

# PREVENTIEkracht in LEIDEN

Eindverslag ZonMW programma  
2012 & onderzoeksresultaten



Penvoerder en budgethouder  
Projectleider  
Leiden, 29 oktober 2013

GGD Hollands Midden  
N. Wille

# Preventieplan 2012

## Inleiding

Net als in Nederland bestaan er sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio Zuid-Holland Noord, onderdeel van de GGD regio Hollands Midden (GGD HM, 2008 en 2009). Laagopgeleiden in alle leeftijdscategorieën in Zuid-Holland Noord ervaren hun gezondheid vaker als matig tot slecht dan hoogopgeleiden. Zowel de (ervaren) fysieke als psychische gezondheid is voor hen minder gunstig en ook overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lage sociaal economische status (SES). Ook hebben inwoners van Zuid-Holland Noord met een lage SES minder gezonde leefgewoonten en een hoger zorggebruik. Er is sprake van een ongezondere leefstijl dan bij mensen met een hogere SES.<sup>1</sup> Dit wordt veroorzaakt door slechte voeding, roken en overmatig alcoholgebruik. Daarnaast is de combinatie van een hoge mate van stress, roken en fysieke inactiviteit vooral schadelijk bij mensen met een lage SES.<sup>2</sup> De hierboven beschreven groep maakt vaker gebruik van de gezondheidszorg, wat leidt tot hogere kosten. De klachten vormen vaak een belemmering om sociaal te participeren op diverse vlakken ((vrijwilligers)werk, scholing, sporten) waardoor de SES niet zal verbeteren. Deze groep wordt zonder interventie niet gezonder.

Het bevorderen van een gezonde leefstijl is dus een belangrijk aangrijpingspunt voor het verbeteren van de gezondheid van achterstandsgroepen. Dergelijke leefstijlinterventies zijn echter niet voldoende om sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen. Ongelijke verdeling van geld en middelen heeft indirect ook invloed op de gezondheid. Het is daarom ook noodzakelijk om sociaaleconomische verschillen als zodanig aan te pakken, en aandacht te schenken aan deze maatschappelijke determinanten. Dit kan bijvoorbeeld via maatregelen op de terreinen van onderwijs, sociale zekerheid en werkgelegenheid. Voor een daadwerkelijke afname van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is het wenselijk om maatregelen primair op de gezondheid van de armste groepen te richten.<sup>3</sup>

Mensen met een uitkering volgens de wet Werk en Bijstand (WWB) vormen volgens conventionele methoden een moeilijk bereikbare doelgroep als het gaat om collectieve preventie die in de betreffende wijken wordt aangeboden. De afdeling Sociaal Medische Advisering (SMA) van de GGD Hollands Midden komt echter dagelijks in aanraking met deze doelgroep. Dit gebeurt in een individueel spreekuur waarin bijvoorbeeld arbeidsgeschiktheid of medische urgentie woonruimte wordt beoordeeld. De mensen genieten veelal een WWB uitkering. Over het algemeen zijn de cliënten van het SMA spreekuur onderdeel van een achterstandsgroep met een laag sociaal economische status (SES) die geclusterd wonen in bepaalde (achterstands) wijken. Het merendeel van deze populatie heeft lichamelijke klachten waarbij psychische problemen een grote rol spelen. Er moet hierbij gedacht worden aan (sub klinische) depressie of angststoornissen, maar ook aan overgewicht, gewrichtsklachten, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, etc.

De afdeling Sociale Zaken van de gemeente Leiden verwijst inwoners (in het vervolg: cliënten) die een WWB genieten naar de afdeling SMA van de GGD Hollands Midden. De cliënten worden na inventarisatie van (dreigende) gezondheidsproblematiek door een GGD arts geleid naar passende preventieprogramma's. Na het doorlopen van deze interventies, waar fysieke activiteit onderdeel van is, volgt in een participatiecentrum een re-integratieprogramma van de gemeente Leiden. Door de individuele benadering is het bereik en appèl groter, waardoor deelname groter wordt en uitval wordt

---

<sup>1</sup> Seeman TE, Crimmins EM, Huang MH, Singer B, Bucur A, Gruenewald T, Berkman LF, Reuben DB. Cumulative biological risk and socioeconomic differences in mortality: MacArthur studies of successful aging. *Social Science & Medicine* 2004;58(10):1985-1997.

<sup>2</sup> Krueger PM, Chang VW. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health*. 2008 May;98(5):889-96.

<sup>3</sup> van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapportnummer: 270061007

verminderd. De gemeente stelt dat als voorwaarde voor het ontvangen van een uitkering de gezondheid en het gezondheidsgedrag aangepakt dient te worden.

#### *Doel preventieplan*

Het binnen een jaar verbeteren van de leefstijl en gezondheid, gemeten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten zoals de 4DKL, van de 1000 van de 6000 cliënten met een WWB uitkering van de gemeente Leiden door hen deel te laten nemen aan het in deze aanvraag omschreven interventietraject.

#### *Interventie*

Begeleiding bij de uitvoering van het individuele gezondheidsadvies van de GGD Hollands Midden op basis van een gestructureerde gezondheidscontrole als onderdeel van een individuele medische beoordeling in het kader van de WWB.

#### *Voorwaarde*

Voorwaarde is dat de noodzakelijke interventies op elkaar aansluiten. Dit wordt bewaakt door de GGD Hollands Midden.

#### *Effect*

Vanuit de verwachting dat door de beschreven interventies de gezondheid en de gezondheidsbeleving verbetert, wordt de sociale participatie en participatie in het arbeidsproces bevorderd en is stijging van de SES aannemelijk. De interventiegroep kan als voorbeeld dienen voor de rest van de bewoners van de wijk en zal mogelijk een positief effect hebben op de deelname aan de wijk gebonden collectieve preventie interventies die door de GGD Hollands Midden worden aangeboden. De gezondheidszorgkosten van de interventiegroep zullen verminderen en er zal ook minder vaak aanspraak gemaakt worden op een WWB uitkering.

Dit project zal vooralsnog alleen in de gemeente Leiden worden uitgevoerd. De gemeente Leiden heeft in 2007 een nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 vastgesteld, getiteld 'Accenten in Gezondheidsbeleid'. De gemeente kiest het model van Lalonde<sup>4</sup> als basis voor haar gezondheidsbeleid. Daarnaast zijn de sociaaleconomische omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken van invloed op de gezondheid. Naarmate mensen een lagere inkomenspositie en een lagere opleiding hebben wonen zij vaker in een ongezondere omgeving. Zij houden er een gemiddeld ongezondere leefstijl op na. Via de determinanten sociale en fysieke omgeving en leefstijl wordt hun gezondheid hierdoor negatief beïnvloed. De gemeente heeft de meeste invloed op de omgeving. De leefstijl is in principe allereerst de eigen verantwoordelijkheid van burgers, maar kan door de gemeente worden beïnvloed. Bij de formulering van speerpunten voor de periode 2008-2012 gaat de gemeente Leiden, in lijn met de landelijke preventie nota, vooral in op het punt gezonde leefstijlbevordering en in beperkte mate op de sociale en fysieke leefomgeving. In deze gezondheidsnota wordt gekozen voor de volgende accenten in het Leidse gezondheidsbeleid: de gemeente geeft prioriteit aan het bevorderen van gezond gedrag van jeugdigen. Daarbij geeft zij prioriteit aan de bestrijding van overgewicht, schadelijk alcohol-/drugsgebruik en de weerbaarheid van jongeren (het stellen van grenzen, lichamelijke integriteit).

#### **De aansluiting op lopende projecten in uw gemeenten op de thema's**

Het ministerie van VWS heeft in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (2007-2010) de landelijke speerpunten overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, roken, depressie en diabetes benoemd. In de GGD regio Hollands Midden zijn verschillende regionale samenwerkingsverbanden actief om deze speerpunten uit te werken en uit te voeren, namelijk:

---

<sup>4</sup> Model van Lalonde: volksgezondheid staat centraal temidden van vier groepen van determinanten: (1) endogene of persoonsgebonden eigenschappen (genetisch, biologisch), (2) leefstijl, (3) de fysieke en sociale omgeving en (4) de gezondheidszorg (inclusief preventie).

