetrokken kunnen worden, maar de JOGG coördinator kan je daar meer over vertellen.

Appendix IV - Interview Menno Iedema

01-02-2022

Leefstijlcoach Friesland

Zou u zichzelf willen voorstellen?

Menno Iedema, 58 jaar. 30 jaar sport leraar. Vanaf 2017 een leefstijlcoach opleiding gedaan. Vanaf 2019 leefstijlcoach geworden. 1 dag in de week leefstijlcoach. COOL traject. Bijna geen particuliere cliënten. Ik heb 8 groepen begeleid. Begin meestal met 12 deelnemers en eindig met 6-8.

Kunt u mij het proces uitleggen van werving/aannemen van een cliënt tot het einde van een traject?

Eerst een intake gesprek. Daarna kan er worden beslist of mensen er genoeg motivatie voor hebben om het traject te volgen. In 8 maanden twee individuele gesprekken. Het is een individueel traject maar ook in groepsverband. In de sessie krijgen ze de nodige tips. Bij iedereen moet het vanuit hun intrinsieke motivatie komen. De meeste mensen zijn wel gemotiveerd. Sommige stoppen na twee maanden, maar Menno geeft aan dat ze het dan nog niet echt hebben geprobeerd. Mensen hebben veel onderliggende problemen die aangepakt moeten worden. Maar mensen moeten zelf aan de slag. Het is geen kant en klare oplossing, geen garantie dat het werkt. Mensen komen vaak uit een dieetmodus. Je hoeft maar 5-10% af te vallen. Dat zie je niet aan de kleding. Mensen worden dus wel gelukkiger maar vallen niet 20-30 kilo af in het traject. De bloedwaardes moeten weer goed worden. Je hebt jaren opgebouwd tot dit lichaam, dus dat is in 2 jaar niet zomaar weer weg. De meeste mensen staan onder controle bij de huisarts. Er is geen contact tussen Menno en de huisarts. Cliënten mogen echt nog wel snoepen en een keer pizza eten. Zolang het maar met mate gaat. 3 kleine snoepmomenten op een dag en een keer pizza. Menno raad nooit diëten aan. Mensen zitten te veel in de dieet modus en vinden het moeilijk om daaruit te komen. Kleine gedragsveranderingen zijn het beste. Leefstijl coaching is vooral gedragsverandering. De eerste weken is dat moeilijk omdat je gewoonten aan moeten leren. Je moet gewoon beseffen wat je doet en waarom je het doet. Soms is het nuttig om op te schrijven. Waarom ga je eten? Als je dat beseft heb je er van te voren op in spelen. Mensen zijn gewoonte dieren. Bijvoorbeeld om de fiets i.p.v. de auto te pakken. Je moet eerder opstaan, dus dat is al moeilijk. Om uit gewoontes te komen is enorm moeilijk.

Hoe komen cliënten bij u terecht? Alleen via de huisarts?

Meestal alleen via de huisarts. Men vind een gezonde leefstijl wel belangrijk maar vinden particulier een coach aannemen wat te duur. Mensen die via de website bij Menno komen worden doorgestuurd naar de huisarts voor een verwijzing. BMI boven 25 en 30 en onderliggend klachten → co morbiditeit.

Welke werkzame elementen kent u en gebruikt u?

Het is heel belangrijk om mensen in hun waarde te laten. Je kan namelijk geen doelen opleggen, dat moeten mensen zelf doen. De omgeving is ook erg belangrijk. Het hele gezin moet mee doen, hierdoor wordt het veel makkelijker voor een persoon om gezonde keuzes te maken. Of de kantine moet aangepast binnen het bedrijf waar je werkt. Kennis opdoen is ook erg belangrijk. Sommige mensen weten niet dat er ook verse groenten beschikbaar zijn, of hoe je daarmee kookt of hoeveel calorieën bepaald eten heeft. Mensen moeten eerst vanuit hunzelf interesse tonen in gezond leven.

Welke leeftijd/doelgroepen ziet u het meest?

40-70 jaar. 80% vrouwen. Dat is eigenlijk te laat, want gewichtsofbouw begint al vaak vanaf je 20^e.

Bent u ervan bewust wie een lage SES (lage opleiding/inkomen) heeft?

De meeste mensen hebben onderliggende problemen.

Doet u ook aan preventief overgewicht/obesitas voorkomen?

De meeste mensen komen pas wanneer het al bijna te laat is.

Heeft u kennis van interventies of groepen die zich richten op jongvolwassen die gezond willen leven? En die bijvoorbeeld geen sportschool kunnen betalen?

Er zijn geen gegevens over. Er is wel een onderzoek gepubliceerd over dit traject, misschien kan je daar wat in vinden.

Denkt u dat deze doelgroep anders behandeld moet worden dan een oudere of jongere doelgroep?

Als je jong bent dan functioneert je lichaam nog erg goed. De oudere mensen zijn vaak al versleten. Huisartsen zouden veel eerder het gesprek aan moeten gaan over leefstijl. Mensen moeten er alleen wel open voor staan.

Hoe denkt u dat deze doelgroep het beste bereikt/geworven kan worden om samen te gaan sporten en gezonder te leven? Bijvoorbeeld d.m.v. interventies en leefstijlcoaches?

De omgeving. Je moet de omgeving gezonder maken. Dus bijvoorbeeld op het MBO of bij de werkgever. Maar je moet het niet overdrijven. Je moet de omgeving zo aanpassen dat ze zelf kiezen om een broodje te kiezen i.p.v. snoep. Ook in de supermarkt niet het snoep zo op het laatst. Energy dranken moeten verboden worden. Het is ook te gek dat topsporters gesponsord worden door Red Bull. De jeugd kijkt daar tegen op. Die denken dat als gezonde mensen dat doen dan kunnen wij dat ook wel doen. Of bij het voetbal staan mensen met bier in het hand en vreterij tijdens de wedstrijden. Of de 'derde helft'. Dat is natuurlijk te gek voor woorden dat mensen naast het sport zo ongezond leven of een ongezonde beloning krijgen. Maar dwingen werk nooit.

Een gezonde kantine is al een stap in de goede richting, maar i.p.v. volkoren brood zijn er pita broodjes. Is al beter dan een zak chips, maar nog steeds niet helemaal in orde. Snoepautomaten staan nog overal. Het veranderen van de omgeving is erg belangrijk.

De cultuur is erg verandert. Terrassen en lunchen is heel belangrijk geworden. Daarom gaat iedereen er ook kapot aan dat de horeca dicht is. Om een uur of 15:00 al aan het bier op een terras.

Elektrische fietsen tellen eigenlijk niet. Want je hoeft je niet veel in te spannen om te fietsen.

De dieetcultuur is fout. Brood is prima, fruit en groenten. En af en toe een snackmoment. Het word alleen te veel waardoor mensen steeds zwaarder worden.

Leefstijllessen op school. Leefstijl als vak.

Opvoeding is erg belangrijk. Wanneer ouders het goede voorbeeld geven, dan nemen kinderen dat gedrag ook over als ze ouder worden.

Belachelijk dat de overheid winst haalt uit bijvoorbeeld roken.

Appendix V - Interview Menno Schotanus

28-02-2022

Opbouwwerker/ buurtsportcoach sociaal wijkteam noordoost, Amaryllis

Q: Als eerste wilde ik u vragen wat uw beroep inhoud. Wat voor rollen u heeft?

Sociale basis, zoals Humanitas, komt nu eerst en daarna pas een professional. Ik kom aan de voordeur en doe wat nodig is, ik activeer mensen. Het is niet alleen sportclubjes in de buurt. Heel laagdrempelig. Ik begon om 08:00 uur, want mensen moeten hun bed uit, ze moeten in beweging komen. Mensen zijn vaak erg eenzaam, maar na het samen sporten en bewegen bouwen ze conditie op, waardoor ze lid kunnen worden van sportverenigingen en dat wordt echt hun familie. De sociaalwerker doet een casus en de opbouwwerker werkt met organisaties en de gemeente. Die twee moeten eigenlijk verbonden blijven. Als ik in contact kom met mensen kan ik natuurlijk wat meer oppakken. Helaas heb ik maar zoveel uren om te werken. Ik begon met hardlopen. Toen begon ik met wandelen. Daarna kwam pratend sporten tot leven. Het bewegen en het samen zijn is het doel.

Q: Met welke doelgroepen werkt u?

Lage SES, maar eigenlijk met erg veel verschillende mensen.

Q: Hoe werft u uw doelgroep? Hoe komt u met hen in contact?

Bij iedereen aanbellen in de achterstandswijk, de zogenaamde vogelaar wijken, dus daar was ook een potje voor. Als je echt iets wil veranderen moet je achter de voordeur zijn. Langdurig begeleiden is nodig. Als wijkteam zijn we verbonden aan deze wijk en daarom wil ik me aan u voorstellen. Soms wilden mensen niks met je te maken hebben, maar soms hadden mensen mij ook erg nodig. Soms is het genoeg dat de deur op een kiertje staan en dan is een visite kaartje genoeg. Na 2015 echter staat er wat in een wijkblad. Verleiden is belangrijk, wat is de rode stip op de horizon? Het is ook erg belangrijk om niet altijd maar over de problemen te praten, maar ook om 'gewoon' te kletsen.

