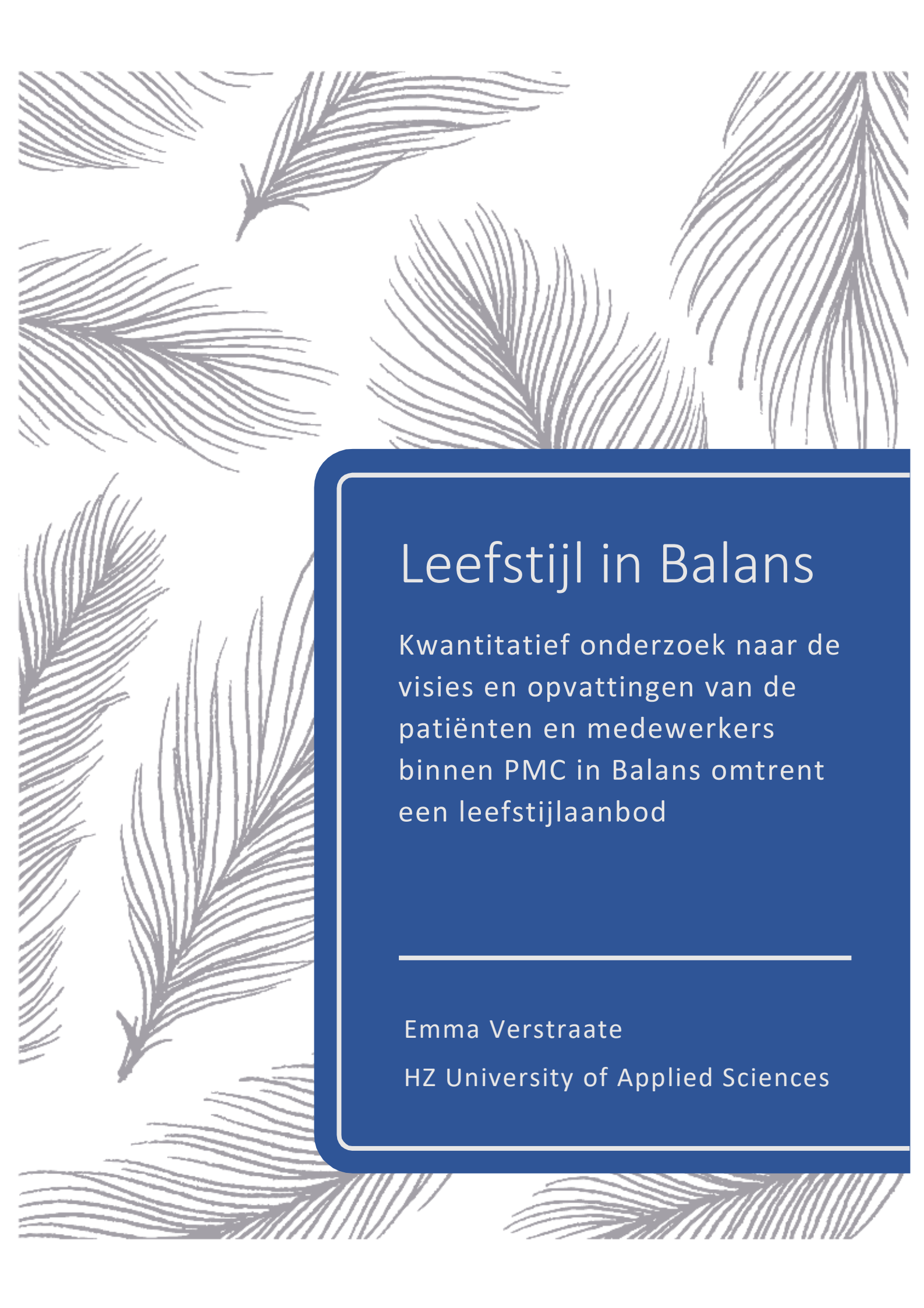




Leefstijl in Balans

Kwantitatief onderzoek naar de visies en opvattingen van de patiënten en medewerkers binnen PMC in Balans omtrent een leefstijlaanbod

Emma Verstraate

HZ University of Applied Sciences

Inhoudsopgave

Samenvatting onderzoek	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Praktijkprobleem	6
1.3 Doelstellingen	6
1.4 Onderzoeksvragen	7
1.5 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	8
2.1 Gezondheid en leefstijlfactoren	8
2.1.1 Gezondheid	8
2.1.2 Leefstijlfactoren	9
2.1.3 Effectiviteit leefstijlfactoren bij specifieke doelgroepen	10
2.2 Concrete activiteiten leefstijlaanbod	11
2.2.2 Maatwerk	13
2.3 Begeleiding leefstijlaanbod	14
2.3.2 Empowerment	16
2.4 Sociale en fysieke omgeving leefstijlcoaching	18
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden	20
3.1 Soort onderzoek	20
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid	20
3.3 Populatie	20
3.3.1 Medewerkers PMC in Balans	20
3.3.2 Patiënten PMC in Balans	21
3.4 Onderzoeksinstrumenten	21
3.4 Analyse van resultaten	22
Hoofdstuk 4 Resultaten	23
4.1 Gerealiseerde onderzoeksgroep	23
4.2 Data inspectie	23
4.2.1 codeerfouten	23
4.2.2 Ontbrekende gegevens	23
4.2.3 betrouwbaarheid	23
4.3 Deelvraag 1	24
4.4 Deelvraag 2	25
4.5 Deelvraag 3	27
4.6 Deelvraag 4	27
4.7 Significante verschillen	28
H.5 Conclusies en aanbevelingen	31
5.1 Conclusie deelvraag 1	31
5.2 Conclusie deelvraag 2	31
5.3 Conclusie deelvraag 3	32
5.4 Conclusie deelvraag 4	32
5.5 Conclusie centrale hoofdvraag	33
5.6 Aanbevelingen	33
Hoofdstuk 6 Discussie	36

6.1 Evaluatie van het onderzoek	36
6.2 betekenis van het onderzoek voor de innovatiepraktijk	37
6.3 Kansen voor vervolgonderzoek	37
Hoofdstuk 7 Kennisdisseminatie	38
7.1 Voorbereiding	38
7.2 Uitvoering	38
Literatuurlijst	40
Bijlagen	44
Bijlage 1 Missie en visie PMC In Balans	44
Bijlage 2 doelstellingen in en van het onderzoek	45
Bijlage 3 Operationaliseringstabel	46
Bijlage 4 documentenanalyse	54
Bijlage 5 Codeboek SPSS	58
Bijlage 6 Betrouwbaarheidsintervallen	60
Bijlage 7 Verwijdering item	62
Bijlage 8 Presentatie onderzoek	68

Samenvatting onderzoek

In deze rapportage is een onderzoek opgesteld en uitgevoerd naar de visies en opvattingen van medewerkers en patiënten van PMC in Balans omtrent de invulling van een leefstijlaanbod. De aanleiding voor het onderzoek is de nieuwsgierigheid vanuit de organisatie naar het aanbod leefstijl. De trend in de maatschappij is leidend voor de nieuwsgierigheid. Gezonde leefstijl is een steeds belangrijker item in de maatschappij (Sonnevelt, 2019). De probleemstelling bij de aanleiding is het feit dat PMC in Balans momenteel geen aanbod heeft waardoor het vrij onbekend is. Er is niet bekend in welke vorm de medewerkers en patiënten de invulling van het leefstijlaanbod voor zich zien. Dit wordt onderzocht in het onderzoek. De hoofdvraag binnen het onderzoek luidt:

“Wat zijn de visies en opvattingen ten aanzien van het toekomstig programma leefstijlcoaching van de medewerkers en patiënten binnen PMC in Balans?”

Aan de hoofdvraag zijn verschillende deelvragen gekoppeld om antwoord te kunnen geven. De deelvragen zijn opgedeeld in de doelen, activiteiten, begeleiding en omgeving van het leefstijlaanbod. Dit op basis van de werkzame elementen van een leefstijlprogramma (kenniscentrum sport & bewegen, 2018). Om de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten in kaart te brengen is er een kwantitatieve enquête uitgezet. De enquête is gebaseerd op een theoretisch kader waaruit een operationaliseringstabel is ontwikkeld. Het onderzoek betreft een selecte steekproef door het kaderen van doelgroepen. Alle medewerkers en alleen de specifieke doelgroepen zijn betrokken in het onderzoek (N=83). De belangrijkste resultaten uit het onderzoek zijn per deelvraag opgedeeld. Omtrent de doelen vinden de respondenten alle doelen ‘belangrijk’. Er zit wel verschil in score. Zo vinden zij kwaliteit van leven, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren het belangrijkste. Bij de concrete activiteiten vinden zij het belang van activiteiten bij bewegen, roken, kwaliteit van leven en ontspanning het belangrijkste. Concreet gezien ‘conditietraining’, ‘aanleren van ontspanningsoefeningen en ‘voortgang meten’. Bij begeleiding vinden de respondenten intrinsieke motivatie het belangrijkste. Dit moet gestimuleerd worden door de drie psychologische basisbehoeften; competentie, autonomie en verbondenheid (Kilpatrick, 2002). Competentie vinden de respondenten het belangrijkste. Het krijgen van een beloning vinden zij onbelangrijk. Binnen de omgeving van een leefstijlaanbod is er een tweesplitsing tussen sociale en fysieke omgeving. Binnen de sociale omgeving vinden de respondenten de stimulerende thuissituatie het belangrijkste. Binnen de fysieke omgeving is zowel de veiligheid als de locatie vanaf de woonplaats van de deelnemers belangrijk. Geconcludeerd kan worden dat zij een compleet leefstijlaanbod willen, met als doel de gehele leefstijl, waarbij de begeleiding gericht is op intrinsieke motivatie en de sociale omgeving betrokken wordt binnen een veilige omgeving. De verschillen tussen de medewerkers en de patiënten zijn in kaart gebracht d.m.v. significante verschillen uit te lichten.

Het onderzoek is niet volledig gemeten op betrouwbaarheid vanwege een te kort aan stellingen binnen de dimensies. Dit komt door de vele gemeten onderdelen waardoor de enquête erg groot zou zijn. Er is wel een groot aantal respondenten (N=83) waardoor de verschillen tussen de groepen duidelijk in kaart is gebracht. Vanwege tijdsdruk is het onderzoek klein gehouden. Er liggen kansen voor vervolgonderzoeken zoals het meten van effectiviteit van het aanbod of het in kaart brengen van de visies en opvattingen omtrent de randzaken van een aanbod zoals financiën en tijdsduur.

Hoofdstuk 1 Inleiding

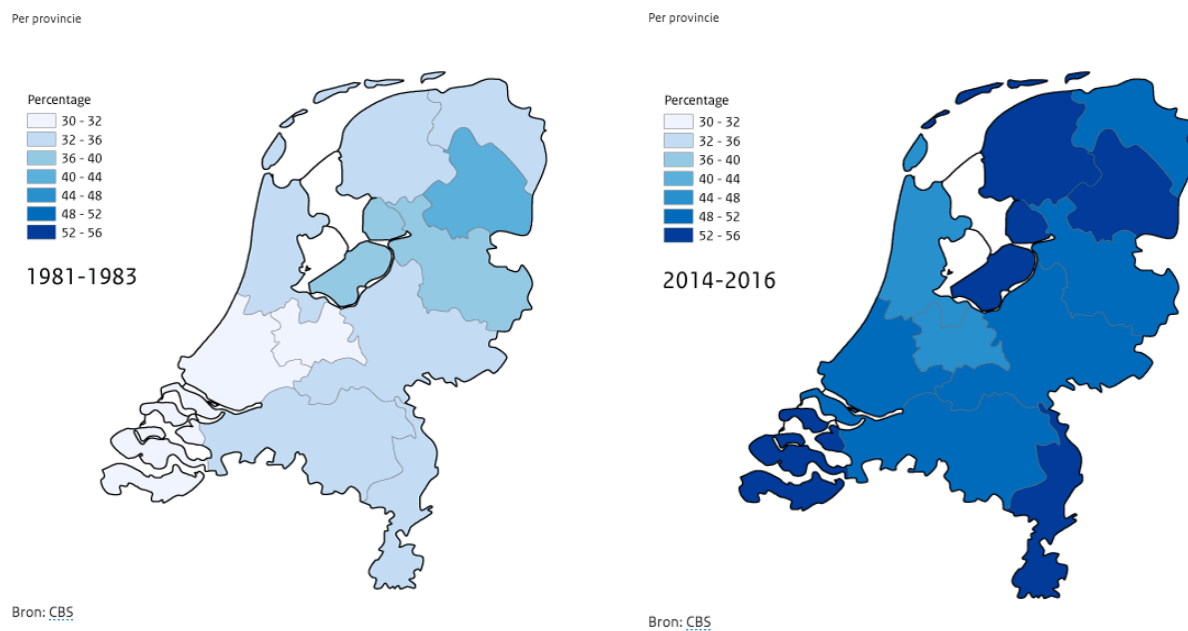
Een van de activiteiten in het project is een onderzoek. Dit onderzoek zal de basis zijn voor de andere projectactiviteiten. Daarnaast zullen tijdens het onderzoek ook andere projectactiviteiten lopen. Deze activiteit wordt apart omschreven door middel van een onderzoeksopzet. Daarnaast heeft deze activiteit eigen doelen in de vorm van onderzoeksdoelen. Deze zijn niet hetzelfde als de projectdoelen hierboven omschreven. Het onderzoek vindt plaats binnen fysiopraktijk PMC in Balans.

Het onderzoek heeft een aanleiding en zal draaien om het oplossen van een praktijkprobleem. Deze zijn kort samengevat.

1.1 Aanleiding

Gezond leven is een steeds belangrijker item in Nederland (Sonnevelt, 2019). Niet alleen veel bewegen maar ook gezond eten, stress vermindering en voldoende slaap.

Waarom is leefstijl juist in deze maatschappij steeds belangrijker? Onderstaande foto's laten de trend van overgewicht in Nederland zien. In de periode 1881-1983 is te zien dat de meeste provincies rond de 30%-40% zitten. In de periode 2014-2016 kleurt Nederland donkerblauw. De meeste provincies zitten boven 50% overgewicht (CBS, 2016). Overgewicht overkoepelt niet gehele leefstijl maar dit is wel een duidelijk aantoonbare trend die nauw in verband staan met BRAVO factoren.



Figuur 2 en 3. Trend overgewicht in Nederland volgens CBS.

Naast bovenstaande trend is er ook een trend te zien in het aantal stressgevallen in de maatschappij. Chronische stress brengt negatieve gegevens met zich mee. Niet alle stressgevallen worden genoteerd maar in 2019 kregen ongeveer 254.400 de diagnose overspannenheid bij een huisarts. Deze getallen lopen de laatste jaren steeds verder op. Dit kan uiteindelijk leiden tot een burn-out (Volksgezondheidszorg, 2019).

Ook de overheid heeft een gezonde leefstijl als speerpunt. Zo is in 2019 leefstijl coaching opgenomen in de basisverzekering. Een gezonde leefstijl hanteren speelt in deze maatschappij steeds meer een rol. Ook binnen de stage organisatie, PMC in Balans, is er nieuwsgierigheid ontstaan naar het thema onderwerp leefstijlcoaching blijkt uit interviews en gesprekken met medewerkers.

In het tweede studiejaar van de opleiding Sportkunde heb ik stagegelopen binnen PMC in Balans en de organisatie al leren kennen. Binnen deze organisatie zijn veel (specifieke) doelgroepen actief. Zo is er een beweegaanbod voor patiënten met COPD, diabetes, kanker en reuma. Daarnaast is er een beweegaanbod, in de vorm van medische fitness, voor mensen zonder pathologie.

De organisatie en uitvoerder zijn nieuwsgierig geworden naar het aanbod leefstijlcoaching binnen de praktijk PMC in Balans. De nieuwsgierigheid komt voort uit de trend in de maatschappij.

Momenteel is er geen aanbod zoals een voedingsadvies, stressmanagement of andere vormen van leefstijlcoaching naast het beweegaanbod. Het is de vraag of het huidige beweegaanbod wel voldoende is om het doel van de patiënten te waarborgen. De aanleiding voor het uitvoeren van dit praktijkonderzoek is dus een hiaat in de organisatie en de nieuwsgierigheid vanuit de organisatie.

1.2 Praktijkprobleem

De aanleiding van het praktijkprobleem is de nieuwsgierigheid naar het aanbod leefstijlcoaching binnen de organisatie. Het probleem wat daarbij komt is dat er geen inzicht is in welke vorm en op welke manier leefstijlcoaching past binnen de organisatie PMC in Balans. Het is vrij onbekend voor de organisatie.

1.3 Doelstellingen

Het onderzoek is onderdeel van het project Leefstijl in Balans. Tijdens het project is er een hoofddoel:

In mei 2021 heeft PMC in balans inzicht over wat de visies en opvattingen zijn van de patiënten en medewerkers omtrent het aanbod leefstijlcoaching d.m.v. een geschreven advies, een ontwerp aanbod en presentatie waardoor zij inzicht hebben verkregen over de probleemstelling.

Het onderzoek moet bijdragen aan dit projectdoel. Voor het onderzoek zijn specifieke onderzoeksdoelen geformuleerd. Deze zijn onderverdeeld in doelstellingen in en doelstellingen van het onderzoek (Zie bijlage).

Doelstelling in het onderzoek

Uitzoeken wat de visies en opvattingen van de patiënten en medewerkers zijn omtrent de invulling van een toekomstig leefstijlprogramma

Doelstellingen van het onderzoek

Advies opleveren over de invulling van een toekomstig leefstijlprogramma op basis van visies en opvattingen van patiënten en medewerkers

Het onderzoek moet in kaart brengen wat de visies en opvattingen van de patiënten en medewerkers zijn binnen PMC in Balans. Dit doel zal uiteindelijk bijdragen aan het grotere projectdoel.

