

Waarom lukt gewichtsbehoud niet altijd?

Praktijkonderzoek

Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van gewichtsverlies is, zes maanden na deelname aan het programma Afvallen met Medifit? Op welke wijze kan Medifit Oss het programma 'Afvallen met Medifit' verbeteren om een toename in lichaamsgewicht te voorkomen?

Chantal Dollevoet
2510685
06-06-2017
Evelien Backx

2016-2017

Fontys sporthogeschool
Sportkunde Wellness

Samenvatting

Overgewicht en obesitas is een steeds groter probleem binnen Nederland. Dit kan vervelende en ernstige gevolgen opleveren. Daarom zijn er steeds meer mensen die moeten of willen afvallen en gaan allerlei verschillende programma's proberen. Toch ondervinden mensen vaak dat het om welke redenen dan ook niet het gewenste resultaat oplevert, of een terugval ondergaan in lichaamsgewicht. Bij Medifit een beweegcentrum in Oss waar een afvalprogramma wordt aangeboden, ervaren ze dat sommige deelnemers dit zelfde effect ondergaan.

Het programma wat aangeboden wordt bestaat uit een fase van twaalf weken wat per fase kan worden verlengt. Binnen dit programma worden voeding, bewegen en coaching afgewisseld voor een optimaal effect. Er wordt twee keer per week gesport onder begeleiding van fitnessinstructeurs en fysiotherapeuten. Om de week is er een diëtist waarbij een consult mogelijk is, en er is wekelijks een weeg- en coachmoment om de voortgang in kaart te brengen. Wat Medifit merkt is dat er voornamelijk na twee fases (zes maanden) deelnemers geen behoud van resultaat of een terugval ervaren.

Door het uitvoeren van een onderzoek met een semigestructureerd interview en antropometrische testen is geprobeerd te achterhalen wat de redenen zijn van het wel of niet behouden van het resultaat na zes maanden afvallen met Medifit, gevolgd door zes maanden zelfstandig voorzetten van de leefstijl. Het onderzoek is uitgevoerd met tien deelnemers waarvan twee mannen en acht vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 45,2 jaar. De antropometrische testen zijn gedaan met acht deelnemers, waarvan twee mannen en zes vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 43,9 jaar.

Er kan geconcludeerd worden dat voornamelijk externe barrières een grote rol spelen bij niet behouden van lichaamsgewicht, waarmee men beter moet leren omgaan. Doordat externe factoren een rol gaan spelen, kunnen deelnemers zichzelf minder goed reguleren. Om zelfregulatie te verbeteren is training nodig waarbij een hoge motivatie van belang is.

De aanbevolen aspecten voor Medifit zijn dat er meer aandacht besteed moet worden aan zelfregulatie. Dit kan getraind worden binnen de coachgesprekken met behulp van ABC binnen de self-determination theorie. Ook is een follow-up van één jaar waarbij driemaandelijks een consult plaats vind van belang. Hierdoor kan een terugval tijdig gesignaleerd worden.

Voorwoord

Voor u ligt het praktijkonderzoek "Waarom lukt gewichtsbehoud niet altijd?" over het afvalprogramma 'Afvalpen met Medifit' van de organisatie Medifit te Oss. Dit onderzoek is geschreven in het kader van een afstudeeronderzoek van de opleiding Sportkunde Wellness aan de Fontys Sporthogeschool te Eindhoven. Tijdens mijn stage bij Medifit Oss is ervaren dat na deelname aan het afvalprogramma geen behoud is van resultaat, wat ook de aanleiding was van het onderzoek met dit onderwerp.

Binnen het onderzoek zijn interviews gehouden bij oud-deelnemers van Afvalpen met Medifit, wat uitkwam op tien respondenten. Ik wil de respondenten bedanken voor de openheid en medewerking! Zonder input van hen zou er geen informatie beschikbaar zijn om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden.

Tot slot wil ik Medifit Oss bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek binnen de organisatie te bewerkstelligen. Ook wil ik mijn begeleiders enorm bedanken voor hun inzet! Ilse Bron als werkplekbegeleider vanuit Medifit Oss, zij heeft me geholpen met praktische vragen, maar ook met het mee denken en het in uitvoering brengen van het onderzoek. Ook Evelien Backs als onderzoekbegeleider en docent voor het beantwoorden van mijn vragen en het geven van feedback. Dit alles heeft geleid tot het document wat voor u ligt!

Hopelijk heeft u na het lezen van dit praktijkonderzoek een beeld waarom gewichtsbehoud niet altijd lukt.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord.....	3
Probleemstelling.....	6
Literatuuronderzoek	7
Wat is overgewicht/obesitas?	7
Wanneer heeft iemand overgewicht/obesitas?	7
Ontstaanswijze van overgewicht/obesitas	8
Lichamelijke activiteit en voeding in relatie met overgewicht/obesitas	8
Lichamelijke activiteit.....	9
Voeding	10
Gewichtsverlies	11
Gewichtsbehoud	12
Gedrag in relatie met afvallen	13
Onderzoeksmethodologie	17
Type en opzet onderzoek.....	17
Populatie	17
Data verzameling	18
Ethiek	19
Betrouwbaarheid	19
Validiteit.....	20
Resultaten.....	21
Vragenlijst.....	21
Voeding	21
Bewegen	21
Coaching	22
Interview.....	22
Gewichtsverandering.....	22
Motivatie en barrière	23
Ervaringen	24
Discussie.....	26
Kritisch naar resultaten	26
Kritisch naar onderzoek.....	29

Positieve punten	29
Verbeterpunten	30
Conclusie	31
Aanbevelingen	32
Aanbevelingen voor het programma	33
Literatuur	35
Bijlagen	42
Bijlage 1: Richtlijn Gezonde Voeding	43
Bijlage 2: Vragenlijst (blanco)	44
Bijlage 3: Vragenlijst onderzoeker	50
Bijlage 4: Protocol testen en meten	53
Bijlage 5: Operationalisatieschema	1
Bijlage 6: Codering	1
Bijlage 7: Codeerboom	1

Probleemstelling

Beschrijving van de organisatie/opdrachtgever

Medifit Oss is een beweegcentrum. Hier kan iemand terecht voor fysiotherapie, beweeggroepen, fitness, arbo en programma's op het gebied van lichaam en geest. Er zijn zo'n dertig vakbekwame medewerkers die actief zijn binnen de organisatie. Hierdoor zijn de mogelijkheden groot en is er altijd een juiste therapeut in de buurt.

Er zijn veel verschillende beweeggroepen en doelgroepen, denk hierbij aan 'AfvalLEN met Medifit', COPD, Niet Aangeboren Hersenletsel, MentaalFit, Reuma, ZwangerFit, VitaalFit en Fitnessgroepen. Daarnaast zijn er ook individuele trainingen mogelijk zoals Personal Training.

De doelgroep van het huidige onderzoek zijn oud-deelnemers uit het beweegprogramma 'AfvalLEN met Medifit'. Binnen dit programma staat voeding (middels een diëtiste) in combinatie met bewegen en coaching centraal met als doel om gewichtsverlies te stimuleren, dit wordt alleen als groepsproces aangeboden. De duur van het programma is minimaal twaalf weken (één fase), en kan telkens met twaalf weken verlengt worden.

Doelstelling van het praktijkonderzoek

Een veel voorkomend probleem van het programma 'AfvalLEN met Medifit' is gewichtstoename in de periode na deelname aan het programma. Tijdens het praktijkonderzoek is het doel om Medifit Oss inzicht te geven in de veranderingen die zich voordoen zes maanden na afloop van het programma AfvalLEN met Medifit. Met deze inzichten kan Medifit Oss mogelijk aanpassingen verrichten in het afvalprogramma, om ervoor te zorgen dat deelnemers in de periode na deelname minder zullen aankomen.

Vraagstelling

Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van gewichtsverlies is, zes maanden na deelname aan het programma AfvalLEN met Medifit? Op welke wijze kan Medifit Oss het programma 'AfvalLEN met Medifit' verbeteren om een toename in lichaamsgewicht te voorkomen?

Literatuuronderzoek

Wat is overgewicht/obesitas?

Tegenwoordig zeggen veel mensen 'ik ben te dik of ik heb overgewicht', maar wat is overgewicht of obesitas? Obesitas is een chronische ziekte waarbij de vetstapeling overmatig in het lichaam aanwezig is. Overgewicht en obesitas geven aanleiding tot gezondheidsrisico's, wat de levensverwachting negatief kan beïnvloeden (Medisch wetenschappelijke Raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008; Partnerschap Overgewicht Nederland [PON], 2010; WHO, 2013; Fit!vak, 2014;). Overgewicht en obesitas geven voornamelijk een verhoogd risico op comorbiditeit; twee of meer aandoeningen of stoornissen tegelijkertijd (Van Binsbergen et al, 2010). Voorbeelden van mogelijke aandoeningen of stoornissen zijn: diabetes mellitus type 2, hypertensie, verhoogd cholesterol en triglyceride, hart- en vaatziekten, hersenbloedingen, slaapapneu, gewrichtsklachten, kanker, galstenen, onvruchtbaarheid bij vrouwen, depressie, metabool syndroom, de kwaliteit van leven is slechter en een verminderde levensverwachting (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2002; Gezondheidsraad, 2003; Medisch wetenschappelijke Raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Fit!vak, 2014; Berkel, 2015; Nederlandse Obesitaskliniek, 2017). Bij veel van deze aandoeningen is gebleken dat een vermindering van het overgewicht ook een vermindering van de ernst van de aandoening tot gevolg heeft (Han, Tijhuis, Lean & Seidell, 1998; Neter, Stam, Kok & Grobbee, 2003; Peeters et al., 2003; Johansson et al., 2009). Hoe deze vermindering van lichaamsgewicht tot stand kan komen om de gezondheidsrisico's te verminderen komt later aan bod.

Wanneer heeft iemand overgewicht/obesitas?

Om iemand te kunnen beoordelen op zijn lichaamsgewicht is er een indeling gemaakt, namelijk: ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht of obesitas. Het beoordelen gebeurt op verschillende manieren. Eén van deze manieren is meten middels de BMI (Body Mass Index), dit geeft de verhouding van lichaamslengte en lichaamsgewicht weer. Hiervoor wordt de volgende formule gebruikt; gewicht (in kg)/ (lengte (in meters)*lengte (in meters)). In tabel 1 een overzicht van de uitkomsten en categorieën.

Tabel 1: Waarden BMI (Hartstichting, 2016; Nederlandse obesitaskliniek, 2017; Voedingscentrum, z.j.)

Formule:	$\text{kg} / \text{Lengte}^2 = \text{BMI}$
Categorie	Mannen en vrouwen
Ondergewicht	<18,5
Gezond gewicht	18,5-25
Overgewicht	25-30
Obesitas	>30
Morbide obesitas	>40
Morbide obesitas	Ook bij >35 wanneer veroorzaakte gezondheidsklachten voordoen

Een andere manier die steeds meer gebruikt wordt voor het vaststellen van overgewicht of obesitas is middelomtrek. Deze methode bepaald waar de vetstapeling zich bevindt, als het vet zich rond de buik bevindt is dit nadelig voor de gezondheid en geeft dit een groter risico op onder andere hart- en

vaatziekten, diabetes en kanker ten opzichte van een persoon met een meer verspreide vetopslag (Gezondheidsnet, 2017; Infonu.nl, z.j). De middelomtrek is te meten met een meetlint, waarbij de plaatsing van belang is en het gemiddelde van de twee metingen wordt genomen; onder de onderste rib en boven de bekkenrand. De waarden zijn te vinden in tabel 2.

Tabel 2: *Waarden middelomtrek (Hartstichting, 2016)*

	Mannen	Vrouwen
Ondergewicht	<79cm	<68cm
Gezond gewicht	79-94 cm	68-80cm
Overgewicht	94-102cm	80-88cm
Obesitas	>102cm	>88cm

Een combinatie van BMI en middelomtrek geeft het beste inzicht in de gezondheid met betrekking tot gewicht van een persoon (Berkel, 2015; Voedingscentrum, z.j.).

Ontstaanswijze van overgewicht/obesitas

Het krijgen van overgewicht kan te wijten zijn aan verschillende factoren. Deze factoren kunnen per persoon verschillen, waardoor ze moeilijk te vergelijken zijn. Een langdurige, veelal subtiele onevenwichtige energiebalans is de hoofdoorzaak. Dat houdt in dat de energie-inname niet gelijk is aan het energieverbruik (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2002; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008). Een laag energieverbruik en/of een hogere energie-inname leidt op langere termijn tot overgewicht of obesitas. Met energie-inname wordt de genuttigde voeding bedoeld, en energieverbruik is de energie die nodig is voor lichamelijke processen, zoals de basale stofwisseling (verteren, opnemen en opslaan van voedsel, ademen, hart laten kloppen, etc.) en lichamelijke activiteiten (Mathus-Vliegen, Nikkel & Brand, 2005). Het toenemen van lichaamsgewicht ontstaat doordat een te hoge energie-inname aanwezig is, waardoor de overvloedige calorieën worden omgezet en opgeslagen als vetmassa in het lichaam (Gezondheidsraad, 2003). De energiebalans kan worden beïnvloed door genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren (Parsons, Power, Logan, Summerbell, 1999; Gezondheidsraad, 2003), maar ook door individuele gedragsfactoren zoals fysieke, economische en sociaal-culturele omgevingsfactoren. Wanneer de omgeving de gewichtstoename stimuleert wordt dit ook wel obesogeneomgeving genoemd (Swinburn, 1999). Een andere reden wat gebleken is uit een onderzoek van CBO (2008) dat een zittend leven/beroep en een hoge energie-inname overtuigende redenen zijn voor het toename op het risico van overgewicht of obesitas.

Lichamelijke activiteit en voeding in relatie met overgewicht/obesitas

Om overgewicht en obesitas zoveel mogelijk te verminderen is het aan te raden om de energie-inname en energieverbruik in balans te krijgen. Dit is mogelijk door energie-inname te verlagen en lichamelijke activiteit te verhogen (Gezondheidsraad, 2003; Wing, Tate, Gorin, Raynor & Fava, 2006; Medisch wetenschappelijke Raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Voedingscentrum, z.j).

Lichamelijke activiteit

Voor gewichtsreductie is lichamelijke activiteit van belang. Lichamelijke activiteit is "Elke krachtinspanning van skeletspieren resulterend in méér energieverbruik dan in rustende toestand", voorbeelden zijn fietsen, stevig wandelen of sporten (Casperse, Powell, & Christenson, 1985). Lichamelijke activiteit is een onderdeel van een gezonde leefstijl en goed voor verschillende gezondheidsredenen. Denk hierbij aan: een sterker hart, gezondere bloedvaten, verlaging van de bloeddruk, grotere longcapaciteit, verbeterd uithoudingsvermogen, fitter gevoel, het verbetert de spijsvertering, verhoging van het HDL, verbeterde glycemische controle, helpt osteoporose voorkomen, betere nachtrust, hogere levensverwachting, alerter reageren en beter om kunnen gaan met stress (Berkel, 2015). De aanbevolen hoeveelheid lichaamsbeweging uit gezondheidsoogpunt is voor de gehele bevolking 'minstens een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit (verhoging van hartslag en versnelling van ademhaling) op minimaal 5 dagen per week' (Gezondheidsraad, 2003; Volksgezondheidszorg, 2016). Echter blijkt dit niet genoeg om gewichtsverlies te resulteren. Pescatello, & Linda, (2014) stelt dat 150 tot 300 min per week matige inspanning nodig is om gewichtsverlies te bereiken.

Lichamelijke activiteit is onder te verdelen in cardiotraining (uithoudingsvermogen) en krachttraining. Matig intensieve activiteiten, zoals fietsen, wandelen of huishoudelijke klusjes zijn onderdeel van cardiotraining en kunnen langer volgehouden worden, dit resulteert in een hogere vetoxidatie en hoger energieverbruik. Met krachttraining kan het trainen van grote spiergroepen zorgen voor een vermindering op het overlijdensrisico (Bigaard, et al., 2004), het risico op het metabool syndroom (Strasser, Siebert & Schobersberger, 2010), diabetes (Snowling & Hopkins, 2006) en hart- en vaatziekten (Williams et al, 2007). Krachttraining alléén geeft minder gezondheidsresultaat dan in combinatie met cardiotraining. Een combinatie van krachttraining en cardiotraining geeft het beste resultaat ten opzichte van afzonderlijk trainen, er kan dan geprofiteerd worden van beide voordelen in tabel 3. Hierin zijn resultaten weergegeven welke soorten training welke voordelen oplevert in het menselijk lichaam.

Tabel 3: Verschillen cardio- en krachttraining (Berkel, 2015)

	Cardiotraining	Krachttraining
Botdichtheid	+++	++
Vetpercentage	--	-
Vetvrije massa	+	+++
Kracht	+	+++
Insulinegevoeligheid	++	++
HDL	++	++
LDL	--	--
Hartslag in rust	--	-
Systolische bloeddruk	--	-
Diastolische bloeddruk	--	--
VO2 max	+++	++
Basaalstofwisseling	+	++

Verschillen variëren van (---) sterke verlaging tot (+++) sterke verhoging.

Uit tabel 3 blijkt dat krachttraining het grootste effect geeft op de vetvrije massa wat zich uit in lichaamssamenstelling, maar niet in lichaamsgewicht omdat spiermassa toeneemt. Dit in combinatie met cardiotraining wat het vetpercentage verlaagd geeft het beste effect op gewichtsverlies.

Voeding

Voeding is ook een belangrijk onderdeel binnen een gezonde leefstijl. Zoals al eerder was aangegeven moet de hoeveelheid energie-inname afgestemd zijn op het energieverbruik per individu. Er zijn verschillende formules zoals, Harris-Benedict (Roza, & Shignal, 1984), Scholfield (1985) PAL en MET waarden, waarmee het energieverbruik berekend/geschat kan worden. Helaas zijn deze formules niet afgestemd per individu. In Nederland wordt uitgegaan van Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid (ADH)(Gezondheidsraad, 2015; Voedingscentrum, z.j.), en de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) (Kenniscentrum Sport, z.j.). Het Voedingscentrum (z.j.) en de Gezondheidsraad (2015) adviseert als ADH om gewicht te verliezen voor mannen 1800 kilocalorieën (kcal) per dag, voor vrouwen 1500 kcal per dag met houvast van de Schijf van Vijf. De Schijf van Vijf geeft een optimale combinatie van voedingsmiddelengroepen wat wetenschappelijk onderbouwd is, zie bijlage 1.

Ook is er door de Gezondheidsraad (2015) een richtlijn 'Goede voeding' opgesteld, hierin zitten alle voedingsmiddelen en patronen die een gemiddelde Nederlander nodig heeft om gezondheidsfactoren te verminderen en gezondheidseffecten te verhogen (Gezondheidsraad, 2003). In bijlage 1 is een korte samenvatting van 'Richtlijnen goede voeding' te vinden. Daarin staat onder andere wat iemand dagelijks zou moeten innemen, bijvoorbeeld: 'eet dagelijks ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit' en 'Drink zo min mogelijk suikerhoudende dranken'. Het Voedingscentrum (z.j.) heeft daarop enkele toevoegingen, deze zijn ook te vinden in bijlage 1, voorbeelden daarvan zijn: 'Monitor je gewicht, beweeg voldoende en eet niet meer dan je nodig hebt om je energiebalans te behouden of bereiken'. Tevens heeft het Voedingscentrum (z.j.) als ondersteuning hierop de Schijf van Vijf. Voor mensen met overgewicht of obesitas zijn enkele richtlijnen aangepast, zoals de vetinname per dag. Bij een persoon met een gezond constant gewicht wordt een vetinname van 20-40% van de totale energie inname (en%) geadviseerd. Bij mensen die het gewicht willen reduceren wordt een vetinname van 20-30 a 35 en% geadviseerd (Gezondheidsraad, 2003).

Naast goede voeding zijn er verschillende soorten diëten in omloop, zoals caloriebeperkt, koolhydraat beperkt, vetbeperkt en eiwitrijk. Een caloriebeperkt dieet (minus 600kcal (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008)) komt grotendeels overeen met ADH voor overgewicht/obesitas, en geeft een succesvoller effect op lange termijn ten opzichte van een sterk caloriebeperkt dieet (tussen 400-1200kcal). Uit onderzoek is gebleken dat een sterk caloriebeperkt dieet een grotere verlaging geeft in lichaamsgewicht, maar op lange termijn weer een snellere stijging weergeeft (Anderson, Konz, Frederich, Wood, 2001). Er wordt geconcludeerd dat een caloriebeperkt dieet het meest effectieve dieet is om gewicht te verlagen en te behouden (Langeveld & de Vries, 2013). Vetbeperking (minus 10-25energie% vet) in vergelijking met koolhydraatbeperkt dieet (<200gr koolhydraten per dag of 30en%)(zonder opgelegde caloriebeperking), laat zien dat koolhydraatbeperkt een beter

resultaat geeft na zes maanden, maar na twaalf maanden is dit resultaat nagenoeg gelijk met vetbeperking (Nordmann, Nordmann, Briel, Keller, Yancy, Brehm, 2006). Eiwitrijk (>25% eiwit) heeft een beter effect op het behouden van vet vrije massa (Krieger, Sitren, Daniels, Langkamp-Henken, 2006). Eiwitrijk in combinatie met koolhydraatbeperkt geeft op een termijn van twaalf maanden een groter gewichtsverlies dan caloriebeperkt. Tevens is dit verschil na vijf jaar gelijk getrokken (Avenell, Brown, McGee, Campbell, Grant, Broom, J., Jung, 2004). Hieruit kan geconcludeerd worden dat eiwitrijk gecombineerd met koolhydraat beperkt het beste resultaat geven op gewichtsverlies, hoewel dit op lange termijn geen verschil geeft met caloriebeperkt. Toch heeft eiwitrijk de voorkeur omdat dit het meeste effect heeft met betrekking tot behoud van vet vrije massa.

Twee diëten die worden toegepast binnen Afvallen met Medifit zijn *caloriebeperkt dieet* en *koolhydraatbeperkt dieet*, dit is gebaseerd op de visie van de diëtist. De andere diëten worden binnen Medifit alléén toegepast, wanneer de diëtist dit een meerwaarde vind bij een bepaald individu.

Naast de hoeveelheden en soorten voedingsstoffen, speelt de energiedichtheid ook een rol bij voeding en gewichtsverlies. De energiedichtheid wordt voor een belangrijk deel bepaald door water- en vetpercentage. Een hoog watergehalte in een product geeft een lage energiedichtheid, een hoog vetgehalte geeft een hoge energiedichtheid. Voeding met een lage energiedichtheid, zoals groenten, fruit en graanproducten hebben daardoor meer succes bij het verliezen van lichaamsgewicht. Het bevat weinig verzadigde en enkelvoudige trans-onverzadigde vetzuren en toegevoegde suikers, tevens bevatten deze producten veel gezonde nutriënten waardoor de verzadiging groter is en het een vol gevoel geeft (Gezondheidsraad, 2006; Berkel, 2015).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat meerdere eetmomenten op een dag geen verschil maakt voor meer gewichtsverlies. Volgens La Bounty et al, (2011) en Leidy & Campbell (2011) heeft het geen effect op energieverbruik, ruststofwisseling of lichaamsgewicht. Wel zal het hongergevoel bij meerdere eetmomenten verminderen en de eetlust beter te controleren zijn (Gezondheidsraad, 2003; La Bounty, et al., 2011; Berkel, 2015). Er wordt geadviseerd om minimaal drie keer per dag te eten (Berkel, 2015).

Gewichtsverlies

Als preventieve behandeling voor overgewicht wordt aangeraden om een gewichtsbeheersingsprogramma te volgen. Hierin geeft een combinatie van veranderingen in de voeding en het activiteitspatroon het beste resultaat (Medisch wetenschappelijke Raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Berkel, 2015). Er is ook gebleken dat regelmatige lichaamsbeweging en hoge inname van voedingsvezels het risico op overgewicht of obesitas doet afnemen. Net als het verlagen van de energie-inname wat zorgt voor een vermindering van overgewicht of obesitas (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008).

Vervolgens is een doel stellen een belangrijke volgende stap. Volgens de Gezondheidsraad (2003) en Pescatello, I., Linda, S. (2014) is een vermindering van 5-10% in lichaamsgewicht haalbaar. Volgens richtlijnen van National Institutes of Health (1998) en de Gezondheidsraad (2003) is een behandeling

succesvol bij een vermindering van 10-15% lichaamsgewicht. Hiervoor moet wel een realistisch doel gesteld worden (Gezondheidsraad, 2003).