Q: Wat vind u ervan dat ik mij richt op de doelgroep jongvolwassenen?

Goed, preventie is erg belangrijk. Je moet in de wijk zijn. Het begint al bij het helpen van mensen met een CV te schrijven. Je moet iemand blijven motiveren om te komen, want als iemand weer thuis komt te zitten dan ben je diegene kwijt.

Q: Weet u wat werkzame elementen zijn? Welke zullen aansluiten bij mijn doelgroep?

- De droom niet afpakken maar afzakken
- De kartrekker is belangrijk, die moet hetzelfde zijn
- Vertrouwen opbouwen
- Perspectief geven
- Drempels weghalen

Q: Zijn er meerdere wijkteams met zo'n brede aanpak?

Alles moet nu online. Dus zo'n brede aanpak wordt wel steeds meer gehanteerd. Er is alleen niet genoeg geld. Mensen krijgen hier banen door, want mensen worden zekerder van zichzelf. Soms biedt ik ook wel zelf mensen een baantje aan. Er is iets nodig waardoor je 8 uur per dag op je werk verschijnt. Mensen moeten geactiveerd zijn om dit te doen.

Vertrouwen opbouwen is het meest belangrijk. Zodat mensen ook dingen van je pikken als je ze hard aanspreekt. De kartrekker is het meest belangrijk, dat moet steeds dezelfde persoon zijn. Je moet eigenlijk mensen niet loslaten maar steeds blijven begeleiden. Projecten moeten veel langer duren, anders werkt het niet. Het verleiden van mensen is belangrijk, je moet jezelf blijven en humor erin brengen. Dan zie je dat mensen uit zichzelf in beweging komen. Drempels weghalen is het meest belangrijk. Zoals hardloopschoenen, daar moeten we voor zorgen. Dat mensen dat hebben, dan is de drempel direct al lager. Hoe komen mensen bij het buurthuis?

De doelgroep is te vinden in de wijken. Er moet waarde aan zitten aan iets doen. Dat er een succes gevierd kan worden. Bijvoorbeeld een EHBO diploma behalen. De beloning is erg belangrijk. Het bereiken gaat via via. Het wijkrestaurant is een voorbeeld.

Appendix VI - Interview Susan Meijer

17-03-2022

Q: Kunt u mij iets vertellen over uzelf? Wat houdt uw beroep in?

De pagina werkzame elementen is onderdeel van het erkenningstraject van interventies. Ik werk sinds 2005 bij het RIVM. Ik ben geïnteresseerd in gezondheidsbevordering. Het ondersteunen van professionals die zich bezighouden met gezondheidsbevordering: GGD, interventie eigenaren, ambtenaren. Er lopen verschillende programma's, waaronder gezonde gemeente. Gericht op het ondersteunen van gemeenten als het gaat om gezondheid bevorderen. Dit gaat meer over de informatie die we online posten op loket gezond leven. Een ander groot programma is het erkenningstraject, waarin wij leefstijlinterventies coördineren die een kwaliteitsstempel willen. Dit zorgt ervoor dat hun interventies landelijk te vinden is. Hierdoor hoeft niet iedereen het wiel opnieuw uit te vinden. Hiervoor is ook de interventie database. Dit is ook een stimulans om de interventies kwalitatief goed te maken. Op het moment dat een interventie erkend wordt, of voordat de interventie daadwerkelijk beoordeeld wordt, vind er al een screening plaats. Dan wordt er al gekeken of een interventie een kans van slagen heeft, hiervoor moet de interventie al in uitvoering zijn over het algemeen.

De GLI's gaan door een ander traject. Ze worden wel eerst beoordeeld, maar op beleidsniveau is bepaald dat de GLI, omdat zij iets doen met voeding én beweging dat ze worden vergoed. Hier zit namelijk ook een winstoogmerk aan vanuit de verzekeringen. Zorginstituut NL (ZINN) beoordeeld deze ook nog.

Ik ben secretaris voor de deelcommissie die voor jeugd is. De tussen persoon tussen interventie eigenaren en de erkenningscommissie. Zij komen 5 keer per jaar bij elkaar. Interventies die pas vanaf 18 jaar starten worden beoordeeld door de commissie die zich richt op volwassenen, behalve als de interventie is bedoeld voor MBO scholen. Op zich zijn de criteria hetzelfde, maar de expertise per commissie verschilt.

Q: Kunt u mij wat meer vertellen over werkzame elementen?

Het is iets waarvan je in het land van gezondheidsbevordering merkt dat er veel behoefte aan is, maar hoe het precies vormgegeven moet worden weten we nog niet. Het NJI is ook met werkzame elementen bezig. Het idee is dat je een interventie kan hebben met een theoretische onderbouwing, maar in de praktijk weet je al dat je op 10 verschillende plekken deze niet 10 keer hetzelfde wordt uitgevoerd. Licht heel erg aan het soort deelnemers. De interventie kan dan dus aangepast worden. Je wil niet voor alles een compleet nieuwe interventie beginnen. Werkzame elementen zijn dus de elementen die overblijven als je de interventie uitkleed zodat de interventie nog wel hetzelfde blijft, maar net aangepast aan de doelgroep bijvoorbeeld. De interventie moet dus wel hetzelfde blijven. Welke bouwstenen je moet hebben om te bepalen of de interventie wat doet, dat is een zoektocht. Je kan erachter komen door literatuuronderzoek naar effectstudies. Bijvoorbeeld effectstudies seksuele gezondheid, maar dit kan nog steeds te algemeen zijn. Praktijkervaring is dus belangrijk, monitoren is erg belangrijk. Bij elke thema of doelgroep zijn er ervaringsdeskundigen die veel langs hebben zien komen. Dus er moet een combinatie zijn van effectstudies en praktijkervaring van experts waaruit wel iets gedestilleerd kan worden om werkzame elementen eruit te halen. Als er alleen niet heel veel onderzocht is dan kom je niet ver. Voor het erkenningstraject moet er een onderdeel werkzame elementen worden ingevuld. Dus wat er minimaal nodig is, maar dat is wat zij zelf inbrengen. Er zullen vast lijsten zijn van werkzame elementen, maar het erkenningstraject heeft daar niet per se zicht op. Het is nu nog meer als extraatje, maar er moet een moment komen dat we

daar constructief wat mee kunnen. Ze zijn vooral bedoeld om een bestaand interventie aan te passen, maar laat staan wat werkt!

Q: Als er ergens een interventie gestart wordt, hoe gaat de erkenning in werking?

Ik weet niet precies hoe mensen bij ons terecht komen, maar op een gegeven moment komt er een vraag binnen van een interventie eigenaar die een erkende interventie wil. Zij moeten hun interventie invoeren en omschrijven en het niveau bepalen en stukken opsturen voor de erkenning. Er wordt gekeken wat voor interventie het is. Daar wordt een standaard mail op gestuurd met alles wat het RIVM nodig heeft. Het meeste wordt hier al afgewezen, omdat de interventie nog niet in de praktijk in uitvoer is of dat ze helemaal niet een interventie zijn. Het moet namelijk wel bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, een gastles valt hier dus niet onder. Ook moet er een procesevaluatie zijn uitgevoerd, wat vinden de uitvoerders en de mensen die meedoen er al van? Er moet al zicht zijn op het proces. Ook wordt er gekeken naar een handleiding zodat uitvoerders precies weten wat ze moeten doen, de randvoorwaarden moeten bijvoorbeeld duidelijk zijn etc.

Iedereen kan in de database kijken, maar direct uitvoeren wil niet. Er is altijd meer informatie of documentatie nodig van de interventie eigenaar. Train de trainer is belangrijk. De kwaliteit van interventies kan nog wel verschillen, ze krijgen dan mee wat er verbeterd moet worden. Een erkenning is in principe maar 5 jaar geldig, omdat na 5 jaar inzichten naar boven gekomen kunnen zijn wat er verbeterd kan worden.

Het erkenningstraject let erop dat intervention mapping of een planmatige aanpak wordt gebruikt. Er zijn drie keuzen, welk erkend, niet erkend en onder voorbehoud.

Q: Dit zijn de 7 thema's die terugkomen als werkzame elementen voor volwassenen met een lage SES. Herkent u deze? Zouden deze aangepast/aangevuld moeten worden voor de doelgroep jongvolwassenen?

1. Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling en implementatie van interventies
2. Inzetten op de motivatie van de deelnemers,
3. Inspelen op het vertrouwen in eigen vermogen van de deelnemers
4. Inspelen op het groepsgevoel
5. Vertrouwde omgeving
6. Vervolgaanbod aanbieden
7. Goede samenwerking tussen externe partijen om de kosten om laag te brengen voor deelname

Ligt eraan waar de interventie ook wordt gegeven. Literatuur over de locatie is ook erg belangrijk om mee te nemen.

Q: Waar denkt u dat een interventie aangeboden kan worden voor deze doelgroep?

