

Overgewicht te lijf binnen het bedrijf

Een studie naar de effecten van het beter laten aansluiten van interventies op het gedrag van werknemers en behoeften van werkgevers



Door

Silke van Dijk
Tjalklaan 35
3028 JH Rotterdam
Studentnummer: 07081596
Tel: 06-43948393

Datum

9 juni 2011

Afstudeerbegeleiders

Drs. Charlotte Schaap (Haagse Hogeschool)
Drs. Inge Audenaerde (Haagse Hogeschool)

Praktijkbegeleider

Drs. Jurgen van der Baan (CZ)

De Haagse Hogeschool

Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
Tel: 070-4458300

CZ

Afdeling Werkgeversdiensten
Chasséveld 17
4811 DH Breda
Tel: 076-5243000

DE HAAGSE
HOOGESCHOOL



Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, het resultaat van een verkennend onderzoek naar interventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers. Deze scriptie is geschreven vanuit de opleiding Voeding & Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool en is een opdracht van de afdeling Werkgeversdiensten van zorgverzekeraar CZ.

Tijdens mijn opleiding Voeding & Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool heb ik verschillende werkelden van de diëtist mogen leren kennen. Na mijn stage in de paramedische sector waarbij voorlichting een onderdeel was, wist ik zeker dat mijn toekomst en passie ligt bij een combinatie van deze twee.

Met behandelen en voorlichten alleen kom je er niet. Tegenwoordig zijn er verschillende partijen zoals de werkgever en de zorgverzekeraar bij preventie betrokken. Het is belangrijk te weten hoe het beleid achter preventie van overgewicht en obesitas is om zo doelgericht en effectief te kunnen werken. Dit is dan ook de reden dat ik contact heb gezocht met zorgverzekeraar CZ, welke adviseert bij preventie.

In de afgelopen 5 maanden heb ik veel geleerd over preventie en beleid. Ik wil de afdeling Werkgeversdiensten, andere collega's van CZ en in het bijzonder mijn praktijkbegeleider Jurgen van der Baan hiervoor bedanken. Ook Charlotte Schaap en Inge Audenaerde, mijn afstudeerbegeleiders van de Haagse Hogeschool wil ik bedanken voor de steun, feedback en interesse in mijn onderzoek. Verder wil ik de zorginstellingen Careyn, Stichting Elisabeth en Zorggroep Elde bedanken voor medewerking aan dit onderzoek.

Bij het schrijven van deze scriptie is rekening gehouden met de verschillende partijen die het onderzoek zullen lezen. In deze scriptie is de theorie toegelicht aan de hand van voorbeelden en in bijlage 1 is een verklarende woordenlijst toegevoegd.

Dit onderzoek heeft mij inzicht gegeven in welke mogelijkheden en kansen er zijn binnen het preventiebeleid. Ik hoop daarom ook van harte dat dit onderzoek een vervolg zal krijgen.

Samenvatting

Achtergrond & doel

Dit is een scriptie van een onderzoek naar de aansluiting van voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers (15-65 jaar) en de behoeften van werkgevers. De resultaten van dit onderzoek zijn vertaald naar een advies voor een toekomstig aanbod en aanpak van interventies ter preventie van overgewicht en obesitas binnen de BRAVO-Wijzer. Dit onderzoek hoopt handvatten te bieden aan zorgverzekeraar CZ voor advies aan werkgevers. CZ heeft het vermoeden dat zij met de huidige BRAVO-Wijzer niet aansluit bij het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever. Hierdoor kan de Zorgmakelaar niet klantgericht adviseren wat uiteindelijk kan resulteren in terugloop van collectief verzekerden.

Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van literatuur- en veldonderzoek waarbij open interviews zijn gehouden onder werkgevers van 3 verschillende zorginstellingen. Naast de sneeuwbalmethode zijn voor dit onderzoek relevante artikelen verzameld aan de hand van databanken en zoekmachines. Aangezien voor bepaalde onderwerpen de Nederlandse situatie specifiek is, is de voorkeur toegekend aan Nederlandstalige studies.

Resultaten & conclusies

De werkgever heeft behoefte aan voeding- en bewegingsinterventies op maat. Om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep kan worden gesegmenteerd aan de hand van drie groepen (potentiële) zorgcliënten die elk om een andere benadering en activiteiten vragen. Gedragsverandering is in te delen in verschillende fasen. Om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep dient op het juiste moment met de juiste determinanten ingespeeld te worden om de doelgroep naar een volgende fase te krijgen. Determinanten van invloed op voeding- en beweeggedrag zijn: kennis, attitude, sociale omgeving en eigen- effectiviteitverwachting. Per determinant zijn er verschillende methodieken die ingezet kunnen worden binnen een interventie om gedragsverandering te realiseren. Op dit moment is er geen passend instrument wat de fasen van gedragsverandering en determinanten van voeding- en beweeggedrag in kaart kan brengen. De werkgever heeft behoefte aan een interventie waarbij mogelijkheid is voor inspraak. Een interventie met een multidisciplinaire aanpak waarbij voeding en beweging naast elkaar lopen is het meest voor de hand liggend. Het bespreken van overgewicht bij de werknemer door de werkgever is echter nog een taboe die de werkgever wil doorbreken.

Aanbevelingen

Uit het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen:

- Overtuig de werkgever met een kosten- en batenanalyse van de inzet van een interventie.
- Segmenteer de doelgroep om tot sluitende activiteiten en benaderingsvormen te komen.
- Breng determinanten van voeding- en beweeggedrag in kaart om tot een passend aanbod van methodieken binnen een interventie te komen.
- Geef de werkgever inspraak in de samenstelling, randvoorwaarden, implementatie en uitvoering van een interventie.
- Maak de interventie laagdrempelig (gemakkelijk bereikbaar), gericht op preventieve en curatieve begeleiding, met een multidisciplinaire aanpak van voeding, beweging en psychologie en met keuze uit groeps- en individuele begeleiding.
- Biedt voeding en beweging samen aan.
- Maak gebruik van een interne ambassadeur.
- Het (vroegtijdig) bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas kan er voor zorgen dat er sprake is van een preventieve aanpak in plaats van curatief.

Inhoud

1. Inleiding (fase 1)	6
2. Methode.....	8
2.1 Aanpak onderzoek	8
2.2 Dataverzameling en -analyse	8
3. Resultaten (fase 2)	9
3.1 Segmentatie	9
3.2 Voeding- en bewegingsinterventies: Aansluiting bij de werknemer	12
3.3 Gedragsdeterminanten	13
3.3.1 Methodieken.....	16
3.4 Fasen van gedragsverandering	19
3.4.1 Methodieken.....	20
3.5 Screeningsinstrumenten	21
4. Behoeft- inventarisatie (fase 3)	22
4.1 Analyse onderwerpen	22
5. Conclusies (fase 4).....	34
5.1 Beantwoording hoofdvraag en aanbeveling	36
5.2 Discussie.....	38
6. Literatuuropgave.....	40

Bijlagen

1. Verklarende woordenlijst
2. Achtergrondvragen
3. Overzicht leefstijlkenmerken en do's en dont's bij benadering
4. Overzicht van benaderingsvormen en activiteiten
5. Contactgegevens geïnterviewden
6. Literatuuropgave bijlagen
7. BRAVO-Wijzer

1. Inleiding (fase 1)

Overgewicht en obesitas zorgen er voor dat er in Nederland steeds meer mensen leiden aan ziekten en aandoeningen. De classificatie van gewicht wordt gedaan aan de hand van de Body Mass Index (BMI). Voor volwassenen geldt dat er bij een BMI tussen de 18,5-24,9 sprake is van een gezond gewicht, bij een BMI tussen de 25,0-29,9 is er sprake van overgewicht en bij een BMI $\geq 30,0$ spreekt men van obesitas (Boom-Binkhorst et al., 2006) (zie bijlage 2 vr. 5). Van de mensen met overgewicht is het grootste deel leefstijl gerelateerd, in slechts 5% van de gevallen is overgewicht een gevolg van een ziekte.

In 2009 had ruim 47% van de volwassen Nederlanders boven de twintig jaar overgewicht en bij 11% hiervan was er sprake van obesitas (Bakel & Zantinge, 2010). Deze trend was ook zichtbaar bij de beroepsbevolking; in 2008 had ruim 43% van de Nederlandse werknemers overgewicht (in 2000 was dit 36%). Een werknemer is iemand tussen de 15-65 jaar die ten minste 12 uur per week werkzaam is (CBS, 2011) (zie bijlage 2 vr. 1). Per beroepstak kan de prevalentie van overgewicht verschillen. In de dienstverlenende sector had 53% van de werknemers overgewicht (TNO, 2010) (zie bijlage 2 vr. 4).

Werknemers met overgewicht kosten jaarlijks zo'n 2 miljard euro per jaar voor alle werkgevers. Die kosten zijn ontstaan door productiviteitsverliezen door ziekteverzuim en vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. Het risico op arbeidsongeschiktheid is 1,5-2,0 keer hoger bij mensen met overgewicht (VWS, 2009; NIGZ, 2011). Ook melden werknemers met een ongezonde leefstijl zich vaker ziek (bijna 2 keer vaker) (Eysink, Hamberg- van Reenen, & Lambooy, 2008; NIGZ, 2011).

Ziekten en aandoeningen waar overgewicht mee correleert zijn: Diabetes Mellitus, hart- en vaatziekten, enkele soorten kanker, aandoeningen van de galblaas, bewegingsstelsel en ademhalingsstelsel, onvruchtbaarheid, depressie en angststoornissen (Bakel & Zantinge, 2010). Om de ontwikkeling van deze ziekten en aandoeningen voor te kunnen zijn is een preventieve aanpak nodig. Er zijn verschillende soorten preventie (zie bijlage 2 vr. 3):

- Universele preventie: preventie gericht op de gehele bevolking, ongeacht het risico op de ziekte of aandoening
- Selectieve preventie: preventie gericht op personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen of hebben van de ziekte of aandoening
- Geïndiceerde preventie: preventie gericht op individuen met beginnende klachten
- Zorggerelateerde preventie: preventie gericht op individuen met een ziekte of aandoening (Witte, 2007).

Naast een preventieve aanpak is er ook een curatieve aanpak. Deze richt zich op genezing.

Alhoewel preventie op korte termijn niet altijd direct leidt tot kostenbesparing, is het wel de verwachting dat het op lange termijn een effectieve en doelmatige manier is om een betere gezondheid van mensen te realiseren (Nederlandse Hartstichting, 2011). Gezonde voeding verkleint de kans op overgewicht en daarmee boven beschreven aandoeningen en leidt tot betere arbeidsprestaties (NIGZ, 2011). Ook regelmatig bewegen hangt samen met een betere fysieke en psychische gezondheid van de werknemer en vermindert het risico op diverse doodsoorzaken en chronische ziekten zoals hierboven beschreven (Simons, Boer, Jans, & Hendriksen, 2009). Preventie draagt daarmee bij aan een hogere kwaliteit van leven, een langer en gezond leven van een werknemer met daarnaast een verminderde kans op uitval en lagere maatschappelijke kosten (Eysink et al., 2008). De mens in het algemeen, de werknemer, de werkgever en de gezondheidszorg hebben daarom baat bij werknemers met een gezond gewicht (Nederlandse Hartstichting, 2011) (zie bijlage 2 vr. 5).

Zeker nu de overheid maatregelen neemt om de pensioenleeftijd te verhogen van 65 jaar naar 67 jaar en wellicht hoger in de toekomst, is het extra belangrijk om als overheid en werkgever te investeren in de gezondheid van de mens, om deze zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden.

Om een beeld te schetsen: in 2008 was 14% van de werkgevers actief op het terrein van overgewicht (TNO, 2010) (zie bijlage 2 vr. 7).

Zorgverzekeraar CZ adviseert werkgevers over het bevorderen van een gezonde leefstijl bij werknemers. In 2009 heeft zij* de BRAVO-Wijzer ontwikkeld (zie bijlage 2 vr.1 en bijlage 7). BRAVO staat voor: meer Bewegen, stoppen met Roken, matig gebruik van Alcohol, gezonde Voeding en voldoende Ontspanning. In de BRAVO-Wijzer worden interventies beschreven gericht op universele en selectieve preventie van een ongezonde leefstijl die ingezet kunnen worden door de werkgever.

* Waar in deze scriptie 'zij/ haar' staat, kan ook 'hij / hem/ zijn' gelezen worden en andersom.

Binnen CZ adviseert de Zorgmakelaar de werkgever bij de inzet van preventieve en curatieve interventies bij werknemers.

CZ mist een gedegen onderbouwing voor voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers tussen de 15 en 65 jaar, woonachtig in Nederland. CZ heeft het vermoeden dat de BRAVO-Wijzer hierdoor niet aansluit bij het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever. De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor de thema's roken en bewegen. Echter is het thema voeding nog onderbelicht, net als de combinatie van voeding en beweging binnen een interventie. Hier liggen nog kansen voor CZ, de werkgever en de werknemer. Het onderwerp van dit rapport is daarom ook aansluiting op 'het gedrag van de werknemer' en de 'behoefte van de werkgever' op het gebied van voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas. De hoofdvraag die hierbij is opgesteld luidt:

Op welke manier dient CZ voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas (binnen de BRAVO-Wijzer) via de werkgever aan te bieden, om een gezonde leefstijl te realiseren bij werknemers (tussen de 15 en 65 jaar) in Nederland? Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen opgesteld die in deze scriptie worden uitgewerkt.

Door te segmenteren bij een interventie kan gekeken worden of een bepaalde groep een andere benadering vraagt of dat bepaalde activiteiten beter geschikt zijn (Wit, 2003). Ook kan het voorkomen dat de incidentie en prevalentie van overgewicht en obesitas per groep anders zijn (Schaalma & Kok, 2010). Om er achter te komen welke methode van segmentering aansluit bij werknemers als het gaat om preventie van overgewicht en obesitas is de volgende deelvraag gesteld:

1. *Welke methode van segmentatie van werknemers (tussen de 15-65 jaar) in Nederland sluit het best aan op preventie van overgewicht en obesitas?*

Om er achter te komen hoe het aanbod van voeding- en bewegingsinterventies aan kan sluiten op het gedrag van de werknemers is de volgende deelvraag gesteld:

2. *Hoe kan het aanbod van voeding- en bewegingsinterventies aansluiten op het gedrag van werknemers?*

Voeding- en beweeggedrag zijn te beïnvloeden door verschillende factoren (determinanten) (Lechner, Kremers, Meertens & Vries, 2010). Het is dus interessant te weten welke determinanten van voeding- en beweeggedrag een rol spelen bij het ontwikkelen van overgewicht en obesitas en hoe deze determinanten beïnvloed kunnen worden binnen een interventie. Door in kaart te brengen welke determinanten specifiek zijn voor de doelgroep kan een interventie hierop aansluiten. De volgende deelvragen zijn hierbij gesteld:

- a. *Welke determinanten van voeding- en beweeggedrag spelen een rol bij het ontwikkelen van overgewicht of obesitas bij de werknemer?*
 - i. *Welke methodieken kunnen gebruikt worden om op deze determinanten in te spelen?*
 - ii. *Welke screeningsinstrumenten zijn er om determinanten van voeding- en beweeggedrag te meten?*

Voeding- en bewegingsinterventies hebben gedragsverandering tot doel. Gedragsverandering is een gefaseerd proces. Men zal verschillende stappen moeten doorlopen voordat het gewenste gedrag wordt uitgevoerd. Voor beïnvloeding van het gedrag is van belang te weten in welke fase de doelgroep zich bevindt. Afhankelijk van in de fase waarin de doelgroep zich bevindt kan er ingespeeld worden op gedragsverandering (Lechner et al., 2010). Interessant is dus te weten welke stappen doorlopen moeten worden, hoe er op de verschillende fasen ingespeeld kan worden binnen een interventie en in welke fase de doelgroep zich bevindt. De volgende deelvragen zijn hierbij gesteld:

- b. *Hoe kan een interventie aansluiten bij de fase van gedragsverandering waarin de werknemer zich in bevindt?*
 - i. *Welke methodieken kunnen gebruikt worden om op de verschillende fasen van gedragsverandering in te spelen?*
 - ii. *Welke screeningsinstrumenten zijn er om de fasen van gedrag te meten?*

CZ heeft het vermoeden dat de Zorgmakelaar niet klantgericht kan adviseren wanneer met een interventie niet aangesloten wordt op het gedrag van de werknemer en de behoeften, wensen en verwachtingen van de werkgever. Dit kan resulteren in ontevredenheid van de werkgever, terugloop in collectief verzekeren en ongezonde werknemers.

Een aantal zorginstellingen zijn collectief verzekerd bij CZ. In de toekomst zijn er in de zorgsector minimaal 450.000 extra zorgverleners nodig. Op elke twee werknemers in de zorg moet er één werknemer bij komen. Dit gegeven en dat de beroepsbevolking met minimaal een half miljoen mensen krimpt, maakt het voor de zorginstellingen van belang dat er interventies ingezet worden om de werknemers zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden (Lucht & Polder, 2010).

Om de behoeften in kaart te brengen van de zorginstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

3. *Hoe kan het aanbod van voeding- en bewegingsinterventies aansluiten bij de behoeften van de werkgever?*

a. *Wat is de behoeften van zorginstellingen op het gebied van interventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij haar werknemers?*

b. *Hoe kan volgens de werkgever een interventie ter preventie van overgewicht en obesitas aansluiten bij haar werknemers?*

Tevens vraagt CZ zich af of de beschreven informatie in de informatieve brochure voldoende handvatten biedt voor het inzetten van concrete interventies door de Zorgmakelaar en de werkgever.

Het eindproduct van dit onderzoek is een aanbeveling voor een toekomstig aanbod en aanpak van interventies ter preventie van overgewicht en obesitas binnen de BRAVO-Wijzer. Dit onderzoek hoopt handvatten te bieden aan de Zorgmakelaar voor advies aan werkgevers, maar ook voor het maken van keuzes voor interventies binnen de BRAVO-Wijzer. Na afloop van de afstudeerperiode kan dit onderzoek als basis dienen voor de verdere ontwikkeling van de BRAVO-Wijzer. Afsluitend is er een presentatie gegeven over de resultaten van dit onderzoek aan de afdeling Werkgeversdiensten, de Zorgmakelaars en overige geïnteresseerden van CZ.

2. Methode

2.1 Aanpak onderzoek

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Hierbij zijn verschillende bronnen en manieren gebruikt om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden (Verhoeven, 2008). Er is gekozen voor een verkennend onderzoek omdat er door CZ nog geen vooronderzoek is gedaan en er verder dus geen onderzoeksresultaten beschikbaar zijn. Dit onderzoek vond plaats gedurende 5 maanden.

In de eerste fase is literatuuronderzoek gedaan om de achtergrondvragen te beantwoorden (zie bijlage 2) en zijn de onderzoek- en deelvragen geformuleerd. In fase twee zijn de deelvragen beantwoord. In de derde fase zijn de interviews afgenomen om zo een behoeftanalyse uit te kunnen voeren. En in de laatste fase is getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden en is een advies geformuleerd.

2.2 Dataverzameling en -analyse

Literatuuronderzoek

Volgens de volgende methode is dit onderzoek uitgevoerd. Het literatuuronderzoek is per achtergrond- of deelvraag uitgevoerd. In de eerste stap is gezocht naar literatuur door middel van de sneeuwbal methode. Hierbij zijn literatuurverwijzingen gebruikt als aanknopingspunt om verder te zoeken (Verhoeven, 2008). In de tweede stap is gezocht naar recent verschenen overzichtstudies en (systematische) reviews in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur. Hierbij is gekozen voor de databank Pubmed en zoekmachines Google Scholar en Google. Ook is gebruik gemaakt van databanken van de volgende websites: CZ, Centrum Gezondleven, RIVM, TNO, NIGZ, Voedingscentrum, Ministerie van Sociale Zaken, Arboportal, NISB en Gezondheidsmanagement. Zoektermen die hierbij in het Nederlands en Engels gebruikt zijn: segmentatie, werknemer, doelgroep, interventie, fasen van gedragsverandering, determinanten, behoefte, voeding(sgedrag), beweging(sgedrag), werkgever, bedrijf, overgewicht, te hoog gewicht, gewicht en obesitas. Aangezien voor bepaalde onderwerpen de Nederlandse situatie specifiek is, is de voorkeur toegekend aan Nederlandse studies. Als de titel niet genoeg aanleiding heeft gegeven om aan te nemen dat de studie betrekking heeft op de gezochte relatie, is het abstract en artikel niet verder bekeken.

Artikelen moesten aan de volgende criteria voldoen om opgenomen te worden in het rapport:

- het onderzoek moet gedaan zijn naar de werkomgeving en/of de werkende bevolking
- het onderzoek moest de volwassen bevolking betreffen
- het moest een Westerse studie betreffen
- het moest een artikel in het Nederlands of Engels zijn
- het artikel moest gepubliceerd zijn in de afgelopen 10 jaar. Bij het niet verkrijgen van literatuur jonger dan 10 jaar is literatuur gebruikt van ouder dan 10 jaar.

Kwalitatief onderzoek

Het doel van de behoefte- inventarisatie is het in kaart brengen wat de behoeften, wensen en verwachtingen zijn van de werkgever over het onderwerp. Over de behoeften van het onderwerp in dit onderzoek is in de literatuur nog weinig bekend; het onderzoek is daarom verkennend, neutraal en open opgezet.