1.4 Onderzoeksvragen

Hierboven staat het onderzoeksdoel omschreven. Om dit doel te behalen zijn er onderzoeksvragen opgesteld. Deze bestaan uit een hoofdvraag en deelvragen. De deelvragen samen zorgen voor het antwoord op de hoofdvraag. De vragen zijn als volgt geformuleerd:

Centrale hoofdvraag:

Wat zijn de visies en opvattingen ten aanzien van het toekomstig programma leefstijlcoaching van de medewerkers en patiënten binnen PMC in Balans?

Deelvragen

1. Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten ten aanzien van de doelen van een toekomstig aanbod leefstijlcoaching?

2. Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten ten aanzien van de concrete activiteiten van een toekomstig aanbod leefstijlcoaching?

3. Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten ten aanzien van de begeleiding van een toekomstig aanbod leefstijlcoaching?

4. Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten ten aanzien van de fysieke en sociale omgeving van een toekomstig aanbod leefstijlcoaching?

De deelvragen samen geven het antwoord op de centrale hoofdvraag. De deelvragen zijn verder opgesplitst in subcategorieën. Er kunnen verschillende zijn tussen de populatie die de vraag omvat.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoeksplan omvat als eerst een samenvatting van de aanleiding en het praktijkprobleem. Vervolgens worden de onderzoeksdoelen en vragen geformuleerd. In hoofdstuk 2 worden alle deelvragen uiteengezet door middel van het theoretisch kader. Vanuit het theoretisch kader wordt de onderzoekopzet verder uitgewerkt. Het soort gekozen onderzoek wordt onderbouwd en de populatie wordt uitgewerkt. Vanuit het theoretisch kader is een operationaliseringstabel gemaakt. Deze tabel vormt het onderzoeksinstrument voor dit onderzoek. Dit betreft een enquête. Na het onderzoeksinstrument wordt de manier en wijze van analyseren toegelicht. Het onderzoeksplan eindigt met een planning. Deze planning is onderverdeeld in de planning voor de dataverzameling en een planning voor de analyse. De literatuurlijst is achterin te vinden.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de deelvragen door middel van (wetenschappelijke) literatuur uiteengezet. De overkoepelde basis van de invulling van een leefstijlprogramma bestaat uit een aantal werkzame elementen. Kenniscentrum Sport en Bewegen heeft deze werkzame elementen voor algemene interventies genoteerd. Deze zijn onder te delen in vijf pijlers. Volgens Kenniscentrum Sport en Bewegen zijn werkzame elementen de bouwstenen van een interventie die een positieve invloed hebben op een specifieke doelgroep.

De eerste pijler is begeleiding. De begeleider van het leefstijlprogramma dient competenties als kennis, vaardigheden en attitudes te hebben om de doelgroep op een positieve manier te stimuleren. De volgende pijler is fysieke omgeving. De fysieke omgeving moet zorgen dat de deelnemers gestimuleerd worden om deel te nemen aan de activiteiten. De derde pijler is sociale omgeving. Oftewel de sociale omgeving moet een stimulans zijn om deel te nemen aan het programma. Maatwerk is ook een belangrijke pijler. Het programma moet toepasbaar en geschikt zijn voor de doelgroep. De laatste pijler is empowerment oftewel zelfredzaamheid. Autonomie is een belangrijk aspect in deze pijler (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018). De pijlers worden in het theoretisch kader verder uiteengezet.



2.1 Gezondheid en leefstijlfactoren

2.1.1 Gezondheid

In 1948 stelde de WHO een definitie op voor gezondheid; Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen maar de afwezigheid van ziekte of gebrek. Machteld Huber stelde echter in 2011 een alternatieve blik op gezondheid. Huber ontwikkelde het concept Positieve Gezondheid. De definitie van gezondheid luidt in model; Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. In dit model wordt er niet meer gekeken naar de af- of aanwezigheid van ziekte maar naar het vermogen van de mens (Huber, 2011). Huber onderscheidt zes gezondheidsdimensies:

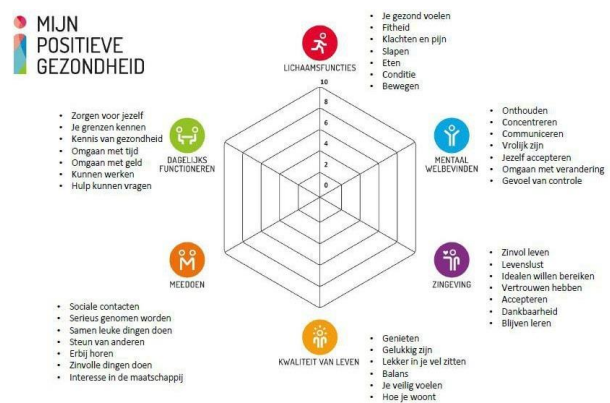
- Lichaamsfuncties; zoals medische feiten, klachten en pijn, energie en medisch waarnemingen
- mentale functies en beleving; cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde oftewel zelfrespect, gevoel van controle hebben, zelfmanagement en veerkracht.
- spiritueel/existentiële dimensie; zingeving, doelen en idealen nastreven, toekomstperspectief en acceptatie.

- kwaliteit van leven; welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust en balans
- sociaal maatschappelijke participatie; sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid en betekenisvol werk
- dagelijks functioneren; ADL, Instrumentele ADL, werkvermogen en health literacy.

(Huber, 2011)

Positieve gezondheid kan gemeten worden aan de hand van bovenstaande zes dimensies.

Door middel van een vragenlijst komt er een “web” als resultaat te verschijnen. Er kunnen cijfers worden gegeven van 1 (heel slecht) tot 10 (uitstekend). Het instrument is zowel kwantitatief als kwalitatief te gebruiken (Remmelink, 2020).



2.1.2 Leefstijlfactoren

Leefstijl is de manier van leven van een individu volgens Arts en Leefstijl. Leefstijl is te onderscheiden in 6 pijlers. Deze pijlers samen hebben grote invloed op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van eenieder. De 6 pijlers vormen het Leefstijlroer. Dit leefstijlroer dient als handvatten voor een gezonde leefstijl. Het instrument is te gebruiken tijdens de gesprekken tussen de zorg professional en de cliënten. De 6 pijlers zijn:

- Voeding
- Beweging
- Slaap
- Sociaal
- Ontspanning
- Zingeving

(Vereniging Arts en Leefstijl, z.d.)



Het hanteren van een gezonde leefstijl kan zowel aandoening voorkomen als genezen volgens Vereniging Arts en Leefstijl. De bovenstaande pijlers kunnen dienen als doelen tijdens een leefstijlverandering. De pijlers vanuit het concept leefstijlroer zijn terug te vinden in het model Positieve Gezondheid in de dimensies; lichaamsfuncties en spirituele dimensie.

Een andere benadering van leefstijl is de BRAVO factoren. Kenniscentrum Sport en Bewegen heeft het BRAVO-Kompas ontwikkeld. Dit instrument is te gebruiken bij het hanteren van een gezonde leefstijl. De tool is vooral in te zetten bij bedrijven. De BRAVO factoren bestaan uit:

- Bewegen
- Roken
- Alcohol
- Voeding
- Ontspanning



Bewegen heeft een sterk verband onze gezondheid.

Na roken is te weinig bewegen de grootste risicofactor voor het ontstaan van aandoening zoals hart- en vaatziekten (Kenniscentrum Sport &

Bewegen, z.d.). Daarnaast is het belangrijk om voldoende te bewegen om obesitas en klachten aan het bewegingsapparaat te voorkomen. Roken heeft veel nadelige gezondheidsgevolgen. Hulp bij roken blijkt daarbij veel efficiënter (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.). Alcohol in grote mate blijkt ook schadelijk voor onze gezondheid. Net als een verstoorde balans tussen voeding en beweging kan leiden tot aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten. Stress speelt een steeds belangrijkere rol in de maatschappij. Ziekteverzuim groeit door het aantal stressgevallen.

Al deze BRAVO factoren samen zorgen voor de mate waarin iemand bezig is met een gezonde leefstijl (Kenniscentrum Sport & Bewegen, z.d.).

Zowel de BRAVO factoren als de elementen in het leefstijlroer kunnen worden gezien als doelen tijdens het werken naar een gezonde leefstijl. Dit kan per individu verschillen. Het verschil tussen de twee benaderingen is de complexiteit. Het leefstijlroer omvat ook het sociale aspect en zingeving. In tegenstelling tot de BRAVO factoren valt roken en alcohol onder het aspect voeding in het leefstijlroer. Ook in het concept Positieve Gezondheid komen de BRAVO factoren terug namelijk in de dimensie lichaamsfuncties. Door te werken aan de BRAVO factoren als doel tijdens het leefstijlprogramma zal er gewerkt worden aan de lichaamsfuncties qua gezondheid.

2.1.3 Effectiviteit leefstijlfactoren bij specifieke doelgroepen

Uit gepresenteerde wetenschappelijk studies mag worden geconcludeerd dat leefstijlinterventies een belangrijk onderdeel kunnen zijn van de behandeling van diabetespatiënten en patiënten met hart en vaatziekten (Lifestyle4Health, 2019). De studies laten zien dat een aanzienlijk deel van de diabetespatiënten door het aanpassen van hun gehele leefstijl minder of geen medicatie hoeven te gebruiken. De grootste studie was lookAHEAD-studie. Het eindpunt hier was geen remissie of teruggang van diabetes maar de dood of aandoeningen door hart en vaatziekten (The LookAHEAD Research groep, 2013). De interventiegroep kreeg een laagcalorisch dieet met wekelijks ondersteuning van voedingsdeskundigen. De waarde HbA1c, de belangrijkste parameter van diabetes, liet gedurende de eerste twee jaar een daling zien. Naast deze studie zijn er nog tientallen studies die aantonen dat leefstijl een positief effect heeft op diabetes en hart en vaatziekten (The LookAHEAD Research groep, 2013).

Een veel ingezette interventie, ook bij specifieke doelgroepen, is de interventie COOL. Uit wetenschappelijk onderzoek zijn de volgende resultaten gekomen. Allereerst het eet en beweeggedrag. Deelnemers rapporteren na het programma significant minder te zitten ten opzichte van de voor meting (-99,8 minuten per dag). Ook zijn de deelnemers meer gaan bewegen, matig tot intensief. Wat betreft voeding zijn er verbeteringen zichtbaar. Deelnemers ontbijten vaker, eten meer groente en fruit en eten minder tussendoortjes. De veranderingen hielden ook stand (Rinsum, Gerards, Rutten, Goor & Kremers, 2018). De kwaliteit van leven was op alle beperkingen afgenomen. Dit resulteerde in een verbeterde totaalscore van de kwaliteit van leven. Ook de rapportcijfers op algemene gezondheid waren gestegen. De groep van diabetespatiënten vertoonde die stijging vooral op langere termijn. Gemiddeld genomen zijn de deelnemers aan het COOL-programma 2,2 kg afgevallen na deelname aan het programma (Rinsum, Gerards, Rutten, Goor & Kremers, 2018).. Dit gewichtsverlies blijft voor een deel behouden op langere termijn. Na de laatste gemeten periode was 62% afgevallen. De rol van leefstijlcoach in deze interventie bleek van grote waarde voor de aanpak van overgewicht in Nederland doordat de coach een verbindend element kan zijn (Rinsum, Gerards, Rutten, Goor & Kremers, 2018).

Kort samengevat zijn er zowel studies over de effectiviteit van leefstijlfactoren op specifieke aandoeningen als al bestaande interventies. Veel studies laten een positief effect zien van de aanpak van leefstijlfactoren bij specifieke doelgroepen

2.2 Concrete activiteiten leefstijlaanbod

Binnen PMC in Balans is er een huidig aanbod voor specifieke doelgroepen. Deze bestaat uit de volgende activiteiten:

- Krachttraining
- Duurtraining
- Ervaringen delen met lotgenoten

Het toekomstige leefstijlprogramma zal meer doelen bevatten waar logischerwijs meer concrete activiteiten aan te koppelen vallen. Er zijn al een aantal erkende interventies voor specifieke doelgroepen. Deze bevatten concrete activiteiten voor een leefstijlprogramma. Voor de doelgroep medische fitness zijn de algemene erkende interventies als COOL, SLIMMER en BeweegKuur in te zetten. Deze interventies richten zich op een gezondere leefstijl en het behoudt daarvan. Duurzame gedragsverandering staat centraal in deze interventies (Loketgezondleven, z.d.). De meest gebruikte interventie is COOL. Deze bestaat uit de volgende concrete activiteiten:

- basisprogramma met onder andere groepssessies over bewegen, voeding, slapen, ontspannen, plannen, volhouden etc. De onderwerpen worden door opdrachten en presentaties gegeven in groepsverband.
- onderhoudsprogramma met verdiepen informatie lessen en het aanleren van nieuwe vaardigheden. De volgende thema's komen voorbij: Bewegen, voeding, energiehuishouding, timemanagement, succesvolle verandering, informatie overload en op eigen voet verder.
- individuele coaching gesprekken van 45 tot 60 minuten.

Bij de interventie Beweegkuur monitort de leefstijlcoach de voortgang en coacht en begeleidt de deelnemer op generieke en persoonlijke doelen. Bij deze interventie wordt er samen gekeken naar een passende beweegactiviteit in de buurt. Zo worden deelnemers begeleidt naar wandelprogramma's, reguliere sportvereniging of de sportschool. Voldoende dagelijks kunnen functioneren is een belangrijk doel tijdens deze interventie.

Voor mensen met diabetes type 2 is Keer Diabetes2 Om opgesteld. Het doel is het omkeren dan wel het in remissie brengen van diabetes type 2. Daarbij staat verbetering van de kwaliteit van leven en duurzame gedragsverandering centraal. Het programma bestaat uit 6 maanden met een nazorg van 18 maanden. Gedurende de interventie vindt er casemanagement plaats (Loketgezondleven, z.d.). Er wordt gecoacht op vijf pijlers: medicatie afbouwen, anders bewegen, lekker ontspannen, goed slapen en heerlijk eten. De pijlers worden in informatieve presentaties gegeven. Daarnaast worden er workshops gegeven over de juiste voeding bereiden en is er een wandelprogramma. Door middel van individuele coaching wordt er gewerkt aan de kwaliteit van leven. Deze wordt ook gemeten gedurende de interventie. Samengevat bevat deze interventie de volgende concrete activiteiten:

- Informatieve presentaties over voeding, bewegen, slapen en ontspannen
- Wandelingen
- Workshops zoals koken van gezonde recepten

(Loketgezondleven, z.d.)

Voor de mensen met oncologisch aandoeningen is de interventie Revalidatie Sport en Bewegen opgesteld. Tijdens deze interventie/ revalidatie wordt er gewerkt aan een actieve leefstijl en het behouden van deze leefstijl. De doelgroep voor deze interventie zijn mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening. Tijdens de interventie vindt er nauw contact plaats tussen de revalidatie instellingen, ziekenhuizen en sport en beweegaanbieders (Loketgezondleven, z.d.). De concrete activiteiten zijn gericht op bewegen. De invulling hiervan ligt aan het aanbod in de buurt en de wens van de deelnemer.

Voor mensen met COPD zijn er veel interventies in de vorm van preventie. Stoppen met roken op maat 2.0 is een voorbeeld. Deze interventie is gericht op stoppen met roken op korte termijn. Daarnaast is de interventie gericht op het volhouden van het stopgedrag. Via vragenlijsten wordt de bewustwording vergroot. Daarnaast zijn er informatieve online stukken te lezen en te zien voor de deelnemers. Er zijn ook algemene interventie zoals COOL, SLIMMER en BeweegKuur die kunnen worden ingezet bij deze doelgroep (Loketgezondleven, z.d.).

Alle bijna alle BRAVO factoren komen terug in bovenstaande interventies met daaraan gekoppeld concrete activiteiten. Alcohol is echter in geen van de interventies voorbijgekomen. Een voorbeeld van een erkende interventie voor het minder van alcohol is Minderdrinken. Deze interventie bestaat uit een zelfhulpprogramma met drie stappen. Voorbereiden, beslissen en uitvoeren zijn de derde stappen. Deze worden doorlopen door oefeningen, tests en informatie te verstrekken. Hulpmiddelen die gebruikt worden zijn een logboek, overzichten van voortgang, informatie en oefeningen om het minderen of stoppen vol te houden en te leveren van een terugval. Dit alles gebeurt online (Loketgezondleven, z.d.).

Naast bovenstaande voorbeelden van concrete activiteiten zijn metingen en tussentijdse voortgang ook in alle interventies inbegrepen. Er zijn verschillende mogelijkheden om dat vorm te geven. Om leefstijl te meten zijn verschillende metingen mogelijk. TNO heeft in 2009 een rapport uitgebracht met verschillende vragenlijsten die gebruikt kunnen worden tijdens het meten van leefstijlfactoren. De volgende sluiten aan bij de doelen omschreven in 3.1.

BRAVO-Check is een veel gebruikte vragenlijst. Leefstijl wordt geoperationaliseerd door de BRAVO thema's. Bewegen wordt ondervraagd aan de hand van inspanningen en het zitten en staan tijdens werk. Roken wordt ondervraagd door te antwoorden met 'ja' of 'nee' en de hoeveelheid sigaretten per dag. Alcohol wordt ondervraagd aan de hand van het aantal glazen dat gedronken wordt per week geteld. Voeding wordt ondervraagd door de schijf van vijf. Ontspanning wordt ondervraagd door de energiebalans. Door een 4-punten schaal kan er antwoord worden gegeven op stellingen. Bij deze check zitten geen fysieke testen inbegrepen. Deze kunnen echter wel opgenomen worden in het onderzoek. BMI wordt wel berekend door lengte en gewicht te meten. De vragenlijst is wetenschappelijk onderbouwd op de VBBA. Door de VBBA is de validiteit gemeten (Bernaards & Meurs, 2009).

TNO leefstijlscan, is een vragenlijst om de stand van zaken omtrent leefstijl in kaart te brengen. Deze vragenlijst is in eerste instantie ontwikkeld voor werknemers en werkgevers. De leefstijlscan is niet geschikt als nulmeting omdat de sensitiviteit niet is onderzocht. De vragenlijst is wel een hulpmiddel ter bewustwording. Dit kan helpen in vooruitgang op het gebied van leefstijl. In de scan zitten onderwerpen als gewicht, bewegen, groente en fruit, vet, roken, alcohol, werk, conditie en kracht. De BRAVO factoren komen terug, behalve ontspanning (Bernaards & Meurs, 2009).