De interventie database is niet bedoeld voor deelnemers. Een erkenningscommissie kijkt ook naar hoe de interventie eigenaar de deelnemers werft. Is dit genoeg, of laten ze kansen liggen. Misschien zijn ze te passief. Alle erkende interventies zullen dus een goede wervingsstrategie hebben. Dit kan dus nog wel eens na 5 jaar verbeterd worden.

Appendix VII - Interview Klaus Boonstra en Marijke Teeuwen

09-02-2022

Q: Wat zijn de kernwaarden van GGD Fryslân?

Stuurt Marijke via de mail. Er zijn namelijk verschillende rijtjes in de omloop. Alles is te vinden op VERA.

Q: Hoe zouden jullie de bedrijfscultuur binnen GGD Fryslân omschrijven?

De GGD is een organisatie voor ogen: zelforganisatie. Dit houdt in dat verantwoordelijkheden zo laag mogelijk zijn belegd. Dus bij de teams. Familiecultuur. Warm en betrokken. Het gezellig en goed hebben met elkaar. Voor elkaar inspringen en helpen. Maar ook conservatief en bureaucratisch. De GGD heeft de slechts betaalde artsen van Nederland.

Bureaucratische: Consultatiebureau is altijd en overal hetzelfde, heel erg volgens de regels werken. Daardoor ook conservatief, altijd dezelfde procedures. Maar dit is niet per definitie fout.

Er zijn veel programma's en veel activiteiten, maar de veranderingen op personeelsniveau duurt het wel even voordat daar veranderingen in komen.

Q: Wat voor karaktereigenschappen zie je veel terug bij personeel van GGD Fryslân?

Een hele leuke werkgever. Er zijn wel kaders, maar die zijn erg ruim. Dus je kan heel veel kwijt. Hele fijn werkgever. Je moet het wel zelf doen, maar als je daar open voor staat dan heeft de GGD veel mogelijkheden op een heel groot en divers terrein. Indommelen is wel een risico.

Q: Wat is de stijl van management binnen de GGD?

Zelforganisatie. 1 manager op 100 medewerkers. Maar managers zijn vaak als controle en achteraf geïnformeerd. Er zijn ook teamcoaches om dit proces te ondersteunen (zelforganisatie). Verwachting is wel dat er iets meer management bij gaat komen. Of in ieder geval meer taakdifferentiatie.

Q: Welke verschillende teams zijn er binnen de GGD?

50 teams binnen de GGD. Vaste groepen die met elkaar samenwerken. Groep op consultatiebureau. Zelf organiseren is hier weer belangrijk. Teams hebben zoveel mogelijk verantwoordelijkheid en bevoegdheid. Experts op vak inhoud. Planning doen ze zelf. Teams nemen ook zelf personeel aan. Zij komen zelf in actie. Manager controleert wel, maar wordt ook wel achteraf geïnformeerd. Teams zijn verdeeld over 4 afdelingen. Een afdeling met specialistische teams: medische milieukunde, infectieziektebestrijding, TBC (Centraal). Een afdeling met Jeugdgezondheidszorg en beleid en advies teams (verspreid door de provincie). Elke afdeling heeft 1 manager, dat betekent dat de managers soms wel 100 mensen onder zich.

Q: Welke onderverdeling is er binnen de GGD?/ Welke verschillende takken?

Er zijn 18 gemeentes of koppen die samen bepalen waar de GGD naar toegestuurd worden. Er is ook nog een raad waar dingen aan voorgelegd moeten worden. Dat merk je door de gehele organisatie.

Q: Zijn er nog (andere) teams/medewerkers die met ons onderwerp bezig zijn?

Voor Annoek, Mirjam en Joost zijn er wel een aantal mensen met hun onderwerpen bezig. Voor Roos is het misschien handig om te praten met Anneke Meijer is een belangrijke stakeholder. Programma leider van de Friese preventie aanpak.

Q: Wat voor mogelijkheden zijn er binnen de GGD om je door te ontwikkelen? Zijn er mogelijkheden tot specialisatie?

Nee, niet echt een carrière bedrijf. Je maakt niet echt stappen binnen de organisatie, niet promoveren. Je kan echter wel veel kanten op binnen de publieke gezondheid. Als beleidsadviseur heb je veel keuze.

Q: Hoe vindt informatie uitwisseling binnen de organisatie/het team plaats?

18 gemeenten die hebben allemaal een even grote stem. Bedrag per inwoner of "eigen bijdrage" verschilt wel per gemeente. Leeuwarden is het grootst. Wet publieke gezondheid. Gemeenten hebben een uitvoerende verantwoordelijkheid van die wet. Onderdeel is een GGD in stand houden. Want er wordt een bepaalde expertise verwacht (specialistisch). Sommige dingen worden ook per gemeente aangeboden. Die worden namelijk ingekocht en niet elke gemeente koopt het bij de GGD in. Dit kan namelijk ook ergens anders.

Binnen elk team verschillend. Teams binnen de CDO en teams binnen regio's. Er word wel eens een markt georganiseerd, maar niet heel vaak. Broodje kennis. Een website aar alle onderzoeken op staan.

Q: Is er een communicatieplan/beleid voor interne en externe communicatie? (Net nieuw plan via mail).

Doe het zelf, doe het samen. Er word nu aan een communicatieplan gewerkt. Die is er dus nog niet. Gaat ook om publiekscommunicatie en niet per se tussen medewerkers. GGD GHOR Nederland; overkoepelende organisatie. Veel informatie uitgewisseld.

Q: Wat voor competenties/kwaliteiten willen jullie in de toekomst graag nog ontwikkelen?

Preventie over het hele leven tot onderwerp moeten gaan maken. We moeten heel goed gaan kijken naar onze werk methodieken. Het Friese preventie model:

- Universele preventie: iedereen
- Zorg en hulp gerelateerde preventie (maar is dit preventie)

Consultatiebureau is een universele preventie maar hier is niks collectiefs aan. Er is een arbeidsmarkt probleem en iedereen individueel moeten ontvangen is de vraag of we dit ons kunnen blijven permitteren. In groepen moeders bijvoorbeeld de zorg aan bieden kan een verbetering zijn. Wat valt er nog te ontwikkelen: visie op en het ontwikkelen van competenties op collectieve preventies.

Digitalisering is nog wel een slag. Niet zozeer op vak inhoud. Maar wel een vaardigheid die nog ontwikkeld kan worden. Ook binnen de dienstverlening bijvoorbeeld de JGZ.

Ruimte om te ontwikkelen binnen de GGD.

Q: Wat zijn de sterke en zwakke punten van GGD Fryslân als organisatie? Wat draagt de Academische Werkplaats hieraan bij?

Bureaucratisch. Te weinig managers. Te veel zelforganisatie? Artsen verdienen bar weinig.

Appendix VIII - Interview Mirjam Herder

30-03-2022

Gezondheidsbevorderaar en regiomanager JOGG, GGD Groningen

Q: Wat is uw rol binnen de GGD?

Gezondheidsbevordering. Vrij breed team. Gezonde school adviseur. Mondgezondheid. Ik ben regiomanager JOGG.

Q: Heeft GGD Groningen iets soortgelijks als Friese preventieaanpak?

Elke GGD is net iets anders ingericht. We hebben geen FPA lopen. Wij leveren maatwerk voor elke aparte gemeente, de FPA is meer een provinciaal preventie plan. Dat hebben wij niet. Er zijn 10 gemeenten en de adviseurs publieke gezondheid staan dichtbij de gemeente. GGD Groningen probeert wel iets provinciaals aan te pakken, want dat lijkt toch wel erg goed te werken bij de FPA.

GGD Groningen heeft POG opgericht, preventie overleg Groningen. Een samenwerking van grote organisaties, waar ook de kennis instituten inzitten. Welke acties kunnen we samen oppakken om ons sterk te maken voor publieke gezondheid. Het is best een klus om met elkaar dezelfde ambities te hebben en elkaar daarin vast te pakken. Er zijn leefstijlprogramma's ontwikkeld waarin de groepen zijn verdeeld in thema's, zoals veilig en gezond opgroeien. Het is de bedoeling om in deze groepen daadwerkelijk tot actie te komen.

Q: Met welke interventies zijn jullie nu vooral bezig in Groningen?

Het is ook de bedoeling om met JOGG provinciaal te werken er zijn tot nu toe 4 JOGG gemeenten. Het is een landelijke aanpak gefinancierd door VWS, maar elke gemeente heeft eigen regie om de JOGG aanpak te omarmen. Er is geen betaling meer nodig voor de JOGG aanpak. Maar er moet wel een regisseur en ambtenaar komen welke geld kosten. De kleinere gemeenten zitten wat lastig met hun financiën, dus dat is best lastig om dan prioriteiten te stellen. De JOGG aanpak is een integrale aanpak, dus samenwerking tussen verschillende professionals in de wijk. Er wordt gericht op de leefomgeving van kinderen en jongeren, gemeente westerkwartier heeft gekozen voor leeftijd 16 t/m 25 jaar. Ze zijn wel net gestart. Thuis, school, buurt, vrije tijd, media en werk. De JOGG aanpak bekijkt per leefomgeving welke doelen gesteld kunnen worden om de doelgroep naar gezondheid te brengen. Dit zou gezond leven makkelijker moeten maken. Er wordt gebruik gemaakt van 5 pijlers: Politiek beleid, publiek privaat, eigenaarschap, evaluatie en monitoring, verbinding zorg en preventie, communicatie.