Dit kwalitatieve onderzoek is opgezet volgens de methode van Baarda, Goede & Teunissen (2005). Er is gekozen voor mondelinge interviews zodat de respondent vrij kan reageren. Verder is gekozen voor een open interview om zo de behoeften van de respondent volledig naar voren te laten komen. Het onderzoek is gestructureerd aan de hand van de volgende topics: eerdere ervaring met interventies, ervaren problematiek, oorzaak, wat is nodig, doelgroep en doel, motivatie werknemer, implementatie, verwachting, locatie, randvoorwaarden en draagvlak. Deze topics zijn samengesteld aan de hand van literatuuronderzoek en een proefinterview. Bij het analyseren van de interviews is de gevonden informatie per topic geclusterd.

Voor de kwaliteit van het onderzoek is van het interview een geluidsopname gemaakt. Hiervoor is toestemming gevraagd aan de werkgever. Tijdens het interview zijn aantekeningen gemaakt. Aan de hand van de geluidsopname is relevante informatie uitgeschreven. Wanneer achteraf bleek dat er over een onderwerp te weinig informatie is gegeven tijdens het interview is de geïnterviewde achteraf gemaïld met het verzoek om alsnog informatie te geven over een bepaald onderwerp. Voorafgaand aan het publiceren is de respondent gevraagd om goedkeuring van de gebruikte tekst.

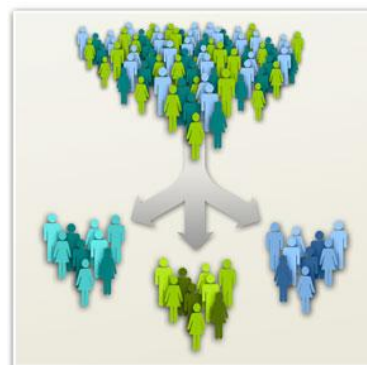
De zorginstellingen zijn benaderd door CZ voor dit onderzoek. De zorginstellingen zijn Careyn, Stichting Elisabeth en Zorggroep Elde (zie bijlage 5). Tijdens dit eerste contact is uitgelegd wat het onderzoek inhoudt, wat het doel is van het interview en wat het de zorginstelling oplevert. Voorafgaand aan het interview is een document gestuurd naar de respondent waarin het onderzoek, doel en procedure tijdens het interview nogmaals is uitgelegd. Hierin is ook vermeld dat het interview ongeveer 60 minuten duurt. De interviews zijn face- to- face en per individu afgenomen.

3. Resultaten (fase 2)

In dit hoofdstuk wordt per onderwerp ingegaan op de resultaten van het literatuuronderzoek dat naar aanleiding van de deelvragen (fase 1) is opgesteld. Achtereenvolgend wordt ingegaan op segmentatie van de doelgroep, determinanten van voeding- en beweeggedrag, fasen van gedragsverandering en screeningsinstrumenten om de determinanten en fasen van gedragsverandering in kaart te brengen. Per onderwerp wordt een samenvatting van de resultaten gegeven.

3.1 Segmentatie

Bij preventie is het belangrijk voor ogen te hebben wie men wil bereiken. Binnen een interventie kan er dan rekening gehouden worden met kenmerken van de doelgroep. In dit onderzoek is de doelgroep werknemers in Nederland. Binnen een doelgroep kan gekeken worden naar gemeenschappelijke verschillen, dit wordt doelgroepsegmentatie genoemd. Bij segmentatie wordt gestreefd naar zo groot mogelijke verschillen tussen de segmenten en zo klein mogelijke verschillen binnen de segmenten (Wit, 2003). Door segmentatie kan een doelgroep worden afgebakend en worden gekeken of een bepaalde doelgroep een andere benadering vraagt of dat bepaalde activiteiten beter geschikt zijn.



(Winkelbeeld, 2011)

Volgens de Wit (2003) moeten segmenten aan de volgende criteria voldoen:

- Identificeerbaarheid: Duidelijk moet zijn wie er tot welk segment behoort.
- Bereikbaarheid: Hoe kunnen de verschillende segmenten bereikt worden?
- Omvang: Segmenten moeten van voldoende omvang zijn.
- Stabiliteit: De segmenten dienen in de loop van de tijd niet te veel te veranderen. Segmentatie dient daarom niet te gebeuren op basis van snel veranderende variabelen.
- Heterogeniteit tussen segmenten: De segmenten dienen verschillend gedrag te vertonen.
- Homogeniteit binnen segmenten: Binnen het segment dient ongeveer het zelfde gedrag te worden vertoond.

Eerst wordt ingegaan op de meest gebruikte (traditionele) variabelen. Hierna wordt ingegaan op twee modellen ontworpen door onderzoeksbureau Motivaction.

De Wit (2003) en Nederstigt & Poiesz (2010) noemen de volgende segmentatievariabelen:

- (socio) Demografische variabelen: geslacht (man en vrouw), leeftijd (15-65 jaar), burgerlijke staat
- Socio-economische variabelen: inkomen, beroep, opleiding, sociale klasse
- Geografische variabelen: land (Nederland), regio, bevolkingsdichtheid, locatie (werkplek)
- Culturele variabelen: religie, etnische achtergrond, bedrijfscultuur
- Persoonlijkheidsvariabelen (psychologische variabelen): dominant, vrolijkheid, vriendelijkheid, autonomie
- Levensstijlkenmerken (gedragsvariabelen): waarden, activiteiten, interesses, opinies en type werk
Indeling naar lichamelijke activiteit: Mensen die de hele dag zitten en/of liggen, zittend werk zonder onderbreking met weinig of geen beweging in vrije tijd, zittend werk, afgewisseld met rondlopen met weinig of geen beweging in de vrije tijd, staand werk, veel inspanning in werk en vrije tijd en extreem fysieke belasting (Boom-Binkhorst et al., 2006)
- Vernieuwingsbereidheid: verdeling naar innovators, early adopters & majority, late majority, laggards
- Tijd: vrije tijd, werktijd

Schaalma & Kok (2010) geven aanvullend de volgende variabelen aan: motivatie tot gedragsverandering, ervaring met het desbetreffende gedrag en het ontwikkelingsniveau.

Van oudsher wordt er gekeken naar achtergrondvariabelen als leeftijd en geslacht in onderzoek zoals hierboven wordt beschreven. Volgens Motivaction (2011) is het belangrijker om te kijken naar dieperliggende waarden, leefstijlen en drijfveren. Dit omdat achtergrondvariabelen door de toegenomen welvaart en individualisering minder verklarend zijn voor gedrag. Motivaction doet sinds 1997 jaarlijks segmentatieonderzoek onder een grote groep Nederlanders in de leeftijd van 15-80 jaar ($n \geq 1250$). Zij neemt hierbij de wensen, behoeften, attitudes en drijfveren ten aanzien van een onderwerp mee. Dit vergelijkt Motivaction met groepen respondenten die gemeenschappelijke kenmerken hebben. Daarmee zou deze onderzoeksmethode een betere input leveren voor een effectieve marketing- en communicatiestrategie dan reguliere modellen. Het basis segmentatiemodel van Motivaction is het Mentality-model.

MentalityTM-model

Motivaction groepeer met het Mentality-model mensen naar hun levensinstelling. Volgens dit model kent Nederland acht sociale milieus (moderne burgerij, traditionele burgerij, opwaarts mobilen, postmoderne hedonisten, postmaterialisten, kosmopolieten en gemaksgeliefden). Motivaction deelt deze milieus in op basis van persoonlijke opvattingen en waarden die aan de leefstijl van mensen ten grondslag liggen. Mensen uit het zelfde sociale milieu vertonen gelijkenissen ten aanzien van ambities en delen dezelfde waarden ten aanzien van werk, vrije tijd en politiek. Ieder sociaal milieu heeft haar eigen leefstijl en consumptiepatroon, die tot uiting komen in concreet gedrag (Motivaction, 2010). Hierbij wordt dus verder gekeken dan de segmentatievariabelen die De Wit (2003) en Nederstigt & Poiesz (2010) noemen.

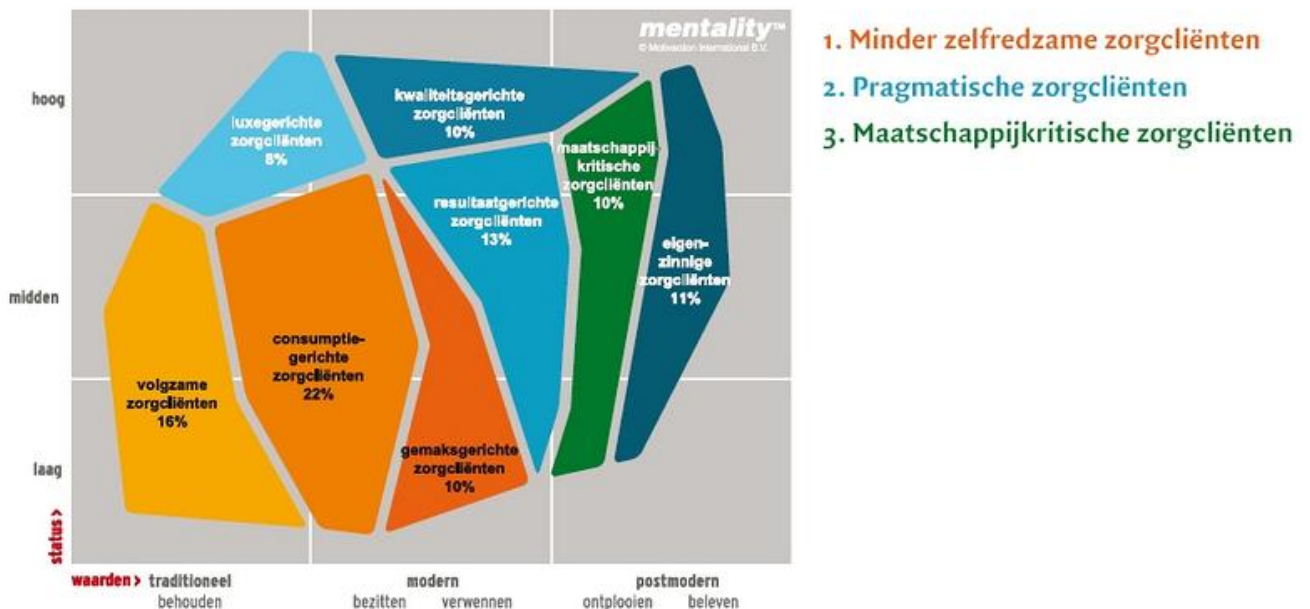
ZorgMentality-model

Een model wat gebaseerd is op het Mentaliteitsonderzoek is het ZorgMentality-model. Dit model geeft inzicht in de beleveniswereld, behoeften en wensen van (potentiële) zorgcliënten en zorgmedewerkers ten aanzien van gezondheid, zorg en verzekeren. Om dit model te ontwikkelen is een steekproef gedaan uit de Nederlandse bevolking, hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gezonde en zieke personen (Uitspraak van M. Wallien, Researchmanager Motivaction, 2011).

Motivaction en De Praktijkindex hebben in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport een indeling gemaakt van (potentiële) zorgcliënten op basis van de individuele belevingswereld. Het model onderscheidt in Nederland 8 typen zorgcliënten:

Volgzame zorgcliënten (16%)	Resultaatgerichte zorgcliënten (10%)
Consumptiegerichte cliënten (22%)	Kwaliteitsgerichte zorgcliënten (10%)
Gemaksgerichte cliënten (10%)	Eigenzinnige zorgcliënten (11%)
Luxegegerichte zorgcliënten (8%)	Maatschappijkritische zorgcliënten (10%)

Deze acht typen zorgcliënten kunnen worden teruggebracht tot drie op zorggebied sterk onderscheidende segmenten, zie figuur 1.



Figuur 1 Acht typen zorgcliënten in Nederland, 2007 (De Praktijk Index, Motivaction, De Praktijk, Berkhout, 2009)

Elk segment heeft eigen specifieke leefstijlkenmerken. Zo komt overgewicht vaker voor bij minder zelfredzame zorgcliënten, letten maatschappijkritische zorgcliënten juist meer op hun gezondheid en vinden pragmatische zorgcliënten het belangrijk om fit te blijven. Ook wil deze laatste groep er goed uit zien, doet relatief meer aan bewegen maar doet juist weinig moeite om gezond te leven. Per groep is ook de behoefte van benadering en activiteiten anders. Zo wil de ene cliënt juist wel geholpen door een online coach omdat dit laagdrempelig en effectief bevonden wordt, terwijl een andere cliënt juist veel waarde hecht aan persoonlijk contact en juist zou afhaken bij een online coachingsprogramma. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van leefstijlkenmerken en do's en dont's bij benadering en in bijlage 4 een overzicht van verschillende benaderingsvormen en activiteiten per segment.

Het ZorgMentalitymodel lijkt geschikt voor het segmenteren van doelgroepen bij preventie. Het geeft handvatten om te bepalen welke benadering en activiteiten het meest geschikt zijn voor de doelgroep, welke dus ook toegepast kunnen worden bij een interventie. Ook geeft het model inzicht in de grote van de segmenten. Het model is primair gericht op potentiële zorgcliënten en cliënten die al zorg gebruiken. Echter kan preventie ook gezien worden als een vorm van zorg.

Een model om milieus in te delen als het gaat om preventie van overgewicht bij werknemers is er op dit moment nog niet. Daarom lijkt op dit moment het ZorgMentality-model het meest geschikt (Uitspraak van mw. M. Wallien, Researchmanager Motivaction, 2011).

Op de website van Motivaction wordt een gratis quick-scan aangeboden om na te gaan in welk Mentality-milieu een individu valt. Motivaction is in opdracht van een klant bezig met het ontwikkelen van een betaalde scan om personen in te kunnen delen in de diverse zorgmilieus. Hierbij wordt ook een quick-scan ontwikkeld die gratis te gebruiken zal zijn op de website van Motivaction of het Centraal BegeleidingsOrgaan. Volgens researchmanager M. Wallien (2011) wordt deze scan verwacht in juni 2011. Met zo'n quick-scan kan gekeken worden in welke milieus de werknemers vallen om zo hier het interventiebeleid op aan te passen.

Een reden die genoemd wordt om niet te segmenteren binnen de doelgroep heeft een praktische reden. De kosten en tijdsinvestering zijn voor zowel de ontwikkeling als de uitvoering van het programma hoog bij segmentatie (Schaalma & Kok, 2010). Wel kan de keuze gemaakt worden om

slechts op enkele variabelen te segmenteren wat minder kosten- en tijdsinvestering met zich mee brengt.

Samenvatting

Traditionele segmentatie is belangrijk maar kan onvoldoende zijn omdat deze variabelen het gedrag niet volledig verklaren. Segmentatiemethoden die hiernaast ook kijken naar dieperliggende waarden, leefstijlen en drijfveren krijgen daarom tegenwoordig meer aandacht. Op deze manier kan gekeken worden wat een groep beweegt. Het ZorgMentality-model biedt de meest concrete uitwerking voor het segmenteren van werknemers bij preventie op dit moment.

3.2 Voeding- en bewegingsinterventies: Aansluiting bij de werknemer

Voeding- en bewegingsinterventies hebben tot doel om gedrag te veranderen. Een voorbeeld: een aantal werknemers neemt altijd de lift, gebruikt op 4 dagen van de week een warme snack tijdens de lunch in de bedrijfskantine en komt met de auto naar het werk. Deze gedragingen zijn niet direct ongezond, maar kunnen wel indirect invloed hebben op de energiebalans en op het ontwikkelen van overgewicht (Grobbe, 2008). De volgende vragen kunnen hierbij gesteld worden: “Hoe kan dit gedrag worden veranderd?” “Hoe gaat men van het niet vertonen van gewenst gedrag naar het wel vertonen van dit gedrag?” en “Welke factoren spelen mee om gewenst gedrag te kunnen vertonen?”.

Gedragsverandering bestaat uit meerdere fasen. Om met een interventie beter aan te kunnen sluiten op het gedrag van de werknemer en de fase waarin de werknemer zich bevindt is het dus van belang inzicht te krijgen welke fasen van gedragsverandering er zijn, hoe deze kunnen worden beïnvloed en te weten in welke fase van gedragsverandering een werknemer zich bevindt.

Tevens is er aandacht voor determinanten (factoren) die invloed hebben op het gedrag, de gedragsdeterminanten. Eerder werd gedacht dat gedrag zou veranderen wanneer men weet (kennis) dat dit gedrag leidt tot negatieve gezondheidsconsequenties. Tegenwoordig is bekend dat meer factoren van invloed zijn op gedragsverandering zoals; attitude, sociale omgeving en eigen-effectiviteitsverwachting. Stel dat iemand weet dat te weinig bewegen een probleem is en welke gevolgen dit heeft voor zijn gezondheid (kennis), maar zijn houding (attitude) tegenover meer bewegen ambivalent is: ‘het zou wel goed zijn, maar ik vind het gebruiken van de lift gemakkelijker en gezelliger’. Dan zou een interventie beter aansluiten wanneer er binnen de interventie meer aandacht is voor het ontwikkelen van een positieve attitude (in deze casus de zwakke determinant) tegenover meer bewegen dan voor kennis (sterke determinant). Determinanten van gedrag hangen nauw samen met de fasen van gedragsverandering. Om van de ene fase naar een volgende te gaan spelen verschillende factoren mee.

Hieronder wordt eerst ingegaan op het ontstaan van gedrag en welke soorten van gedrag er zijn. Achtereenvolgend zullen de verschillende determinanten en fasen van gedragsverandering worden besproken. Hierbij wordt ingegaan op welke methodieken gebruikt kunnen worden om de determinanten en de verschillende fasen te beïnvloeden. Er wordt in hoofdstuk 3.5 een overzicht gegeven van screeningsinstrumenten die er zijn om determinanten en/of fasen van gedragsverandering te meten.

Ontwikkeling van gedrag

Gedragingen van mensen kunnen op verschillende manieren ontstaan. Volgens Lechner et al. (2010) blijkt dat er drie soorten leertheorieën bestaan voor het ontwikkelen van bepaald gedrag:

1. Gedrag is aangeleerd (klassieke conditioneringstheorie)
2. Gedrag kan ontstaan door beloning (zowel van jezelf als van een ander) van het gedrag (operante conditioneringstheorie)
3. Gedrag ontstaat niet alleen door beloningen maar ook door indirecte beloningsmechanismen zoals het waarnemen van beloond gedrag van anderen en het imiteren van het (beloond) gedrag (sociaal- cognitieve theorie)

Bewust & Onbewust

Gedrag kan bewust zijn, intentioneel, maar ook onbewust, aangeleerd, niet-intentioneel en automatisch. Onbewust gedrag vindt vaak niet weloverwogen plaats, er wordt geen afweging gemaakt tussen voor- of nadelen en er wordt niet nagedacht over het gedrag. Veel gedrag vindt niet weloverwogen plaats en vindt dus onbewust plaats (95%) (Lechner et al., 2010; Tiggelaar, 2011). Een groot deel van het voeding- en beweeggedrag is een gewoonte geworden (Brug, Assma & Lechner, 2010). Wanneer iemand elke dag naar zijn werk fietst zal hij de volgende dag niet na gaan of hij dit wel of niet gaat doen. Ook wanneer iemand in het bedrijfsrestaurant elke donderdag en vrijdag een

snack neemt zal hij dit gedrag de volgende week niet heroverwegen. Zoals eerder aangegeven zijn deze gedragingen niet direct ongezond, maar kunnen wel direct gevolgen hebben op de energiebalans en indirect op het ontwikkelen van overgewicht. De eerste belangrijke voorwaarden om dit gedrag te doorbreken zijn bewustwording en kennis (Weinstein, Lyon, Sandman, & Cuite, 1998; Damoiseaux et al., 1987). Pas wanneer men bewust is van het risicogedrag dat men vertoont, zal men overwegen om het gedrag te veranderen. Hierbij is kennis nodig om een goede inschatting van het eigen risicogedrag te kunnen maken (Lechner et al., 2010).

Bij bewustwording gaat men van onbewust gedrag naar bewust gedrag. Volgens de theorie van Maslow bestaat deze verandering uit 4 leerstadia: onbewust onbekwaam, bewust onbekwaam, bewust bekwaam en onbewust bekwaam (Berg, 2011).

Hoe meer gedrag een gewoonte is geworden hoe minder weloverwogen en beredeneerd het plaatsvindt. Wanneer mensen wel bewuste keuzes maken, spelen verschillende overwegingen een rol. Het gedrag wat mensen vertonen wordt bepaald door verschillende gedragsdeterminanten. Hieronder wordt ingegaan op determinanten die het voeding- en beweeggedrag beïnvloeden.

Samenvatting

Voeding- en bewegingsinterventies hebben gedragsverandering tot doel. Gedragsverandering kan in meerdere fasen worden ingedeeld en hangt nauw samen met gedragsdeterminanten. Determinanten die van invloed zijn op gedragsverandering zijn onder andere: kennis, attitude, sociale invloed en eigen- effectiviteitverwachting. Om beter aan te sluiten bij de doelgroep dient ingespeeld te worden op de fase van gedragsverandering waarin de werknemer zich bevindt en daarmee op de zwakke determinanten.

Gedrag is aangeleerd, kan ontstaan door beloning, het zien van beloond gedrag of door het imiteren van beloond gedrag. Dit gedrag vindt grotendeels onbewust plaats. Bewustwording en kennis zijn belangrijke voorwaarden om gedrag te doorbreken.

3.3 Gedragsdeterminanten

Om zicht te hebben op welke determinanten het beste ingespeeld kan worden bij een interventie is het van belang te weten welke determinanten er zijn, maar ook te weten welke determinanten het meest veranderbaar zijn. Sommige determinanten van voeding- en beweeggedrag hebben niet allemaal op dezelfde manier invloed op dit gedrag. Binnen determinanten onderzoek wordt er onderscheidt gemaakt tussen drie soorten determinanten (proximaal, distaal en ultiem).