- Samenwerkingsverband Veerkracht, gericht op Depressiepreventie
- Samenwerkingsverband Alcoholpreventie
- Samenwerkingsverband Preventie Overgewicht en Diabetes

De GGD Hollands Midden heeft het aanbod op het vlak van depressiepreventie in kaart gebracht. Uit deze inventarisatie blijkt dat het aanbod aan ondersteuning, voorlichting en trainingen breed en gevarieerd is maar dat het bereik van de doelgroep een aandachtspunt is. Net als elders in Nederland maakt slechts een fractie van de doelgroepen gebruik van het beschikbare aanbod.

Het preventietraject wat uitgevoerd zal worden met behulp van de te verkrijgen subsidie uit het ZonMW programma 'Preventie dicht bij huis' heeft een belangrijk verschil met de tot nu toe uitgevoerde preventietrajecten in de regio Hollands Midden, waar de gemeente Leiden in valt. Namelijk dat deelname aan het preventietraject niet vrijwillig is en uitval direct wordt opgevolgd door artsen en verpleegkundigen van de GGD Hollands Midden. Blijvende uitval uit het preventietraject kan door de gemeente Leiden worden opgevolgd door een korting op de WWB uitkering. Daarmee wordt een hoge deelname bereikt en daarmee een stevige basis voor het verhogen van de SES van deelnemers aan het interventietraject.

### **Selectie van gezondheidsthema's**

De GGD Hollands Midden kiest ervoor om de gezondheidsthema's preventie van overmatig alcoholgebruik, hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes, depressie te willen beïnvloeden met dit project. Dit zijn, net zoals in de rest van Nederland, veel voorkomende aandoeningen/gewoonten. Preventie van het ontstaan hiervan zal zorgen voor verminderd gebruik van gezondheidszorg voorzieningen en zal de gemeente Leiden een kostenbesparing opleveren als resultaat van het toepassen van gezondheidsinterventies als onderdeel van het WWB traject dat een cliënt doorloopt.

## **Algemene doelen op programmaniveau**

*Het binnen een jaar verbeteren van de leefstijl en gezondheid, gemeten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten zoals de 4DKL, van de 1000 van de 6000 cliënten met een WWB uitkering van de gemeente Leiden door hen deel te laten nemen aan het in deze aanvraag omschreven interventietraject.*

*Op 18 januari 2012 zijn in het Participatiecentrum de eerste cliënten gezien. In overleg met de gemeente Leiden is besloten om inwoners van Leiden met een WWB uitkering te laten deelnemen aan het interventietraject. De doelgroep (300 pp) bestaat uit Leidenaren met een WWB uitkering die nog niet zolang uit het arbeidsproces zijn. Dit betekent dat de oorspronkelijke doelgroep 1000 van de 6000 cliënten met een WWB uitkering van de gemeente Leiden is veranderd. Het voorstel om de doelgroep te wijzigen, is gedaan door het management van de afdeling Werk & Inkomen (W&I) van de gemeente Leiden. Vanuit de verwachting dat door de beschreven interventies de gezondheid en de gezondheidsbeleving verbetert, zal de sociale participatie en participatie in het arbeidsproces bevorderd worden en is stijging van de SES aannemelijk. De (nieuwe) doelgroep kan als voorbeeld dienen voor de rest van de bewoners van de wijk/gemeente.*

*Bij de doelgroep is een gezondheidscheck (GeZZond checkplus) en arbeidsgeschiktheid beoordeling uitgevoerd. De GeZZond Checkplus wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering Gemeente-standaard. Volgens het management van W&I voldoen 80% van de mensen met een WWB uitkering aan de inkomen- en vermogensseis van het Minimabeleid en wordt de AV Gemeente Standaard betaald door de gemeente. De doelgroep wordt ook ingedeeld in een controle- en interventiegroep. De controlegroep is geadviseerd, met motiverende gespreksvoering, het gedrag te veranderen en dit zelf ter hand te nemen. Bij de interventiegroep is ook motiverende gespreksvoering gebruikt, mar deze groep krijgt gerichte interventies aangeboden.*

*De cliënten zijn door de afdeling W & I bij het Participatiecentrum aangemeld. Een GGD arts heeft hen onderzocht: een gestructureerde gezondheidscontrole waarbij ziekte, risicofactoren en ongezond gedrag in kaart zijn gebracht, de zogenaamde gezondheidscheck. Aan de hand van de uitkomsten is een (bindend) individueel zorgadvies opgesteld. Tevens is de verwachting uitgesproken dat door de aangeboden interventies de cliënt duurzaam benutbare mogelijkheden (DBM) krijgt en wanneer die zullen worden bereikt. De gemeente stelt dat als voorwaarde voor het ontvangen van een uitkering de gezondheid en het gezondheidsgedrag aangepakt dient te worden. Afhankelijk van dit advies volgt de cliënt één of meerdere gezondheid verbeterende trajecten. Na afronding van de interventie(s) biedt het Participatiecentrum direct aansluitend een passend re-integratie traject aan.*

*De gezondheid en gezondheidsbeleving is voor aanvang van het traject, na afronding van de interventies en na afronding van het re-integratie traject in het Participatie centrum gemeten aan de hand van de 4DKL lijst. Bij deze doelgroep zijn de volgende veel voorkomende en door gezonde leefstijl te beïnvloeden gezondheidsproblemen in kaart gebracht: hypertensie, suikerziekte, voeding, beweegpatroon, gewicht, stemming, roken, alcohol en drugsgebruik.*

*Na 3-4 maanden blijkt dat de instroom van cliënten ver achter blijft bij de opgegeven aantallen van W&I. De oorzaak is dat 1 op de 10 cliënten een AV Gemeente Standaard verzekering hebben. De financiering van dit project staat onder zware druk. De zorgverzekeraar hanteert de verzekeringsregels en de gemeente constateert dat de aanname helaas onjuist is. Inmiddels nemen ongeveer 50 cliënten deel aan het project.*

*In de zomermaanden heeft heroriëntatie op de instroom van cliënten plaatsgevonden. Het resultaat van deze gesprekken met W&I leidde ertoe dat een andere doelgroep uitgenodigd werd om deel te nemen aan het traject. Voorwaarde is wel dat W&I garandeert dat de cliënten een aanvullende verzekering Gemeente-standaard hebben. De nieuwe doelgroep die W&I aanlevert zijn mensen die al langer een WWB uitkering ontvangen "het zittende bestand". Vanaf september 2012 worden de*

*cliënten uitgenodigd en gezien bij de GGD. Het aantal cliënten dat op dat moment meedoet met het project zijn 97 personen.*

*De cliënten uit de nieuwe doelgroep zijn moeilijker te motiveren om aan het traject mee te doen. Jarenlange afstand tot de arbeidsmarkt, een laag sociaal economische status (SES) en de mening dat zij door lichamelijke klachten en psychische problemen niet meer kunnen deelnemen aan het arbeidsproces.*

*Cliënten zijn uitgenodigd door de GGD HM. Veel genodigden geven geen gehoor. Besloten wordt om het uitnodigingstraject aan te passen. W&I informeert de cliënten over het traject en stimuleert hen om deel te nemen. In overleg met ZonMW is besloten om het project te verlengen tot 1 april 2013 om meer deelnemers te laten participeren.*

#### Onderzoek

De cliënten zijn verdeeld in verschillende categorieën. Categorie “gezond” (volledig inzetbaar) zijn niet meegenomen in het verdere onderzoek. De overige cliënten zijn verdeeld over drie condities (zie stroomdiagram). De zogenaamde experimentele groep, de experimentele groep + fysieke training en de controle groep. In het volgende hoofdstuk wordt de methode uitgelegd.

## 1 Rapportage resultaten; methode

### 1.1 Design

Aan het project hebben in totaal 226 personen deelgenomen, waarvan 57 aan de experimentele groep en fysieke training en 68 aan de controle groep.