Q: Hoe zorgen we ervoor dat interventies aansluiten op de doelgroep?

Eerst wordt er uitgepluisd wat er nou speelt in de gemeente. Daarna wordt er gekeken met wie je in contact te komen en hoe kunnen we toetsen wat er gezien is. Waar ligt het aan? Je kunt als professional, ondanks dat je theoretisch goed onderlegt bent, kan het verassen wat een doelgroep aangeeft. Soms is er niks te doen in de desbetreffende gemeente en dat de doelgroep zich verveelt. Of het is wel prima dat een wijkagent wat vaker langs komt voor toezicht. Eerst kijken wie er betrokken is en waar het probleem ligt en dan de interventie kiezen. Welke werkzame elementen moet je laten staan en welke kan je veranderen om de interventie zo aan te passen dat het werkt. Werkzame elementen kunnen voor iedereen wat anders betekenen. Een interventie bestaat uit een aantal radartjes en je moet in gesprek met diegene die een interventie heeft ontwikkeld om te overleggen welke radartjes moeten blijven staan. Soms kan je radartjes wat kleiner maken over weglaten zonder het effect te niet te doen.

Q: Wat vind u ervan dat de doelgroep 18-25 jaar in het leven wordt geroepen en er niet breed naar volwassenen wordt gekeken?

Het nationaal preventie akkoord gaat zich er ook steeds meer op richten dat de mentale gezondheid steeds belangrijker wordt. En je ziet dat GGD Groningen nog wel een klus heeft. Er wordt weinig tot niets voor deze doelgroep gedaan, dus daarom start gemeente Westerkwartier hier nu ook mee. We werken ook met positieve gezondheid, dat is echt de basis. IJslands model of OKO is wel goed om naar te kijken, deze richt zich namelijk op iets oudere jongeren. Dit zou dus wel goed kunnen aansluiten op jouw project. De connectie met de online wereld lijkt wel belangrijk te zijn bij de wat oudere jongeren. Zoals beweegapps o.i.d.

Appendix IX - Interview Lillian Obrenovic

23-03-2022

Gedragwetenschapper WIJ Beijum

Q: Kun je wat over jezelf en jouw werk vertellen?

Ik werk bij Wij Beijum. Vooral met jongeren tussen de 12-18 gewerkt. Dus veel ervaring met jongeren. Veel met jeugd betrokken door middel van veiligheid vraagstukken. Gedragwetenschapper heeft een belangrijke rol in kern stukken. Wie moet er betrokken worden etc. Binnen het wij team is het eigenlijk wel erg divers. In 2015 was alles anders, het was meer provinciaal toen maar is nu meer naar de gemeente gegaan. De taken van voormalig bureau jeugdzorg is voornamelijk bij de sociale teams terecht gekomen. Wij hebben nu dus meer te maken met vermoedens van kindermishandeling. Als het op vrijwillige basis niet lukt dan worden andere instanties weer ingeschakeld, zoals raad van de kinderbescherming. Wijkteams zijn eigenlijk continu het middelpunt van alles om veiligheidsafspraken te maken etc. het Wij team breed staat heel erg voor de preventieve aanpak. Er is bijvoorbeeld een inloop waar mensen voor financiële vragen kunnen komen. Op heel veel levensgebieden zijn vaak problemen, dus die komen wel bij het wij team. Vaak ben ik wel betrokken bij gezinnen waar schuld problematiek aanwezig zijn. Het is heel divers, van 0-100. Als gedragwetenschapper ben je wel een heel groot deel met jeugd bezig. Tenminste in Beijum, in de stad zal het misschien wel wat anders zijn want heb je meer te maken met daklozen.

Q: Werk je ook met jongvolwassenen van 18-25 jaar?

Deze doelgroep zien we voor leefstijl niet echt veel. Meer voor gezinssamenstelling of schuld problematiek of huisvesting. Wij hebben aanbod voor jonge kinderen en jeugd waarmee we praten over gedrag en leefstijl.

Q: Kun je me wat vertellen over motivatie en hoe je hiermee om gaat? Hoe motiveer je?

Als je het hebt over vrijwillig en gedwongen kaders. Je moet altijd op de motivatie zitten. Er is ook aanbod in het gebouw voor kwetsbare kinderen, waarbij we ook met leefstijl bezig zijn. Daar begint motivatie al, je wil voorkomen dat ouders terecht komen dat ze in een situatie komen waar ze niet willen. Het samen kijken wat passend is, is heel belangrijk. Er is bijvoorbeeld net een pilot gestart van SKSG, waar ze preventief willen kijken of er een groep opgericht kan worden voor kwetsbare kinderen. Wat kan je bijvoorbeeld thuis doen met je kind? Maar gesprekken met jongeren heb ik ook om hen te motiveren. Motiveren heeft te maken met lijdensdruk. Als die niet groot genoeg is dan is erg geen motivatie. Het in contact gaan of dingen aanraken helpt vaak, maar als iemand niet wil dan werkt het niet. De intrinsieke motivatie is nog niet genoeg aanwezig. De lijdensdruk laten verhogen doe je wel in een zo veilig mogelijke omgeving. Je wijst ze op de opvang waar ze heen kunnen etc. Maar een officieel volwassen iemand kan je niet dwingen om wat te gaan doen. Behalve als deze natuurlijk een gevaar voor zichzelf of de omgeving is. Ergens moet je kinderen die 18 worden het ook gunnen dat ze zelf keuzes kunnen maken. Op een gegeven moment komt er een moment dat ze wel weer hulp willen. Pushen en drukken doe je alleen als er echt onveilige situaties zijn, maar werkt vaak niet.

Q: Welke gedragsveranderingstechnieken gebruik je?

Ik zit niet in een behandel setting. Er zijn wel verschillende methodieken. We deden veel met geweldloos verzet principe. Hier doen we meer met motivatie en aansluiten op hulpvragen met de

bewoners. De gezinnen waar we bij betrokken zijn hebben niet altijd hulpvragen maar wel zorgen. We kijken altijd naar wat sluit nu aan bij het gezin, culturen en achtergronden zijn natuurlijk belangrijk om naar te kijken.

Q: Zouden we leefstijlinterventies, of bijvoorbeeld wandelgroepen, kunnen aanbieden via de WIJ teams ook al komen de jongvolwassenen met andere problematiek bij jullie?

Er zijn echt enorm veel initiatieven. Mensen kunnen hier gratis aan deelnemen. Wat hopelijk een preventieve werking heeft. Er zijn wandel groepen en een ouder-kind café. De gewone inloop is er. Waarbij we kijken naar wat voor vraag is het, is het een enkelvoudige vraag die we direct kunnen afhandelen. Maar soms is het duidelijk dat het meer een complexe vraag is waarvoor verschillende disciplines hier naar moet kijken. Er zijn ook straat rondes waarbij werknemers bij iemand langs gaan om bij iemand aan tafel over een probleem te praten. Kan er voorliggend iets ingezet worden? Dat is altijd waar naar gekeken wordt. We hebben het allemaal, maar de toegang er naar is wel zoekend dat mensen de plekken krijgen. Er zijn dus heel veel mooie dingen, maar het bereiken van de doelgroep is nog wel wat moeilijk. De initiatieven zijn nog niet altijd te vinden. Hoe kunnen we mensen er naar toe leiden? Er moet een overzicht komen van wat er allemaal te doen is eigenlijk. Er is geen database voor wat er allemaal is. Ook belangrijk dat laaggeletterde mensen het kunnen begrijpen.

Q: Is een andere plek misschien meer geschikt? School of via UWV? Of waar jullie mensen heen sturen om werk te vinden?

Ik stel mezelf wel eens de vraag of het wij team alleen iets moet oplossen of aanbieden. Ik denk dat er meerdere plekken moeten zijn. De groepen zijn namelijk erg divers. Dit moet breder. Gezonde leefstijl moet ook meer op scholen of op het consultatiebureau aangekaart worden. Hoe het eruit moet zien dat weet ik nog niet zo goed.

Q: Wil je nog wat kwijt?

Er kwamen jongens ter sprake met fors overgewicht. We zien deze kinderen soms wel 3 keer per week. Dan ga je praten over hoe dat komt en waar mensen mee zitten. We hebben dan ook een gesprekje met het consultatie bureau en de ouders. Ook wordt er contact opgenomen met de schoolarts. Dus dat zijn dingen waar we aandacht voor hebben. Het begint met signaleren. Je ziet bijvoorbeeld een jongetje altijd aan de kant staan die moeite heeft met rennen etc. Iedereen ziet wel dat het jongetje veel te zwaar is, maar er moet dan wat aan worden gedaan. Je hebt het met de ouders erover wat zij dan zien, wat ze thuis eten. Vaak maken ouders zich ook wel zorgen. Dus daar hebben jeugdwerkers een belangrijke rol in. We blijven de kinderen wel vaak volgen, maar doordat ze terugkomen. Want het blijft allemaal vrijblijvend. Je kan natuurlijk niet het kind blijven volgen als ouders hun van de groepen af halen. Het is namelijk vrijblijvend.

