



Oud, Dik en Gelukkig?

Een onderzoek naar de relatie tussen overgewicht en het welzijn van ouderen en de preventie van overgewicht in Twente

Oud, Dik en Gelukkig?

Een onderzoek naar de relatie tussen overgewicht en het welzijn van ouderen en de preventie van overgewicht in Twente

Masterthesis voor de opleiding Communicatie Wetenschappen
Universiteit Twente, Enschede

Auteur: Elsbeth Haarsma- Dijkman

In opdracht van:

GGD Regio Twente (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst)

Mevr. J.E. Visser, Gezondheidsbevorderaar

Dhr. O. Haitsma, Epidemioloog

Afstudeercommissie Universiteit Twente:

Mevr. Dr. C.H.C. Drossaert

Mevr. Dr. C. Bode

Datum:

8 april 2009

Voorwoord

Ter afsluiting van mijn opleiding Communicatie Wetenschappen presenteer ik u hier deze thesis. Onderwerp van dit verslag is een onderzoek naar overgewicht bij ouderen. Het onderzoeksproces van de afgelopen maanden was zeer leerzaam. Ik heb veel kennis mogen opdoen over de invloeden en gevolgen van overgewicht en over ouder worden. Ook het schrijven en vormgeven van degelijk onderzoek was erg leerzaam. Het was interessant om me te verdiepen in het wetenschappelijke debat rondom overgewicht bij ouderen en om de gevonden resultaten hierin te plaatsen. Ik heb dit allemaal niet kunnen bereiken zonder de hulp van een aantal mensen. Eerst wil ik graag mijn begeleiders bedanken die erg stimulerend en ondersteunend zijn geweest.

Jannet, heel erg bedankt voor je bezielende hulp. Ik heb gemerkt dat je erg begaan bent met de ouderen en dat je het beste met ze voor hebt, dat was voor mij ook een stimulans. Bedankt voor de bemoedigende, op de rit helpende gesprekken en telefoontjes!

Stans en Christina, elke keer als ik weer bij jullie langs was geweest wist ik weer hoe ik verder moest. Het waren verhelderende gesprekken en het heeft me geholpen om een goed lopend verslag te schrijven met de juiste wetenschappelijke inhoud.

Daarnaast bedank ik ook mijn 'collega's' bij de GGD. Onne, mijn statistische begeleider, jij ook heel erg bedankt voor je reflecties en hulp tijdens het maken van de analyses; Marlie, naast dat het heel gezellig was om bij je op de kamer te zitten en ik lekker bij je kon spuien heb ik door jou een leuk inzicht gekregen in de werkzaamheden van de GGD. En verder de andere 'buitenloop maatjes': Cristel en Judith, jullie zorgden dat ik me thuis voelde bij de GGD.

Als laatste bedank ik Jos, voor je heerlijke relativiserende, meedenkende en lieve hulp die mij zo aan de gang houdt.

Elsbeth Haarsma – Dijkman

Amersfoort, april 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Summary.....	3
1. Overgewicht en preventie.....	5
1.1 Overgewicht.....	5
1.1.1 Definities.....	5
1.1.2 Prevalentie.....	5
1.1.3 Conclusie.....	6
1.2 Gevolgen van overgewicht.....	6
1.2.1 Mortaliteit.....	6
1.2.2 Lichamelijke problemen.....	6
1.2.3 Psychische en sociale problemen.....	7
1.2.4 Maatschappelijke gevolgen.....	7
1.2.5 Conclusie.....	7
1.3 Overgewicht bij ouderen.....	8
1.3.1 BMI.....	8
1.3.2 Prevalentie.....	8
1.3.3 Algemene gevolgen van ouder worden.....	9
1.3.4 Lichamelijke problemen.....	9
1.3.5 Leefstijl.....	9
1.3.6 Psychische gezondheid.....	10
1.3.7 Sociale participatie.....	10
1.4 Conclusie en onderzoeksvragen betreffende overgewicht bij ouderen.....	10
1.5 Overgewichtpreventie voor ouderen.....	11
1.5.1 Ouderen en bewegen.....	12
1.5.2 Voedingsinformatie.....	12
1.5.3 Leefstijlverandering.....	12
1.6 Ontwikkeling en organisatie van preventie interventies.....	13
1.6.1 Preventie en doelgroep.....	13
1.6.2 Organisatie en prioriteiten.....	13
1.6.3 Samenwerking.....	14
1.7 Conclusie en onderzoeksvraag betreffende preventie.....	14
2. Analyse naar de relatie tussen overgewicht en welzijn.....	15
2.1 Methodologie.....	15
2.1.1 Procedures en respondenten.....	15

2.1.2	<i>Het meetinstrument</i>	16
2.1.3	<i>Data analyse</i>	18
2.2	Resultaten	18
2.2.1	<i>Beschrijving van de onderzoeksgroep</i>	18
2.2.2	<i>BMI opgesplitst naar achtergrond kenmerken</i>	19
2.2.3	<i>Ervaren gezondheid</i>	19
2.2.4	<i>Lichamelijke problemen, beperkingen en zorggebruik</i>	20
2.2.5	<i>Leefstijl</i>	22
2.2.6	<i>Psychische gezondheid</i>	23
2.2.7	<i>Sociale participatie</i>	24
2.3	Samenvatting van de resultaten	24
3.	Onderzoek naar de preventie van overgewicht	25
3.1	Methodologie	25
3.1.1	<i>Procedures en respondenten</i>	25
3.1.2	<i>Het meetinstrument</i>	26
3.1.3	<i>Data analyse</i>	26
3.2	Resultaten	26
3.2.1	<i>Aantal activiteiten in de regio</i>	27
3.2.2	<i>Type activiteiten</i>	28
3.2.3	<i>Doelgroepen van de activiteiten</i>	29
3.2.4	<i>Organisatie van de activiteiten</i>	30
3.2.5	<i>Bekendheid met bestaande activiteiten en samenwerking</i>	33
3.2.6	<i>Prioriteiten</i>	33
3.3	Samenvatting van de resultaten	34
4.	Conclusie en discussie	35
4.1	Conclusies	35
4.2	Discussie	36
4.2.1	<i>Psychische gezondheid</i>	36
4.2.2	<i>BMI afkappunt</i>	38
4.3	Aanbevelingen	38
4.4	Tekortkomingen en suggesties voor vervolgonderzoek	39
	Referenties	41
Bijlage I	Inventarisatie overzicht	46
Bijlage II	Functies van respondenten	52
Bijlage III	Vragenlijst inventarisatie	53
Bijlage IV	Telefoonscript	55

Samenvatting

Rond de 60% van de ouderen in Nederland heeft overgewicht (BMI >25). Overgewicht kan het risico op verschillende ziektes aanzienlijk vergroten en het brengt veel beperkingen met zich mee. De meest gebruikte methode om overgewicht vast te stellen is de Body Mass Index (BMI). Voor ouderen ligt het gebruik van deze indeling echter gevoelig. Het is tot dusver onduidelijk welke afkappunten gebruikt kunnen worden in de bepaling van overgewicht bij ouderen. Onderzoeken naar de invloed van overgewicht gaan veelal over de fysieke gevolgen. Weinig onderzoek is uitgevoerd naar het verschil in het welzijn en het psychosociale aspect hiervan bij ouderen met en zonder overgewicht. Een onderzoek hiernaar kan bijdragen aan een effectieve preventie aanpak voor ouderen met overgewicht. Preventie vindt veelal regionaal of lokaal plaats. Er zijn verschillende instanties die zich bezig kunnen houden met de preventie van overgewicht bij ouderen. Om een eventuele preventiemethode op te zetten is het van belang te weten of er in de regio al interventies of activiteiten aanwezig zijn voor ouderen met overgewicht.

Methoden

Om de relatie tussen ouderen met overgewicht en het welzijn te analyseren is gebruik gemaakt van de data van het ouderenonderzoek wat is uitgevoerd door de GGD Regio Twente. Analyses zijn uitgevoerd naar de verschillen tussen normaal gewicht (BMI <24,9), overgewicht (BMI 25-29,9) en obesitas (BMI >30). Zowel de fysieke, psychische en sociale aspecten van het welzijn zijn meegenomen.

Om in kaart te brengen welke interventies of activiteiten er in de regio Twente al aanwezig zijn voor ouderen met overgewicht is een inventarisatie onderzoek uitgevoerd. Verschillende organisaties in Twente zijn gebeld met de vraag welke activiteiten men uitvoert voor ouderen met overgewicht. Naast informatie over de interventies is gevraagd naar de bekendheid van de verschillende instellingen met bestaande interventies en over de prioriteiten die de instellingen stellen met betrekking tot ouderen, gezondheid en preventie.

Resultaten

Het blijkt dat vooral obesitas een negatieve relatie heeft met het welzijn van ouderen. Gevonden is dat ouderen met obesitas een slechter ervaren gezondheid hebben, meer last hebben van chronische ziekten en beperkingen en minder sociaal participeren. Zowel ouderen met overgewicht als met obesitas hebben geen verslechterde psychische gezondheid. Het merendeel van de significante verschillen in de aspecten van het welzijn wijken af bij een BMI van groter dan 30. Uit de systematische inventarisatie van de interventies is gebleken dat er in Twente geen preventie activiteiten worden georganiseerd voor ouderen met overgewicht. Er zijn wel activiteiten aanwezig voor beweging, voeding of signalering en advisering. De uitvoerende instanties van deze activiteiten werken weinig samen en zijn in sommige gevallen slecht bekend met elkaars activiteiten.

Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat overgewicht veel fysieke problemen en beperkingen met zich meebrengt bij ouderen. Het hebben van overgewicht of obesitas heeft geen invloed op de psychische gezondheid van de ouderen. Ze voelen zich geestelijk niet slechter door het overgewicht. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de psychische gesteldheid van ouderen niet wordt bepaald door het fysieke voorkomen. Het feit dat de veel aspecten van het welzijn het meest afwijken bij een BMI van groter dan 30 is een aanleiding voor een verschuiving naar boven van het BMI afkappunt voor overgewicht bij ouderen. De resultaten van de inventarisatie laten zien dat een structurele preventie nog niet aanwezig is in Twente. Het blijkt dat een op te zetten interventie zich niet hoeft te richten op de psychische gevolgen van overgewicht, maar meer op de fysieke. Daarnaast zijn er wellicht specifieke interventies nodig voor ouderen met een BMI van groter dan 30.