Op basis van de screening werd bepaald welke respondenten in de categorie 'gezond'(volledig inzetbaar) vielen. Deze groep respondenten werd niet meegenomen in het verdere onderzoek. De overige respondenten werden verdeeld over drie condities (zie stroomdiagram). Een deel van de respondenten kreeg een bij resultaten van de screening passend interventie-aanbod (de zgn experimentele groep). Binnen deze groep kreeg een deel aanvullend een fysieke training (de zgn experimentele + fysieke training groep). De overige respondenten werden toegewezen aan de controle-conditie. Deze groep werd doorverwezen naar de huisarts en kreeg geen verder interventie-aanbod via de GGD.

De toewijzing aan de drie condities zou random plaatsvinden op basis van geboortjaar en geboortemaand (even/oneven). Echter, hier is bij de uitvoering van het onderzoek geregeld van afgeweken. Met het oog hierop wordt bij de beschrijving van de resultaten ook nagegaan in hoeverre de deelnemers in de verschillende condities een vergelijkbare gezondheidsstatus hadden op de voormeting.

Om de effecten van de interventie te bepalen was het plan om de respondenten na respectievelijk 3 en 6 maanden uit te nodigen voor een nameting. Van de deelnemers aan de screening kwam 36% voor de korte termijn nameting. De korte termijn nameting werd later dan gepland opgestart, waardoor deze in de praktijk voor veel respondenten 3-6 maanden, en in een aantal gevallen nog later, na de screening plaatsvond. De geringe opkomst bij de tweede nameting, waarvoor de deelnemers 3 maanden na de korte termijn meting werden uitgenodigd, liet zien dat het doorzetten deze lange-termijn meting niet zinvol zou zijn en er is besloten deze te laten vervallen.

### 1.2 Onderzoeksgroep

Het stroomdiagram laat de deelname aan de screening, de verdeling over de condities en de deelname aan de nameting zien.

Screeningsgegevens (voormeting) zijn beschikbaar voor 148 respondenten (nb: complete vragenlijstgegevens voor n=145 respondenten). Deze groep omvat niet de groep 'gezonde' respondenten (n=78), die niet werden meegenomen in het verdere onderzoek.

De overige respondenten waren als volgt verdeeld over de condities:

n=37 experimentele conditie + fysieke training

n=20 experimentele conditie (zonder fysieke training)

n=68 controle conditie.

De groep respondenten die zowel heeft deelgenomen aan de screening als aan de nameting omvat 45 mensen. Deze zijn als volgt verdeeld over de condities:

n=13 experimentele conditie + fysieke training

n=9 experimentele conditie (zonder fysieke training)

n=23 controle conditie.

Dit betekent een respons van respectievelijk 35% bij 'exp +fysieke training', 45% bij 'exp', en 34% bij de controle conditie. Variantie-analyse liet zien dat dit respons-percentage niet verschilde tussen de condities. Bij de resultaten wordt beschreven in hoeverre de respondenten en niet-respondenten bij de nameting vergelijkbaar zijn; maw in hoeverre er sprake is van een selectieve drop-out bij de nameting.

### 1.3 Meetinstrumentarium

Bij de screening is een zelf-rapportage vragenlijst afgenomen en zijn een aantal biomedische maten vastgesteld. Het biomedisch onderzoek omvatte een meting van gewicht, lengte, middelomtrek, systolische en diastolische bloeddruk, totaal cholesterol en HDL, en glucose. In de vragenlijst werden de volgende onderdelen bevraagd:

- Socio-demografische variabelen zoals leeftijd, geslacht, geboorteland, het al dan niet verrichten van betaald werk/ vrijwilligerswerk / volgen van cursus-opleiding.
- Medicijngebruik en familiegeschiedenis
- Gezondheidsgedrag zoals rookgedrag, alcoholgebruik en lichaamsbeweging. Deze vragenlijst is samengesteld op basis van het PRIMUS project (Adams, Barry, & Fleming, 1996; Wendel-Vos, Schuit, Saris & Kromhout, 2003; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO & Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG; 2011).

- Ervaren gezondheidsbeleving door middel van de RAND-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993; RAND, 1992). Deze vragenlijst omvat 9 subschalen, waarbij een hogere score een positievere gezondheidsbeleving weerspiegelt.
- Indicatoren voor positief en negatief affect (PANAS; Watson & Tellegen, 1988), sense of mastery (Pearlin, Menaghan, Lieberman & Mullen, 1981), en self-esteem (Rosenberg Self-esteem Scale; Rosenberg, 1965).

## Resultaten

Bij de analyse van de gegevens zal achtereenvolgend antwoord gegeven worden op de volgende vragen:

- 1) In hoeverre is er bij de groep respondenten sprake van gezondheidsrisico's? Om deze vraag te beantwoorden worden de resultaten van de totale groep respondenten bij de screening vergeleken met normgegevens van de Nederlandse bevolking.
- 2) In hoeverre is er een relatie tussen (werk)participatie en mentale en lichamelijke gezondheid? De verwachting is dat respondenten die participeren in de zin van betaald werk / vrijwilligerswerk / volgen van een cursus of opleiding een betere mentale en fysieke gezondheid hebben dan respondenten die niet op een dergelijke wijze participeren. Dit werd nagegaan op basis van de gegevens van de totale groep respondenten bij de screening.
- 3) In hoeverre hebben de screening en de interventies een positief effect op de mentale en fysieke gezondheid, en de (werk) participatie van de respondenten? Hierbij is nagegaan in hoeverre er sprake is van een gunstige verandering in de verschillende condities tussen de screening en de nameting, en is nagegaan of de ontwikkeling in de experimentele groep gunstiger is dan in de controle groep, en of de groep die aanvullende fysieke training krijgt zich gunstiger ontwikkelt dan de groep die geen aanvullende fysieke training krijgt.

### Beschrijving van de onderzoeksgroep bij de screening

De groep van 148 respondenten bij de screening is als volgt samengesteld:

- de leeftijd varieert van 21-58 jaar (gemiddelde leeftijd = 40.2, SD= 9.0)
- 44% mannen en 56% vrouwen
- 76% is geboren in Nederland
- 16 respondenten (11%) hebben betaald werk
- 49 respondenten (33%) zijn 'actief': zij hebben betaald werk en/of volgen een cursus/opleiding, en/of doen vrijwilligerswerk.

#### *In hoeverre is er bij de deelnemers aan de screening sprake van gezondheidsrisico's?*

De groep respondenten bij de screening blijkt een duidelijk minder gunstige gezondheid te hebben dan normgroepen (zie tabel 1).

De scores op de RAND laten zien dat de ervaren gezondheid slechter is; daarnaast scoort de groep respondenten ook ongunstiger dan normgroepen op self-esteem, sense of mastery en positief en negatief affect.

Qua leefgewoonten valt met name het hoge percentage rokers op. Daarentegen wordt er wel door een kleiner percentage alcohol gebruikt en geven de respondenten vaker aan te voldoen aan de norm gezond bewegen. Ten aanzien van dit laatste resultaat moet wel opgemerkt worden dat de gebruikte vragenlijst een overschatting van de eigen activiteit lijkt op te roepen.

Qua biomedische maten en risico's valt met name op dat deze groep relatief hoog scoort op (over)gewicht en (hoge) bloeddruk.

#### *In hoeverre is er een relatie tussen (werk)participatie en mentale en lichamelijke gezondheid?*

Op basis van de screeningsresultaten van de totale groep, inclusief de 'gezonden', is nagegaan of (werk)participatie (betaald werk / cursus-opleiding / vrijwilligerswerk) samengaat met een betere mentale en lichamelijke gezondheid. Hierbij zijn de volgende gegevens meegenomen: leeftijd, geslacht, biomedische gegevens (BMI, cholesterol en HDL, glucose, bloeddruk), leefgewoonten (alcoholgebruik, roken, lichaamsbeweging), en de indicatoren voor ervaren gezondheids- en welbevinden (RAND-scores, self-esteem, sense of mastery, positief en negatief affect).