Appendix X - Interview Janneke Samplonius

13-04-2022

Vizier op werk Leeuwarden

Q: Wie ben je en wat houdt vizier op werk in?

Vizier op werk focust zich op 18 t/m 64 jarige met een uitkering om weer de weg terug naar de arbeidsmarkt te vinden. Er wordt begonnen met een algemene voorlichting, dan een intake gesprek en daarna is de vraag waar ze iemand laten starten. Er wordt eerst gewerkt aan je werknemersvaardigheden. Samenwerkingspartners moeten eerst observeren waar iemand staat op dit moment en waar de behoefte voor ontwikkeling ligt. Mensen komen in een structuur terecht en die gaan eerst weer gewoon meedoen en vanuit daar wordt gekeken wat de volgende stap is. School of vrijwilligerswerk, welke begeleidingsbehoefte heeft iemand? Als we die fase hebben gehad, dan gaan we kijken welke richting iemand opgaat. Als dat werken is dan welk vakgebied zou dan kunnen? Er zijn een aantal werkplaatsen op locatie waar mensen bepaalde vakgebieden leren, zodat er wordt gekeken wat iemand aankan. Of iemand op een loonkostensubsidie moet werken of niet. Als iemand voldoende ontwikkeld is dan wordt er gekeken of er een koppeling gemaakt kan worden met een werkgever zodat iemand richting de arbeidsmarkt kan. Vaak gaat er iets mis onderweg en dan kunnen er nog allerlei zijtakken worden genomen. We richtten ons vooral op mensen die potentieel waren voor de regulier arbeidsmarkt, maar we komen meer mensen tegen die een grotere begeleidingsbehoefte hebben. Bij vizier op werk is het zo dat de meeste mensen 27+ zijn, omdat school een voorliggende voorziening is op de uitkering. Jongeren worden dus meestal terug geleid naar school. Daarom is de ontwikkeling vizier op school in werking gesteld. Er moet namelijk beter in kaart worden gebracht wat iemand lukt. Als iemand een MBO2 opleiding heeft gedaan, maar tot 27 jaar, en we zien potentie dat iemand een hoger niveau aankan dan wordt iemand nog steeds terug gestuurd naar school. Alleen vanwege veel uitval, of iemand heeft al een diploma behaald die hoogst haalbaar is, moet er vizier op school komen om beter te bepalen welke richting iemand op moet. Want niet iedereen kan dat aan of dat op dat moment niet aan. Mensen komen in een werkomgeving terecht, je moet ook 4 dagen per week aanwezig zijn van 08:30-16:00 uur. Dit is eigenlijk een middel om vaardigheden te ontwikkelen en in kaart te krijgen of iemand op tijd kan komen of goed kan communiceren als hij/zij ziek is bijvoorbeeld. Er zijn ook workshops die worden gegeven om te helpen met financiën bijvoorbeeld. Niet iedereen kan natuurlijk 4 dagen werken, maar het is wel het streven. Het is de bedoeling dat iemand zo vaak mogelijk kan komen. Het is namelijk ook belangrijk dat iemand geactiveerd wordt en kan wennen aan werken. Want er komt nog meer bij kijken, want er moet gepland worden waar de kinderen verblijven en er kunnen niet zomaar afspraken gepland worden. Eerst gaan mensen met behoud van uitkeringsperiode aan het werk, om te wennen en daarna pas in loondienst. Tenzij iemand een jobcoach krijgt vanuit de gemeente, dan worden ze dus langer begeleid.

Q: Heeft u te maken met de doelgroep 18-25 jaar met een lage SES?

Ja, maar deze worden eerder naar school begeleid dan aan het werk. Tenzij dus het meest mogelijke al behaald is, dan wordt er verder gekeken naar de arbeidsmarkt.

Q: Hoe bereikt u mensen via vizier op werk en specifiek de doelgroep?

Het zijn geen mensen met een ww uitkering maar mensen met een bijstandsuitkering. De ww uitkering krijg je wanneer je een x periode gewerkt hebt. De gemeente heeft contact met mensen met een bijstandsuitkering wat valt onder de participatiewet, waarbij mensen verplichtingen hebben. Het is namelijk een vangnet dus je hebt niet echt rechten zoals bij de ww uitkering. Er wordt bepaald

in welke doelgroep iemand valt. De groep waar mee gewerkt wordt zijn mensen die al een lange tijd in de uitkering zitten, er is niet veel instroom maar er is niet veel aandacht geweest voor de groep. De arbeidsmarkt is enorm ruim, waardoor mensen makkelijker een baan vinden. Daardoor weet je dat het meeste mensen zijn met ingewikkeldere problematiek. De problematiek moet op de meeste leefgebieden op orde zijn of hulpverleners zijn ingeschakeld, maar de problemen kunnen niet te groot zijn want dan weet je dat het gaat mislukken.

De gemeente biedt nog meer aan. Activeren gebeurt bij verschillende gemeente, want de sociale activatie is erg belangrijk om iemand terug te begeleiden naar de arbeidsmarkt. Het dag en nachtritme, gezond eten en bewegen en drank en drugs natuurlijk is best wel een probleem. Er is ook best wel een verschil te zien tussen mensen van 23/24 en 10 jaar ouder zit best wel een kloof. Terwijl er niet veel leeftijd tussen zit, maar toch is de kloof te zien. Ook hebben jongvolwassenen vaker een kleiner sociaal netwerk en een minder groot opvangnet.

Appendix XI - Interview Dorien Steen

31-03-2022

Buurtsportcoach gemeente Súdwest Friesland

Q: Als eerste wilde ik u vragen wat uw beroep inhoud. Wat voor rollen u heeft?

A: Ik ben het aanspreekpunt voor het sociaal domein voor gemeente Súdwest. Ik richt mij bijvoorbeeld op de GLI. Ik doe soms wel de uitvoering van programma's en voorlichtingen, maar ik ben voor het merendeel het aanspreekpunt voor diverse partijen om de vraag op te halen.

Q: Met welke doelgroepen werkt u?

A: Wij werken in het team met doelgroepen: 0-4,4-12,12-18 jaar. De jongvolwassenen hebben we dan net niet, maar de jongeren groep wordt wel eens doorgetrokken. Ikzelf richt mij meer op de volwassenen.

Q: Hoe werft u uw doelgroep? Hoe komt u met hen in contact?

A: Mensen komen op verschillende manieren bij ons terecht. Soms door sociale media, maar merendeel via de gebiedsteams of via het sociaal collectief de welzijnsorganisatie, via scholen of verenigingen of via de jobcoach. Dus dat is erg divers. Wij gaan niet huis aan huis. We hebben wel een georganiseerde fit test voor bepaalde doelgroepen, maar omdat wij een grote gemeente zijn kunnen wij niet deur aan deur gaan. Wij zijn wat minder wijkgericht bezig. Deur aan deur werving werkt in kleinere gebieden denk ik wel.

Q: Wat vind u ervan dat ik mij richt op de doelgroep jongvolwassenen?

A: Ik ben wel erg benieuwd, wat er precies speelt onder de doelgroep. Ik ben niet bekend met specifieke beweeginterventies voor die doelgroep. Wij richten ons daar niet specifiek op. Er is wel een project overgewaaid vanuit het IJslande model. Die richten zich wat meer op jongeren, maar dat zou misschien wel doorgetrokken kunnen worden. Daar wordt gekeken welke vragen zich daar spelen en waar er behoefte aan is. Dit lijkt wel erg succesvol te zijn. Het lijkt mij wel erg moeilijk om die doelgroep te bereiken, vooral bij wie dat echt nodig is.

Er is wel een project met het Friese poort college om schoolverlaters tegen te gaan. Hierbij worden 1 keer per week sport en spel activiteiten gedaan met de MBO studenten.

Q: Hoe zijn jullie bezig met motivatie?

Je moet mensen er eerst bijhalen en het laten ervaren. Dan worden mensen wel gemotiveerd. Wij hebben niet specifiek motivatie gesprekken. Als mensen moeilijk te activeren zijn, dan ben je al blij dat ze er zijn. Het is belangrijk om niet te veel eisen direct te stellen. Je moet dingen heel laagdrempelig houden. Soms is het ook wel goed om niet te vrijblijvend te zijn. Het is niet goed als mensen de ene week wel komen en de andere week niet. Dus dat is wel een eis die je kan stellen, dat mensen moeten blijven komen.

Appendix XII – Interview doelgroep

Celeste, Shanice, Jennifer, Kevin en Jeremy

09-04-2022

Q: Wie ben je/ hoe oud ben je/ waar ben je woonachtig / zit je op school?

Celeste: Ik ben Celeste, ik ben 22 jaar en ik woon in Groningen. Ik doe nu MBO 2.