Proximale determinanten zijn de sterkste determinanten en hebben het meest directe invloed op het gedrag, bijvoorbeeld voeding- en beweeggedrag.

Distale en ultieme determinanten staan verder af van het gedrag, dit is ook de reden dat deze niet vaak gebruikt worden bij interventies ter bevordering van gezond gedrag, deze zijn meer indirect. Een voorbeeld van distale en ultieme determinanten zijn omgevingsdeterminanten.

Een voorwaarde voor het vertonen van gezond gedrag kan zijn dat gezonde producten in een bedrijfskantine voor een lage prijs worden aangeboden. Deze omgevingsdeterminanten liggen doorgaans verder van de persoon af, maar kunnen wel het gezondheidsgedrag beïnvloeden. Er zijn verschillende omgevingsdeterminanten te onderscheiden; de fysieke omgeving, de sociale omgeving, de economische omgeving en de politieke omgeving. Determinanten die dicht bij de persoon en het gedrag staan worden persoonlijke determinanten genoemd. Voorbeelden hiervan zijn:

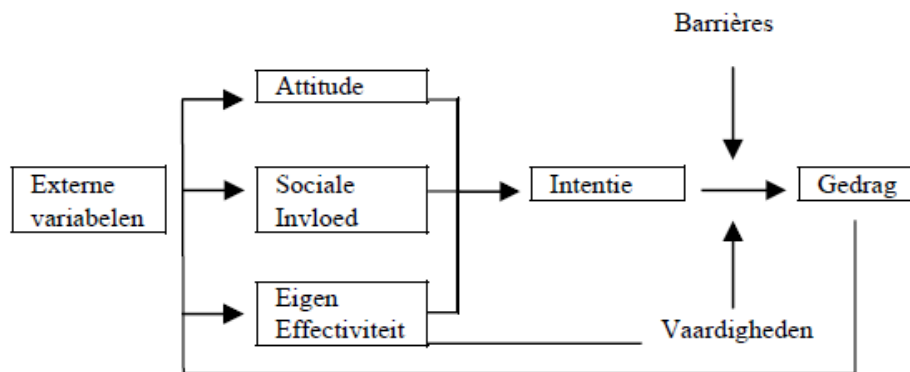
gedragsintentie, attitude, sociale steun en sociale druk, eigen- effectiviteitverwachting, geanticipeerde spijt, risicoperceptie, kennis en bewustzijn en persoonlijkheidskenmerken (Lechner et al., 2010). Ook werkstress lijkt een relatie te hebben met voedinggedrag (Eysink et al., 2008).

Modellen

Om gedrag te kunnen verklaren worden meerdere determinanten in een model verwerkt. Belangrijke determinanten die het beweeggedrag beïnvloeden zijn attitudes, sociale invloeden en eigen- effectiviteit. Deze determinanten gelden ook bij het voedingsgedrag, maar daarnaast blijkt vaak onvoldoende kennis van het eigen voedselconsumptiepatroon een rol te spelen (Jansen, Schuit, & Lucht, 2002). Een model om gedrag te verklaren is het Attitude, Sociale invloed en Eigen- effectiviteit model (ASE-model) van de Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988) (zie figuur 2). Het Nederlandse ASE-model is een veel gebruikt model om gedrag te verklaren en voorspellen. Het ASE-model is gebaseerd op het Theory of Planned Behaviour model van Ajzen en Fishbein (2005) en theorie van Bandura (1986). Het Theory of Planned Behaviour is gebaseerd op het Theory of Reasoned Action van Ajzen en Fishbein (University of Twente, 2011). De eerste twee genoemde modellen hebben empirisch veel ondersteuning gekregen. Echter zijn er ook kritiekpunten op beide modellen. Een van die punten is dat het grotendeels (sociaal) cognitieve modellen zijn waarbij beperkte ruimte is voor

emotionele factoren die het gedrag beïnvloeden (Lechner et al., 2010). Het ASE-model wordt hieronder verder toegelicht en geïnterpreteerd in kader van dit onderzoek.

Het ASE-model



Figuur 2 Het ASE-model (Vries et al., 1988)

Intentie en gedrag

Met gedragsintentie wordt de mate waarin iemand van plan is om bepaald gedrag te veranderen bedoeld. Mensen zijn bijvoorbeeld van plan om elke dag 2 stuks fruit te gaan eten, iedere week te gaan sporten of vaker een gebakje af te slaan. Een gedragsintentie is vaak het resultaat van proximale en distale determinanten. Zo kunnen mensen van plan zijn om gezonder te gaan eten omdat ze overtuigd zijn van de nadelen van ongezond eten (attitude), omdat de omgeving hen stimuleert om te veranderen (sociale invloed) en omdat de prijzen van de kroketten in het bedrijfsrestaurant enorm zijn gestegen (economische omgeving). Pas wanneer er voldoende determinanten zijn die positief gerelateerd zijn aan het gedrag, zullen mensen de intentie hebben om dat gedrag uit te voeren. Helaas is een positieve intentie tot het uitvoeren van gedrag niet altijd de garantie dat mensen het gedrag ook daadwerkelijk zullen uitvoeren. Er kunnen bijvoorbeeld barrières zijn die de uitvoering in de weg staan ('ik was van plan salade en volkorenbrood te nemen in het restaurant, maar toen ik in het restaurant kwam was het al op'), of mensen vallen snel terug in oud gedrag ('elke dag op de fiets naar het werk is niet vol te houden'). Het hebben van een positieve gedragsintentie vormt een belangrijke voorwaarde voor het veranderen van gedrag, maar is daarmee nog geen garantie dat die gedragsverandering ook gaat lukken (Lechner et al., 2010).

Attitude

Attitude is een houding of mening ten opzichte van een object of onderwerp. Vaak zijn attitudes redelijk stabiel. Ook het gedrag zelf kan een houding of mening zijn. Mensen kunnen een negatieve of positieve houding hebben ten aanzien van bijvoorbeeld het gedrag 'bewegen'. Zoals hierboven beschreven kan gedrag wat eerder geleid heeft tot beloningen een positieve attitude ten aanzien van dat gedrag tot gevolg hebben. Bij een negatieve beloning zal dit tot een negatieve attitude leiden. Een attitude kan ook gebaseerd zijn op cognitieve opvattingen of beliefs ('zout eten is ongezond', 'van zout eten krijg je een hoge bloeddruk'). Ook zijn er meer affectieve, morele of ethische beliefs. Deze beliefs kunnen worden ingedeeld in voor- en nadelen van gedrag. Mensen koppelen vaak voor- of nadelen aan gedrag, de uitkomstverwachting. Deze uitkomstverwachting is te scheiden in korte en lange termijn voor- en nadelen. De voordelen op korte termijn (een kroket smaakt goed) van het eten van een broodje kroket kan belangrijker gevonden worden dan de nadelen op lange termijn (het ontwikkelen van hart- en vaatziekten). Nadelen op lange termijn kunnen worden gebagatelliseerd en de attitude blijft dan positief. Belangrijk is dus om deze voor- en nadelen te evalueren (Lechner et al., 2010). Risicoperceptie is een specifieke invulling van de determinant attitude. Wanneer mensen denken dat ze gevaar lopen door het eigen ongezonde gedrag zijn ze meer geneigd hun gedrag te veranderen. De attitude wordt beïnvloed door de risico- inschatting die wordt gemaakt. Als iemand denkt (inschat) dat de kans klein is om ziek te worden wanneer hij op de oude (ongezonde) voet doorgaat, is de prikkel klein om te veranderen. Deze persoon zal dan eerder een positieve attitude hebben ten aanzien van het ongezonde gedrag (Brugt & Mechelen- Gevers, 2004). Mensen onderschatten vaak het eigen gewicht volgens Eysink et al. (2008). Onrealistisch optimisme is een onderdeel van risicoperceptie.

Sociale invloed

Voeding- en beweeggedrag wordt ook beïnvloed door de sociale omgeving van de persoon. Het ASE-model onderscheidt drie vormen van sociale invloed; modelling, sociale norm en sociale steun/ druk (Jurg et al., 2005). Een veel gebruikt concept bij sociale invloed is de 'subjectieve of sociale norm'. Hieronder worden de gepercipieerde verwachtingen van anderen verstaan; bijvoorbeeld 'mijn cliënten verwachten dat ik een koekje neem bij de koffie' of 'mijn werkgever verwacht van mij dat ik in een goede conditie ben'. Hierbij gaat de persoon er van uit dat wanneer zij niet aan de verwachtingen van de ander voldoet, dat daar sancties tegenover staan zoals ontslagen worden als men niet voldoet aan een goede conditie of het er niet meer bij horen. Naast de verwachtingen die een persoon meent dat anderen over zijn gedrag hebben, gaat het er ook om of deze persoon hier iets van aantrekt (motivation to comply). De ervaren invloed van de sociale omgeving bestaat uit twee concepten: de sociale steun of druk die men ervaart vanuit de sociale omgeving en het voorbeeldgedrag dat men ziet bij anderen. Bij sociale steun of druk gaat het om de directe invloed van anderen. Sociale druk treedt op wanneer bijvoorbeeld iemand door zijn collega's wordt aangespoord om mee te gaan sporten, ook een stuk taart te nemen of nog een drankje te nemen. Sociale druk wordt als negatief begrip gebruikt, sociale steun als positief. Dit laatste treedt bijvoorbeeld op als een persoon actief gesteund wordt door zijn collega's om af te vallen, ze samen mee gaan lunch wandelen, bieden geen traktaties meer aan (praktische steun) of ze zeggen dat ze er voor deze collega zijn (emotionele steun). Ook kan het zijn dat de werkgever aangeeft een deel van de behandeling te willen betalen (materiële steun). Modelling valt ook onder sociale invloed, hierbij gaat het om leren door het observeren van ander-mans gedrag. Wanneer iedereen gebruik maakt van het aanbod in de kantine, is de kans groter dat deze persoon dit ook gaat doen, vooral als het gedrag voordelen lijkt te bieden (Lechner et. al, 2010).

Eigen- effectiviteit en vaardigheden

Eigen- effectiviteitverwachting geeft aan welke verwachting mensen hebben over hun eigen vermogen tot het vertonen of uitvoeren van bepaald gedrag. Eigen- effectiviteit en de attitude die mensen hebben over bepaald gedrag behoren tot de belangrijkste persoonlijke voorspellers van veel gezondheidsgedragingen. Wanneer iemand gedrag probeert te veranderen en dit elke keer weer niet lukt, kan dit leiden tot een lage eigen- effectiviteitverwachting. Wanneer bijvoorbeeld iemand al meerder keren geprobeerd heeft om af te vallen en dit elke keer niet gelukt is, dan is het vertrouwen erg laag dat dit bij een volgende poging wel zal gaan lukken. Hierbij spelen ook de oorzaken een rol waaraan de persoon zijn gebrek aan succes toeschrijft (attributies). Het kan zijn dat het afvallen niet geslaagd is door toevallige omstandigheden op dat moment ('ik ben weer meer gaan eten door een uitzonderlijke stresssituatie privé die normaal niet voorkomt'). Ook kan het falen worden toegeschreven aan een stabiele oorzaak zoals de perceptie dat zijzelf een mislukking is. De inschatting van eigen- effectiviteit hangt nauw samen met de eigen vaardigheden, dit hoeft echt er niet altijd zo te zijn. Het blijkt dat bij personen met dezelfde vaardigheden en een hoge eigen- effectiviteitverwachting, de kans van slagen groter is dan bij mensen met een lage eigen- effectiviteitverwachting. Kennis die te maken heeft met de vaardigheden die iemand heeft om het gewenste gedrag uit te voeren kan relevant zijn voor de eigen- effectiviteitverwachting. Weten dat je iets kunt zal de eigen- effectiviteitverwachting vergroten. Kennis is hierbij een voorwaarde voor het doen. Wanneer mensen voldoende kennis en inzicht hebben in het eigen ongezonde gedrag wordt dat bewustzijn genoemd (Lechner et. al, 2010).

Externe variabelen

Externe variabelen die de attitude, sociale invloed en eigen- effectiviteit beïnvloeden kunnen zijn: leeftijd, sekse, demografische kenmerken als geloofsovertuiging, sociaal economische status en psychologische kenmerken als persoonlijkheid- en persoonskenmerken (Angerenstein, 2011).

Barrières

Barrières kunnen de fase tussen een gedragsintentie en het daadwerkelijke gedrag beïnvloeden.

Factoren die barrières kunnen vormen bij het uitvoeren van het gezonde gedrag kunnen zijn:

- Wanneer een positieve intentie veranderd in een negatieve intentie. In de loop van de tijd kan de positiviteit van een intentie afzakken;
- Voorwaarden die de cliënt eraan koppelt. Bijvoorbeeld wanneer een werknemer wil afvallen, zal hij vaker gebakjes bij de koffie moeten laten staan. Dit vindt hij echter vervelend en wil toch af en toe een gebakje nemen voor de gezelligheid;
- Externe omstandigheden waar iemand geen invloed op heeft (Angerenstein, 2011).

Omgevingsfactoren die hierop van invloed kunnen zijn worden hieronder uitgewerkt. De voornaamste barrière voor lichamelijke activiteit blijkt tijd te zijn. Ook het hebben van klachten en/of symptomen van

chronische aandoeningen, pijn en hoge kosten zijn barrières die van invloed kunnen zijn op de lichamelijke activiteit (Schemers, Jongert, Chorus, & Verheijden, 2008).

Omgevingsfactoren

De effectiviteit van preventieactiviteiten gericht op overgewicht is afhankelijk van verschillende omgevingsfactoren (Eysink et al., 2008). Omgevingsfactoren kunnen barrières vormen voor het uitvoeren van bepaald gedrag. Anderzijds kunnen omgevingsfactoren voorwaardenscheppend zijn om bepaald gedrag te kunnen vertonen. Volgens Lechner et. al (2010) zijn er vier soorten omgevingsdeterminanten te onderscheiden:

- Fysieke omgeving: Hierbij gaat het om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van middelen of mogelijkheden om gezond gedrag te vertonen. Een voorbeeld: het assortiment (en prijsniveaus hiervan) van een bedrijfsrestaurant- of kantine bepaalt wat daar gegeten wordt.
- De fysieke omgeving lijkt ook een belangrijke rol te spelen bij het gewoontegedrag (attitude) (Kreijl & Knaap, 2004). Maar ook de omgeving van het bedrijf(srestaurant) lijkt invloed te hebben op het lunch wandelgedrag van werknemers (Simons, Boer, Jans, & Hendriksen, 2009).
- Sociaal-culturele omgeving: Dit betreft de sociaal-culturele omgeving waarin het gedrag wordt uitgevoerd. Hiertoe behoort de eerder genoemde sociale invloed, maar ook de bedrijfscultuur kan hier toe worden gerekend.
- Economische omgeving: Dit betreft de kosten die gerelateerd zijn aan (on)gezond gedrag. Te denken valt aan de kosten van fruit, kant-en-klaarmaaltijden of kroketten.
- Politieke omgeving: Hierbij gaat het om de regels en wetgeving die het voeding- en beweeggedrag kunnen beïnvloeden.

De Gezondheidsraad (2003) geeft aan dat preventie van een overgewicht door gedragsverandering kansloos is zonder bijpassende verandering van de omgeving.

Het ASE-model wordt vaak gecombineerd met het Transtheoretisch-model van Prochaska (Prochaska, Redding & Evert, 2008; Lechner et al., 2010). Het Stages of Change model veronderstelt dat gedragsverandering in minimaal 5 fasen verloopt. Dit model wordt in hoofdstuk 3.5 verder uitgediept.

3.3.1 Methodieken

Uitgaande van de bovenstaande determinanten is er gekeken hoe deze determinanten beïnvloed kunnen worden binnen een interventie. Hieronder wordt een overzicht gegeven van welke methodieken gebruikt kunnen worden om in te spelen op een specifieke determinant. Per situatie kan er gekozen worden voor een bepaalde methodiek.

Kennis & bewustzijn
– Informatieoverdracht ○ Informatie geven en bespreken. Bijvoorbeeld over de aard en het waarom van het nieuw te leren gedrag (quiz, spel, casusbespreking). – Elaboration- Likelihood (stimuleren van actieve informatieverwerking) ○ Socratisch onderwijs, groepsdiscussie, interviewopdrachten en creatieve opdrachten. – Centrale informatieverwerking stimuleren ○ Actief leren; participatie en persoonlijke relevantie, vaak in combinatie met elkaar. – Goede en niet tegenstrijdige informatieverstrekking ○ Bijvoorbeeld over producten en bereidingswijzen. – Feedback geven ○ Over bijvoorbeeld de eigen voedselconsumptie, door middel van voedingsadvies op maat.

Overzicht 1 Methodieken gericht op kennis & bewustzijn samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010), Schaalma, Kok, Meertens & Brug (2010), Kreijl & Knaap (2004) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Risicoperceptie

- Risico-informatie geven (ongevallenstatistieken en risicoscenario's)
- Ervaringsverhaal (laten) vertellen ('role model story')
- Rolmodel op beeldmateriaal
- Angstaanjagende voorlichting (informatie over consequenties) en confrontatie
- Inschatting van eigen risico
- Evaluatie van eigen gedrag
- Numerieke risicocommunicatie (numerieke informatie over kans op risico)
- Contextuele risico-informatie (informatie over oorzaken en gevolgen van gezondheidsrisico's)

Overzicht 2 Methodieken gericht op risicoperceptie samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010), Schaalma, et al. (2010) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Attitude

- Overredende communicatie (overtuigen met nieuwe argumenten en overtuigingskracht)
 - Informatie in schriftelijk materiaal; ervaringsverhalen in schriftelijk materiaal; rolmodellen op beeldmateriaal.
- Zelf (her)evaluatie plannen of uitvoeren
- Geanticipeerde spijt bespreken (negatieve emotionele gevolgen van ongewenst gedrag benadrukken en opwekken)
- Specifieke overwegingen (voor – en nadelen afwegen)
 - Het corrigeren van foute veronderstellingen over voor- en nadelen.
 - Het versterken van bestaande veronderstellingen over voor- en nadelen.
 - Het verstrekken van informatie over 'nieuwe' voor- en nadelen; voor- en nadelen die nog niet bekend waren bij de doelgroep.
 - Het beïnvloeden van de mate waarin nadelen als nadeel en voordelen als voordelen worden beoordeeld.
- Psychologische of gedrags- 'inoculatie' om de attitude te versterken (versterken van bestaande attitudes)
 - Argumenten in schriftelijk materiaal; groepsdiscussie; ervaringsverhaal; rolmodellen op beeldmateriaal; rollenspel gestuurd door beeldmateriaal.
- Het introduceren van nieuwe verwachte voordelen.
- Het ontkrachten of weerleggen van bestaande verwachte nadelen.
 - Verwachtingen over smaak, gemak en gezondheid spelen hierbij een rol.

Overzicht 3 Methodieken gericht op attitude samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010), Schaalma, et al. (2010), Kreijl & Knaap (2004) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Sociale invloed

- Sociale vergelijking (laten) toepassen
 - Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag.
 - Groepsdiscussie; ervaringsverhalen in schriftelijk materiaal; rolmodellen op beeldmateriaal.
- Versterken van assertiviteit en weerbaarheid
- Modelleren (demonstratie van de toepassing van gedrag)
 - Gebruik 'alledaagse' rolmodellen in voorlichting om gezond gedrag te promoten.
- Corrigeren van misverstanden
- Reduceren van de neiging tot conformeren
 - Het nabootsen, modelleren van weerstand bieden.
 - Het verhogen van de persoonlijke binding (committent) aan bestaande intenties en gedrag.
 - Het relateren van het gewenste gedrag aan belangrijke waarden.
 - Psychologische inoculatie.
- Mobiliseren sociale steun en versterken sociaal netwerk
 - Het bewust maken van het belang van sociale steun vanuit de omgeving en aanleren hoe zij deze steun kunnen organiseren.
- Vermijden van druk (risicosituaties)
- Peer educatie toepassen (peer educatie gaat er van uit dat personen eerder hun gedrag zullen veranderen wanneer mensen de educatie geven die zij kennen en vertrouwen)

Overzicht 4 Methodieken gericht op sociale invloed samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010), Schaalma, et al. (2010), Kreijl & Knaap (2004) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Barrières

- Community benadering
- Empowerment (geheel van maatregelen om werknemers zelf te stimuleren verantwoordelijkheid te nemen)
- Conscientization (verwerven van kritisch bewustzijn)
- Lobbyen (druk uitoefenen op politieke besluitvorming)
- Anticiperen op barrières (bespreken van te verwachten problemen)
- Gezamenlijke strategie ontwikkelen
- Versterking contacten in wijk/ tussen organisaties (wijkgericht werken)

Overzicht 5 Methodieken gericht op barrières samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Omgevingsdeterminanten

Sociaal-culturele omgeving

- Het gebruik van massamedia (flyeren, spotjes op het intranet of tv-scherm)
- Gebruik maken van peermodellen
- Entertainment educatie (voorlichting gecombineerd met amusement)
- Behavioural journalism (samenstelling van interviewuitspraken van mensen met een voorbeeldfunctie voor de doelgroep)
- Het mobiliseren en versterken van sociale netwerken
- Reclame of voorlichting kan inspelen op bijvoorbeeld het gezin of bedrijfscultuur.