Hoewel een doel realistisch gesteld is, ervaren bijna alle deelnemers tijdens het afvallen vroeg of laat een plateau waarbij het lichaamsgewicht stil komt te staan. Wanneer het stilstaan langer duurt dan twee weken is er sprake van een plateau, wat mogelijk te maken heeft met de basale stofwisseling en vochtregulering. De basale stofwisseling zal dalen doordat er gewichtsverlies plaatsvindt en minder energie nodig is voor de doorbloeding en het warm houden. Doordat er minder energie nodig is, is het goed om te kijken naar de energie-inname, zodat dit aan gepast kan worden naar wat het lichaam nodig heeft (Hulp bij afvallen, 2016). Ook kan het zijn dat het lichaam in spaarstand komt, wanneer er langdurig regelmatig te weinig energie ingenomen wordt, past het lichaam zich aan en gaat het zuiniger om met reserves. Als gevolg een snelle stijging in lichaamsgewicht bij meer energie-inname (Hulp bij afvallen, 2016).

Ondanks de vele onderzoeken op het gebied van afvallen, overgewicht en/of obesitas is er niet voldoende onderzoek gedaan naar het beloop en de ontwikkelingen van overgewicht en obesitas bij bepaalde doelgroepen kinderen, adolescenten en volwassenen, maar ook individuele oorzaken en condities. Tevens is er ook weinig onderzoek naar interventieprogramma's die voldoen aan de eisen van de huidige gezondheidsbevordering (Gezondheidsraad, 2003).

Gewichtsbehoud

Wanneer een doel van gewichtsverlies is bereikt, moet het gewicht worden gestabiliseerd (Gezondheidsraad, 2003). Dit wordt ook wel gewichtsbehoud genoemd, en is te definiëren met 'het gewicht na een interventie vasthouden en niet noemenswaardig aankomen waarbij een kleine stijging van 1-2 kilo normaal is' (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008). Uit onderzoek van Wing & Phelan (2005) blijkt dat 20% van alle afvallers succesvol is in het behouden van het behaalde resultaat. Dit heeft mede te maken met het feit dat afvallers gemiddeld weer 33-50% aankomen van het verloren gewicht (Pescatello & Linda, 2014). Wat van meerwaarde kan zijn om deze terugval te voorkomen is een face-to-face follow up. Er wordt dan ook geadviseerd om na één jaar interventie, één jaar follow-up te volgen, wanneer dit driemaandelijks wordt herhaald heeft dit het meest effect. (Medisch wetenschappelijke raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; PON, 2010)

Dat voeding en bewegen een belangrijk punt is binnen afvallen is meerdere keren benoemd. Gedragsverandering is daarbij ook een belangrijk onderdeel. Wat blijkt uit de constataties uit een studie van Wing & Phelan (2005), dat een groot deel van de deelnemers die geen gewichtsbehoud hadden, ook een onvermogen hadden om gezond eetpatroon en lichaamsbeweging te handhaven. Waarmee het belang van gedragsverandering en behoud daarvan benadrukt wordt voor langdurig gewichtsverlies. Ook blijkt dat wanneer voeding/dieet een gehele week consistent wordt toegepast, dit meer kans heeft op handhaven van het gewicht dan alleen consistent op werkdagen. Door flexibiliteit in het dieet toe te staan, is de kans op risicosituaties verhoogd en daarbij de kans groter dat het verlies van (gewicht)controle ontstaat. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat gezondheidstriggers tot een beter resultaat van gewichtsverlies lijdt. Voorbeelden van deze triggers zijn; een arts die verteld gewicht te verliezen, of

een familielid die een hartaanval had. Ook blijkt een medische trigger een mindere terugval te hebben op termijn van 2 jaar, en het afvalproces iets te vergemakkelijken.

Hoewel resultaat halen van belang is, is behouden van resultaat ook belangrijk. Want wanneer er in het eerste jaar veel gewicht is toegenomen, het niet waarschijnlijk is dat dit gewicht in het tweede jaar weer hersteld naar het eerder behaalde doel. Toch blijven deelnemers over het algemeen gemiddeld lager dan 10% onder het start gewicht (Wing & Phelan, 2005). Wat kan helpen om terugval te voorkomen is een onderhoudsfase wat volgt na de interventie. Door een follow-up van één jaar kunnen veranderingen (in gewicht) tijdig worden gesignaleerd en indien nodig aangepakt. Een gemiddeld gewichtsverlies van 7-10% na zes maanden interventie, en een handhaving van 5-6% na één jaar, is standaard volgens Wing & Phelan (2005). Ook op een langer termijn zijn verschillende onderzoeken gedaan naar gewichtsverlies en gewichtsbehoud. Zoals een onderzoek van Phelan, Hill, Lang, Dibello & Wing (2003) wat beschrijft dat veel mensen (59%) met een gewichtsverlies van >10%, de terugval kunnen beperken tot twee kilogram op een termijn van 24 maanden.

Uit onderzoek van Wing & Phelan, (2005) zijn er belangrijke punten voor het zelfstandig langdurig behouden van lichaamsgewicht bij volwassenen met overgewicht. Dit zijn; een hoge lichamelijke activiteit (>250 min per week, te minste 30 min per keer), lage calorie- en vet inname, wel ontbijten, zelf regelmatige gewichtsbewaking, het houden van een consistent eetpatroon en het tijdig opsporen van gewichtsstijging en dit tackelen. Ook blijkt sociale steun en een psychologische stabiliteit een bijdrage te leveren aan gewichtsbehoud (Elfhag, 2005).

Gedrag in relatie met afvallen

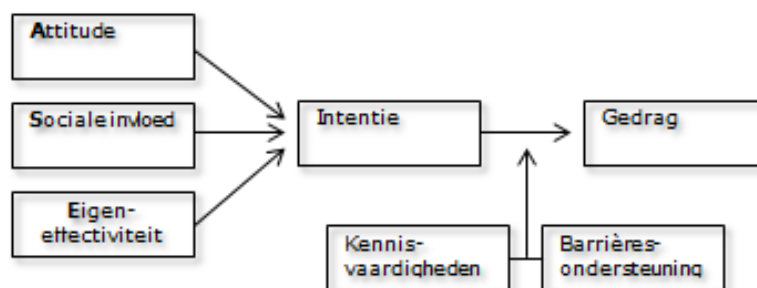
Iedereen heeft een eigen leefstijl wat samenhangt met het gedrag dat zij vertonen, zo ook het ontstaan van overgewicht en/of obesitas. Om het ongezonde gedrag te veranderen naar gezond gedrag is gedragsverandering nodig. Gedrag is alles wat zichtbaar is in wat we doen en denken. Hierin is onderscheid te maken in bewust en onbewust gedrag. Bewust gedrag is gepland, onbewust gedrag doet iemand automatisch. Gewoontegedrag is gedrag dat onbewust en doelgericht wordt vertoont. Dit onbewust gedrag wordt bepaald door genetische aanleg, omgevingsfactoren, sociale, fysieke en economische omstandigheden. Bewust gedrag is intentioneel gedrag, dit is een keus op zorgvuldige afweging en op grond van beschikbare informatie (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2002).

Om gedragsverandering te laten plaatsvinden is de éérste stap dat de deelnemer bewust is van het probleem, anders hecht men geen waarde aan de verandering (Gezondheidsraad, 2003; Brug, Assema & Lechner, 2007). Deze eerste stap is een onderdeel van het Stage of Change model (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Een persoon bewust maken van het feit dat hij te veel eet en te weinig beweegt wat de oorzaak zal zijn van overgewicht of obesitas is stap een. Wanneer deze bewustwording heeft plaatsgevonden, is er een mogelijkheid om de verandering aan te gaan. Met behulp van een multi-therapeutische benadering zoals een diëtist, fysiotherapeut en gedragstherapeut is de kans op succes groter. Het is essentieel om realistische doelen te stellen, een gewichtsverlies en behoud van 10% is volgens deskundigen een realistische

doelstelling, die in eerste instantie is gericht op de verandering van voeding en beweeggewoonten (Gezondheidsraad, 2003). Vervolgens worden de volgende stappen binnen het Stages of change model doorlopen: het overwegen, plannen maken, plannen uitvoeren en het behouden van het gewenste gedrag. Het behouden van het gedrag begint als de gedragsverandering een langere tijd (meestal zes maanden) is volgehouden en het een gewoonte is geworden. Aangezien het model een cyclisch model is, is er sprake van mogelijke terug val, hierbij is het van belang om dan opnieuw de terug gevallen stappen te doorlopen (Brug et al., 2007).

Naast het Stages of change model zijn er nog vele andere gedragsmodellen die een bijdrage kunnen leveren om het gedrag te veranderen of te achterhalen waarom bepaald gedrag vertoont wordt. Enkele modellen die toegepast (kunnen) worden binnen Medifit zullen verder uitgelegd worden.

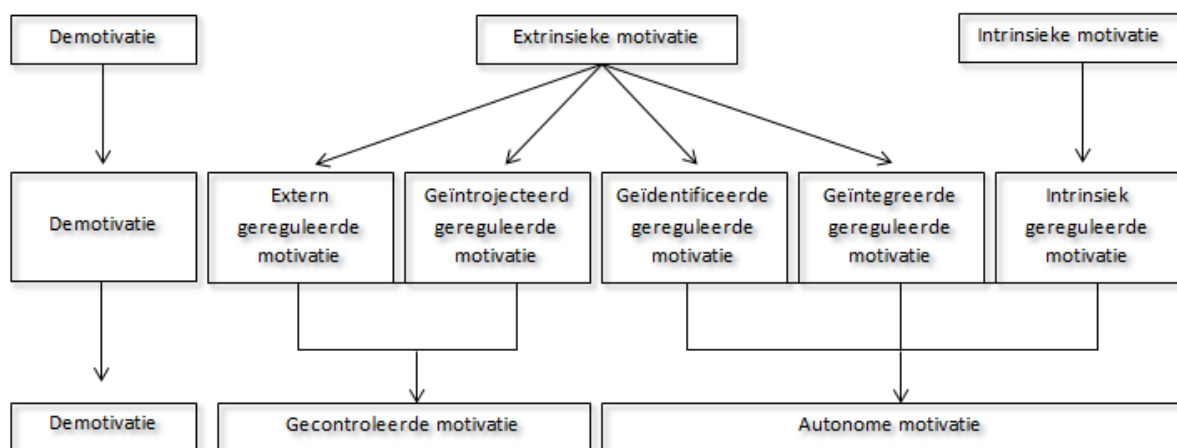
De theorie van Gepland Gedrag is een optie om erachter te komen wat de intentie is van het vertonen van bepaald gedrag, wat vervolgens beïnvloed kan worden. Hiervoor zijn enkele determinanten van invloed. 'Attitude', 'subjectieve normen' en 'waargenomen gedragscontrole' voorspellen de intentie tot gedrag, wat vervolgens het gedrag voorspelt (Brug et al., 2007). Een vergelijkbare en meer gebruikelijke theorie is het ASE-model (attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit). Het verschil tussen deze modellen is dat subjectieve norm is vervangen door sociale invloed. Sociale invloed is te verdelen in drie soorten; subjectieve norm, sociale steun of sociale druk, en modelling of voorbeeldgedrag. Het tweede verschil met het model van Gepland gedrag is dat waargenomen gedragscontrole is vervangen door eigen-effectiviteit. Dit heeft alleen betrekking op de naam maar zijn vergelijkbaar (Brug et al., 2007). In figuur 1 is een schematische weergave te zien van het ASE-model. Door middel van dit model kan bepaald gedrag achterhaald worden, maar kan ook worden nagegaan waarom bepaald gedrag niet wordt vertoont. Mogelijke barrières kunnen dan worden opgelost.



Figuur 1: ASE model

Wat al eerder is aangehaald is dat motivatie van groot belang is. Om erachter te komen of mensen ook echt gemotiveerd zijn om gedrag te willen veranderen, is er een theorie waarin men kan achterhalen in welke mate een deelnemer gemotiveerd is. Dit is de Self Determination Theorie. Tevens is het model gericht op het ondersteunen om gewenst gedrag mogelijk te maken. De motivatie van mensen kan variëren tussen demotivatie, extrinsieke motivatie en intrinsieke motivatie wat te zien is in figuur 2. Bij demotivatie is er geen motivatie. Bij externe motivatie is er een motivator om beloningen te geven of te straffen. Bij geïntrojecteerde motivatie wordt er eigen waarde gekoppeld aan verandering. Geïdentificeerde motivatie, geeft een persoonlijk belangrijk of zinvol gevoel

vanuit de persoon zelf. Geïntegreerde motivatie wordt toegepast omdat het past bij het individu zelf. De laatste motivatie is intrinsieke motivatie het individu vindt het leuk of interessant dus komt uit zichzelf. De laatste drie motieven komen vanuit het individu zelf, ook wel autonome motivatie genoemd. Autonome motivatie gaat samen met behoeftebevrediging en is daarom kwalitatief hoogstaande motivatie, die bijdraagt aan optimaal functioneren (Deci & Ryan, 2000). Om het gedrag te kunnen beïnvloeden zijn er binnen het model nog drie belangrijke factoren, dat zijn autonomie, verbondenheid en competentie, ook wel ABC genoemd. Door het toepassen van ABC is er de mogelijkheid om de motivatie te verschuiven naar intrinsieke motivatie. Autonomie kan beïnvloed worden door de deelnemers mee te laten beslissen en zelfstandigheid te geven. Verbondenheid kan beïnvloed worden door deelnemers te steunen of samen te laten werken met andere. Tot slot kan competentie beïnvloed worden door ze het gevoel te geven dat ze het kunnen, door bijvoorbeeld te stimuleren (Deci & Ryan, 2000).



Figuur 2: SDT model (Ryan & Connell, 1989)

Een andere theorie wat meerdere malen wordt geadviseerd in literatuur is cognitieve gedragstherapie dat van belang is om overgewicht te reduceren, en het lichaamsgewicht op langer termijn te behouden (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2002; Gezondheidsraad, 2003; Berkel, 2015). Het uitgangspunt van cognitieve gedragstherapie is de betekenis die iemand geeft aan een bepaalde situatie of gebeurtenis wat van invloed is op het gedrag en het gevoel dat daarop volgt. Cognitieve gedragstherapie is gericht op gedragsverandering(cognitie) en het anders leren denken en omgaan met voeding en bewegen. Het stellen van concrete doelen (goalsetting), zelfobservatie (monitoring) en evaluatie (self-evaluation) zijn belangrijke stappen die (samen)met de deelnemer gemaakt moeten worden. Goalsetting moet voldoen aan een termijn, vertaling naar acties en het in kaart brengen van gevolgen met bijbehorende consequenties. Bij evaluatie wordt gekeken naar het resultaat van de actie, en de reden van wel of niet succesvol uitvoeren van het doel om indien nodig weer een nieuw doel te stellen (Van Binsbergen et al, 2010; Berkel, 2015). De theorie van Implementatie intenties is te vergelijken met het kopje 'evaluatie' van Cognitieve Gedragstherapie. Hierin wordt gekeken naar het eigen handelen waarbij consequenties op voorhand worden gemaakt, wat ook wel het 'als- dan' principe wordt genoemd. Hierbij worden consequenties gesteld voor bepaalde situaties, bijvoorbeeld 'als ik ... doe' of 'als er ... gebeurt', 'dan doe

ik...' (Brug et al., 2007). Deze theorie kan een hulpmiddel zijn voor mensen die het moeilijk vinden om zichzelf te controleren in moeilijke situaties.

Wat blijkt uit onderzoek van Salmon, Mensink & Postma-Smeets, (2016) dat de sociale omgeving een belemmering kan zijn met betrekking tot voeding, waardoor mensen ander voedingsgedrag vertonen. Wat zich uit door bijvoorbeeld zichzelf aan te passen aan tafelgenoten, meer te eten in het samenzijn van familie en vrienden of om een goede indruk achter te laten. Doordat de omgeving in het weekend of vakanties anders kan zijn dan doordeweeks kunnen zij het eetgedrag hierop onbewust aanpassen. Ook blijkt volgens Ehud (z.j.) dat sommige mensen eten door het verkeerd verwerken van emotie, door frustratie, gevoel van woede, verdriet of verveling, wat mede een mogelijkheid kan zijn om regelmaat te verliezen. Hiervoor kan het 'als-dan' principe handvatten bieden (Berkel, 2015; Ehud, z.j.).

Een ander belangrijk punt is zelfregulatie dit heeft te maken met de controle over bepaalde beslissingen en het resultaat daarvan (Brug et al., 2007). Er is bewust gedrag, ook wel het reflectieve systeem, en onbewust gedrag het impulsieve systeem. Het reflectieve systeem vergt veel tijd en energie om uit te voeren. Het impulsieve systeem werkt automatisch/ spontaan door prikkels uit de omgeving. Doordat het maken van bewuste beslissingen veel tijd en energie kost hebben mensen simpelweg niet genoeg tijd en energie om alle beslissingen via reflectieve systeem te laten verlopen (Strack & Deutsch, 2004). Door inzicht te geven in het zelfregulatieproces, de vaardigheden aan te leren om dit proces te doorlopen, het stellen van reële veranderdoelen, laten beslissen over strategieën om het doel te bereiken, het eigen gedrag en consequenties in kaart te brengen en het proces met de gevolgen te evalueren, wat het door middel van Motivational Interviewing mogelijk maakt om zelfregulatie te verbeteren (Brug, et al., 2007). Motivational Interviewing is een gespreksvoeringstechniek wat een hulpmiddel is om gedragsverandering mogelijk te maken (Miller & Rollnick 2002). Dit is gebaseerd op de theoretische principes van zelfregulatie en het Stages of change model. Door een klantgerichte en directieve manier van counseling is het doel om mensen zelf hun eigen ambivalentie(overwegingen) te laten ondervinden en hen daardoor verder te helpen in het proces van gedragsverandering. Het is van belang dat het individu veel aan het woord is en de motivatie tot verandering uit het individu zelf komt (Brug et al., 2007).

Ondanks dat er verschillende onderzoeken zijn over gewichtsverlies bij overgewicht en obesitas is er te weinig onderzoek gedaan naar programma's langer dan twee jaar. Om het resultaat hiervan beter in kaart te brengen is verder onderzoek nodig. Ook is er meer onderzoek nodig naar interventies die voldoen aan de huidige opvattingen over gezondheidsbevordering (Gezondheidsraad, 2003).

Bovenstaande geeft achtergrond informatie om de onderzoeksvraag 'Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van gewichtsverlies is, zes maanden na deelname aan het programma Afvallen met Medifit? Op welke wijze kan Medifit Oss het programma 'Afvallen met Medifit' verbeteren om een toename in lichaamsgewicht te voorkomen?' te onderbouwen.

Onderzoeksmethodologie

Type en opzet onderzoek

Het onderzoek is een verklarend onderzoek omdat er op zoek is gegaan naar een verklaring voor het wel of niet behouden van het resultaat na afloop van het programma Afvallen met Medifit. Het onderzoek is tevens een cross-sectioneel onderzoek, omdat er op één moment gekeken wordt naar wat de redenen zijn van het wel of niet behouden van resultaat van het afvalprogramma per individu. De uitvoering van het onderzoek is voornamelijk een kwalitatief onderzoek, omdat niet in cijfers is aan te geven waarom bepaalde deelnemers wel of geen behoud van resultaat hadden. De redenen verschillen per persoon waardoor individuele meningen van belang zijn. De methoden die daardoor binnen het onderzoek zijn gebruikt is een interview zes maanden na afloop van het programma Afvallen met Medifit, waarbij metingen voor, na en tijdens het programma zijn gedaan.

Afvallen met Medifit

Mensen kunnen vrijwillig of op verwijzing deelnemen aan het programma 'Afvallen met Medifit'. Het doel is gewichtsverlies. Het programma duurt minimaal 12 weken (één fase) en kan per fase worden verlengt. Binnen het programma komen voeding (middels een diëtist), bewegen en coaching aan bod. Bij deelname aan het programma wordt er een intake afgenomen waarbij gezondheid, medische achtergronden, en fysieke gesteldheid van de persoon in kaart wordt gebracht met daarbij enkele leefstijl- en gezondheidsvragenlijsten en lichamelijke testen. Vervolgens wordt er een trainingsschema gemaakt en kan de deelnemer starten. De deelnemer sport twee keer per week 60 minuten bij Medifit met een opmaat gemaakt trainingsschema, waarvan ongeveer 20 minuten cardiotraining en ongeveer 20-30 minuten krachttraining. Eén keer per week is er een circuit van ongeveer 30 minuten waarbij kracht én cardio wordt gecombineerd. De andere training binnen die week wordt er ongeveer tien minuten gebruikt voor het wegen en een coachgesprek. Binnen dit coachgesprek wordt middels motivational interviewing besproken hoe het afgelopen week is gegaan en waar verbeterpunten zijn. Tot slot is er om de week een consult met de diëtiste, waar het voedingspatroon wordt bekeken, een voedingsschema op maat wordt gemaakt of aangepast en het beloop besproken.

Populatie

De populatie bestond uit alle deelnemers van Afvallen met Medifit. Met de steekproef was gekozen voor een selectie van oud-deelnemers van Afvallen met Medifit, omdat er onderzocht moet worden wat de redenen zijn waarom er wel of geen behoud van resultaat is. Dit is het best te achterhalen wanneer mensen niet meer deelnemen aan het programma maar toch het gedrag proberen te behouden in het dagelijks leven. Bovendien ontdekken de deelnemers dan wat de grootste valkuilen zijn na afloop van het afvalprogramma. Er zijn geen deelnemers uitgesloten om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Er heeft een gecontroleerde willekeurige steekproef plaats gevonden binnen de clustersteekproef, wat inhoudt dat er een groep is geselecteerd waarin alle deelnemers werden ondervraagd (Gratton, Jones & Robinson, 2011). De clustersteekproef zijn oud-deelnemers die minimaal zes maanden actief zijn geweest binnen het programma en vanaf 1 juni 2016 geen deelnemer meer zijn.

Hiervoor is gekozen omdat de deelnemers enigszins recent hebben deelgenomen aan het programma, en daardoor nog tips en tops zouden moeten weten. Ook hebben zij al zelfstandig de leefstijl proberen vol te houden waardoor deze ervaringen ook mee genomen kunnen worden. Daarnaast moesten de oud deelnemers minimaal 80% aanwezig zijn geweest tijdens het programma om de gegevens te kunnen gebruiken voor een optimaal resultaat.

In totaal voldeden zeventien deelnemers aan deze voorwaarden. Zij werden telefonisch benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Een deelnemers is telefonisch niet bereikbaar geweest. Van de andere 16 deelnemers waren tien mensen die vrijwillig wilde deelnemen aan het onderzoek. Zij hadden een vragenlijst toegestuurd gekregen om in te vullen. Vervolgens is er met alle tien de deelnemers een afspraak gemaakt wanneer het hen uit kwam, om deze vragenlijst te bespreken, extra vragen te stellen en enkele testen af te nemen.

Data verzameling

Het onderzoek vond plaats van 28-11-2016 tot 13-12-2016. De locatie was bij de organisatie Medifit. Dit was voor de deelnemers een bekende en vertrouwde omgeving. In de ruimte waar het onderzoek plaatsvond, konden de testen én het gesprek uitgevoerd worden, omdat alle middelen binnen deze ruimte gepositioneerd waren. De situatie was een één op één gesprek waarbij de onderzoeker recht tegenover de interviewer zat. Tijdens het gesprek werden geluidsopname gemaakt.