Shanice: Ik ben Shanice, ik ben 24 jaar en woon in Groningen. Ik heb een MBO 2 diploma.

Jennifer: Ik ben Jennifer, ik ben 21 jaar en woon in Groningen. Ik doe ook MBO 2.

Kevin: Ik ben Kevin, ik ben 28 jaar, woon in Hogeveen en heb een MBO 2 diploma en ben aan het werk als spuitser.

Jeremy: Ik ben Jeremy, ik ben 28 jaar, woon in Groningen en heb geen MBO diploma.

Q: Wat doen jullie zoal in je vrije tijd?

Celeste: Ik heb geen vrije tijd. Ik werk in de horeca en in een indoor speel paleis naast mijn opleiding.

Shanice: Chillen en series kijken. Ben veel met uiterlijk bezig en ga naar de psycholoog. Natuurlijk ben ik ook moeder.

Jennifer: Series kijken en moeder zijn.

Kevin: Ik ben bezig met clean blijven. Daar ben je eigenlijk altijd wel mee bezig. Verder niet zoveel.

Jeremy: Gamen en serie kijken. Ook wel een jointje roken en ik sport wel eens.

Q: Weten jullie wat je kan doen om gezonder te leven en ben je daar wel eens mee bezig?

Celeste: Ja, maar ik doe het niet.

Shanice: Nee of ja, maar ik doe het niet. Niet mee bezig.

Jennifer: Weet wat ik kan doen, maar ben daar niet mee bezig.

Kevin: Afkicken en niet meer tegen werken.

Jeremy: Ja. Ik ben bezig met sporten en probeer wel wat op vitamines te letten.

Q: Als op werk of school een beweeginterventie wordt aangeboden, zouden jullie hier aan mee willen doen? Waarom niet?

Celeste: Nee ga ik niet aan meedoen. Daarom niet.

Shanice: Nee ga ik echt niet aan meedoen. Gewoon.

Jennifer: Als het verplicht is, zal ik het wel doen. Ben alleen niet zo van wandelen ofzo.

Kevin: Ja ik zou wel mee willen doen. Ik was altijd wel erg fanatiek, tegenwoordig doe ik eigenlijk niks meer. Ik doe wel zwaar lichamelijk werk, dus daar beweeg ik wel veel.

Jeremy: Ja ik zou ook wel mee willen doen, ben toch al bezig met sporten.

Q: Mochten je een beloning krijgen na een interventie of programma, zou je dan sneller mee doen?

Celeste: Nee dan zou ik alsnog niet mee doen. Als het niet hoeft.

Shanice: Nee, alleen als ik miljonair zou worden.

Jennifer: Als het wandelen is dan zou ik ook niet mee doen als ik een beloning krijg. Tenminste als het niet verplicht is.

Kevin: Als het een bioscoopbon is, laat dan maar schieten. Ligt aan de beloning.

Jeremy: Ik zou meedoen omdat ik het leuk vind. Dus een beloning is fijn, maar niet per se nodig.

Q: Als er bijvoorbeeld meerdere maatregelen worden opgesteld: de kroegen sluiten eerder, er komen meer wijkagenten in de wijken, of op school kunnen er geen ongezonde dingen meer gekocht worden etc. Hoe zou je hierop reageren? Maakt dit het makkelijker voor je?

Celeste: Nee, daar wordt ik boos van als er nog meer maatregelen komen.

Shanice: Daar kan ik echt niet tegen hoor.

Jennifer: Dat gaat toch niet gebeuren. Dus voel ik niks bij.

Kevin: Ik zou rebels worden, maar als veel mensen het doen dan doe ik wel mee.

Jeremy: Ja meer bewegen vind ik heel goed, dus meer sporten op werk en school mag wel van mij. Verplichten is alleen niet de oplossing. Ik hoorde bijvoorbeeld dat 1 minuutje bewegen om 11:00 uur elke dag op spotify, ik denk dat dat erg goed is voor de mensen. Mensen worden echt dik tegenwoordig.

Q: Ben je wel eens bij een wijkteam langs geweest of met ze in contact geweest?

Celeste: Ja, voor geld problemen.

Shanice: Ja, om een huisje te zoeken voor mij en mijn zoontje.

Jennifer: Ja.

Kevin: Ja, voor geld dingen.

Jeremy: Ja best vaak bij wijkteam geweest voor geld problemen.

Q: Wist je dat wijkteams veel activiteiten en programma's aanbieden?

Celeste: Nee

Shanice: Wist niet eens dat er activiteiten waren.

Jennifer: Nee, is mij nooit aangeboden ofzo.

Kevin: Geen idee wat voor activiteiten ze hebben. Ik ben wel bij wijkteam in Hoogeveen geweest, maar als ze activiteiten hebben mogen ze dat wel meer publiceren.

Jeremy: Nee, heb geen idee van activiteiten. Zie voor kinderen wel dat er dingen te doen zijn.

Q: Wijkteams bieden bijvoorbeeld veel activiteiten en programma's aan, maar niet specifiek voor 18-25 jarige. Als die er wel zouden zijn, zal je dan sneller mee willen doen, omdat het specifiek op jullie leeftijdscategorie is gericht?

Celeste: Nee zou ik alsnog niet aan mee doen. Ben daar gewoon niet mee bezig, heb het al druk genoeg.

Shanice: Nee er is niet genoeg aanbod, dus kan niet.

Jennifer: Nee denk het niet, weet niet.

Kevin: Misschien wel toen ik die leeftijd had. Om bezig te zijn.

Jeremy: Ja ik zou wel mee willen hebben gedaan als ze me dat toen hadden aangeboden. Vind het wel leuk om dingen te doen. Bijvoorbeeld een balletje trappen met mensen, dat had ik wel erg chill gevonden.

Q: Hoe wordt je gemotiveerd?

Celeste: Door Corona en de oorlog ben ik niet gemotiveerd.

Shanice: Niet. Ik vind dit een heel lastige vraag. Ik ben niet erg gemotiveerd in het leven.

Kevin: Dan moet je er zelf achterstaan. Mij helpt het als ik mijzelf moet bewijzen. Als ik iets móet van iemand dan doe ik het niet. Als ik er zelf achter sta en er bewust van ben, dan zou ik het wel doen. Ik heb wel een coach die mij helpt, maar die verplicht mij niks. Moet ook geen hoogopgeleide zijn ofzo, want daar luister ik niet naar.

Jeremy: Dat is verschillend per persoon. Ik ga bij mezelf wel eens nadenken of het het wel waard is om bijvoorbeeld drugs te doen. Uiteindelijk heb ik het niet gedaan, omdat ik weet dat het slecht voor me is. Ik wil geen terugval naar weer heel ongezond zijn en me kut voelen.

Appendix XIII – Interview doelgroep

Channah

11-04-2022

Q: Wie ben je/ hoe oud ben je/ waar ben je woonachtig / zit je op school?

Mijn naam is Channah. Ik ben 24 jaar en ik woon in Siddeburen. Ik heb al een MBO 2 diploma retail en werk nu bij TUI.

Q: Wat doe je zoal in je vrije tijd?

Moeder zijn en ik doe het huishouden.

Q: Weet je wat je kan doen om gezonder te leven?

Ja en nee, we zijn er wel eens mee bezig geweest maar eigenlijk geen tijd. Voor Mason (zoontje) wel altijd gezond bezig proberen te zijn. Heb me er niet op ingelezen ofzo hoor.

Q: Als op werk een beweeginterventie wordt aangeboden, zou je hier aan mee willen doen? Waarom niet?

Ja, want de fysio zei dat ik meer moet bewegen dus. Op werk zou dat erg makkelijk zijn, buiten werk zou dat niet zo goed lukken want veel tijd heb ik niet.

Q: Mochten je een beloning krijgen na een interventie of programma, zou je dan sneller mee doen?

Hoeft niet per se een beloning te zijn, want je bent voor jezelf bezig.

Q: Als er bijvoorbeeld meerdere maatregelen worden opgesteld: de kroegen sluiten eerder, er komen meer wijkagenten in de wijken, of op school kunnen er geen ongezonde dingen meer gekocht worden etc. Hoe zou je hierop reageren? Maakt dit het makkelijker voor je?

Maakt me eigenlijk niet zo uit, we eten niet veel ongezonde dingen. Zou het niet gaan missen. Overheid mag geen dingen beslissen, hoeft niet in de wet te staan ofzo.

Q: Ken je wijkteams? Ben je daar wel eens geweest? Wijkteams bieden bijvoorbeeld veel activiteiten en programma's aan, maar niet specifiek voor 18-25 jarige. Als die er wel zouden zijn, zal je dan sneller mee willen doen, omdat het specifiek op jullie leeftijdscategorie is gericht?

Er werden wel dingen voorgesteld die ik kon doen, maar ik wist niet dat die er al waren. Eigen leeftijd maakt niet zoveel uit, want zou niet heel snel meedoen. In dorpen weet ik niet of hier wijkteams zitten.