Fysieke omgeving

- Beschikbaarheid, bereikbaarheid en herkenbaarheid vergroten van gezonde voedingsmiddelen
 - o Gezond eten eenvoudiger maken door het vergroten van de beschikbaarheid, bereikbaarheid en herkenbaarheid van gezonde voedingsmiddelen.
 - o Etikettering en labeling kunnen de herkenbaarheid vergroten.
 - o Aanpassen van het assortiment.

Economische omgeving

- Bevorderen van een betaalbaar aanbod van gezond voedsel

Overzicht 6 Methodieken gericht op omgevingsdeterminanten samengesteld uit literatuur van Schaalma, et al. (2010) en Kreijl & Knaap (2004)

Vaardigheden en eigen- effectiviteitsverwachting

- Vaardigheidstraining door een combinatie van observeren en zelf (laten) doen, succes (laten) ervaren, ondersteund door positieve feedback en beloning.
 - o Modelleren, demonstreren, begeleid leren en rollenspellen.
- (Her)attributie bespreken (verklaringen voor eigen succes of falen), gericht op interne, instabiele attributie.

Overzicht 7 Methodieken gericht op vaardigheden en eigen- effectiviteitsverwachting samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010), Schaalma, et al. (2010), Kreijl & Knaap (2004) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Gedragsintentie

- Het formeren van actieplannen en implementatie- intenties
 - o Concrete plannen die aangeven wanneer, waar en hoe een bepaalde actie moet worden ondernomen om een bepaald doel te bereiken vergroten de slagingskansen van het behalen van het doel.
- Doelen (laten) stellen, afspraken vastleggen en feedback geven
- Inpassen in het dagelijks leven
- Beloning in het vooruitzicht (laten) stellen
- Anticiperen op falen
- (Laten) bespreken van ervaringen en voor- en nadelen van gedrag

Overzicht 8 Methodieken gericht op gedragsintentie samengesteld uit literatuur van Schaalma, et al. (2010) en Brugt & Mechelen- Gevers (2008)

Behoud van gedragsverandering

- Implementatie- intenties en goalsetting (stellen van doelen)
 - Concrete plannen maken die specificeren wanneer, waar en hoe een bepaalde actie ondernomen moet worden.
- Regelmatig feedback geven op gedrag of over consequenties
- Terugvalpreventie en voorbereiden op risicosituaties
- (Her)attributie bespreken, gericht op interne, instabiele attributie
- Belonen van gewenst gedrag
- Regelen van follow-up
- Zelfmanagement aanleren en bevorderen
- Actief navragen van verloop

Overzicht 9 Methodieken gericht op behoud van gedragsverandering samengesteld uit literatuur van Schaalma & Kok (2010) en Kreijl & Knaap (2004)

Samenvatting

Proximale determinanten zijn het sterkste van invloed op gedrag. Distale en ultieme determinanten staan verder van gedrag af (bijvoorbeeld omgevingsdeterminanten). Deze determinanten kunnen wel een voorwaarde zijn voor het vertonen van gezond gedrag.

Het ASE-model lijkt het meest geschikt en inzetbaar om gedrag van de werknemers te verklaren.

Determinanten die naast de attitude, sociale invloed en eigen- effectiviteit een rol spelen in het ASE-model zijn: gedragsintentie, vaardigheden, externe variabelen, barrières en omgevingsfactoren. Per determinant zijn er verschillende methodieken die ingezet kunnen worden binnen een interventie.

3.4 Fasen van gedragsverandering

Gedragsverandering is een gefaseerd proces. Men zal verschillende stappen moeten doorlopen voordat het gewenste gedrag wordt uitgevoerd. Voor beïnvloeding van het gedrag is van belang te weten in welke fase de persoon zich bevindt. Afhankelijk van in de fase waarin de persoon zit kan er ingespeeld worden op gedragsverandering.

Modellen

Gedragsveranderingfasen modellen zijn ontwikkeld met als doel het proces van gedragsverandering te beschrijven, hierin worden de verschillende fasen die mensen doorlopen bij het veranderen van gedrag in kaart gebracht. Het meest bekende model is het Stages of Change (Prochaska et al., 2008; Lechner et al., 2010). Een ander genoemd model in de literatuur is het Precaution Adoption Process Model van Weinstein (Lechner et al., 2010).

Het Stages of Change model van DiClemente en Prochaska gaat er vanuit dat er verschillende processen van verandering zijn om een persoon van een eerdere fase naar een volgende te krijgen. In het Stages of Change model wordt het proces van gedragsverandering beschreven in vijf stadia.

Het Stages of Change model lijkt een goede basis voor doelgroepsegmentatie bij gezondheidspsychologische interventies. De inhoud van de interventie dient aan te sluiten bij de fase van gedragsverandering waarin het individu of de groep zich in bevindt (Brug et al., 2010). Het Stages of Change model wordt hieronder verder toegelicht en geïnterpreteerd.

Het Stages of Change model

Binnen de fasen van gedragsverandering spelen meerdere processen een rol. Mensen doorlopen verschillende processen en gebruiken daarbij verschillende activiteiten om zich van een fase naar een volgende te verplaatsen. Bij sommige mensen gaat dit sneller dan bij andere mensen; ook kan het zijn dat mensen in een bepaalde fase blijven steken of terugvallen naar een eerdere fase. Door naar deze fasen te kijken ontstaat inzicht in de manier waarop interventies kunnen worden georganiseerd.

Door op de juiste momenten binnen een interventie aandacht te besteden aan de processen van gedragsverandering, zou de behandeling sneller en effectiever resultaat krijgen. Interventies moeten dus zo worden georganiseerd dat mensen van de ene fase naar de volgende fase kunnen komen (Verheijden, Koelen, Veen, & Staveren, 2002; Kok, Molleman, Saan, & Ploeg, 2005; Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Het is belangrijk dat een voorlichter zich afvraagt in welke fase de doelgroep zich bevindt (of nog moet komen), zodat de voorlichting hierop afgestemd kan worden (Boom-Binkhorst, et al., 2006). Daarnaast is het van belang om rekening te houden met de motivatie van de doelgroep om het risicogedrag te veranderen (Ronda, Assema, & Brug, 2001). De mate van motivatie is namelijk van invloed op de intentie om gedrag te veranderen (Brugt & Mechelen- Gevers, 2004).

Beschrijving fasen

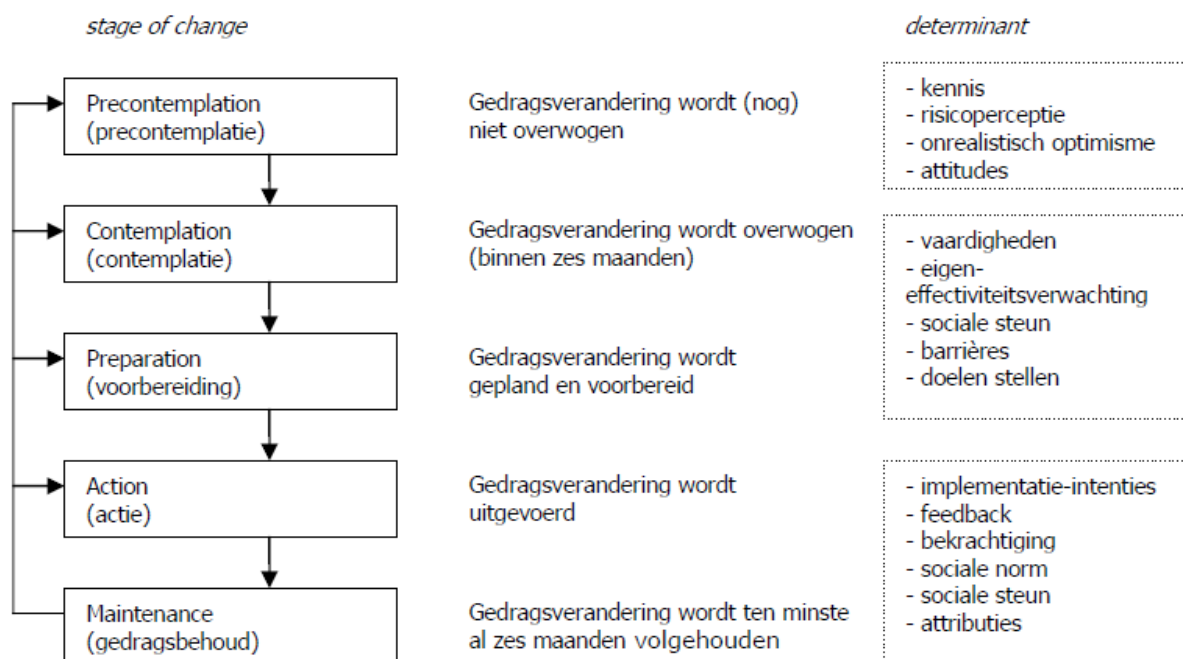
1. Precontemplatie: Verandering van voeding- of beweeggedrag wordt (nog) niet overwogen. In het artikel 'Het eetveranderplan' geeft J. Brug aan dat een groot deel van de Nederlandse bevolking zich in deze fase bevindt (Lubbers, 2003).
2. Contemplatie: Verandering van voeding- of beweeggedrag wordt overwogen (binnen 6 maanden).
3. Voorbereiding: Verandering van voeding- of beweeggedrag wordt gepland en voorbereid.
4. Actie: Het voeding- of beweeggedrag wordt daadwerkelijk veranderd.
5. Gedragsbehoud: Het nieuwe voeding- of beweeggedrag wordt al minstens 6 maanden volgehouden.
6. Terugval: Men valt terug in het oude voeding- of beweeggedrag.

Nieuwe modellen

Uit onderzoek blijkt dat fasespecifieke interventies het niet altijd beter doen dan interventies die niet zijn aangepast aan de specifieke fase van gedragsverandering. Omdat het er naar uit ziet dat gedragsverandering complexer is dan het Stages of Change model beschrijft worden er nieuwe modellen ontwikkeld waarin de fasen steeds complexer worden beschreven. Deze modellen hebben net als het Stages of Change model tot doel om het proces van de verschillende gedragsveranderingfasen te beschrijven. Voorbeelden van deze modellen zijn het I-Change Model en het Health Action Process Approach Model (HAPA). Het I-Change Model legt meer de nadruk op de premotivationale, motivationele en post- motivationele fasen, terwijl het Health Action Process Approach Model de motivationele en actie fase benadrukt. Deze modellen zijn nog in ontwikkeling, maar lijken veel belovend. Echter bemoeilijkt de complexiteit van deze modellen het toepassen ervan in praktijksituaties, ook is het grondig empirisch testen zeer moeilijk tot bijna onmogelijk (Lechner et al., 2010).

3.4.1 Methodieken

In het vorige hoofdstuk zijn determinanten genoemd die het voeding- en beweeggedrag kunnen beïnvloeden. Figuur 3 laat zien in welke fase van gedragsverandering deze determinanten een rol spelen om tot gedragsverandering te komen. Een techniek om mensen van de ene naar de andere fase te laten gaan is dus om in te spelen op deze specifieke determinanten.



Figuur 3 Stages of Change model van DiClemente en Prochaska (1982) (Grobbe, 2008; Brug, Schaalm, Kok, Meertens & Molen, 2005)

Om mensen in de precontemplatiefase te stimuleren gedragsverandering te overwegen is het van belang dat zij meer kennis krijgen en bewust worden gemaakt van de noodzaak om te veranderen. Ook moeten zij een overweging maken tussen de voor- en nadelen (attitude) van bijvoorbeeld vaker de trap nemen. Verandering van de attitude en risicoperceptie zijn van belang in deze fase. Om van contemplatie naar voorbereiding en actie te gaan is het van belang dat men overtuigd raakt van de eigen mogelijkheden om te veranderen om zo de eigen- effectiviteitverwachting te verhogen. Ook spelen vaardigheden en sociale steun hierbij een rol. In de actie fase is het van belang om doelen te stellen maar ook om mogelijke barrières in kaart te brengen en hier mee om te leren gaan.

Wanneer mensen in de actie fase zitten is het van belang om intenties goed te plannen (implementatie- intenties) en hierbij concrete doelen te stellen. Zoals eerder in dit hoofdstuk genoemd is het van belang om gezond gedrag te belonen en zo te bekrachtigen. Feedback en bekrachtiging zijn in deze fase belangrijke determinanten. Sociale steun en een positieve sociale norm zijn belangrijk om terugval te voorkomen (Brug et al., 2005). De fasen van gedragsverandering kunnen dus worden beïnvloed door in te spelen op verschillende determinanten. In hoofdstuk 3.4.1 is per determinant aangegeven welke methodieken gebruikt kunnen worden om hierop in te spelen.

Samenvatting

Gedragsverandering is in minimaal 5 fasen in te delen, tussen de fasen is terugval mogelijk. Door op het juiste moment aandacht te besteden aan de processen van gedragsverandering kan de werknemer van de ene naar de volgende fase komen waardoor de behandeling een effectiever resultaat krijgt. Het Stages of Change model kent de volgende fasen: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en behoud. Per fase zijn er determinanten die beïnvloed dienen te worden. De methodieken genoemd in 3.4.1 kunnen hierbij gebruikt worden. Het Stages of Change model lijkt een goede basis voor het in kaart brengen van gedragsveranderingfasen van werknemers.

3.5 Screeningsinstrumenten

Uit literatuuronderzoek en navraag bij experts is gebleken dat er nog geen valide instrument is wat de fasen van gedragsverandering en determinanten van voeding- en beweeggedrag in kaart kan brengen beschikbaar in Nederland. Voor het in kaart brengen van determinanten van beweeggedrag is wel een instrument gevonden, het Fitkompas.

Het Fitkompas is door ViveActive Health & Concept in samenwerking met het Kieskompas en de Vrije Universiteit van Amsterdam ontwikkeld. Het instrument bestaat uit een digitale vragenlijst van 60 vragen waarmee de determinanten van het ASE-model worden gemeten. Daarnaast wordt gemeten hoe de persoon het sport- en gezondheidsgedrag evalueert en of er intentie is om dergelijk gedrag te kunnen vertonen. Het instrument gaat er vanuit dat concreet gedrag vooraf gegaan wordt door gedragsintentie, het geeft inzicht of mensen kunnen veranderen maar ook of mensen willen veranderen (ViveActive, 2011). Hoogendijk (2011) geeft aan dat ViveActive Health & Concept op dit moment ook een vragenlijst voor het meten van voedingsdeterminanten heeft liggen. Deze kan ingepast worden in de huidige applicatie.

Samenvatting

Op dit moment is er geen instrument beschikbaar wat de determinanten van voeding- en beweeggedrag samen met de fasen van gedragsverandering in kaart kan brengen. Het Fitkompas is een instrument dat de determinanten van voeding- en beweeggedrag in kaart kan brengen. Voor deze doelgroep lijkt dit een geschikt instrument voor een effectievere doelgroepbenadering en kan aanknopingspunten bieden bij een vernieuwde aanpak van de BRAVO-Wijzer.

4. Behoeft- inventarisatie (fase 3)

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van de interviews die afgenomen zijn bij diverse functies binnen de zorginstellingen Careyn, Stichting Elisabeth en Zorggroep Elde. Hierbij wordt onderzocht wat de behoeften, wensen en verwachtingen van de werkgever zijn bij een interventie ter preventie van overgewicht en obesitas. Ook wordt onderzocht hoe volgens de werkgever een dergelijke interventie beter aan kan sluiten op de werknemer. De interviews zijn afgenomen bij personen met verschillende functies binnen de zorginstellingen: een bedrijfsarts, twee teammanagers, een arbo- en verzuimadviseur, een HR-manager, een preventiecoördinator, een uniteider, een locatiedirecteur en twee personeelsadviseurs. Bij deze inventarisatie worden de verschillende functies genoemd als werkgever. Verder zijn de namen van de instellingen en van de geïnterviewden geanonimiseerd. De uitwerking is per topic gerangschikt. Per topic wordt een samenvatting van de resultaten gegeven.

4.1 Analyse onderwerpen

Ervaring interventies

Twee zorginstellingen hebben ervaring met verschillende interventies: een gezondheidsweek met de gezondheidsbus, een leefstijlcoach, bedrijfsfitness, stappentellers, fietsen naar het werk, assortiment kantine aanpassen, OCA (actieve fysiotherapie), de gezonde werkplek, een fitte werkweek en een gezonde werkweek. Punten die naar zijn gekomen bij deze interventies zijn: de verkeerde doelgroep werd bereikt; het vermoeden dat werknemers niet nog een extra dag met werk bezig willen zijn; er moeten meer voordelen aan zitten op financieel gebied; het moet laagdrempelig zijn; mensen kunnen afhaken door tijdgebrek of andere prioriteiten; werk doelgericht en 1 op 1; het moet leuk zijn; in een groep; het moet veilig zijn; luchtig en ludiek; gebruik maken van een externe partij; vrijblijvend; lotgenoten en saamhorigheid zijn lijken belangrijk en misschien verplichten om iemand 1 keer te laten gaan. *“OCA is een groot succes! Mogelijk zouden ze ook voedingsadviezen kunnen geven, maar om alleen om die reden medewerkers te verwijzen wordt te duur. Het wordt namelijk niet vergoed.”*

Samenvatting: Ervaring interventies

- Twee zorginstellingen hebben ervaring interventies ter preventie van overgewicht en obesitas.
- Punten die hierbij naar voren zijn gekomen: de verkeerde doelgroep werd bereikt, er moeten meer voordelen aan zitten op financieel gebied, het moet laagdrempelig zijn, zowel groeps- als individuele begeleiding. Verder lijkt het belangrijk voor de motivatie van de werknemer dat de interventie luchtig, leuk en ludiek wordt aangekleed mogelijk door een externe partij.

Ervaren problematiek

Algemeen

Een werkgever geeft aan overgewicht veel terug te zien binnen de organisatie, andere organisaties herkennen dit probleem. Een andere werkgever geeft aan dat het een weerspiegeling is van de maatschappij, het probleem is volgens de werkgever binnen de organisatie niet groter of kleiner dan in de maatschappij. Veel mensen hebben overgewicht en af en toe zie je forse uitschieters. Weer een andere werkgever geeft aan dat op de afdeling juist meer mensen rondlopen met obesitas dan met overgewicht. Ook wordt er verschil gezien tussen de gebieden. *“Problematiek verschilt per team, maar ook per regio, dit ligt denk ik aan de cultuur en opvoeding.”* Een stijging van het aantal werknemers met overgewicht wordt niet direct opgemerkt door de organisaties, maar zo zegt een werkgever: *“Wij zetten de medewerkers natuurlijk niet op de weegschaal”*. Door twee organisaties wordt geconstateerd dat er steeds grotere uniformen besteld moeten worden.

Lichamelijke klachten & ziekteverzuim

Klachten die gerelateerd worden aan overgewicht die gezien worden bij werknemers zijn: gewrichtsklachten, hart- en vaatziekten, kortademigheid, benauwdheid, slechte conditie en passiviteit. Klachten worden echter alleen gezien als indirecte oorzaak. *“Nee, ik denk niet dat wij mensen hebben met klachten die direct door overgewicht zijn ontstaan.”* Volgens een werkgever leggen werknemers zelf niet altijd de link tussen de klachten en het overgewicht. Twee zorginstellingen zien dat werknemers tijdens het dagelijkse werk last hebben van het te hoge gewicht. De andere zorginstelling ziet deze problematiek op dit moment nog niet, maar verwacht wel meer problematiek in de toekomst. *“75% van onze medewerkers heeft fysiek werk. Overgewicht dat is slecht voor je knieën. Op het moment dat mensen te zwaar zijn, dan kan je er vergif op innemen dat dat ooit een probleem gaat worden in de loopbaan. Denk maar aan bukken, traplopen, tillen dat moet je natuurlijk ook regelmatig doen. Kun je dat succesvol blijven doen 40 jaar of straks 45 jaar lang?”* Een werkgever ziet de

problematiek binnen de organisatie op dit moment: *“Ga maar eens iemand douchen in een kleine ruimte, of ga maar iemand tillen. Als jij altijd al zoveel kilo extra meezeult dan is dat ook zwaarder, dan zijn je knieën al meer belast”. “Medewerkers hebben klachten aan het bewegingsapparaat. Als je kampt met overgewicht kan dat een belemmering zijn bij het verzorgen van cliënten.”* Ook krijgt een werkgever signaal van ergocoaches dat werknemers problemen hebben met tillen, maar ook met het bewegen in kleinere ruimtes. Lichamelijke klachten kunnen volgens werkgevers ook te maken hebben met onderbelasting of een slechte conditie. *“Werknemers hebben te weinig kracht in spieren, hebben daardoor problemen met bukken en een slechte conditie.” “Dit zou getraind kunnen worden zodat dit een stuk sterker is en daardoor minder klachten.”* Ziekteverzuim in relatie met overgewicht wordt wel gezien. Een werkgever geeft aan dat managers signaleren dat bij een groot aantal werknemers die vaak verzuimen overgewicht een rol speelt. *“Ik denk dat ziekmeldingen te maken hebben met slechte conditie en slechte voeding.” “Ons verzuim is op dit moment heel hoog. Ik denk dat dit wel relatie heeft met overgewicht. Alleen wordt gewicht nog niet als verzuimoorzaak erkend. De fysieke uitval zou een link kunnen zijn met overgewicht.”* Ook medische ingrepen zoals plaatsing van een maagband is een factor voor ziekteverzuim. Werkgevers geven aan dat vermindering van gewicht een positieve invloed zal hebben op de gezondheid van de werknemer. Een werkgever geeft aan dat het lastig is om aan te geven wat oorzaak of gevolg is. *“Is iemand te zwaar omdat hij diabetes heeft, of heeft iemand Diabetes omdat hij te zwaar is?”* De nadelen die direct gerelateerd worden aan verzuim zijn hoge kosten, discontinuïteit en overbelasting van overige werknemers met uitval als gevolg. *“1% ziekteverzuim kost ons een ton.”*

Ethiek

De werkgever vraagt zich af of er sancties moeten komen voor het hebben overgewicht. De geïnterviewden zeggen hier het volgende over: *“Werkgever zou meer macht willen hebben om consequenties toe te kunnen kennen aan overgewicht”. “Medewerkers worden nog niet afgerekend op de nadelen. Het enige wat zou helpen is de werknemer ‘vastpakken’ maar, dat kan natuurlijk niet.” “Er zit nog geen sanctie op hé. Of dat er zou moeten komen?”* Hierbij wordt de vraag gesteld of er überhaupt sancties moeten komen. Een van de werkgevers heeft een sollicitant gehad met fors overgewicht. De echte reden waarom de werkgever de sollicitant heeft afgewezen (overgewicht waardoor mogelijk problemen tijdens het werk) is de sollicitant niet verteld. Dit omdat overgewicht nog geen bespreekbaar onderwerp is en de zorginstelling hiermee niet in het nieuws wilde komen.