Eén week voor het interview is een vragenlijst toegestuurd (bijlage 2) naar elke deelnemer die ingevuld moest worden alvorens het interview. Deze vragenlijsten geven een beeld van de huidige leefstijl. De deelnemer werd onthaald en ontvangen met koffie of thee. Er werd een introductie gegeven van het onderzoek om de deelnemer gerust te stellen en te controleren of alles duidelijk was. Vervolgens werd het toestemmingsformulier voorgelezen door de onderzoeker, doorgenomen en ingevuld inclusief toestemming voor geluidsopname. Vervolgens startte de geluidsopname en begon het interview met het beantwoorden van algemene vragen, zoals doelstellingen, motivatie en de gezondheid (bijlage 3), waarna de opgestuurde vragenlijst werd doorgenomen en besproken op onduidelijkheden. Voor deze vragenlijsten zijn gekozen omdat er tijdens de intake van het programma dezelfde vragenlijst zijn afgenomen, om deze gegevens te vergelijken met eerdere motivaties en achterliggende informatie. Tevens geeft het een beeld van de huidige leefstijl. Aansluitend op de vragenlijst zijn er vragen gesteld over de ervaringen van de deelnemers tijdens en na deelname aan het programma. Hiervoor is gekozen om de redenen te vragen waarom het behalen van het doel kan mislukken, of wat hen juist motiveert om het doel te behalen/behouden. De afsluitende vraag was of de deelnemer nog iets kwijt wil wat van belang kon zijn voor het onderzoek. Na afronding van het interview zijn de lichamelijke testen uitgevoerd. Eerst werd de lengte gemeten middels een rolmaat tegen de muur, gevolgd door het gewicht op een standaard weegschaal, en de buikomvang werd op de twaalfde rib, en op de bekkenrand gemeten middels een meetlint. Als laatst is er een uithoudingsvermogen test gedaan, betreft de Astrand fietstest óf de 6-minuten wandeltest. Zie bijlage 4 voor de testprotocollen. Er is voor deze testen gekozen omdat deze een algemeen gezondheidsbeeld en conditieniveau van een bepaald persoon weergeven. Ook is voor deze testen gekozen omdat deze tijdens de in- en outtake van het programma zijn uitgevoerd, waardoor deze gegevens een

goed beeld geven van de vooruitgang- of achteruitgang van de lichaamssamenstelling en conditie. Tot slot is het gesprek afgesloten en de deelnemer werd bedankt. In bijlage 5 is het operationalisatieschema te vinden, hierop zijn de meetinstrumenten gebaseerd.

Data-analyse

Het analyseren van de interviews is verwerkt in een Word-bestand, middels het afluisteren van de opgenomen fragmenten en overtypen wat er gezegd werd. Gevolgd door digitaal coderen met kleuren. Er is open gecodeerd, dat houdt in dat er op voorhand zonder enige aantekeningen informatie uit de interviews is gehaald, een voorbeeld is te zien in bijlage 6. Vervolgens zijn er labels en sublabels geformuleerd en vergeleken met het operationalisatieschema en tot slot samengevoegd in een codeerboom zie bijlage 7. De gegevens van vragenlijsten en de metingen zijn verwerkt in een apart Excel- bestand.

Ethiek

Binnen het onderzoek waren verschillende ethische bedreigingen. Deze zijn op voorhand geprobeerd te voorkomen. Het schenden van de privacy is een van deze bedreigingen, een oplossing is codering. Er is besproken in het toestemmingsformulier dat de namen niet in verslagen werden genoemd, en de gegevens bleven binnen het onderzoeksteam. Ook is er aan het begin van het interview aangegeven dat vragen niet beantwoord hoefde te worden wanneer men dit niet wil. De geluidsopname is ook een bedreiging. In het toestemmingsformulier gaf de deelnemer wel of geen toestemming voor geluidsopname, hierdoor kon ik citaten of meningen terug luisteren om het resultaat beter te argumenteren. Tijdens het uitschrijven van de interviews worden geen namen genoemd maar kregen een code. De naam die bij deze code past, is alleen bij de onderzoeker bekend.

Betrouwbaarheid

Om de nauwkeurigheid van de meetprocedure ook wel betrouwbaarheid genoemd, (Gratton et al,2011) van het onderzoek te waarborgen was er constant dezelfde onderzoeker die het interview uitvoerde, om te voorkomen dat er verschil is in de manier van het afnemen van de interviews (researcher error). Volgens Gratton (2011) is dat van belang voor de kwaliteit en betrouwbaarheid van gegevens. Tevens startte de onderzoeker het interview neutraal en zonder de deelnemers te kennen.

Om de antwoorden van deelnemers op de juiste wijze te interpreteren zijn er geluidsopnamen gemaakt. Bij twijfel over het interpreteren zijn deze geluidsopname gebruikt ter controle, waarna met het onderzoeksteam gezamenlijk werd geconstateerd wat de beste conclusie was van het betreffende interview.

De metingen die gedaan zijn, zijn volgens het protocol uitgevoerd. Ook was er een test- hertest uitgevoerd. Dit hield in dat de testen eerst bij iemand van het onderzoeksteam door de desbetreffende onderzoeker zijn uitgevoerd en gecorrigeerd op fouten, alvorens de interviews bij deelnemers werden afgenomen. Dit verhoogde de betrouwbaarheid van de metingen.

Validiteit

Om er voor te zorgen dat het onderzoek meet wat het wil meten, ook wel validiteit genoemd, (Gratton et al ,2011) was er een operationalisatieschema gemaakt (bijlage 5). In dit schema zijn definities uitgewerkt tot vragen tijdens het interview, deze zijn tevens te linken aan de literatuurstudie. Dit schema was met enkele studenten van Fontys sporthogeschool besproken. Daarnaast heeft de organisatie het schema beoordeeld waarna ze akkoord gingen.

Ook heeft de organisatie de face-validiteit beoordeeld, hieruit bleek dat enkele vragen overbodig waren, waardoor deze zijn verwijderd uit de vragenlijst om te voorkomen dat de deelnemers onnodig vragen invullen zonder dat dit relevante informatie op leverde. Ook is de vragenlijsten gevalideerd door Fontys sporthogeschool studenten, waaruit kwam dat de vragenlijst vraagt wat de onderzoek wil weten.

Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de meest opvallende en belangrijkste resultaten beschreven. Ze worden beschreven per onderwerpen namelijk voeding, bewegen, coaching, gewichtsverandering, motivatie en barrière, en ervaringen.

Het totaal aantal deelnemers in het onderzoek was tien. Daarvan waren er twee mannen en acht vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 45,2 jaar. Al deze deelnemers hebben de vragenlijst en het interview ondergaan. Helaas zijn er maar acht deelnemers waarbij de lichamelijke testen zijn uitgevoerd, twee deelnemers zijn uitgevallen wegens persoonlijke redenen. De kenmerken van deze acht deelnemers waren twee mannen en zes vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 43,9 jaar. Tevens zijn er van drie deelnemers geen (volledige) intakevragenlijsten bekend. Er zijn dus zeven intakevragenlijsten vergeleken met de onderzoeksresultaten.

Vragenlijst

Voeding

Uit de vragenlijst van het onderzoek (N=10) is gebleken dat meer dan de helft (zes deelnemers) heeft aangegeven te weten dat ze niet altijd gezond eten, daarvan geven vijf deelnemers aan dit te willen veranderen om de gezondheid te verbeteren. Dan zijn er nog drie deelnemers die aangeven dat ze gezond eten, en een deelnemer dént gezond te eten maar wil graag nog advies krijgen. Ook hebben de deelnemers aan moeten geven wat ze zouden willen veranderen aan hun eetgewoonten, daaruit komt twee keer 'minder snoepen'. Een andere barrière is regelmaat in voeding wat ook twee keer is benoemd. In vergelijking met de intakevragenlijsten (N=7) blijkt dat drie deelnemers wel gezond zijn blijven eten, drie anderen eten nog steeds niet altijd gezond en één deelnemer dácht gezond te eten, maar eet nu niet gezond en zou daar niets aan willen veranderen.

Bewegen

Bewegen is ook aan bod gekomen in de vragenlijst van het onderzoek. Hier is uit voortgekomen dat zes deelnemers de afgelopen één tot zes maanden nog regelmatig bewegen/sporten, de andere vier deelnemers bewegen/sporten wel maar niet regelmatig. In de vrije tijd bewegen alle deelnemers, dit kan variëren van wandelen, fietsen of tuinieren tot sporten zoals hardlopen, fitness of dansen. In vergelijking met de intakevragenlijst (N=7) blijkt dat drie deelnemers bij de intake niet sportten, nu beweegt/sport iedereen. Daarbij komt dat drie deelnemers intensiever zijn gaan bewegen/sporten, en acht deelnemers zijn extra bij een vereniging of zelfstandig gaan bewegen/sporten. Ook blijkt uit de vragenlijst dat de deelnemers vaker én langer gaan sporten. Bij de intake sportte zes deelnemers minimaal één keer per week of meer, nu doen dat negen deelnemers. De activiteiten die de deelnemers gaan doen zijn voornamelijk fietsen naar werk/school (voorheen één, nu vijf) en/of extra beweeg/sport momenten zoals Fitness bij Medifit, hardlopen of bij een andere vereniging. De meest voorkomende reden die mensen tegenhoudt om te bewegen/sporten is tijd en/of geld. Tijd was vijf keer genoemd, deze barrière is verminderd bij twee deelnemers, geld blijft op de tweede plaats met twee deelnemers. Tot slot zijn er nu drie deelnemers die geen beperkingen ervaren om te gaan bewegen/sporten, voorheen was dat één deelnemer.

Coaching

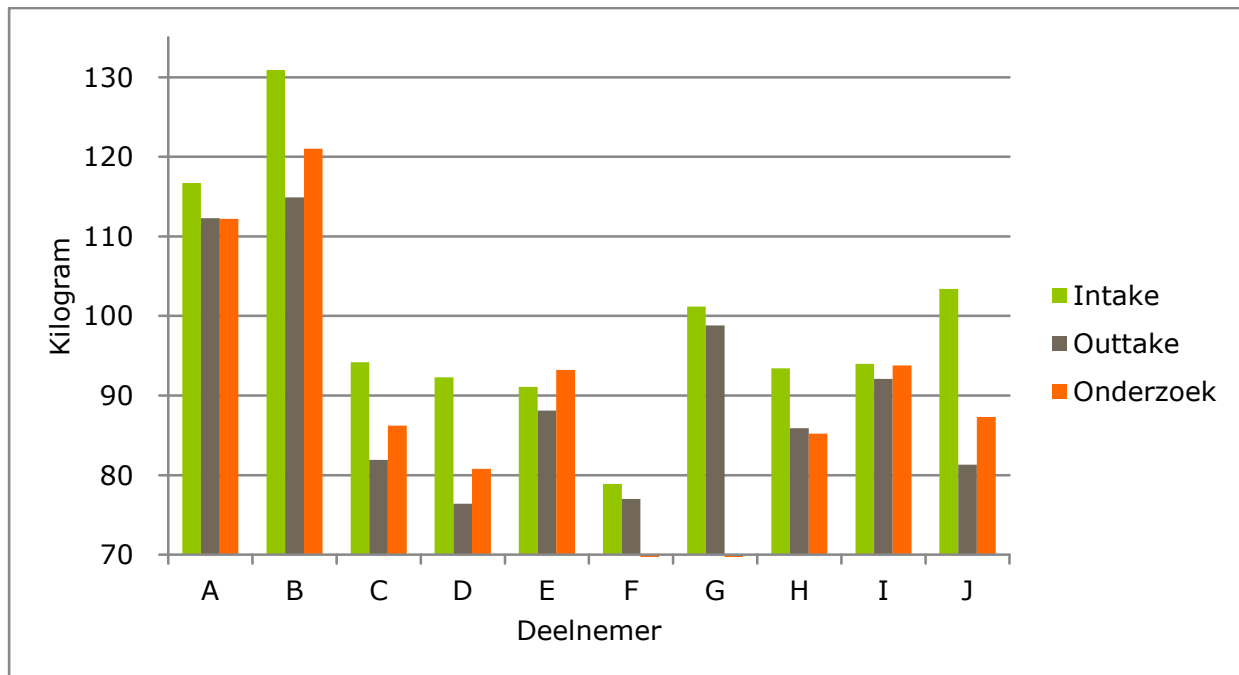
Er zijn verschillende redenen te wijten voor deelname aan het programma Afvallen met Medifit. Uit onderzoek is gebleken dat de meerderheid twee of meer redenen aangeeft om deel te nemen aan het programma. De eigen gezondheid is zeven keer benoemd, gewichtsverlies en de mentale gesteldheid zoals 'Ik zit niet meer lekker in mijn vel', zijn beide benoemd door vijf deelnemers. Opvallend is dat twee deelnemers mede gestart zijn om de inhoud van het programma. Tevens zijn er ook verschillende redenen om na zes maanden te stoppen met het programma. Veel voorkomend, namelijk zes keer, is dat er geen vooruitgang meer is in gewichtsverlies. Ook blijkt dat vier mensen mede zijn gestopt vanwege beperkingen binnen het programma, zoals te hoge kosten, onhandig tijdstip, weegmoment en/of de overbodige functie van de diëtiste. Verrassend uit het onderzoek kwam dat drie mensen het te druk hebben met andere zaken om door te gaan met het programma.

Alle deelnemers beoordeelden de eigen leefstijl met een score (0-10), waarvan ze vinden hoe goed en gezond zij op dit moment leven. Voor de start van het programma was de score gemiddeld 4,9 (SD 1,8). Enkele omschrijvingen zijn: *'Door meer en bewuste activiteiten wil ik bereiken dat ik enkele kilo's ga afvallen'*, en *'Ik ben te zwaar, heb geen conditie en er moet echt iets veranderen in mijn eetgedrag, maar alleen lukt het me niet'*. De score is bij alle deelnemers aanzienlijk verbeterd na zes maanden deelname aan het programma wat blijkt aan de cijfer tijdens het onderzoek, dit is gemiddeld 6,4 (SD 1,0). Wat blijkt uit enkele citaten zoals: *'Ik ben meer gaan bewegen het afgelopen jaar en ook afgevallen'*. *'Ik denk dat ik best wel gezond leef, maar het moet meer naar de regelmaat'*. Deze scores geven een stijging van gemiddeld 1,8 (SD 1,7).

Interview

Gewichtsverandering

De deelnemers (N=10) hadden bij de start van het programma Afvallen met Medifit een gewicht van gemiddeld 99,6kg (SD 14,7) aan het eind van het programma (na zes maanden) hadden de deelnemers een gemiddeld gewicht van 90,9kg (SD 13,8) dat betekend een vermindering van gemiddeld 8,8kg wat uitkomt op totaal 9% gewichtsafname. Zes maanden nadat de deelnemers zelfstandig de leefstijl hebben voortgezet hebben ze deelgenomen aan het onderzoek. Acht deelnemers hebben de antropometrie ondergaan, het gemiddelde gewicht bij zes maanden na afloop van het programma is 95,0kg (SD 14,2) dat is een stijging van gemiddeld 3,5kg wat uitkomt op gemiddeld 4% toename. In tabel 3 is een daling van de intake tot outtake van het programma te zien, en in de meeste gevallen een stijging van de outtake tot het onderzoek.



Figuur 3: het gewicht van de deelnemers tijdens de intake, outtake en het onderzoek.

Motivatie en barrière

Er zijn door de deelnemers verschillende redenen gegeven die de motivatie voor het programma bevorderen. Deze bevindingen kunnen van belang zijn om een deelnemer een duwtje in de rug te geven om weer harder te werken aan zijn doel, of om uit een moeilijke periode te komen. 'Emotie' en 'gevoel' spelen een grote rol binnen het programma, dat blijkt doordat dit door acht deelnemers is omschreven. Met name de *voordelen voelen* (elf keer benoemd) en de *voordelen zien* wat zes keer is benoemd. De meest benoemde factor binnen *voordelen voelen* is 'fitter voelen'. De twee meest benoemde factoren binnen de *voordelen zien* uit zich in uiterlijk en/of gezondheidsvoordelen zoals conditie en bloeddruk. Hoewel 'gezondheid' een grote rol speelde om deel te nemen aan het programma (zeven keer), is dit bij de motivatie minder van belang, en wordt door vier deelnemers benoemd. De meeste motivatie van gezondheid is voor de deelnemers te halen uit de gezondheidshistorie binnen de familie, eigen gezondheid of gezondheidservaringen. Verrassend uit het onderzoek kwam de 'omgeving'. Drie deelnemers halen motivatie uit externe personen door bijvoorbeeld gezinsleden die mee diëten, kinderen waarmee je wilt spelen of een vriendin als sportmaatje. Een ander veelvoorkomende motivatie is het 'groepsgevoel' binnen het programma wat negen keer is benoemd. Dit blijkt uit enkele citaten: *'Leuke mensen om je heen allemaal in het zelfde schuitje'*, *'Je helpt elkaar een stapje verder'* en *'Ik haalde er vooral heel veel uit omdat ik met die personen in het zelfde groepje zaten dat je met elkaar kunt praten'*. Als laatste is één bepaald onderdeel van het programma ook een motivatie, dat blijkt uit het zes keer benoemen van het 'circuit', omdat het in een groep is en je wordt gepushed. Ook de onderdelen 'wegen' (resultaat zien) en de 'diëtiste' (tips en tricks) zijn een motivatie wat beide twee keer benoemd.

Naast motivatie zijn er ook barrières die het afvalproces kunnen vertragen. Door dit zo veel mogelijk in kaart te brengen zijn er mogelijkheden om na afloop van het programma het gewichtsbehoud beter onder controle te krijgen. Uit het onderzoek is gebleken dat er per individu verschillende factoren een barrière zijn

om gewichtsreductie te laten plaats vinden. Bij zes deelnemers blijkt wanneer er 'niet voldoende voortgang is te zien' in het proces, dat ze de motivatie niet snel kunnen herpakken om door te gaan. Ook blijkt dat 'regelmaat' een groot hekelpunt is bij vier deelnemers. Het is lastig om in iedere situatie regelmaat te houden met voeding én bewegen met name in weekenden en/of vakanties. Bij drie deelnemers blijkt 'emotie' te spelen, dat wanneer zij stress ervaren en/of schaamte voelen wanneer ze niet zijn afvallen, als een barrière zien. Eveneens vinden drie deelnemers het een drempel om op de weegschaal te stappen, het moeilijk om zich met feestjes aan het programma te houden en/of vinden de kosten van het programma te hoog. Vervolgens zijn er nog verschillende factoren die als barrière gezien worden met een overeenkomst van twee deelnemers. Dat zijn: jezelf niet fijn voelen, jezelf op een laatste plaats zetten, snel verlijd zijn (snoep), te veel met voeding bezig zijn, het niet leuk vinden om te sporten en te vermoeid zijn om s 'avonds nog te sporten en vakanties. Tot slot zijn er nog enkele factoren benoemd die een enkele keer worden benoemd, dat zijn: niet prettig om te sporten/omkleden tussen slanke mensen, de coachgesprekken waar ik ontevreden weg ga, en de meest verrassende factor is het missen van onderbouwingen met voeding.

Ervaringen

Tijdens het onderzoek is gevraagd naar tips over het programma, daar zijn enkele onderlinge overeenkomsten. Er zijn drie deelnemers die vinden dat de diëtiste na fase twee overbodig wordt, omdat deelnemers dan al veel weten op voedingsgebied. Ook ondervinden drie deelnemers verschil binnen de uitvoering van krachttoefeningen met sporten, omdat hier niet voldoende of niet de juiste correcties worden gegeven. Dan zijn er nog twee deelnemers die vinden dat er een vetpercentage meter moet komen. Daarnaast zijn er ook tips gegeven die maar door één deelnemer is benoemd dat zijn: bij de groepsles van te voren bedenken wat je gaat doen en dit op tijd klaarzetten, begeleiders meer directief laten zijn, de groepslessen twee keer per week aanbieden, betere controle op afwezigheid, meer bekendheid en informatie over de psychosomatische fysiotherapeut, meer bekendheid over de groepscoachmomenten en dat er een vervolg traject mag komen op het bestaande programma voor deelnemers die hun doel hebben behaald.

Tijdens het onderzoek is ook gevraagd naar tops over het programma, ook hier zijn veel onderlinge overeenkomsten. De helft van de deelnemers hebben gezegd dat het circuit een top is. Vier deelnemers vinden de maandelijkse externe activiteiten leuk. Ook vinden drie deelnemers dat de bootcamp, de groepsgesprekken en de begeleiding top zijn. Dan zijn er nog tops die door twee deelnemers zijn benoemd, dat zijn; de diëtiste met goede adviezen en opties om het doel te bereiken, de groepslessen met veel uitdaging en afwisseling, de vele opties en mogelijkheden om problemen op te lossen, de sfeer binnen de groep en als laatste psychosomatisch therapeut. Tot slot zijn er nog enkele tops gegeven die maar door één deelnemer is aangegeven, dat is de persoonlijkheid die de begeleiding heeft met de deelnemer, de veelzijdigheid en maatwerk van het programma en het groepsgevoel/respect.

Wat een opvallend resultaat was, dat één deelnemer na het interview weer is gestart met het Afvalprogramma, omdat ze beseftte dat ze toch niet gezond leefde zoals ze zou willen.

Als extra bijvangst is uit veel interviews gekomen dat de deelnemers zelf met een oplossing of tip komen voor een probleem wat zij ervaren. Hieruit blijkt nogmaals dat regelmaat houden belangrijk is. Het creëren van vaste pauzes op het werk helpt hierbij, maar ook in de weekenden regelmaat houden door bijvoorbeeld je tussendoortjes in de ochtend voor te bereiden. Ook het regelmaat brengen in je leven m.b.t. bewegen, door bijvoorbeeld op de fiets naar het werk te gaan, of dagelijks een beweegmomentjes plannen. Tevens is benoemd dat je zelf voor een controle kan zorgen buiten het programma om, door iemand te vragen om jou wekelijks te wegen om toch een stok achter de deur te hebben. Tot slot is aangegeven dat je het aanpassen van je leefstijl niet alleen tijdens het programma moet doen, maar dat je structureel een andere leefstijl moet toepassen voor de rest van je leven. Dit kan toegepast worden door hier voornamelijk voorlichting over te geven, waarbij deze tips mee gegeven kunnen worden.

Discussie

Kritisch naar resultaten

In dit onderzoek worden verschillende resultaten gekoppeld aan literatuur om inzicht te krijgen in de redenen waarom er géén behoud van resultaat is na zes maanden van het programma Afvallen met Medifit, met als doel om het programma te verbeteren.

Wat betreft voeding blijkt uit de resultaten dat voornamelijk verleidingen moeilijk te zijn weerstaan. Uit onderzoek van Mensink & Feunekes (2015) en Ehud (z.j.) blijkt dat dit te maken heeft met zelfregulatie. Het impulsieve systeem wordt vaker gebruikt omdat men nagenoeg te weinig tijd en energie heeft om over alle keuzes na te denken. Ook blijkt de obesogenesamenleving daarbij niet bevorderlijk door de vele mogelijke verleidingen in de omgeving die mensen moeten weerstaan. Die vele verleidingen in combinatie met het impulsieve systeem werkt niet bevorderlijk voor het maken van de gezonde keuzes (Strack et al., 2004; Rademaker & Vet, 2015). Om zelfregulatie meer onder controle te krijgen moet dit getraind worden, ondanks dat blijft het in de praktijk lastig om dit in alle situaties toe te passen door veel externe factoren (Mensink & Feunekes, 2015; Rademaker et al, 2015; Ehud, z.j.). Dit trainen kan door het doorlopen van het zelfregulatieproces, het stellen van veranderdoelen, strategieën beslissen voor het bereiken van het doel, eigen gedrag en consequenties in kaart brengen en het proces te evalueren. Dit alles met behulp van Motivaitonal Interviewing leidt tot een betere zelfregulatie (Brug, 2007; Thijs, A., Fisser, P., & Hoeven, M. van der, 2014).

Ook blijkt regelmaat houden een probleem te zijn. Volgens Salmon, Mensink & Postema-Smeets, (2016) heeft dit te maken met de sociale omgeving, waardoor mensen anders of ongezonder voedingsgedrag vertonen. Doordat de omgeving in het weekend of vakanties anders kan zijn dan doordeweeks, kunnen zij het eetgedrag hierop (on)bewust aanpassen. Uit een ander onderzoek van Wing & Phelan (2005) blijkt dat consistent zijn in voeding gedurende een hele week, beter is voor gewichtsbehoud dan alleen consistent zijn op werkdagen, omdat het terugvalrisico dan groter is. Hierdoor is het van belang dat regelmaat gehouden wordt. Wat een mogelijke andere optie is, is volgens Ehud (z.j.) dat sommige mensen eten door het verkeerd verwerken van emotie, wat mede een mogelijkheid kan zijn om regelmaat te verliezen.

Binnen Afvallen met Medifit wordt voeding aangeboden vanuit de visie van de diëtist, waarbij diëten voornamelijk uit calorie- en/of koolhydraatbeperkt bestaan. Hoewel uit literatuur blijkt dat eiwitrijk dieet zorgt voor gewichtsverlies, het in stand houden van de vetvrije massa in, en het lijkt gunstig voor gewichtsbehoud, is dit in tegenstrijd met de werkwijze van de diëtiste (Krieger, Sitren, Daniels, Langkamp-Henken, 2006).