Univariate analyses laten zien dat de respondenten die actief participeren (n=48) meer aan lichaamsbeweging doen, en gunstiger scoren op de RAND schalen fysieke gezondheid en vitaliteit en



op sense of mastery dan de groep die niet op deze wijze actief is (n=98). Uit multivariate analyse dat met name de hogere mate van lichaamsbeweging (M= 6.0 (SD=1.9) vs. M= 5.0 (SD=2.9)) en een hogere sense of mastery (M= 21.7 (SD=5.5) vs. 18.7 (SD=5.5)) de actieve participatie groep onderscheidt van de groep die niet op deze wijze participeert.

*In hoeverre hebben de screening en de interventies een positief effect op de mentale en fysieke gezondheid, en de (werk) participatie van de respondenten?*

Voordat op de bovenstaande vraag antwoord gegeven wordt, wordt eerst nagegaan in hoeverre de respondenten die toegewezen werden aan de 3 condities (n=125) vergelijkbaar zijn in hun uitgangssituatie op basis van hun screeningsgegevens. Aangezien er door de 36% respons bij de nameting slechts voor 45 respondenten zowel screenings- als nametinggegevens beschikbaar zijn, wordt deze vergelijkbaarheid van de screeningscores ook voor deze groep bekeken. Hierbij zal ook besproken worden in hoeverre er sprake lijkt te zijn van een selectieve dropout bij de nameting.

De screeningsresultaten van de deelnemers in de drie condities (n=125: n=68 controle, n=20 exp, n=37 exp+fysieke training) bleken op slechts één score significant van elkaar af te wijken. De deelnemers in experimentele groep bleken een duidelijk ongunstigere score op de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' te hebben dan de deelnemers in de exp+fysieke training en de controle conditie.

Echter, uit herhaling van deze analyses bij de groep van 45 respondenten waarop de uiteindelijke evaluatie van de interventies plaatsvindt, bleek de uitgangssituatie van de deelnemers in de verschillende condities significant te verschillen op diverse indicatoren. Voor de screeningscores per conditie wordt verwezen naar tabel 2 en 3. Het algemene beeld is dat de deelnemers in de conditie 'exp+fysieke training' bij de screening gunstiger scores op gezondheidsbeleving en welbevinden (diverse RAND-scores, positief en negatief affect, self-esteem, en sense of mastery) dan de deelnemers in de overige condities. Daarentegen hebben de deelnemers in de conditie 'exp+fysieke training' bij de screening een ongunstiger beeld ten aanzien van hun biomedische risico's – meer specifiek qua (over)gewicht en ratio cholesterol/hdl – dan de deelnemers in de overige condities. De experimentele groep zonder fysieke training bleek significant ongunstiger te scoren qua algemene gezondheidsbeleving, sense of mastery en self-esteem. De gevonden verschillen lijken een consequentie te zijn van het niet geheel random toepassen van de toewijzing aan de condities. Het is dan ook van belang bij de interpretatie van de effecten van de interventies rekening te houden met de verschillende beginsituatie van de deelnemers in de 3 condities. Er is ook nagegaan of de tijdsperiode tussen de screening en de nameting voor de 3 condities vergelijkbaar was: dit was het geval.

Om na te gaan in hoeverre er sprake is van selectieve drop-out is de groep die aan de nameting deelneemt (n=45) vergeleken met de groep die niet deelnam (n=80) op hun screeningsgegevens. Hieruit blijkt dat er sprake is van enige selectiviteit: de deelnemers aan de nameting scoorden bij de screening gunstiger op bloeddruk, totaal cholesterol, en glucose, maar ongunstiger op HDL, ratio cholesterol/HDL, en de RAND schalen fysiek functioneren en pijn. Op de overige biomedische indicatoren, leefgewoonten, en indicatoren voor gezondheidsbeleving en welbevinden verschillen deelnemers en niet-deelnemers bij de nameting. Opvallend was verder dat de respons bij de nameting onder de in Nederland geboren en hoger lag dan onder de elders geboren respondenten.

De groep van 45 respondenten waarop de effecten van de interventies worden bepaald is als volgt samengesteld:

- de leeftijd varieert van 24-58 jaar (gemiddelde leeftijd = 40.0, SD= 9.4)
- 42% mannen (n=19) en 58% vrouwen (n=26)
- 64% (n=29) is geboren in Nederland
- t.t.v. de screening hebben 5 respondenten (11%) betaald werk
- t.t.v. de screening zijn 15 respondenten (33%) 'actief': zij hebben betaald werk en/of volgen een cursus/opleiding, en/of doen vrijwilligerswerk.

In de experimentele conditie zonder fysieke training waren de respondenten doorverwezen naar de volgende interventies: psycholoog (4x), huisarts (3x) en diëtist (2x). Bij de experimentele conditie met fysieke training werden de respondenten doorverwezen naar de fysieke training en daarnaast een deel van de respondenten naar de diëtist (6x).

Analyses op de scores van de RAND, self-esteem, sense of mastery en negative affect laten voor de totale groep van 45 respondenten een aantal gunstige veranderingen zien (zie tabel 2). De scores op de volgende RAND schalen zijn significant verbeterd: sociaal functioneren, vitaliteit, pijn, en

gezondheidsverandering. Tevens is de sense of mastery significant verbeterd. Lichte verbeteringen (tendens) zijn zichtbaar op de RAND schaal fysiek functioneren en op self-esteem.

Op de leefgewoonten en biomedische indicatoren zijn enkele gunstige en enkele ongunstige veranderingen zichtbaar (zie tabel 3): de diastolische bloeddruk en het totaal cholesterol zijn significant gestegen, maar de HDL en ratio totaal cholesterol / HDL zijn significant gedaald. Op de leefgewoonten en overige biomedische maten scoort de totale groep respondenten vergelijkbaar bij de screening en de nameting. Dit geldt in extrema voor het rookgedrag: geen van de rokers bij de screening blijkt bij de nameting gestopt te zijn. Tenslotte, bij de totale groep is de (werk) participatie licht toegenomen: van 33% naar 42%. Bij de nameting blijken 8 respondenten (18%) aan het werk te zijn in het kader van re-integratie.

Bij *de controlegroep* laten analyses op de scores van de RAND, self-esteem, sense of mastery en negatieve affect een aantal gunstige veranderingen zien (zie tabel 2). De scores op de volgende indicatoren zijn significant verbeterd: vitaliteit, pijn, negatief affect, en sense of mastery. Daarnaast is er een lichte verbetering (tendens) zichtbaar op de RAND schaal mentale gezondheid. Op de leefgewoonten en biomedische indicatoren zijn weinig veranderingen zichtbaar (zie tabel 3), maar degenen die gesignaleerd worden zijn ongunstig: een stijging van de diastolische bloeddruk en het totaal cholesterol, en een lichte toename (tendens) van de middelomtrek. Op de leefgewoonten en overige biomedische maten scoort de groep respondenten in de controle conditie bij de nameting vergelijkbaar met de screening. Tenslotte, bij de controlegroep is de (werk) participatie licht toegenomen: van 39% naar 48%. Bij de nameting blijken 5 respondenten (22%) aan het werk te zijn in het kader van re-integratie.

Bij de kleine ( $n=8-9$ ) *experimentele groep zonder fysieke training* laten de analyses op de scores van de RAND, self-esteem, sense of mastery en negatieve affect een aantal gunstige veranderingen zien (zie tabel 2). De scores op de volgende indicatoren zijn significant verbeterd: mentale gezondheid, vitaliteit, algemene gezondheidsbeleving, gezondheidsverandering, en self-esteem. Daarnaast is er een lichte verbetering (tendens) zichtbaar op positief affect. Op de leefgewoonten en biomedische indicatoren zijn weinig veranderingen zichtbaar (zie tabel 3). Er is alleen sprake van een significante stijging van zowel het totaal cholesterol en het HDL; de ratio totaal cholesterol / HDL is op de nameting vergelijkbaar met de screening. Tenslotte, bij deze kleine experimentele groep is de (werk) participatie licht toegenomen: van 1 individu naar 3 individuen. Bij de nameting blijkt echter geen van de respondenten aan het werk te zijn in het kader van re-integratie.