In gesprek met de werknemer

Het in gesprek gaan met een werknemer als het gaat om overgewicht lijkt binnen de zorginstellingen nog een taboe. *“Dat als werkgever daar iets van mogen vinden en daar zelf iets van mogen zeggen, dat is nog vrij jong denk ik. Wij komen uit een traditie en dat kan ik al 30 jaar volgen. Als een medewerker ziek is, dan is die ziek. En daar mag je niks van vinden of zeggen, dat is het recht van de medewerker. Tot gaande weg meer in gesprek raken met de medewerker over het ziek zijn. Waarom verzuim je, welke factoren spelen daarbij een rol, welke factoren zitten daarbij die op het werk kunnen worden aangepakt en welke factoren kun je zelf beïnvloeden. En dan vind ik obesitas nog niet een gesprekspunt van op dit moment.” “Het blijft een pijnlijke situatie om de werknemer er op aan te spreken. Deze gesprekken zouden we kunnen aanscherpen door trainingen te volgen waar vaardigheden, gesprekstechnieken en kennis wordt bijgepraat om dergelijke gesprekken te kunnen voeren.” “Het is belangrijk om het te benoemen. Dit gebeurt volgens mij niet door de leiding maar ook niet door de arboarts. Als vanuit boven iets geformuleerd zou worden hoe hier mee om te gaan, dan zou die draagkracht er wel kunnen komen.” “Tijdens individuele gesprekken met werknemers probeer ik het probleem overgewicht bespreekbaar te maken en ze eventueel door te sturen naar de bedrijfsarts.” “Iedereen moet het voor zichzelf weten, maar op het moment dat de werkgever er last van krijgt dat iemand gaat verzuimen, moet het bespreekbaar worden gemaakt.” “Je zal dit zeer gedoseerd moeten brengen om niet als bemoeizuchtig over te komen, onder het mom van het heeft met eerlijkheid te maken.” “Het is ook echt not done om het bespreekbaar te maken. Heel veel is bespreekbaar binnen onze organisatie, maar gewicht is heel moeilijk. En iedere leidinggevende ziet dat er mensen te dik zijn en daar ook last van hebben. Dan schakel je wel eens een bedrijfsarts in om dat bespreekbaar te maken. Het is wel een onderwerp wat voor op de tong ligt, wat je vaak zou willen bespreken. Maar wat nog niet echt bespreekbaar is. Misschien komt dat omdat ik man ben. Bij sommige dingen houd ik echt afstand. De dokter mag dat wel zeggen.” “Managers durven het niet aan om het te bepreken. Dan ga je eigenlijk een stap te ver. Kan je dat wel zeggen, hoe voelt iemand zich dan? En kan je er wat aan doen?” “Het is wel eens lastig de link te leggen naar het verzuim. Ik denk dat dat niet bij de leidinggevende moet liggen. De bedrijfsarts is daar de aangewezen persoon voor.”*

Signalering

Op dit moment wordt er volgens de werkgevers pas door verwezen naar een professional wanneer een werknemer verzuimt. Op dit moment lijkt het eerder nog niet bespreekbaar te zijn. De wens ligt er wel om dit eerder te bespreken. Men is bang dat dit op korte termijn veel kosten met zich meebrengt. *“Er wordt niet vroeg genoeg aan de bel getrokken om over preventie te kunnen spreken. Op dit moment wordt pas ingegrepen als er klachten zijn of als deze klachten verergerd zijn. Dit zou eerder moeten.”* *“Binnen deze zorginstelling worden mensen standaard opgeroepen bij 2-3 weken verzuim, ze kunnen ook op eigen initiatief eerder, ze kunnen ook eerder komen als de leidinggevende hiertoe aanleiding ziet. Vaker werkplekonderzoek laten doen, op voordracht van de leidinggevende, dat is nodig.”* *“Er zou vroegere signalering moeten plaatsvinden door HR-managers, arboarts en leidinggevende. Ik heb het vermoeden dat vaak door deze mensen niet wordt doorgestuurd of gesignaleerd.”*

Samenvatting: Ervaren problematiek

- Overgewicht en obesitas zijn aanwezig binnen de organisatie maar, niet meer of minder dan buiten de organisatie.
- Er wordt verschil gezien in de mate en prevalentie van overgewicht tussen verschillende locaties.
- Lichamelijke klachten die gezien worden bij werknemers en gerelateerd aan overgewicht zijn: gewrichtsklachten, hart- en vaatziekten, kortademigheid, benauwdheid en een slechte conditie.
- Onderbelasting en passiviteit zijn een veel gezien probleem.
- De relatie tussen lichamelijke klachten en overgewicht wordt nog niet altijd gezien door werknemers.
- Lichamelijke klachten leiden tot verzuim. Verzuim leidt weer tot discontinuïteit, overbelasting van andere werknemers en hoge kosten.
- Overgewicht wordt nog niet als verzuim oorzaak erkend.
- Werkgevers kampen met een ethisch dilemma of er sancties moeten komen voor werknemers met een overgewicht.
- Het bespreken van overgewicht bij een werknemer lijkt een taboe. De werkgever wil dit taboe graag doorbreken door trainingen, vaardigheden en gesprekstechnieken aan te leren om met deze problematiek bespreekbaar te kunnen maken.
- Op dit moment wordt er pas laat ingegrepen, waardoor er vaak geen sprake meer is van preventie.

Oorzaak

Algemeen

Volgens de werkgever heeft het hebben van een overgewicht te maken met meerdere factoren zoals leefstijl, cultuur en snackwereld waarin de mensen opgroeien (de fysieke omgeving en beschikbaarheid van producten). Een mening die door andere werkgevers gedeeld wordt is; *“Ik weet dat eten vaak een psychologische oorzaak heeft”*, aldus een werkgever. Andere oorzaken die genoemd worden zijn relationele, sociale of financiële problemen die van invloed zijn, weinig bewegen, te veel eten, het voedingspatroon en aanleg.

Functiegebonden

“Opleidingsniveau speelt mee. Hoger niveau komt beter voor zichzelf op, deze geven grenzen aan.” Volgens de zorginstellingen heeft de onregelmatige dienst geen invloed op het ontwikkelen van overgewicht. Wel geeft een werkgever aan dat bij de warme maaltijd vaak gekozen wordt voor extreem lekker eten wat niks te maken heeft met gezond eten. *“Uitleggen wat het alternatief zou kunnen zijn, iets wat makkelijk te bereiden is en nog smakelijk is om op te warmen.”*

Omgevingsfactoren

Er is verschil te zien hoe er binnen verschillende organisaties om wordt gegaan met het gebruiken van eten op de afdeling of bij cliënten. Bij twee instellingen krijgen werknemers regelmatig iets lekkers toegestopt uit waardering van de cliënten. Bij de andere instelling is dit juist niet de bedoeling. *“Binnen de afdeling zelf zijn geen verleidingen. Een keer in de zoveel weken krijgen ze misschien taart. Het is hier niet gewoon en toegestaan om voeding te eten van cliënten. Onze cliënten zijn dement dus daar heb je niks aan, de familie brengt ook zelden iets mee.”* Een andere werkgever kan zich wel voorstellen dat de bewoner iets aanbiedt bij de koffie. Volgens een werkgever gaan de werknemers verschillend om met het aangeboden eten: *“Ze krijgen snoep maar soms ook fruit. Het wordt direct opgegeten, mee naar huisgenomen, weggegeven of gevraagd om iets anders”*. In dit laatste geval lijkt karakter een rol te spelen volgens een werkgever. Werknemers met een hogere opleiding vragen cliënten of ze misschien iets gezonders aan kunnen bieden zoals fruit. Twee werkgevers zien nog een andere verleiding, de snoepkast die aanwezig is op de afdeling. *“Medewerkers kunnen hier niet mee om gaan.”* *“Dat snoep komt van cliënten of een personeelslid, er is altijd snoep. Ze nemen het niet mee naar huis. Iedereen vindt het allemaal lekker, dus er wordt niks van gezegd tegen de cliënten.”*

Beweging

Binnen de instellingen zijn verschillende typen werk te onderscheiden: onder andere zorg achter de voordeur (bijvoorbeeld thuiszorg), zorg op de afdeling en kantoorfuncties. Hierbij is verschil te zien in dagelijkse activiteiten. *“Ik heb wel eens de indruk dat de mensen die wat zwaarder zijn makkelijker de auto/ brommer nemen voor woon- werkverkeer en tussen de huisbezoeken door. En mensen met een gezond gewicht op de fiets. Wat is oorzaak en wat is gevolg? Ik kan me voorstellen als je zwaar overgewicht hebt en je moet heel de dag zwaar werk verrichten dat het dan niet meer trekt om ook nog eens tussen de huisbezoeken door de fiets te nemen. Maar je zit natuurlijk in het cirkeltje naar beneden op die manier. Je zou ze hier wellicht door bewustwording uit kunnen halen.”* “Planners hebben flink overgewicht. Ze hadden al fors overgewicht toen ze meer binnen gingen zitten, maar dit is alleen maar verergerd.” Een werkgever ziet juist het omgekeerde binnen de afdeling op een enkele Werknemers na, juist de mensen in de buitendienst hebben vaker overgewicht. De instellingen delen de mening dat het gaat om een grote groep werknemers die dagelijks tijdens het werk flink in beweging is.

Voeding

Het verschilt per instelling en locatie, wat, wanneer en of er gegeten wordt tijdens de lunch. *“De structuur is er helemaal uit van ochtend-, middag- en avondeten. Er ontbreekt hier een redelijke ruimte om te eten. Dit heeft als gevolg, denk ik dat mensen helemaal niet eten, maaltijden overslaan of snel ergens even gaan snacken.”* Een ander probleem wat genoemd is tijdgebrek of een te gehaast leven. *“Mensen die in de wijk werken, daar hoor ik van dat het steeds drukker wordt en dat die nauwelijks tijd hebben om te eten. Wat nodig is een ruimte en afspraken maken waar en wanneer er met elkaar gegeten kan worden. Ik las onlangs in een krant dat een Engels onderzoek uitwijst dat niet lunchen de werkgever geld kost, mensen werken hier gewoon maar door. Tijd maken voor lunchen heeft dan 2 voordelen: het is een aanzet tot een gezonder eetpatroon geeft mensen de tijd om even te ontspannen en meer productief te zijn in de middag.”* Welvaart, te grote porties, de grote hoeveelheid aan (ongezond) voedsel leiden tot verleiding en uiteindelijk tot overgewicht volgens de werkgever. Twee instellingen hebben locaties met een bedrijfskantine waar ongezonde snacks verkocht worden. *“Een aantal mensen en dat zie je ook aan het gewicht, die nemen wel de schotels, frikadellen en die dingen.”* Bij de andere instelling wordt er voor de lunch, tussendoor of diner tijdens werktijd vaak iets buiten de deur gehaald. Op de locaties waar geen bedrijfsrestaurant is nemen mensen brood mee van huis, aldus een werkgever. Bij sommige afdelingen is er minder zicht op het eten, werknemers eten vaak buiten de dienst om of eten tussen de bezoeken door. *“Mensen die nachtdienst hebben in verpleegtehuizen zouden mee kunnen eten uit de keuken, dit is vaak gezond eten.”* Volgens twee instellingen zouden er meer verleidingen als snacks weggehaald moeten worden uit het restaurant. Een probleem waar beiden tegen aan lopen is dat het een commercieel restaurant betreft voor personeel, bewoners en bezoekers. *“We hebben de directie tot tweemaal toe verzocht om de vette hap uit het bedrijfsrestaurant te halen. De opstand die daar tegen zou komen durfden ze gewoon niet aan.”* *“Dit besluit moet van bovenaf genomen worden. Hier moet een goed verhaal onder liggen waarom wij dit belangrijk vinden.”* Het aanbod bij een van de instellingen zou nog aangepast kunnen worden. *“De gezonde producten als salades en rauwkost ziet er niet aantrekkelijk uit. Veel olie door de sla. De verhouding van de prijs is niet juist. Voor een kroket betaal je 85 cent en voor 3 blaadjes sla meer dan 1 euro. Dan vinden ze die kroket ook nog eens lekker. Ze zouden ook de porties aan kunnen passen.”* *“Inspelen op het maken van keuzes in de kantine, bewustwording is belangrijk.”*

Samenvatting: Oorzaak

- Oorzaken die genoemd worden van overgewicht zijn: leefstijl, cultuur, snackwereld, psychologische oorzaak, relationele, sociale of financiële problemen, te weinig bewegen, te veel eten en het voedingspatroon.
- Werknemers met overgewicht kiezen vaker voor de brommer of auto dan mensen met een gezond gewicht.
- Er is verschil in de mate van overgewicht bij de werknemer als het gaat om tussen zittend en niet zittend werkt. Dit is verschillend per locatie
- Werknemers bewegen over het algemeen veel, lopen heel de dag en moeten hard werken.
- Opleidingsniveau lijkt een rol te spelen.
- Omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn: traktaties van cliënten, de aan- of afwezigheid van een bedrijfsrestaurant of eetgelegenheid in de omgeving, een snoepkot op de afdeling, tijd en ruimte om te eten, de prijs van eten, sociale druk, en het assortiment van het restaurant.
- Bij aanpassingen van het aanbod in het bedrijfsrestaurant is de werkgever bang voor weerstand.
- Aandacht voor een gezonde warme maaltijd, eigen- effectiviteit, keuzes maken, bewustwording

Wat is nodig

Disciplines

Dat er meerdere disciplines binnen een interventie ter preventie van overgewicht en obesitas een rol moeten spelen zijn de werkgevers heel duidelijk in. De volgende disciplines worden genoemd: Psycholoog, een voeding- en een bewegingsdeskundige, een coach en misschien ook wel een maatschappelijk werker. *“Begeleiding door een psycholoog zou wel helpen, ik denk dat gedrag vooral gewenning is. En dat het heel moeilijk is om daar mee te stoppen. Als je niet kijkt naar wat voor ons financieel haalbaar zou zijn, ik denk gewoon dat het heel duur is. Dan zou ik het gewoon heel breed in zetten, multidisciplinair.” “De rol die de bedrijfsarts hierin zou kunnen hebben zie ik als zeer beperkt. Ik denk dat de andere problemen oplossen een voorwaarde is voordat je mensen gemotiveerd krijgt om af te vallen.”* De werkgevers zijn het niet eens met elkaar als het gaat om samenwerking met eigen disciplines binnen de organisatie. Eén zorginstelling is hier geen voorstander van. Twee werkgevers geven aan niet samen te willen werken met eigen disciplines. Een reden die hiervoor genoemd wordt is dat collega's nooit hulpverlener kunnen worden. *“Ik vind dat iemand specialistisch moet zijn in dit onderwerp. Niet zomaar een diëtiste. Intern zijn ze echt gericht op ouderen.”* Een andere zorginstelling ziet er wel voordelen van in: mogelijk zonder afspraak, geen wachtlijst, snelle hulpverlening, op locatie en er is keuze voor een aardige collega. *“Het is nog niet gelukt om dit door te voeren, disciplines hebben moeite met het behandelen van collega's.” “Liever mensen van buitenaf gebruiken in verband met een stukje privacy.”* Bij de derde zorginstelling worden mogelijkheden gezien voor het gebruik van eigen disciplines omdat dit de kosten laag kan houden. Echter wordt belangrijker gevonden dat er een goed werkend team en vakbekwame specialisten betrokken zijn bij een interventie. Dit hoeft niet te betekenen dat dit eigen personeel is. Belangrijk is volgens de werkgever dat de provider aansluit bij de doelgroep. *“Vaak krijg je bij dit soort dingen geen tweede kans hé, je moet meteen het hout aan snijden.”* Volgens een werkgever is het belangrijk dat de provider iemand is die goed kan luisteren, empatisch is en aansluit bij de doelgroep. *“Iemand nodig die zich kan aanpassen, die laagdrempelig is. Bijvoorbeeld iemand die in dezelfde situatie heeft gezeten.” “Gemotiveerde, jonge strakke gast, dat weet ik uit ervaring en iemand die aansluit bij de groep, geen poeha.”*

Thema's

Voeding en bewegen moeten volgens de werkgever tegelijkertijd worden aangeboden. Bewegen en voeding wordt niet los van elkaar gezien als het gaat om overgewicht. De wens is er om binnen het deel voeding een klein deel bewegen te geven en andersom. Op deze manier wordt verwacht dat een grotere groep zich aangesproken voelt. Er wordt verwacht dat de ene werknemer eerst met voeding aan de slag wil gaan maar, de andere werknemer juist met beweging. Ook wordt als voordeel genoemd dat de werknemer gevoel van autonomie heeft omdat zij zelf een keuze kan maken. Thema's die worden genoemd zijn: alcohol, gezin, kinderen en voeding en de warme maaltijd. *“Voeding en bewegen kan je niet los van elkaar zien. Het gaat om wat erin en eruit gaat.” “Voedingsadviezen en bewegen los koppelen van elkaar. Mensen kunnen op die manier quick winst behalen voor zichzelf. Binnen het thema wel een klein deel van het andere thema.” “Er zijn medewerkers die niet willen weten dat ze verkeerd eten. Die zouden het deel van voeding niet willen volgen.” “Wij hebben hier avondwijzers, dat zijn thema bijeenkomsten waar een bepaald onderwerp aan bod komt, waarbij toch vrij veel medewerkers geïnteresseerd zijn en naar toe gaan. Ik denk als je dit doet met thema overgewicht dat toch een aantal medewerkers het prettig vindt om er naar toe te gaan.”*

Interventies

Interventies die genoemd worden gericht op voeding zijn het leren van keuzes maken, alternatieven bedenken, hoe om te gaan met late diensten in verband met de warme maaltijd, afvaltips en structuur in het voedingspatroon. Een werkgever heeft het idee dat kookworkshops niet nodig zijn, deze vrouwen beschikken over deze vaardigheden. *“Aandacht voor hoeveelheden. Waar zit wat in, 3 keer per dag eten, de tussendoortjes die zo gevaarlijk zijn.” “Kookworkshops, daar zijn mensen echt wel voor in. Dat je elkaar stimuleert om gezonde dingen klaar te maken op een gezonde wijze met een laagbudget. Dan ben je actief bezig, daar houdt mijn groep wel van.” “Het gros is huisvrouw. De vrouw kookt vaak. Ik schat dat daar heel weinig scholingsbehoefte ligt.”*

Volgens de werkgever gaat het om een grote groep mensen die geen plezier beleeft aan bewegen. Bij de werknemers van een van de zorginstellingen speelt geld hierbij ook een grote rol. Een activiteit die van deze tijd is zoals Zumba, daarbij wordt gedacht dat de kans van slagen het grootste is. Echter wordt verwacht dat ieder individu een andere behoefte heeft en voorgesteld wordt om daarom niet één maar meerdere activiteiten aan te bieden zodat de werknemer zelf een keuze kan maken. Bij een instelling ligt de wens om gebruik te maken van een bedrijfsfitness. Een andere instelling heeft hetzelfde overwogen maar heeft besloten om dit niet door te zetten met als reden dat verwacht wordt

dat alleen mensen deelnemen die al aan sport doen. *“Praktische tips. Hoe kan je dan makkelijk bewegen zonder dat het heel veel geld en energie kost.” “Als je nou eens laat voelen hoeveel je moet fietsen om bijvoorbeeld een kroket of rauwkost moet verbanden. Ik denk dat als je het in woorden uitdruk dat het nooit zo aankomt als je het laat ervaren.” “Ik denk dat je verschillende aanbodvarianten moet hebben. We zijn gewend om te kiezen.” “Door inspanning krijg je ontspanning. De ene houdt van wandelen, de andere van fietsen, de volgende van fietsen binnen. Dat is individueel.” “Mee gaan met de modus, de hype. Iedere keer meegaan met iets nieuws.”* Een werkgever geeft aan dat het gaat om mensen die vaak geen lol hebben in sporten. Soorten activiteiten op het gebied van bewegen zal dus niet alleen sport moeten zijn. Maar juist ingaan op bewustwording van de dagelijkse handelingen zoals de trap nemen wanneer dit kan. Door de werkgevers worden verschillende interventies genoemd die binnen een programma plaats zou moeten vinden. *“Goede informatievoorziening, maak gebruik van intranet. Laten afschrikken door afbeeldingen, gevolgen kenbaar maken. Overtuigen en veel goede argumenten.” “Dat stukje afschrikken zou bij een bepaalde categorie weer niet werken.” “Activiteiten gericht op gezond leven met een laag budget zou kunnen helpen.” “Het zijn mensen die met hun handen werken. De actieve scholing, dat blijft bij de meeste bij en wordt als leuk ervaren, ze krijgen hier praktische tips.”* Een werkgever geeft aan dat er ingestoken moet worden op voeding en beweging met een laag budget. *“Toespitsen op situaties en voorbeelden geven.”* Volgens een werkgever zou een thema over zwangerschapskilo's ook aan kunnen slaan. *“Vaardigheden, cognitieve misschien. Ik denk dat bewustwording het grootste is. Het is houding het is gedrag.” “Een stukje eigen verantwoordelijkheid vinden ze leuk.” “Ze zijn eerst in de fase van er is niks aan de hand en ik voel me hartstikke goed. Dus het is geen probleem. Daarna komt het van het zou toch wel beter zijn dat, en langzaam gaan ze verder.” “De enige reden waardoor je mensen in actie kunt krijgen is zonder de werkgever. Dat ze zelf intern gemotiveerd zijn, is als ze een probleem ervaren. Ik denk dat hier aandacht aan besteed moet worden.”*