Naast vragenlijsten zijn er ook verschillende fysieke testen en metingen. Belangrijk is om deze af te stellen op de doelgroep. Om uithoudingsvermogen te testen kan er worden gekozen voor bijv. de Astrandtest op een fiets met wattage metingen of de Steptest. Voor veel ouderen en kwetsbaren kan er beter gekozen worden voor de 6 minuten wandeltest. Deze testen kunnen als nulmetingen en tussentijdse metingen worden gebruikt (Coburn & Malek, 2011).

Om kracht te meten kan er gekozen worden voor een 1RM test of 10RM test. Deze kunnen omgerekend worden naar de maximale behaalde kracht. Om kracht te meten voor ouderen en kwetsbaren kan er beter gekozen worden voor de handknijpkrachtmeting (Coburn & Malek, 2011). Naast testen voor kracht en uithoudingsvermogen is het ook raadzaam lengte, gewicht, vetpercentage en bloeddruk te meten. Deze factoren worden beïnvloed door leefstijlgedrag.

2.2.2 Maatwerk

De pijler is maatwerk behoort ook tot de werkzame elementen van een interventie. Dit doelt op de aanpassingen die zijn gedaan om een interventie toepasbaar te maken voor bijvoorbeeld specifieke doelgroepen. De interventie moet ingericht zijn op de behoeften en netwerken van de doelgroepen. Hiervoor is het belangrijk om de doelgroep te leren en de omgeving van deze groepen. Door deze kennis kunnen sport- en beweeginterventies worden ingericht zodat deze passen bij de leefwereld van de doelgroepen en daardoor zorgen voor motivatie (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018).

In dit geval zijn specifieke doelgroepen de doelgroep voor de interventie. Comier (2017) schrijft essentiële zaken om te werken met specifieke doelgroepen. Een belangrijke meting voor het werken met specifieke doelgroepen is de PARQ+. Via een arts moet er goedkeuring zijn om fysieke inspanning te leveren (Comier, 2017). Zodra deze goedkeuring er niet is, is het niet verantwoord om te starten met een interventie. Daarnaast is het tijdens fysieke training belangrijk om te meten met RPE schaal. Hierdoor kan de ervaren intensiteit worden gemeten zodat er geen grenzen worden overschreden (Comier, 2017). Daarnaast moeten de activiteiten goed en makkelijk te begrijpen zijn voor alle deelnemers. Het is belangrijk om het beginniveau te bepalen (Comier, 2017).

Het aanpassen van een interventie dat aansluit bij de doelgroep zorgt voor meer effectiviteit (Loketgezondleven, 2017). Het is belangrijk om in gesprek te gaan met de doelgroep. Daarnaast is het ook belangrijk om in gesprek te gaan met lokale partijen die kennis hebben van de doelgroep. Met lokale experts op het gezondheidsgebied kan er bepaald worden wat er concreet moet worden aangepast voor de doelgroep (Loketgezondleven, 2017).

2.3 Begeleiding leefstijlaanbod

Een van de pijlers van werkzame elementen van interventies is begeleiding. Het effect van de begeleiding zoals fysio's, trainers en buurtsportcoaches is groot. De begeleider heeft de competenties; kennis, vaardigheden en attitudes nodig. Deze zijn afhankelijk van het doel, de doelgroep en het probleem waar de interventie omdraait. De ene interventie zal bijvoorbeeld meer baat hebben bij een pedagoog dan iemand met sport specifieke kennis. De aandacht voor de juiste competenties is zeer essentieel. Daarbij is de interactie tussen de deelnemers en de begeleider belangrijk (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018).

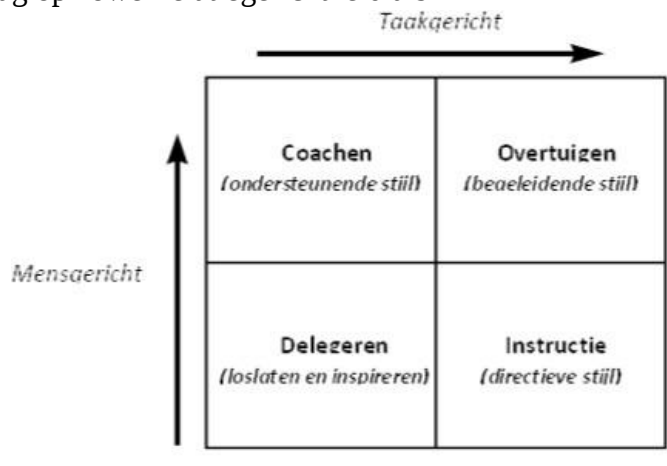
Er zijn verschillende opvattingen en modellen omschreven over de manier van begeleiden. Er zijn verschillende begeleidingsstijlen om cliënten te begeleiden. Stam van zorgwelzijn heeft onderscheid gemaakt in 4 stijlen. Deze stijlen scoren op taakgerichtheid en mensgerichtheid. Met taakgerichtheid ligt de nadruk op het uitleggen hoe, wanneer en waar de opdracht moeten worden uitgevoerd. Bij mensgerichtheid ligt de nadruk op het bieden van sociale en emotionele ondersteuning.

De eerste stijl is instrueren. Deze stijl wordt veel gebruikt als alles geheel nieuw is voor de cliënt. De stijl scoort hoog op taakgerichtheid en laag op relatiegerichtheid. De belemmering bij deze stijl is de motivatie van de cliënt (Stam, 2014). Deze stijl wordt ook wel een directieve stijl genoemd.

De tweede stijl is overtuigen. Deze stijl scoort hoog op taakgerichtheid en hoog op relatiegerichtheid. De wil en motivatie van de cliënt zijn de leidraad in het proces. De valkuil hierbij is dat de cliënten afhankelijk worden van de trainer (Stam, 2014). Deze stijl wordt ook wel begeleidende stijl genoemd.

De volgende stijl is overleggen, deze scoort hoog op relatiegerichtheid en lager op taakgerichtheid. De cliënten zijn bij deze stijl gelijkwaardig. De valkuil hierbij is dat de motivatie aanwezig moet zijn bij de cliënt (Stam, 2014). Deze stijl is een ondersteunende stijl.

De laatste stijl is delegeren. Deze stijl scoort laag op zowel relatiegerichtheid als taakgerichtheid. Zelfstandigheid van de cliënten is hierbij belangrijk. De coach is hierbij meer op afstand en heeft wellicht minder zicht op het proces (Stam, 2014).



Een andere benadering van de invulling qua begeleiding is de Self-Determination Theory. In deze theorie draait het onder andere om zelfregulatie. Kilpatrick formuleert drie basisbehoeften van die de mens nodig heeft. De drie psychologische basisbehoeften zijn:

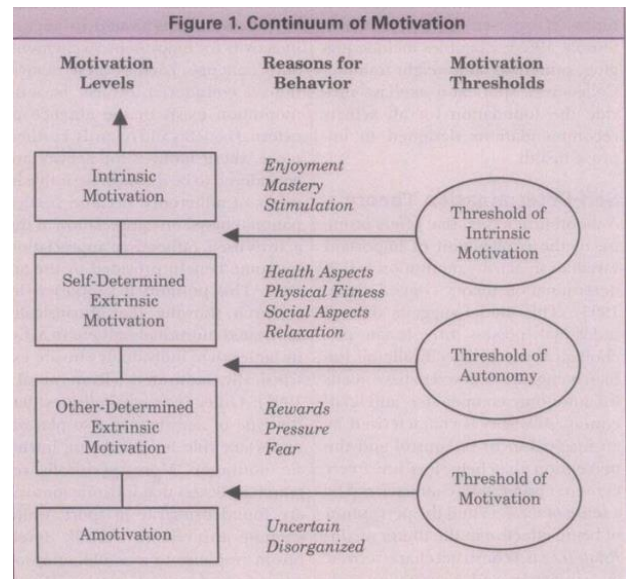
- Autonomie, zelf keuzes hebben en gevoel van controle hebben
- competentie, gevoel effectief bezig te zijn en gevoel het echt aan te kunnen (zelfvertrouwen)
- Verbondenheid, betrokkenheid tussen coach en medegenoten

Als deze drie psychologische basisbehoeften aanwezig zijn, ontstaat er intrinsieke motivatie. Degene onderneemt de activiteit omwille van de activiteit en niet door externe redenen. Dit is de sterkste motivatie voor gedragsverandering en het behouden (Kilpatrick, 2002).

Kilpatrick formuleert meerdere motivaties voor gedragsverandering. Deze zijn in onderstaande afbeelding uitgelegd. Het laagste motivatie level is A-motivatie. Hierbij is er geen georganiseerde motivatie om fysiek bezig te zijn. Vaak gaat dit samen met een negatief zelfbeeld.

De volgende motivatie is Other Determined extrinsic motivation. De motivatie ontstaat door externe factoren zoals beloning, angst en verplichting. Er is geen gevoel voor autonomie. De andere externe motivatie, Self Determined extrinsic motivation, komt voort vanuit gezondheid perspectief of sociale factoren. De laatste motivatie level is de intrinsieke motivatie. Die het hoogst scoort om gedragsverandering te bewerkstelligen (Kilpatrick, 2002).

Volgens Kilpatrick is het mogelijk om te stijgen in motivatie level. Een ouder iemand die gaat sporten door gezondheidsproblemen. Kan de drie psychologische basisbehoeften ontwikkelen in die periode. De motivatie kan van excentriek naar intrinsiek ontwikkelen (Kilpatrick, 2002).



Als coach is het mogelijk om in te spelen op de drie psychologische basisbehoeften. Om de competentie te verhogen is het geven van positieve feedback belangrijk. Dit kan het zelfvertrouwen verhogen. Daarnaast is het belangrijk om de gedragsverandering via oplopend niveau te maken (Kilpatrick, 2002). Dit ondersteunt het gevoel het echt te kunnen. Het gevoel van autonomie is te verhogen door doelen te stellen samen met de deelnemer. Daarbij moet de deelnemer keuze hebben in de invulling van het proces. Daarnaast is het belangrijk om uitleg te geven waarom een bepaalde activiteit gekozen is en wat het nut daarvan is. Verbondenheid is te verhogen door sociale oefeningen toe te voegen en als coach verbonden te zijn met het proces en de deelnemer (Kilpatrick, 2002). In de volgende paragraaf worden deze aspecten verder uitgewerkt.

Als de stijlen van Stam en het concept van Kilpatrick naast elkaar worden gelegd zijn er overeenkomsten en verschillen. De eerste stijl instrueren. De coach vertelt wat er moet gebeuren. Deze stijl scoort laag op zowel autonomie, competentie als op verbondenheid. Doordat de coach alles bepaalt is er geen inspraak (autonomie) en wordt het zelfvertrouwen niet gestimuleerd. De tweede stijl is overtuigen. Deze stijl scoort hoog op mensgerichtheid en dus ook op verbondenheid. De valkuil is wel dat de zelfredzaamheid in deze stijl niet gestimuleerd wordt. De deelnemer wordt afhankelijk van de trainer. De volgende stijl is overleggen. Deze stijl scoort hoog op verbondenheid. Daarnaast wordt de autonomie verhoogt door eigen keuze en inspraak in het proces. De laatste stijl delegeren deze scoort laag op verbondenheid en competentie. De coach is weinig betrokken in het proces.

2.3.2 Empowerment

Een van de pijlers van werkzame elementen is empowerment oftewel zelfredzaamheid. Dit betekent dat de doelgroep zelf in staat is om zonder ondersteuning door te gaan. Intrinsieke motivatie en zelfvertrouwen moeten door middel van plaats, gelegenheid, leerprocessen en voorwaarden worden vergroot. Het groeiende vertrouwen moet leiden tot actief gedrag ook buiten de interventie. Het stimuleren van zelfredzaamheid zal zorgen voor een structurele gedragsverandering (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018).

Kilpatrick beschrijft hoe de zelfredzaamheid verhoogt kan worden door de drie psychologische basisbehoeften te stimuleren. Kilpatrick formuleert concrete begeleidingstechnieken.

Autonomie verhogen

De eerste strategie is het nut van de oefening te vertellen aan de deelnemer. Het onderbouwen van alle voorgeschreven activiteiten ondersteunt de ontwikkeling van autonomie en vermindert de perceptie van druk (Kilpatrick, 2002). Een andere manier om autonomie te verhogen is keuzes geven in het aanbod activiteiten. Het bieden van een activiteit keuze ondersteunt de ontwikkeling van tevredenheid en autonomie met betrekking tot fysieke activiteiten. Zonder input van deelnemers kan de druk verhogen voor deelnemers en doet de autonomie verminderen. De laatste manier is het opstellen van proces doelen. Daarmee wordt de aandacht gevestigd op de taak en wordt autonomie ondersteunt. Uitkomst doelen zorgen voor overmatige druk (Kilpatrick, 2002).

Competentie verhogen

Een strategie om de competentie te verhogen is het geven van positieve feedback. Hattie stelt dat feedback een van de meest krachtige invloeden heeft op leren van prestaties en oefeningen. Voorwaarde voor de krachtige invloed is de verdeling in positieve en negatieve feedback (Hattie, 2007). De positieve feedback ondersteunt de ontwikkeling van zelfvertrouwen en competentie (Kilpatrick, 2002). Teveel negatieve feedback kan juist leiden tot een verminderd gevoel van competentie. Gemiddelde doelen ondersteunen ook de ontwikkeling van competentie. De moeilijke en onrealistische doelen vergroten de kans op mislukking en verminderen het gevoel van competentie (Kilpatrick, 2002).

Verbondenheid verhogen

Kilpatrick (2002) stelt een aantal manieren om de verbondenheid te verhogen. De ontwikkeling van sociale relaties binnen een context van fysieke activiteiten ondersteunt de ontwikkeling van sociale tevredenheid, plezier en verbondenheid. Daarnaast is de verbondenheid tussen begeleider en deelnemer belangrijk. Het tonen van interesse, in gesprek blijven en keuzes geven zorgt voor verbonden gevoel (Kilpatrick, 2002).

Kilpatrick (2002) stelt dat als de drie psychologische basisbehoeften gestimuleerd worden de deelnemers stijgen in motivatie niveau. Indien de deelnemer intrinsiek gemotiveerd is, zal de zelfredzaamheid worden gewaarborgd. Oftewel empowerment, een van de pijlers van werkzame elementen, kan worden beïnvloed door de drie psychologische basisbehoeften.

Gedragsveranderingstechnieken zijn belangrijk in een interventie.

Gedragsveranderingstechnieken verklaren op korte termijn 35% van de effecten en op lange termijn 25%. De technieken dienen op maat gemaakt per individu en per fase van de behandeling. Ze dienen tussentijds te worden bijgesteld. Daarnaast blijkt Motivational interviewing belangrijk om de autonomie te verhogen van de deelnemers. Daarnaast is de Self Determination Theory een succesvolle benadering.

De intrinsieke motivatie van de deelnemer is het belangrijkste, niet de externe druk (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, 2019). Ook sociale steun is een belangrijk aspect in een interventie. Zo draagt het bij aan extra gewichtsverlies van 3,0kg in 12 maanden tijd ten opzichte van interventies zonder sociale steun (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, 2019).

2.4 Sociale en fysieke omgeving leefstijlcoaching

Twee van de vijf pijlers voor werkzame elementen van een interventie zijn sociale omgeving en fysieke omgeving. De omgeving van de deelnemers is dus belangrijk voor de inrichting van een interventie.

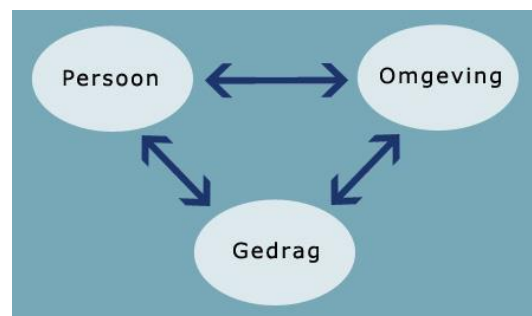
De pijler de fysieke omgeving. Hier gaat het om de manier waarop de fysieke omgeving de interventie stimuleert. De fysieke stimulerende en de weerstanden moeten in kaart worden gebracht. Door de kennis van de factoren kunnen deze verholpen worden (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018).

De pijler sociale omgeving. In deze pijler draait het om de mate waarin de sociale omgeving de interventie of gedragsverandering stimuleert. Een interventie die zich richt op de sociale omgeving zijn langdurig effectief. Het betrekken van de sociale omgeving van de doelgroepen helpt de persoonlijke kenmerken en weerstanden van de doelgroep te kennen (Kenniscentrum Sport & Bewegen, 2018).

Volgens de sociale cognitieve theorie van Bandura is er een sterke wisselwerking tussen de persoon, de omgeving het gedrag. Het gedrag wordt sterk bepaald door de verwachtingen die men over de gedragsverandering heeft. Het gaat om:

- Verwachtingen over de consequenties in de omgeving
- De consequenties van persoonlijke acties
- In hoeverre men zichzelf in staat acht een bepaald gedrag uit te voeren

(Janse, 2018)



Uiteindelijk heeft de deelnemer een bepaald doel voor ogen. Dit doel wordt door de omgeving beïnvloed. Deze wisselwerking zal het gedrag van de persoon beïnvloeden.