Appendix XIV – Interview doelgroep

Friesland college – Assistent Dienstverlening en Zorg (niveau 1)

12-05-2022

Drie groepjes zijn geïnterviewd, in totaal deden 11 personen mee. Om privacy redenen worden er geen namen gebruikt in het interview.

Groep 1 bestaat uit 4 personen, waarvan twee mannen en twee vrouwen:

- Persoon 1 is een vrouw van 18 jaar, komt oorspronkelijk uit Jemen en woont nu in Sneek.
- Persoon 2 is een vrouw van 26 jaar, komt oorspronkelijk uit Eritrea en woont nu in Leeuwarden. Ze heeft een dochter.
- Persoon 3 is een man van 18 jaar woonachtig in Leeuwarden.
- Persoon 4 is een man van 18 jaar en woonachtig in Harlingen.

Q: Wat doen jullie zoal in je vrije tijd?

Persoon 1: Ik spreek vaak af met vrienden en ik houd van foto's maken.

Persoon 2: Ik wandel graag met mijn dochter of ga iets anders leuks met haar doen.

Persoon 3: Ik luister naar muziek en maak ook zelf muziek. Ik speel gitaar en drum.

Persoon 4: Ik ga graag sporten en ik houd van uitgaan en gamen.

Q: Weten jullie wat je kan doen om gezonder te leven ben je daarmee bezig?

Persoon 1: Gewoon lopen en rennen bedoel je? Ik was wel met fitness bezig maar ben nu erg druk met school.

Persoon 2: Ik ben wel bezig met gezond eten en bewegen. Ik sport ook wel eens.

Persoon 3: Nee daar ben ik niet echt mee bezig.

Persoon 4: Ik sport om het eten te compenseren. Ik eet gewoon wat ik wil en het sporten zorgt ervoor dat ik niet dik word.

Q: Als op school een beweeginterventie wordt aangeboden, zouden jullie hier aan mee willen doen? Waarom niet?

Alle personen hadden hier dezelfde mening over:

Als het met de klas is wel. Dus als het een les is zouden we het doen. Als het iets is wat na de normale lessen nog erbij komt dan niet.

Q: Mochten je een beloning krijgen na een interventie of programma, zou je dan sneller mee doen?

Persoon 1 en 2 deelden dezelfde mening:

Als je een cijfer krijgt om bijvoorbeeld een ander cijfer te compenseren dan zouden we wel meedoen.

Persoon 3 en 4:

Misschien als het geld is, maar anders niet.

Q: Als er bijvoorbeeld meerdere maatregelen worden opgesteld: de kroegen sluiten eerder, er komen meer wijkagenten in de wijken, of op school kunnen er geen ongezonde dingen meer gekocht worden etc. Hoe zou je hierop reageren? Maakt dit het makkelijker voor je?

Persoon 1 en 2 hadden hier geen mening over.

Persoon 3: Ik vind niet dat ze de kroegen eerder dicht mogen doen. Ik vind dat ik zelf kan bepalen wat ik doe en koop.

Persoon 4: Als het nodig is dat er meer wijkagenten komen, dan vind ik dat prima. Ik vind niet dat ze de kroegen eerder dicht mogen doen of dat er geen ongezond eten meer verkocht mag worden.

Q: Zijn jullie wel eens bij een wijkteam geweest of met een wijkteam in contact geweest?

Persoon 3: Ik ben vrijwilliger bij jongerenwerk Harlingen. Ik ben zelf niet met een hulpvraag naar een wijkteam geweest.

Persoon 1,2 en 4: Nee nog niet bij wijkteams geweest.

Q: Wijkteams bieden bijvoorbeeld veel activiteiten en programma's aan, maar niet specifiek voor 18-25 jarige. Als die er wel zouden zijn, zal je dan sneller mee willen doen, omdat het specifiek op jullie leeftijdscategorie is gericht?

Persoon 1: Misschien, ligt eraan wat het is.

Persoon 2: Ik ben het eens met persoon 1.

Persoon 3: Jongerenwerk Harlingen heeft een jeugdhonk op een vaste dag en een vaste tijd. Dat is wel leuk. Het is niet echt voor ouder dan 18, maar ik zou er wel heen gaan als dat wel zo is.

Persoon 4: Er is in Leeuwarden ook een kinderdisco, dat vond ik altijd erg leuk. Ik zou dus wel weer zoiets willen, maar dan meer voor mijn leeftijd.

Q: Wat motiveert je?

Persoon 1 en 2: Ik wil iets hebben gedaan in mijn leven, iets bereikt hebben. Daarom ga ik bijvoorbeeld naar school.

Persoon 3: Ik denk mentaal welzijn. Het is goed om bezig te blijven.

Persoon 4: Ik wil een betere toekomst hebben. Daarvoor heb ik een diploma nodig. Ik denk dat ik ook daarom sport, naast dat ik het leuk vind.

Groep 2 bestaat uit 3 mensen, waarvan twee een vrouw en één een man zijn:

- Persoon 4 is een man van 41 jaar en komt uit Harlingen. Hij heeft vier kinderen.
- Persoon 5 is een vrouw van 26 jaar oud en woont in Leeuwarden. Zij heeft één kind.
- Persoon 6 is een vrouw van 27 jaar oud en woont in Leeuwarden

Alle drie komen ze niet oorspronkelijk uit Nederland. Gezien deze groep wat ouder is, heb ik de vragen een beetje hierop aangepast.

Q: Wat doen jullie zoal in je vrije tijd?

Persoon 4: Ik heb kinderen thuis, dus daar ben ik altijd wel mee bezig.

Persoon 5: Buiten school werk ik in een chinees restaurant. Ook heb ik een kindje thuis.

Persoon 6: Ik sporten en werk in een restaurant. Dat is alles wel wat ik doe buiten school.

Q: Weten jullie wat je kan doen om gezonder te leven?

Persoon 4: Ik sport wel eens. Verder let ik er niet per se veel op.

Persoon 5: Niet echt, ik rook. Ik weet wel dat ik eigenlijk moet stoppen, maar dat lukt nog niet.

Persoon 6: Ja ik sport wel en let daarom ook wel op wat ik eet.

Q: Als op school een beweeginterventie wordt aangeboden, zouden jullie hier aan mee willen doen? Waarom niet?

Allemaal: Afgelopen maandag kon je gaan wandelen of volleyballen. Dit hoorde bij de leereenheid gezondheid. Vonden we erg leuk om te doen. Dit is niet standaard elke week.

Q: Mochten je een beloning krijgen na een interventie of programma, zou je dan sneller mee doen?

Allemaal: Zoals we al zeiden vonden we het erg leuk, dus we zouden ook zonder beloning mee doen.

Q: Als er bijvoorbeeld meerdere maatregelen worden opgesteld: de kroegen sluiten eerder, er komen meer wijkagenten in de wijken, of op school kunnen er geen ongezonde dingen meer gekocht worden etc. Hoe zou je hierop reageren? Maakt dit het makkelijker voor je?

Persoon 4: Ik zou dat niet goed vinden. Dit zou je zelf moeten kunnen bepalen.

Persoon 5: Ik vind dat niet goed, ze mogen niet zomaar dingen voor mij bepalen

Persoon 6: Ik zou dat niet goed vinden.

Q: Zijn jullie wel eens bij een wijkteam geweest of met een wijkteam in contact geweest?

Persoon 4: Ja dat ken ik wel, maar ik ben er nog niet mee in contact geweest.

Persoon 5: Ja, ik heb een begeleider via het wijkteam.

Persoon 6: Ja, ik ken het wijkteam ik ben daar voor meerdere problemen geweest.

Q: Wijkteams bieden bijvoorbeeld veel activiteiten en programma's aan, maar niet specifiek voor jullie leeftijd. Als die er wel zouden zijn, zal je dan sneller mee willen doen, omdat het specifiek op jullie leeftijdscategorie is gericht?

Persoon 4: Ik heb wel een gehoord dat er iets voor de kinderen te doen is. Ik zou zelf hier niet per se behoefte aan hebben.

Persoon 5: Ja mijn begeleider heeft wel eens verteld dat er activiteiten waren. Ik ben vrij eenzaam, dus zou graag met mensen van mijn leeftijd samen dingen willen doen. Ik weet niet zo goed wat voor activiteiten er zijn, ik heb hier niet naar gevraagd.

Persoon 6: Ik zou wel mee willen doen. Wandelen of samen koken lijkt me erg leuk.

Q: wat motiveert je?

Persoon 4: Aandacht. Ik heb graag contact met mensen.

Persoon 5: Liefde en mijn kind motiveren mij.

Persoon 6: Vertrouwen. Op mijn gemak zijn bij mensen.

Groep 3 bestaat uit vijf mensen, waarvan drie mannen en twee vrouwen:

Q: Wie ben je/ hoe oud ben je/ waar ben je woonachtig?

- Persoon 7 is een man van 20 jaar. Hij woont nu vijf jaar in Nederland en is woonachtig in Beetgumermolen.
- Persoon 8 is een vrouw van 26 jaar, komt oorspronkelijk uit Eritrea en woont in Leeuwarden. Zij heeft een kind.
- Persoon 9 is een vrouw van 23 jaar, komt oorspronkelijk uit Eritrea en woont in Leeuwarden
- Persoon 10 is een jongeman van 17 jaar en woont in Heereveen.
- Persoon 11 is een jongeman van 17 jaar en woont in Zwaagwesteinde.