Summary

Around 60 percent of the elderly people in the Netherlands are considered to be obese (BMI >25). Obesity is known to increase significantly the risk of getting a number of diseases and it also entails many limitations. The method most commonly used to determine whether one is obese or not is the Body Mass Index (BMI). However, it is questionable if the BMI classification in its current form is applicable to elderly people. Until now it has been unclear which cutting points should be used to determine obesity in this particular age group. Obesity research often limits itself to the physical consequences. Relatively little research has been done into differences in physical and mental well-being between elderly people with or without overweight. Research into this might result in an effective approach for preventing obesity of elderly people. Prevention programmes are often run regionally or locally. Several organisations may be involved in the elderly-obesity-prevention issue. In order to organise a possible prevention scheme it is important to know if there are interventions and activities already present that are specifically aimed at obese elderly people.

Methods

To analyse the relationship between their sense of well-being and obesity amongst elderly people, data have been used that were gathered in a survey conducted by GGD Regio Twente. Analyses have been made of the differences between a normal weight (BMI <24,9), overweight (BMI 25-29,9) and obesity (BMI > 30). Physical, as well as psychological and social aspects of well-being have been taken into account. An inventory has been conducted to map out which interventions or activities are already being taken in the Twente region. Several organisations have been interviewed about the activities they organise for elderly obese people. Besides information about their interventions, these organisations have been asked to indicate how familiar they are with other existing interventions and also how they establish their priorities when it comes to elderly people, health and prevention.

Results

Obesity in particular has a negative influence on the well-being of elderly people. It turns out that obese elderly people seem to experience worse health than their less weighty peers. In addition, they suffer more and more often from chronic diseases and physical challenges and they have a more limited social life. Elderly people with overweight or obesity, however, are not in worsened mental health. If significant differences in the various aspects of well-being can be noted, the majority of these occur in case of a BMI of over 30. From the systematic inventory of the interventions it can be concluded that in Twente no prevention activities are being organised for this particular group. There are, however, activities available related to exercise, healthy nutrition, problem-indication and advice. Yet, there is little co-operation between the performing organisations and they do not seem to know much about each others' activities.

Conclusions

It may be concluded that obesity entails many physical problems and limitations for elderly people but it does not negatively influence their mental state of mind. A possible explanation could be that they do not let their physical appearance determine how they feel about themselves. The fact that many aspects of well-being show the greatest deviation in a BMI of over 30 is reason to suggest an upward shift in cutting point for overweight when dealing with this particular age group. The results of the inventory show that there is no structural approach to prevention in Twente to date. It seems that a possible intervention should not necessarily be aimed at the psychological effects of overweight but rather at the physical aspects. Moreover, specific interventions might be needed for elderly people with a BMI of over 30.

1. Overgewicht en preventie

In dit hoofdstuk wordt een literatuurachtergrond gegeven van overgewicht. Allereerst zal een algemene beschrijving van overgewicht en de gevolgen worden gegeven. Daarna wordt besproken welke invloed overgewicht heeft op ouderen en welke specifieke gevolgen dit met zich meebrengt. Het tweede deel betreft een achtergrond over preventie van overgewicht bij ouderen.

1.1 Overgewicht

1.1.1 Definities

Het is niet gemakkelijk om een goede omschrijving te geven van overgewicht of obesitas. In de literatuur worden verschillende definities genoemd. Een kwalitatieve beschrijving van obesitas maken Villareal en anderen: "een ongezonde hoeveelheid van lichaamsvet, die het risico vergroot van medische ziekte en vroegere sterfte" (Villareal, Apovian, Kushner, & Klein, 2005, p. 924). De vraag is wat een ongezonde hoeveelheid lichaamsvet is en wanneer dit meer risico kan geven op ziekten en sterfte. Om deze redenen wordt in de praktijk en in onderzoek vaak gebruik gemaakt van de BMI (Body Mass Index), ook wel QI (Quetelet Index) genoemd. Dit is een kwantitatieve bepaling van overgewicht door de verhouding tussen lengte en gewicht te meten. Het gewicht in kilogrammen wordt gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte in meters. De World Health Organisation (WHO) heeft afkapwaarden bepaald waarbij vastgesteld is dat er sprake is van overgewicht bij een BMI van 25 of meer. Hierin zijn indelingen in gemaakt van normaal tot zeer ernstig. Een BMI van 25 tot 29,9 wordt 'normaal' overgewicht genoemd. Bij een BMI van 30 en hoger is er sprake van obesitas. (WHO, 2000).

Tabel 1.1 *Indeling van gewicht*

	BMI (kg/m²)
Normaal gewicht	18,5 - 24,9
Overgewicht	25,0 - 29,9
Obesitas	> 30

1.1.2 Prevalentie

Overgewicht en obesitas komen veel voor in de westerse wereld. Wereldwijd leiden er naar schatting één miljard personen aan overgewicht en 300 miljoen aan obesitas. In Europese steden is er sprake van 15-30% obesitas onder volwassenen, overgewicht komt nog meer voor; 30-40% van de vrouwen heeft overgewicht en bijna 50% van de mannen (WHO, 2000). Hoewel overgewicht meer voorkomt bij mannen, is de verdeling bij obesitas andersom, meer vrouwen dan mannen hebben hier last van.

Op dit moment heeft een kleine 50% van de gehele Nederlandse bevolking overgewicht. Het CBS laat zien dat meer Nederlandse mannen last hebben van overgewicht dan Nederlandse vrouwen. 51,1% van de totale mannelijke bevolking heeft overgewicht waarvan er bij 11,2% sprake is van ernstig

overgewicht. Dit percentage personen met ernstig overgewicht is bij de vrouwen ongeveer hetzelfde; 10,2% van de totale 39,9% vrouwen met overgewicht (CBS, 2008).

De prevalentie van overgewicht laat in de afgelopen jaren een voortdurende stijgende lijn zien, naar verwachting zet deze tendens door in de aankomende jaren. Op welke manier en in welke sterkte is nog onduidelijk. Bemelmans en anderen (2004) noemen drie verschillende scenario's voor de ontwikkeling van overgewicht in de aankomende periode. Het eerste scenario wordt het basisscenario genoemd. Hierin wordt voorspeld dat de leeftijdsspecifieke prevalentie van matig overgewicht en obesitas in de komende twintig jaar hetzelfde blijft als in 2005. Het trendscenario volgt hierop. Dit voorspelt dat de stijgende trend van de afgelopen jaren zich voortzet. Het meest extreme scenario betreft het Amerikaanse scenario waarbij in twintig jaar de prevalentie van overgewicht en obesitas zullen stijgen tot de huidige situatie van de Verenigde Staten.

1.1.3 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat overgewicht veelvoorkomend is in de huidige samenleving en er een stijgende lijn in prevalentie geconstateerd is. De vraag is echter of overgewicht echt zulke grote gevolgen heeft voor de individuele gezondheid. In de volgende paragraaf wordt daarom beschreven wat de algemene gevolgen kunnen zijn van overgewicht en in welke mate deze gevolgen voorkomen bij zowel overgewicht als obesitas.

1.2 Gevolgen van overgewicht

Overgewicht kan verschillende gevolgen hebben zowel op de fysieke als op de psychische gezondheid. De gevolgen van overgewicht en obesitas zijn moeilijk te vergelijken aangezien er verschillende maten of termen zijn gebruikt voor 'overgewicht' en 'obesitas'. Onderzoekers zien overgewicht bijvoorbeeld als een geheel (met zowel overgewicht als obesitas). Bovendien is er in de onderzoeksliteratuur meer aandacht voor obesitas in vergelijking met overgewicht.

1.2.1 Mortaliteit

Het is de vraag of overgewicht en obesitas de sterftekans verhogen. In de literatuur is hierover nog weinig consensus. In Nederland is jaarlijks 7% van de sterfgevallen te wijten zijn aan overgewicht en obesitas (Visscher & Schoemaker, 2008). Er zijn echter ook bewijzen dat obesitas kan beschermen tegen vroegere sterfte. Uit onderzoek van Grabowski en Ellis (2001) blijkt dat obese personen een lager sterfte risico hebben dan personen met een lage BMI (<19,4). Dit zou betekenen dat overgewicht het risico op vroegere sterfte kan verminderen. Het is waarschijnlijk dat overgewicht en obesitas verschillende risico's op sterfte geven. Het onderzoek van Grabowski en Ellis (2001) probeert deze verschillen wel tegen elkaar af te zetten, maar hierbij wordt hoge BMI met een heel lage BMI (ondergewicht) vergeleken. Bovendien is er niet gecontroleerd voor roken, wat één van de belangrijkste risicofactoren is voor mortaliteit (Sjostrom, 1992).

1.2.2 Lichamelijke problemen

Een van de meest voorkomende en meest risicovolle gevolgen van overgewicht is Diabetes Mellitus type 2 (DM-2). Overgewicht en obesitas zijn in sterke mate gerelateerd aan het optreden of aanwezig zijn van

DM-2, met name onder vrouwen (Gezondheidsraad, 2005). Het risico op diabetes begint al bij volwassenen met matig overgewicht en vergroot naar mate de BMI oploopt (Chan, Rimm, Colditz, Stampfer, & Willett, 1994). Field en anderen (2001) laten in dit kader zien dat bij personen met een BMI van 35 of meer, de kans 20 keer zo groot is om DM-2 te krijgen in vergelijking met personen met een BMI van 18,5 tot 24,9 (gezond gewicht).

Naast diabetes zijn er ook andere ziekterisico's die ontstaan door overgewicht. Bij een hogere BMI is er meer risico op het krijgen van verschillende vormen van kanker (Gezondheidsraad, 2003). Dit zijn vaak hormoongerelateerde vormen van kanker, zoals borstkanker, eierstokkanker, baarmoederkanker en prostaatkanker. Daarnaast is artrose aan het knie- en heupgewricht een veelvoorkomende beperking die gerelateerd is aan overgewicht (Visscher & Schoemaker, 2008). Andere lichamelijke gevolgen kunnen zijn: een hoge bloeddruk, kortademigheid of slaapapneu (Visscher et al., 2001). Ook het samengaan van deze ziekten, de zogeheten comorbiditeit, is een veelvoorkomend gevolg van obesitas. Voor overgewicht is dit risico minder groot dan in het geval van obesitas.

Meerdere onderzoeken geven aan dat het risico op verschillende ziektes groter wordt bij een hogere BMI (Field et al., 2001). Het hebben van overgewicht geeft, in vergelijking met een gezond gewicht, een significant vergroot risico op het ontwikkelen van verschillende negatieve gezondheidsrisico's, zoals hoge bloeddruk of diabetes (Field et al., 2001).