Bij de iets grotere ( $n=13$ ) *experimentele groep met fysieke training* laten de analyses een ongunstige verandering(?) en enkele ongunstige veranderingen zien op de ervaren gezondheid en welbevinden (zie tabel 2). Er is een significante verbetering zichtbaar op de RAND-schaal fysiek functioneren, maar een significante toename van negatief affect, en een lichte verslechtering (tendens) op de schaal rolbeperkingen a.g.v. emotionele problemen en een lichte daling in positief affect. Op de leefgewoonten en biomedische indicatoren zijn weinig veranderingen zichtbaar (zie tabel 3). Er is alleen sprake van een significante stijging van het HDL, en een hiermee gepaard gaande verbetering in de totaal cholesterol / HDL ratio. Tenslotte, bij deze groep is de (werk) participatie gelijk gebleven; op 39%. Bij de nameting blijken 3 respondenten (15%) aan het werk te zijn in het kader van re-integratie.

Verder is nagegaan in hoeverre de veranderingen tussen de screening en de nameting verschillen voor de 3 condities.

Op de volgende indicatoren blijkt de verandering over tijd (enigszins) afhankelijk te zijn van de conditie waarin men deelneemt:

De RAND-schalen fysieke gezondheid ( $p<.05$ ), rolbeperkingen a.g.v. emotionele problemen ( $p<.10$ ), mentale gezondheid ( $p<.05$ ), algemene gezondheidsbeleving ( $p<.10$ ), positief affect ( $p<.05$ ), negatief affect ( $p<.05$ ), en self-esteem ( $p<.10$ ). Op de overige in tabel 2 en 3 weergegeven indicatoren en op (werk)participatie blijkt de verandering over de tijd vergelijkbaar te zijn voor de 3 condities. De onderstaande beschrijving beperkt zich dan ook tot de eerder genoemde indicatoren.

Vergelijking experimentele conditie zonder fysieke training ( $n=9$ ) met controle conditie ( $n=23$ ):

Bij de experimentele conditie zonder fysieke training blijkt de stijging in de RAND-schaal algemene gezondheidsbeleving significant sterker te zijn dan bij de controle conditie.

Vergelijking experimentele conditie met fysieke training (n=13) met controle conditie (n=23):

Deze vergelijking geeft een wisselend beeld, in de zin dat bij een indicator de verandering over tijd bij de ene conditie gunstiger is, en bij andere indicatoren juist bij de andere conditie. Meer specifiek: De verandering over tijd is significant gunstiger bij de experimentele conditie met fysieke training dan bij de controle conditie in geval van de RAND schaal fysiek functioneren. Echter, de verandering over tijd is gunstiger voor de controle conditie in geval van de RAND schalen rolbeperkingen a.g.v. emotionele problemen en mentale gezondheid en algemene gezondheidsbeleving, en negatief affect.

Vergelijking experimentele conditie met fysieke training (n=13) met experimentele conditie zonder fysieke training (n=9):

Ook deze vergelijking geeft een wisselend beeld, in de zin dat bij een indicator de verandering over tijd bij de ene conditie gunstiger is, en bij andere indicatoren juist bij de andere conditie. Meer specifiek: De verandering over tijd is significant gunstiger bij de experimentele conditie met fysieke training dan bij de conditie zonder fysieke training in geval van de RAND schaal fysiek functioneren. Echter, de verandering over tijd is gunstiger voor de conditie zonder fysieke training in geval van de RAND schalen mentale gezondheid en algemene gezondheidsbeleving, positief en negatief affect en self-esteem.

### **Voornaamste conclusies:**

- Respondenten die verschijnen op de screening vormen inderdaad een groep met verhoudingsgewijs een slechtere mentale en fysieke (ervaren) gezondheid
- De respondenten die actief participeren (betaald werk / cursus-opleiding / vrijwilligerswerk) onderscheiden zich van de respondenten die dat niet doen door een hogere sense of mastery en meer lichaamsbeweging. Het is echter de vraag wat oorzaak en gevolg is in deze: heeft het actief participeren een gunstig effect op sense of mastery en de mate van lichaamsbeweging, of zorgt een hogere sense of mastery en lichamelijk actief zijn ervoor dat respondenten gaan participeren? Een conclusie aangaande de richting van het effect is op basis van dit onderzoek niet te trekken.
- Helaas nam slechts 36% van de deelnemers ook deel aan de nameting. Deze respons bleek enigszins selectief te zijn in de zin dat de deelnemers aan de nameting bij de screening zowel in gunstige als in ongunstige zin afweken op een aantal biomedische indicatoren, en ongunstiger scoorden op fysiek functioneren en pijn dan de niet-deelnemers aan de nameting. Opvallend was verder dat de respons bij de nameting onder de in Nederland geboren en hoger lag dan onder de elders geboren respondenten.
- In totaal hebben 45 deelnemers verspreid over 3 condities (controle, experimenteel zonder fysieke interventie, en experimenteel met fysieke interventie) zowel aan de screening als aan de nameting deelgenomen. Een vergelijking van de scores op bij de screening laat zien dat er bij de screening al significante verschillen zijn tussen de condities. Het is aannemelijk dat dit het gevolg is van het geregeld afwijken van de random toewijzing op basis van geboortjaar en – maand, en de screeningsresultaten mee te laten spelen bij de toewijzing aan de conditie
- De totale groep van 45 respondenten laat op een aantal ervaren gezondheid en welbevinden indicatoren een gunstige ontwikkeling over de tijd zien: met name op sociaal functioneren, vitaliteit, pijn, gezondheidsverandering, en sense of mastery. Daarnaast verbeterde het HDL gehalte, en als gevolg daarvan ook de totaal cholesterol / HDL ratio. Ongunstige veranderingen waren ook zichtbaar: een stijging van de diastolische bloeddruk en het totaal cholesterol. Op de overige biomedische indicatoren en leefgewoonten waren geen noemenswaardige veranderingen. Ook bij de controlegroep die geen verder interventie-aanbod kreeg, zijn enkele gunstige ontwikkelingen te zien, te weten een verbetering qua vitaliteit, pijn, negatief affect en sense of mastery. Ongunstige veranderingen traden echter op ten aanzien de diastolische bloeddruk en totaal cholesterol. Wat betreft de gevonden gunstige effecten zou het kunnen zijn dat de screening an sich al effect heeft, of dat de doorverwijzing naar de huisarts en diens interventies effect sorteren.
- Vergelijken we de ontwikkeling over de tijd bij de 3 condities dan zien we een vrij wisselend beeld. Verschillen qua ontwikkeling tussen de condities zijn uitsluitend zichtbaar op de ervaren gezondheid- en welbevinden indicatoren, niet op de biomedische maten, leefgewoonten of (werk)participatie. De experimentele conditie zonder fysieke training verbetert sterker op de algemene gezondheidsbeleving dan de controle groep. De experimentele conditie met fysieke training verbetert sterker op fysiek functioneren dan de controle groep. Echter de controle conditie verbetert sterker dan de experimentele conditie met fysieke training op indicatoren als algemene gezondheidsbeleving en mentale/emotionele maten. Vergelijken we de twee experimentele condities dan scoort de groep met fysieke training beter op fysiek functioneren, maar laat een ongunstigere ontwikkeling zien in algemene gezondheidsbeleving en mentaal welbevinden indicatoren dan de experimentele groep zonder fysieke training. Echter, het feit dat de condities een verschillend uitgangspunt hadden, lijkt een rol te spelen bij de gevonden verschillen, en bemoeilijkt het trekken van conclusies over de effecten van de interventies. Een bekend verschijnsel is immers dat respondenten met een slechte uitgangspositie verbeteren, en respondenten met een goede uitgangspositie verslechteren, a.g.v. bijvoorbeeld regression to the mean, en ceiling/floor effecten.