Q: Wat doen jullie zoal in je vrije tijd?

Persoon 7: Ik ben veel aan het gamen.

Persoon 8: Ik houd van samen buiten wandelen en spelen met mijn kindje.

Persoon 9: Ik ga veel samen met vrienden wandelen.

Persoon 10: Ik spreek af met vrienden of ik ga gamen, YouTube kijken of foto's maken.

Persoon 11: Ik sport veel.

Q: Weten jullie wat je kan doen om gezonder te leven en ben je daarmee bezig?

Persoon 7: Nee niet echt, ik ben daar niet mee bezig.

Persoon 8: Nee ik ben daar niet meer mee bezig. Ik ben druk.

Persoon 9: Ik ben wel bezig met gezond eten.

Persoon 10: Nee eigenlijk niet meer, ik wil het wel weer oppakken. Ik deed wel aan fitness vroeger, maar door school heb ik dat een beetje laten vallen.

Persoon 11: Ik sport veel waardoor ik wel een beetje let op wat ik eet, maar niet per se gezond eigenlijk. Ik moet best veel eten voor het sporten.

Q: Als op school een beweeginterventie wordt aangeboden, zouden jullie hier aan mee willen doen? Waarom niet?

Persoon 7: Ja daar zou ik wel aan mee willen doen.

Persoon 8: Ja dat zou ik wel willen doen. Samen gaan wandelen bijvoorbeeld.

Persoon 9: Ja dat zou ik wel doen.

Persoon 10: Als ze het op tijd zeggen dan zou ik wel mee doen. Ik moet wel voorbereid kunnen zijn.

Persoon 11: Ja hoor. Het moet wel onder schooltijd vallen. Het moet niet iets extra's worden.

Q: Mochten je een beloning krijgen na een interventie of programma, zou je dan sneller mee doen?

Gedeelde mening:

Ligt eraan wat de beloning is, geld zou wel werken.

Q: Als er bijvoorbeeld meerdere maatregelen worden opgesteld: de kroegen sluiten eerder, er komen meer wijkagenten in de wijken, of op school kunnen er geen ongezonde dingen meer gekocht worden etc. Hoe zou je hierop reageren? Maakt dit het makkelijker voor je?

Persoon 7: De mensen moeten kunnen denken voor zichzelf. Zij mogen dus zelf bepalen of ze ongezond willen leven of niet.

Persoon 8 en 9: Weet ik niet zo goed

Persoon 10: Dat zou ik oneerlijk vinden. Het heeft iets met vrijheid te maken. Je moet zelf kunnen kiezen. Als ze iets willen veranderen dan zou ik eerder gezond eten goedkoper maken. Mensen die niet veel geld hebben kopen eerder iets ongezonds, omdat dat goedkoper is.

Persoon 11: Ik ben het daarmee eens. Gezond eten moet je goedkoper maken.

Q: Zijn jullie wel eens bij een wijkteam geweest of met een wijkteam in contact geweest?

Persoon 7: Ik ken ze wel, maar ben er nog niet geweest.

Persoon 8: Ja ben er wel eens geweest.

Persoon 9: Ja daar ben ik wel eens geweest. Zij hielpen ook wel met brieven

Persoon 10: Ik weet wel dat er soms activiteiten worden georganiseerd. Ik ben er zelf nog nooit geweest.

Persoon 11: Nee daar ben ik nog niet geweest.

Q: Wijkteams bieden bijvoorbeeld veel activiteiten en programma's aan, maar niet specifiek voor 18-25 jarige. Als die er wel zouden zijn, zal je dan sneller mee willen doen, omdat het specifiek op jullie leeftijdscategorie is gericht?

Persoon 7: Ik zou dat wel willen proberen.

Persoon 8: Nee ik zou daar niet aan mee doen. Ik ga liever iets met mijn kindje doen.

Persoon 9: De activiteiten waren niet bekend bij mij, maar zou wel mee willen doen als ze voor mijn leeftijd waren. Ik zou graag mensen willen ontmoeten.

Persoon 10: Ja ik denk wel dat ik mee zou willen doen.

Persoon 11: Misschien. Dat weet ik niet zeker.

Q: Wat motiveert je?

Persoon 7: Dat weet ik niet.

Persoon 8: Gezond zijn.

Persoon 9: Gezelligheid.

Persoon 10: Als ik mensen blij kan maken.

Persoon 11: Sporten motiveert mij.

Appendix XV – Interview Elte en Marije

Interview gemeente Westerkwartier

02-06-2022

Elte Hofman – JOGG regisseur gemeente Westerkwartier

Marije van der Woude – Beleidsadviseur sociaaldomein gemeente Westerkwartier

Q: Hoe is JOGG begonnen/ opgezet in gemeente Westerkwartier?

De gemeente Groningen werkt met een leefbaarheidsprogramma. Binnen dit programma zijn verschillende arrangementen voor de verschillende gemeenten om lokaal aan de slag te gaan met opgaven binnen de leefbaarheid vraagstukken. De gemeente Westerkwartier heeft hiervoor ook budget gekregen en heeft een programma geschreven dat kickstart Westerkwartier heet. Hierbinnen bestaan drie thema's: Kickstart in de buurt, Kickstart op school en Kickstart voor de kleintjes. Kickstart in de buurt is JOGG. Zo is er een bestaand programma gepakt om een goede aanpak te ontwikkelen.

Q: Wat is de reden dat gemeente Westerkwartier zich ook op de jongvolwassenen 16 t/m 23 jaar richt?

De vraag waar JOGG zich op moest gaan focussen werd gesteld. Het was belangrijk om de gehele gemeente aan te pakken. Alle activiteiten en initiatieven die er al waren focussen zich op basisschool leeftijd en een beetje op middelbare scholen. Consultaties bureaus focussen zich op de kleintjes. Dus de doelgroep vanaf 16 jaar werd gemist. Zij gaan dan vaak naar het MBO. In gemeente Westerkwartier zijn er geen MBO scholen, dus na de middelbare school raak je deze groep uit het oog. Terwijl het wel een groep is die zeggenschap krijgt over het eigen leven. Ze zoeken werk of gaan op zichzelf wonen. Ze gaan dus los van hun ouders kiezen waar ze hun geld aan besteden en of ze zich met gezond zijn bezig houden of ze wel gaan sporten. Dus de ontwikkeling naar volwassenheid is erg bezig rond deze leeftijd.

Q: Hoe betrekken jullie de doelgroep in de gemeente?

Als eerste is er een enquête rond gestuurd om te kijken hoe het met de doelgroep ging en een oproep om bij te dragen aan de JOGG aanpak. Uiteindelijk zijn er maar twee mensen opdagen. Dit werkte dus niet optimaal, misschien lag het aan de onbekende plek in het gemeentehuis. Eén van de jongeren zat wel in de leerlingenraad, dus via die weg hebben we ook contact geprobeerd te zoeken. We zijn ook opzoek gegaan naar welke initiatieven de doelgroep al heen gaat om een soort klankboard groep op te zetten. NJR heeft ook een keer een sessie begeleid. Via de NJR waren er een keer cadeaubonnen opgesteld.

Het is belangrijk om samen met de jongeren een plan van aanpak te maken. Er lopen ook wat initiatieven samen met jongeren die vanuit henzelf zijn gekomen. Er was bijvoorbeeld een groep jongeren die overlast veroorzaakten, maar zij gaven aan dat er niet echt een plek was om af te spreken zonder overlast te veroorzaken. Zij konden toen zelf met ideeën komen. Zij hebben zelf toen een informatieavond gehouden, die werd beter bezocht dan toen wij zelf een bijeenkomst hielden.

Bij een MBO opleiding is ook een keer een wethouder langs geweest en hun gevraagd of ze zouden meehelpen en wat hun wensen en behoeften waren. Zij gaven aan wel een festival te willen. In samenwerking met hen, de doelgroep, wordt dan zoiets georganiseerd. Dit is natuurlijk een beloning voor hun medewerking.

Q: Zien jullie al resultaten?/ Hoe lang is deze aanpak al bezig?

We zijn in april gestart. Dus dat is nog niet erg lang en we hebben dus nog geen concrete resultaten. We houden natuurlijk wel de jeugdmonitor van de GGD in de gaten. We zijn ook met een onderzoeksbureau in gesprek om het nieuw gestarte kickstart programma te monitoren.

Q: Wat vinden jullie van een aanpak als JOGG of als het IJslandse model t.o.v. leefstijlinterventies?

De GLI (gecombineerde leefstijl interventie) is erg individualistisch natuurlijk. 'Community-based' aanpak is vooral heel erg ondersteunend aan een individu die al in een GLI zit. Andersom heeft dat geen invloed. Persoonlijke leefstijlinterventies blijven natuurlijk wel nodig. We kunnen het wel makkelijker maken om de gezonde keuze te maken via zo'n 'community-based' aanpak.