Verder blijkt dat vier deelnemers nog wel gezond eten, de helft niet meer altijd gezond eet en een deelnemer ongezonder eet en dit niet wil veranderen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de type motivatie die een individu heeft (Deci et al., 1985). Bij intrinsieke motivatie zal de deelnemer vanuit zichzelf iets willen bereiken, en is het minder een issue om gezonde voeding vol te houden omdat dit vanuit het individu zelf komt, ze willen daadwerkelijk iets veranderen. Bij extrinsieke motivatie is er een externe prikkel nodig om iets te bereiken.

Wanneer deze externe prikkel verdwijnt zal de motivatie ook (deels) verdwijnen. Tijdens het programma is er voornamelijk een externe prikkel aanwezig (geweest) zoals begeleiders en diëtist. Na het programma is die prikkel ontnomen waardoor het gewenst eetpatroon moeilijker is vol te houden. Ook het stages of change model (Prochaska et al, 1992) of onderdelen daarvan kunnen hierbij belangrijk zijn, met name de behoudsfase. Dit vindt plaats na een langere periode (meestal zes maanden) waarbij het gewenste gedrag is volgehouden, en het gedrag dus een gewoonte is geworden. Indien dit niet een periode van zes maanden is volgehouden is het nog geen gewoonte geworden. Hierdoor is het van belang om deelnemers te stimuleren om twee fasen (zes maanden) deel te nemen aan Afvallen met Medifit, waarbij extra aandacht wordt gericht op de intrinsieke motivatie door het toepassen van ABC binnen onder andere de coachmomenten (Deci & Ryan, 2000). De deelnemers moeten dan meer initiatief nemen, waarmee meer autonomie, verbondenheid en competentie ontstaat en er een groter draagvlak kan worden gecreëerd.

Dat motivatie belangrijk is, is nogmaals gebleken. Wat deelnemers namelijk motiveert om hun doel te bereiken zijn voordelen die zij ervaren met betrekking tot fitter voelen, het uiterlijk en de gezondheid zoals verbeterde conditie en verlaagde bloeddruk. Ook zijn er externe motieven zoals groepsgevoel binnen het programma en het circuit. Dit heeft te maken met de successen van anderen en niet de aanwezigheid van groepsgenoten (De Groot, 2013). Wat de deelnemers demotiveert is het hebben van niet voldoende vooruitgang in gewicht, wat mogelijk te maken heeft met het plateau-effect (Hulp Bij Afvallen, 2016). Als hier sprake van is, doet Medifit er verstandig aan om een afspraak te maken met de diëtist om weer eens te kijken naar de energie-inname. De diëtist zou dan bijvoorbeeld met een voedingsdagboek kunnen berekenen wat de calorie inname is, en dit te verlagen of de samenstelling veranderen. Een andere mogelijkheid is om de lichamelijke activiteit aan te passen door anders of intensiever te trainen.

Uit een onderzoek van NOC*NSF (2014) blijkt dat de gezondheid een grote rol speelt om te sporten bij Nederlanders tussen 45-64 jaar. Bij deelnemers van het onderzoek was gezondheid voornamelijk ook de reden voor deelname aan het programma en dus ook om meer te gaan bewegen/sporten. Ook blijken de barrières tijd en geld voor bewegen/sport overeen te komen met onderzoek van NOC*NSF (2014). Hierin staat dat minder tijd in combinatie met werk, studie of school, maar ook in combinatie met gezin en minder geld om te sporten tot de top vier behoren van barrières om niet te bewegen/sporten. Dit komt dus overeen met het onderzoek.

Er zijn verschillende redenen benoemd om deel te nemen aan Afvallen met Medifit. De meest benoemde reden is gezondheid gevolgd door gewichtsverlies en lekkerder/beter in je vel zitten. Deze redenen komen voor een groot deel overeen met een onderzoek van Santos, Sniehotta, Marques, Carracia & Texeira, 2017 met uitzondering van de volgorde. Volgens Santos et al (2017) staat op nummer een; verbeteren van je welzijn, op nummer twee (84%) staat conditie verbeteren/fit blijven, nummer drie (zo'n 75%) is verbeteren van zelfvertrouwen, nummer vier is uiterlijk en als laatste in mindere mate met 33% gezondheidsredenen. Door deze gegevens per individu in kaart te brengen kan hier meer op gecoacht worden, door de deelnemers te herinneren aan iets waarvoor ze deze moeite doen. Dit helpt de motivatie verhogen. Ook blijkt dat

medische triggers een terugval op termijn van twee jaar verminderen. (Wing & Phelan, 2005)

Daarentegen zijn ook redenen om te stoppen met het programma, deze redenen zijn voornamelijk 'geen vooruitgang meer zien' wat waarschijnlijk te maken heeft met het plateau effect. Dit houdt in dat er een moment komt waarbij je lichaam is gewent aan een andere calorie-inname en calorieverbruik (Hulp Bij Afvallen, 2016). De overige redenen om te stoppen met het programma: te druk met andere zaken of problemen met het programma zoals kosten, diëtiste, tijdstip of het wegen, zijn voornamelijk te refereren aan motivatiegebrek wat volgt uit het niet op de juiste manier stellen van prioriteiten.

Uit de resultaten van de gewichtsmetingen zijn opvallende resultaten gekomen. Zo blijkt dat bij de intake tot de outtake veel gewichtsverlies heeft plaatsgevonden, gemiddeld 9% gewichtsverlies. Dit komt overeen met de eerder genoemde realistische doelstelling van 5-10% volgens Gezondheidsraad (2003) en Pescatello, I., Linda, S. (2014). Hieruit kan geconcludeerd wordt dat het programma Afvallen met Medifit effectief is. Van de outtake tot het onderzoek is het gewicht toegenomen, dit was de zelfstandige fase van zes maanden. Uit literatuur blijkt dat 33-50% van het verloren gewicht weer toeneemt. Dit is in overeenstemming met de ondervonden resultaten, namelijk 38%.

Uit onderzoek van Wing et al, (2006) en CBO(2007) blijkt dat een face-to-face follow-up een terugval kan verminderen. Tevens blijkt dan een onderhoudsfase van één jaar terugval kan verminderen (PON, 2010). Dit kan een mogelijke aanvulling zijn voor Afvallen met Medifit.

Als dan wordt gekeken naar het gewicht van de intake en het onderzoek blijkt dat het gewicht na zes maanden toch nog lager is dan bij de intake. Dit is in overeenkomst met het onderzoek van Phelan et al, (2003).

Er is dan nog een totaal gewichtsverlies van gemiddeld 5% van intake tot zes maanden na Afvallen met Medifit. Dit is redelijk veel. Uit onderzoek van Wing & Phelan (2005) is dit resultaat na één jaar te zien, bij het huidige onderzoek is dit na zes maanden. Hieruit blijkt dat er heel wat winst te behalen valt binnen Medifit.

Deze resultaten hebben mogelijk te maken met de terugval in de behoudsfase in de cyclus van het Stages of change model (Prochaska et al, 1992). Dit blijkt doordat er pas sprake is van gedragsbehoud als een gedragsverandering en behoud heeft plaatsgevonden. Wanneer er langzaam oude gewoonten terug sluipen in het nieuwe patroon is er dus geen sprake van gedragsbehoud, maar van (een tijdelijke) gedragsverandering. Ten gevolge van de terugval moeten de teruggevallen stappen herhaald worden om opnieuw tot de behoudsfasen te komen. Een mogelijke face-to-face onderhoudsfase kan Medifit helpen om deelnemers tijdig te waarschuwen voor een terugval (Medisch wetenschappelijke raad van Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; PON, 2010).

Enkele tips zijn genoemd die verbeterd kunnen worden om het programma te optimaliseren. Er is door deelnemers aangegeven dat ze graag een vetpercentagemeter willen om te zien of ze wel vet verbranden wanneer zij niets afvallen. Uit literatuur blijkt dat verschillende vetmeetmethoden onbetrouwbaar zijn of veel tijd en geld kosten. De onderwatermethode is het meest betrouwbaar, maar niet 100%, in verband met gassen, lucht, darminhoud e.d. waar geen rekening mee is gehouden (Etienne, 2014). Ook blijkt dat scantechnieken wel betrouwbaar zijn, maar zijn duur en het kost veel tijd

(Etienne, 2014) wat niet haalbaar is binnen de organisatie. Speciale weegschalen zoals bio-impedantiemeters die alleen het bovenlichaam of onderlichaam meten zijn onbetrouwbaar doordat water beter geleid dan vet, en omdat spieren, botten en organen meer water dan vet bevatten geeft dit een vertekend beeld (Etienne, 2014). De huidplooiemeting is redelijk betrouwbaar wanneer deze goed wordt uitgevoerd. Waarbij expliciet wordt gelet op de dikte van de huidplooi en hoeveelheid knijpkracht. Want kleine verschillen kunnen al een groot afwijkend eindresultaat weergeven (Etienne, 2014). De meest betrouwbare en haalbare meting binnen Medifit is door geen vetpercentage te meten, maar alleen het gewicht in kilogrammen te meten, door constant dezelfde standaard weegschaal en hetzelfde meetmoment te gebruiken, zonder vergelijking met andere apparaten/weegschalen (Etienne, 2014).

Tevens is aangegeven als tip voor het programma dat de diëtiste in fase twee overbodig is omdat deelnemers dan al veel weten met betrekking tot voeding. Of dat de diëtiste ook echt overbodig is, is niet onderzocht binnen dit onderzoek. Medifit kan de diëtiste na fase twee niet meer standaard in het pakket toevoegen, maar op afspraak een consult plannen met de diëtiste. Hierdoor worden de kosten van het programma in fase twee ook verlaagd, wat aantrekkelijker is voor enkele deelnemers die aangaven dat de kosten te hoog waren. Tevens is het verstandig om een maximaal aantal consulten te hanteren, zodat dit prijstechnisch te verrekenen is.

Tot slot heeft één deelnemer een voorstel gedaan om een vervolg traject te starten voor deelnemers die het doel al hebben bereikt. Om dit in werking te stellen of hier meer behoefte voor is, zal een vervolg onderzoek uitgevoerd moeten worden.

Kritisch naar onderzoek

Positieve punten

Er zijn sterke punten van het onderzoek die voorafgaand aan het onderzoek niet zijn beschreven, maar die wel de betrouwbaarheid hebben verhoogd.

Het onderzoek heeft een hoog respons, namelijk tien van de zeventien deelnemers, dit is 59%. Doordat het onderzoek met een groot respons is uitgevoerd ten opzichte van de populatie, en de resultaten regelmatig overeenkomen met andere respondenten kan gezegd worden dat de resultaten voor een groot deel overeen kunnen komen met de (oud) deelnemers binnen Medifit. De ondervonden resultaten geven daardoor inzicht in wat er met de deelnemers binnen Medifit afspeelt tijdens maar ook na Afvallen met Medifit.

De keuze voor een kwalitatief onderzoek is een geschikte keus geweest binnen dit onderzoek. Door kwalitatief onderzoek te doen middels een interview kan informatie gevraagd worden tot verzadiging, dit is niet mogelijk met een vragenlijst omdat beperkingen geeft tot het ontvangen van meningen en ervaringen. Tevens is het interview opgebouwd middels de 'handleiding kwalitatief onderzoek' van Nederlands Instituut Sport & Bewegen [NISB] (2015) wat de betrouwbaarheid verhoogd.

Tot slot is de manier van data analyse op een betrouwbare manier uitgevoerd. Alle gevonden informatie is op recorder vastgelegd zodat geen informatie

verloren gaat. Tijdens de analyse is alle nuttige informatie gecodeerd, en is er niet specifiek gezocht naar bepaalde informatie waardoor ook nieuwe inzichten worden meegenomen. Ook is de privacy een belangrijk punt geweest en ook nageleefd zoals was afgesproken met de deelnemers. Door geen namen van deelnemers maar codes te gebruiken, maar ook door plaatsnamen en geboortedata niet te transcriberen tijdens de analyse is de privacy gewaarborgd.

Verbeterpunten

Ondanks dat het onderzoek verschillende resultaten opleverde zijn er enkele beperkingen waar rekening mee gehouden moet worden.

Er zijn van drie deelnemers geen (volledige) intake gegevens gevonden. Deze deelnemers lijken geen afwijkingen te hebben ten opzichte van de andere deelnemers. Zonder deze gegevens is het individueel vergelijken van intake tot outtake en/of onderzoek niet mogelijk. Deze gegevens zijn dan ook niet mee geteld in de totale vergelijkingen, en is het totaal aantal deelnemers binnen de resultaten aangepast. Dit voorval heeft geen invloed op de conclusie. Een optie om dit te kunnen voorkomen is om voor de start van het onderzoek alle gegevens bij elkaar te zoeken, in plaats van tijdens de data verzameling. Indien van toepassing de missende informatie verder na te vragen bij betrokken begeleider binnen de groep of bij de deelnemer zelf controleren. Een andere optie om dit te voorkomen is wanneer de organisatie alle gegevens van een bepaalde deelnemer samen bundelt in de map of databestand met alle informatie van deelnemers. Teven is het van belang dat op alle gegevens die worden afgenomen bij een deelnemer een datum wordt genoteerd inclusief het jaartal. Dit is meerdere malen niet aanwezig, waardoor de betreffende informatie niet te gebruiken was.

De vragenlijst is naar de deelnemers opgestuurd zodat ze deze thuis al in konden vullen. Door het thuis invullen van deze vragenlijst is er geen controle over de mogelijke beïnvloede omgeving. Dit kan mogelijk de antwoorden beïnvloeden.

Tot slot is er geen content-validiteit toegepast, wat inhoudt dat er niet vanuit een deskundig oogpunt is gekeken naar de validiteit van het meetinstrument. Dit zorgt voor een vermindering van de validiteit. Hoewel er wel een face-validiteit door drie collega's heeft plaats gevonden, en door een tiental studenten van Fontys Sporthogeschool, is de validiteit wel beoordeeld. En kan er vanuit gegaan worden dat de instrumenten meten wat ze moeten meten om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het niet uitvoeren van content-validiteit heeft te maken met tijdsgebrek binnen het onderzoek met het afnemen van de interviews, waardoor vanuit deskundig oogpunt kijken naar het meetinstrument is overgeslagen. Het risico hiervan is dat het instrument niet meet wat het moet meten voor het onderzoek, en het antwoord op de onderzoeksvraag niet goed beantwoord kan worden. Gezien het resultaat wat uit het onderzoek komt zijn er de juiste instrumenten gebruikt om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag. De vragenlijsten en metingen geven een beeld van de huidige lichamelijke situatie en leefstijl, waarbij vergeleken kan worden wat het verschil is tussen het afvalprogramma en de zelfstandige fase. Het interview was van belang om erachter te komen wat er speelt of heeft gespeeld bij de deelnemers tijdens én na het afvalprogramma om het gewicht wel of niet behouden.

Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Om tot dit antwoord te komen zijn er kwalitatieve gegevens verzameld door verschillende meetinstrumenten zoals een interview, vragenlijst en metingen bij oud-deelnemers van Afvallen met Medifit. De onderzoeksvraag luidt; *Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van gewichtsverlies is, zes maanden na deelname aan het programma Afvallen met Medifit? En op welke wijze kan Medifit Oss het programma 'Afvallen met Medifit' verbeteren om een toename in lichaamsgewicht te voorkomen?*

Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van gewichtsverlies is, zes maanden na deelname aan het programma Afvallen met Medifit?

Er zijn per individu verschillende redenen waarom iemand geen gewichtsbehoud heeft. De meest voorkomende reden binnen het onderzoek zijn externe barrières; zoals onder andere emoties, verleidingen, drukte of vermoeidheid, waarop men geen of niet genoeg controle heeft.

Iedereen heeft vanaf de geboorte gewoontes aangeleerd en leeft volgens deze gewoonte, ook wel een leefstijl. Bij afvallen moet deze leefstijl worden doorbroken en een nieuwe leefstijl worden aangeleerd. Omdat deze nieuwe leefstijl dan nog geen gewoonte is en dus niet in het automatische systeem zit, moet er bij elke handeling bewust nagedacht worden over de nieuwe leefstijl. Door het vaak herhalen van bewust na denken over bepaalde keuzes, wordt de nieuwe leefstijl een nieuwe gewoonte. Maar door een tegenslag of moeilijke situatie gaat de mens snel over op de oude gewoonte. Uit het onderzoek blijkt het voornamelijk om externe prikkels te gaan waarbij men zich beter moet reguleren. Voorbeelden zijn; regelmaat houden, emoties (stress/schaamte), verleidingen weerstaan, drukte of vermoeidheid en prioriteiten stellen. Wanneer men zichzelf in moeilijke situaties kan reguleren door in de nieuwe leefstijl te blijven, wordt dit steeds meer een nieuwe gewoonte, en is de kans op behoud van de nieuwe leefstijl groot. Het behoud van de nieuwe leefstijl vind namelijk plaats na ongeveer zes maanden. De deelnemers van Medifit hebben zes maanden het afval programma gevolgd en hebben daar een nieuwe leefstijl aangeleerd, maar hebben dit niet de gehele zes maanden uitgevoerd, hierdoor is er dus nog geen behoud van de nieuwe leefstijl. Ze moeten dit dus nog zelfstandig (zonder begeleiding) voortzetten. In de fase na het programma hebben de deelnemers dit zelfstandig (geprobeerd) voort te zetten, maar is het niet bij alle deelnemers gelukt, wat blijkt uit resultaten van het onderzoek. Enkele aangeleerde gewoonten zijn wel blijven hangen als nieuwe leefstijl, wat blijkt uit het niet geheel terugvallen naar het startgewicht. Overige aangeleerde gewoonte zijn niet volledig volgehouden of worden niet regelmatig uitgevoerd, waardoor er geen behoud is van het totale gehaalde resultaat. Naast zelfregulatie kan het ook zijn dat deelnemers barrières moeten over winnen, zoals geen vooruitgang (meer) zien in gewicht en het niet leuk vinden om te sporten. Dit alles hangt samen met gedragsverandering. Wat met gedragsverandering van belang is, is motivatie, ook wel de bereidheid van het verrichten tot bepaald gedrag. Elk individu heeft een eigen motivatie om het doel te behalen en om het doel ook daadwerkelijk te bereiken. Wanneer de motivatie te laag is om een doel te behalen zal dit doel nooit behaald worden, met een hoge motivatie zal het doel makkelijker bereikt/behouden worden. Dan is er ook nog externe motivatie, dit komt niet vanuit het individu zelf. Dat houdt in dat er een extern iets of iemand zorgt voor de motivatie van een individu. Wanneer

deze externe motivatie wegvalt is er dus geen of weinig motivatie. Het is dus van belang dat de motivatie van het individu (intern) hoog is om gewicht te verliezen/behouden.

De reden waarom deelnemers dus geen behoud hebben van resultaat is voornamelijk het niet (altijd) kunnen reguleren van zichzelf (in moeilijk situaties), en een lage of externe motivatie.

Op welke wijze kan Medifit Oss het programma 'AfvalLEN met Medifit' verbeteren om een toename in lichaamsgewicht te voorkomen?

Dat zelfregulatie en motivatie een belangrijk onderdeel is binnen afvalLEN, is gebleken. Het trainen van zelfregulatie is mogelijk. Door zelfregulatie veel te oefenen en te herhalen wordt het meer een gewoonte en past dit binnen de nieuwe leefstijl. Dit kan door veranderdoelen te stellen, met daarbij consequenties, dit te monitoren, en vervolgens het proces te evalueren om het doel weer aan te passen. Hoewel het te trainen is, blijft het toch nog lastig om het in de praktijk in elke situatie toe te passen. Hiervoor is motivatie van belang. De motivatie kan verhoogd worden door het toepassen van Autonomie, verBondenheid en Competentie binnen het programma, afkomstig uit de Self-Determination-Theorie (Deci & Ryan, 2000). Door deze drie elementen samen met het individu toe te passen wordt er een beter draagvlak gecreëerd, waarmee doelen sneller behaald zullen worden. De wijze waarop Medifit dus het programma kan verbeteren is zelfregulatie trainingen (meer) toe te passen, en door motivatie te bevorderen middels ABC van de Self-Determination-Theorie.

Aanbevelingen

Hieronder worden aanbevelingen gedaan, die tot stand zijn gekomen uit de resultaten en discussie. De aanbevelingen zijn gericht op het afvalprogramma AfvalLEN met Medifit binnen de organisatie Medifit te Oss.

Zelfregulatie trainen

Om zelfregulatie te trainen blijkt uit literatuur dat de implementatie intentie theorie hierbij een handig hulp middel is, ook wel het 'als- dan' principe (Brug et al., 2007). Met dit principe wordt er een plan bedacht om uit te voeren in bijvoorbeeld een moeilijke situatie. Een voorbeelden hiervan kan zijn; een deelnemer geeft aan in het weekend een etentje te hebben, dan kan gevraagd worden wat voor keuzes hij/zij maakt (vb. twee, drie of vier-gangen menu?, wel of geen toetje?, meer bewegen ter compensatie? enz.). Hiervoor moet de deelnemers dus een vervolg plan maken, 'als' ik uit ga eten, 'dan' ga ik meer bewegen, 'dan' pak ik geen toetje, enz. In dit voorbeeld moet de deelnemer ook prioriteiten stellen wat hij/zij belangrijk vindt. Bijvoorbeeld hoe belangrijk het toetje is tijdens het etentje? Is het belangrijk genoeg om te nemen, of laat ik het staan, en/of pak ik iets anders? Tevens komt bij dit voorbeeld ook een planning kijken. Wanneer de deelnemer een etentje heeft kan hij/zij er ook voor kiezen om meer te bewegen, dit moet dan gepland worden. Tot slot is het van belang dat een deelnemer gemotiveerd is, wanneer er geen motivatie is, heeft het hele als- dan principe geen effect. De motivatie kan verhoogd worden door middel van Autonomie verBondenheid en Competentie toe te passen vanuit de Self-Determination Theorie. Dit kan worden toegepast tijdens de coach- en beweegmomenten om te zorgen dat de deelnemer volgens ABC wordt begeleid. Doordat hij: (A) verantwoordelijkheid krijgt, waarbij hij/zij het gevoel krijgt dat ze mee mag beslissen. (B) Verbondenheid creëren door samen te werken, en

door te steunen en stimuleren. Tot slot moet er een gevoel van (C)competentie zijn, het gevoel dat de deelnemer iets kan, waarbij uitdagingen belangrijk zijn. Een combinatie van ABC zorgt voor een verhoging van de motivatie. Er wordt dan ook geadviseerd aan alle coaches om tijdens de coachgesprekken doormiddel van ABC het als- dan principe ten minste drie keer per maand, per individu toe te passen, zodat het individu het principe uiteindelijk zelfstandig toepast in het dagelijks leven.

Follow-up

Het programma heeft geen follow-up. Wanneer een deelnemer stopt met Afvallen met Medifit is er geen na traject of vervolg consult ter controle hoe het met de deelnemer gaat. Uit verschillende literatuur blijkt dat een face-to-face follow-up het meest effect heeft op het behoud van resultaat. Er wordt dan gezegd dat na één jaar interventie één jaar follow-up nodig is, waarbij een consult wat om de drie maanden plaats vind genoeg blijkt te zijn. Tijdens dit consult wordt gekeken hoe het met de deelnemer gaat met betrekking tot gezondheid, voeding, bewegen en gewicht. Praktisch kijkend naar het Afvallen met Medifit wat per drie maanden verlengd wordt is het niet altijd dat deelnemers één jaar Afvallen met Medifit volgen. Toch wordt geadviseerd om bij elke deelnemer een vervolg traject van één jaar aan te bieden, waarbij om de drie maanden een consult plaats vind. Hierbij wordt gekeken hoe de leefstijl op dat moment is, wat vergeleken wordt met eerdere gegevens. Wanneer een deelnemer in gewicht toeneemt of in oude gewoontes valt kan dit tijdig worden signaleerd. Dit kan tijdens de outtake voor één jaar vooruit gepland worden. Wanneer een deelnemer dan toch niet kan op een bepaalde datum, zal dit gemeld moeten worden om de afspraak te verzetten.

Aanbevelingen voor het programma

Tijdens het onderzoek zijn een aantal punten opgevallen aan het programma en randzaken. Hiervoor zijn enkele aanbevelingen gedaan.

Registratie

De wijze van registratie is al eerder benoemd, en wordt als aanbeveling gezien omdat het van belang is voor de kwaliteit van het programma. Er is geen duidelijk overzicht met gegevens van alle (oud) deelnemers, wie op welk moment is gestart of gestopt, wat hun gewicht is en/of was. Ook zijn er veel gegevens op papier waarbij geen (volledige) datum is genoteerd, waardoor gegevens vrijwel waardeloos worden.