Zoals al eerder aangegeven was de respons bij de nameting met 36% aan de lage kant, en resulteerde in kleine groepen in de condities, die op een aantal gezondheids- en welbevinden aspecten duidelijk verschilden qua uitgangspositie. Daarnaast lijkt op basis van de beschikbare gegevens er ook sprake te zijn van een enigszins selectieve dropout bij de nameting. Dit belemmert het trekken van harde conclusies over de effectiviteit van de interventies .

Algemene conclusie:

- Wordt met screening een groep bereikt met een relatief slechte gezondheid
- (werk)participatie gaat gepaard met hogere sense of mastery en meer lichaamsbeweging – dit lijkt de gedachte achter de interventies en dan met name de fysieke training te ondersteunen, maar over de causaliteit kunnen geen conclusies getrokken worden
- over de effecten van de screening en de interventies zijn geen harde conclusies te trekken. Er lijkt sprake te zijn van enkele gunstige effecten en dan met name op ervaren gezondheidsbeleving / welbevinden, en op een enkele biomedische parameter (HDL en daarmee de ratio cholesterol/HDL). Geen effecten op leefgewoonten. Verschillen tussen condities zijn moeilijk te duiden gezien aanzienlijke verschillen tussen de condities op de uitgangspositie (veroorzaakt voor afwijkingen van random toewijzing?), in combinatie met geringe aantal respondenten / enigszins selectieve dropout.

### Terugvalpreventie

Gedurende het traject is terugvalpreventie als sluitende interventie ingebouwd. Enkele cliënten zijn telefonisch benaderd die vanwege medische klachten dreigden uit te vallen. Gedurende het interventieprogramma fysieke training in groepsverband, is aanzienlijk meer tijd besteed om de cliënten te laten starten en te blijven deelnemen aan het programma. De afspraak dat W&I in contact zou treden met uitvallers en hen zou aanspreken op hun deelname aan het programma is niet uitgevoerd.

Ondanks de problematiek bij W & I met de start van dit project, zijn er wel positieve uitstralingseffecten gesignaleerd door andere gemeenten. In het bijzonder de integrale aanpak om mensen met een WWB uitkering middels het verbeteren van de leefstijl en gezondheidsbeleving, de sociale participatie en participatie in het arbeidsproces te bevorderen. Met een aantal gemeenten in Hollands Midden zijn oriënterende gesprekken gevoerd.

Momenteel worden gesprekken gevoerd met het management van W & I en de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid over continuering van het project. Voorwaardelijk aan de nieuwe samenwerking is wel dat de doelgroep duidelijk omschreven wordt en in beeld is bij W & I. De financiering van het project dient geregeld te zijn en de gezondheidscheck (GeZZond checkplus) en arbeidsgeschiktheid beoordeling dienen uitgevoerd te worden.

## 2.B Specifieke doelen op activiteitsniveau

### 2.1 werving van de doelgroepen

In punt 1 is uitgebreid ingegaan op het bereiken van de doelgroep. De doelgroep (300 pp) bestaat uit Leidenaren met een WWB uitkering die nog niet zolang uit het arbeidsproces zijn. Bij de doelgroep worden veel voorkomende en door gezonde leefstijl te beïnvloeden gezondheidsproblemen in kaart gebracht: hypertensie, (verhoogd risico op ) suikerziekte, voeding, beweegpatroon, gewicht, stemming, roken; ongezonde leefstijl. Er is ook bepaald of en wanneer er Duurzaam Benutbare Mogelijkheden zijn en welke interventies nodig zijn om dit te bereiken. Afhankelijk van de uitkomst van dit onderzoek is een individueel zorg/gezondheidsbevorderend advies opgesteld, waaraan iemand zich dient te verbinden.

De belemmerende factoren bij de aanvankelijke doelgroep:

- Het aantal cliënten dat verzekerd is bij Zorg en Zekerheid (AV Gemeente Standaard verzekering), een voorwaarde om deel te nemen aan het project, was veel lager dan in eerste instantie is aangegeven door de gemeente (GSD). Hierdoor was het niet mogelijk (geen financiering) om de gezondheidscheck uit te voeren,
- Onduidelijkheid bij de uitvoerders van de gemeente over inhoud en noodzaak van het project en de interventies

Belemmerende factoren bij de nieuwe doelgroep die W & I aanlevert zijn mensen die al langer een WWB uitkering ontvangen "het zittende bestand":

- W & I levert namen aan van cliënten die door de GGD HM worden uitgenodigd. Na verloop van tijd blijkt dat de W & I haar cliënten niet geïnformeerd heeft over dit traject.
- Een substantieel deel van de cliënten heeft al jaren geen "contact" met W & I. Teveel tijd moet besteed worden, door de adviserende geneeskundige van de GGD HM aan het motiveren van de doelgroep om deel te nemen aan het traject.

Bij de start van dit project was de verwachting dat cliënten als voorbeeldfiguren in achterstandswijken gaan fungeren, dat weer een aanzuigende werking zou hebben voor deelname aan collectieve (wijkgerichte) gezondheidspreventie activiteiten. Gedurende het traject zijn geen concrete voorbeelden waargenomen.

Momenteel worden gesprekken gevoerd met de sociale dienst (management W&I) Leiden en de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid over continuering van het project. Voorwaardelijk aan de nieuwe samenwerking is wel dat de doelgroep duidelijk omschreven en in beeld is bij W&I. De financiering van het project geregeld is en de gezondheidscheck (GeZZond checkplus) en arbeidsgeschiktheid keuring uitgevoerd wordt. De verwachting is dat het meeste resultaat te halen is met de doelgroep die een WWB uitkering heeft en nog niet zolang (< 1 jaar) uit het arbeidsproces zijn.

### 2.2 Samenwerking regionale partners

De vijf indienende partijen (GGD Hollands Midden, Gemeente Leiden, WWZ-Mariënstaete-Valent, Zorg en Zekerheid en FitInvest) vormen samen de projectgroep. De rollen van de samenwerkingspartners waren als volgt:

- De gemeente Leiden verwijst de doelgroep rechtstreeks vanuit W & I, in de eerste fase van het project naar het Participatiecentrum, in de 2<sup>e</sup> fase naar de GGD Hollands Midden voor een gezondheidscheck en arbeidsgeschiktheid beoordeling (waarna verwijzen naar passende preventieprogramma's volgt).
- De GGD Hollands Midden, afdeling Sociaal Medische Advisering, verricht bij de doelgroep de gezondheidscheck en een onafhankelijke medische beoordeling inzake de arbeidsgeschiktheid, stuurt cliënten door naar de interventieprogramma's, voert de regie over het gehele traject en past terugvalpreventies toe.
- Zorg en Zekerheid trad op als co financier (financiering van de gezondheidscheck) van de interventieprogramma's.

- WWZ-Mariënstaete-Valent is de thuiszorgorganisatie die diëtisten leverde voor de interventieprogramma's
- FitInvest is de organisatie die het activeringsprogramma aanbiedt. Deze organisatie heeft ervaring met het begeleiden van de doelgroep.

#### Bevorderende factoren FitInvest

In samenspraak met de GGD HM is een traject ontwikkeld voor cliënten die door fysieke klachten niet in staat zijn aan de arbeidsmarkt deel te nemen. In totaal zijn drie groepen gestart. De laatste groep is nog bezig. Gedurende drie maanden volgen de cliënten twee maal per week een individuele training. Bij de start is een intake d.m.v. vragenlijsten en een fitheidstest. Elke drie weken vindt een groepsgesprek plaats (4 in totaal). Thema's groepsgesprekken: motivatie, barrières, beweegplan, social support, terugval, pijn, ontspanning, zelfmanagement, gedragsbehoud.

Bij no-show: per mail of telefonisch contact opgenomen met het verzoek de volgende training te komen of een bericht te geven met de reden waarom men afwezig is.