Online begeleiding

Verwacht wordt dat in eerste instantie bij een groep werknemers online begeleiding zou kunnen werken. Echter wordt ook verwacht dat werknemers sneller af haken bij online begeleiding dan bij face-to-face begeleiding. Een instelling heeft positieve ervaringen met e-learning welke thuis gebruikt kon worden. Voordelen die genoemd worden van online begeleiding zijn: het is laagdrempelig, anoniem, van deze tijd, efficiënt en zelf in te plannen. Nadelen die genoemd worden zijn: geen, niet iedereen beschikt over een computer of over de vaardigheden, het is te anoniem en er is geen vervolg bij afhaken. Een voorwaarde van online begeleiding die genoemd wordt is een face-to-face intake waarin uitleg wordt gegeven over de inhoud van het programma. *“Bij online begeleiding zit er geen drang achter. De medewerkers zijn hierbij denk ik snel tevreden.” “Sommige medewerkers zijn er nu ook mee bezig. Ik merk wel dat een aantal medewerkers het erg leuk vindt om achter de pc te zitten. En het is een beetje van deze tijd natuurlijk als je het op deze manier doet.” “Ik denk dat voor de groep die het meeste nodig heeft niet werkt. Omdat ze geen computer hebben of er niet mee om kunnen gaan. In de vrije tijd wordt het niet gedaan en anders mag het zeer waarschijnlijk niet onder werktijd van de instelling omdat het te veel tijd is geld kost.” “Ik denk dat wij ons nog wel eens zouden kunnen laten verrassen door online begeleiding. Voor LBO geschoolde medewerkers hadden wij een e-learning programma. Je zou denken als medewerkers geen computer hebben of geen verstand er van dat dat LBO-ers zijn. Maar het is een groot succes geworden.” “Online is heel erg laagdrempelig. Ik denk dat mensen met obesitas zich misschien schamen. Misschien willen die mensen de deur niet uit”.*

Kennis

Er lijkt verschil te zijn tussen de werknemers van de zorginstellingen als het om kennis gaat. Een werkgever geeft aan dat de meeste mensen wel weten dat overgewicht ongezond is, wat ze er aan kunnen doen en dat voeding en beweging samen moet gaan. Ook verbaast een werkgever zich iedere keer weer verbaast dat mensen echt geen idee hebben hoe voeding in elkaar zit. Volgens een werkgever is dat een kwestie van voorlichten. *“Ik denk dat mensen geen notie hebben van hoeveel energie iets levert. Calorieën zeggen niks, dit moeten ze ervaren.” “Ik denk dat 95% van onze medewerkers voedingsleer heeft gehad, die weten wat een calorie is en als je leest dat je dan weet wat je eet. Dus die weten wat ze doen. Je zou er nog wel op in kunnen spelen door welke keuzes je zou kunnen maken binnen een bepaalde voedingsgroep.”* Als een van de belangrijkste factoren wordt genoemd dat er binnen de interventie allereerst aandacht moet zijn voor bewustwording en probleemherkenning.

Distributie & communicatie

"Site waar ze alle informatie kunnen vinden zoals intranet." "Niet iedereen kan bereikt worden door intranet. Veel werken met flyers en posters. Hier hebben wij positieve ervaring mee." "Informatie door alle mogelijke kanalen binnen laten komen." "Misschien dat er iets in het nieuwsblad komt te staan. Maar ook in de nieuwsbrief van bestuurders dat de bestuurders iets schrijven aan het personeel gericht." "We worden bij de fitte werkweek ondersteund door CZ, we krijgen folders die we kunnen ophangen. Kijk, als we dat allemaal zelf moeten betalen."

Belangrijke punten bij de benadering van de werknemers zijn: positieve benadering, complimenten geven, enthousiastmeren, laten zien dat het bedrijf er achter staat, niet als verwijtend, aanvallend of bedreigend over komen of op gebiedende toon, vrijblijvend, vrijwillig, nadruk op vitaliteit of gezond leven en niet op gewicht, een grote groep aanspreken, geen benadering direct vanuit de werkgever. *"Aan de ene kant moet het de werkgever wel initiëren. Maar vervolgens moeten de acties niet met de werkgever geassocieerd worden. De werkgever moet toch autonomie krijgen in wat hij wel of niet doet." "Dat het ook gewoon leuk kan zijn. Dat mensen denken dat gezond en afvallen niet leuk is."* Steun vanuit de professional, leidinggevende en organisatie wordt als belangrijk aangegeven.

Soort begeleiding

Verwacht wordt dat groepsactiviteiten meer effect hebben. Hierbij wordt genoemd dat sociale steun en competitie een belangrijke factor zijn voor het verhogen van de kans van slagen en deelname. Wel moet er naast groepsactiviteiten individuele begeleiding worden aangeboden, waarbij een individuele intake plaatsvindt. Hierbij lijkt er behoefte te zijn naast preventieve behandeling voor curatieve behandeling (obesitas). Verwacht wordt dat mensen met obesitas intensievere begeleiding behoeven. De werknemer moet zelf de keuze krijgen om in groepsverband of individueel begeleid te worden. *"Dit is wisselend. Ik denk dat je mensen zelf moet laten kiezen. Sommige mensen worden door een groep gestimuleerd. En sommige mensen willen helemaal niet in een groep." "Ik ben er van overtuigd dat in groepen het meer effect heeft dan alleen. Je hebt dan ook wat sociale controle van een ander, je let op elkaar." "Per afdeling aanpakken. Competitie werkt bij deze groep. Ze hoeven niet te laten zien dat ze de beste zijn, maar ze willen niet afhaken als de rest mee doet." "Ik denk als iets stagneert dat je dan op individueel niveau kunt kijken waar dat vandaan komt." "Medewerkers vinden het fijn als teams gemêleerd zijn, een mix van jong en oud." "De intake zie ik meer als individueel, maar dat je het wel gezamenlijk uitoefent. Ieder heeft zijn eigen behandelplan, extern heb je nog individuele terugkoppeling. Medewerkers willen elkaar ook privé ontmoeten."*

Privacy & anonimiteit

Hier wordt verschillend op gereageerd. De ene cultuur is open, de andere cultuur meer gesloten. Over (fors) overgewicht wordt nog niet openlijk gesproken. Hier ligt nog een bepaald gene. Ook is het per afdeling en individu verschillend hoe hier mee om wordt gegaan. *"Anonimiteit en vertrouwen zijn belangrijke aandachtspunten voor deze groep. Eerst kijken ze de kat uit de boom tot dat het vertrouwen gewonnen is." "Binnen deze cultuur wordt juist niet over de problematiek van obesitas gesproken. Bij mensen die een paar kilo's teveel hebben, daar wordt wel over gepraat." "Geen behoefte aan anonimiteit, alles wordt hier besproken aan tafel." "Het is hier gewoon heel gevarieerd. Er zijn mensen die openlijk zeggen ik heb last van overgewicht. En er zijn echt mensen die er liever niet over willen praten."*

Ambassadeur

Alle werkgevers zijn het er over eens dat een ambassadeur binnen de afdeling goed zou kunnen werken. *"Ik denk dat zo'n groepsgebeuren heel goed van start zou kunnen gaan als iemand die zelf het probleem heeft zelf mensen zoekt." "Hier hebben wij goede ervaringen mee." "Deze persoon persoonlijke ervaringen en resultaten laten vertellen en zien. Dit moet iemand zijn die ze kennen en dichtbij staat. Die hebben wij wel binnen onze organisatie." "Je hoeft maar 3 of 4 fanatiekelingen hebben en die trekken de rest wel mee." "Het zelfde als tilcoördinatoren, zoiets als teacher- teacher. Daar zou je informatie kunnen krijgen, terloops, in de pauze of na 5 uur."*

Samenvatting: wat is nodig

- Een multidisciplinaire aanpak met daarin aandacht voor voeding, bewegen en het psychosociale vlak heeft de voorkeur. Mogelijk kan een coach en/of een maatschappelijk werknemer een rol spelen om onderliggende problematiek aan te pakken.
- Inzet van eigen disciplines binnen een interventie wordt niet door elke werkgever geapprecieerd.
- Een provider aansluiten bij de doelgroep, hij of zij moet toegankelijk en empatisch zijn en goed kunnen luisteren.
- Voeding en bewegen moet samen worden aangeboden worden binnen een interventie. Binnen het deel voeding moet aandacht zijn voor beweging en anders om.
- Verwacht wordt dat de individuele behoeften op het gebied van voeding- en bewegingsinterventies verschillend is.
- Door de werknemer te laten kiezen wordt het gevoel van autonomie versterkt.
- Thema's die binnen een interventie aandacht moeten krijgen zijn: alcohol, gezin, kinderen en de warme maaltijd.
- Interventies die genoemd worden zijn het leren van keuzes maken, alternatieven aanleren, hoe om te gaan met late diensten in combinatie met de warme maaltijd, afvaltips, structuur in het voedingspatroon, vergroten risicoperceptie, overtuigen, activiteiten gericht op een laag budget, actieve scholing, modelleren en cognitieve vaardigheden aanleren.
- Bewustwording en probleemherkenning worden na het bijbrengen van kennis als belangrijkste aangegeven.
- Het kennisniveau en de vaardigheden die de werknemers hebben lijkt verschillend te zijn.
- Bewegingsactiviteiten moeten laagdrempelig zijn: laag niveau, keuzes uit meerdere activiteiten en aandacht voor beweging bij dagelijkse handelingen.
- Werkgevers denken verschillend over bedrijfsfitness. Een aantal werkgevers denkt dat men hiermee de verkeerde doelgroep bereikt.
- Werkgevers denken verschillend over online begeleiding. Verwacht wordt dat online begeleiding aan kan slaan omdat dit laagdrempelig, anoniem, van deze tijd, efficiënt is en zelf in te plannen. Nadelen die genoemd worden: sociale steun wordt gemist, niet iedereen beschikt over een computer of over de vaardigheden, het is te anoniem en er zit geen vervolg op als iemand afhaakt.
- Het verschilt per instelling, afdeling en individu of online begeleiding aan zal slaan.
- Distributie van informatie dient plaats te vinden via intranet, website, flyers en posters.
- Belangrijke punten bij benadering van werknemers zijn: positieve benadering, complimenteren, enthousiastmeren, laten zien dat het bedrijf er achter staat, niet verwijtend, bedrijgend of aanvallend overkomen, het moet vrijblijvend en vrijwillig zijn met nadruk op vitaliteit of gezond leven en niet op het gewicht, grote groep aanspreken i.p.v. het individu. Natuurlijke weerstand wordt verwacht bij benadering vanuit de werkgever.
- Verwacht worden dat groepsactiviteiten meer effect hebben. Sociale steun en competitie worden als belangrijke factoren genoemd. Naast groepsactiviteiten moet volgens de werkgever aandacht zijn voor het individu en haar problematiek. De werknemer moet kunnen kiezen tussen individuele- en groepsbegeleiding.
- Per afdeling en individu dient anders met anonimiteit en privacy om te gaan. De cultuur binnen de zorginstellingen lijkt verschillend. Over (fors) overgewicht wordt nog niet altijd gesproken, hier ligt nog een bepaald gene.

Doelgroep en verwachting

Doelgroep

De werkgever wil een interventie inzetten gericht op alle werknemers. Dit met de reden dat iedereen baad heeft bij een gezonde leefstijl. De doelgroep bestaat voornamelijk uit vrouwen. De problematiek lijkt zich te clusteren tot lageropgeleiden, dit is binnen de zorginstellingen de grootste groep. Bij deze groep komt vaak ook veel andere problematiek voor die in relatie gebracht kan worden met overgewicht (op sociaal, psychisch of maatschappelijk gebied). Binnen de instelling zijn er diverse functies en werktijden waarmee rekening gehouden dient te worden bij een interventie. Ook ligt er een vraag om mensen curatief te begeleiden. Echter ligt dit buiten het bereik van dit onderzoek. *“Als je kijkt waar de instelling in zou willen investeren, dan heb je het over een doelgroep waar al overgewicht is. Waar in principe al verhoogd risico is op uitval.” “Ik denk dat je een tweesplitsing moet maken. Mensen met obesitas hebben andere problemen. Mensen met overgewicht die zouden misschien voor het light programma kunnen gaan.”* Primair wil de werkgever de interventie richten op de werknemer. Eventueel zou de partner of het gezin in de toekomst er bij betrokken kunnen worden. Reden om dit nu niet te doen zijn de kosten. *“Gericht op het individu. Het gezin wordt te duur. Je ziet het bij oudere mensen, maar je ziet het ook bij de jongere mensen.” “Gericht op gezinsleden, partner, een vriendin. Bijvoorbeeld dat zij ook meedelen in de korting van de fitness. Ik ga niet alleen maar.”*

Verwachting

Het doel van een interventie is voor de werkgever vaak niet met één woord te omschrijven. De verwachting ten aanzien van preventies ter preventie van overgewicht en obesitas liggen op verschillende niveaus. Het meest genoemde (indirecte) doel blijkt toch wel het verzuim te verminderen, dit brengt namelijk hoge kosten met zich mee. Andere doelen die genoemd worden zijn: gezondere werknemers, werknemers die beter in hun vel zitten, verbeteren conditie en levenswijze werknemers, werknemers bewust maken van risico's, werknemers op een verantwoorde manier hebben rondlopen, saamhorigheid creëren, minder lichamelijke klachten bij de werknemer, een goed werkgeverschap uitstralen en het gewicht naar beneden brengen. *“Als je gezonde medewerkers hebt dan komt dat ook het bedrijf ten goede.” “Minder klachten en dus minder uitval en dat levert weer geld op. Dat geldt dat daarvan binnenkomt, kan je dan weer steken in een preventieve actie. En dat straalt weer af op cliënten. Bij uitval wordt de belasting van de werknemer groter en dat is te merken voor de werknemer maar ook voor de cliënt. We willen verzuim voor zijn. Mensen willen we het goed naar de zin laten hebben.” “Ik denk dat alles in verband staat met elkaar. Ik denk als je afvalt dan voel je je lekkerder in je lijf, voor de meesten, maar ik denk ook dat wanneer je je lekkerder in je vel voelt, dat je meer zin hebt om af te vallen. Dat is een cirkel.”*

Samenvatting: doelgroep en verwachting

- De werkgever wil een interventie inzetten voor alle werknemers.
- De doelgroep bestaat voornamelijk uit vrouwen.
- De problematiek lijkt vooral bij lageropgeleiden voor te komen, dit is binnen de zorginstelling de grootste groep.
- De werkgever wenst naast een light programma (preventief) een zwaarder programma voor werknemers met obesitas (curatief).
- De werkgever heeft op verschillende niveaus verwachtingen bij een interventie ter preventie van overgewicht en obesitas.
- Verwachtingen van de werkgevers zijn: verzuim te verminderen i.v.m. de hoge kosten hiervan, gezondere werknemers krijgen, werknemers die beter in hun vel laten zitten, verbeteren van de conditie en levenswijze van de werknemers, werknemers bewust maken van risico's, werknemers op een verantwoorde manier hebben rondlopen, meer saamhorigheid creëren, minder lichamelijke klachten laten voor komen bij de werknemer, een goed werkgeverschap uitstralen en het gewicht naar beneden brengen.

Motivatatie werknemer

Barrières

Barrières die bij de werknemer een rol kunnen spelen bij deelname aan een interventie die genoemd worden door de zorginstellingen zijn: andere problematiek, kosten, tijdsinvestering, wanneer de anonimiteit niet gewaarborgd is, wanneer de begeleiding niet bevalt, het op een te hoog of te laag niveau wordt aangeboden, wanneer de benadering direct vanuit de werkgever is, wanneer op een dwingende over verwijtende toon de boodschap over wordt gebracht en het ontbreken van motivatie. *“Schaamtegevoel, wanneer het niveau te hoog is en iemand met overgewicht niet mee zou kunnen komen. Maar ook wanneer het niveau te laag is. Bij deze groep is het nodig dat er op verschillende niveaus sport wordt aangeboden.” “Als het tijd of geld kost is het natuurlijk een reden om het niet te doen. Ook sores die ze aan hun hoofd hebben.” “Niet doen, heel veel dwang er achter zetten. Dan bereik je juist het tegendeel.” “Die financiën houdt mensen hier niet tegen. Want ik hoor dat ze van alles doen in hun vrije tijd.” “Ik denk dat problemen nooit los staan van elkaar. Ik denk dat het ene probleem doorloopt in het andere probleem.”*

Laagdrempelig

Genoemd wordt dat een interventie laagdrempelig moet zijn. Aandachtspunten om een interventie laagdrempelig te maken die genoemd worden zijn: activiteit tijdens schooltijd, op een laag niveau insteken, geen moeilijke trucs uithalen, aansluitend op of onder werktijd, interne fitness aanbieden, financiële bijdrage van de werknemer zo laag mogelijk houden, opbouwen van niveau en iets aanbieden waar iedereen aan mee kan doen. *“Heel erg vrijblijvend en laagdrempelig moet het blijven. Dat betekent dat je het tijdens schooltijden moet doen, je moet er rekening mee houden dat mensen kinderen hebben en parttime werken.” “Programma waar mensen in beginselen niet geremd voelen om aan deel te nemen. Ik zal het toch wel niet kunnen.” “Aansluitend op het werk, interne bedrijfsfitness, liefst gratis.” “Ik denk dat het planningstechnisch wel erg lastig zou kunnen worden. Ik denk dat het iets moet zijn in wisselende omvang. Dat het bijvoorbeeld 2x in de week gegeven wordt. Zodat mensen kunnen.”*

Beloning

“Benadrukken wat het oplevert, positieve punten, waarom het zo leuk is als je niet te maken hebt met overgewicht.” “Beloning als bijvoorbeeld een bezoek aan de sauna bij minder verzuim of gratis lessen voor de sportclub of iets anders zou wel werken.” “Ik denk dat een beloning werkt bij deze groep. Er is een groepje bij deze instelling wat zelf geld in legt wat wordt verdeeld over de begeleiding en winnaars. Dat stimuleert wel. Het zou wel een belemmering kunnen zijn voor mensen die al weinig te besteden hebben.”

Samenvatting: motivatie werknemer

- Een interventie dient laagdrempelig te zijn: activiteit tijdens schooltijd, op laag niveau insteken, geen moeilijke trucs uithalen, aansluiten op of onder werktijd, interne fitness aanbieden, financiële bijdrage van de werknemer zelf zo laag mogelijk houden, opbouw van niveau, iets aanbieden waar iedereen aan mee kan doen.
- Een beloning in het vooruitzicht zou een stimulans kunnen zijn.
- Barrières die een rol kunnen spelen bij de werknemer: andere problematiek, kosten, tijdsinvestering, anonimiteit die niet is gewaarborgd, begeleiding sluit niet aan, te laag of te hoog niveau, bij benadering direct vanuit de werkgever, op verwijtende toon de boodschap overbrengen en het ontbreken van motivatie.