1.2.3 *Psychische en sociale problemen*

Behalve lichamelijke problemen kunnen ook psychische problemen, zoals een verlaagd zelfbeeld of depressie door stigmatisering, worden veroorzaakt door overgewicht (Gezondheidsraad, 2003; Visscher & Schoemaker, 2008). Een verlaagd zelfbeeld kan leiden tot een neergaande spiraal, waarin de psychische problemen en het overgewichtprobleem elkaar in stand houden. Uit onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de psychische problemen veroorzaakt door overgewicht blijkt echter dat het moeilijk is om te bepalen of er hier sprake is van een oorzaak of van een gevolg (Gezondheidsraad, 2003). Overgewicht kan bijvoorbeeld psychische problemen veroorzaken, zoals vereenzaming of depressie, of het zou kunnen dat juist overgewicht een gevolg is van het hebben van eenzaamheid of een depressie.

1.2.4 *Maatschappelijke gevolgen*

Overgewicht is niet alleen een risico voor de publieke gezondheid, maar ook een risico op financieel niveau. De kosten als gevolg van obesitas worden in Europa geschat op 1-5% van de totale gezondheidskosten. Ook aspecten zoals verminderde productiviteit en arbeidsongeschiktheid kunnen worden gekoppeld aan obesitas. Uit onderzoek onder vrouwen in Zweden blijkt dat 10% van de kosten van arbeidsongeschiktheid worden veroorzaakt door obesitas (Narbro et al., 1996). In Nederland werd in 1999 het totaal van de directe kosten voor de gezondheidszorg die samenhangen met overgewicht en obesitas geschat op 505 miljoen euro. De indirecte kosten worden geschat op 2 miljard per jaar (Gezondheidsraad, 2003).

1.2.5 *Conclusie*

Overgewicht is een veelvoorkomend en groeiend fenomeen. Het heeft veel verschillende gevolgen, zowel individueel als op maatschappelijk niveau. Geconcludeerd is, is dat de mate van overgewicht bepalend is

voor de omvang van de gevolgen. Veel onderzoek richt zich op de gevolgen van obesitas. Onderzoek naar de gezondheidsrisico's bij licht tot matig overgewicht is echter nog weinig uitgevoerd.

1.3 Overgewicht bij ouderen

In veel onderzoeken naar de gevolgen van overgewicht wordt geen onderscheid gemaakt tussen ouderen en jongere personen. Recent onderzoek heeft laten zien dat de gevolgen van overgewicht voor ouderen misschien niet hetzelfde zijn als de gevolgen die hierboven beschreven staan (Bales & Buhr, 2008). Hier wordt de discussie rondom BMI afkappunten voor ouderen beschreven, de prevalentie van overgewicht bij ouderen en algemene gevolgen van het ouder worden. Hierna wordt een literatuurachtergrond gegeven over de relatie van overgewicht met het welzijn van ouderen.

1.3.1 BMI

De gebruikte BMI grenzen voor wel of geen overgewicht zijn lastig te stellen bij bijvoorbeeld kinderen of personen uit bevolkingsgroepen met een andere bouw. Ook voor ouderen is het nog niet duidelijk of de afkappunten van de WHO kloppen of dat een andere indeling nodig is. Er zijn resultaten dat ouderen met dezelfde BMI als jongeren een groter percentage lichaamsvet hebben (Gallagher et al., 1996). Het blijkt echter ook zo te zijn dat de BMI van ouderen gemiddeld al hoger ligt ten opzichte van jongeren. Uit een aantal onderzoeken is dan ook al gebleken dat dit redenen zijn voor een aanpassing van de BMI waardes voor ouderen. In plaats van een BMI van 19 tot 24 voor gezond gewicht bij ouderen wordt gepleit voor een range van 24-29 (Beck & Ovesen, 1998; Chau, 2008). De meeste onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de juiste BMI range voor ouderen zijn gebaseerd op het mortaliteitsrisico (bijv. Beck en Ovesen, 1998). Het is daarom onduidelijk of deze verschuiving van de afkappunten ook naar voren komt in het hebben van ziektes of beperkingen.

1.3.2 Prevalentie

Hoewel er in de laatste jaren veel aandacht is uitgegaan naar kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas blijkt uit de prevalentiecijfers dat het grootste aantal personen met overgewicht en obesitas aanwezig is in de leeftijdsgroep van 60-79 (CBS, 2008; Haslam, 2005). Het blijkt dat de prevalentie van overgewicht stijgt met de leeftijd: bij oudere mensen is meer sprake van overgewicht of obesitas. Bij oudere mannen komt 'normaal' overgewicht het meest voor; bij obesitas zorgen vrouwen voor het grootste aandeel. Uit andere prevalentie onderzoeken blijkt dat BMI niveau's blijven stijgen tot de leeftijd van 70 en dat ze hierna weer dalen (Visscher et al., 2001). De betreffende gegevens van het CBS laten dit inderdaad zien, maar alleen bij mannen. Het CBS laat zien dat overgewicht het meest voorkomt in de leeftijdsgroep 45-65 jaar. In de leeftijd van 65 plus neemt dit weer af. Bij vrouwen zijn de meeste personen met overgewicht aanwezig in de 65 plus groep (CBS, 2008).

De aantallen ouderen met overgewicht zullen zowel door de beschreven ontwikkeling van overgewicht (zie 2.1.2) als door de vergrijzing in de aankomende jaren stijgen.

1.3.3 *Algemene gevolgen van ouder worden*

De specifieke gevolgen van overgewicht bij ouderen zijn soms lastig te bepalen. Dit komt mede doordat diabetes type 2, cardiovasculaire ziekten, hoge bloeddruk en osteoarthritis in het algemeen al meer aanwezig zijn bij ouderen in vergelijking met jongere mensen (Villareal et al., 2005).

Ouder worden heeft onder andere te maken met algemene veranderingen in de lichaamsverdeling. Zo is er sprake van een vergroting van het totale lichaamsvet, komt het vet op meer centrale delen van het lichaam en is er een vermindering van de vetvrije massa's van het lichaam (Chau, 2008). De maximale vetmassa is meestal bereikt in de leeftijd van 60-70 jaar. Zowel de vetvrije massa's als de vetmassa's worden minder rond hogere leeftijden (ouder dan 70 jaar) (Villareal et al., 2005). Ook andere fysieke gevolgen in het ouder worden zoals artritis, vermindering van kracht van de spieren of incontinentie, hebben veelal een invloed op het dagelijks functioneren van ouderen.

1.3.4 *Lichamelijke problemen*

Naast de algemene lichamelijke gevolgen van overgewicht en obesitas (zie 2.2.2) leidt het hebben van overgewicht bij ouderen tot een verergering van de normale gevolgen van het ouder worden. Vermindering van spieren en spierkracht zorgt bij ouderen voor meer kwetsbaarheid. Dit ontstaat door het zwakker worden van het lichamelijke gestel en te weinig fysieke activiteit. Overgewicht versterkt dit proces. Het minder worden van de spieren en gewrichten maakt het dragen van lichaamsgewicht moeilijker. Dit leidt tot knie artritis, onvrijwillig urine verlies en beperkingen in het dagelijkse leven (Visscher & Schoemaker, 2008). Ook het hebben van een hoge bloeddruk komt meer voor onder ouderen met meer lichaamsgewicht (Villareal et al., 2005).

Het krijgen van ziekten en beperkingen als een gevolg van overgewicht verschilt per leeftijd. Het risico voor het krijgen van kanker is groter bij obese ouderen dan bij volwassenen (Villareal et al., 2005). Het risico op ziekten en beperkingen wordt ook bepaald door het moment waarop ouderen overgewicht krijgen. Wanneer men al overgewicht heeft sinds de middelbare leeftijd is het risico op hart- en vaatziekten bijvoorbeeld groter, dan wanneer men het op latere leeftijd heeft gekregen (Harris, Launer, Madans, & Feldman, 1997).

1.3.5 *Leefstijl*

Fysieke inactiviteit is een belangrijke oorzaak voor het krijgen van overgewicht of obesitas bij ouderen (Defay, Delcourt, Ranvier, Lacroux, & Papoz, 2001). Te weinig beweging op latere leeftijd kan daarnaast zorgen voor een vergroting van het risico op verschillende ziektes, zoals diabetes en hart- en vaatziekten (Visser, Launer, Deurenberg, & Deeg, 1997). Uit onderzoek naar de bewegings- en sportactiviteiten van ouderen blijkt dat dikkere ouderen minder bewegen en sporten (Visser et al., 1997).

Vermindering van overgewicht wordt veroorzaakt door een verbetering van de energiebalans. Dit is de balans tussen de energie inname en energieverbranding, oftewel voeding en beweging. De voedingsinname is bij het ouder worden aan verandering onderhevig. Ouderen eten minder en maken andere voedingskeuzes. Dit komt ondermeer door hormonale veranderingen, maar ook door veranderingen in smaak (Drewnowski & Schultz, 2001). Of er ook verschillen zijn tussen ouderen met en zonder overgewicht op het gebied van voedingsinname is de vraag. Zo komt uit onderzoek van Ortega,

Redondo, Zamora, Lopez-Sobaler en Andres (1995) naar voren dat er geen verschil aanwezig was tussen ouderen met normaal gewicht en overgewicht of obesitas in de energie-inname.

1.3.6 *Psychische gezondheid*

Over de psychische problemen veroorzaakt door overgewicht bij ouderen is erg weinig bekend. De resultaten van onderzoeken hierover lopen erg uiteen. Uit gegevens van het RIVM komt naar voren dat bij Nederlandse ouderen depressie op de elfde plaats staat in de lijst met aandoeningen die zorgen voor het meeste verlies van kwaliteit van leven (de perceptie van sociale, psychische en fysieke gezondheid). Voor de bevolking als geheel blijkt dat depressie op de tweede plaats komt op deze lijst.

Sachs-Ericssons en anderen (2007) laten zien dat overgewicht samen kan hangen met depressieve factoren bij ouderen, maar de effectgrootte van deze samenhang was erg klein. Onderzoek toont echter ook aan dat obesitas bij ouderen minder snel tot depressie leidt dan bij jongeren (Heo, Pietrobelli, Fontaine, Sirey, & Faith, 2005). Er zijn ook bewijzen dat obesitas beschermend kan zijn tegen depressieve symptomen. Onderzoek onder Chinese ouderen laat zien dat ouderen met overgewicht minder psychische problemen hebben dan ouderen zonder overgewicht (Li et al., 2004).