Resultaten 1<sup>e</sup> groep: In totaal 15 deelnemers een intake gehad. Hiervan vielen 2 deelnemers af in verband met specifieke fysieke klachten, waardoor een beweegprogramma niet geïndiceerd was.

1 deelnemers viel af vanwege onvoldoende motivatie

1 deelnemer viel af vanwege het vinden van werk, waarbij geen gelegenheid werd gegeven om aan de groepstraining deel te nemen.

Uiteindelijk is gestart met een groep van 13 personen, na enkele weken kwam er nog 1 deelnemer bij.

2 deelnemers zijn voortijdig gestopt vanwege het vinden van werk, waarbij geen gelegenheid werd gegeven om aan de groepstraining deel te nemen.

De aanwezigheid van de deelnemers was zeer onregelmatig.

Redenen hiervoor waren:

- rug- of andere gewrichtsklachten (niet ontstaan tijdens of door training)
- ziekte
- Vakantie
- Ramadan
- geen oppas voor kinderen
- onbekend

Gemiddelde: aanwezigheid: 4,8 personen = 37,4%

afwezig met bericht: 3,4 personen = 26,8%

afwezig zonder bericht: 4,4 personen = 34,1%

Resultaten:

- Ondanks herhaalde oproepen waren er 2 personen aanwezig bij de eindevaluatie. Van slechts 1 persoon zijn de testresultaten bekend, de andere was zeer onregelmatig aanwezig geweest door rugklachten en had nog dusdanige klachten dat een eindevaluatie niet zinvol was.
- De fitheid van de geteste persoon is met 100% toegenomen, maar blijft nog sterk onder de norm.
- De gezondheidsbeleving was bij beide personen matig toegenomen, met name ten aanzien van vermoeidheid en zelfmanagement. Beiden gaven aan zelfstandig door te willen gaan met een beweegprogramma – individueel of in groepsverband.
- 1 deelnemer gaf aan weer werk te hebben gevonden kort na afloop van het beweegprogramma (in totaal heeft dus 37,5% van de groep die gestart is werk gevonden)

#### Resultaten 2<sup>e</sup> groep

In totaal hebben 15 deelnemers een intake gehad.

Hiervan vielen 2 deelnemers af: 1 vanwege een medische ingreep met vertraagd herstel, 1 vanwege het vinden van werk. Uiteindelijk is gestart met een groep van 13 personen, waarvan 1 persoon die al in groep 1 een intake had gehad, maar daarna door medische oorzaken tijdelijk niet in staat was tot trainen.

De aanwezigheid van de deelnemers was redelijk. Redenen voor afwezigheid waren:

- rug- of andere gewrichtsklachten (niet ontstaan tijdens of door training)
- ziekte
- vakantie
- vergeten of in slaap gevallen
- privéomstandigheden

Gemiddelde:

aanwezigheid: 7,9 personen = 61,3%

afwezig met bericht: 3,2 personen = 24,9%

afwezig zonder bericht: 1,7 personen = 13,8%

Resultaten:

9 personen hebben een eindevaluatie gehad. 1 persoon was zowel telefonisch, schriftelijk als per mail onbereikbaar; 1 persoon was nog in het buitenland bij een ernstig ziek familielid; 1 persoon was zeer onregelmatig en weinig aanwezig, deze zal opnieuw beginnen in groep 3.

De groep was i.h.a. enthousiast en er was een positieve sociale interactie.

De resultaten zijn teleurstellend ten aanzien van fitheid, pijn, vermoeidheid en activiteitsniveau:

	FHT	BMI	VAS pijn	VAS vermoeid	VAS act.
verbetering:	-7%	0%	0%	-20%	0%

1 deelnemer gaf aan weer werk te hebben gevonden kort na afloop van het beweegprogramma.

2 deelnemers waren gestart met een opleiding tot chauffeur, maar dit project is door de gemeente vroegtijdig stopgezet tot hun grote teleurstelling.

1 deelnemer heeft een stageplaats als administratieve kracht in een bedrijf.

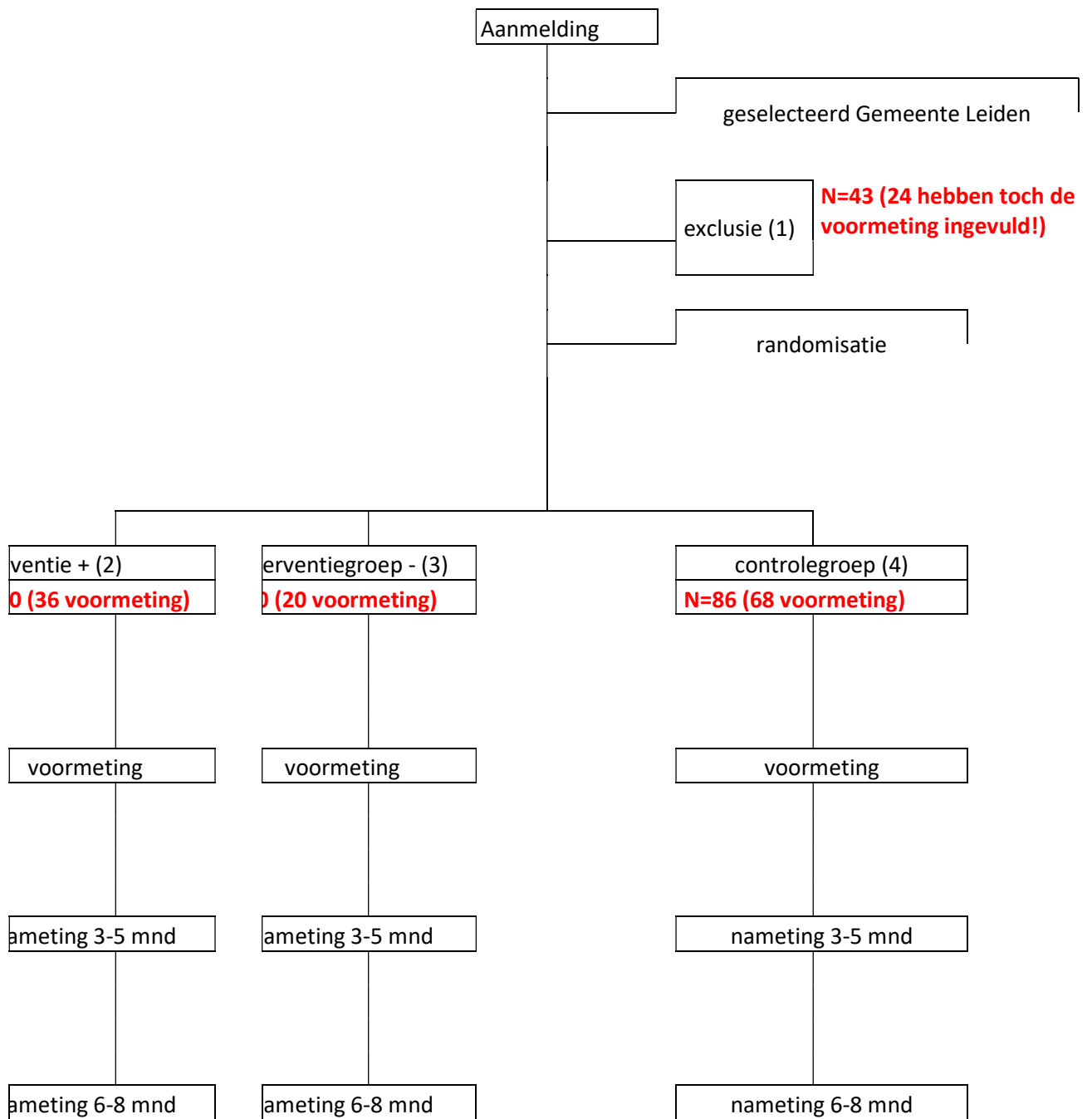
1 deelnemer overweegt een WSW-aanvraag.

Resultaten 3<sup>e</sup> groep nog niet bekend omdat het interventieprogramma nog niet is afgelopen.