Implementatie

Begintraject

De werkgevers zijn het unaniem eens, bij het opzetten en inzetten van een interventie wil men inspraak. *“Als CZ iets zou gaan ontwikkelen willen we daar zeker inspraak in hebben. Je moet het maatwerk maken. Je kunt niet zeggen van kom hier heb je een instrument, nee dat zou zelfs weerstand van ons opwekken.” “Zonder echt te bemoeien willen wij wel graag inspraak vooraf aan de implementatie. CZ heeft echter wel de kennis en kunde in huis. Onze instelling heeft ook veel expertise opgebouwd.”* Een werkgever zegt over haar werknemers: *“Wat ze met elkaar opzetten werkt beter. Ze willen graag het gevoel van inspraak hebben.” “En dan stuur je toch nog wat bij zodat het echt maatwerk wordt. Waardoor het uiteindelijk ook binnen de organisatie een beter effect heeft.” “Er zou meer aandacht moeten zijn voor de individuele behoefte van mensen. Ik denk dat je ook meer menu’s gewijs moet werken. Dat je meer aanbiedingen doet in een totaal pakket of onderdelen daarvan. Liever een menu van wat wordt er aangeboden en waar zou ik gebruik van willen maken.”*

Resultaat meten

De werkgever wil resultaat meten. De manier waarop en welke factoren de werkgever dit wilt meten is anders. *“Onderbouwen met lichamelijk onderzoek. Een 0-meting, dat zijn we gewend en een eindmeting van de waardering van de eigen gezondheid.” “Natuurlijk wil je resultaat meten. Puur het gewicht. Maar ook de tevredenheid van de mensen die het programma hebben doorlopen.” “Bepaalde bloedwaarden of het BMI, vet en vocht. Dat maakt het tastbaar. Misschien zouden we het van de hele groep willen weten.” “Ik wil niet dat er iets geprikt wordt bij medewerkers, dit komt te dichtbij, hier hebben ze zelf verantwoordelijkheid.” “Als je geld investeert wil je ook zien wat het oplevert. Als wij aanbieden dat we je gratis contributie geven dan willen wij ook zien dat de werknemer hier gebruik van maakt. We willen geen individuele resultaten zien, dat zou nog meer afschrikken. Per groep zouden we wel resultaat willen meten.” “Maar daar kun je natuurlijk nooit wetenschappelijk vastleggen of de interventie die gedaan is daadwerkelijk leidt tot minder ziekte verzuim. Ik zou medewerkers niet willen wegen, ook niet per groep. Dat zou ik onethisch vinden.” “Ik weet niet hoever een arbodienst een rol zou kunnen spelen? Ik zou wel willen weten wat het resultaat is van een interventie, wat het teweeg heeft gebracht en wat de vervolgacties zijn geweest. Want stel dat die positief zijn geweest dan laat ik die CZ bus bijvoorbeeld nog een paar keer komen. Factoren om te meten, bewustzijn, vallen mensen ook af, voelen ze zich fitter en gezonder, weet men te waarderen dat de werkgever zoiets doet.” “Wij willen ook een nulmeting in doen waar we dus kijken van hoe is het nu gesteld? In die zin kan je mooi zeggen dit was dus de nulmeting en zo moet het pakket van maatregelen zijn.” “Ik denk niet dat je kan zeggen je moet zoveel kilo afgevallen zijn. Je kunt misschien wel zeggen als je zoveel kilo afgevallen bent en je houdt dat vast. Dan telt je eigen financiële bijdrage niet. Ik denk dat dat wel stimulerend kan zijn.” “Dat ze persoonlijke doelen hebben behaald”*

Samenvatting: Implementatie

- Werkgevers willen inspraak hebben bij het opzetten van een interventie.
- Werkgevers willen keuzes kunnen maken uit verschillende interventie(s)(delen)
- Werknemers willen keuzes kunnen maken binnen de interventie
- Werkgevers willen resultaat meten. Per werkgever is het verschillend welke variabele men wilt meten.

Randvoorwaarden

Kosten

Het is niet duidelijk wat een interventie zou mogen kosten voor de werkgever en de werknemer. Om de drempel voor de werknemer zo laag mogelijk te houden wordt aangegeven dat de werkgever een groot deel of zelfs alles zou moeten bekostigen. Een belangrijke reden om als werkgever te investeren in een dergelijk programma is te zien wat het oplevert. Een kosten- batenanalyse lijkt hier een optie. Een werkgever geeft aan: *“Dat zou natuurlijk heel mooi zijn als je kan zeggen uw zorgverzekering betaald 30%, wij 30% en u zelf betaald ook 30%. En u kunt het in 1 jaar aflossen bij wijze van. Het budget zit bij de managers. De manager maakt afspraken met de werknemer.”* Wel vindt de werkgever dat een interventie geld mag kosten wanneer verwacht wordt dat het uiteindelijk geld gaat opleveren. *“Het moet niet te duur zijn. De werkgever zal dit grotendeels of helemaal moeten faciliteren. Je moet het echt als dienst aanbieden van het kost je niks. Geld is wel een factor. We doen vaak een kostenberekening. Wat kost me een interventie. En hoe lang zou iemand ziek zijn, en wat kost me dat als die interventie niet inzet.”*

Tijdsduur

Aangegeven wordt dat het iets moet worden wat verweven wordt binnen het beleid van de organisatie. Anderzijds mag het 2-3 maanden duren omdat anders verwacht wordt dat werknemers afhaken. Belangrijk is dus dat er om de 2-3 maanden opnieuw aandacht wordt gegeven aan de interventie of dat er een nieuwe activiteit plaatsvindt. De werkgever vindt dat de werknemer het op den duur zelf moet oppakken zonder begeleiding. *“Een diëtiste die ze een langere periode begeleid is nodig.” “Ik denk dat je het niet op een korte termijn moet doen. Je hebt toch wel minimaal 3 maanden nodig om resultaat te meten en iemand die obese is die moet je toch wel een jaar volgen.” “Ik denk dat voeding en beweging ook echt een plek moet krijgen in je leven, het is niet één uurtje of één sessie met een diëtist.” “In het begin mag het een maand of 2-3 duren. Het moet te overzien zijn. Ik denk dat het iedere keer warm gehouden moet worden, regelmatig per groep in gesprek gaan. Dan heb je kans dat het doorgaat.” “Het moet weggezet worden, het moet gecontinueerd worden en dan moet je zeggen dan kun je het zelf weer. Ik zou zeggen 6-8 weken.” “Ik ben geen psycholoog hé. Het is erg ons belang dat medewerkers vitaal en fit houden waardoor ze zo lang mogelijk optimaal inzetbaar zijn, dat is ook onze doelstelling. Het zou dus niet uitmaken hoe lang iets duurt.”*

Locatie

Bij het gebruik van een interne of externe locatie worden voor- en nadelen gezien. Voordelen intern: grotere kans op steun van collega's, goedkoper, kan aansluitend op het werk. Nadelen intern; geen anonimiteit. Voordelen extern: anoniem, andere mensen leren kennen. Nadelen extern: kost meer tijd, afstand. *“Fysieke begeleiding intern, psychologische begeleiding extern.” “Alles intern! Bij externe activiteiten haakt de helft al af. Daar gaat veel te veel tijd in zitten.” “Ik denk dat dat een individuele voorkeur is.” “Ligt er aan hoe anoniem mensen willen zijn. Problematiek houden ze vaak voor zich, maar het kan ook zijn dat ze het juist prettig vinden dat de collega wat meer van hun weet.”* Voorwaarden voor een interne locatie die worden genoemd zijn de aanwezigheid van een douche en materiaal bij bewegingsactiviteiten.

Samenvatting: randvoorwaarden

- De werkgever kan niet aangeven hoeveel een interventie mag kosten. Belangrijk lijkt aan te kunnen tonen wat een interventie oplevert en zal besparen (een kosten- en batenanalyse)
- Om de drempel voor de werknemer zo laag mogelijk te houden zal de werkgever een zo groot mogelijk deel moeten bekostigen.
- Een kostenverdeling over zorgverzekeraar, werkgever en werknemer wordt aangedragen.
- De werkgever wil dat een programma ter preventie van overgewicht en obesitas een integraal onderdeel wordt van het beleid binnen de organisatie.
- Een interventie mag 2-3 maanden duren omdat verwacht wordt dat werknemers anders afhaken. Hierbij moet om de 2-3 maanden aandacht worden besteed aan de interventie.
- De werkgever vindt dat de werknemers het op den duur zelfstandig moet oppakken.
- Bij het gebruik van een interne of externe locatie worden voor- en nadelen gezien. Voordelen intern: grotere kans op steun van collega's, goedkoper, kan aansluitend op het werktijden. Nadelen intern; geen anonimiteit. Voordelen extern: anoniem, andere mensen leren kennen. Nadelen extern: kost meer tijd, afstand.

Draagvlak

Door de zorginstelling wordt verwacht dat er zeker draagvlak komt op het moment dat met een kosten- en batenanalyse kan laten zien wat de interventie oplevert. Wel worden er nog barrières gezien door een aantal werkgevers. Volgens een werkgever wordt het probleem door hogere hand weggewuifd als modeverschijnsel en willen 'ze' de verantwoordelijkheid niet nemen. Het wordt meer gezien als een maatschappelijk probleem. Volgens een werkgever is de drempel erg laag en is alles bespreekbaar. Wanneer iemand komt met goede ideeën en een positieve kosten- en batenanalyse komt is de kans van slagen groot. Echter ligt er nog wel een barrière bij de bespreekbaarheid van het probleem. Een factor hierbij kan zijn dat de leidinggevende zelf ook te zwaar is. *“Tuurlijk krijg je draagvlak. Op het moment dat je kan laten zien dat er kosten en baten zijn en dat die in de goede verhouding zijn. Dat is natuurlijk het cruciale punt. Kan je iets aanbieden waarmee je kunt garanderen wat het oplevert?” “Draagvlak en bewustwording bij leidinggevenden zit er niet altijd. Er wordt niet vaak doorverwezen naar professionals die nu al wel beschikbaar zijn. Wat je zou kunnen doen is de leidinggevende verzuimcijfers laten zien met daarbij een overzicht van de fysieke klachten die er spelen. Als leidinggevende zou je moeten nadenken hoe dit kan en hoe het komt. Dit zit er echter niet in bij deze organisatie.” “Verantwoordelijken die de juiste steun geven en die overtuigd zijn van de interventie ontbreekt nog. Leidinggevenden zijn zelf ook niet de slankste, dit speelt denk ik ook mee.”*

Samenvatting: draagvlak

- De werkgever verwacht zeker draagvlak (op management- / directieniveau) op het moment dat een kosten- en batenanalyse laat zien wat een interventie oplevert.
- Het verschilt per werkgever of er nog barrières gezien worden om draagvlak te creëren. Barrières die genoemd worden zijn: het probleem zien als maatschappelijk probleem, de bespreekbaarheid van overgewicht en het feit dat veel leidinggevende zelf overgewicht hebben.

5. Conclusies (fase 4)

Zorgverzekeraar CZ mist een gedegen onderbouwing voor voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers tussen de 15 en 65 jaar, woonachtig in Nederland. CZ heeft het vermoeden dat de BRAVO-Wijzer hierdoor niet aansluit bij het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever. Het onderwerp van dit rapport is daarom ook aansluiting op 'het gedrag van de werknemer' en de 'behoeften van de werkgever' op het gebied van voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas.

Deelvraag 1: Welke methode van segmentatie van werknemers (tussen de 15-65 jaar) in Nederland sluit het best aan op preventie van overgewicht en obesitas?

Op dit moment is er geen passende methode om werknemers te segmenteren als het gaat om preventie van overgewicht en obesitas.

Traditionele segmentatie gebaseerd op achtergrondvariabelen (geslacht, leeftijd) is belangrijk maar kan onvoldoende zijn omdat deze variabelen het gedrag niet volledig verklaren. Volgens Motivaction is het belangrijk om ook te kijken naar dieperliggende waarden en drijfveren zoals leefstijl. Op deze manier kan gekeken worden wat een groep beweegt, welke levensstijl deze groep heeft op welke manier de benadering moet zijn en welke activiteiten ingezet kunnen worden. Een model gebaseerd op het Mentality-model met als doelgroep werknemers en invalshoek preventie van overgewicht lijkt het meest geschikt. Een model zoals hiervoor beschreven is er op dit moment nog niet.

Omdat er op dit moment geen passend model is, biedt het huidige ZorgMentality-model op dit moment de meeste aanknopingspunten om te segmenteren op preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers.

Deelvraag 2: Hoe kan het aanbod van voeding- en bewegingsinterventies aansluiten op het gedrag van werknemers?

Het voeding- en beweeggedrag wordt beïnvloed door verschillende determinanten, tevens zijn er verschillende gedragsfasen waarin een werknemer zich in kan bevinden. Door inzichtelijk te maken welke determinanten beïnvloed dienen te worden en in welke fase van gedragsverandering de doelgroep zich bevindt, kan een interventie hier op aansluiten.

Determinanten die van invloed zijn op het voeding- en beweeggedrag zijn: attitude, sociale invloed, eigen- effectiviteitverwachting, risicoperceptie, kennis, bewustzijn, gedragsintentie, persoonlijkheidskenmerken, fysieke-, sociale-, economische- en de politieke omgeving. Het ASE-model van de Vries e.a. kan hierbij gebruikt worden om deze determinanten inzichtelijk te maken en gedrag te verklaren. Volgens de Gezondheidsraad 2003 moet er bij een interventie altijd een omgevingsfactor worden veranderd om gedragsverandering bij overgewicht te kunnen bewerkstelligen.

Gedragsverandering kan ingedeeld worden in meerdere fasen waarbij terugval van een fase naar een eerdere mogelijk is. Het Stages of Changes model van DiClemente en Prochaska biedt hierbij aanknopingspunten. Het model kent het continuüm van de volgende fasen: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en behoud. Per fase spelen verschillende determinanten een rol die processen kunnen beïnvloeden om mensen van de ene fase naar de volgende te laten gaan. Het Stages of Change model lijkt daarmee een goede basis voor het in kaart brengen van beïnvloedbare determinanten van voeding- en beweeggedrag. Door te meten in welke fase van gedragsverandering de doelgroep zich bevindt kan een interventie aansluiten op de juiste fase en daarmee op de fasespecifieke determinanten die beïnvloed dienen te worden, wat resulteert in een doelgerichte interventie.

Per determinant zijn er verschillende methodieken die ingezet kunnen worden om deze determinant te beïnvloeden (3.3.1). Door te segmenteren op zwakke determinanten die van invloed zijn op het voeding- en beweeggedrag van de doelgroep kan hier het pakket van maatregelen (methodieken) binnen een interventie op worden aangepast. Hierdoor kan er doelgericht en effectief worden gehandeld.

Op dit moment is er geen instrument beschikbaar voor het meten van gedragsveranderingfasen. Een gevalideerd instrument om de determinanten van voeding- en beweeggedrag te meten en de fasen van gedragsverandering in kaart te brengen is er op dit moment nog niet en zal nog ontwikkeld moeten worden. Omdat per fase een aantal determinanten een rol spelen lijkt het Fitkompas in Nederland de meeste aanknopingspunten te bieden voor het meten van determinanten van voeding- en beweeggedrag van werknemers.

Deelvraag 3: Hoe kan het aanbod van voeding- en bewegingsinterventies aansluiten bij de behoeften van de werkgever?

De werkgever geeft aan dat er op dit moment nog weinig preventief geïntervenieerd wordt. Hierbij speelt volgens de werkgever mee dat overgewicht en obesitas nog niet als verzuimoorzaak wordt erkend. Ook het bespreken van overgewicht met een werknemer door de leidinggevende of werkgever is nog een taboe. De werkgever geeft aan dat hierdoor pas laat wordt gestart met een interventie waardoor er sprake is van een curatieve behandeling. De werkgever geeft aan dit taboe te willen doorbreken door de leidinggevendenden vaardigheden en gesprekstechnieken aan te leren om zo deze problematiek te kunnen bespreken met de werknemers.

Een interventie ter preventie van overgewicht en obesitas moet gericht zijn op alle werknemers. Hierin dient een tweesplitsing te worden gemaakt in een 'light' versie (preventief) en een zwaarder programma (curatief). Bij het inzetten van een voeding- en bewegingsinterventie wil de werkgever kunnen kiezen uit verschillende interventie(s)(delen). Door met een kosten- en baten analyse aan te tonen wat een interventie oplevert en zal besparen kan de werkgever worden overtuigd van het nut van de inzet van een interventie.

De interventie dient een multidisciplinaire aanpak te hebben met daarin aandacht voor voeding, bewegen en het psychosociale vlak, waarbij voeding en bewegen naast elkaar binnen een interventie worden aangeboden. De inzet van eigen disciplines wordt niet door iedere werkgever geapprecieerd. Belangrijker wordt gevonden dat een goed werkend team van vakbekwame specialisten zijn betrokken bij een interventie. Ook moet de provider aansluiten bij de doelgroep; toegankelijkheid, empathisch vermogen en goed kunnen luisteren staan hierbij voorop.

In het belang van de motivatie van de werknemer dient de introductie van de interventie vooral luchtig, leuk en ludiek worden aangekleed. Ook moet de benadering van de werknemers vanuit een externe partij worden aangevlogen en moet de benadering vanuit de werkgever positief zijn.

Naast groepsactiviteiten - waar het meeste van wordt verwacht - moet de mogelijkheid worden gegeven om individueel begeleid te worden. Hierbij wordt verwacht dat de inzet van een interne ambassadeur goed kan werken. Volgens de werkgever moet de nadruk van een interventie liggen op probleemherkenning en bewustwording. Volgens de organisaties moet een interventie verweven worden met bestaand beleid. De interventie zelf mag 2-3 maanden duren waarna er opnieuw aandacht aan de interventie moet worden besteed. De werkgever vindt dat de werknemer na verloop van tijd zelf zaken op moet pakken zonder begeleiding vanuit werkgever.

Om werknemers te motiveren dient de interventie laagdrempelig te zijn: activiteit tijdens schooltijd, op laag niveau insteken, geen moeilijke trucs uithalen, aansluiten op of onder werktijd, interne fitness aanbieden, financiële bijdrage van de werknemer zo laag mogelijk houden, opbouw van niveau, iets aanbieden waar iedereen aan mee kan doen. Een beloning in het vooruitzicht kan stimulerend werken. Ook is er volgens de werkgevers behoefte om keuzes binnen een interventie te kunnen maken door de werknemer.

Hiernaast dient er aandacht te zijn voor barrières die een rol kunnen spelen bij de motivatie van een werknemer: andere problematiek, kosten, tijdsinvestering, anonimiteit die niet is gewaarborgd, begeleiding die niet aansluit, te laag of te hoog niveau van een activiteit, de weerstand bij benadering direct vanuit de werkgever, het overbrengen van de boodschap op een verwijtende toon en het ontbreken van motivatie. De werkgever zal samen met de zorgverzekeraar een groot deel moeten bekostigen om de drempel voor deelname aan een interventie zo laag mogelijk te houden voor de werknemer.

Ook wil de werkgever bij het opzetten en implementatie van de interventie inspraak hebben om zo de interventie 'custom made' te maken. Hierbij moet aandacht zijn voor de verschillende behoeften van werkgevers en de verschillen tussen de zorginstellingen, locaties en werknemers:

- Bij het gebruik van zowel een interne als een externe locatie worden voor- en nadelen gezien door de werkgevers.
- Per locatie en afdeling is het verschillend hoe er met de anonimiteit en privacy dient om te worden gaan.
- Per locatie en vorm van werk (zittend- en niet zittend) verschilt de prevalentie en mate van overgewicht bij werknemers.
- Per locatie is het verschillend of er aanpassingen van het aanbod in het bedrijfsrestaurant kunnen en moeten plaatsvinden.

- Online begeleiding zou kunnen werken bij werknemers maar heeft volgens de werkgever ook valkuilen.
- Thema's die aandacht dienen te krijgen binnen een interventie zijn afhankelijk van wat er speelt bij de werknemers.
- Methodieken genoemd door de werkgever die binnen de interventie plaats moeten vinden zijn verschillend: het leren van keuzes maken, alternatieven bedenken, hoe om te gaan met late diensten in combinatie met name de warme maaltijd, afvaltips, structuur in het voedingspatroon, vergroten risicoperceptie en eigen- effectiviteit, overtuigen, activiteiten gericht op een laag budget, actieve scholing, modelleren en cognitieve vaardigheden aanleren.
- Het kennisniveau en de vaardigheden van de werknemers lijken verschillend te zijn.
- Per werkgever is het verschillend welk resultaat men wilt meten en welk doel men beoogd met een interventie.

5.1 Beantwoording hoofdvraag en aanbeveling

Herhaling hoofdvraag: *Op welke manier dient CZ voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas (binnen de BRAVO-Wijzer) via de werkgever aan te bieden, om een gezonde leefstijl te realiseren bij werknemers (tussen de 15 en 65 jaar) in Nederland?*

De beantwoording van de hoofdvraag wordt vertaald naar aanbevelingen vanuit de hierboven beschreven conclusies.

Wanneer een werkgever aangeeft te willen interveniëren op gebied van voeding en beweging ter preventie van overgewicht en obesitas zal de volgende stappenreeks doorlopen moeten worden. Hierbij worden aanknopingspunten voor een vernieuwde BRAVO-Wijzer gegeven.

Vernieuwde werkwijze BRAVO-Wijzer

1. Het eerste contact met de werkgever

In het eerste gesprek tussen de werkgever en de Zorgmakelaar moet in kaart gebracht worden wat de verwachtingen van een voeding- en/of bewegingsinterventie zijn en welk doel de werkgever hiermee heeft.

De Zorgmakelaar informeert hierna de werkgever over de mogelijkheden van de BRAVO-Wijzer en welke stappenreeks genomen moet worden om een interventie op maat aan te kunnen bieden.

Uitgelegd wordt dat deze werkwijze de effectiviteit van een interventie vergroot.

In dit gesprek moet aandacht zijn voor het verschil tussen preventieve en curatieve interventies. Indien gewenst kan met een (voorbeeld) kosten- en batenanalyse de werkgever overtuigd worden van de baten van de inzet van een interventie. Deze voorbeeld kosten-batenanalyse is nog niet aanwezig en zal dus moeten worden ontwikkeld. Hierbij kunnen de voor- en nadelen benoemd worden van de inzet van een interventie. Het lijkt hierbij belangrijk dat gesproken wordt met iemand die over de budgetten beheerd, omdat zij geld reserveert om de interventie in te zetten. Ook moet nagevraagd worden welk resultaat wordt verwacht en op welke manier de werkgever dit gemeten wilt hebben. Hierbij kan de Zorgmakelaar een overzicht aanbieden met daarin de mogelijkheden om resultaat te meten.

Wanneer blijkt dat het bespreekbaar maken van risico's en mogelijke interventies een probleem is dan informeert de Zorgmakelaar de werkgever over de mogelijkheid een training te volgen met als thema: 'Hoe ga ik het gesprek aan met mijn werknemer'. Deze training is er op dit moment nog niet en zal ontwikkeld moeten worden. En als laatste licht de Zorgmakelaar het Preventief Medisch Onderzoek (PMO) toe als mogelijkheid om systematisch naar risicofactoren te kijken.