1.3.7 *Sociale participatie*

De sociale participatie van ouderen is direct gerelateerd aan een tevreden gevoel (Graney, 1975). Het blijkt dat sociale participatie positieve effecten heeft op de gezondheid en op het verminderen van beperkingen en overgewicht (Glass, de Leon, Marottoli, & Berkman, 1999). Meedoen met sociale activiteiten heeft een positieve invloed heeft op fysieke gezondheid en terugdringen van overgewicht. Of deze relatie omgekeerd ook aanwezig is, is de vraag. Er is weinig onderzoek over de gevolgen van overgewicht op de sociale activiteit. Onderzoek van Zettel-Watson (2008) laat zien dat ouderen met overgewicht meer sociaal participeren dan ouderen zonder overgewicht. Of dit ook werkelijk zo is, is de vraag, in het betreffende onderzoek is namelijk een analyse gemaakt van een klein aantal sociale activiteiten.

1.4 Conclusie en onderzoeksvragen betreffende overgewicht bij ouderen

Uit onderzoek blijkt dat overgewicht een veelvoorkomend probleem is onder ouderen van 65 jaar en ouder. Het komt zelfs het meest voor in deze leeftijdsgroep. Op dit moment heeft ruim de helft van de Nederlandse 65 plussers overgewicht. Deze groep ouderen met overgewicht wordt steeds groter. Bij de bepaling van deze aantallen is gebruik gemaakt van de standaard overgewicht indeling van het WHO. Er zijn echter aanwijzingen dat voor ouderen andere afkappunten nodig zijn in de bepaling van overgewicht. Het kan zijn dat ouderen pas last krijgen van overgewicht bij een BMI van groter dan 30.

Overgewicht kan verschillende negatieve gevolgen hebben voor ouderen. Er zijn overeenkomsten aanwezig tussen gevolgen bij volwassenen en bij ouderen, maar tevens andere en tegenovergestelde gevolgen. Obesitas en overgewicht zijn dan misschien niet van invloed op de mortaliteit, maar het blijkt uit bovenstaande literatuur wel dat het zorgt voor vermindering van het welzijn van ouderen. Het meeste onderzoek is echter uitgevoerd naar de fysieke problemen die overgewicht veroorzaakt. Het is nog onduidelijk in welke mate er sprake is van een relatie tussen overgewicht en het psychische en sociale welzijn van ouderen.

De onderzoeksvragen die hieruit voortkomen, zijn dan ook:

1. *In welke mate is er een relatie tussen overgewicht en het welzijn van zelfstandig wonende 65 plussers?*
2. *Bij welk BMI wordt het welzijn van de ouderen het meest aangetast?*

Deelvragen hierbij zijn:

- Wat is de relatie tussen overgewicht en ervaren gezondheid?
- Hebben ouderen met overgewicht meer lichamelijke problemen dan ouderen zonder overgewicht?
- Zijn er verschillen aanwezig in leefstijl tussen ouderen met en zonder overgewicht?
- Wat is de relatie tussen overgewicht en psychische gezondheid?
- Wat is de relatie tussen overgewicht en sociale participatie?
- Laten overgewicht en obesitas in dezelfde mate een relatie zien in het welzijn van ouderen?
- Geven de resultaten aanleiding voor een verschuiving van het afkappunt in de BMI voor ouderen?

1.5 Overgewichtpreventie voor ouderen

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat overgewicht bij ouderen verschillende negatieve gevolgen heeft. De vraag is op welke manier overgewicht bij ouderen het best bestreden kan worden om het welzijn te verbeteren. Preventie van overgewicht en behandelingen van overgewicht kunnen een grote vermindering van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes type 2 of een hoge bloeddruk bij ouderen geven. In deze paragraaf zal een inleiding worden gegeven verschillende onderdelen waaruit een preventie voor overgewicht bij ouderen zou moeten bestaan. In 1.6 wordt aangegeven welke aspecten belangrijk zijn in de ontwikkeling en organisatie van preventie interventies voor ouderen.

Specifieke interventies voor ouderen op het gebied van overgewicht zijn belangrijk aangezien er bij ouderen meer sprake is van lichamelijke klachten of hormonale veranderingen. Dit is van invloed voor de mate van bewegingsoefeningen en voedingsveranderingen. Gewichtsverlies is de belangrijkste methode tegen overgewicht, daarnaast is het goed voor het terugdringen van osteoartritis, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Gewichtsverlies hoeft echter niet altijd een positief effect te creëren bij ouderen (Bales & Buhr, 2008). Voor een verminderd risico op sterfte kan het beter zijn om het gewicht stabiel te houden. Dit is vooral het geval bij ouderen die na hun 65^e obees worden. Dit laat zien dat een specifieke en gerichte aanpak van overgewicht bij ouderen nodig is.

Aangezien overgewicht wordt veroorzaakt door een verkeerde energiebalans blijkt dat preventie van overgewicht gericht moet zijn op beweging en voeding. Wanneer deze twee onderwerpen aangevuld worden met leefstijlverandering is er sprake van een langdurig effectieve interventie (Schuit, 2007). De drie onderwerpen worden hieronder verder uitgewerkt met daarin aandachtspunten en eventuele bestaande activiteiten voor ouderen per onderwerp.

1.5.1 Ouderen en bewegen

De manier waarop ouderen moeten bewegen is anders dan bij jeugdigen of volwassenen. Er moet rekening gehouden worden met de eventuele andere lichamelijke problemen die er kunnen zijn en het tempo moet niet te hoog zijn. Beweging is een essentieel onderdeel voor de energiebalans (verbranding en inname). Zowel bij gewichtsbehoud als verlies is dit belangrijk. Het vermindert het ziekterisico dat gepaard gaat met overgewicht en obesitas (Gezondheidsraad, 2003). In onderzoek naar de invloed van bewegen op het gewicht wordt vaak onderscheid gemaakt tussen gemiddelde beweging (huishoudelijke activiteiten) en intensieve beweging (sporten) (Defay et al., 2001; Visser et al., 1997). Over de resultaten van gemiddelde beweging is weinig consensus aanwezig. Er wordt gezegd dat dit bij mannen meer uitwerking kan hebben dan bij vrouwen (Visser et al., 1997). Voor de stimulering van beweging kan begonnen worden met het stimuleren van meer dagelijkse activiteit, het is echter ook belangrijk dat men echt sport. Effectieve activiteiten moeten dan een hartritme van rond de 120 tot 130 slagen per minuut veroorzaken (Sidney, Shephard, & Harrison, 1977). Groot bijkomend voordeel van bewegen bij ouderen is, dat het ook een sociale functie heeft en dat beweging bevorderend is voor de algemene gezondheid en een vermindering van de mortaliteit veroorzaakt (Manini et al., 2006).

Bekende beweegactiviteiten voor ouderen in Nederland zijn Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO) en de GALM projecten (het Groninger Actief Leven Model). Uit de effecten van deze activiteiten blijkt dat de winst vooral bij inactieve ouderen en ouderen met chronische ziekten groot is (Isken, 2008).

1.5.2 Voedingsinformatie

Er is bij ouderen vaak sprake van een ingesleten voedingspatroon. Voeding is een belangrijk onderdeel van het bestrijden van overgewicht. Zoals eerder genoemd in paragraaf 2.3.3 zijn er tijdens het ouder worden op het gebied van smaak en voedingsgebruik veranderingen (Drewnowski & Shultz, 2001). Ouderen moeten daarnaast nog wel voldoende voedingsstoffen en mineralen binnenkrijgen. Informatie en advisering, een combinatie van voedingsaanpassing en beweging, is daarom belangrijk voor ouderen. De botdichtheid en spiermassa worden op deze manier op peil gehouden. Wanneer ouderen alleen door voedingsaanpassingen afvallen, zal deze botdichtheid en spiermassa achteruit gaan (Visser et al., 1997).

Lokaal bestaat preventie op dit gebied in de vorm van voorlichting over voeding. Dit gebeurt in de vorm van informatiebijeenkomsten of advisering. Veel specifieke voedingsprojecten worden uitgevoerd binnen zorginstellingen. Het is niet bekend welke effecten deze informatie interventies hebben op het voorkomen of het verminderen van overgewicht bij ouderen.

1.5.3 Leefstijlverandering

Voeding en bewegen zijn twee bepalende factoren in de leefstijl van ouderen. Ouderen moeten ervaren en erkennen dat verandering nodig is in bestaande gedragspatronen. Het is gebleken dat de urgentie van het probleem bij ouderen soms nog mist (De Feijter, 2008). Kerndoel van leefstijlverandering op het gebied van overgewicht bij ouderen is dat er een bewustwording en erkenning van het probleem ontstaat. Bij erkenning van de gevolgen van overgewicht zal er sneller sprake zijn van gedragsverandering (De Feijter, 2008).

Een preventie methode op dit gebied is het consultatiebureau voor ouderen. Tijdens de consulten wordt aandacht besteed aan de bloeddruk, gewicht, cholesterol, vochtinname, voeding en beweging. De

meerderheid van de geconsulteerde ouderen geeft aan de adviezen op gevolgd te hebben en bovendien zeggen veel ouderen bewuster op de gezondheid te zijn gaan letten (Visser & Schippers, 2005). De vraag is of dit ook de juiste methode voor structurele gedragsverandering op het gebied van overgewicht is, aangezien de consultaties eenmalig zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de preventie van overgewicht effectief kan zijn in de vermindering van overgewicht wanneer de drie onderdelen; beweging, voeding en gedragsverandering worden gebruikt. Er zijn per onderdeel activiteiten bekend die in Nederland worden uitgevoerd. Er is echter geen overgewicht preventie activiteit bekend die specifiek voor ouderen is en die de drie onderdelen tegelijk behandelt. Voor de ontwikkeling van een interventie is het van belang te weten hoe de ouderen het best bereikt kunnen worden en hoe de organisatie hiervan er uit zou moeten zien. In de volgende paragraaf wordt dit besproken.

1.6 Ontwikkeling en organisatie van preventie interventies

1.6.1 Preventie en doelgroep

Preventie kan ingedeeld worden in drie verschillende typen. De primaire, de secundaire en de tertiaire preventie. Primaire preventie richt zich op personen die nog geen overgewicht hebben, secundaire preventie op vermindering van overgewicht bij personen die dit al hebben en tertiaire preventie is gericht op lasten vermindering en het tegengaan van complicaties van overgewicht (Burg, Schaalma, Kok, Meertens en Van der Molen, 2001). In deze paragraaf en in het onderzoek wordt gesproken over het tweede type preventie. Wanneer er over preventie bij ouderen wordt gesproken in de literatuur blijkt dat er geen sprake is van een strikte grens van het begrip oud (Isken, 2005). Er wordt gesproken over 55 plussers, maar ook over 65 plussers of 75 plussers. De groep ouderen is echter zeer heterogeen. Naarmate men ouder wordt is er meer sprake van lichamelijke beperkingen en zorggebruik. De verhoogde leeftijd kan daarom de deelname aan preventie activiteiten bemoeilijken. Bij preventie activiteiten specifieke aandacht aan deze verschillende groepen besteden is daarom belangrijk (Vorst-Thijssen, Davidse, & Dokter, 1996).