Voor het slagen van een gedragsinterventies is het van belang dat de deelnemer gesteund wordt door zijn of haar omgeving. Als eerste de sociale steun. Iedere gedragsverandering gaat gepaard met moeilijke momenten en terugvallen. Door sociale steun en het praten met naasten kan de deelnemer gemotiveerd blijven (Arbokennisnet, 2014). Daarnaast is voorbeeldgedrag een belangrijk aspect. Voorbeeldgedrag is een belangrijke manier waarop mensen leren. Naarmate het rolmodel belangrijker wordt, is de impact van het voorbeeldgedrag ook groter. Het is belangrijk dat de organisatie de juiste uitstraling heeft om als voorbeeld te kunnen dienen (Arbokennisnet, 2014). De laatste manier van ondersteuning is waardering. Waardering is van groot belang voor het realiseren van gedragsverandering. Pogingen van gedragsverandering moeten worden erkend en herkend. Successen moeten worden gevierd. Positieve feedback is belangrijk in dit proces. Wanneer iemand vaak de positieve feedback krijgt bij bepaald gedrag, leert de persoon wat de omgeving ook prettig vindt en zal het gedrag worden opgenomen in routine (Arbokennisnet, 2014).

De omgeving kan ook zorgen voor belemmeringen. Het ontbreken van belangstelling en draagvlak is een belangrijke belemmering in de effectiviteit van leefstijlinterventies. Zaken als financiën, lange reistijd/ geen vervoer en geen steun vanuit directe omgeving zijn veel voorkomende belemmeringen (Arbokennisnet, 2014). Daarnaast is gebrek aan bekendheid vaak ook een belemmering. De werving van deelnemers moet op de doelgroep worden afgestemd. De doelgroep omvat vooral ouderen. Het is belangrijk dat de locatie niet ver van huislocatie weg is en dat de omgeving veilig is. Veiligheid is in dit geval ook het voorkomen van valincidenten bij ouderen (Arbokennisnet, 2014). Daarnaast dient de locatie te beschikken over een ruimte voor individuele gesprekken. Privacy dient hierbij te worden gewaarborgd (Loketgezondleven, 2017).

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden

3.1 Soort onderzoek

Het onderzoek zal een kwantitatief onderzoek betreffen. Bij kwantitatief onderzoek worden zaken vastgesteld door middel van cijfers die geanalyseerd worden. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om het karakter van de problemen vaststellen (Baarda, 2019). Beide manieren kunnen worden gebruikt maar kwantitatief onderzoek heeft de boventoon. Zowel de patiënten als de medewerkers ontvangen dezelfde kwantitatieve enquête. Er is een vaste onderzoeksvraag waarbij de dataverzameling vastligt. De data zal cijfers betreffen (Baarda, 2019). Er zal een steekproef worden gehouden. De steekproef is aselectief. De deelnemers hebben gelijke kansen om deel te nemen aan het onderzoek (Baarda, 2019). Het steekproefkader is bij de patiënten de specifieke doelgroepen binnen PMC in Balans. Bij de medewerkers zijn alle werknemers de doelgroep.

3.2 Validiteit en betrouwbaarheid

De vragenlijsten zullen worden geanalyseerd per doelgroepen. De resultaten worden beschreven in een adviesrapport. Het is belangrijk dat het onderzoek betrouwbaar en valide is. Een betrouwbaar meetinstrument leidt tot accurate uitkomsten en zorgt voor een redelijke verdeling van meetresultaten. De vraag “Als ik hetzelfde nog een keer zo zou onderzoeken en de omstandigheden zijn niet veranderd, krijg ik dan dezelfde uitslag?” moet positief worden beantwoord. Validiteit betekent het daadwerkelijk meten wat beoogd is (Baarda, 2019). De betrouwbaarheid en validiteit wordt in dit onderzoek verhoogt door bronnentriangulatie. Er wordt vanuit verschillende doelgroepen gekeken naar de onderzoeksvraag. Daarnaast zijn alle deelvragen uitgezet in het theoretisch kader met wetenschappelijke onderbouwingen (Tubbing, 2018). De wetenschappelijke onderbouwing verhoogt de betrouwbaarheid (Tubbing, 2018). Daarnaast worden de onderzoeksinstrumenten meerdere malen voorgelegd aan leerteambegeleider, stagebegeleider en medestudenten. Dit om kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen.

3.3 Populatie

In dit onderzoek draait het om de visies en opvattingen van verschillende stakeholders binnen PMC in Balans. De onderzoekseenheden van dit onderzoek zijn personen. De populatie is onder te verdelen in twee categorieën met verschillende subcategorieën.

3.3.1 Medewerkers PMC in Balans

De medewerkers binnen PMC in Balans kunnen worden verdeeld in 3 categorieën.

- a. managementteam
- b. therapeuten
- c. ondersteunend personeel

Al deze groepen van medewerkers worden meegenomen in het onderzoek. Dit omdat alle medewerkers uiteindelijk invloed en baat kunnen hebben bij het nieuwe aanbod wat voortkomt uit het onderzoek.

Allereerst het managementteam van PMC in Balans. Dit MT bestaat uit zeven personen. Het MT heeft veel zeggenschap op de keuzes die gemaakt worden binnen de organisatie. Het is belangrijk in het onderzoek om deze groep mee te nemen.

Ieder van hen heeft een eigen locatie, waardoor allen deelnemen in het onderzoek. Het MT zal via enquêtes worden bevraagd.

De volgende groep medewerkers zijn de therapeuten. Er zijn ongeveer 30 therapeuten binnen PMC in Balans. Veel van hen behandelen de specifieke doelgroepen. De therapeuten zullen wie een enquête worden bevraagd over hun visies en opvattingen omtrent leefstijlcoaching. Deze groep staat het dichtst bij de groep patiënten. Daarbij kunnen zij persoonlijk behoefte hebben aan ondersteuning in hun werk om tot een optimale behandeling te komen. Deze aspecten zullen worden bevraagd in de enquête.

De laatste groep is het ondersteunend personeel. Binnen PMC in Balans is er veel ondersteunend personeel zoals het secretariaat. Zij bestaan weer uit bijv. planners etc. Ook zij zullen een mening hebben over een evt. nieuw aanbod. Zij worden meegenomen in de enquêtes. De therapeuten, het management en het ondersteunend personeel worden in het onderzoek ondervraagd door een online enquête via SurveyMonkey.

3.3.2 Patiënten PMC in Balans

De patiënten die worden meegenomen in het onderzoek zijn de specifieke doelgroepen. Zij bewegen al in groepen binnen de praktijk. De individuele patiënten worden niet meegenomen. De verschillen zijn erg groot hier en de wens vanuit de organisatie gaat uit naar de groepen. Deze bestaan uit:

- a. COPD
- b. Medische fitness
- c. Diabetes
- d. Hartrevalidatie
- e. Oncologie

Deze groepen bestaan uit verschillende aantallen. De populatie in het totaal zal rond de 150 patiënten zitten. Doordat veel patiënten op latere leeftijd zijn is er gekozen voor een enquête op papier. Dit wordt later (ook in de planning) uitgeschreven. Alle patiënt van de specifieke doelgroepen mogen meedoen met het onderzoek. De resultaten worden per doelgroep geanalyseerd.

3.4 Onderzoeksinstrumenten

Tijdens het onderzoek worden de visies en opvattingen van de patiënten in kaart gebracht. Hiervoor wordt een enquête gebruikt. Alle stellingen worden beantwoord met de Likert-Schaal. De enquêtes van de werknemers van PMC in Balans zullen online via SurveyMonkey worden afgenomen. De enquêtes voor de patiënten binnen PMC in Balans worden op papier uitgedeeld. Hiervoor is gekozen wegens de hogere leeftijd van de meeste patiënten. De respons zou in het gedrang kunnen komen door een online enquête bij deze doelgroep. De enquête is voor beide groepen hetzelfde. De operationaliseringstabel is in de bijlage weergegeven. Deze operationaliseringstabel is opgesteld vanuit het theoretisch kader in hoofdstuk 3. Vanuit de operationaliseringstabel worden items opgesteld voor het onderzoeksinstrument. Deze worden uitgewerkt op papier in Word voor de patiënten. Voor de medewerkers wordt er in SurveyMonkey een enquête aangemaakt. Alle gegevens kunnen worden vertaald in Excel.

3.4 Analyse van resultaten

De enquêtes worden geanalyseerd via het programma SPSS. De resultaten uit SurveyMonkey worden vertaald naar SPSS. De variabelen worden bij elkaar gebracht in een datamatrix. De datamatrix dient systematisch de verzamelde gegevens vast te leggen. De datamatrix is het eindpunt van de dataverzameling, en tegelijk het beginpunt voor de data-analyse (Swanborn, 2015). De analyse zal worden vertaald in de verschillende doelgroepen. Zo zullen de verschillen tussen de doelgroepen van de patiënten worden onderscheiden. De analyse van de enquête voor de patiënten zal in de volgende groepen worden verdeeld:

- COPD
- Diabetes
- Medische Fitness
- Oncologie
- Hartrevalidatie

Uit de enquêtes zal blijken of er verschillen zijn tussen de visies en opvattingen van de verschillende groepen omtrent een toekomstig leefstijlaanbod.

Bij de analyse van de enquête voor de werknemers van PMC in Balans zal ook SPSS als hulpmiddel worden gebruikt. De enquêtes worden online afgenomen via SurveyMonkey en zullen worden omgezet naar SPSS. Ook hier zal onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende groepen:

- management
- therapeuten
- ondersteunend personeel

De bevindingen zullen worden vertaald in een adviesrapport gericht aan PMC in Balans. Het advies draait om de opvattingen en visies van de patiënten en medewerkers omtrent een mogelijk leefstijlaanbod binnen PMC in Balans.

De analyse zal starten met een data-inspectie. De gerealiseerde onderzoeksgroep wordt in kaart gebracht waarna de data-inspectie wordt uitgevoerd. De betrouwbaarheidsintervallen worden daarbij ook gemeten via Cronbach's Alpha. Indien nodig wordt er een item verwijderd. De resultaten worden per dimensie in kaart gebracht onderverdeeld in de verschillende deelvragen.

De verschillen tussen de medewerkers en patiënten worden tijdens de analyse in kaart gebracht. Via analyse> Compare Means> Independent Samples T- Test kunnen de verschillen tussen de medewerkers en patiënten worden gemeten.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven. Voorafgaand wordt de data inspectie aangeduid.

4.1 Gerealiseerde onderzoeksgroep

Onderstaande tabel geeft de gerealiseerde onderzoeksgroep weer. De totale populatie betreft 83 personen. Er zijn 70 enquêtes uitgedeeld onder de patiënten waarvan er 52 ingevuld zijn. Door de coronamaatregelen zijn niet alle patiënten afgelopen periode bij de praktijk geweest. Alle aanwezige patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. De medewerkers hebben online de enquête ingevuld. Alle medewerkers hebben de link ontvangen. Daarvan hebben 31 medewerkers deelgenomen aan het onderzoek.

<i>Geslacht</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
<i>Man</i>	31	37,4%
<i>Vrouw</i>	46	55,4%
<i>Onbekend</i>	6	7,2%
<i>Functie</i>		
<i>Patiënt</i>	52	37,4%
<i>Medewerker</i>	31	62,6%

Tabel 1 Gerealiseerde onderzoeksgroep

4.2 Data inspectie

4.2.1 Codeerfouten

Het codeboek in SPSS is bekeken aan de hand van ‘Variable view’ en vergeleken met de opgestelde enquêtes. Er zijn geen codeerfouten geconstateerd.

4.2.2 Ontbrekende gegevens

Via SPSS is er gecontroleerd op ontbrekende gegevens of foutieve waarden. Van alle variabelen zijn de min, max, M en SD in kaart gebracht. Er zijn geen ontbrekende gegevens gevonden.

4.2.3 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid wordt berekend aan de hand van de Cronbachs’s Alpha. De dimensie dient tenminste twee stellingen, liefst drie te betreffen. Niet alle dimensies kunnen in dat geval worden geanalyseerd. In de tabel hieronder staan de geanalyseerde dimensies. Een cronbach’s alfa van $>0,70$ is gewenst (Van Peet & Everaert, 2013, p.281). Op basis hiervan is item 17 verwijderd (zie bijlage). De overige dimensies zijn niet betrouwbaar gemeten vanwege te kort aan stellingen.

Tabel 2*Cronbach's Alpha*

	Cronbach's alpha
Lichaamsfuncties	,794
Beweegactiviteiten	,618
Voedingsactiviteiten	,796
Ontspanningsactiviteiten	,722
Motivatieniveaus	,607
Sociale omgeving	,743

4.3 Deelvraag 1

Deelvraag 1 is geformuleerd als: “Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de doelen voor een leefstijlaanbod?”

De visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten zijn met een enquête gemeten op basis van de Likertschaal. Score 1 komt overeen met “heel onbelangrijk” en score 5 komt overeen met “heel belangrijk”. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 1 en 2. Het aantal respondent (n= 83) bedraagt 83 personen.

Tabel 3*Visies en opvattingen over doelen leefstijlaanbod*

Doelen	Min	Max	M	SD
Lichaamsfuncties	2,8	5	4,4	,481
Gevoel van zingeving	2	5	4,2	,655
Kwaliteit van leven	3	5	4,5	,548
Mentaal welbevinden	2	5	4,3	,676
Meedoen	3	5	4,2	,544
Dagelijks functioneren	3	5	4,4	,559

In tabel 1 zijn de resultaten te zien van de visies en opvattingen over de doelen van een leefstijlaanbod. Kwaliteit van leven scoort met een gemiddelde van 4,5 het hoogst wat neigt naar ‘Heel belangrijk’. Kwaliteit van leven wordt gevolgd door lichaamsfuncties en dagelijks functioneren met 4,4 gemiddeld. De doelen meedoen en gevoel van zingeving scoren het laagst; 4,2 maar scoort nog wel ‘belangrijk’. De standaarddeviaties zijn als laag te kwalificeren. De respondenten zijn in hoge mate eensgezind over de na te streven doelen van een leefstijlaanbod; alle categorieën van doelen vinden zij heel belangrijk.

Tabel 4*Visies en opvattingen over lichaamsfuncties*

Lichaamsfuncties	Min	Max	M	SD
Bewegen	1	5	4,6	,663
Roken	1	5	4,6	,817
Alcohol	1	5	4,1	,844
Voeding	3	5	4,5	,571
Ontspanning	3	5	4,5	,525
Slaap	3	5	4,4	,638

In het theoretisch kader wordt het model “positieve gezondheid” van Machteld Huber gezien als overkoepelend model. In het theoretisch kader wordt het BRAVO-Kompas ingevoegd in het model. Omwille hiervan worden de BRAVO factoren afzonderlijk geanalyseerd. Bewegen en roken scoren gemiddeld het hoogst met een gemiddelde van 4,6. De factor alcohol scoort het laagst met een gemiddelde van 4,1. De standaarddeviatie is laag te kwalificeren, al vallen de factoren roken en alcohol hoger uit met 0,844 en 0,817.

4.4 Deelvraag 2

Deelvraag 2 is geformuleerd als; “Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de concrete activiteiten van een leefstijlaanbod?”

De visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten zijn omtrent de concrete activiteiten zijn met een enquête gemeten op basis van de Likertschaal. Score 1 komt overeen met “heel onbelangrijk” en score 5 komt overeen met “heel belangrijk”. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3 en 4. De respondent (n= 83) bedraagt 83 personen.

Tabel 5*Belang soort activiteiten*

Activiteiten	Min	Max	M	SD
Bewegen	2,7	5	3,90	,473
Roken	1	5	3,96	1,064
Alcohol	1	5	3,78	,951
Voeding	2	5	3,63	,744
Ontspanning	2,5	5	4,01	,582
Mentaal welbevinden	2	5	3,84	,804
Kwaliteit leven	2,5	5	3,91	,595

In tabel 3 zijn de resultaten weergegeven van soort activiteiten. Hierin scoort ontspanning met een gemiddelde van 4,01 het hoogst. Ook roken (3,96), kwaliteit van leven (3,9) en bewegen (3,9) scoren gemiddeld hoog. Voeding scoort met gemiddeld 3,84 het laagst. Lettend op de standaarddeviatie zijn de verschillen in de categorie roken (1,064) en alcohol (.951) groot wat betekent dat de respondenten in een lage mate eensgezinds zijn over de categorieën.

Tabel 6

*Belang concrete
activiteiten*

		Min	Max	M	SD
Bewegen	Krachttraining	2	5	3,78	,682
	Conditietraining	3	5	4,22	,542
Roken	Voorlichting over roken	1	5	3,96	1,064
Alcohol	Voorlichting over alcohol	1	5	3,78	,951
Voeding	Workshops gezonde gerechten	1	5	3,48	,802
	Voorlichting over voeding	1	5	3,77	,831
Ontspanning	Aanleren van ontspanningsoefeningen/ ademhalingsoefeningen	2	5	4,02	,680
	Voorlichting over ontspanning	3	5	3,99	,634
Mentaal welbevinden	Voorlichting over omgaan met verandering	2	5	3,84	,804
Kwaliteit leven en dagelijks functioneren	Individuele coaching	2	5	3,81	,862
	Voortgang meten	2	5	4,01	,634

In tabel 6 zijn de resultaten van de concrete activiteiten per dimensie weergegeven. Bij de dimensie bewegen scoort ‘conditietraining’ hoog met een gemiddelde van 4,2 (neigt het meest naar ‘belangrijk’). De standaarddeviatie is 0,542 wat betekent dat de respondent in hoge mate eensgezind zijn over deze stelling.

Bij de dimensie roken scoort de concrete activiteit ‘voorlichting’ gemiddeld 3,96 en wordt dus ‘belangrijk’ gevonden. Hierbij is de standaarddeviatie hoog te noemen (1,064) wat betekent dat de mate waren in respondenten eensgezindheid zijn over deze stelling laag is.

Bij de dimensie alcohol scoort de concrete activiteit ‘voorlichting’ gemiddeld 3,8. Ook hier is de standaarddeviatie hoog (,951) wat betekent dat de respondenten een lage mate van eensgezindheid hebben.

Bij de dimensie voeding scoort de activiteit ‘voorlichting’ het hoogst met een gemiddelde van 3,8.

Bij de dimensie ontspanning scoort ‘het aanleren van ontspanningsoefeningen’ het hoogst met een gemiddelde van 4,0 en wordt dus ‘belangrijk’ gevonden.