Voor wat betreft de duurzame samenwerkingsverbanden vinden gesprekken plaats met de Gemeente Leiden, W & I en Zorg & Zekerheid. De financiering van het interventieprogramma van FitInvest wordt geëvalueerd. De persoonlijke aandacht, coaching en begeleiding, gegeven door FitInvest, is vanwege de kosten, helaas niet langer uitvoerbaar. Momenteel vinden gesprekken plaats, ook met FitInvest, om te bezien of een goedkopere variant aangeboden kan worden, met behoud van persoonlijke aandacht voor de cliënt.



Stroomdiagram



Tabel 2: Gemiddelde (standaarddeviatie) op de voormeting (T1) en de nameting (T2), voor de totale groep en per conditie, op de schalen van de RAND-36, self-esteem, positief en negatief affect, en sense of mastery. Resultaten gepaarde t-toets (significantie van verandering tussen T1 en T2).

Schalen	Totale groep (n=45)		Sign. veran- dering	Controle groep (n=23)		Sign. veran- dering	Experimentele groep zonder fysieke training (n=9)		Sign. veran- dering	Experimentele groep met fysieke training (n=13)		Sign. veran- dering
	T1	T2		T1	T2		T1	T2		T1	T2	
Fysiek functioneren	50.7 (26.7)	56.1 (25.1)	+	52.0 (28.6)	54.1 (24.8)	n.s.	55.0 (25.2)	52.2 (29.3)	n.s.	45.4 (25.4)	62.3 (23.4)	***
Sociaal functioneren	40.6 (27.5)	42.2 (25.6)	*	37.0 (24.9)	40.8 (23.0)	n.s.	25.0 (27.2)	30.6 (25.1)	n.s.	57.7 (24.8)	52.9 (28.0)	n.s.
Rolbeperkingen (fysiek)	18.3 (27.9)	25.6 (35.6)	n.s.	12.0 (18.3)	23.9 (34.9)	n.s.	11.1 (18.2)	19.4 (34.9)	n.s.	34.6 (40.2)	32.7 (38.7)	n.s.
Rolbeperkingen (emotioneel)	25.9 (39.5)	25.2 (37.7)	n.s.	13.0 (28.0)	20.3 (34.4)	n.s.	14.8 (33.8)	22.2 (37.3)	n.s.	56.4 (45.9)	35.9 (44.0)	n.s.
Mentale gezondheid	42.7 (26.2)	46.5 (21.6)	n.s.	36.9 (24.0)	45.6 (19.8)	+	27.1 (27.6)	36.4 (24.1)	*	63.7 (14.8)	55.1 (21.3)	+
Vitaliteit	32.0 (20.4)	37.9 (19.0)	*	30.2 (21.8)	40.0 (20.4)	*	18.9 (15.6)	28.3 (14.4)	*	44.2 (14.0)	40.8 (18.4)	n.s.
Pijn	42.2 (27.6)	53.9 (26.6)	***	36.3 (28.6)	50.8 (25.1)	**	44.9 (27.4)	55.8 (27.9)	n.s.	50.7 (25.2)	58.1 (29.7)	n.s.
Algemene gezondheidsbeleving	38.1 (20.1)	42.1 (17.7)	n.s.	38.9 (20.5)	40.7 (19.8)	n.s.	20.0 (12.2)	36.1 (15.2)	**	49.2 (15.0)	48.8 (13.7)	n.s.
Gezondheidsverandering	35.0 (26.3)	46.7 (24.8)	*	38.0 (29.1)	44.6 (22.6)	n.s.	19.4 (20.8)	47.2 (31.7)	*	40.4 (21.7)	50.0 (25.0)	n.s.
Self-esteem	25.0 (4.7)	26.0 (4.5)	+	25.0 (4.6)	25.9 (4.4)	n.s.	21.3 (4.8)	24.7 (5.7)	*	27.3 (3.4)	27.1 (3.9)	n.s.
Positief affect	22.8 (7.4)	23.0 (7.8)	n.s.	21.1 (6.8)	21.8 (7.3)	n.s.	19.3 (7.1)	23.2 (9.6)	+	28.3 (6.0)	25.1 (7.6)	+
Negatief affect	27.5 (11.2)	26.0 (10.1)	n.s.	29.7 (9.9)	25.2 (9.6)	**	34.7 (11.2)	31.2 (12.3)	n.s.	18.6 (8.0)	23.6 (8.7)	**
Sense of mastery	18.4 (5.2)	20.3 (4.9)	*	18.4 (4.7)	21.3 (5.2)	*	14.4 (3.7)	16.6 (3.2)	n.s.	21.2 (5.2)	21.1 (4.3)	n.s.

n.s. niet significant; +  $p < .10$  (tendens); \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 3: Gemiddelde (standaarddeviatie) op de voormeting (T1) en de nameting (T2), voor de totale groep en per conditie, op leefgewoonten en biomedische parameters. Resultaten gepaarde t-toets (significantie van verandering tussen T1 en T2).

Biomedische parameters	Totale groep (n=38-45)		Sign. Verandering	Controle groep (n=17-23)		Sign. Verandering	Experimentele groep zonder fysieke training (n=8-9)		Sign verandering	Experimentele groep met fysieke training (n=13)		Sign verandering
	T1	T2		T1	T2		T1	T2		T1	T2	
Bewegen totaal	5.2 (2.5)	5.6 (2.4)	n.s.	5.6 (2.1)	5.7 (2.4)	n.s.	4.1 (3.0)	5.1 (2.9)	n.s.	5.2 (2.7)	6.2 (2.0)	n.s.
Alcohol totaal	6.9 (12.2)	6.6 (10.3)	n.s.	10.1 (15.5)	9.7 (12.5)	n.s.	2.9 (4.1)	4.0 (7.8)	n.s.	3.9 (6.6)	2.5 (3.4)	n.s.
% rokers	60%	60%	n.s.	65%	65%	n.s.	56%	56%	n.s.	54%	54%	n.s.
Body mass index	28.6 (5.9)	28.8 (6.1)	n.s.	26.9 (4.8)	27.1 (4.7)	n.s.	27.4 (5.0)	27.9 (5.6)	n.s.	32.4 (6.8)	32.4 (7.2)	n.s.
Middelomtrek	99.0 (14.9)	100.1 (14.3)	n.s.	96.0 (12.1)	98.1 (10.8)	+	93.4 (13.4)	94.7 (12.9)	n.s.	108.2 (17.0)	107.5 (18.3)	n.s.
Systolische bloeddruk	131.4 (19.7)	131.2 (21.8)	n.s.	132.2 (19.6)	131.7 (16.9)	n.s.	125.0 (19.8)	125.9 (15.2)	n.s.	134.4 (20.4)	134.0 (32.2)	n.s.
Diastolische bloeddruk	81.7 (10.1)	85.2 (13.4)	*	80.8 (9.9)	86.2 (12.2)	**	79.1 (9.4)	81.3 (12.5)	n.s.	85.0 (10.8)	86.0 (16.2)	n.s.
Totaal cholesterol	3.6 (1.0)	4.4 (1.0)	***	3.5 (0.8)	4.3 (0.9)	**	3.4 (0.9)	4.8 (0.9)	**	3.9 (1.2)	4.3 (1.1)	n.s.
HDL	0.8 (0.5)	1.3 (0.9)	**	1.0 (0.6)	1.6 (1.3)	n.s.	0.8 (0.3)	1.3 (0.5)	**	0.5 (0.2)	1.0 (0.4)	***
Ratio totaal cholesterol/HDL	5.7 (2.7)	4.3 (2.2)	**	4.5 (2.0)	3.7 (2.0)	n.s.	4.7 (1.4)	4.0 (1.8)	n.s.	8.0 (2.7)	5.1 (2.5)	*
bloedglucose	6.3 (1.6)	6.6 (3.0)	n.s.	6.1 (0.9)	6.0 (1.0)	n.s.	6.4 (1.9)	7.3 (5.3)	n.s.	6.6 (2.1)	7.2 (3.1)	n.s.

n.s. niet significant; +  $p < .10$  (tendens); \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$