Aanbevolen wordt om alle betrokkenen van het afvalprogramma te attenderen om ten alle tijden te zorgen voor een datum op alle gegevens zoals intakes, evaluaties en/of outtakes. Ook zou een overzichtelijke database in bijvoorbeeld Excel voor alle betrokken begeleiders, maar ook voor vervolg onderzoek handig zijn. Ook is het handig om eventuele cijfers te kunnen noemen over bijvoorbeeld slagingspercentage.

Begeleiding bij bewegen

Wat uit interviews is gekomen is dat de correcties van vrije oefeningen erg verschilt per begeleider. Medifit doet hierbij verstandig aan om een moment te plannen met alle begeleiders van de groepen, om de oefeningen en aandachtspunten op elkaar af te stemmen, zodat iedereen op een lijn zit en verwarring te voorkomen.

Bekendheid mogelijke opties

Ook was een tip om meer bekendheid te geven aan de psychosomatisch therapeut en groepscoachmomenten. Er is door deelnemers aangegeven dat er veel opties zijn om problemen op te lossen, maar deze zijn niet bij iedereen bekend. Bij de intake worden de opties en mogelijkheden besproken, waarin de psychosomatisch therapeut en coachmomenten ook benoemd zou moeten worden. Hierbij is van belang dat alle begeleiders die intakes afnemen worden geattendeerd op de informatieverschaffing, waarbij alle mogelijkheden bij de start van het programma verteld worden. Ook kan op de helft van een fase (na zes weken) een reminder gemaild worden naar de deelnemers welke verschillende opties mogelijk zijn, en dat daar ten alle tijden gebruik van gemaakt kan worden met daarbij de praktische informatie.

Buiten verbeterpunten ook positieve punten naar voren gekomen, die behouden moeten blijven.

Circuit

Er werd meerdere malen aangegeven dat de groepslessen erg gewaardeerd worden binnen het programma. Wat blijkt uit de volgende citaten; *"Ja die circuitjes dat motiveert elkaar gewoon, dan krijg je toch meer een klik en heb je toch meer een gezelligere band"*, en *"Met het circuit word je echt gepusht daar had ik wel echt baat bij"*. Ook de sfeer binnen de groepen is erg prettig. Hierbij wordt aanbevolen dit voort te blijven zetten!

Literatuur

- Anderson, J.W., Konz, E.C., Frederich, R.C., Wood, C.L. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *American Journal Clinical Nutrition*. 74:579-84
- Avenell, A., Brown, T.J., McGee, M.A., Campbell, M.K., Grant, A.M., Broom, J., Jung, R.T., Smith, W.C., (2004). What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *The British Dietetic Association*. 17(I):317-35
- Berkel, R. (2015). *Overgewicht en obesitas de feiten op een rij*. Nederland: Pumbo
- Bigaard, J., Frederiksen, K., Tionneland, A., Thomsen, B.L., Overvad, K., Heitmann, B.L. & Sorensen, T.I. (2004). Body fat and fat-free mass and all-cause mortality.
- Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Nederland: Gorcum BV., Koninklijke van.
- Casperse, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-31.
- De Groot, L. (2013). De werkzaamheid van groepsinterventies voor de behandeling van obesitas. Afvallen samen met groepsgenoten: een succesrecept?
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The 'what and why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338
- Ehud, M. (z.j.) Universiteit van Amsterdam, *Sociale psychologie*.
- Elfhag, K., Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*: 6:67-85.

Etienne, J. (2014) Vetpercentage meten, complexe materie. Geraadpleegd op 16 maart 2017. Via <https://www.gezondheidsnet.nl/overgewicht-en-afvallen/vetpercentage-meten>

Fit!vak (2014). Kennisdossier hoe begeleid je mensen met overgewicht en obesitas in fit!vak preventiecentrum? Brancheorganisatie erkende sport- en bewegencentra. Versie 1.2

Gezondheidsnet (2017). Overgewicht, gevaarlijker dan je denkt
Geraadpleegd op 17 januari 2017. Via
<https://www.gezondheidsnet.nl/overgewicht-en-afvallen/overgewicht-gevaarlijker-dan-je-denkt>

Gezondheidsraad (2003). Overgewicht en obesitas. Den Haag:
Gezondheidsraad, publicatie nr.2003/07

Gezondheidsraad (2006) Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Publicatie nr..2006/21

Gratton, C., Jones I. & Robinson, T. (2011). *Onderzoeksmethoden voor sportstudies*. Nederland: Routledge.

Hartstichting (2016). Meten buikomtrek. Geraadpleegd op 29 november 2016.
Via <https://www.hartstichting.nl/overgewicht/meten-middelomtrek>

Han, T.S., Tijhuis, M.A., Lean, M.E. & Seidell, J.C. (1998). Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *American Journal of Public Health*;88:1814-20.

Hulp bij afvallen (2016). Feiten over een plateau bij het afvallen. Geraadpleegd op 6 februari 2017. Via <http://www.hulpbijafvallen.org/c43-afvallen/een-plateau-bij-het-afvallen/>

Infonu.nl (z.j.) Het gevaar van buikvet. Geraadpleegd op 6 januari 2017. Via

<http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/gezonde-voeding/62862-het-gevaar-van-buikvet.html>

Johansson. K., Neovius, M., Lagerros, Y.T., Harlid, R., Rossner, S., Granath, F. & Hemmingsson, E. (2009). Effect of a very low energy diet on moderate and severe obstructive sleep apnoea in obese men: a randomised controlled trial. *BMJ*;339:b4609.

Kenniscentrum Sport (z.j.) Geraadpleegt op 30 mei 2017. Via

<https://www.kenniscentrumsport.nl/themas/kenniscentraal/>

Krieger, J.W., Sitren, H.S., Daniels, M.J., Langkamp-Henken, B., (2006). Effects of variation in protein and carbohydrate intake on body mass and composition during energy restriction: a meta-regression. *American Journal Clinical Nutrition*. 83:260-74

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2008). Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V

Langeveld, M & de Vries, J.H. (2013). *Het magere resultaat van diëten*. Nederlands tijdschrift Geneeskunde. 157:A6017

La bountty, P.M., Campell, B., Wilson, J., Galvan, E., Berardi, J., Kleiner, ... Antino, J. (2011). International Society of Sports Nutrition position stand: meal frequency. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*

Leidy, H.J. & Campbell, W.W. (2011). The effect of eating frequency on appetite control and food intake: brief synopsis of controlled feeding studies.

Mathus-vliegen, E.H.M., Nikkel, D. & Brand, H.S. (2005). Obesitas en mondgezondheid. *Tandheelkunde* 112-396-402.

Medisch wetenschappelijke raad van kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2007). Conceptrichtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.

- Mensink, F., Feunekes, G. (2015) Factsheet Invloed van de omgeving op fysieke eetgedrag. Voedingscentrum.
<http://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Factsheets/Factsheet%20Invloed%20van%20de%20omgeving%20op%20fysieke%20eetgedrag.pdf>
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002) Motivational interviewing: preparing people for change. *American Journal of Public Health*. London: The Guilford Press.
- National Institutes of Health [NIH] (1998). Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, Md: NIH
- Nederlandse obesitas kliniek (2017) Over obesitas. Geraadpleegd op december 2016. Via <http://www.obesitaskliniek.nl/over-obesitas/>
- Neter, J.E., Stam, B.E., Kok, F.J. & Grobbee, D.E. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials.
- Nederlands Instituut Sport & Bewegen [NISB] (2015). Handleiding kwalitatief onderzoek.
- NOC*NSF (2014). Ontwikkelingen sportdeelname 2012-2014.
- Nordmann A.J., Nordmann, A., Briel, M., Keller, U., Yancy W.S.Jr., Brehm, B.J., Bucher, H.C. (2006). Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors a meta-analysis of randomized controlled trails. *Archives of internal medicine*. 166;285-293.
- Parsons, T.J., Power, C., Logan, S. & Summerbell, C.D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review
- Partnerschap Overgewicht Nederland [PON] (2010). Zorgstandaard obesitas. Amsterdam.

- Peeters, A., Barendregt, J.J., Willekens, F., Mackenbach, J.P., Al MA & Bonneux, L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med*;138:24-32
- Pescatello, I., Linda, S. (2014). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. *American College of Sports Medicine [ACSM]*.
- Phelan, S., O Hill, J., Lang, W., Dibelio, J.R. & Wing, R.R. (2003). Recovery from relapse among successful weight maintainers, *American Journal of Clinical Nutrition* 78;6:1079-1084, 2003.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. PMID: 1329589.
- Raad voor de volksgezondheid en zorg (2002). *Gezondheid en gedrag*.
- Rademakers, R. & Vet E.W.M.L. (2015). Resource: nieuwssite voor studenten en medewerkers van Wageningen UR 9 (2015)17. - ISSN 1389-7756 p.10-10.
- Roza, A.M. & Shignal H.M. (1984). The Harris Benedict equation reevaluated: resting energy requirements and the body cell mass. *American Journal of Clinical Nutrition*. Jul;40(1):168-82
- Ryan, R.M & Connell, J.P (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Salmon, Mensink & Postma-smeets (2016). Factsheet, invloed van de sociale omgeving op eetgedrag. *Voedingscentrum*.
http://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Factsheets/Factsheet%20Sociale%20omgeving_2016_copyright-Voedingscentrum.pdf
- Snowling, N.J. & Hopkins, W.G. (2006). Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: a meta-analysis.

- Strack, F. & Deuter, R. (2004). Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220-247.)
- Strasser, B., Siebert, U. & Schobbersberger, W. (2010). Resistance training in the treatment of the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of the effect of resistance training on metabolic clustering in patients with abnormal glucose metabolism.
- Swinburn, B.E.G. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity.
- Thijs, A., Fisser, P., & Hoeven, M. van der (2014). 21e eeuwse vaardigheden in het curriculum van het funderend onderwijs. Enschede: SLO.
- Van Binsbergen J.J., Langens F.N.M., Dapper A.L.M., Van Halteren M.M., Glijsteen R., Cleyndert G.A., Mekenkamp-Oei S.N. & Van Avendonk M.J.P. (2010). *Huisarts Wet.* 53(11):609-25.
- Voedingscentrum (z.j.). Geraadpleegd op 29 november 2016. Via <http://www.voedingscentrum.nl/nl.aspx>
- Volksgezondheidszorg (2016). Sport kernindicatoren. Geraadpleegd op 22 december 2016. Via www.volksgezondheidszorg.info
- Williams, M.A., Haskell, W.L., Ades, P.A., Amsterdam, E.A., Bittner, V., Franklin ... & Stewart, K.J. (2007). American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism.
- Wing, R.R. & Phelan, S. (2005) Long-term weight loss maintenance. *The American Society for Clinical Nutrition*, 2225-2255.
- Wing, R.R., Tate, D.F., Gorin, A.A., Raynor, H.A. Fava, J.L. (2006). A self-regulation program for maintenance of weight loss, *The New England Journal of Medicine*, 1563-1571.

World Health Organisation, (2013). Obesity and overweight. Geraadpleegd op
11 oktober 2016. Via
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html/>.

Bijlagen

- Bijlage 1: Richtlijn Gezonde Voeding
- Bijlage 2: Vragenlijst (blanco)
- Bijlage 3: Vragenlijst onderzoeker
- Bijlage 4: Testen en meten protocol
- Bijlage 5: Operationalisatieschema
- Bijlage 6: Codering
- Bijlage 7: Codeerboom

Bijlage 1: Richtlijn Gezonde Voeding

Richtlijn goede voeding (Gezondheidsraad, 2015)

- 'Eet dagelijks ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit'. Dit verlaagd de bloeddruk, de kans op hartziekten en beroerte, lager risico op diabetes en darm- en longkanker.
- 'Beperk de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees'.
- 'Neem enkele porties zuivel per dag, waaronder melk en yoghurt'. Zuivel geeft een lager risico op darmkanker en yoghurt verlaagd het risico op diabetes.
- 'Eet wekelijks peulvruchten ((soja-)bonen, linzen, kikkererwten en spliterwten)'. Dit geeft een verlaging van LDL-cholesterol.
- 'Eet ten minste 15 gram ongezouten noten per dag'. Noten verkleinen het risico op coronaire hartziekten, het verlaagt namelijk het LDL-cholesterol.
- 'Vervang geraffineerde graanproducten (wit brood, pasta) voor volkorenproducten, eet dagelijks tenminste 90 gram bruin brood, volkorenbrood of andere volkorenproducten'. Dit verlaagd het risico op coronaire hartziekten en een beroerte.
- 'Vervang boter, harde margarine en bak- en braadvetten door zachte margarines, vloeibaar bak- en braad en plantaardige oliën'. Het verlaagd het risico op coronaire hartziekten.
- 'Eet een keer per week vis, bij voorkeur vette vis'. De visvetzuren verlagen het risico op fatale coronaire hartziekten.
- 'Drink dagelijks drie koppen thee'. Dit verlaagd het risico op een beroerte, omdat het de bloeddruk verlaagd, ook verlagen groene en zwarte thee het risico op diabetes.
- 'Vervang ongefilterde koffie door gefilterde koffie'. Gefilterde koffie verlaagt het LDL-cholesterol wat het risico op coronaire hartziekten beroerte verminderd ook geeft het een lager risico op diabetes.
- 'Drink zo min mogelijk suikerhoudende dranken'. Dit omdat anders het lichaamsgewicht verhoogd en een hoger risico geeft op diabetes. Drink bijvoorbeeld water.
- 'Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag'. Het verhoogt het risico op een beroerte en (meer dan 60 gram per gelegenheid) op coronaire hartziekten en de bloeddruk. Ook geeft het een verhoogt risico op borstkanker, darmkanker, longkanker en diabetes.
- 'Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag'. Dit is van belang voor het verminderen van de bloeddruk.

Als laatst worden de voedingssupplementen genoemd,

- 'Het gebruik van voedingssupplementen is niet nodig, behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt'.

Om ook het eetpatroon te benaderen is de richtlijn;

- 'eet volgens een méér plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon conform de richtlijnen'.

Toevoegingen op Richtlijn gezonde voeding van het Voedingscentrum (z.j.)

- 'Monitor je gewicht, beweeg voldoende en eet niet meer dan je nodig hebt', om je energiebalans te behouden of bereiken.
- 'Varieer binnen de productgroepen'.
- 'Wees je bewust van de voedselomgeving en het effect daarvan op jou voedselkeuzes, en bedenk hiermee om te gaan'.
- 'Verspil zo min mogelijk voeding'.
- 'Besteed aandacht aan hygiëne en veiligheid van je eten'.

Bijlage 2: Vragenlijst (blanco)

Beste deelnemers,

Ten eerste hartelijk bedank voor uw medewerking aan mijn onderzoek!
Hierdoor helpt u mij, maar ook zeker Medifit om het programma Afvallen met Medifit te verbeteren.

Zoals tijdens het telefoongesprek is vernoemd zijn hier de vragenlijsten die voor het onderzoek ingevuld moeten worden.

Ga uit van uw huidige situatie en vul de vragen naar waarheid in, waardoor de resultaten ook daadwerkelijk bruikbaar zijn.

Neem deze vragenlijst mee naar het persoonlijk gesprek op de afgesproken datum, zodat we de vragen na kunnen lopen. Daarnaast worden er wat testjes gedaan, zoals de uithoudingsvermogen test en het wegen & meten.

Binnen het onderzoek geldt het volgende:

Het onderzoek is geheel vrijwillig.

Uw gegevens zullen anoniem behandeld worden, en uitsluitend voor dit onderzoek.

Nogmaals bedankt en ik zie u graag op de eerder afgesproken afspraak
op _____ bij Medifit Oss!

Met vriendelijke groet,

Chantal Dollevoet
Medifit Oss

Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

1. Aan welke beweegactiviteiten doet u?
 - hardlopen of wielrennen op wedstrijdniveau (extra zware belasting)
 - balsporten op wedstrijdniveau (zware belasting)
 - recreatief fietsen, recreatiesporten, sportief wandelen (matig intensieve belastingen)
 - rustig wandelen, rustig fietsen (lichte belastingen)
2. Hoe lang doet u deze activiteiten achter elkaar?
 - meer dan 30 minuten
 - 20-30 minuten
 - 10-20 minuten
 - minder dan 10 minuten
3. Hoe vaak doet u aan beweegactiviteiten?
 - 5-7 × per week
 - 3-4 × per week
 - 1-2 × per week
 - 1 × per maand of minder
4. Weet u wat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is?
 - ja
 - nee
5. Hoeveel lichaamsbeweging is volgens u nodig om de gezondheid te bevorderen?
 - 1 keer per week 10 minuten matig intensief actief zijn, zoals flink doorwandelen of fietsen (15 km/uur)
 - 3 keer per week 10 minuten matig intensief actief zijn, zoals flink doorwandelen of fietsen (15 km /uur)
 - ten minste 5 keer per week, maar bij voorkeur dagelijks, 30 minuten matig intensief actief zijn, zoals flink doorwandelen of fietsen (15 km/uur)
 - 3 keer per week ten minste 20 tot 30 minuten intensieve activiteiten, zoals hardlopen

Wat is uw PACE-score?

Dit formulier helpt zicht te krijgen in uw activiteitenpatroon. Wilt u eerst het hele formulier lezen? Kiest u vervolgens **één getal** dat het beste past bij uw huidige activiteitenpatroon of dat het beste past bij uw eventuele plannen om lichamelijk actiever te worden. Activiteiten die onderdeel zijn van uw werk moet u niet meerekenen.

Onder '**zwaar**' intensieve lichamelijke activiteiten worden activiteiten verstaan zoals joggen, hardlopen, wielrennen, aerobics, het 'baantjes trekken' tijdens zwemmen en tennis (enkelspel). Elke activiteit die net zo zwaar is als joggen en ten minste 20 minuten per keer duurt, moet u hierbij meetellen. Dit soort activiteiten verhoogt uw hartslag en zorgt ervoor dat u gaat zweten en buiten adem raakt (tel krachttraining echter niet mee). **Regelmatische zware lichamelijke activiteit** wordt ten minste 20 minuten per keer en minstens 3 keer per week gedaan.

Onder 'matig' intensieve lichamelijke activiteiten worden activiteiten verstaan zoals flink doorwandelen, tuinieren, 'gewoon' fietsen, dansen, tennis (dubbel) en klussen in en om het huis. Elke activiteit die net zo zwaar is als flink doorwandelen en die ten minste 10 minuten per keer duurt, moet u hierbij meetellen. Regelmatische matige lichamelijke activiteit wordt ten minste 30 minuten per dag en op minstens 5 dagen van de week gedaan.

Uw huidige lichamelijke activiteitenpatroon

Omcirkel slechts één getal

1. Op dit moment beweeg ik niet regelmatig en ik ben niet van plan daarmee te beginnen in de komende 6 maanden.
2. Op dit moment beweeg ik niet regelmatig, maar ik denk erover om daarmee in de komende 6 maanden te beginnen.
3. Ik probeer te beginnen met *zwaar of matig* intensieve lichamelijke activiteit, maar ik doe dat niet regelmatig.
4. Ik ben minder dan 3 keer per week *zwaar* lichamelijk actief **of** ik ben minder dan 5 keer per week *matig* lichamelijk actief.
5. Ik ben ten minste 30 minuten per dag, minstens 5 dagen per week *matig* lichamelijk actief geweest in de afgelopen 1 tot 5 maanden.
6. Ik ben ten minste 30 minuten per dag, minstens 5 dagen per week *matig* lichamelijk actief geweest in de afgelopen 6 maanden of langer.
7. Ik ben ten minste 3 keer per week *zwaar* lichamelijk actief geweest in de afgelopen 1-5 maanden.
8. Ik ben ten minste 3 keer per week *zwaar* lichamelijk actief geweest in de afgelopen 6 maanden of langer.

Literatuur Van Sluijs EM, Poppel MN van, Twisk JW, Chin A Paw MJ, Calfas KJ, Mechelen W van. Effect of a tailored physical activity intervention delivered in general practice settings: results of a randomized controlled trial. Am J Publ Health. 2005 Okt;95(10):1825-31.

Vragenlijst gecombineerde leefstijl interventie (aangepast)

Uw Huidige eetpatroon

Aankruisen wat op u van toepassing is

- ☐ ik weet dat ik gezond eet omdat,
- ☐ ik denk dat ik gezond eet en zou niets willen veranderen aan mijn eetgewoonten.
- ☐ ik denk dat ik gezond eet en zou graag adviezen krijgen als blijkt dat ik mijn gezondheid daarmee (verder) kan verbeteren
- ☐ ik eet niet altijd gezond en zou niets willen veranderen aan mijn eetgewoonten
- ☐ ik eet niet altijd gezond en zou graag mijn eetgewoonten willen veranderen om mijn gezondheid te verbeteren
- ☐ ik eet ongezond en zou niets willen veranderen aan mijn eetgewoonten
- ☐ ik eet ongezond en zou graag mijn eetgewoonten willen veranderen om mijn gezondheid te verbeteren

Wat zou u willen veranderen aan uw eetgewoonten?

Volgt u op dit moment een dieet? Ja/Nee

Zo ja, welke?

Uw huidige lichamelijke beweegpatroon

Kruis slechts één antwoord aan

- ☐ ik beweeg/sport op dit moment niet en ben ook niet van plan hiermee te beginnen
- ☐ ik beweeg/sport op dit moment niet maar den dat er sinds..... Weken over na om hiermee te beginnen
- ☐ ik heb beweeg sport wel, maar niet regelmatig (minder dan 2,5 uur per week)
- ☐ ik heb de afgelopen 1 tot 6 maanden regelmatig bewogen/gesport (minimaal 2,5uur per week)
- ☐ ik beweeg /sport al langer dan 6 maanden regelmatig meer dan 2,5 uur per week.

Neem een gemiddelde week en vul hoeveel tijd u beweegt per activiteit

<u>Woon/werkverkeer</u>	<u>aantal dagen per week</u>	<u>gemiddelde tijd per dag</u>
Lopen van/naar school		...uur ...minuten
Fietsen van/naar het werk		...uur ...minuten
Niet van toepassing		

Lichamelijke activiteiten op werk of school

	<u>aantal uren per week</u>
Licht en matig inspannend werk	uur
Zwaar inspannend werk	uur
(lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen opgetild moeten worden)	
Niet van toepassing	

Huishoudelijke activiteiten

	<u>aantal dagen per week</u>	<u>gemiddelde tijd per dag</u>
--	------------------------------	--------------------------------

Afvallen in het algemeen

Wat zijn valkuilen binnen afvallen?

Wat is of wat maakt het lastig om af te vallen?

Wat is of wat heeft u gemotiveerd om af te vallen?

Beweegt u nog net zo veel als tijdens Afvallen met Medifit?

Ja

Nee, waarom?

(werk, tijd, geld, geen zin, enz.)

Afvallen met Medifit

Heeft u bereikt wat u wilde bereiken met het programma, waarom wel of waarom niet?

Zou u het AMM programma aanbevelen bij vrienden of kennissen, en waarom?

Benoem 3 tips over Afvallen met Medifit

Benoem 3 tips over Afvallen met Medifit

Bijlage 3: Vragenlijst onderzoeker

Deelnemersverklaring

U hebt deelgenomen aan Afvallen met Medifit, waardoor u deelnemer bent voor het onderzoek wat betrekking op het programma Afvallen met Medifit. Binnen het onderzoek worden resultaten vergeleken met de gegevens bij Medifit Oss, en de gegevens die uit dit onderzoek komen.

Wat van belang is binnen het onderzoek:

- Het onderzoek is geheel vrijwillig
- U kan op elk moment stoppen met het onderzoek (zonder een rede te benoemen)
- Er zitten geen risico's aan het onderzoek verbonden
- Vragen die u niet wilt beantwoorden, hoeven niet beantwoord te worden.
- Uw gegevens worden anoniem verwerkt, en alleen ingezien door het onderzoeksteam.

Om na het gesprek en betere analyse te maken, is een geluidsopname nodig.

Ik geef wel/geen* toestemming om een geluidsopname op te maken van mijn gesprek.

* doorhalen wat niet van toepassing is.

Ik wil meedoen aan het onderzoek.

Naam deelnemer: _____

Datum : ____ - ____ - ____

Hantekening:

Hierbij verklaar ik de deelnemer voldoende te hebben geïnformeerd over het onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie is die bekend moet zijn bij de deelnemers zal ik hem/haar daarvan op de hoogte brengen.