Bij de dimensie van Huber scoort ‘voortgang meten’ het hoogst met een gemiddelde van 4,0 en wordt dus ‘belangrijk’ gevonden waarbij de standaarddeviatie 0,634 zorgt voor een hoge mate van eensgezindheid bij de respondenten.

4.5 Deelvraag 3

Deelvraag 3 is geformuleerd als: “Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de coaching en begeleiding van een leefstijlaanbod?”

Tabel 7

Opvattingen en visies coachen en begeleiden

		Min	Max	M	SD
Basisbehoeften	Autonomie	3	5	4,16	,483
	Verbondenheid	3	5	4,03	,460
	Competentie	3	5	4,23	,580
Motivatielevel	Extrinsieke motivatie	1	5	3,01	,862
	Eigen extrinsieke motivatie	2	5	4,04	,671
	Intrinsieke motivatie	3	5	4,29	,615

In tabel 7 zijn de opvattingen en visies omtrent coachen en begeleiden weergegeven. Daarnaast staan ook de motivatielevels weergegeven. De basisbehoefte competentie scoort gemiddeld het hoogst; 4,2 wat betekent ‘belangrijk’. Verbondenheid scoort van de drie basisbehoeften gemiddeld het laagst 4,0 maar wordt nog wel ‘belangrijk’ gevonden. De motivatielevels zijn ook gemeten. Intrinsieke motivatie scoort het hoogst met een gemiddelde van 4,3. Extrinsieke motivatie scoort laag; 3,0 wat betekent niet belangrijk/niet onbelangrijk. De standaarddeviatie horend bij deze deelvraag zijn laag te benoemen. Daarmee zijn de deelnemers in een hoge mate eensgezind op het onderdeel coachen en begeleiden.

4.6 Deelvraag 4

Deelvraag 4 is geformuleerd als volgt: “Wat zijn de visie en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de omgeving van een leefstijlaanbod?”.

Tabel 8

Visies en opvattingen omgeving leefstijlaanbod

		Min	Max	M	SD
Sociale omgeving	Voorbeeldfunctie	2	5	3,73	,766
	Stimulerende thuissituatie	3	5	3,95	,539
	Waardering	1	5	3,66	,720
Fysieke omgeving	Veilige omgeving	3	5	4,14	,587
	Locatie vanaf woonplaats	2	5	3,95	,642

In tabel 6 zijn de visies en opvattingen omtrent de omgeving van een leefstijlaanbod weergegeven. De omgeving is verdeeld in sociale omgeving en fysieke omgeving. Bij de sociale omgeving scoort ‘stimulerende thuissituatie’ het hoogst met gemiddeld een 4,0 en wordt dus ‘belangrijk’ gevonden. ‘Waardering’ scoort het laagst; 3,7 wat betekent dat het nog wel het meest neigt naar ‘belangrijk’. Bij de fysieke omgeving scoort een ‘veilige omgeving’ het hoogst; 4,1. De locatie vanaf de woonplaats scoort gemiddeld lager met een gemiddelde van 4,0 en wordt dus wel ‘belangrijk’ gevonden. De standaarddeviaties zijn laag te benoemen wat betekent dat de respondenten in hoge mate eensgezind zijn over de stellingen

4.7 Significante verschillen

Significante verschillen tussen persoonsfactoren worden geanalyseerd via SPSS. Significante verschillen zorgen voor een waarde $<0,05$. Verschillen tussen man-vrouw en verschillen tussen functies worden geanalyseerd.

Geslacht

Deelvraag 1, 2 en 3 bevatten geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen (zie navolgbare berekeningen in bijlage 8). Deelvraag 4 luidend; “Wat zijn de visies en opvattingen omtrent de omgeving van een leefstijlaanbod?” wel. In tabel 9 in de bijlage zijn er significante verschillen weergegeven omtrent de sociale omgeving van een leefstijlaanbod. De mannen en vrouwen deelnemend aan het onderzoek verschillen van mening over de ‘stimulerende thuissituatie’ (0,023) en de ‘waardering’ (0,010). Statistisch gezien zijn de antwoorden niet aan toeval toe te schrijven en dus zijn de verschillen betekenisvol.

Tabel 10

Verschillen gemiddelden geslacht over sociale omgeving

	Geslacht	N	M	SD	Std. Error Mean
Voorbeeldfunctie	Vrouw	45	3,8	,704	,105
	Man	32	3,6	,840	,148
Stimulerende thuissituatie	Vrouw	45	3,9	,505	,075
	Man	32	4,0	,538	,095
Waardering	Vrouw	45	3,6	,650	,097
	Man	32	3,6	,759	,134

In de tabel hieronder zijn de gemiddelden van de mannen en vrouwen weergegeven omtrent de sociale omgeving van een leefstijlaanbod. De verschillen in de gemiddelde van ‘stimulerende thuissituatie’ zijn klein (man:4,0 en vrouw:3,9). Dit geldt voor ‘waardering’ ook.

Functie

In tabel 11 in de bijlage zijn de significante verschillen weergegeven van deelvraag 1. Deelvraag 1 luidt: ‘Wat zijn de visies en opvattingen omtrent de doelen van een leefstijlaanbod?’. De dimensie lichaamsfuncties (0,010) en mentaal welbevinden (0,009) scoren $<0,05$ en zijn significant te noemen. Statistisch gezien zijn de antwoorden niet aan toeval toe te schrijven en dus zijn de verschillen betekenisvol.

Tabel 12

Verschillen gemiddelden medewerkers en patiënten

	Functie	N	M	SD	Std. Error Mean
Lichaamsfuncties	Medewerker	31	4,6	,41370	,07430
	Patiënt	52	4,3	,49333	,06841
Mentaal welbevinden	Medewerker	31	4,2	,688	,124
	Patiënt	52	3,6	,814	,113

Via analyse> Compare Means> Independent Samples T- Test kunnen de verschillen tussen de medewerkers en patiënten worden gemeten. In de tabel hieronder zijn de dimensies lichaamsfuncties en mentaal welbevinden gemeten qua verschil tussen medewerkers en patiënten. Op de dimensie lichaamsfuncties scoren de medewerkers gemiddeld 4,6. Bij de patiënten is dat lager: 4,3. Bij ‘mentaal welbevinden’ scoren de medewerkers gemiddeld 4,2. De patiënten scoren op de dimensie ‘mentaal welbevinden’ gemiddeld 3,6.

Deelvraag 3 luidend; “wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de coaching en begeleiding van een leefstijlaanbod?” bevat wel significante verschillen (zie tabel 13 in bijlage). Autonomie (0,024) en competentie (,000) zijn significante verschillen tussen medewerkers en patiënten.

Bij de motivatielevels zijn alle levels significant verschillend te benoemen.

Tabel 14

Verschillen gemiddelden coachen en begeleiden

Coachen en begeleiden	Functie	N	M	SD	Std. Error Mean
Autonomie	Medewerker	31	4,3	,439	,07880
	Patiënt	52	4,0	,489	,06780
Competentie	Medewerker	31	4,5	,499	,08961
	Patiënt	52	4,0	,557	,07725
Extrinsieke motivatie	Medewerker	31	3,5	,926	,166
	Patiënt	52	2,7	,667	,092
Eigen extrinsieke motivatie	Medewerker	31	4,4	,558	,100
	Patiënt	52	3,8	,648	,090
Intrinsieke motivatie	Medewerker	31	4,6	,506	,091
	Patiënt	52	4,1	,627	,087

Via analyse> Compare Means> Independent Samples T- Test kunnen de verschillen tussen de medewerkers en patiënten worden gemeten. In de tabel hieronder zijn de dimensies ‘autonomie’ en ‘competentie’ gemeten op basis van verschillen tussen medewerkers en patiënten. ‘Autonomie’ scoort gemiddeld bij de medewerkers 4,3 en bij de patiënten 4,0. Bij ‘competentie’ scoren de medewerkers 4,5 en de patiënten 4,0.

Bij extrinsieke motivatie is het gemiddelde bij de medewerkers 3,5 tegenover 2,7 bij de patiënten wat betekent dat zij het beiden ‘niet belangrijk/ niet onbelangrijk’ vinden. Bij eigen extrinsieke motivatie scoren de medewerkers 4,4 tegenover 3,8 van de patiënten. Bij intrinsieke motivatie scoren beide hoog namelijk 4,6 bij de medewerkers tegenover 4,1 gemiddeld bij de patiënten. Beiden vinden het dus ‘belangrijk’.

Deelvraag 4 luidend; “wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de sociale en fysieke omgeving van een leefstijlaanbod?” bevat wel significante verschillen (zie tabel 15 in bijlage). Voorbeeldfunctie (0,000), waardering (,001) en locatie vanaf woonplaats (0,001) zijn significante verschillen tussen medewerkers en patiënten.

Tabel 16

Verschillen gemiddelden omgeving

	Functie	N	M	SD	Std. Error Mean
Voorbeeldfunctie	Medewerker	31	4,3	,514	,092
	Patiënt	52	3,4	,723	,100
Waardering	Medewerker	32	4,0	,577	,104
	Patiënt	52	3,5	,727	,101
Locatie vanaf woonplaats	Medewerker	31	3,7	,608	,109
	Patiënt	52	4,1	,595	,083

Via analyse> Compare Means> Independent Samples T- Test kunnen de verschillen tussen de medewerkers en patiënten worden gemeten. In de tabel hieronder zijn de dimensies ‘voorbeeldfunctie’ en ‘waardering’ en ‘locatie vanaf woonplaats’ gemeten op basis van verschillen tussen medewerkers en patiënten. ‘Voorbeeldfunctie’ scoort gemiddeld bij de medewerkers 4,3 (belangrijk) en bij de patiënten 3,4 (niet belangrijk/ niet onbelangrijk). Bij ‘waardering’ scoren de medewerkers 4,0 en de patiënten 3,5. Beide neigt naar ‘belangrijk’. Bij ‘locatie vanaf woonplaats’ is het gemiddelde bij medewerkers 3,7 tegenover 4,1 bij patiënten. Beide neigt naar ‘belangrijk’.

H.5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusie omschreven per deelvraag. Daarbij wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag. De resultaten uit het vorige hoofdstuk worden gekoppeld aan literatuur uit het theoretisch kader.

5.1 Conclusie deelvraag 1

Deelvraag 1 luidt: “wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de doelen van een leefstijlaanbod?”.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de medewerkers en patiënten samen, het doel ‘kwaliteit van leven’ het meest belangrijk vinden. Op de voet gevolgd door ‘lichaamsfuncties’ en ‘dagelijks functioneren’. Dit houdt in dat de medewerkers en patiënten deze doelen het belangrijkste vinden om aan te werken tijdens een leefstijlaanbod. De dimensie lichaamsfuncties is daarbij nog apart geanalyseerd. Hier komt duidelijk naar voren dat de doelen bewegen en roken het belangrijkste gevonden worden. Daarnaast scoren ook voeding en ontspanning hoog. De overige doelen neigen daarbij ook meer naar ‘belangrijk’ dan naar ‘onbelangrijk’. Het feit dat alle doelen hoog scoren komt overeen met de literatuur. Bestaande interventies als COOL, Slimmer en Beweegkuur bestaan ook uit meerdere doelen tijdens een interventie (Loketgezondleven, 2019). Daarnaast laten de modellen van Positieve Gezondheid, Het leefstijlroer en De Bravokompas zien, dat alle leefstijlfactoren samenhangen. Om een gezonde leefstijl te hanteren is het belangrijk om de verschillende leefstijlfactoren aan bod te laten komen (Kenniscentrum Sport & bewegen, 2019). Het minst belangrijk wordt ‘zingeving’ gevonden. In de literatuur komt zingeving weinig tot niet voor binnen leefstijlprogramma’s. Zingeving bestaat voornamelijk uit een zinvol leven hebben, vertrouwen hebben en dankbaar zijn (Huber, 2011). Deze aspecten kunnen wel door leefstijlprogramma’s worden beïnvloed. Binnen de dimensie ‘lichaamsfuncties’ scoort alcohol het laagst. Het doel alcohol wordt wel nog steeds belangrijk gevonden binnen een leefstijlprogramma. Het feit dat dit doel het laagst scoort kan komen doordat niet iedereen zich herkent in een te veel alcoholgebruik. Indien dat het geval is kan de patiënt of medewerker dit als minder belangrijk aanduiden.

5.2 Conclusie deelvraag 2

Deelvraag 2 is geformuleerd als: “Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de concrete activiteiten binnen een leefstijlprogramma?”

Geconcludeerd kan worden uit de resultaten is dat de medewerkers en patiënten het belang van activiteiten omtrent ontspanning het belangrijkste vinden. Ook bewegen, roken en kwaliteit van leven scoren hoog. Dit komt overeen met de resultaten vanuit deelvraag 1. De patiënten en medewerkers vinden het dus het belangrijkste op bovenstaande dimensie concrete activiteiten te krijgen. Het belang van concrete activiteiten over voeding vinden zij het minst belangrijk. Dit is afwijkend van de literatuur. In veel leefstijlprogramma’s zoals COOL, Slimmer en Beweegkuur heeft voeding een groot aandeel i.c.m. met bewegen (Loketgezondleven, 2019). Uit de resultaten welke concrete activiteiten de medewerkers en patiënten geïmplementeerd willen zien kan geconcludeerd worden dat conditietraining het belangrijkste wordt gevonden. Ook voortgang meten en het aanleren van ontspanningsoefeningen vinden de respondenten belangrijk. Het feit dat het aanleren van

ontspanningsoefeningen hoog scoort kan voortkomen uit de trend in de maatschappij. Stress speelt steeds meer een rol in de maatschappij (Volksgezondheidszorg, 2019). Het meten van voortgang wordt ook belangrijk gevonden. Men vindt monitoring van resultaten belangrijk ten behoeve van de mate van effectiviteit van bepaalde acties (van der Waard, 2017). Men wil weten of hij of zij goed op weg is en of wat gedaan wordt nut heeft. De workshops gezonde gerechten voorbereiden wordt niet heel belangrijk gevonden. Medewerkers zullen hierop wellicht de uitvoerbaarheid als belemmering zien.

5.3 Conclusie deelvraag 3

Deelvraag 3 is als volgt geformuleerd; “Wat zijn de visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten omtrent de coaching en begeleiding van een leefstijlaanbod?”

Geconcludeerd kan worden uit de resultaten is dat de basisbehoefte competentie het meest belangrijk wordt gevonden om te stimuleren tijdens een leefstijlaanbod. De andere twee basisbehoeften worden ook belangrijk gevonden. Dit komt overeen met de literatuur. Om intrinsiek gemotiveerd te raken voor een leefstijlaanbod moeten alle drie de basisbehoeften worden gestimuleerd (Kilpatrick, 2002). In dit geval vinden zowel patiënten als medewerkers de basisbehoeften belangrijk. Er zijn wel significante verschillen gevonden tussen de patiënten en de medewerkers. De medewerkers scoren een stuk hoger bij competentie en autonomie dan de patiënten. Echter blijven beide groepen de basisbehoeften belangrijk of heel belangrijk vinden.

Zowel de literatuur ook voorschrijft is intrinsieke motivatie belangrijk bij een leefstijlprogramma (Kilpatrick, 2002). Patiënten en medewerkers vinden dit motivatielevel dan ook het belangrijkste. Extrinsieke motivatie, krijgen van beloningen, vinden beide partijen niet belangrijk. Bij de eigen extrinsiek motivatie vinden de medewerkers het belangrijk dat de deelnemers deelnemen aan de hand van de motivatie gezondheidsbevordering. Patiënten vinden dit minder belangrijk.

5.4 Conclusie deelvraag 4

Deelvraag 4 is als volgt geformuleerd: “Wat zijn de visies en opvattingen van medewerkers en patiënten omtrent de omgeving van een leefstijlaanbod?”.

Naar aanleiding van de resultaten kan geconcludeerd worden dat bij de sociale omgeving een stimulerende thuissituatie het meest belangrijk wordt gevonden. Waardering wordt minder belangrijk gevonden. Een stimulerende thuissituatie is essentieel bij gedragsverandering (Metz, 2013). Het COMB-model is gemaakt als model tot gedragsverandering. Ook hier wordt de thuissituatie belicht (Metz, 2013). De partner of samenwonende moet het nieuwe gewenste gedrag accepteren en waar nodig bij staan in de verandering. Als de thuissituatie niet achter de verandering staat, betekent dit in veel gevallen een mislukte poging of terugval in het oude gedrag. Mannen blijken de steun uit de sociale omgeving iets minder belangrijk te vinden dan de vrouwelijke respondenten. Ook uit eerdere onderzoeken blijkt dit het geval. Vrouwen hebben meer sociale steun nodig om te ontwikkelen dan mannen (Vercauteren, 2007)

De fysieke omgeving speelt ook een rol in een leefstijlprogramma. De patiënten en medewerkers vinden een veilige omgeving belangrijk. De locatie vanaf de woonplaats wordt ook belangrijk gevonden. Dit kan te maken hebben met de leeftijd van de respondenten, namelijk ouderen. Zij zijn vaak minder mobiel waardoor de afstand vanaf woonplaats tot de locatie van het leefstijlprogramma belangrijk is.

5.5 Conclusie centrale hoofdvraag

De centrale hoofdvraag is als volgt geformuleerd: “Wat zijn de visies en opvattingen ten aanzien van het toekomstig programma leefstijlcoaching van de medewerkers en patiënten binnen PMC in Balans?”

Doelen en activiteiten

Over het algemeen is te concluderen dat de patiënten en medewerkers de werkzame elementen vanuit de literatuur belangrijk vinden. Als het gaat om de doelen van een leefstijlaanbod vinden zij kwaliteit van leven en lichaamsfuncties belangrijk. In de dimensie lichaamsfuncties worden bewegen, roken en ontspanning het meest belangrijk gevonden. Dit is door vertaald naar de concrete activiteiten van een leefstijlaanbod. Conditietraining, voortgang meten en het aanleren van ontspanningsoefeningen vinden de patiënten en medewerkers het meest belangrijk. Alleen voeding wijkt wat af van de literatuur. De respondenten vinden voeding het minst belangrijk van alle dimensies. Echter scoort deze alsnog ‘hoog’.