1.6.2 Organisatie en prioriteiten

Er zijn veel organisaties betrokken bij gezondheidsbevordering of preventieactiviteiten gericht op ouderen, zowel landelijk als regionaal. Landelijke organisaties (zoals NIGZ, NISB, NIZW) houden zich voornamelijk bezig met de coördinatie en de ontwikkeling van projecten. Lokale organisaties zoals Stichtingen Welzijn Ouderen, GGD'en of verzorgingstehuizen, zijn vooral bezig met de uitwerking en implementatie van deze projecten (Isken, 2008).

Preventie activiteiten voor ouderen zijn veelal gericht op het behoud van de zelfstandigheid en de maatschappelijke participatie (VWS, 2003). Dit is gebaseerd op de ouderennota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit ouderenbeleid is er op gericht om ouderen zo lang mogelijk fysiek en psychisch gezond te houden door ouderen een goede leefstijl aan te leren (VWS, 2003).

1.6.3 Samenwerking

Een belangrijke factor voor de effectiviteit van preventieactiviteiten is de samenwerking tussen de verschillende organisaties, zowel landelijk als regionaal of lokaal. Het blijkt dat het aanbod voor ouderen op dit moment sterk versnipperd is. Voor veel onderwerpen worden verschillende activiteiten aangeboden. Door middel van samenwerking kunnen kennis en middelen gebundeld worden tot een effectieve interventie (Isken, 2008). Een belangrijk aspect hierbij is in hoeverre men bekend is met elkaars activiteiten. Bij een goede bekendheid is betere afstemming en samenwerking mogelijk.

1.7 Conclusie en onderzoeksvraag betreffende preventie

De conclusie kan worden getrokken dat het gewicht onder controle houden bij ouderen anders is dan bij jongere volwassenen. Er moet rekening worden gehouden met de mogelijke fysieke problemen en de veranderingen in het ouder worden. In een preventie-interventie zijn leefstijl, voeding en bewegingsveranderingen de belangrijke aandachtspunten. Het blijkt dat goede begeleiding en ondersteuning tijdens een interventie bij ouderen van groot belang is. In de ontwikkeling en organisatie van effectieve interventies voor ouderen met overgewicht is het van belang dat er sprake is van samenwerking en een duidelijke doelgroep. Beleidsontwikkeling voor de aanpak van overgewicht bij ouderen vraagt om kennis van de bestaande activiteiten voor ouderen met overgewicht. Voor een duidelijk beleid, mogelijke samenwerking en verwijzingen wordt daarom de volgende onderzoeksvraag gesteld:

3. *Welke interventies zijn in Twente aanwezig om overgewicht bij zelfstandig wonende ouderen te verminderen?*

Deelvragen hierbij zijn:

- Hoeveel activiteiten worden er georganiseerd
- Welk type activiteiten worden er georganiseerd?
- Voor welke leeftijdsgroep zijn de activiteiten bedoeld?
- Wie initieert de meeste activiteiten en in welke gemeente wordt het meest georganiseerd?
- Is er sprake van samenwerking tussen verschillende organisaties en in hoeverre is men bekend met elkaars activiteiten?
- Welke prioriteiten stellen organisaties op het gebied van preventie, gezondheid en ouderen?

2. Analyse naar de relatie tussen overgewicht en welzijn

Om antwoord te vinden op de eerste twee onderzoeksvragen is een kwantitatieve analyse uitgevoerd naar de relatie tussen overgewicht en welzijn bij ouderen. Allereerst zal de methodologie hiervan besproken worden met daarin onder andere een uitwerking van het gebruikte meetinstrument. Hierna volgen de resultaten voor de onderzochte onderdelen.

2.1 Methodologie

Voor de analyse naar de relatie tussen overgewicht en welzijn bij ouderen is gebruik gemaakt van de data van de het ouderen onderzoek 'Gezond ouder worden in Twente', wat is uitgezet door de GGD Regio Twente (Visser & Haitzma, 2006). Het is uitgevoerd in het najaar van 2005, in samenwerking met vijf GGD'en in Overijssel en Gelderland.

De data is verzameld door middel van vragenlijsten die zijn uitgezet in de Regio Twente bij zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder.

2.1.1 Procedures en respondenten

Half oktober 2005 zijn de vragenlijsten via de post verstuurd. Na 3 weken is er een herinneringsbrief verzonden aan de ouderen van wie nog geen ingevulde vragenlijst was ontvangen. Na nog eens drie weken is de tweede herinneringsbrief met een nieuwe vragenlijst verstuurd aan ouderen die nog steeds niet gereageerd hadden. Totaal hebben de ouderen een periode van 10 weken gehad om de vragenlijst in te sturen.

Er zijn 8500 ouderen aangeschreven waarbij is uitgegaan van een respons van ongeveer 60 tot 70%. Er is rekening gehouden met mutaties in verband met overlijden of verhuizing.

De leeftijdsgrens van het onderzoek is gesteld op 65 jaar, deze groep is veelal niet meer in het arbeidsproces opgenomen en verkeert in andere levensomstandigheden dan jongere leeftijdsgroepen. De onderzoekspopulatie is verder beperkt tot zelfstandig wonende ouderen in Twente. Onder zelfstandig wonende ouderen worden alle ouderen verstaan die niet voor volledige zorg zijn opgenomen in een verpleeghuis of verzorgingsinstelling. Ouderen in een aanleunwoning behoren wel tot de onderzoekspopulatie, net als ouderen in een seniorenwoning, een serviceflat of een andere bijzondere woonvorm. Het aantal zelfstandig wonende ouderen in Twente bedroeg in 2005 ongeveer 87.000, dit is circa 94% van het totale aantal 65-plussers.

De deelnemers aan het ouderenonderzoek zijn gerandomiseerd geselecteerd. De persoonsgegevens zijn afkomstig uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) van de betrokken gemeenten.

2.1.2 *Het meetinstrument*

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is in de meeste gevallen gebruik gemaakt van landelijk gestandaardiseerde vragen van het project *Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen*¹. De standaardvraagstellingen zijn opgesteld door vakexperts. Van te voren was vastgesteld dat de vragenlijst een acceptabele lengte moest hebben en dat de invultijd niet langer dan een uur moest zijn.

De thema's in het onderzoek zijn door middel van verschillende meetinstrumenten gemeten. Hieronder wordt voor elk van de thema's beschreven welke meetinstrumenten gebruikt zijn.

Demografische variabelen zijn geslacht, leeftijd, samenstelling van het huishouden en de sociaal economische positie. De sociaal economische positie is bepaald door het opleidingsniveau van de respondenten en het inkomen.

Ervaren gezondheid is gemeten door de vraag 'Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?' Dit kon worden beantwoord door middel van een 5 punts Likert schaal van uitstekend tot slecht.

Leefstijl is gemeten door de indicatoren beweging en voeding. Beweegactiviteiten zijn gemeten door verschillende items uit gestandaardiseerde schalen uit de *Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen*. Gekeken is naar de vervoersmiddelen binnen en buiten de woonplaats en of men de voorkeur geeft om met de auto of de fiets te gaan. Verder is gevraagd of men in de vrije tijd fietst, wandelt of mee doet met ouderensport of een andere sport. Eetgedrag is gemeten door te vragen hoeveel stuks fruit en porties groente men ongeveer per dag eet en hoe vaak men in de week ontbijt en een warme maaltijd eet.

Lichamelijke problemen en zorggebruik zijn gemeten aan de hand van verschillende indicatoren.

Verschiedende ziekten en aandoeningen zijn genoemd (zoals astma, diabetes of kanker) waarbij men kon aangeven of dit aanwezig was, en zo ja of dit door een arts was vastgesteld. Deze lijst is gestandaardiseerd en opgesteld door de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen. Vervolgens zijn op basis van deze antwoorden 3 nieuwe variabelen aangemaakt: aantal chronische ziekten, 1 of meer chronische ziekten en meer dan 1 chronische ziekte. De Cronbach's alpha voor chronische ziekten was .982. Beperkingen in zicht, gehoor en mobiliteit zijn getoetst met behulp van de zogeheten OESO-indicator (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) (Van Sonsbeek, 1988). De Cronbach's alpha voor deze indicator is .798. Aangezien problemen in gehoor in de literatuur niet in verband met overgewicht gebracht wordt, is deze variabele alleen meegenomen in het bepalen het totale aantal beperkingen per persoon (als nieuwe somvariabele). Bij zichtbeperkingen is de indicator gebaseerd op vragen naar het kunnen lezen van kleine lettertjes in de krant, de Cronbach's alpha van deze indicator is .714. Bij mobiliteitsbeperkingen wordt gevraagd naar kunnen dragen van een voorwerp van vijf kilo over een afstand van tien meter; naar uit stand kunnen bukken en iets van de grond oppakken en naar

¹ De Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen is een initiatief van GGD Nederland, Actiz, RIVM en TNO Kwaliteit van Leven. Deze partijen hebben in een samenwerkingsovereenkomst en bijbehorend gebruikersreglement afspraken gemaakt over het gebruik van de verzamelde data voor het uitvoeren van lokale en nationale surveillancetaken.

aan een stuk kunnen lopen van vierhonderd meter zonder stil te staan, hierbij is de Cronbach's alpha .856. De antwoordcategorieën op deze vragen zijn: zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite, kan het niet. Zij die per deelonderwerp één of meer vragen met 'met grote moeite' of 'kan niet' hebben beantwoord, zijn hergecodeerd als functioneel beperkt voor dit onderdeel. Onder lichamelijke gezondheid valt ook de mate van zelfredzaamheid van ouderen. Dit is onderzocht aan de hand van de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) indicator, die gestandaardiseerd is door de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen. Het betreft 10 verschillende activiteiten die veelvoorkomend zijn, zoals eten en drinken, in en uit bed stappen en aan- en uitkleden. De vraag die hierbij gesteld werd, was of men hier moeite mee had, de antwoordcategorieën waren: zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite en alleen met hulp van anderen. De Cronbach's alpha van deze indicator is .914. Bij een beantwoording met 'grote moeite of alleen met hulp' is dit gecodeerd als een beperking in ADL. Hiervoor is tevens een nieuwe variabele aangemaakt of er sprake was van beperkingen in ADL ja of nee. Het aantal beperkingen is berekend door middel van een somvariabele. Bij dit onderdeel is tevens onderzocht welke hulpmiddelen de ouderen gebruiken. Hoofdonderwerpen hierbij zijn hulpmiddelen bij lopen, vervoer en dagelijkse activiteiten. Ook is gevraagd of men gevallen is in de afgelopen drie maanden en of hierbij sprake was van een letsel. Zorggebruik is het onderdeel waarin is gevraagd in hoeverre men gebruik heeft gemaakt van zorg in het afgelopen jaar. Hierbij is onderscheid gemaakt in het gebruik van professionele of medische hulp zoals de diëtist, fysiotherapeut of psycholoog. Ook is gevraagd of men in het afgelopen jaar in het ziekenhuis heeft gelegen, of men gebruik heeft gemaakt van professionele hulp bij persoonlijke verzorging of verpleging en/of nacht- of dagopvang. Deze vragen zijn tevens opgesteld door de *Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen*.