Naam onderzoeker: _____

Datum : ____ - ____ - ____

Hantekening:

Naam: _____ Datum : _____ - _____ - _____
 Geboorte datum: _____ - _____ - _____
 Lengte: _____ meter
 Gewicht: _____ kg
 BMI: _____
 Buikomvang (W1 TH12, W2 bekkenrand): W1 _____ W2 _____ = _____ cm
 Astrandtest: _____ watt, 5^e _____ 6^e _____ = _____
 6 minuten wandel test: _____

Contactredenen voor Afvallen met Medifit:

Wat was je doelstelling?

Ontwikkelen actieve leefstijl	Verbeteren lokale spierkracht	Gewicht reductie (einddoel _____ en middelomvang _____)	Overige doelen:
Vergoten uithoudingsvermogen	Vergroten self-efficacy	Vergroten algemeen welbevinden	

Motivatie (huidig)

Gemotiveerd tot gedragsverandering (score 0-10) _____

Belang van verandering (score 0-10) _____

Eigen effectiviteit (score 0-10) _____

Belemmerende factoren:

Mag ik de medische gegevens overnemen vanuit intake/outtake ja/nee?

Medische gegevens:

Geen	Hypertensie	Artrose	Overig
Hart & vaatziekten	Diabetes type 1 / 2	Slaapapneu	

Medicatie:

Externe factoren:

Woonsituatie, thuissituatie

Interne factoren:

Opleiding/beroep

Hobby/sport

Leefstijl/huidige beweeggedrag

Bijlage 4: Protocol testen en meten

ANTROPOMETRIE

GEWICHT

- Op sokken/blote voeten

LENGTE

- Op sokken/blote voeten
- Rug/hakken tegen muur
- Hielen tegen elkaar
- Hoofd rechtop

BUIKOMVANG/ OMVANG MIDDEL

Onderstaand protocol is afkomstig uit het boek Ergometrie en Trainingsbegeleiding van Jan Vos.

Protocol bestaat uit 2 metingen

Eerste meting W1:

- Palperen 12^e Rib en het lint rondom de buiten zijde van beide ribben liggen en meet af.

Tweede meting W2:

- Laat de cliënt de bekkenrand aangeven met de vingers, leg het lint in een rechte lijn van bekkenrand naar bekkenrand aan de buitenzijde en meet af.

$$WC \text{ (buikomvang)} = (W1+W2) / 2$$

Aandachtspunten:

- Meetlint niet aan te snoeren
- De testdeelnemer mag zijn adem niet inhouden.

UITHOUDINGSVERMOGEN

ÅSTRAND FIETSTEST

CONTRA-INDICATIES

- In rust aanhoudende hartfrequentie van meer dan 100 slagen per minuut
- Een ernstige kortademigheid heeft in rust
- Aanhoudend hoest, opgezette voeten, enkels of kuiten heeft
- Ook als de bloeddruk in rust te hoog is (diastolische druk 115 mmHg of hoger en/of systolische druk 160 mmHg of hoger), dan dient van de Åstrand fietstest te worden afgezien, tenzij de huisarts (die op de hoogte is van dit gegeven!) nadrukkelijk zijn of haar toestemming heeft verleend.

Medicatie:

- Met name gebruik van hartslag verlagende medicatie zoals Beta-blokkers is een contra-indicatie voor de test. De gegevens zijn dan namelijk niet bruikbaar voor een oordeel.
- Let op: ook andere of reguleren medicatie kan een hartslag verlagende werking hebben.

TEST OMSTANDIGHEDEN

- Indien mogelijk dient de omgevingstemperatuur waarin de test plaatsvindt circa 18-20° Celsius en de relatieve luchtvochtigheid circa 40-60% te bedragen.
- Stel de zadelhoogte zo in dat het been slechts licht gebogen is (circa 170°). De voet staat dan nagenoeg horizontaal op de trapper.
- Indien u de maximale hartfrequentie van de testdeelnemer kent, voer deze dan in.
- Geef duidelijk aan dat de testdeelnemer ritmisch, ontspannen en gelijkmatig dient te blijven fietsen gedurende de gehele Åstrand fietstest (het is immers een submaximaaltest!).

VOORBEREIDING TESTDEELNEMER

- De testdeelnemer dient in de week voorafgaand aan de test geen koorts of zware verkoudheid te hebben gehad
- De testdeelnemer dient 24 uur voorafgaand aan de test geen zware training of wedstrijd te hebben gehad
- De testdeelnemer dient 12 uur voorafgaand aan de test geen alcohol te gebruiken
- De testdeelnemer dient 6 uur voorafgaand aan de test geen zware lichamelijk inspanning te hebben verricht. Men moet dus o.a.
- Niet hardlopend of fietsend naar de test-afspraak komen!
- De testdeelnemer dient 2 uur voorafgaand aan de test niet te eten, te roken of koffie, thee of cola te drinken
- Vijf minuten voor de test dient de testdeelnemer rustig te gaan zitten, bijvoorbeeld op de fietsergometer
- Bij evaluatietests dient de testdeelnemer zoveel mogelijk vergelijkbare sportkleden te dragen.

UITVOERING

- De hartfrequentie in rust wordt gemeten nadat de testdeelnemer ongeveer twee tot drie minuten rustig heeft gezeten, bijvoorbeeld op de fietsergometer.

Ga uit van onderstaande richtlijnen voor instelling belasting:

Mannen - ongetraind

(18 t.m. 34 jaar):	125-150 Watt
(35 t.m. 49 jaar):	50 Watt
(50 jaar en ouder):	50 Watt

Mannen -getraind

(18 t.m. 34 jaar):	150-250 Watt
(35 t.m. 49 jaar):	125 Watt
(50 jaar en ouder):	50 Watt

Vrouwen - ongetraind

(18 t.m. 34 jaar):	75-100 Watt
(35 t.m. 49 jaar):	50 Watt
(50 jaar en ouder):	25 Watt

Vrouwen - getraind

(18 t.m. 34 jaar):	100-175 Watt
--------------------	--------------

(35 t.m. 49 jaar): 100 Watt
(50 jaar en ouder): 50 Watt

TEST & PROTOCOL

- De testdeelnemer fietst zes minuten fietsen op met een snelheid van 50 1/min en start meteen met het wattage gekozen uit de bovenstaande richtlijn. Je mag naar eigen inschatting van de cliënt afwijken.
- Aan het eind van de eerste minuut van de Åstrand fietstest wordt de hartfrequentie gemeten. Indien dit minder is dan 110 slagen per minuut, dan wordt de belasting verhoogd.
- Er zijn helaas geen richtlijnen te geven in welke mate u de belasting dient te verhogen. Dit is een kwestie van persoonlijke inschatting. *Opmerking: Jan vos (2000): verhoog met stappen van 25 of 50 watt per halve minuut.*
- Indien de hartfrequentie aan het eind van de eerste minuut van de Åstrand fietstest meer is dan 150 slagen per minuut dan is de belasting te hoog gekozen. De test wordt dan gestaakt! Na een rustperiode van 10 minuten wordt opnieuw gestart. Dezelfde procedure geldt indien men niet in staat is de trapfrequentie te handhaven.
- Indien de gekozen belasting juist is, dient de hartfrequentie in de vijfde en zesde minuut te liggen tussen 120 en 160 slagen per minuut. Afhankelijk van de leeftijd van de cliënt mag de hartfrequentie in de regel bij ouderen meer richting de 120 slagen liggen en bij jongeren meer richting de 160.
- Noteer de hartfrequentie na de vijfde en na de zesde minuut. *Jan Vos (2000): de hf mag niet met sprongen omhoog de laatste minuut. Er moet een steady-state zijn: verschil mag niet hoger dan 5 slagen zijn.*

TIPS

- Een goede inschatting maken van je cliënt is de sleutel tot een succesvolle test. Je hebt hier vooral ervaring voor nodig. Het is niet erg als de test de eerste keren mislukt, doe hem dan gewoon 15 minuten later of op een andere dag opnieuw.
- Houd er rekening mee dat het een SUBmaximaal test is, de hartslag hoeft dus niet per definitie hoog te liggen. Voor ouderen is een hogere hartslag (boven de 130/140) bijvoorbeeld al een maximaal test.

AFSLUITING ÅSTRAND FIETSTEST

- Aan het einde van de zesde minuut wordt de belasting teruggedraaid tot het niveau van het eerste deel van de Åstrand fietstest. uit fietsen tot de hartfrequentie is gedaald tot zo'n 120 slagen per minuut.

AANDACHTSPUNTEN

De test dient te worden beëindigd, wanneer er sprake is van:

- een drukkende pijn op de borst;
- ernstige kortademigheid;
- ernstige algemene vermoeidheid;
- duizeligheid of kramp;
- extreme bleekheid of blauw worden van de testdeelnemer;

- en uiteraard indien de testdeelnemer zelf aangeeft te willen stoppen.

Indien de Åstrand fietstest om één van de opgesomde redenen abrupt moet worden afgebroken, laat de testdeelnemer dan direct liggen. In alle andere gevallen dient de testdeelnemer rustig uit te fietsen bij een belasting van 50 Watt.

6 MINUTEN WANDELTEST

DOELGROEP

- De 6 wandeltest is een test voor de mobiliteit en het aërobe uithoudingsvermogen.
- De 6 wandeltest is bedoeld voor personen die geen intensieve conditietest kunnen volbrengen, bijvoorbeeld personen met overgewicht en ouderen.
- De test is niet geschikt voor getrainde personen.
- De normen zijn bekend in de leeftijdscategorie 60 tot en met 99 jaar. Daarbuiten kunt u de test wel afnemen en de score invoeren.
- De 6 wandeltest wordt gelopen op een parcours van 45.7 meter (4.57×18.28). Dit parcours is aangehouden bij het samenstellen van de normtabel. Een ander parcours kan ook kan maar geeft dan wel een afwijking ten aanzien van de normtabel en scores.
- Laat de testdeelnemers een warming-up uitvoeren. De warming-up kan bestaan uit een paar minuten wandelen in rustig tempo en tenminste 200 meter in een sneller tempo om het juiste wandeltempo te bepalen.

UITVOERING

- De testdeelnemer dient zo snel mogelijk te lopen en zijn armen te gebruiken. Snelwandelen en hardlopen zijn niet toegestaan.
- De testdeelnemer moet proberen om zo veel mogelijk een eigen, constant tempo te lopen.
- De testbegeleider geeft het startsignaal en na 6 minuten het eindsignaal.
- Laat de testdeelnemers na afloop een goede cooling-down uitvoeren.

AANDACHTSPUNTEN

- De eerste test kan het aërobe uithoudingsvermogen iets onderschatten, omdat de testdeelnemer niet gewend is om snel te wandelen. Uit de literatuur blijkt dat de test minimaal 3x herhaald moet worden om een betrouwbaar resultaat te krijgen.

Bijlage 5: Operationalisatieschema

Wat zijn de redenen waarom er géén behoud van resultaat is na zes maanden van het programma Afvallen met Medifit van gestopte deelnemers vanaf 1 juni 2016?

Onderzoeksvraag:

Op welke wijze kan Medifit Oss een bijdrage leveren aan deelnemers van het programma Afvallen met Medifit, om te voorkomen dat er na zes maanden een stijging plaats vindt in het lichaamsgewicht?

Definitie van begrip/concept (uit onderzoeksvraag)	Dimensie (begrip uit de definitie)	Indicator (manier om begrip te meten)	Vragen	Antwoord categorieën
Programma Afvallen met Medifit: Een drie maandelijks programma (één periode) binnen Medifit Oss, waarin <u>voeding</u> , <u>bewegen</u> en <u>coaching</u> centraal staan, om de <u>doelstelling</u> per deelnemer te behalen.	Voeding	2x per maand, 80% aanwezigheidsplicht	Dit moet gecontroleerd worden bij collega's en in bestaande data, of de deelnemer frequent heeft deelgenomen aan het programma. Zo niet, zal de validiteit van het onderzoek verminderen.	Voldoet wel Voldoet niet
		Gecombineerde leefstijl interventie	- Hoe gaat het op dit moment met uw voeding? - Wat gaat (minder) goed? Wat doet u dan? - Houd u zich nog aan het dieetschema van AMM? Waarom wel/niet? - Wat voor middelen gebruikt u nog meer? - Wat zijn valkuilen met voeding om u aan het schema te houden? - Wat motiveert u met voeding om u aan het schema/dieet te houden?	Open antwoorden
			- Wat is uw huidige eetpatroon?	7 keuze antwoorden
			- Wat zou u willen veranderen aan uw eetgewoonten? - Volgt u op dit moment een dieet?	Open antwoord Ja/nee, waarom?

	Bewegen	2x per week, 80% aanwezigheidsplicht	Dit moet gecontroleerd worden bij collega's en in bestaande data, of de deelnemer frequent heeft deelgenomen aan het programma. Zo niet, zal de validiteit van het onderzoek verminderen.	Voldoet wel Voldoet niet
		NNGB	- Wat doet u op dit moment aan bewegen? Hoe ervaart u dat?	Open antwoorden
			- Aan welke beweegactiviteiten doet u?	4 keuze antwoorden
			- Hoe lang doet u deze activiteit achter elkaar?	4 keuze antwoorden
			- Hoe vaak doet u aan beweegactiviteiten?	4 keuze antwoorden
			- Weet u wat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is?	Ja/Nee
			- Hoeveel lichaamsbeweging is volgens u nodig om de gezondheid te bevorderen?	4 keuze antwoorden
		PACE	- Wat is uw huidige lichamelijke activiteitenpatroon?	8 keuze antwoorden
		Gecombineerde leefstijl interventie	- Wat zou u willen veranderen aan uw eetgewoonten?	Open antwoord
			- Volgt u op dit moment een dieet?	Ja/ Nee, welke?
			- Wat is uw huidige lichamelijk beweegpatroon?	8 keuze antwoorden
			- Gemiddelde aantal per week en uur/minuten per dag.	
			Woon/werk vervoer	Open antwoord
			Lopen	
			Fietsen	
			N.v.t.	
			Lichamelijke activiteit	Open antwoord
			Licht en matig inspannend	
			Zwaar inspannend	
			N.v.t.	
			Huishoudelijke activiteiten	Open antwoord

			Licht en matig inspannend Zwaar inspannend N.v.t. Vrije tijd Wandelen Fietsen Tuinieren Klussen Sport (voetbal, tennis, zwemmen, overig) - Wat houdt u tegen om te bewegen/sporten? - Hoeveel tijd denkt u voor bewegen/sporten te besteden? - Beweegt u nog net zo veel als tijdens Afvallen met Medifit?	Open antwoord 7 keuze antwoorden ... x per week ... minuten Ja/Nee, waarom?
	Coaching	1x per week, 80% aanwezigheidsplicht	Dit moet gecontroleerd worden bij collega's en in bestaande data, of de deelnemer frequent heeft deelgenomen aan het programma. Zo niet, zal de validiteit van het onderzoek verminderen. - Wat was de rede waarom u gestart bent met Afvallen met Medifit? - Hebt u andere programma's overwogen? Waarom toch Medifit? - Wat is de rede waarom u gestopt bent met Medifit? - Wat vond u de coach momenten? - Wat vond u de meetmomenten? - Wat zou u anders willen zien binnen AMM als u iets mag aanpassen? - Wat zou zeker willen behouden binnen het AMM programma? - Wat is uw motivatiescore nu om je doel (nog) behalen of te behouden? - Welk cijfer zou u geven bij het belang van	Voldoet wel Voldoet niet Open antwoord Open antwoord Open antwoord Open antwoord Open antwoord Open antwoord Open antwoord score van 0-10 Score van 0-10

			uw verandering? - Welk cijfer zou u geven voor uw eigen effectiviteit, in hoeverre u denkt uw doel te kunnen behalen?	Score van 0-10
		Gecombineerde leefstijl interventie	Beoordeel uw huidige leefstijl. - Waarom dit cijfer?	Score van 0-10 Open antwoord
	Doelstelling	Formuleren van doelstelling (intake)	- Wat was uw doelstelling aan het begin? - Wat is uw doelstelling nu? Is dit veranderd?	Open antwoord Open antwoord
		Iedere 3 maanden doelstelling (her)formuleren (evaluatie)		
		Wekelijks meetmoment	- Hoe vond u het om wekelijks op de weegschaal te staan? Waarom?	Open antwoord
Deelnemers: Mensen die <u>hebben zes maanden</u> (twee perioden) hebben deelgenomen aan Afvallen met Medifit, maar <u>vanaf 1 juni 2016 zijn gestopt</u> .	Deelnemers die niet meer deelnemen aan het programma Afvallen met Medifit	Mensen die vanaf 1 juni 2016 niet meer deelnemen aan Afvallen met Medifit.	In de database van Medifit is te zien wanneer de outtake is geweest, dus ook wanneer ze gestopt zijn met het programma.	Voldoet wel Voldoet niet
	Deelnemers die twee periodes hebben deelgenomen aan het programma	Hiervan zijn zes meet gegevens bekend.	Dit is te controleren middels de database van Medifit, wanneer er zes meetgegevens zijn heeft de deelnemer 2 periodes deelgenomen aan het programma	Voldoet wel Voldoet niet
Stijging in lichaamsgewicht: Een <u>verhoging in lichaamsgewicht</u> ten opzichte van het <u>laatst gemeten lichaamsgewicht</u> .	Verhoging in lichaamsgewicht	Een stijging van 2% de massa van het (menselijk) lichaam.	Metten van huidige gewicht.	Gegevens van metingen.
	Laatst gemeten lichaamsgewicht	Af te lezen uit de outtake	Deze gegevens kunnen worden ingezien in het data bestand van Medifit.	... kg
<u>Redenen</u> waarom er géén behoud van resultaat is	Redenen	Argumenten waarom wel of niet gelukt is.	- Heeft u uw doel bereikt? Waarom wel/niet? - Wat is moeilijk met afvallen?	Open antwoord Open antwoord

			- Wat motiveerde u met afvallen? - Wat deed u toen?	Open antwoord Open antwoorden
Ervaringen met afvallen met Medifit	Ervaringen	Ervaringen van deelnemers	- Benoem 3 tips voor AMM - Benoem 3 tops voor AMM - Zou u AMM aanbevelingen bij vrienden of kennissen? Waarom?	Open antwoord Open antwoord Ja/nee, waarom?

Bijlage 6: Codering

Start deelname

Doel

Motivatie

Barrières

Oplossing

Tips

Tops

Stop deelname

Nummer 10

O: Wat was de rede waarom je.. uuhm... je bent begonnen met het afval programma?

10: Nou ik was de 100 gepasseerd, en uuh ik heb twee jonge jongens dus ...uuh ja... goed ik kon niet overal meer met mee doen. Ik merkte gewoon in het bos dat de gene was die achter aan rende.

O: Oke, ja.

10: en de kinderen ja hé die konden veel meer dan ik en ook met activiteiten die ik ging doen, ik paste gewoon niet in alle stoeltjes en zo..

O: oke

10: dat was heel vervelend. Dus ik zeg dit moet het niet zijn, ik zeg ik voel me zelf niet meer maar ook voor de jongens doe ik mezelf gewoon te kort, dus toen ben ik begonnen eigenlijk. Ja.

O: ok

10: Om gewoon wat fitter te zijn en uuh natuurlijk wel wat gewicht kwijt te raken.. maar ja.. dat werd later in het traject wel meer doel maar, in het begin werd was het echt dat ik meer conditie moest krijgen, en uuh..

O: met de kinderen.

10: ja, ja weer vooruit kon, ja.

O: oke duidelijk. En hoe ben je dan bij MediFit gekomen?

10: uuh via ja.. via een krantenartikel, dat heb ik al heel vaak zien staan, en ik heb gewoon elke keer voor me weg geschoven. Op een gegeven moment had ik de knop om en denk nou moet ik beginnen en ben ik er ook vol gas er tegen aan gegaan. Ja.

O: en je hebt geen andere uuh.. programma's overwogen of bekeken waarom je uiteindelijk voor Medifit bent gegaan?

10: ja, ik ben bij SLIM een keer wezen praten alleen die hadden een centimeter garantie, die meten dan zoveel delen op in je lichaam

O: ja

10: ik denk ja das wel leuk als je dat zegt ik ben overal 1 centimeter kwijt, zegt... niks..

O: nee, nee dat klopt.

10: dat zegt niks uiteindelijk, je kunt op de ene plek meer afvallen dan andere plaatsen en ja.... en als je dan op de verkeerde plaats afvalt van daar mag het wel wat anders dan ja.. dan... biedt dat geen garantie voor mij zeg maar dat... het eindresultaat goed is. Dan ben je wel wat slanker maar niet de fitheid, en hier had je de combinatie met het programma. Ja dat je toch wat slanker wordt.

O: Oke dus dat was de doorslag van ik ga naar Medifit.

10: ja je moet wel iets gaan doen. Het gaat niet, je kunt wel nee zeggen tegen al het eten maar dat is het niet alleen.

O: nee, zeker

10: je hele mind-set moet om en dat konden ze bij SLIM, ja.. vond ik.... niet garanderen.

O: Dat is dan wel al heel erg duidelijk dat je daar al zelf achter bent, van goh, dat vind ik wel echt belangrijk

10: ja, ja

O: oke, uuh wat was de doelstelling toen je begon? In de intake staat.. zeg maar.. de zelfde lijst. Het ontwikkelen van een actievere leef.. ja.. leefstijl, vergroten van uithoudingsvermogen, ver.. uuh verbreden van uuh..

10: het was meer het ontwikkelen van een actievere leef, uuh ja, leefstijl en dan.. uuhm.. ja en natuurlijk ook wel het gewicht. Jaa..

O: ja, 10 of wat was het?..

10: uuh 103,5 woog ik toen ik hier kwam.

O: ja, wat was je doel?

10: geen idee

O: ongeveer?

10: ik de... ze zullen het wel op 10 hebben gezet, denk ik. de eerste.

O: uuhmm.. dan zetten we het op ongeveer 10.

10: ja, het ging in het begin gewoon super snel, dus uuh haha.

O: dat is dan wel motiverend?

10: ja dat wel, dat was motiverend!

O: uuhm dan gaat het over de motivatie, een cijfer heb je moeten geven aan het begin.

10: oh toen was ik gewoon 10 gemotiveerd in het begin.

O: oke

10: ja

O: en hoever is dat nu nog?

10: uuuh.. ik.. wil nog steeds heel erg graag maar ik heb nu wel een beetje zoiets van ik had eigenlijk gehoopt dat het er een deel in was geslepen in mijn ge...

O: ja

10: in mijn hoofd want ik zit in een patroon, ik laat dat niet los, en ik blijf daar bij, maar ik merk toch dat je.. ja op sommige momenten gewoon terug geworpen wordt en dan.. ja tóch in het oude patroon terug pakt.. en tóch... ja meer gaat eten en minder gaat bewegen.

O: oke, dus dat het nog niet echt in het.. in is geslepen.

10: ja maar dat zou toch wel mogen, ik zeg ik heb hier een jaar zitten.. langer zelfs dan en ik zag ik had ik eigenlijk verwacht van wel.

O: Ja inderdaad.

10: maar dat was het niet.

O: oke

10: nee. Die 10 was in het begin nog steeds en het laatste blok was het iets minder.

O: en wat was iets minder?

10: iets minder een 8 ofzo?

O: ja

10: toen zat ik een heel eind op gewicht alleen ik wilde heel graag naar de 78 gaan, waarom weet ik niet, maar die wou ik aan tikken.

O: Ja

10: en ik bleef net hele tijd op 79, 80 hangen. Dan iets er boven, dan iets eronder.. en ja ik was wel actief maar kreeg niet het resultaat uuh.. meer te pakken.

O: oke

10: waarschijnlijk uuh.. in de vakantie ben ik wel afgefallen, door gewoon normaal te eten en met iedereen mee te doen en nergens geen problemen mee, maar dan ben ik in ontspannen toestand, en dan val ik af.

O: ja, ja dat schilt natuurlijk.

10: dan kom ik terug in mijn ritme en dan is alles weer waaaah, haha

O: haha, oke. En als je het nu een cijfer moet geven, van goh ik zou nu toch wel weer een verandering willen.

10: ik denk dat ik nu uuh.. een 8 te pakken heb... ik weet wel dat ik het kan.. maar het is gewoon.. weer het zelfvertrouwen even de deuk... even van wat heb je gedaan, haha.

O: dus de eigen effectiviteit zou dan lager zijn?

10: uuh

O: dat je verwacht dat je het ..