Begeleiding

Als het gaat om de begeleiding vinden de respondenten de drie basisbehoeften belangrijk om tot intrinsieke motivatie te komen. Dit is ook nodig om tot gedragsverandering te komen en te blijven (Kilpatrick, 2002). Alle drie de psychologische basisbehoeften scoren belangrijk waarbij competentie het hoogst. Extrinsieke motivatie vinden zowel medewerkers als patiënten onbelangrijk.

Omgeving

De omgeving is ingedeeld in sociale omgeving en fysieke omgeving. De stimulerende thuissituatie wordt erg belangrijk gevonden. De sociale steun vanuit de thuissituatie is dan ook essentieel (Mertz, 2013) en wordt dan ook het belangrijkste gevonden. Bij de fysieke omgeving is zowel de veilige omgeving als de locatie vanaf woonplaats belangrijk gevonden. De veilige omgeving en de locatie vanaf de woonplaats zijn dan ook een must in het leefstijlaanbod volgens de respondenten.

5.6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten en conclusies uit het onderzoek aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn voor de stageorganisatie PMC in Balans.

Voor het ontwerpen van een interventie binnen de organisatie PMC in Balans zijn de volgende aanbevelingen (Aanbevelingen ontwerper en management):

1. Ontwikkel of implementeer een leefstijlprogramma met als doel de gehele leefstijl te verbeteren. Alle leefstijlfactoren moeten aan bod komen. Zowel de medewerkers als de patiënten vinden alle doelen ‘belangrijk’. Kwaliteit van leven, lichaamsfuncties (met name ontspanning, roken en bewegen) en dagelijks functioneren moeten de boventoon voeren in het leefstijlprogramma. Het ontwerp dient de werkzame elementen van interventies mee te nemen. Sport- en beweeginterventie die werkzame elementen uit alle vijf de pijlers toepassen zijn hoogstwaarschijnlijk succesvoller in het behalen van de opgestelde doelen (Kenniscentrum sport & bewegen, 2018).

2. Zorg ervoor dat concrete activiteiten als ‘conditietraining’, ‘aanleren van ontspanningsoefeningen’ en het ‘meten van voortgang’ terugkomen in het ontwerp van het leefstijlprogramma. Zowel de medewerkers als de patiënten vinden deze activiteiten het belangrijkste. Zorg wel dat er activiteiten terugkomen omtrent de overige leefstijlfactoren. Het aanpassen van een interventie en activiteiten dat aansluit bij de doelgroep zorgt voor meer effectiviteit (Loketgezondleven, 2017).

3. De begeleiding van het leefstijlprogramma moet gericht zijn op alle drie de psychologische basisbehoeften volgens het model Self Determination Theory. De intrinsieke motivatie van de deelnemers moet op deze manier worden gestimuleerd. De deelname aan een leefstijlprogramma moet uit de deelnemers zelf komen. Het deelnamemotief gezondheidsbevordering kan in eerste instantie worden ingezet om tot intrinsieke motivatie te leiden (Kilpatrick, 2002).

4. De omgeving van het leefstijlprogramma moet zo ingericht worden dat de thuissituatie betrokken wordt in het proces. Een ‘stimulerende thuissituatie’ wordt erg belangrijk gevonden. Sociale steun vanuit de thuissituatie is dan ook essentieel (Mertz, 2013). Daarbij moet het programma plaatsvinden in een veilige omgeving.

Aanbevelingen management PMC in Balans

1. Ontwikkel een leefstijlaanbod binnen de organisatie PMC in Balans passend bij de organisatie. Het aanbod dient concreet, innovatief en gericht op kwaliteit te zijn. Daarnaast moet het aanbod menselijk zijn; betrokken, betrouwbaar en laagdrempelig. Dit past bij de kernwaarden, missie en visie van PMC in Balans (zie bijlage). Door het leefstijlaanbod te implementeren in de organisatie breidt PMC in Balans het aanbod in medische diensten uit. Het aanbod moet als doel hebben de gehele leefstijl van de deelnemers te verbeteren. De begeleiding moet ingericht zijn op basis van de Self Determination Theory. Deze theorie zorgt uiteindelijk voor duurzame gedragsverandering (Kilpatrick, 2002). De uitvoerder moet competent zijn in het werken met cliënten op het gebied van leefstijl en duurzame gedragsverandering. De omgeving van het leefstijlaanbod moet zo ingericht zijn dat de thuissituatie betrokken wordt. De fysieke omgeving dient veiligheid te waarborgen voor de deelnemers. Het aanpassen van een interventie dat aansluit bij de doelgroep zorgt voor meer effectiviteit (Loketgezondleven, 2017). Het is belangrijk om in gesprek te gaan met de doelgroep. Met lokale experts op het gezondheidsgebied kan er bepaald worden wat er concreet moet worden aangepast voor de doelgroep (Loketgezondleven, 2017).

2. Implementeer een bestaande erkende interventie die passend is bij de aanbevelingen vanuit het onderzoek. Er zijn al een aantal effectief gebleken interventies ontwikkeld. Het Cool-programma is daar een voorbeeld van. De visies en opvattingen van de medewerkers en patiënten komen vrijwel geheel overeen met de interventie COOL.

De medewerkers en patiënten vinden als doel de gehele leefstijl belangrijk met in het bijzonder lichaamsfuncties en kwaliteit van leven. Het doel van het Cool-programma sluit daar volledig op aan:

“De leefstijlcoach, die gericht is op het stapsgewijs verbeteren van het leefpatroon om zo een duurzame verandering van de leefstijl te realiseren met als uiteindelijk doel het bewerkstelligen van gewichtsverlies, het verbeteren van de lichamelijke fitheid, het realiseren van gezondheidswinst en het verbeteren van de kwaliteit van leven”.

(Phillippens & Janssen, 2015).

Het doel van het Cool-programma sluit aan op de visies en opvattingen omtrent doelen van een leefstijlaanbod van de medewerkers en patiënten binnen PMC in Balans.

Concrete activiteiten worden gewenst op bewegen, ontspanning en het meten van voortgang. Het Cool-programma bestaat uit groepssessies en individuele gesprekken met een leefstijlcoach waarin voortgang wordt besproken. Beweging, voeding, slapen, ontspanning en gedragsverandering komen in de groepssessie allen aan bod met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de deelnemers. De begeleiding van het Cool-programma is gericht op het bevorderen van de intrinsieke motivatie. Zo worden er groepssessies gegeven om de verbondenheid te verhogen (een van de drie basisbehoeften). Daarnaast wordt er ingespeeld op de autonome motivatie door de deelnemers eigen regie te geven over het proces. Daarnaast is er een sessie waarin zelfvertrouwen (competentie) wordt behandeld (Phillippens & Janssen, 2015). De Self Determination Theory komt ruimschoots terug in de interventie COOL.

In het Cool-programma wordt de sociale omgeving betrokken bij de interventie. De leefstijlcoach stimuleert de deelnemers tot actief opzoeken van sociale steun. Er zijn ook richtlijnen opgesteld waar de fysieke omgeving aan moet voldoen (Phillippens & Janssen, 2015).

De oplossing past ook bij de kernwaarden van PMC in Balans. Het programma is zowel innovatief, laagdrempelig (financiering), flexibel als gericht op kwaliteit (effectief gebleken). De menselijke betrokkenheid is gewaarborgd binnen de begeleiding volgens de Self Determination Theory. Het aanbod is een uitbreiding van kwalitatieve diensten binnen de organisatie en past daarmee binnen de strategie van de organisatie (zie bijlage). Het aanbod is daarbij innovatief en een preventieve multidisciplinaire dienst binnen de organisatie. Daarmee past dit programma binnen het beleid en kernwaarden van de organisatie. In het adviesrapport worden de aanbevelingen concreter uitgewerkt.

Reactie management naar aanleiding van presentatie

Verschillende betrokkenen en stakeholders van de organisatie hebben de verschillende opties en aanbevelingen gepresenteerd gekregen. Annet van de Kreke vanuit het management staat het meest achter het programma COOL omdat deze door de financiering laagdrempelig is en makkelijk te implementeren is binnen de organisatie. Jeanine Marijs geeft aan dat het COOL-programma goed pas binnen de organisatie en werkwijze en dat ze achter deze aanbeveling staat. Jelle Douma, Jarco Boogaard en Anouk Slabbekoorn staan ook het meest achter het COOL-programma mede door de financiering vanuit de basisverzekering. Concluderend staan de stakeholders van PMC in Balans het meest achter de aanbeveling om COOL te implementeren binnen de organisatie. Het programma past bij de resultaten van het onderzoek en bij het beleid en strategie van de organisatie. Daarnaast is het bestaande programma een stuk minder complex om te implementeren binnen de organisatie volgens de stakeholders. De aanbeveling wordt gedragen door de organisatie. De bewijslast m.b.t. de reacties is opgenomen in het portfolio.

Binnen het adviesrapport worden de aanbevelingen i.c.m. met strategie van de organisatie verder uitgewerkt en afgewogen.

Hoofdstuk 6 Discussie

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek geëvalueerd. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek? Daarnaast wordt de betekenis van het onderzoek voor de innovatiepraktijk belicht. Als laatst worden de kansen voor vervolgonderzoek uiteengezet.

6.1 Evaluatie van het onderzoek

De evaluatie wordt ingedeeld in de oriëntatie, uitvoering en de verwerking/analyse.

Oriëntatie

Het praktijkprobleem is in de oriëntatiefase uiteengezet. Aan de hand van gesprekken met stakeholders, korte vragenlijst voor patiënten en literatuurverkenning is er een relevant praktijkprobleem omschreven. Door literatuur uit verschillende oogpunten is het praktijkprobleem onderbouwd. Door de vele overleggen met de organisatie en medewerkers is de validiteit verhoogd. De literatuurverkenning was in mijn ogen in sommige gevallen ondermaats. De bronnen zijn niet kritisch bekeken op betrouwbaarheid en zijn niet allen wetenschappelijk onderbouwd. Mede door de tijdsdruk is hierin te kort geschoten. Dit is mede recht gezet in het theoretisch kader waar de bronnen wetenschappelijke onderbouwingen bevatten. Hiervoor is dan ook meer tijd verworven dan in eerste instantie nodig zou zijn. Het theoretisch kader zorgt verder voor een logische samenhang en een voldoende goed onderbouwde operationaliseringstabel.

Uitvoering

De uitvoering van het onderzoek heeft erg veel tijd in beslag genomen. De keuze om alleen kwantitatief onderzoek te doen is daarmee wel van positieve waarden. De uitvoering van de enquêtes is in die zin goed verlopen. Door de doelgroep ouderen op papier mee te laten doen in het onderzoek heeft gezorgd voor veel respondenten. Dit zou ik de volgende keer weer afwegen tijdens een onderzoek. De betrouwbaarheid van het onderzoek is niet volledig gewaardborgd. Door de dimensies een of twee stellingen te geven, is de Cronbach's Alpha niet overal te meten. Hierdoor is de betrouwbaarheid van een aantal dimensies niet te meten. Door de vele respondenten en verschillen is het in mijn ogen sterk om de significante verschillen te beoordelen. Significante verschillen betekent niet per definitie dat de verschillen groot zijn (Nji, 2016). Een statistisch significant verschil is als de kans klein is dat het door toeval komt (t.a.p). Deze zijn gemeten en geanalyseerd in de conclusies. Door de tijdsdruk zijn de onderdelen van een leefstijlaanbod relatief kort getoetst. Door een uitgebreidere enquête zou zowel de betrouwbaarheid als validiteit omhoog kunnen gaan.

Verwerking/ analyse

De verwerking en analyse van de data uit het kwantitatieve onderzoek zijn via SPSS uitgevoerd. Vanwege tijdsdruk en weinig ervaring met SPSS heeft de analyse veel tijd ingenomen. Zo zijn verschillen tussen leeftijden niet gemeten en is de betrouwbaarheid niet gewaarborgd. Het missen van een persoonsfactor leidt tot een mindere analyse van de verschillen. Daarbij zijn de gemeten verschillen ook een sterk punt uit het onderzoek. De verschillen tussen medewerkers en patiënten zijn omtrent de indeling van een leefstijlaanbod erg relevant. De betrouwbaarheid is in enkele dimensies niet gemeten door een tekort aan stellingen. De overige wel gemeten dimensies zijn betrouwbaar gebleken door de norm van Cronbach's Alpha.

6.2 Betekenis van het onderzoek voor de innovatiepraktijk

Zowel de medewerkers en de patiënten vinden de verschillende onderdelen van een leefstijlaanbod 'belangrijk'. Passend bij de missie, visies en kernwaarden van PMC in Balans zou een leefstijlaanbod een toegevoegde waarde zijn binnen de organisatie. De onderzoeksvragen zijn een voor een beantwoordt door de resultaten. Omtrent de doelen vinden de respondenten alle leefstijlfactoren belangrijk met als uitschieters kwaliteit van leven, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren. Een aanbod waar de gehele leefstijl wordt aangepakt is dan ook aan te raden. De concrete activiteiten van het aanbod zullen gericht moeten zijn op bewegen, roken en ontspanning. De overige dimensies mogen niet vergeten worden evenals de gekoppelde doelen. De begeleiding vinden de respondenten belangrijk. De intrinsieke motivatie moet bereikt worden door te werken aan de drie psychologisch basisbehoefte (Kilpatrick, 2002). De omgeving moet veilig zijn volgens de patiënten en medewerkers. Een van de kernwaarden van PMC in Balans is innovatief. Het leefstijlaanbod moet innovatief zijn en van hoge kwaliteit om als toegevoegde waarde te zijn voor de organisatie. Het doel van het onderzoek is in die zin behaald door het beantwoorden van alle onderzoeksvragen en daarmee de oplossing voor het praktijkprobleem.

6.3 Kansen voor vervolgonderzoek

Er zijn mogelijkheden om verder onderzoek te doen in de vorm van:

1. Verder onderzoek naar de concrete wensen en behoeften van de stakeholders van een leefstijlaanbod binnen PMC in Balans. Te denken aan de financiën, de manier van werven en de tijdsduur van het aanbod. Dit is wegens tijdsdruk achterwege gelaten maar kan een toevoeging bieden op het ontwerp.
2. Effectiviteitsonderzoek, indien het leefstijlaanbod geïmplementeerd wordt binnen de organisatie kan er onderzoek worden gedaan naar de voortgang van de deelnemers en de effectiviteit van het aanbod.
3. Reflectieproces met stakeholders met betrekking tot de inhoud van het leefstijlaanbod en de uitvoering daarvan. Hierbij wordt het actiepunt, leerdoel en toekomstidee naar voren gebracht (Mittendorff, 2012).

Hoofdstuk 7 Kennisdisseminatie

In dit hoofdstuk wordt de voorbereiding en uitvoering van de kennisdisseminatie beschreven voor de stakeholders van het onderzoek.

7.1 Voorbereiding

De voorbereiding voor het overdragen van de resultaten uit het onderzoek bestaat uit het maken van afspraken met de stakeholders, maken van een presentatie en het op zichzelf voorbereiden van de presentatie. De stakeholders oftewel de organisatie PMC in Balans zal d.m.v. een presentatie de uitkomsten uit het onderzoek voorgelegd krijgen. Het onderzoek wordt uiteengezet in een PowerPoint presentatie. De aanbevelingen worden verder uitgewerkt in een adviesrapport voor de organisatie. Het adviesrapport zal op basis van bovenstaand onderzoek worden opgesteld. In dit rapport zal een ook een concrete verbinding worden gemaakt met de missie, visie, strategie en kernwaarden van PMC in Balans.

7.2 Uitvoering

De uitvoering van de kennisdisseminatie zal binnen de organisatie PMC in Balans plaatsvinden. Het onderzoek wordt door middel van een PowerPoint presentatie voorgelegd aan de stakeholders. Naar aanleiding van de presentatie kunnen er vragen gesteld worden die beantwoordt worden door de uitvoerder van het onderzoek. Na de vragen wordt er nog een gesprek gevoerd over het advies wat aansluitend aan het onderzoek wordt gemaakt. Het managementteam zal het adviesrapport opgesteld op basis van bovenstaand onderzoek gepresenteerd krijgen. De aanbevelingen worden hierbij verder uitgewerkt en tegen elkaar afgewogen. Hierdoor ontstaat een concreet advies passend bij de missie, visie, strategie en kernwaarden van PMC in Balans.

Literatuurlijst

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (1ste editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.

Bernaards, C.M., & Meurs, T. (2009). *Vergelijkingsonderzoek vragenlijsten leefstijl, gezondheid en vitaliteit*. Leiden: TNO Preventie en Zorg.

Comier, T. (2017). SIMPLIFYING THE RULES TO PROGRAMMING FOR SPECIAL POPULATIONS. *NSCA*, 30–32. Geraadpleegd van <https://www.nasca.com/education/articles/ptq/simplifying-the-rules-to-programming-for-special-populations/>

Hattie, JA. (2002). Influences on student learning. University of Auckland, New Zealand. Geraadpleegd op 4 januari 2021 van <http://www.arts.auckland.ac.nz/staff/index.cfm?P=8650>

Janse, B. (2018). Sociale leertheorie. Geraadpleegd op 10 januari 2021, van <https://toolshero.nl/effectiviteit/sociale-leertheorie/>

Kenniscentrum Sport. (2018, 8 november). *BRAVO-kompas - Bravo Kompas*. Geraadpleegd op 28 december 2020, van <https://tools.kenniscentrumsport.nl/bravo-kompas/tool/bravokompas/>

Lifestyle4Health. (2019). *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneeskunde*. Amsterdam, Nederland: Nederlands innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde.

Loketgezondleven. (z.d.). *Leefstijlinterventies zoeken | Loketgezondleven.nl*. Geraadpleegd op 28 december 2020, van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken-algemeen>

Marcus Kilpatrick , Edward Hebert & Dee Jacobsen (2002) *Physical Activity Motivation: A Practitioner's Guide to Self-Determination Theory*, *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 73:4, 36-41, DOI: 10.1080/07303084.2002.10607789

Mertz, E. (2013). Sociocultural and psychological perspectives. *Center for psychosocial studies*. Published.