BRAVO-Wijzer:

- Overwegen de volgende zaken toe te voegen/ ontwikkelen: een overzicht hoe CZ te werk gaat bij het op maat bieden van een interventie, uitleg geven waarop deze werkwijze is gebaseerd en waarom dit tot effectievere interventies leidt, een kosten- en batenanalyse, een overzicht met mogelijkheden om resultaat te meten, uitleg verschil tussen preventieve en curatieve interventies, een training 'Hoe ga ik het gesprek aan met mijn werknemer', het PMO en verwachtingen en doelen van de werkgever benoemen binnen de BRAVO-Wijzer.

2. Preventief Medisch Onderzoek

Een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) is een eerste screening om de problematiek van de werknemers in kaart te brengen. Gekeken moet worden hoe groot de segmenten zijn en op welke BRAVO-thema's ingespeeld moet worden binnen een interventie.

Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek kan overlegd worden met de werkgever wie de doelgroep van de interventie wordt en welke BRAVO-thema's aan bod moet komen.

3. Screenen in het kader van het vinden van passende interventies

De inzet van screeningsinstrumenten kan de effectiviteit van een interventie vergroten. Wanneer in kaart gebracht wordt welke activiteiten, benaderingsvormen en methodieken geschikt zijn voor een doelgroep kan een interventie hierop aansluiten. Een voorbeeld: Online begeleiding spreekt een doelgroep aan. Echter blijkt dat deze groep niet over computervaardigheden beschikt en afhaakt wanneer er geen face-to-face contact is. Er kan dan gekeken worden welke andere activiteit meer geschikt is of er kan bijvoorbeeld een variant van online begeleiding worden aangeboden waarbij de doelgroep eerst de vaardigheden krijgt aangeleerd en naast de online begeleiding ook face-to-face contact heeft. Verder blijkt dat de volgende methodieken geschikt zijn voor deze doelgroep en mogelijk ingepast kunnen worden in een interventie: (her)attributie bespreken, vaardigheidstraining, observeren en modelleren. Door in te spelen op deze methodieken en aan te sluiten bij de activiteiten en benaderingsvormen die geschikt zijn voor de doelgroep kan een interventie gericht worden ingezet. Op dit moment is er nog geen passend screeningsinstrument ontwikkeld dat geschikt is voor CZ om in te zetten bij preventie van overgewicht en obesitas. Wel biedt het ZorgMentality-model aanknopingspunten om inzichtelijk te maken welke activiteiten en benaderingsvormen het meest geschikt zijn voor de doelgroep.

Door in kaart te brengen op welke determinanten ingespeeld dient te worden kunnen de juiste methodieken gekozen en ingezet worden binnen een interventie waardoor de effectiviteit van een interventie wordt vergroot. Een aangepaste versie van het Fitkompas die determinanten van voeding- en beweeggedrag in kaart brengt, biedt mogelijkheden voor deze aanpak.

Bij een combinatie van deze metingen kan ook desgewenst een nulmeting worden uitgevoerd.

BRAVO-Wijzer

- Ontwikkel een instrument waarmee determinanten van voeding- en beweeggedrag, fasen van gedragsverandering en verschillende milieus van werknemers in kaart kunnen worden gebracht om zo doelgericht te kunnen werken zodat de effectiviteit van de interventie wordt vergroot.

4. Advies op maat

Wanneer duidelijk is welke activiteiten, benaderingsvormen en methodieken ingezet kunnen worden is het belangrijk dat CZ in gesprek gaat met de werkgever om aan te sluiten bij de behoefte van de werkgever en zo de interventie 'custom made' te maken. Hierbij dienen onder andere de volgende onderwerpen aan bod te komen: het gebruik van eigen disciplines, inzet verschillende disciplines, provider, duur van een interventie, kostenverdeling en vergoedingen, locatie, thema's, werktijden van werknemers en de inzet van een interne ambassadeur.

Een vernieuwde BRAVO-Wijzer met daarin een overzicht van verschillende activiteiten, benaderingsvormen en methodieken kan hier uitkomst bieden. Hierbij kan gekozen worden om de werkgever een aangepast advies op papier te geven waarin de uitkomsten van het onderzoek van punt 2 en 3 verwerkt zijn. De werkgever kan dan samen met de Zorgmakelaar een keuze maken uit de verschillende onderdelen die van toepassing zijn, om zo een interventie samen te stellen die beter aansluit op het gedrag van de doelgroep en op de eigen behoeften van de werkgever.

BRAVO-Wijzer

- De hierboven beschreven onderwerpen moeten toegelicht worden in de BRAVO-Wijzer om zo ondersteuning te bieden aan de Zorgmakelaar.
- Biedt in de BRAVO-Wijzer een overzicht van verschillende methodieken die per determinant ingezet kunnen worden. Geef ook een overzicht aan van verschillende activiteiten en benaderingsvormen.
- Geef de werkgever een individueel advies over welke methodieken, activiteiten en benaderingsvormen voor de specifieke doelgroep ingezet kunnen worden.
- In de BRAVO-Wijzer moet Voeding en Beweging gecombineerd worden aangeboden.
- Voeg de Gezonde Werkplek toe aan de BRAVO-Wijzer

5. Interventie

Met behulp van informatie verzameld uit stap 1 t/m 4 moet een provider gezocht worden die aansluit bij de doelgroep en een interventie worden samengesteld.

De interventie moet laagdrempelig zijn, gericht op preventieve en/of curatieve behandeling en naast groepsbegeleiding moet er ook individueel begeleid kunnen worden. Bij multidisciplinaire behandeling moet een goed samenwerkend team met gespecialiseerde disciplines worden aangeboden om zo de kwaliteit van de behandeling te waarborgen. Binnen een interventie moet er keuze zijn uit verschillende thema's, niveaus en activiteiten.

Als laatste onderdeel van deze stap moet er een advies worden opgesteld door de Zorgmakelaar wat besproken wordt met de werkgever voordat de interventie wordt geïmplementeerd.

BRAVO-Wijzer

- Integreer de preventieve interventies uit de BRAVO-Wijzer met de curatieve interventies uit de Interventie-Wijzer.
- Zet altijd een omgevingsinterventie in. Het veranderen van een omgevingsdeterminant is een voorwaarde van gedragsverandering.

6. Implementatie

In het belang van de motivatie van de werknemers moet de interventie luchtig, ludiek en vrijblijvend worden aangeboden. Een grote groep moet worden aangesproken en de benadering moet positief van aard zijn. Hierbij moet gebruik gemaakt worden van ambassadeurs vanuit de organisatie.

De werkgever biedt steun maar wil niet direct gelinkt worden aan een interventie. Hier ligt een rol weggelegd voor een externe partij.

Na 2 à 3 maanden moet er opnieuw aandacht zijn voor de interventie. Tevens dient er binnen de interventie aandacht te zijn voor persoonlijke problematiek omdat dit een voorwaarde kan zijn van gedragsverandering. Per werknemer moet rekening worden gehouden met andere wensen op het gebied van privacy en anonimiteit.

7. Follow up

Na een afgesproken periode kan er een tussen- of eindmeting worden gedaan om zo het resultaat van de interventie te bepalen. Hierbij dient CZ in gesprek te gaan met de werkgever om zo nodig de interventie bij te sturen of af te sluiten op een manier die het mogelijk maakt dat de werknemer deze zelfstandig over kan pakken.

Verder moet er meer onderzoek gedaan worden naar:

- Effectiviteit van interventies;
- Mogelijkheden van een multidisciplinair team binnen een interventie;
- Mogelijkheden om de werkgever te ondersteunen in vroegere signalering en gespreksvoering met de werknemer met een overgewicht zodat vaker over preventie gesproken kan worden;
- Mogelijkheden om kosten van preventieve interventies te ontdebellen vanuit de zorgverzekering
- Hoe IBZ op zoek kan gaan naar interventies die inspelen op de fasen van gedragsverandering en genoemde gedragsdeterminanten;
- Op welke manier screeningsinstrumenten ingezet en aangeboden kunnen worden;
- Een segmentatiemodel gericht op werknemers en preventie van overgewicht.

In een vernieuwde BRAVO-Wijzer zal meer aandacht gegeven moeten worden aan het op maat maken van een interventie om zo aan te kunnen sluiten bij het gedrag van de werknemer en de behoefte van de werkgever.

5.2 Discussie

Op dit moment is er nog weinig onderzoek gedaan naar preventie van overgewicht of obesitas met als doelgroep werknemers. Veel onderzoek en literatuur hadden als populatie volwassenen (≥ 18 jaar) of Nederlanders, het is niet duidelijk of deze conclusies ook voor werknemers (15-65 jaar) gelden.

Ook zijn er een aantal internationale onderzoeken gebruikt en is het de vraag of deze uitkomsten ook voor Nederlandse werknemers gelden. Er zijn wel Nederlandse rapporten gebruikt die als populatie werknemers hadden. Tijdens het onderzoek zijn verschillende zoektermen, zoekmachines en zoekmethodes gebruikt wat het onderzoek minder volgbaar maakt. Ook is niet ingegaan op mogelijk gebreken van de gevonden literatuur.

Omdat dit een verkennend onderzoek betreft en er geen voorstudie is gedaan, is geprobeerd om voor zoveel mogelijk bronnen open te staan om een zo volledig mogelijke aanbeveling te geven.

Door de grootte van het onderwerp heeft het veel tijd gekost om het onderzoek goed af te bakenen. Dit betekent dat er minder tijd over is geweest om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Wel heeft het geleid tot een gedegen onderzoeksopzet.

Het ASE-model wat gebruikt is verklaart de gedragsintentie. Bekend is dat wanneer iemand de intentie heeft om bepaald gedrag te vertonen, dit geen garantie is voor gedragsverandering. Door dit model samen te gebruiken met het Stages of Change model lijkt deze leemte overbrugd te kunnen worden met de fasen voorbereiding en actie.

Verondersteld wordt dat gedragsverandering gecompliceerder is dan men op dit moment denkt. Echter was het gebruik van bijvoorbeeld het I-Change model voor dit onderzoek niet haalbaar in verband met de beschikbare tijd en de complexiteit van het model. Wel is met dit onderzoek een stap naar een effectiever interventiebeleid gezet door naar determinanten van voeding- en bewegingsgedrag en verschillende fasen van gedragsverandering te kijken. In het huidige BRAVO-beleid is dit nog niet gedaan.

Bij het zoeken naar een screeningsinstrument zijn verschillende databases, contacten van CZ en fora van het sociale netwerk voor professionals van LinkedIn in de groepen 'Nederlandse Vereniging van Diëtisten' en 'Onderzoek voor Preventie en Gezondheidsbevorderaars' gebruikt. Doordat er verschillende methoden ingezet zijn kan de methodiek niet volgbaar zijn. Echter is er op deze manier wel informatie verkregen over het onderwerp door professionals die anders niet verkregen zou zijn. Het gevonden meetinstrument 'Fitkompas' beantwoordt slechts gedeeltelijk de vraag. Dit instrument meet namelijk niet de fasen van gedragsverandering. Wel zijn per fasen van gedragsverandering verschillende determinanten van belang om van een fase naar een volgende te gaan, waardoor het Fitkompas een andere manier aan kan sluiten bij het model.

Bij het afnemen van de interviews is het niet mogelijk geweest om binnen elke zorginstelling dezelfde functies te interviewen, hier is variatie in en dit heeft het onderzoek verbreed. Wel zijn er een aantal functies in het onderzoekspanel meegenomen die veel samenwerken met de werknemers. Ook werken de respondenten minimaal 34 uur op locatie waardoor de betrouwbaarheid wordt vergroot. In een vervolgonderzoek zou ook de behoeften van de werknemers onderzocht kunnen worden, dit is nu niet gedaan. Ook is er slechts onderzoek gedaan bij drie verschillende zorginstellingen. Om de betrouwbaarheid te vergroten kan in de toekomst onderzoek gedaan worden bij meer zorginstellingen in Nederland.

Het kwalitatieve onderzoek heeft wisselende informatie opgeleverd. Doordat er over verschillende onderwerpen geen eenduidigheid bestaat over de behoeften van een werkgever en er geen literatuur over beschikbaar is, was het moeilijk om hier duidelijke conclusies uit te trekken. Wel kan de uitkomst van dit onderzoek een basis zijn voor vervolgonderzoek, zeker omdat naar dit onderwerp nog weinig onderzoek is gedaan.

Wanneer gekeken wordt naar de aanbeveling van dit onderzoek en de werkwijze van de huidige BRAVO-Wijzer (zie bijlage 2 vr. 2) kan geconcludeerd worden dat deze op dit moment niet passend is voor de behoeften van de werkgever en mogelijk een nieuwe invulling zal moeten krijgen. Bij de huidige wijzer is geen onderzoek gedaan naar hoe een interventie aan kan sluiten op het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever.

Om op maat een interventie aan te kunnen bieden zal stapsgewijs - zoals aangegeven in de aanbeveling - te werk moeten worden gegaan. Hierbij zal gemeten moeten worden welke determinanten en fasen van gedragsverandering van de doelgroep beïnvloed dienen te worden om hier de interventie op aan te kunnen passen. Deze nieuwe aanpak zal meer tijd en geld kosten dan wanneer er met het huidige beleid van de BRAVO-Wijzer door wordt gegaan. Op lange termijn kan het juist meer tijd en geld opleveren. Door op deze manier invulling te geven aan de BRAVO-Wijzer kan verwacht worden dat de effectiviteit van een interventie wordt vergroot, omdat er dan aangesloten wordt op het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever. Wel kan het zo zijn dat de stappenreeks uit de aanbeveling nog onvolledig is omdat CZ over sommige onderdelen nog niet beschikt, het nog moet ontwikkelen of omdat er nog meer onderzoek naar moet worden gedaan. Van de huidige voeding- en bewegingsinterventies uit de huidige BRAVO-Wijzer wordt nog weinig gebruik gemaakt. Misschien komt dit doordat er met het huidige aanbod van interventies niet aangesloten wordt op het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever. Door met deze vernieuwde aanpak wel aan te sluiten op het gedrag van de werknemer en de behoeften van de werkgever wordt er in de toekomst misschien wel meer gebruik van gemaakt.

In dit onderzoek is ingegaan op voeding- en bewegingsinterventies ter preventie van overgewicht en obesitas bij werknemers. De vraag die men zichzelf moet stellen is hoe ver een werkgever mag gaan als het gaat om het aanspreken van werknemers op het gewicht en of het daarbij geoorloofd is om interventies daarop in te zetten.

6. Literaturopgave

- Angerenstein. (2011). *SAW 3 dc 48 Preventie en gezondheidsvoorlichting*. Opgeroepen op 28 April, 2011, van Profi-leren: http://www.profi-leren.nl/saw/naslag/saw_naslag_maatschappelijke_zorg
- Baarda, D. D., Goede, D. M., & Teunissen, D. J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bakel, A., & Zantinge, E. (2010). *Hoeveel mensen hebben overgewicht of ondergewicht?* Opgeroepen op 24 Maart, 2011, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsgewicht/hoeveel-mensen-hebben-overgewicht-of-ondergewicht/>
- Berg, A. v. (2011). *Wat kunnen we leren van hersenonderzoek*. Opgeroepen op 14 April, 2011, van Tvoo: http://www.tvoo.nl/syv_files/file/downloads/20111%20herenonderzoek.pdf
- Boom-Binkhorst, F. v., Hartman, E., Hartog, A. d., Lith, A. v., Lossonczy von Losoncz, T. v., Ronhaar, P., et al. (2006). *Mens & Voeding*. Baarn: HBuitgevers.
- Brug, J., Assma, P. v., & Lechner, L. (2010). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R., & Molen, H. v. (2005). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Brugt, M. v., & Mechelen- Gevers, E. v. (2008). *Preventie en gezondheidsbevordering door paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- CBS. (2011). *Begrippen*. Opgeroepen op 24 Maart, 2011, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=2755>
- Damoiseaux, V., Dongen, M. v., Gerards, F., Have, t. H., Kok, G., Nijhuis, F., et al. (1987). *Gezondheidsvoorlichting en- opvoeding. Van analyse tot effecten*. Assen: Van Gorcum.
- De Praktijk Index, Motivaction, De Praktijk, Berkhout. (2009). *Wat werkt bij wie?* Utrecht: Ministerie van VWS.
- Eysink, P., Hamberg- van Reenen, H., & Lambooi, M. (2008). *Leefstijl en arbeid in balans*. Bilthoven: RIVM.
- Gezondheidsraad. (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Grobbe, H. (2008). *Als beste getest: De wateetenbeweegik-bus. Een proces- en effectonderzoek naar het gebruik van tailoring bij het verbeteren van de energiebalans in Nederland*. Enschede: Universiteit Twente.
- Hoogendijk, M. (2011, 17 Mei). Eigenaar ViveActive. *Mailing*.
- Jansen, J., Schuit, A., & Lucht, F. v. (2002). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jurg, M., Kremers, S., Dijkman, M., Bleeker, S., Wal, M. v., & Meij, J. d. (2005). *Van Interventiemodel naar praktijk: Het project 'JUMP-in, kinderen bewegen'*. Amsterdam: GGD.
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H., & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preff 2.0. Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- Kreijl, C. v., & Knaap, A. (2004). *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lechner, L., Kremers, S., Meertens, R., & Vries, H. d. (2010). Hoofdstuk 4 Determinanten van gedrag. In J. Brug, P. v. Assema, & L. Lechner, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 75-105). Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Lubbers, M. (2003). Het eetgedragveranderplan: de zes 'stages of change'. *Diabc*, 57 (7-8), 14-17.
- Lucht, F. v., & Polder, J. (2010). *Van gezond naar beter*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Motivaction. (2010). *MentalityTM*. Opgeroepen op 5 April, 2011, van <http://www.motivaction.nl/specialismen/mentality-tm>
- Motivaction. (2010). *Segmentatie*. Opgeroepen op 4 April, 2011, van <http://www.motivaction.nl/zet-beproefde-specialismen/segmentatie>
- Nederlandse Hartstichting. (2011). *Overgewicht*. Opgeroepen op 24 Maart, 2011, van http://www.hartstichting.nl/risicofactoren/overgewicht/wat_is_overgewicht/
- Nederstigt, A., & Poiesz, T. (2010). *Consumentengedrag*. Groningen: Noordhoff.
- NIGZ. (2011). *De introductie*. Opgeroepen op 22 April, 2011, van <http://www.gezondheidsmanagement.nl/index.cfm?act=themas.aspect&thema=1>
- Prochaska, J., Redding, C., & Evers, K. (2008). The transtheoretical model and stage of change. In K. Glanz, B. Ronda, G., Assema, P. v., & Brug, J. (2001). Stage of change, psychological factors and awareness of physical activity levels in the Netherlands. *Health Promotion International*, 16 (4), 305-314.

Schaalma, H., & Kok, G. (2010). Hoofdstuk 5 Interventieontwikkeling. In J. Brug, P. v. Assema, & L. Lechner, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 107-122). Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.

Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R., & Brug, J. (2010). Hoofdstuk 6. Theorieën en methodieken van verandering. In J. Brug, P. v. Assema, & L. Lechner, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 123-149). Assen: Van Gorcum & Comp.

Schemers, P., Jongert, M., Chorus, A., & Verheijden, M. (2008). *Inleiding bij de KNGF-standaarden Beweeginterventies*. Amersfoort: De Gans.

Simons, M., Boer, A. d., Jans, M., & Hendriksen, I. (2009). Het effect van omgevingsveranderingen op het lunch en wandelgedrag van werknemers. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 87 (4), pp. 182-187.

Tiggelaar, D. B. (2011). *Samenvattingen*. Opgeroepen op 11 April, 2011, van http://www.bentiggelaar.nl/Samenvatting_Dromen_Durven_Doen.pdf

TNO. (2010). *Bewegen en overgewicht onder Nederlandse werknemers 2000-2008*. Opgeroepen op 20 Februari, 2011, van TNO: http://www.tno.nl/downloads/TNOKvL-PZ_Bewegen_en_overgewicht_werknemers_2000-2008.pdf

University of Twente. (2011). *Theory of Planned Behavior/ Reasoned Action*. Opgeroepen op 18 Mei, 2011, van University of Twente: http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/theory_planned_behavior.doc/

Verheijden, I. M., Koelen, D. M., Veen, I. J., & Staveren, P. d. (2002). Het Stage of Change-model. Een theoretisch model in de praktijk getoetst. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 57 (12), 263-268.

Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom.

ViveActive. (2011). *Fitkompas. Wijzer op weg naar bedrijfsgezondheid*. Amsterdam: ViveActive.

ViveActive. (2011). Veel gestelde vragen. *Fitkompas applicatie*.

Vries, H. d., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3 (3), 273-282.

VWS. (2009). *Nota Overgewicht. Uit balans, de last van overgewicht*. Den Haag: VWS.

Wallien, M. (2011, 28 April). *Uitspraak van mevrouw M. Wallien, Researchmanager Motivaction*. Amsterdam.

Weinstein, N., Lyon, J., Sandman, P., & Cuite, C. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: The precaution adoption process model applied to home random testing. *Health Psychologie*, 17 (5), 445-453.

Winkelbeeld. (2011). *Klantanalyse*. Opgeroepen op 4 April, 2011, van Winkelbeeld: <http://winkelbeeld.com/klantanalyse.html>

Wit, M. d. (2003). *Segmentatie*. Amsterdam: Kluwer.

Witte, K. (2007). *Wat is preventie?* Opgeroepen op Maart 23, 2011, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>