10: ja.. ik.. hoop eigenlijk wel dat ik het zelfde weer kan doel stellen, en ik denk ook wel dat dat lukt als ik het strak houd zeg maar.. ja.. het is ja, het is even een beetje warrig in mijn hoofd, zal ik het zo zeggen.. haha

O: oke. Dus het belang van de verandering is nou iets minder dan toen of eigenlijk net zo?

10: jawel, eigenlijk wel, want ik wil eigenlijk wel weer terug, ik was gewoon.. gelukkiger.

O: ja, het belang hoever is dat nu dan, welk cijfer zou je er nu aan koppelen?

10: ik denk,, ja, ik denk als ik zou beginnen dat het wel naar de 10 toe zou gaan, want .. ik weet wel waarvoor ik het doe en ik weet ook dat ik mijn eigen beter in mijn vel voel zitten. Dat het niet alleen lichamelijk is en ... qua conditie maar gewoon... het hele plaatje.. loopt dan.. gestroomlijnder.

O: ja, oke nee duidelijk, je hebt wel echt voor ogen... wat je ziet...

10: ja, ja.

O: nee dat is alleen maar goed. Je eigen effectiviteit is dan ook hoog, moet ik zeggen als ik ze bekijk?

O: hoe hoog zou je het inschatten?

10: 10 is wel heel hoog, ik denk een 9 of een 8.

O: oke. 8,5 dan? Er tussen in?

10: ja is goed haha.

O: haha.. uuh welke belemmerende factoren zie je hier in?

10: uuuhm

O: om te gaan starten, zeg maar?

10: uuh dat ben ik eigenlijk gewoon zelf. Ik uuuh... ik.... kan niet over altijd even van genieten, en zet me eigen elke keer op de laatste plaats, en daardoor kom ik elke keer in het zelfde cirkeltje terecht en dan... ja.. ben ik..uuh niet altijd de vrolijke (naam) die je aan de buiten kant ziet.

O: Oke,

10: ja... en ik denk dat dat wel weer zou kunnen maar.. ...het is gewoon.. ja moet dat even... ik denk ook door te sporten dat ik weer in een uuh.. andere modes terecht kom. Dat ik gewoon weer wat positiever allemaal..

O: kuch, sorry.. want nou sport je helemaal niet of weinig of..?

10: Nee, ik heb nog wel een tijdje hard gelopen met Evy opgestart. Dat ging op zich best aardig, en ik heb de MudMasters nog mee gedaan met Ilse en Teun... uuh.. maar die was erg pittig, ik was nog niet aan het hardlopen zover al als dat hun natuurlijk zijn, haha. dat viel behoorlijk tegen. Dat was wel even een domper.

O: oke

10: ik had het gehaald, en was heel erg blij dat ik het zover had volbracht

O: ja

10: maar het gaf achteraf wel even een domper van ja.. (naam)kom.. moet je hun kijken, kom je aan geklungeld.. haha

O: maar het is in ieder geval al heel tof dat je..

10: **is niet zo, het is al een prestatie, maar het is heel dubbel om.. ja daar is het deels ook wel mis in gegaan dat ik dacht.. ja doe maar even gewoon rustig aan, dan pak ik het dadelijk wel weer op, dat komt wel weer.**

O: ja

10: maar dat kwam niet...

O: oke.

10: nee, nee.

O: prima duidelijk. uuhm je medische gegevens.. heb je daar iets op tegen als ik die in mag kijken?

10: Je mag uuh,.. inkijken hoe bedoel je?

O: uuh zeg maar... de hart.. je medische verleden zeg maar, of je hart en vaatziekten hebt gehad, diabetes of medicatie.

10: ja maar ik heb helemaal niks.

O: oh oke

10: ik ben uuh. Kern gezond haha

O: oke dat is mooi. De woonsituatie is die nog veranderd of uuh?

10: nee ik woon nog steeds met man en kinderen.

O: 2 kinderen zij je he?

10: ja 2 jongens, ja

O: uuhm je beroep is nog het zelfde?

10: ik ben thuis, bewust... ja bij de kinderen.

O: oke, huisvrouw.

10: ja, ja.

O: oke

10: ja dat klopt..... Mijn man werkt heel veel. Dus..

O: oke

10: voor ons is het soms praktischer dat... en hebben we ooit gezegd van dan doen we dit de kinderen elke dag bij de opvang

O: ja dat is natuurlijk ook..

10; dat is een keus die je maakt

O: ja idd, een afweging

10: dat vinden wij niet zo. Ja, dus.

O: prima duidelijk. uuuhm.. sporten deed je, wat deed je nou met dat hardlopen nog?

10: ik deed wel eens hardlopen, ja.. met Evy, en op zich was dat best aardig..

uuh.. ging goed, het enigste wat ik nu nog aan sporten doe is op zaterdagochtend mee in de bossen trainen met de jongens bij atletiek. Dan gaat meestal de ouders mee, enkeling dus dan doe ik een uurtje dat eigenlijk, en dat is op dit moment het enige.. ja... op maandag avond een kilometer wandelen met mijn moeder, maar dat is ja dat is een uurtje of ander half uur. en dan..

O: ja dat is dan wel toch weer..

10: jawel dat is ook... ja dat is ook.. ja dat valt ook onder sport maar dat vind ik dan minder uuh.. minder actief

O: minder voor jezelf minder

10: minder actief

O: nou oke, dit valt dan onder het zelfde.

10: ja

O: eens even kijken..... uuhm... dat was eigenlijk alles van dit lijstje. Dan gaan we verder met het bespreken... van de vragenlijst.

10: ja, had ik die eigenlijk het per mail of per post moeten ontvangen.

O: per post

10: nee, ik heb niks, nee.

O: niet? Oh dan mag je hem even invullen.

10: is goed. Uuuhm....

O: De meeste vragen zijn bekend.

10: ja,... ongeveer wel..... (mompelend bij het invullen in de vragenlijst): Ja..... ik weet niet wat het verschilt.. niks.... uuh dit is elke keer het zelfde haha. Volgens mij was het... uuh de onderste... ik haal die altijd door elkaar.

O: is niet erg.

10: eens even kijken.... Hier hoeft ik er maar 1 te omcirkelen?

O: ja

10: dan hoeft ik niet alles te lezen

O: boven in staat de uitleg wanneer het zwaar is, wanneer het licht is.

10: ik weet wel hoe het moet haha

O: haha

10: ik weet niet of ze het nog steeds hebben, maar die hadden altijd z'n map,

O: voedingsmap, bedoel je?

10: ja,

O: volgens mij hebben ze nog wel iets

10: ja daarom ik weet dat ze op het laatst wel eens deden mailen, de.. dingetjes.

O: Het schema zeg maar, het eetschema?

10: Ja

O: ja die hebben ze nou nog steeds

10: ik was daar altijd een heel.. ja,.. voorstander van, ik hield me er altijd heel strak aan, dan ging het goed, haha

O: haha

10: ik moet niet mijn eigen dingetje gaan doen... dan uuuh

O: dat is dan wel een valkuil?

10: ja, op en gegeven moment ging dat wel hoor.... Even kijken Hmm. Ik wil wel weer beginnen maar dat is een beetje.. dat staat er niet echt bij dan he... je hebt u beweegt of sport eigenlijk niet.. want dat heb ik nu eigenlijk. Ik, ja.... Ja... dat ene uurtje.. ja dat... ja.. vind ik.

O: even kijken.. het was een uurtje, en dat hardlopen, ik weet niet hoe vaak je dat doet?

10: ik kan beter dit.. misschien kan ik beter deze aankruisen. Zo. En deze..

O: ja

10: zo.. even kijken... ik woon tegen over de school

O: okee, hahah dat is wel praktisch

10: haha ja dat wel.. ik loop... ik loop ongeveer gemiddeld in de week denk ik... uuuh.. 2,5 uur gewoon wandelend, gewoon... ja.. uuuh. Fietsen.. eigenlijk .. dat verschilt gewoon.

O: Hatsjoe..

10: fietsen eigenlijk nauwelijks. even..

O: hatsjoe

10: gezondheid

O: bedankt

10: je hebt het heel erg te pakken

O: ja nou , ik stond van mogen op en dacht nee.. niet nu! Haha

10: ja dat heb je dan he..

O: het is dan altijd op momenten wanneer het niet uitkomt.
 10: ja. (mompelen over de vragenlijst) ja die.. had ik die over mogen geslagen
 O: is niet z'n probleem, dan zet je er een pijltje dat die daar bij hoort.
 10: ja er tussen dan snap jij dat ook. Uuh.. vrije tijd, wandelen.... gewoon wat je zeker doet he? Want
 O: ja
 10: het gebeurt wel eens vaker maar het is maar net hoeveel tijd ik mezelf gun... 2x is dat... dat is afhankelijk..
 O: van het weer natuurlijk ook,
 10: ja is het lekker weet dan doe ik het veel haha
 O: ja gemiddeld
 10: doe het zelf dat doe ik wel graag, af en toe... uuh..... als het we het oude schema vast pakken dan uuh.... uuhm.. ik zou hem hier willen tekenen
 O: als jij denk dat het ..
 10: ik teken hem even hier.... de grote valkuil ben ik zelf natuurlijk hahah
 O: ja oke, maar het kan ook zijn dat er externe valkuilen zijn uuh..
 10: nee, nee het is echt... uuh.. ik zelf... (mompelen over vragenlijst) Ik zou het nog steeds aanraden. Uuh, 3 tips uuhm.. die ik dan aan zou bevelen aan vrienden en kennissen of?
 O: de 3 tips over het algemeen wat je goed vind aan het... wat je zegt dat vind ik wel prima aan het programma. 3 tips is,. Uuh nee 3 tips is wat je zou willen verbeteren, sorry aan het afval programma. Zeg van nou goh ik zou het voeding gedeeld anders willen, of het coachmoment anders, of de manier van begeleiden met spotten anders. En tips wat je goed vind.
 10: ja, uuhm..
 O: je mag er ook even over na denken hoor dan dadelijk bespreken.
 10: weet je wat het is.. het is uuhm.. wat ik fijn vond ik bijvoorbeeld bij Nanneke daar heb ik in het begin heel veel aan gehad...
 O: ja
 10: uuhm om even je gedachte strnroom anders te laten lopen en... uuh het zelf beeld wat je hebt anders te bekijken. Dat wist ze heel fijn met die kaarten even op te schudden en dan had je ff van oh ja... tuurlijk... waarom pak ik het altijd zo aan terwijl ik het ok zo kan aanpakken. Daar heb ik best veel aan gehad. Uuhm wat ik ook fijn vond ik natuurlijk de zaaltrainingen, dat motiveert tot wel elkaar om... om..
 O: die circuitjes?
 10: ja die circuitjes dat motiveer elkaar gewoon, dan krijg je toch meer een klik enk heb je toch meer ene gezelligere band
 O: ja
 10: waardoor het toch makkelijker is voor de meeste om toch weer te komen.
 O: ja
 10: ja, wat ik had bij de diëtiste uuh... de eerste paar keer is het aardig, maar als je al een aantal keer het programma hebt gedaan dan val je in het oude patroon. Dat wil zeggen dat je dan... het al gehoord hebt.
 O: oke
 10: en dan komen er nieuwe bij met het zelfde ding terwijl jij al op een....
 O: een ander niveau bent
 10: een ander niveau zit.
 O: ja
 10: En dan jaa... dan heb je toch andere struikelblokken merk ik.. wel eens dus..
 O: en daar konden ze niet in mee, of hoe...

10: jawel, ik ben wel vaak gegaan, het is altijd wel slim om.. he, om er aan vast te houden. Er komen toch wel altijd wel tips naar voren, die he, ook van mede mensen die.. waar je toch wel iets aan hebt. Maar ik had wel op een gegeven moment dat het herhaling op herhaling, en dan is het ook van he, hoe ga je het in de zomervakantie en zo doen. en dat is een hele leuke kreet maar..... Ja.. nee, het is niet iets.... Dat denk dat iedereen het anders aan pakt. Niet iedereen is het zelfde gemotiveerd. Er zijn mensen die.. alsnog gewoon doorgaan met hun eetpatroon, en denken dat ze doordat he, een half uur hier in de zaal het gaan redden, maar daar red je het natuurlijk niet mee te minste ik niet,

O: nee

10: en dat werkt wel motiveren, demotiverend vond ik door elkaar heen bij de diëtiste

O: ok

10: dan had ik wel zoiets.. soms had ik wel de vruchten van maar soms ook niet. Het was ook langer niet altijd druk bij de coaching momenten van Naomi en Nanneke samen, dan had ik zoiets van.... Ja... waar is de rest.... zit je daar met 1, 2 of 3^e en dan.. was het dan... we hebben ook wel eens gehad dat het vol zat... dan wordt er onderling, wordt het ook niet echt in de zaal op aangedrongen hee.. van de diëtiste is er weer.... Dus het is.. het leeft.... het ding.... dat het meer in het programma betrokken mag worden,

O: ja

10: door ook aan te moedigen van hé ze komt..

O: oke

10: dat ze daar iets actiever vanuit Ilse en Teun en ja.. tegenwoordig iedereen die op de groep zitten

O: ja

10: aangestuurd worden. ik zeg dan ja.... heb je meer het... ja.. het idee dat het ook allemaal samen is.

O: samen is, ja

10: niet dat Naomi het losse onderdeel is wat je doet als je ... ja ik hoef geen boodschappen te doen ik ga daar zitten.

O: oke, ja.. ik snap het nee okee. duidelijk

10: uuh. Even kijken.

O: dan schrijf je bij tip diëtiste op dan weet ik verder wat je bedoelt.

10: ja, dan had ik... nog het circuitje.

O: ja... Als tip?

10: uuh...

O: of wat bedoel je?

10: uuh tip? uuhm

O: of hoort het bij top? Anders zet je daar een pijltje.

10: ohja das waar... dat is andersom.

O: Nanneke had je als top.

10: ja Nanneke.... uuh even kijken.. uuhm. Hier het circuitje ja... ik uhm merk dat bij de circuitjes... dat er verschillende instructies zijn over verschillende oefeningen

O: oke..? wat bedoel je met instructie?

10: dat ze niet allemaal de zelfde spiergroepen laten aanspannen ofzo.. ik heb een oefening die ik altijd op één manier deed en toen zij ze ja dat moet je zo niet doen maar moet je zo doen... en toen ging ik dat doen en ik denk. Hé? Waarom weet ik dat niet, ik zit hier meer dan een half jaar en dan.. kom je daar achter.

O: dan doe je instructie bij circuitje

10: circuitje,

O: ja

10: Instructies, ja.. en meer bijsturen denk ik dan ook.

O: ja, dat er dan ook echt op gelet wordt dat je natuurlijk de goede spiergroep gebruikt, want anders kan je net zo goed op de bank zitten als je de goede spiergroep dan toch niet gebruikt.

10: ja, ja, juist, en natuurlijk beweeg je wel en is het niet verkeerd, maar ik heb wel het idee.. dan ga je er bewuster op letten. Ik moet hem zo pakken dan heeft hij het meeste effect.

O: ja

10: uuuh even kijken..

O: als je er maar 2 hebt is het ook goed hoor, als je dadelijk nog niet te binnen schiet mag je het dadelijk nog opschrijven. Even kijken, dan ga ik het heel even met je doornemen.

O: uuh.. waar zijn we.. (mompelen over de vragenlijst) ja dat is de goede.

10: ja wel?

O: jawel, 1x per week ,dit is 3x per week en 10min is te kort.

10: ja dat dacht ik ook. Ik blijf dan lezen, en pak ik hem nog een keer...

O: nee het klopt.. (mompelen over de vragenlijst) die map van het eet schema?

10: ja inderdaad.

O: minder dan 2,5 uur? Ongeveer 2,5?

10: ja het zit er niet overheen, zal ik het zo zeggen. Het is eerder eronder dan dat ik er overheen zit. Sommige weken komt het misschien wel voor, maar andere weken niet.

O: dat is niet het gemiddelde.

10: nee.

O: oke. Dit hadden we al besproken.

10: en in de zomer doe je automatisch meer bewegen

O: ja

10: dan ben je heel veel in beweging, automatisch zonder dat je het zelf in de gaten hebt.

O: wat houdt je tegen om te bewegen?... ja, dat had je verteld. prima.. Wat zijn de valkuilen om te bewegen? Jezelf inderdaad, had je al benoemd. Uuhm.. verder zijn er andere nog dingen waar je zegt van daar op dat moment had ik het anders willen doen, of moeilijk tijdens het proces in het afvalprogramma?

10: uuh.. bij het afvalprogramma zelf?

O: Ja

10: uuhm het komt wel een gewoon... uuh ja dat je ergens blijft hangen.. en mee eet.. en dan staat er iets voor je neus wat je .. beter niet kan eten. Uuhm wat ik dan eigenlijk... het lukte eigenlijk wel maar dat vond ik het wel lastig. Dan zit je in een situatie waarin je niet anders kan, dan heb je familiedagje dan staat er een frietkraam ja dat is harstikke leuk

O: Ja

10: En niet erg een keer friet is ook niet erg, helemaal niet, maar ja dan... dan.. ja... dan..

O: dan is het tegen je wil in eigenlijk.

10: juist, ja, dan zit je te eten, en je geniet er dan ook niet van, terwijl je dat dan eigenlijk wel moet doen.

O: ja

10: want dan mag je dus,.. dan zit je te zondigen dan zou het.... Dat maakt het wel eens lastig omdat je dan.... Thuis had ik daar geen problemen mee, mijn man

en kinderen vonden het allemaal prima en aten net zo goed mee uit die map en... vonden het allemaal, vonden het allemaal wel best.

O: ja

10: maar het is wel. . als je dan buiten.. komt dan krijg je ook vaak commentaar ja maar (naam) je bent al zoveel afgevallen.., pak het nog.. Dan komen ze met chocola onder je neus met dat vind je toch lekker..? ja, ja dat weet ik maar...

O: Ja, dat doe je dan op zom momenten? Heb je zoiets van nou ik pak het toch, of ik hou me aan het programma.

10: nu pak ik hem dus toch, maar tijdens het programma echt niet, toen was ik heel streng voor mezelf. Ik was... ze zijden ook wel eens te streng.

O: Oke

10: het is dan echt zo.. dan was het afgekadert en dan was het geen probleem, dan ging het ook makkelijk en voelde het ook goed. Als ik dan iets had gegeten wat eigenlijk niet hoorde voelde ik me ook heel erg ellendig.

O: ellendig oke.

10: ja, ja dat was dan...ja dan is er... ja....

O: dat is dan extra, extra.. ja.. straf voor jezelf.

10: ja bijna eng.. dat ik denk (naam) wat doe je jezelf toch aan... ja, maar het is wel... ja, dan ben ik heel streng maar door het strak te houden maakte het wel makkelijker.

O: oke

10: is gewoon, binnen de lijnen zullen we maar zeggen, haha

O: haha. De ervaren heb je al een beetje.... (mompelen over de vragenlijst)

10: het is gewoon... het blijft gewoon lastig eigenlijk, omdat je... ja.. het is.. je zit je zit ergens in je hebt een heel erg groot doel, wat ik wel en lastig vond dan stond je hier op de weegschaal en dan is het niet wat je verwachtte. Dan wil niet zeggen dat je niet was afgevallen maar dan had je net iets meer verwacht of je was net iets aangekomen en denk je verdorie. Daar baalde ik dan wel eens van, dat is dan heel.. heel lastig... dan heb je het heel netjes strak gehouden en dan denk je... is dit dan het resultaat?..

O: dan heb je er zo veel voor moeten doen om..

10: goed, gaande de hele procedure heb je in de gaten dat vrouwen gewoon af en toe anders regeren binnen de cyclus.

O: ja, ja inderdaad dat is een nadeel.

10: dan denk je ohja toe maar.. ja dat is wel eens lastig, omdat dat ook de motivatie weghaalt. Zeg maar als je dan.. even een tegenvallende week hebt..

O: ja. Even kijken.. prima duidelijk.... (mompelen over de vragenlijst) vertrouwen in jezelf? Vertrouwen in bewegen of dat je het.. uuh aankan... of wat bedoel je? Welk vertrouwen waarin?

10: ja uuuhm.. beide.. uuh bij alles, eigenlijk alles even, ik uuuh heb even op het moment even een dipje zal ik maar zeggen dat ik denk van.. het moet allemaal net iets meer, iets beter, iets anders, iets... ja. Ik zeg ik mag eigenlijk helemaal niet klagen ik het thuis helemaal.. met man en kinderen maar ik zit zelf even

O: ja

10: in de... uuh in het gedring.. ik merk gewoon dat je.... uuuhm..... uuh daardoor.. uuuhm... wat meer in je schulp kruipt en dat je denk van..

O: laat maar

10: iedereen even de boom in laat me maar even en dan.... dat breekt straks wel weer op, ik heb dat... helaas wel eens eerder gehad en dat is gewoon even, daar kom ik wel eer uitgeklimmen maar ik merk wel doordat je helemaal niets meer doet, ook niets meer bewegen en zo.. dan mis ik ook gewoon de sociale contacten deels, omdat ik gewoon veel thuis ben.

O: ja

10: dus dan is die balans niet lekker. Dus ik merk dat als ik hier over de vloer kom, dat wil niet zeggen dat ik hier iedereen loop bij te praten zo..

O: ja

10: maar dan ben je even, even niet meer (naam) de moeder en de vrouw, maar ook gewoon even mezelf wel weer en dan.. ik zeg dat.. miste ik wel..

O: oke

10: denk ik ook wel dat ik.... ja.. ik heb heel lang zitten te dubben zal ik dan nog terug gaan? ik denk ja het is toch helemaal mislukt dat heb je zelf gedaan...hé zo voelt dat dan hé, ja.. je hebt het gewoon.. ik heb het zo ver laten komen, ik zeg dan is het heel lastig om dat weer om te zetten naar iets positiefs van.. ja maar je kon het dus... ik moet het nu ook nog kunnen, en dat is er ook.. dat gevoel heb ik ook dus ik heb ook zo iets van.. je kunt wel zeggen het heeft... heeft het geholpen Medifit of heeft het niet. Het heeft zeker geholpen. Het geen waar het fout op ging ben ik zelf geweest zeg.. want niemand heeft dat eten in mijn mond gepropt, dat heb ik zelf gedaan, en niemand heeft mij op die bank gezet en gezegd van blijf jij hier meer even zitten hè..

O: nee dat klopt

10: nee en ik zeg dat is gewoon... ik denk gewoon dat ik daar ja... dat, dat .. vertrouwen in mezelf dat is af en toe in strijd met mezelf.

O: nee, oke

10: het klinkt misschien wel een beetje warrig voor jou maar...

O; nee, ik kan het... ik kan het begrijpen. Ja, ik begrijp wat je bedoelt in ieder geval.

10: ja oke.

O: dan is het in ieder geval... uuh.. dan heb ik straks geen vragen wat bedoelt ze daar mee.

10: nee

O: prima.. even kijken (mompelen over de vragenlijst) de redenen ervan heb je ook al aangegeven.

10: ja, maar het is niet zo dat het programma niet werkt, je moet je er gewoon aan vast houden, maar het is niet iets wat je even doet, het is iets wat je altijd vast moet houden, hoe de hobbels ook zitten in de weg, je moet eraan vast blijven houden en niet uuh....

O; het is uuh.. echt een aanpassing van de levensstijl. Als je het maar een tijdelijk moment doet, dan wordt het..

10: dat had ik eerst ook, het ging hartstikke goed, mag helemaal niet klagen maar... ja, het is..

O: toen had je een terug val

10: het is gewoon zo.. ik kan er wel over zitten dubben maar... ik moet er gewoon mee vooruit.

O: ja het is nou toch even, even niet anders..

10: daarom, ik zeg als je het even oppakt zit je zo weer in het patroon waarschijnlijk.

O: ja

10: het is even wennen,

O; ja inderdaad

10: zeker omdat je dan weer terug komt, dan heeft iedereen zoiets van hè ben jij er weer? Ja, ja. Ik ben denk ik juni of zo gestopt, mei.

O: ja, zoiets. Wat je anders zou willen zien in het programma heb je al een beetje benoemd.... Dat de diëtiste af en toe op de zelfde moeten zitten als jij zeg

maar, het circuitje met instructie, wat je zij dat je zeker zou willen behouden is het circuit en het gesprek met Nanneke.