National Strength And Conditioning Association, & Malek, M. H. (2011). *NSCA's Essentials of Personal Training* (2de editie). New York, Verenigde Staten: Macmillan Publishers.

NJi. (2016). *Effectwaarden - Effectieve jeugdhulp | NJi*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.nji.nl/Effectwaarden>

Mittendorff, K. (2012). Op zoek naar de kwaliteit van reflectieprocessen van studenten. *F.Meijers*, 121–146. <https://doi.org/10.13140/2.1.3409.2162>

Peet, A., & Everaert, H. (2013). *Lessen in onderzoek* (1ste editie). Amersfoort, Nederland: Uitgeverij Agiel B.V.

Phillippens, N., & Janssen, E. (2015). *Coaching op Leefstijl*. Geraadpleegd van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42335/Beschrijving%20CooL.pdf>

Remmelink, M. (2020, 5 oktober). “Wat is gezondheid?” *Machteld Huber heeft een nieuw antwoord en wil de wereld er mee veranderen*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, van https://maatschapwij.nu/videoportret/machteld-huber-positieve-gezondheid/?utm_term=&utm_campaign=NL+%7C+S+-+DSA&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=2574284583&hsa_cam=1

138482200&hsa_grp=52593772946&hsa_ad=295576542218&hsa_src=g&hsa_tgt=ds
a-
444537779706&hsa_kw=&hsa_mt=b&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gclid=Cj0KCQiA
Ofr_BRDaARIsAABw4Evbc6ClVoP5uUA9Bei8AkWI01HfcOfCjV9kUhICITH3CjlsVFhrSOU
aAozEEALw_wcB

Robroek, Bastiaanssen, Beumer, Hulshof & Post. (2014). *Leefstijlinterventies*. Nederland: Arbokennisnet.

Rinsum van, C., Gerards, S. M. P. L., Rutten, G-JM., van de Goor, I., & Kremers, S. P. J. (2018). Coaching op leefstijl (Cool): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie. Maastricht University.

RIVM. (2019 mei). *Werkzame elementen gecombineerde leefstijlinterventies*. Geraadpleegd op 28 december 2020, van <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/werkzame-elementen-gecombineerde-leefstijlinterventie>

Stam, C. (2016, 24 juni). *Hoe begeleid jij jouw cliënt met beperking?* Geraadpleegd op 29 december 2020, van <https://www.zorgwelzijn.nl/hoe-begeleid-jij-jouw-client-met-beperking/>

Swanborn, P. G. (2015). *Basisboek sociaal onderzoek* (6de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

. The LookAHEAD Research group. *Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes*. N Engl J Med 2013;369:145-54. DOI: 10.1056/NEJMoa1212914

Tubbing, L. (2018). *Validiteit en betrouwbaarheid*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, van <https://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid/>

Van der Waard, J. (2017). *Metten is Weten*. Geraadpleegd van <https://www.crow.nl/downloads/documents/10141>

Vereniging arts en leefstijl. (2020, 30 juli). *LEEFSTIJLROER BLOK*. Geraadpleegd op 28 december 2020, van <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer-blok/>

Bijlagen

Bijlage 1 Missie en visie PMC In Balans

Missie

Als paramedische praktijk zijn wij er om onze deskundigheid te vertalen naar concrete, innovatieve en betere dienstverlening ten behoeve van onze cliënten. Zodoende dragen wij bij aan de kwaliteit van het leven van individuen op het gebied van het bewegingsapparaat en alles wat daarbij hoort.

Visie

Uit deze missie blijkt een passie, een liefde voor het vak en een dynamische kijk op het leven. Wij denken de missie te kunnen verwezenlijken door te zorgen voor een innovatieve, transparante, moderne organisatie op het gebied van paramedische zorg, met multidisciplinaire preventieve en curatieve dienstverlening. Met een breed aanbod aan paramedisch specialistische zorg, nauw samenwerkend met andere disciplines in de regionale zorg, de overheid en de zorgverzekeraar. Uiteindelijk willen wij marktleider zijn op het gebied van “bewegen” in Zuid-West Nederland.

Kernwaarden

- Innovatief
- Gericht op kwaliteit (inhoud en serviceniveau)
- Modern
- Menselijk: betrokken, betrouwbaar, laagdrempelig

- Flexibel

Strategie en beleid

De algemene strategie voor PMC In Balans c.q. FGN Zuid-West is het uitbreiden van praktijken en vestigingen van kwalitatief hoog niveau.

Daarbij richten wij ons op de behoefte aan preventie en paramedische zorg in de regio door samen te werken met andere zorgpartners en overheid om zo te komen tot de best practice dienstverlening voor de cliënt, dicht bij huis, zowel lokaal als regionaal. Wij zijn onderscheidend door onze organisatiekracht, brede aanbod in paramedische diensten, de transparante hoogwaardige kwaliteit en het innovatieve karakter van de dienstverlening.

De **klanten** die wij hebben, onderscheiden wij in cliënten/patiënten, zorgverzekeringen en zorgpartners (verwijzers, zorg verlenende instanties en overheid).

Bijlage 2 doelstellingen in en van het onderzoek

Doelstellingen in een onderzoek	Doelstellingen van het onderzoek- resultaat
Onderzoeksvragen uiteenzetten in theoretisch kader	
- Uitzoeken wat de visies en opvattingen van patiënten zijn omtrent de doelen - Uitzoeken wat de visies en opvattingen van medewerkers zijn omtrent de doelen	Advies op basis van visies en opvattingen van patiënten en medewerkers omtrent de doelen van een leefstijlprogramma
- Uitzoeken wat de visies en opvattingen van patiënten zijn omtrent de concrete activiteiten binnen een leefstijlprogramma - Uitzoeken wat de visies en opvattingen van medewerkers zijn omtrent de concrete activiteiten binnen een leefstijlprogramma	Advies op basis van visies en opvattingen van patiënten en medewerkers omtrent de concrete activiteiten van een leefstijlprogramma
- Uitzoeken wat de visies en opvattingen van patiënten zijn omtrent de begeleiding binnen een leefstijlprogramma - Uitzoeken wat de visies en opvattingen van medewerkers zijn omtrent de begeleiding binnen een leefstijlprogramma	Advies op basis van visies en opvattingen van patiënten en medewerkers omtrent de begeleiding van een leefstijlprogramma
- Uitzoeken wat de visies en opvattingen van patiënten zijn omtrent de omgeving binnen een leefstijlprogramma - Uitzoeken wat de visies en opvattingen van medewerkers zijn omtrent de omgeving binnen een leefstijlprogramma	Advies op basis van visies en opvattingen van patiënten en medewerkers omtrent de evaluatie van een leefstijlprogramma

Bijlage 3 Operationaliseringstabel

Kernbegrip	Deelaspect	Deelcategorie	Vragen
Algemeen	Patiënten		Geslacht: M/V Leeftijd Doelgroep a. COPD b. Diabetes c. Oncologie d. Medische fitness e. Hartrevalidatie
	Medewerkers		- Welke specifieke doelgroepen behandelt u veel? a. COPD b. Diabetes c. Oncologie d. Medische fitness e. Hartrevalidatie f. anders, namelijk
Leefstijl doelen	Lichaamsfuncties (BRAVO)	Bewegen	Voldoende bewegen is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
		Roken	Stoppen met roken is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
		Alcohol	Alcohol minderen/stoppen is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
		Voeding	Voeding is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
		Ontspanning	Voldoende ontspanning is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
		Slaap	Voldoende slaap is een belangrijk doel om aan te

			werken tijdens een leefstijlprogramma
	Zingeving		Gevoel van zingeving (betekenis vol leven hebben) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
	Kwaliteit van leven		Kwaliteit van leven (gelukkig zijn, lekker in je vel zitten) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
	Mentaal welbevinden		Mentaal welbevinden (jezelf accepteren, omgaan met verandering) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
	Meedoen		Meedoen (sociale contacten, zinvolle bezigheid) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
	Dagelijks functioneren		Dagelijks functioneren (grenzen kennen, voor jezelf zorgen) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma
Activiteiten	Bewegen	Kracht	Krachttraining is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma

		Conditie	Conditietraining is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
		Wandelen met lotgenoten	Wandelen met lotgenoten is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
	Roken	Voorlichting	Voorlichting over roken is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
	Alcohol	Voorlichting	Voorlichting over alcohol is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
	Voeding	Workshops Voorlichting	Workshops gezonde gerechten bereiden is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma Voorlichting over voeding is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
	Ontspanning	Oefeningen Voorlichting	Aanleren van ontspanningsoefeningen/ ademhalingsoefeningen is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma Voorlichting over ontspanning is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma

	Mentaal welbevinden	Omgaan met verandering	Voorlichting over omgaan met verandering is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma
	Dagelijks functioneren en kwaliteit van leven	Individuele gesprekken Metingen	Individuele coaching met opstellen van eigen doelen is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma Voortgang meten is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma

Begeleiding	Autonomie (Empowerment)	Nut oefeningen Keuzes	Patiënten: krijgen Medewerkers: geven Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het vertellen van het nut van oefeningen belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het zelf keuzes kunnen maken belangrijk
	Verbondenheid en relatiegerichtheid	Sociale contacten Relatie coach Doelen opstellen	Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik sociale contacten belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik verbondenheid tussen coach en deelnemer belangrijk

	Competentie	Positieve feedback	Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik positieve feedback belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik samen opstellen van doelen belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het geven/ krijgen van een beloning belangrijk
	Motivatatie niveau	Extrinsiek (andere)	Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het deelnamemotief gezondheidsbevordering belangrijk
		Extrinsiek (Zelf)	
		Intrinsiek	Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het belangrijk dat deelname uit jezelf komt

Sociale en fysieke omgeving	Sociale omgeving	Voorbeeldfunctie Waardering Stimulans thuissituatie	Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik een voorbeeldfunctie belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik een stimulerende thuissituatie belangrijk Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik waardering vanuit sociale omgeving belangrijk

			Als ik een leefstijlprogramma krijg/geef ik het belangrijk dat het plaatsvindt in een veilige omgeving
	Fysieke omgeving	Veiligheid Afstand tot locatie	De afstand tot een locatie kan een belemmering zijn voor deelname aan een leefstijlprogramma Financiën kunnen een belemmering zijn voor deelname aan een leefstijlprogramma
	Belemmeringen	Financieel	

Medewerkers PMC in Balans 1/3

Medewerkers PMC in Balans 2/3

T	U	V	W	X	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN
Voortichting	Voortichting	Workshops c	Voortichting	Aanleren van	Voortichting	Voortichting	Individuele c	Voortgang c	Werven van	Werven van	Samenwerk	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le	Als ik een le
4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	5	4	4	4	5	4	4	4
3	3	3	4	4	4	3	5	4	3	2	4	4	4	4	4	4	5	3	4
3	3	3	3	3	3	4	4	3	2	2	4	4	4	3	5	5	5	2	3
4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4
4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	5	5	5	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5
5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	5	5	5	4	4	4	4	4	4
5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
4	4	4	4	5	4	4	4	5	3	3	4	5	4	5	4	4	5	2	5
5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5
3	3	4	4	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	5
4	3	3	3	4	4	3	4	4	2	4	2	4	3	4	3	3	2	5	5
4	4	3	4	3	4	5	5	4	3	3	5	4	3	5	5	5	3	4	5
3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	5	4	3	4	4	4	5	5	5	4
2	3	2	3	4	5	5	3	4	2	4	3	5	4	3	4	5	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	4
4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	3	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	4	3	5	3	5	4	5	4	5	4	3	5	5	5	4	4	5
3	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5
4	4	4	4	3	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
4	4	3	3	5	4	5	4	3	4	4	5	4	3	4	4	4	3	4	4
5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	5	4	3	4	4	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	1	4	4	4	4	5	5	5	4	4
5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5
3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	5	2	4	5
4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	3	5	5
5	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	5	5	4	5	5	5	2	4	5
5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5

Medewerkers PMC in Balans 3/3

AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB
Als ik een leefstijlprogramma zou geven vind ik de afstand van locatie tot woonplaats (voor deelnemers) belangrijk																	
4	4	4	4	4	4	4	4	2	4								
5	3	4	4	5	4	4	4	3	4								
5	2	3	5	4	4	4	5	5	5								
4	3	4	5	4	4	4	5	3	3								
5	5	5	4	5	4	4	4	3	4								
5	4	5	5	4	4	4	4	3	4								
5	4	5	4	4	4	4	4	4	4								
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4								
4	4	5	5	4	4	4	4	4	3								
5	2	5	5	4	4	4	4	3	3								
5	4	5	5	4	5	5	5	3	4								
5	4	4	5	4	4	4	4	3	3								
3	2	5	5	4	4	2	3	3	3								
5	3	4	5	5	4	4	5	2	3								
5	5	5	4	5	5	5	5	3	5								
5	3	4	4	4	4	4	5	3	3								
5	4	4	4	4	4	4	5	3	4								
5	3	5	5	4	4	4	5	4	4								
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4								
4	4	4	5	4	4	3	4	5	4								
5	4	5	4	4	3	4	3	3	4								
4	3	4	4	5	3	4	4	3	4								
4	3	4	4	3	4	3	4	3	4								
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4								
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4								
5	4	4	4	4	4	4	4	4	3								
5	5	5	5	5	5	5	5	5	3								
5	2	4	5	4	5	5	4	5	3								
5	3	5	5	5	4	4	4	3	3								
5	2	4	5	5	4	4	5	3	3								
5	5	5	5	5	5	4	4	3	3								

Patiënten PMC in Balans 1/6

A	B	C			E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Patient	Groep	Leeftijd	Geslacht	Voldoende b	Stoppen m	Alcoholgebruik	Gezonde voeding	Voldoende o	Voldoende s	Zingeving (b)	Kwaliteit van	Mentaal welzijn	Meedoen (sc)	Dagelijks functioneren	Krachttraining	Conditietraining	Wandelen met		
		Open-Ended Response	Open-Ended Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response
Patient 1	1	70	1	2	4	5	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	
Patient 2	1	82	2	2	4	5	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	
Patient 3	1	77	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	
Patient 4	1	65	2	2	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	
Patient 5	1	52	1	2	3	1	1	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	
Patient 6	1	66	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5	
Patient 7	1	72	2	2	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Patient 8	1	62	1	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	
Patient 9	1	49	1	2	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	
Patient 10	1	69	2	2	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	
Patient 11	1	27	1	2	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	
Patient 12	1	70	1	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
Patient 13	1	32	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	
Patient 14	1	73	2	2	4	5	4	4	4	4	3	4	5	5	4	4	4	4	
Patient 15	1	65	1	2	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	
Patient 16	1	63	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
Patient 17	1	65	1	2	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
Patient 18	1	59	1	2	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	
Patient 19	1	69	2	2	5	4	3	3	4	5	3	4	3	3	4	3	4	2	
Patient 20	1	73	2	2	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	
Patient 21	1	79	1	2	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	3	
Patient 22	1	30	1	2	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	
Patient 23	2	78	2	2	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3	
Patient 24	4	56	1	2	5	3	3	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	2	
Patient 25	4	84	1	2	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	
Patient 26	5	79	2	2	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	3	
Patient 27	9	79	1	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
Patient 28	2	80	2	2	5	5	3	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	3	
Patient 29	5	102	2	2	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Patient 30	2	82	2	2	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	3	
Patient 31	3	70	1	2	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Patient 32	2	75	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	
Patient 33	2	60	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	
Patient 34	2	70	1	2	5	5	2	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	
Patient 35	2	60	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Patient 36	2	76	2	2	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	
Patient 37	2	61	2	2	5	5	4	4	4	4	3	5	5	5	5	5	5	3	
Patient 38	2	74	1	2	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
Patient 39	2	61	1	2	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Patient 40	3	79	2	2	4	5	3	3	5	3	4	4	2	5	4	3	4	4	

Patiënten PMC in Balans 2/6

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Patient 41	2	78	2	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Patient 42	2	75	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
Patient 43	2	68	2	2	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3
Patient 44	2	72	2	2	3	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	4
Patient 45	2	74	1	2	5	5	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3
Patient 46	2	72	1	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Patient 47	2	78	2	2	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4
Patient 48	2	58	1	2	5	5	3	5	4	4	5	5	5	5	4	5	3	4
Patient 49	2	64	1	2	5	3	3	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	2
Patient 50	4	66	1	2	5	2	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3
Patient 51	4	55	1	2	5	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2
Patient 52	4	42	2	2	5	5	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	5	3
Patient 53																		

Patiënten PMC in Balans 3/6

T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO
Voorlichting Response	Voorlichting Response	Workshops Response	Voorlichting Response	Aanleren van Response	Voorlichting Response	Voorlichting Response	Individuele o Response	Voortgang m Response	Wervens van Response	Wervens van Response	Samenwerk Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response	Als ik een le Response
5	3	3	1	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4
3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	4
4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	2	4	3	3	3	4	3	2	3	4	
1	4	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	
1	1	4	4	4	4	4	4	3	1	3	3	4	3	3	4	4	4	2	3	3	
5	5	3	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	2	4	4	
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
5	5	4	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	3	3	5	
4	3	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	3	4	3	2	3	4	2	4	5	
4	4	4	4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	5	2	4	4	
4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	
5	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	3	3	4	4	4	3	2	4	4	
1	2	3	2	4	4	2	3	4	3	3	2	3	5	4	4	4	4	3	4	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	
4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	5	3	4	4	4	4	5	4	3	4	
5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	3	4	5	
3	3	3	4	5	4	2	2	4	2	3	3	4	5	2	4	3	4	2	4	4	
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	4	5	3	4	5	4	3	5	5	
4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	5	4	5	5	4	2	3	4	
5	5	3	3	3	3	2	5	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	
5	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	
5	5	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
1	1	3	4	5	3	3	3	4	3	3	3	4	5	5	4	5	4	4	5	5	
4	3	2	3	4	4	5	4	4	3	4	2	4	4	5	4	4	4	2	4	4	
5	5	4	5	4	4	4	5	5	3	3	5	4	4	4	4	4	5	2	4	4	
2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	
5	5	3	3	5	5	5	3	3	3	3	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	
5	4	3	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	
4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	
3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	5	5	5	2	4	5	
5	4	4	3	5	4	3	4	5	3	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	
5	3	4	4	5	5	3	3	4	2	3	3	4	4	5	3	3	3	2	4	3	