Psychische gezondheid is onder andere gemeten aan de hand van de MHI-5 (Mental Health Index) (Friedman, 2005). Dit is een maat voor psychische (on)gezondheid, en een onderdeel van de SF-36 (Short Form Health Survey). De MHI-5 bestaat uit vijf vragen over zenuwachtigheid, rustig voelen, neerslachtigheid, gelukkig voelen en in de put zitten. Hierbij kon geantwoord worden op een 6 puntsschaal van 'altijd' tot 'nooit' op de vraag of men dit de afgelopen vier weken heeft ervaren. De Cronbach's alpha voor deze schaal is .888. De scores op de items zijn gesommeerd en vervolgens getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100. Een hogere score betekent een betere gezondheidstoestand. Vervolgens zijn categorieën gemaakt van 1 tot 4 (gezond tot ernstig ongezond). Hiervan is een dichotoom variabele gemaakt door de score van 2 tot en met 4 bij elkaar op te tellen (licht ongezond, matig ongezond, ernstig ongezond). Deze scores zijn daarna in categorieën ingedeeld tot 'psychisch ongezond' of 'psychisch gezond'. Specifieke psychische aandoeningen zijn onderzocht door te vragen of men last had van depressiviteit/ neerslachtigheid of gespannenheid/ stress. Daarnaast is gebruik gemaakt van de eenzaamheidsschaal als onderdeel van psychische gezondheid. Om dit te meten is gebruik gemaakt van het standaard instrument gemaakt door De Jong- Gierveld (De Jong-Gierveld, 1987), Hierin wordt aan de hand van elf stellingen bepaald in hoeverre men tevreden is met de sociale contacten die men heeft. Antwoordmogelijkheden waren 'ja', 'min of meer' en nee. De berekende somscore van deze stellingen is een maat voor eenzaamheid. Hiermee zijn categorieën gevormd van niet eenzaam (1), matig eenzaam (2), sterke eenzaamheid (3) en zeer sterke eenzaamheid (4). De Cronbach's alpha van deze somscore is .973. De

eenzaamheidsschaal wordt gesplitst in een sociale eenzaamheidsscore (Cronbachs alpha .970) en een emotionele eenzaamheidsscore (Cronbach's alpha .930.). Om wel en geen eenzaamheid met elkaar te vergelijken is een dichotoom variabele aangemaakt, waarbij de score van 3 of hoger gecodeerd is als 'eenzaam' (De Jong-Gierveld & Van Tilburg, 1990).

Sociale participatie is gemeten aan de hand van vragen over contacten met familie, burens of vrienden en kennissen. Andere items die hierbij mee genomen betreffen de verschillende activiteiten die men in de vrije tijd doet. De antwoordcategorieën waren: vrijwel dagelijks, wekelijks, een paar keer per maand, een keer per maand of minder en vrijwel nooit. De variabelen zijn hergecodeerd tot dichotome variabelen van wekelijks en minder dan 1 keer per week. De Cronbach's alpha van deze schaal betreft .610. Hierbij is tevens een schaal score berekend waarbij de positieve scores gesommeerd zijn, waarvan gemiddelden zijn berekend.

2.1.3 Data analyse

Voor de statistische analyse in dit onderzoek is gebruik gemaakt van het statistische software programma SPSS versie 16.0. Hoewel er in het algemeen gebruik wordt gemaakt van een betrouwbaarheidsdrempel $p = <.05$ wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van $p = <.01$, omdat er sprake is van een zeer grote steekproef.

Per respondent is de BMI berekend zodat deze in de drie verschillende overgewichtscategorieën ingedeeld konden worden (BMI $<24,9$, BMI $25-29,9$ en BMI >30). Zo konden de verschillende variabelen en schalen vergeleken worden per BMI groep (normaal gewicht, overgewicht, obesitas). Voor de vergelijking van de groepen is voor categorische variabelen gebruik gemaakt van de chikwadrattoets. Om te bepalen welke groep het meest afwijkt van de verwachte waarde is gebruik gemaakt van de *standardized adjusted residuals*.

Voor de ordinaal geschaalde variabelen is gebruik gemaakt van de niet parametrische Kruskal Wallis toets. Daarbij zijn de gemiddelde scores berekend, zodat te zien is hoe de scores verdeeld zijn in de verschillende groepen. De ratio geschaalde variabelen zijn in de groepen vergeleken met de variantie analyse ANOVA. Voor de verschillen tussen de groepen is gebruik gemaakt van de post-hoc toets Bonferroni.

2.2 Resultaten

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de data-analyse beschreven. Allereerst worden de algemene uitkomsten gegeven zoals de beschrijving van de onderzoeksgroep en achtergrondkenmerken van de respondenten. Daarna volgen de resultaten van de verschillende onderzochte onderwerpen.

2.2.1 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Een schriftelijke vragenlijst is verstuurd naar 8.500 zelfstandig wonende ouderen in Twente. Hiervan werden er 6.148 verwerkbare vragenlijsten geretourneerd. Het responspercentage is daarmee 72%. De demografische gegevens staan in tabel 4.1 in de totaal kolom. Van de respondenten is 42% man. Ongeveer de helft van de respondenten is ouder dan 75 en het merendeel woont samen met anderen.

Twee op de drie respondenten heeft een inkomen beneden modaal. Het grootste gedeelte heeft alleen lager onderwijs of LBO genoten.

2.2.2 BMI opgesplitst naar achtergrond kenmerken

Tabel 2.1 laat zien dat slechts 37% van de ouderen een normaal gewicht heeft. Meer vrouwen hebben obesitas en meer mannen hebben overgewicht. De groep met normaal gewicht is iets ouder dan de andere 2 groepen. Er is een duidelijk significant verschil aanwezig tussen de groepen voor maandinkomen en opleidingsniveau. In de groep obesitas komen relatief veel lageropgeleiden voor.

Tabel 2.1 Achtergrondkenmerken uitgesplitst naar BMI indeling (N= 6148)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1603 < n < 2033	Overgewicht BMI 25-29,9 2101 < n < 2639	Obesitas BMI >30 670 < n < 843	Totaal 4804 < n < 6148	Toetsresultaat ab
Verdeling in de groepen	36.9% (n = 2033)	47.9% (n = 2639)	15.3% (n = 843)		
Gemiddelde BMI	22.8	27	33.1	26.4	
<i>Leeftijd (n= 6148)</i>					
65-75 jaar (vs. > 75 jaar)	50.5%	54.0%	53.5%	51.4%	n.s
Gemiddelde leeftijd	74.84	74.08	74.09	74.36	<.001 d
<i>Geslacht (n= 6148)</i>					
Vrouw (vs. man)	57.8%	52.5%	66.5%	57.5%	<.001 c
<i>Type huishouden (n= 5378)</i>					
Een persoons (vs. meer persoons)	32.3%	30.5%	34.7%	32.4%	n.s
<i>Netto maandinkomen (n= 4374)</i>					
Beneden modaal (vs. boven)	67.3%	73.1%	82.1%	73.4%	<.001 c
<i>Opleidingsniveau (n= 4681)</i>					
Lager onderwijs of LBO (vs. hoger)	85.6%	87.8%	92.1%	88.1%	<.001 c

a Verschillen tussen de drie groepen werden voor geslacht, huishouden, maandinkomen en opleidingsniveau getoetst met de Chi Kwadraat en voor leeftijd de ANOVA

b N.s = niet significant

c BMI >30 wijkt het meest af

d Significantie is aanwezig tussen de groepen normaal gewicht en overgewicht

2.2.3 Ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid is aanzienlijk verschillend in de drie BMI groepen (zie tabel 2.2). Vooral ouderen met obesitas hebben een slechter ervaren gezondheid dan de groepen met gezond gewicht en overgewicht. Hoewel er verschil aanwezig is tussen de groepen, is de ervaren gezondheid van de ouderen met obesitas nog tussen goed en matig (tussen antwoord mogelijkheid 3 en 4).

Tabel 2.2 Ervaren gezondheid uitgesplitst naar BMI indeling (N= 5836)

	Normaal gewicht BMI <24,9 n = 1944	Overgewicht BMI 25-29,9 n = 2519	Obesitas BMI >30 n = 795	Totaal n= 5836	Toetsresultaat b
Ervaren gezondheid a	3.08	3.10	3.42	3.15	<.001

a Hogere gemiddelden representeren slechtere ervaren gezondheid (antwoordmogelijkheden zijn: uitstekend (1), zeer goed (2), goed (3), matig (4) en slecht (5))

b Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met de Kruskal Wallis test

2.2.4 Lichamelijke problemen, beperkingen en zorggebruik

In tabel 2.3 is te zien dat drie vierde van de Twentse ouderen één of meer chronische ziekten heeft. Personen met obesitas hebben significant meer chronische ziekten dan de overige groepen. Ouderen met obesitas hebben gemiddeld meer dan 2 chronische ziekten (2,5).

De meest voorkomende chronische ziekten bij ouderen staan ook in tabel 2.3. Dit zijn een hoge bloeddruk, artrose en suikerziekte. De grootste prevalentie van chronische ziekten is aanwezig bij ouderen met obesitas. Een groot significant verschil treedt op bij het hebben van obesitas en onvrijwillig urine verlies.