10: ja dat zou ik wel in het afvalprogramma.. ik denk als je er eenmaal inzit dat het niet direct nodig is, maar als opstart fase... Mijn visie is dat iedereen aankomt.. uuhm.... met een rede, er zijn diverse redenen waarom je aankomt, maar meestal zit het gewoon deels gewoon in je hoofd. Er zitten gewoon wat kinken in de kabels en... die je kan je onopgelost laten, zeg maar het helpt wel een verhelderen doordat Nanneke gewoon een persoon is die je eigenlijk niet kent, maar wel heel prettig in contact is.. dat je wel.. uuhm.. even erover kunt sparren zonder dat je met de vinger aangewezen wordt van hè? Ja... ik zeg dat is gewoon het wel prettig, en zeg en vind het ook fijn dat het bij haar blijft zeg maar.

O: ja, dat het niet verspreid wordt

10: nee, niet dat het in de map uitgrondig wordt verteld he...dit... daar... daar knoopt ze mee.. dat vond ik wel fijn. Ik zeg ik merkte ook dat mensen in het circuit zaten bij mij, of in de groep zaten die zijde van... Ja.. ja.. liepen daar tegen aan. ik zeg heb je wel eens met Nanneke gepraat? Ja, wie is dat dan?

O: ow

10: ja kijk en dan denk ik, dan zit he fout. Er zijn mensen die Nanneke niet kennen als binnenkomer.. en dat is wel als je hier binnenkomt als nieuwe klant dat het...uuh.. programma niet altijd even helder is uitgelegd.

O; owkee

10: dat merk ik dan wel eens..

O: dat is toch wel...

10: ja dat is.. dat ervaar ik dan wel eens. Dan denk ik van ja..... ik zeg en hoort Nanneke bij het Medifit verhaalt of gaat dit van de fysio af, dat wist ik ook niet, Dus uiteindelijk heb ik gewoon betaald voor Nanneke..

O: ow

10: dat is op zich niet erg maar ik wist het niet.

O: Oke,

10: ja dat is dan..

O: ja dat heb ik erbij gezet, bekendheid Nanneke bij start van programma in ieder geval.

10: Ja dat mag echt uuh... kijk ik heb achteraf.. dat ging van je fysio kosten blijkbaar ofzo af. Dus uiteindelijk ik kreeg een rekening, ik zeg waar is die rekening van?

O: ja

10: Ja die is van Nanneke. Oow oke..

O: dat hadden ze dan best even mogen vertellen.

10: Ja zat ze erbij, of zat ze niet erbij.. En dat maakt niet uit ik heb er veel aan gehad. Maar ik kan me voorstellen mensen die de euro's niet op de bank hebben het heel vervelend vinden.

O: ja, nee, goed dat je het aangeeft

10: Ja oke

O: ik heb het erbij gezet, ik ga er wat mee doen, en doorgeven

10: ja

O: dan heb ik nog een laatste vraag, zijn er nog dingen die je kwijt wilt over het programma, waar je denkt dat is nog wel belangrijk voor het onderzoek of? Of over het algemeen?

10: ik denk gewoon dat het uuh.... gewoon echt een combi is van echt.. echt het sporten.. er aan vast houden en in het begin mag je maar twee keer in de week komen, daarna mag je zo vaak komen als je wilt, maar ja goed, je moet je

spieren ook af en toe rust gunnen.. ik denk wel dat de combinatie van sporten in combinatie met de nieuwe levensstijl die map eigenlijk gewoon dat dat wel heel erg belangrijk iets is. Ik merk veel dat andere kandidaten uuh.. minder gemotiveerd zijn omdat ze aankomen om ze zich niet aan de map houden, en maar wat doen.

O; ja

10: je hoeft het niet strak elke dag op te eten wat daar op dat lijstje staat, je kan switshen van ochtend middag enz. dat kan je dwars door elkaar heen gooien, dat is geen probleem, ik merkte dat wel de meeste mensen daar geen weet van hebben en daar.. ja... iets ja... de motivatie is bij iedereen anders, zal ik het zo zeggen. Ik stapte erin met een 10, maar er zijn ook mensen die waarschijnlijk denken van misschien wel leuk joh. Misschien ga ik hier wel van afvallen, een keer iets anders dan die shakes en laat ik dit proberen. Ik zeg en die hebben een andere motivatie, dat merk je wel eens in de groep, en dan is het.. ja dan zit je bij de diëtiste, ja ik eet nu maar één zak chips per dag en maar twee biertjes of drie moet kunnen.. dan heb ik... zak ik zowat door mijn stoel heen en denk van... ja.. dat kan ook?! ik zeg er dan maar niet te veel van.. maar dan denk ik.. verdorie zeg.. ik zit hier mijn eigen heel erg mijn beste te doen en dan hoor je gewoon..

O: dat ander het niet doen

10: ja, ja en dat is gewoon.. dat moet ook die mogen ook hun programma.. het is wel.. heel erg frustreren.

O: en confronteren inderdaad, want doet.. jij laat er alles voor en andere die..

10: De drank staat aan de kant, ik kom er.. ik kom er niet aan... ik zit aan het watertje en de thee en dan verdorie..

O: en zij zitten gewoon te drinken.. haha dat is niet altijd...

10: maar iedereen heeft dat, en aan het iemand van het programma had ik natuurlijk ook wel eens van een leuk feestje gehad dan drink ik ook wel een iets.. dan zit je eigenlijk al... dan zat ik eigenlijk al op mijn gewicht. Het laatste blok heb ik ook gedaan omdat ik eigenlijk nog wat kilo eraf wilde maar... was het niet zo vond ik het prima.. maar gewoon om het vol te houden, toen kwam ik daar iets in aan en weet de rede ook daar achter. Het is wel.. het is ja.... Het is een goed programma voor het begin alleen op het laatst zou ik het programma misschien... er zou eigenlijk dat heb ik wel een tegen Teun en Ilse gezet.. waarom is er geen vervolg voor afvallen met Medifit, een groep die gewoon.. zijn doelstelling al grotendeels behaald heeft en anders gemotiveerd wordt, die eigenlijk niet meer de diëtiste nodig heeft dat is dan eigenlijk onzin..

O: ja

10: die handvaten heb je al.. dat je daar.. ja.. andere motivatie groep voor hebt. Dan zeggen ze ja.. dan kun je gewoon met het normale circuit mee trainen. En dat is ook zo..

O: maar niet met die begeleiding die je op dat moment nodig hebt

10: nee, want je hebt niet het circuitjes en hebt niet het coachmoment.. en soms kan dat coachmoment net even het zetje zijn wat je nodig hebt om even te zien je zit op de goede weg.. hé. Dat je net het duwtje hebt van een vreemde die zegt het gaat.

O: die... uuh.. vervolg groep hoe zou je dat zien? Zou je dan 1x in de week komen, 2x in de maand?

10: nee gewoon nog 2x in de week gaan sporten... Dat is toch de beweegnorm. Je moet een bepaalde beweegnorm hebben je kan wel zeggen dat doe je thuis. Maar vaak is het zo.. dat... te minste bij mij komt alles voor dan mezelf en dan kom ik er niet aan toe.

O: ja

10: Niet dat ik thuis niet de ruimte krijg, maar ik pak dat momentje zelf niet, omdat ik andere dingen belangrijker vind. Als je z'n momentje hebt dat je zegt ik moet hier naar toe... dan valt alles uit je agenda omdat die er al staat, dat staat, daar komt dan niks tussendoor. Die afspraak staat er dus ik ga naar Medifit toe. Daar ben ik ook heel streng in geweest, van nee sorry dan kan ik niet

O: oke

10: dan moet ik naar Medifit. dan merk ik als ik als je dan z'n groep hebt waar je naderhand 2x in de week zou samen komen dan zie je ook.. dan kan je elkaar ook ophelpen als je in een valkuil trapt. Gewoon van.. ja phoe.. wat ik nu heb uuh.. twee weken lang... het gaat niet echt... en dan sta je op de weegschaal, nee het gaat echt zo niet. He.. Dat je even die mind-set hebt waar ben je mee bezig?

O: je moet weer terug..

10: ja dat is leuk, maar je moet nu wel weer terug pakken.

O: oke... goed.. goede optie

10: dat zou mijn wens zijn eigenlijk. haha

O: haha maar stel dat die groep komt, op een gegeven moment zit daar ook weer een eind aan, dat je twee keer in de week komt. Of zou je dat dan eindelijk..

10: ik denk dat ik dat door blijft doen.. ja.. dat denk ik.. ja.. ik denk wel deels daar in zou blijven hangen dat het een gezellig groep van komen en gaan, inderdaad mensen zeggen na een tijd van hier ben ik ook mee klaar, ik ga een ander sport doen, he.. want in eens in de zoveel tijd had er een uitstapje, dat vind ik zo leuk dat gaan we doen ofzo. Ik denk dat het makkelijk is, ik vind het gewoon heel lastig om naar een ander sportschool toe te stappen en in het vreemd weer opnieuw te beginnen

O: ja

10: want de begeleiding is nergens zoals... je hier kan hebben... Je kan hier altijd met je vragen terecht, en dat is niet overal standaard heb ik het idee, maar ik heb ook nog nergens anders gekeken dus mag er niet over oordelen maar dat verneem ik wel eens.

O: Prima.. duidelijk.

10: ja

O: Daar ga ik iets mee doen, te minste kijken hoe dit mogelijk is.. en uuh of het haalbaar is. Dan hebben we nog een paar testjes die we zouden gaan doen. ik weet je niet of je daar nog mee eens bent, of zo iets hebt van eigenlijk liever niet?

10: oke ja is goed, wat had je bedacht?

Hierna volgden de testen lente, gewicht, omvang, en conditietest (astrand-fietstest

Bijlage 7: Codeerboom

Uit operationalisatieschema

<u>Onderwerp</u>	<u>Label</u>	<u>Sublabel</u>
Coaching	Start deelname, stop deelname, doelstelling, leefstijlcijfer	
Redenen	Motivatie, barrières	
Ervaringen	Tips, tops	
Lichamelijke metingen		
Voeding		
Bewegen		
Oplossing/tips	Voeding, bewegen, overig	

Coaching

	Start deelname			
Respon.	Gezondheid	Mentale gesteldheid	Programma	Extern
1	- Tia - Ongezonde leefstijl			
2	- Heup klachten		- Onder begeleiding	
3	- Hoge bloeddruk	- Lekkerder in vel zitten	- Al eerder dit programma gedaan met goede resultaten	
4		- Lekkerder in vel zitten		- Samen met vriendin
5	- Rug klachten			
6	Gewichtsverlies	- Lekkerder in vel zitten	- Persoonlijke begeleiding - Prijs	
7	- Gewichtsverlies	- Lekkerder in vel zitten		
8	- Gewichtsverlies	- Stok achter de deur		
9	- Gezondheid/familie historie - Gewichtsverlies	- Weerschaal gaf te hoog aan		
10	- Conditie/ fitter zijn - Gewichtsverlies	- Niet in alle stoeltjes passen - Ik voel mezelf niet meer		- Slechte conditie, niet meer mee kunnen spelen met haar kinderen

	Stop deelname		
Respon.	Programma	Overig	Emotie
1	Geen vooruitgang	- Kan het zelf verder	

		- Nog regelmatig bij Medifit komen	
2	x		
3	Tijdstip onhandig	Drukte Geen oppas	
4	Klaar met diëtist	Drukte op werk	Te veel op het moment
5	Geen oplossing meer voor geen vermindering van gewicht Wegen vervelend		- Zag het sporten als een drempel
6	X		
7	Leverde niet genoeg op.		- Geen lol meer in - Bordje lag te vol
8	X		
9	- Prijzig	- Vader werd ziek, wat niet meer te plannen	
10	x		

	Doelstelling		
Respon.	Gewicht	Gezondheid	Emotie
1	-10kg	- Actievere leefstijl	
2		- Fitter zijn - Minder klachten van heup	
3	Gewichtsverlies	- Lagere bloeddruk	- Lekkerder in vel zitten
4	weer 70kg wegen		- Lekkerder in vel zitten
5	-10 kilo	- Actievere leefstijl	
6	-20kg bijgesteld naar -10kg		- Terug naar het plaatsje wat ik ooit heb gehad.
7	Moet omlaag	- Actievere leefstijl	
8	- 10kg - Omvang		
9	-15 tot - 20kg		
10	- 10kg daarna naar 78kg.	- Actievere leefstijl	

	Cijfer leefstijl		
Respon.	Intake	Interview	
1	5	6	Kan altijd beter, druk met studie en werk.
2	2	7	ben meer gaan bewegen het afgelopen jaar en ook afgevallen. Helaas ben ik nu op dit moment in een dip geraakt en probeer

			er weer uit te klimmen omdat ik graag verder wil
3	7	8	Er blijft altijd wat over om te verbeteren.
4	X	7	omdat ik me wel bewust van ben dat als ik niet wil aan komen ik weer moet gaan sporten.
5	5	5	Meer bewegen, minder snoepen, zou beter zijn.
6	3	5	om ik echt meer moet gaan bewegen en beter op mijn eten moet letten.
7	X	7	ik denk dat ik op de goede weg zit voor wat betreft mijn leefstijl. Afgevallen is van latere orde.
8	6	7	ik kan gezonder eten, minder snoepen
9	6	6,5	ik denk dat ik best wel gezond leef maar het moet meer naar de regelmaat.
10	5	5	persoonlijk.

Redenen

Respon.	Motivatatie				
	Emotie	Gezondheid	milieu	Groepsgevoel	Programma
1	- Geeft voordelen	- Belangrijk om gezond te zijn.	- Omgeving helpt en is er mee bezig.	- Leuke mensen om je heen in het zelfde schuitje - Helpt elkaar een stapje verder - Gezellig	- Weegmomenten - Groepslessen waarbij je gepushed wordt, stok achter de deur om door te gaan. - muziek en plezier in groepslessen - Bootcamp - coachgesprek
2	- bewegen is dan een uitlaat klep.	- Familie historie (7 p. herseninfarct en hartproblemen) - Bewust wording van wat je allemaal in je mond stopt.			- combinatie van voeding en bewegen.
3		- Vader op jonge leeftijd overleden - uithoudingsvermogen - Bloeddruk	- dochtertje - Dochtertje van 3 om daarmee langer kunnen volhouden om leuke dingen te doen.		- iedere week wegen.
4	- Zichtbare veranderingen		- Vriendin om samen het programma te volgen. (onderlinge wedstrijd)		

5				- je wordt verwacht waardoor je toch gaat. - Groepsgevoel waardoor je toch gaat	- Veelzijdigheid - Coach die van alles probeert. - Diëtiste - 1x p.m. externe sport
6	- Niet de ergste van de groep - voldaan gevoel na circuit - Beter voor het lichaam (innerlijk en uiterlijk) - voelt zich fitter - succes ervaring	- Vermindering lichamelijke klachten - heeft al nierziekten.		- je haalt er meer uit - praten met elkaar - Niet de ergste van de groep	- Circuit
7	- hoe je jezelf voelt is belangrijk.		- Bruiloft van dochter, leuk jurkje waar ze in wil.	- rond de koffietafel gezellig kletsen	
8	- eerder ging het makkelijk. Ik kon alles laten staan.				
9	- steeds fitter en prettiger voelen				- bootcamp - iedere keer de zelfde groep is prettig - iedereen uit de groep is het zelfde
10	- ontspannen toestand dan gaat het beter. - beter in je vel zitten. - het hele plaatje loopt beter. - Eerdere ervaringen - afkadering wat mag wel wat mag niet, daar binnen blijven ging top.				

	Barrières					
Respon.	Emotie	Voeding	Bewegen	Overig	Werk	Programma
1	Veel inspanning	- Eetpatroon, moeite mee - Regelmaat		- Regelmaat - Vakanties, ander eten - stoppen met roken, weer aankomen	- Adhoc bedrijf onregelmatige pauzes - Druk, vol gepland	- niet voldoende vooruitgang
2		- Regelmaat met eten - Wreetbuien in verleden		- Snel vervallen in oude dingen		
3	- Stress - geen zin - schuld gevoel bij zondigen	- te veel met voeding bezig, niet iedereen lust iets veel verschillend koken.		Dochtertje, huishouden, nieuw huis zoeken - ritme (lange weekenden/ vakanties) - oppas - geen tijd	- nieuwe baan	- geen controle met wegen - Te vroeg tijdstip (eten/oppas)
4	- Stress - Niet lekker/fijn voelen		- sporten in de avond (ochtend is fijner)	- slechter weer - feestjes - kouder weer (winter) - Na het eten after-diner-dip, geen zin om nog te sporten		- niet veel resultaat meer
5	- snel verlijd (snoepen) - moe zijn - het idee dat ik het verdient heb. - voorschut als je	- Bourgondisch leven - zin in snoep - eten in de avond - heeft een	- veel smoesjes om te sporten (te warm, te koud, te nat) - niet te 'ver' gaan (niet			- drempel om te wegen

	niet was afgevallen	snoepje verdient vind ze. - Eet veel tijdens het koken	gezond)			
6	- Frustrerend dat het niet lukt, niet wetende waarom	- ik heb altijd honger	- sporten is niet leuk, vind het erg om te doen (wordt er moe van) - voelt al verplichting - de stap in andere sport school is te groot (patser imago) - te vermoeid om nog te gaan sporten - omkleden tussen slanke mensen	- Te weinig tijd om te sporten - Te duur - omgeving steunt wel maar doen niet mee. - Zien dat andere het wel pakken maar jij mag niet.		- Geen resultaat bij wegen - levert te weinig op ten opzichte van wat je er voor doet - Weegschaal is altijd moeilijk. (negatief beeld)
7		- je 'moet' dit en dat. Het is een moet-gebeuren. - miste de onderbouwing waarom zo iets is.		- Financiën - feestjes		- Tijd van sporten - Schoot niet op, deed toch mijn best.
8	- moe of niet happy veel snoepen	- Veel snoepen/snacken - het gevoel ik moet blijven eten. - te streng willen zijn voor jezelf		- knopje kwijt geraakt (eerder wel 12kg kwijt)		
9	- ontbreken van		- Regelmaat	- te duur		- Iedere keer op die

	discipline		doordat je verwacht wordt, wat ik bij alleen sporten niet heb. - sportschool vind ik geen bal aan	- Pijzig voor voeding die je later minder nodig hebt - omgeving helpt wel en zegt dat ik soms iets niet moet pakken - Tijd niet gunnen voor jezelf - Feestje, hapjes (liever kaas dan wortel)		weegschaal en aan tafel werd er ongelukkig van (waren wel nuttig) - Gesprekken echt niet leuk
10	- warrig in mijn hoofd - kan niet altijd overal van genieten - zelf op de laatste plaats komen - ik zelf - Door cyclus soms geen resultaat, haalt motivatie weg - Moet van haarzelf net wat meer, beter, anders - in strijd met mezelf in het vertrouwen in mezelf. - Pak niet de momenten voor mezelf - ellendig gevoel na zondigen - Andere uit de groep horen dat ze gezondigd hebben	- Niet mijn eigen dingetje gaan doen - ergens anders mee eten (niet anders kunnen)		- geen ritme - Even rustig aan daarna weer oppakken (niet gelukt)		- niet genoeg afgevallen naar eigen verwachting - na programma minder sociale contacten

	is frustrerend.					
--	-----------------	--	--	--	--	--

Ervaringen

Respon.	Tips			
	Programma	Omgang	Randzaken programma	Bedrijf zelf
1	2x p.w. groepsles (circuit)			
2			- externe prikkel (vb. app'je) goed bezig ga zo door - Afwezigheid controleren en voorkomen	- Prikkel bedrijven (ziekteverzuim verminderen door sport) - Meer gebruik social media (bewust wording)
3	-Tijdstip was te vroeg met sporten - tijdstip van diëtistmomenten te vroeg.			
4	- na fase 2 een beetje klaar met diëtiste (je weet al veel)		- Apparaat dat vet% meet	
5	- Wegen in een groep, zou een motivatie kunnen zijn	- Directer zijn - circuitje mag strenger		
6	- Correctie op uitvoering oefeningen	- nooit spierpijn gehad, was de begeleiding dan wel goed?	- Sporten tussen 'dunne' mensen is niet prettig,1 andere vrouw ook (informatie vooraf gemist) - omkleden tussen 'slanke' mensen is moeilijk	
7	- Tijdstip voor sporten te vroeg. - Van te voren weten wat je gaat doen in de zaal, en dit tijdig klaar zetten zodat je op tijd kan starten - wegen was vreselijk, elke keer een verantwoording afleggen - Meer bekendheid diëtiste	- Voelde zich bij Teun niet altijd serieus genomen	- Wat is het slagingspercentage van het programma?	

8	- Diëtiste in eerst fase fijn, daarna minder nuttig		- vetpercentage meter aanschaffen	
9	X			
10	- later in het programma werd de diëtiste veel herhaling, je weet het dan wel. (er komen dan wel eens wat tips maar verder niet) - Vervolg van afvallen met Medifit (doelstelling grotendeels al behaald, geen diëtiste, circuit, coachmoment, 2x in de week sporten, in groep dat helpt elkaar, wegen	- Meer aandringen op de groepscoachingsmomenten, niet erg druk - Verschillende instructies over oefeningen in circuitje	- Nanneke is niet bij iedereen bekend - Kosten van Nanneke (info)	

	Tops	
Respon.	Programma	Omgang
1	- Dieet, helpt zeker - Groepslessen - Muziek met groepslessen (geeft plezier) - groepsdieetadvies - Bootcamp, extern	
2	- Groepsgesprekken, elkaar meningen/ervaringen/problemen - bootcamps - maandelijkse uitstapjes verenigingen - interactie diëtiste	
3	- circuit - Groepsgebeuren (lotgenoten)	- direct problemen bespreken/oplossen
4	- fijne sportsfeer - Nanneke voor tips/tricks - diëtiste	-goede begeleiding

	- maandelijkse externe activiteiten - Groepsrespect (iedereen gelijk) - circuit	
5	- Persoonlijkheid - veelzijdig - maatwerk - groepsgevoel - circuit (mag strenger) - Externe uitstapjes naar verenigingen	- veel optie om problemen op te lossen
6	- circuit - sfeer binnen de groep (iedereen is het zelfde)	- Ine, helpt je harder te werken - Paulien, begrijpt je
7		- enthousiasme Ine
8		- niet miepen maar door gaan (worden niet als watjes/dikkertjes behandeld) - Teun en Ilse.
9	- bootcamp	
10	- Nanneke - zaaltraining/ circuit	- begeleiding

Lichamelijke metingen

Respon.	Gewicht meting (kg)						
	Intake	Outtake	Verschil in kg	% afname	Onderzoek	Verschil in kg	% toename
1	116,7	112,3	-4,4	4%	112,2	-0,1	0%
2	130,9	114,9	-16,0	12%	121	+6,1	5%
3	94,2	81,8	-12,4	13%	86,2	+4,4	5%
4	92,3	76,4	-15,9	17%	80,8	+3,9	6%
5	91,1	88,1	-3,0	3%	93,2	+5,1	6%
6	78,9	77	-1,9	2%	X	X	X
7	101,2	98,8	-2,4	2%	X	X	X
8	93,4	85,9	-7,5	8%	85,2	+0,7	Afname 1%
9	94	92,1	-1,9	2%	93,8	+1,7	2%
10	103,4	81,3	-22,1	21%	87,3	+6,0	7%
Gem	99,6	90,9	- 8,8	9%	95,0	+3,5	4%
STEV	14,7	13,8	7,3	7,0	14,2	2,4	3,1

Overige metingen zie Excel bestand.

Voeding → zie Excel bestand

Bewegen → zie Excel bestand

Oplossingen/tips (extra uit interviews)

Respon.	Tops		
	Voeding	Bewegen	Overig
1			- Regelmaat, voornamelijk in weekenden - Vaste pauzes creëren
2	- Regelmaat in eetpatroon - VoedingsApp - Tussendoortjes (voorbereiden)	- Regelmaat in beweegpatroon	- Niet vervallen in oude dingen - Structureel in je leven iets veranderen
3		- Op de fiets naar het werk - Overal naar toe op de fiets	- Stok achter de deur (wekelijkse controle) - niet vervallen in oude patroon - zelf iemand zoeken die mij 1x p.w. weegt - thuis bewust geen weegschaal

4	- Tussendoortjes wél pakken		
5		- Groepsdruk/ maatje om toch te gaan sporten	
6		- Thuis dagelijks op de crosstrainer	
7	- Onderbouwen waarom iets beter is met voeding.		
8	X		
9	- s avonds op de bank niet meer pakken (snoep)		
10	- genieten van een zondigen		- het leven positief bekijken - de rest van je leven een andere leefstijl toepassen