Patiënten PMC in Balans 4/6

T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO
5	3	4	4	5	5	3	3	4	2	3	3	4	4	5	3	3	3	2	4	3	2
3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	3
2	2	1	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	5	4	5	4	4	3	4	4	3
5	5	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	4	4	5	4	4	3	3	3	3	3
4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4
5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3
5	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4
5	4	2	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5
4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	5	5	4	5	4	5	3	4	5	3
5	5	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	2	2	5	4
4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	4	2	4	4	4	2	3	4	2

Patiënten PMC in Balans 5/6

AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen	Als ik een leefstijlprogramma zou krijgen
ponse	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response	Response
4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4						
3	3	3	1	4	4	3	4	2	4	3	5						
3	4	3	2	3	4	3	4	3	4	3	5						
4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4						
4	4	4	2	3	3	3	4	1	4	4	4						
5	5	5	2	4	4	4	5	4	5	4	5						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
3	4	4	3	3	5	3	4	3	3	3	5						
3	3	4	2	4	5	3	4	4	3	3	2						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	4	5	2	4	4	4	4	4	5	3	4						
4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4						
4	5	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4						
4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	1						
4	4	4	3	4	5	3	3	3	4	3	5						
4	4	4	2	4	5	4	3	3	4	4	4						
4	5	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4						
4	4	4	3	4	5	4	4	3	3	3	4						
4	3	4	2	4	4	3	4	2	4	3	5						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	5	4	3	5	5	3	4	3	5	3	5						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3						
4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4						
5	5	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4						
4	4	4	2	4	4	3	3	3	4	4	4						
3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	3	5						
5	4	4	2	4	4	4	5	4	4	5	3						
4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	4	4	2	3	4	2	4	4	4	4	4						
5	5	5	3	5	5	3	4	4	5	5	5						
5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4						
4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4						
5	5	5	2	4	5	3	4	4	5	4	4						
4	4	5	3	4	3	3	4	3	4	3	4						
4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4						
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4						
3	3	3	2	4	3	2	3	4	5	4	4						

Patiënten PMC in Balans 6/6

	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AV
3	3	3	2	4	3	2	3	4	5	4	4	
4	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	4	
5	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	5	
4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	
4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	
5	5	4	3	4	4	4	5	4	4	4	5	
4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	
5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	
5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	
5	4	5	3	4	5	3	4	4	4	3	4	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	4	
4	4	4	2	2	5	4	4	4	4	4	4	
4	4	4	2	3	4	2	3	2	3	2	3	

Dataview 1/2

Untitled1.sav [DataSet2] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Respondent	Numeric	8	0	Respondent	None	None	8	Right	Nominal	Input
2	Geslacht	Numeric	8	0	Geslacht	{1, Vrouw}...	None	8	Right	Nominal	Input
3	Functie	Numeric	8	0	Functie	{1, medewe...	None	8	Right	Nominal	Input
4	Lfunties1	Numeric	8	0	Voldoende be...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
5	Lfunties2	Numeric	8	0	Stoppen met ro...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
6	Lfunties3	Numeric	8	0	Alcoholgebruik...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
7	Lfunties4	Numeric	8	0	Gezonde voed...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
8	Lfunties5	Numeric	8	0	Voldoende ont...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
9	Lfunties6	Numeric	8	0	Voldoende sla...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
10	Zing1	Numeric	8	0	Gevoel van zin...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
11	Kwal1	Numeric	8	0	Kwaliteit van l...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
12	Welb1	Numeric	8	0	Mentaal welbe...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
13	Meedoen1	Numeric	8	0	Meedoen (soci...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
14	Functio1	Numeric	8	0	Dagelijks funct...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
15	Beweeg1	Numeric	8	0	Krachtraining ...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
16	Beweeg2	Numeric	8	0	Conditietrainin...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
17	Beweeg3	Numeric	8	0	Wandelen met ...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
18	Rook1	Numeric	8	0	Voorlichting ov...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
19	Alcohol1	Numeric	8	0	Voorlichting ov...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
20	Voed1	Numeric	8	0	Workshops gez...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
21	Voed2	Numeric	8	0	Voorlichting ov...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
22	Ontsp1	Numeric	8	0	Aanleren van o...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
23	Ontsp2	Numeric	8	0	Voorlichting ov...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
24	Mentwelb...	Numeric	8	0	Voorlichting ov...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
25	Kwallev1	Numeric	8	0	Individuele coa...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
26	Kwallev2	Numeric	8	0	Voortgang met...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
27	MaatwAct1	Numeric	8	0	Werven van de...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
28	MaatwAct2	Numeric	8	0	Werven van de...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input
29	MaatwAct3	Numeric	8	0	Samenwerken ...	{1, Heel onb...	None	8	Right	Scale	Input

Dataview 2/2

[illegible]

Bijlage 6 Betrouwbaarheidsintervallen

Niet alle dimensies kunnen gemeten worden aan de hand van de Cronbach's alpha door een tekort aan stellingen. De overige zijn hieronder weergegeven.

Deelvraag 1

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Voldoende bewegen is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	21,95	6,541	,416	,792
Stoppen met roken is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	21,96	5,986	,437	,796
Alcoholgebruik minderen/stoppen is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	22,45	5,263	,620	,746
Gezonde voeding is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	22,06	6,107	,696	,735
Voldoende ontspanning is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	22,09	6,499	,608	,756
Voldoende slaap is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma	22,17	6,045	,620	,747

Lichaamsfuncties	
Cronbach's Alpha	N of Items
,794	6

Deelvraag 2

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bewegen				
Krachttraining	7,93	1,043	,363	,103
Conditietraining	7,49	1,326	,315	,250
Wandelen met lotgenoten	8,00	1,098	,126	,618

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,416	3

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Voeding				
Workshops gezonde gerechten	3,77	,691	,662	.
Voorlichting over voeding	3,48	,643	,662	.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,796	2

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ontspanning				
Aanleren van ontspanningsoefeningen/ ademhalingssoefeningen is	3,99	,402	,566	.
Voorlichting over ontspanning	4,02	,463	,566	.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,722	2

Deelvraag 3

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Extrinsieke motivatie	8,33	1,222	,354	,644
Eigen extrinsieke motivatie	7,30	1,262	,617	,221
Intrinsieke motivatie	7,05	1,729	,329	,620

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,607	3

Deelvraag 4

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sociale omgeving				
Voorbeeldfunctie	7,61	1,191	,591	,641
Stimulerende thuissituatie	7,40	1,706	,547	,703
Waardering	7,69	1,267	,605	,614

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,743	3

Item 17 'Wandelen met lotgenoten is verwijderd' Hiermee neemt de betrouwbaarheid toe.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Bewegen				
Krachttraining	7,93	1,043	,363	,103
Conditietraining	7,49	1,326	,315	,250
Wandelen met lotgenoten	8,00	1,098	,126	,618

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,416	3

Bijlage 8 Significante verschillen

Geslacht

Geen significante verschillen deelvraag 1

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Gevoel van zingeving (betekenis vol leven hebben) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,884	2	,942	2,264	,111
	Within Groups	33,297	80	,416			
	Total	35,181	82				
Kwaliteit van leven (gelukkig zijn, lekker in je vel zitten) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,916	2	,458	1,547	,219
	Within Groups	23,686	80	,296			
	Total	24,602	82				
Mentaal welbevinden (jezelf accepteren, omgaan met verandering) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,837	2	,918	2,062	,134
	Within Groups	35,633	80	,445			
	Total	37,470	82				
Meedoen (sociale contacten, zinnvolle bezigheid) is een belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,037	2	,019	,061	,941
	Within Groups	24,252	80	,303			
	Total	24,289	82				
Dagelijks functioneren (grenzen kennen, voor jezelf zorgen) is een	Between Groups	(Combined)	,533	2	,266	,848	,432

belangrijk doel om aan te werken tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Within Groups	25,130	80	,314			
	Total	25,663	82				

Geen significant verschillen deelvraag 2

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Beweegact * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,165	2	,082	,363	,697
	Within Groups	18,175	80	,227			
	Total	18,340	82				
voedact * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,367	2	,183	,326	,723
	Within Groups	45,055	80	,563			
	Total	45,422	82				
ontspact * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,520	2	,260	,764	,469
	Within Groups	27,227	80	,340			
	Total	27,747	82				
kwalact * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,895	2	,448	1,271	,286
	Within Groups	28,177	80	,352			
	Total	29,072	82				
Voorlichting over roken is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,414	2	,207	,179	,836
	Within Groups	92,478	80	1,156			
	Total	92,892	82				
Voorlichting over alcohol is een belangrijke activiteit tijdens een leefstijlprogramma * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,319	2	,659	,725	,488
	Within Groups	72,778	80	,910			
	Total	74,096	82				

Geen significante verschillen deelvraag 3

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
autonomie * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,451	2	,225	,964	,386
	Within Groups	18,688	80	,234			
	Total	19,139	82				
verbondenheid * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,038	2	,019	,088	,916
	Within Groups	17,353	80	,217			
	Total	17,392	82				
competentie * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,983	2	,991	3,087	,051
	Within Groups	25,686	80	,321			
	Total	27,669	82				
Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het geven/ krijgen van een beloning belangrijk * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,010	2	,505	,674	,513
	Within Groups	59,978	80	,750			
	Total	60,988	82				
Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het deelnamemotief gezondheidsbevordering belangrijk * Geslacht	Between Groups	(Combined)	,928	2	,464	1,033	,361
	Within Groups	35,963	80	,450			
	Total	36,892	82				
Als ik een leefstijlprogramma zou geven/ krijgen vind ik het belangrijk dat deelname uit jezelf komt * Geslacht	Between Groups	(Combined)	1,958	2	,979	2,691	,074
	Within Groups	29,102	80	,364			
	Total	31,060	82				

Tabel 9

Significante verschillen geslacht over sociale omgeving

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Voorbeeldfunctie * Geslacht	Between Groups	(Combined)	3,183	2	1,591	2,830	,065
	Within Groups	44,986	80	,562			
	Total	48,169	82				
Stimulerende thuissituatie * Geslacht	Between Groups	(Combined)	2,138	2	1,069	3,948	,023
	Within Groups	21,669	80	,271			
	Total	23,807	82				
Waardering * Geslacht	Between Groups	(Combined)	4,601	2	2,301	4,850	,010
	Within Groups	37,953	80	,474			
	Total	42,554	82				

Tabel 11
Significante verschillen deelvraag 1

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Lichaamsfuncties * Functie	Between Groups	(Combined)	1,494	1	1,494	6,897	,010
	Within Groups	17,546	81	,217			
	Total	19,040	82				
Zingeving * Functie	Between Groups	(Combined)	,642	1	,642	1,505	,223
	Within Groups	34,539	81	,426			
	Total	35,181	82				
Kwaliteit van leven * Functie	Between Groups	(Combined)	,406	1	,406	1,358	,247
	Within Groups	24,197	81	,299			
	Total	24,602	82				
Mentaal welbevinden * Functie	Between Groups	(Combined)	3,023	1	3,023	7,109	,009
	Within Groups	34,447	81	,425			
	Total	37,470	82				
Meedoen * Functie	Between Groups	(Combined)	,008	1	,008	,027	,870
	Within Groups	24,281	81	,300			
	Total	24,289	82				
Dagelijks functioneren * Functie	Between Groups	(Combined)	,478	1	,478	1,539	,218
	Within Groups	25,184	81	,311			
	Total	25,663	82				

Tabel 13

Significante verschillen deelvraag 3

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Autonomie * Functie	Between Groups	(Combined)	1,172	1	1,172	5,284	,024
	Within Groups	17,967	81	,222			
	Total	19,139	82				
Verbondenheid * Functie	Between Groups	(Combined)	,007	1	,007	,035	,853
	Within Groups	17,384	81	,215			
	Total	17,392	82				
Competentie * Functie	Between Groups	(Combined)	4,374	1	4,374	15,209	,000
	Within Groups	23,295	81	,288			
	Total	27,669	82				
Extrinsieke motivatie	Between Groups	(Combined)	12,573	1	12,573	21,035	,000
	Within Groups	48,415	81	,598			
	Total	60,988	82				
Eigen extrinsieke motivatie	Between Groups	(Combined)	6,094	1	6,094	16,029	,000
	Within Groups	30,797	81	,380			
	Total	36,892	82				
Intrinsieke motivatie	Between Groups	(Combined)	3,325	1	3,325	9,711	,003
	Within Groups	27,735	81	,342			
	Total	31,060	82				

Tabel 15

Significante verschillen deelvraag 4

	Sum of Squares	df	Means Square	F	Sig.
--	-------------------	----	-----------------	---	------

Voorbeeld functie * Functie	Between Groups	(Combined)	13,541	1	13,541	31,674	,000
	Within Groups	34,628	81	,428			
	Total	48,169	82				
Stimulerende thuissituatie * Functie	Between Groups	(Combined)	,629	1	,629	2,197	,142
	Within Groups	23,179	81	,286			
	Total	23,807	82				
Waardering * Functie	Between Groups	(Combined)	5,631	1	5,631	12,353	,001
	Within Groups	36,923	81	,456			
	Total	42,554	82				
Veilige omgeving * Functie	Between Groups	(Combined)	1,051	1	1,051	3,128	,081
	Within Groups	27,214	81	,336			
	Total	28,265	82				
Locatie vanaf woonplaats * Functie	Between Groups	(Combined)	4,653	1	4,653	12,927	,001
	Within Groups	29,154	81	,360			
	Total	33,807	82				

Leefstijl in Balans

Kwantitatief onderzoek naar de visies en opvattingen van de patiënten en medewerkers binnen PMC in Balans omtrent een leefstijlaanbod

Aanleiding

- Leefstijl wordt steeds belangrijk in de maatschappij (Sonnevelt, 2019)
- Gesprekken organisatie - nieuwsgierigheid
- Voor onderzoek: gesprekken medewerkers en vragenlijstje patiënten



Praktijkprobleem

- Geen inzicht in welke vorm leefstijlcoaching past binnen PMC in Balans
- Rekening houdend met visies en opvattingen stakeholders
- Wel wetenschappelijke studies die aantonen dat leefstijlinterventies bij specifieke doelgroepen essentieel zijn

Doelstellingen

- Doelstelling in het onderzoek; visies en opvattingen van medewerkers en patiënten in kaart brengen omtrent werkzame elementen
- Doelstelling van het onderzoek: Advies opleveren op basis van visies en opvattingen medewerkers en patiënten omtrent de invulling van een leefstijlaanbod binnen PMC in Balans

Centrale hoofdvraag

- "Wat zijn de visies en opvattingen ten aanzien van een leefstijlaanbod van de medewerkers en patiënten binnen PMC in Balans?"
- 1. doelen
- 2. concrete activiteiten
- 3. begeleiding
- 4. omgeving

Theoretisch kader



Methode

- Kwantitatief onderzoek d.m.v. enquête
- Operationaliseringstabel basis voor instrument
- Vier deelvragen op basis van werkzame elementen

Resultaten (1)

Tabel 3

Waars en opvattingen over alcohol leefstijl/leerboek

Doelen	Min	Max	M	SD
Lichaamsfuncties	2,8	5	4,4	,483
Gevoel van zingeving	2	5	4,2	,655
Kwaliteit van leven	3	5	4,5	,548
Mentaal welbevinden	2	5	4,3	,676
Meedoen	3	5	4,2	,544
Dagelijkse functioneren	3	5	4,4	,555

Tabel 4

Waars en opvattingen over lichaamsfuncties

Lichaamsfuncties	Min	Max	M	SD
Bewegen	3	5	4,6	,463
Roken	1	5	4,6	,817
Alcohol	1	5	4,1	,844
Voeding	3	5	4,5	,571
Ontspanning	3	5	4,5	,525
Slaap	3	5	4,4	,638

Resultaten (2)

Tabel 3

Belang soort activiteiten

Activiteiten	Min	Max	M	SD
Bewegen	2,7	5	3,90	,473
Roken	1	5	3,96	1,064
Alcohol	1	5	3,78	,951
Voeding	2	5	3,63	,744
Ontspanning	2,5	5	4,01	,582
Mentaal welbevinden	2	5	3,84	,804
Kwaliteit leven	2,5	5	3,91	,595

Resultaten (3 en 4)

Tabel 5

Opvattingen en visies coachen en begeleiden

	Min	Max	M	SD
Basisbehoeften				
Autonomie	3	5	4,28	,883
Verbondenheid	3	5	4,28	,860
Competentie	3	5	4,23	,580
Motivatielevel				
Extrinsieke motivatie	1	5	3,01	,862
Eigen extrinsieke motivatie	2	5	4,08	,671
Intrinsieke motivatie	3	5	4,29	,603

Tabel 6

Visies en opvattingen omgeving leefstijlaanbod

	Min	Max	M	SD
Sociale omgeving				
Voorbeeldfunctie	2	5	3,73	,788
Stimulerende thuissituatie	3	5	3,95	,339
Waardering	1	5	3,66	,720
Fysieke omgeving				
Veilige omgeving	3	5	4,34	,387
Locatie vanaf woonplaats	2	5	3,95	,642

Conclusies

- Doelen: alle doelen belangrijk (gehele leefstijl) met name kwaliteit van leven, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren
- Concrete activiteiten: bewegen, roken, ontspanning en kwaliteit van leven
- Begeleiding: intrinsieke motivatie stimuleren
- Omgeving: stimulerende thuissituatie en veiligheid

Aanbevelingen

1. ontwerp eigen interventie op basis van verbeteren gehele leefstijl
2. ontwerp een specifieke interventie gericht op de belangrijkste doelen
3. Bestaande effectief gebleken interventie: COOL