Tabel 2.3 Chronische ziekten geassocieerd met BMI indeling (N= 5634)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1727 < n < 1913	Overgewicht BMI 25-29,9 2221 < n < 2483	Obesitas BMI >30 727 < n < 814	Totaal 5163 < n < 5634	Toetsresultaat ab
<i>1 of meer chronische ziekten vastgesteld door arts c</i>	68.2%	75.6%	86.6%	74.9%	<.001 e
<i>Aantal chronische ziekten vastgesteld door arts</i>	1.42	1.73	2.49	1.73	<.001 f
Hoge bloeddruk	26.1%	35.9%	45.0%	33.6%	<.001 d
Artrose, slijtagereuma	24.7%	32.2%	49.9%	32.4%	<.001 e
Suikerziekte	9.7%	15.6%	26.0%	15.1%	<.001 e
Aandoening rug (hernia)	10.4%	14.0%	17.3%	13.2%	<.001 d
Astma, chronische bronchitis	10.7%	12.9%	14.9%	12.4%	<.01 d
Aandoening nek/ schouder	9.6%	10.4%	14.1%	10.5%	<.01 e
Onvrijwillig urineverlies	6.2%	8.6%	20.5%	9.7%	<.001 e
Hartaandoening	8.9%	8.9%	11.8%	9.3%	n.s
Gewrichtsontsteking	7.5%	8.0%	15.7%	8.8%	<.001 e
Kanker	7.4%	8.5%	7.6%	8.0%	n.s
Vernauwing bloedvaten	6.9%	6.4%	8.2%	7.1%	n.s
Aandoening hand/ elleboog/ pols	5.0%	7.0%	11.3%	6.8%	<.001 e
Beroerte, hersenbloeding, TIA	7.1%	5.4%	7.9%	6.4%	n.s
Hartinfarct	5.1%	7.1%	6.2%	6.3%	n.s
Ernstige hoofdpijn	4.0%	4.2%	4.2%	4.3%	n.s
Hardnekkige darmstoornis	4.1%	3.6%	5.4%	4.1%	n.s
Chronisch eczeem	2.4%	3.2%	4.1%	3.0%	n.s

a Verschillen in alle gevallen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat, behalve voor 'aantal chronische ziekten', hiervoor is de ANOVA gebruikt

b N.s = niet significant

c De antwoordoptie "ja, maar niet door arts vastgesteld" werd hergecodeerd als missing value

d BMI <24,9 wijkt het meest af

e BMI >30 wijkt het meest af

Ouderen met obesitas hebben significant vaker beperkingen (zie tabel 2.4). De groepen met normaal gewicht en overgewicht scoren in de meeste gevallen vrijwel hetzelfde. Het aantal beperkingen hangt samen met het hebben van overgewicht of obesitas. Alleen obesitas geeft een significant verschil in vergelijking met normaal gewicht en overgewicht. Beperkingen in mobiliteit komen meer voor dan beperkingen in het zien. Ouderen met obesitas hebben de meeste beperkingen in de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Dit gegeven komt overeen met het feit dat personen met overgewicht en obesitas meer hulpmiddelen gebruiken dan personen met een normaal gewicht. Vallen komt vaker voor bij ouderen met obesitas dan ouderen met een gezond gewicht, maar ze hebben minder vaak letsel gekregen door het vallen dan de andere groepen.

Tabel 2.4 Beperkingen en gebruik van hulpmiddelen geassocieerd met BMI indeling (N= 5543)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1925 < n < 2033	Overgewicht BMI 25-29,9 2498 < n < 2639	Obesitas BMI >30 832 < n < 843	Totaal 6148 < n < 5543	Toetsresultaat^{ab}
Totaal aantal beperkingen	0.424	0.430	0.682	0.466	<.001 ^e
Beperkingen in zien	9.7%	8.5%	12.5%	9.9%	<.01 ^d
Beperkingen in mobiliteit	24.1%	27.1%	47.0%	29.9%	<.001 ^d
Beperkingen in ADL	33.3%	37.4%	58.8%	39.2%	<.001 ^d
Aantal beperkingen in ADL	1.12	1.19	2.05	1.30	<.001 ^d
Gebruikt hulpmiddelen bij ADL	35.5%	36.0%	44.2%	37.3%	<.001 ^d
Gebruikt hulpmiddelen bij lopen	17.3%	18.9%	34.5%	21.1%	<.001 ^d
Gebruikt hulpmiddelen bij vervoer	6.2%	6.2%	12.5%	7.4%	<.001 ^d
Gevallen in afgelopen 3 maanden	15.9%	17.2%	23.6%	18.1%	<.001 ^d
Letstel door vallen ^c	39.3%	39.1%	37.3%	38.8%	n.s

a Verschillen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat, behalve bij 'aantal beperkingen in ADL' en 'totaal aantal beperkingen', hiervoor is ANOVA gebruikt

b N.s = niet significant

c Percentage van personen die gevallen zijn en hierbij letsel hebben opgelopen

d BMI >30 wijkt het meest af

e Significantie niet aanwezig tussen overgewicht en normaal gewicht

Ouderen met obesitas hebben in de afgelopen 2 maanden de huisarts significant vaker bezocht. Dit komt overeen met de hoeveelheid ziekten en beperkingen die zij ervaren.

Ouderen maken in het algemeen het meest gebruik van een medisch specialist in vergelijking met andere zorgverleners, blijkt uit tabel 2.5. In het gebruik van een specialist is geen verschil tussen de BMI groepen. Dit verschil is wel aanwezig voor het gebruik van een pedicure, de fysiotherapeut, de thuiszorg en de diëtist. Ouderen met overgewicht maken in vergelijking met personen met normaal gewicht meer gebruik van deze zorgverleners, maar het verschil in zorggebruik is groter bij ouderen met obesitas. Het bezoeken van de tandarts geeft een ander resultaat. Hier maken ouderen met obesitas significant *minder* gebruik van. Of men in het ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum heeft gelegen verschilt niet significant tussen normaal gewicht, overgewicht en obesitas.

Tabel 2.5 Zorggebruik geassocieerd met BMI indeling (N= 5910)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1316 < n < 2033	Overgewicht BMI 25-29,9 1669 < n < 2639	Obesitas BMI >30 529 < n < 843	Totaal 3804 < n < 5910	Toetsresultaat^{ab}
In de laatste 2 maanden bij huisarts geweest ^c	50.2%	54.9%	62.7%	54.4%	<.001 d
<i>Het laatste jaar...</i>					
Contact met specialist	56.2%	57.9%	61.7%	58.1%	n.s
Contact met tandarts	58.2%	53.5%	45.1%	53.8%	<.001 d
Contact met pedicure	42.0%	44.0%	56.9%	46.4%	<.001 d
Contact met fysiotherapeut	29.6%	31.9%	37.4%	32.5%	<.01 d
Contact met thuiszorg	27.2%	29.2%	37.8%	31.1%	<.001 d
Contact met dietist	8.8%	11.2%	18.3%	11.8%	<.001 d
Contact met alternatieve genezer	7.2%	5.0%	7.3%	6.0%	n.s
Contact met maatsch. werkende	5.7%	4.1%	6.0%	5.3%	n.s
Contact met psycholoog/psychiater	3.2%	2.9%	2.3%	3.0%	n.s
Contact met ergotherapeut	2.5%	2.0%	2.2%	2.3%	n.s
Contact met logopedist	2.7%	1.8%	1.7%	2.1%	n.s
In ziekenhuis gelegen	15.0%	14.8%	17.6%	15.3%	n.s
Professionele hulp in verpleging	9.7%	8.5%	11.8%	9.0%	n.s
Behandeling in verpleeghuis	0.7%	0.4%	0.5%	0.5%	n.s
Nachtopvang verzorghuis	3.4%	2.3%	3.7%	3.2%	n.s
Revalidatiecentrum	0.9%	0.8%	0.5%	0.8%	n.s
Dagopvang verzorghuis	0.7%	0.2%	0.8%	0.6%	n.s
Nachtopvang verpleeghuis	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	n.s

a Verschillen tussen de drie groepen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat

b N.s = niet significant

c Versus langer geleden dan 2 maanden

d BMI >30 wijkt het meest af

2.2.5 Leefstijl

Personen met obesitas maken significant minder gebruik van de fiets, zowel binnen als buiten de gemeente en ook als ontspanningsmogelijkheid (tabel 2.6). Daarnaast wandelen ouderen met obesitas minder en doen ze minder aan andere sport. In alle onderzochte gevallen ligt het afkappunt bij een BMI van >30.

Tabel 2.6 Beweging geassocieerd met BMI indeling (N= 5927)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1719 < n < 1968	Overgewicht BMI 25-29,9 2578 < n < 2279	Obesitas BMI >30 811 < n < 738	Totaal 5274 < n < 5927	Toetsresultaat^{ab}
Fietsen buiten de gemeente	33.1%	32.1%	18.4%	29.8%	<.001 c
Fietsen binnen de gemeente	58.2%	58.4%	40.4%	54.5%	<.001 c
Wekelijks ouderensport	16.2%	15.3%	15.2%	15.7%	n.s
Wekelijks fietsen	61.3%	60.5%	43.2%	57.6%	<.001 c
Wekelijks wandelen	60.4%	58.4%	39.8%	56.0%	<.001 c
Wekelijks andere sport	16.9%	15.9%	11.7%	15.3%	<.01 c

a Verschillen tussen de drie groepen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat

b N.s = niet significant

c BMI >30 wijkt het meest af

Uit de resultaten weergegeven in tabel 2.7, blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen de drie BMI groepen betreffende het eetpatroon. Zowel ouderen met normaal-, over- gewicht en obesitas voldoen aan de voedingsnormen voor groente en fruit.

Tabel 2.7 Eetgedrag uitgesplitst naar BMI indeling (N= 5975)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1907 < n < 1997	Overgewicht BMI 25-29,9 2447 < n < 2570	Obesitas BMI >30 782 < n < 824	Totaal 5458 < n < 5975	Toetsresultaat ^b
Aantal stuks fruit per dag ^a	2.78	2.80	2.84	2.80	n.s
Aantal portie groente per dag ^a	2.96	2.96	2.91	2.95	n.s
Aantal dagen in week warme maaltijd	6.70	6.72	6.66	6.71	n.s
Aantal dagen in week ontbijt	6.79	6.83	6.80	6.80	n.s

a 1 = geen fruit/groente, 2= 1 portie, 3= 2 porties, 4= meer dan 2 porties

b Verschillen tussen de groepen zijn getest met de Kruskal Wallis test

2.2.6 Psychische gezondheid

In tabel 3.8 staat weergegeven in welke mate ouderen psychische problemen hebben. Er is bij ouderen met overgewicht of obesitas geen sprake van meer last van eenzaamheid of psychische ongezondheid. Ook hebben ze niet meer stress of depressiviteitgevoelens.

Tabel 2.8 Psychische gezondheid uitgesplitst naar BMI indeling (N= 5645)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1671 < n < 1902	Overgewicht BMI 25-29,9 2458 < n < 2146	Obesitas BMI >30 696 < n < 779	Totaal 4910 < n < 5645	Toetsresultaat ^{ab}
Last van eenzaamheid	36.0%	33.2%	36.4%	34.7%	n.s
Totale eenzaamheidsscore ^c	2.35	2.18	2.40	2.28	n.s
Sociale eenzaamheidsscore ^c	1.27	1.18	1.26	1.23	n.s
Emotionele eenzaamheidsscore ^c	1.08	0.99	1.13	1.05	n.s
Psychisch ongezond	17.0%	15.8%	17.2%	16.7%	n.s
Gespannenheid / stress	15.3%	14.1%	17.1%	15.5%	n.s
Depressiviteit / neerslachtigheid	9.5%	8.0%	10.0%	9.0%	n.s

a Verschillen tussen de drie groepen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat, behalve voor de eenzaamheidsscores, deze zijn berekend de ANOVA

b N.s = niet significant

c Hoe hoger de score, hoe meer eenzaamheid

2.2.7 Sociale participatie

Tabel 2.9 laat zien dat ouderen met overgewicht op een aantal gebieden de vrije tijd anders invullen. De verschillen zijn het grootst voor ouderen met obesitas. Ouderen met overgewicht doen, in een aantal gevallen, zelfs meer sociale activiteiten dan ouderen met een normaal gewicht. Ouderen met obesitas doen significant minder vrijwilligerswerk en verenigingsactiviteiten. Ook een bibliotheek bezoeken en internetten doen ouderen met obesitas minder. Uit de schaalscore blijkt dat het verschil significant is tussen de groepen overgewicht en obesitas.

Tabel 2.9 Sociale participatie geassocieerd met BMI indeling (N= 5979)

	Normaal gewicht BMI <24,9 1940 < n < 1981	Overgewicht BMI 25-29,9 2518 < n < 2582	Obesitas BMI >30 800 < n < 829	Totaal 5495 < n < 5979	Toetsresultaat^{ab}
<i>Dagelijks of wekelijks...</i>					
Contact met familie	87.3%	87.3%	88.5%	87.2%	n.s
Een praatje met mensen uit buurt	81.8%	85.1%	81.5%	83.0%	<.01 c
Contact vrienden of kennissen	69.5%	71.6%	72.6%	70.8%	n.s
Bezoek ontvangen	61.4%	64.0%	66.9%	63.3%	n.s
Op bezoek gaan	52.3%	55.5%	55.7%	54.1%	n.s
Een hobby beoefenen	36.0%	34.2%	30.3%	33.7%	n.s
Verenigingsactiviteiten	20.5%	22.1%	15.1%	20.1%	<.001 d
Internet gebruiken	18.2%	17.3%	12.4%	16.6%	<.001 d
Vrijwilligerswerk	17.4%	17.6%	11.3%	16.4%	<.001 d
Een bibliotheek bezoeken	8.6%	7.0%	4.1%	7.2%	<.001 d
Bij anderen klusjes doen	5.1%	5.5%	3.3%	5.1%	n.s
<i>Schaalscore sociale participatie</i>	2.03	2.08	1.86	2.03	<.001 e

a Verschillen tussen de drie groepen werden geanalyseerd met de Chi Kwadraat, de schaalscore met de ANOVA

b N.s = niet significant

c BMI <24,9 wijkt het meest af

d BMI > 30 wijkt het meest af

e Significantie tussen overgewicht en obesitas

2.3 Samenvatting van de resultaten

De verdeling in mannen en vrouwen en overgewicht of obesitas komt overeen met de bekende verdelingen uit de literatuur. Ook het feit dat personen met overgewicht en obesitas een lagere opleiding en inkomen hebben dan personen met een normaal gewicht is overeenkomend met de literatuur.

Wanneer er in de resultaten sprake is van significante verschillen tussen de BMI-groepen wijkt in de meeste gevallen de groep met obesitas het meest af.

Het hebben van overgewicht of obesitas brengt verschillende chronische ziekten en beperkingen met zich mee, dit blijkt ook uit het zorggebruik. Door het meer voorkomen van een hoge bloeddruk, artrose en diabetes zou men verwachten dat het met ervaren gezondheid aanzienlijk slechter gesteld was dan uit de resultaten is gebleken.

Hoewel ouderen met obesitas minder bewegen, sporten en minder meedoen aan sociale activiteiten dan ouderen met een normaal gewicht en overgewicht, is er geen verschil aanwezig tussen de BMI groepen op het gebied van de psychische gezondheid. Zij hebben niet meer last van eenzaamheid of psychische problemen.

3. Onderzoek naar de preventie van overgewicht

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het onderzoek naar de preventie van overgewicht bij ouderen in Twente. Er wordt beschreven op welke manier het onderzoek is uitgevoerd en wat de wijze van verwerken is geweest. Hierna worden de resultaten van het onderzoek gegeven.

3.1 Methodologie

Om antwoord te vinden op de derde onderzoeksvraag is een inventarisatie uitgevoerd naar de preventie activiteiten die er in Twente aanwezig zijn voor ouderen op het gebied van overgewicht. Er is een telefonische enquête uitgevoerd bij de veertien Twentse gemeenten, Stichtingen Welzijn Ouderen (SWO's), zorginstellingen, sportscholen en zwembaden.

3.1.1 Procedures en respondenten

Het werkgebied van de GGD Regio Twente omvat veertien gemeenten. Al deze gemeenten zijn gebeld. De namen van ambtenaren bij de gemeenten die aangesproken kunnen worden over de activiteiten voor ouderen zijn bekend. Dit zijn veelal beleidsmedewerkers openbare gezondheidzorg.

In elke gemeente wordt welzijnswerk voor ouderen uitgevoerd. Veelal is dit ondergebracht in een algemene welzijnsstichting, maar in een aantal gemeenten is sprake van een zelfstandige Stichting Welzijn Ouderen (SWO). Om het duidelijk te houden worden deze stichtingen hier wel Stichtingen Welzijn Ouderen (SWO's) genoemd. SWO's zijn dienstverlenende organisaties die zelfstandig wonende ouderen informeren, adviseren en ondersteunen op verschillende gebieden. Ze zetten zich in voor het welzijn van ouderen in de leeftijd vanaf de 55 jaar. Het uiteindelijke doel van de SWO's is meestal om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen door de maatschappelijke participatie en de zelfredzaamheid te vergroten. In financieel- en in beleidsmatig opzicht zijn ze veelal afhankelijk van de betreffende gemeente. Alle stichtingen in de veertien gemeenten zijn gebeld.

De term zorginstelling is in deze inventarisatie breed opgevat. Hieronder vallen thuiszorginstellingen, geestelijke gezondheidszorginstellingen en zorgbelangenverenigingen. Deze organisaties zijn gebeld, omdat de mogelijkheid bestaat dat ze tevens activiteiten voor zelfstandig wonende ouderen aanbieden.

Ook zijn sportscholen en zwembaden in de Regio Twente gebeld. Zij hebben mogelijk specifieke bewegingsactiviteiten voor ouderen. Niet alle sportscholen zijn meegenomen, hierbij is gebruik gemaakt van een steekproef. De sportscholen zijn geselecteerd wanneer in hun website duidelijk specifieke activiteiten voor ouderen zijn omschreven. De websites zijn een betrouwbare bron, omdat ze up-to-date zijn om zo de juiste lesinformatie te geven. Naast de sportscholen zijn alle zwembaden in de regio gebeld.

Om een zo volledig mogelijke inventarisatie uit te voeren is er gebruik gemaakt van de

sneeuwbalmethode. Hierbij is bij elke gebelde organisatie gevraagd naar eventuele andere instanties die zich ook bezig houden met ouderen en preventie van overgewicht.

De vragenlijsten zijn telefonisch afgenomen, waarbij vooraf een telefoonscript is gemaakt. Er is een mail gestuurd wanneer er meerdere malen niet de juiste persoon is gevonden. In bijlage III is het telefoonscript en de email te vinden.

3.1.2 *Het meetinstrument*

De kern van de vragenlijst betreft de vraag of de verschillende gemeenten en instanties interventies uitvoeren om overgewicht bij ouderen te voorkomen of terug te dringen. Onder deze interventies vallen ook beweeg- en voedingsinterventies, of een combinatie hiervan. Er zijn vragen over de interventies gesteld betreffende het doel, de doelgroep, het bereik, en samenwerking. Naast deze interventiebeschrijving zijn twee algemene vragen gesteld over ouderen, gezondheid en preventie. De eerste vraag hierbij gaat over de bekendheid van de respondenten met bestaande landelijke interventies voor ouderen. Dit geeft een indicatie voor het bekendheidsniveau van de respondenten. Deze vraag is aan elke groep respondenten gesteld. De tweede vraag van dit onderdeel is alleen aan gemeenten en Stichtingen Welzijn Ouderen gesteld. Dit betreft de vraag welke prioriteiten de gemeente of instelling heeft met betrekking tot ouderen. Deze is gesteld zodat duidelijk wordt aan welke thema's op dit moment veel aandacht wordt besteed.

3.1.3 *Data analyse*

In de eerste vraag in de vragenlijst betreffende de interventie wordt gevraagd om een beschrijving te geven van de interventie. Dit is een open vraag waarbij letterlijk is genoteerd wat de respondent verteld. Bij de overige vragen is gebruik gemaakt van pregecodeerde antwoordmogelijkheden waarbij ook een mogelijkheid open was voor nieuwe antwoorden. Verder zijn de vragen over de prioriteiten en bekendheid in sommige gevallen bij de zorgbelangenverenigingen of GGZ instellingen niet gevraagd. Zij gaven duidelijk aan dat er geen mogelijkheid was voor preventie-interventies voor ouderen met overgewicht. De vraag over het aantal personen dat mee doet met de interventie is niet meegenomen in de verwerking, omdat men het niet wist of slechts een ruwe schatting kon maken.

De gegevens zijn per activiteit zijn ingevoerd in SPSS 16.0. Vervolgens zijn frequentietabellen gemaakt om de percentages voor de verschillende tabellen te berekenen. Tabel 3.3 is een interpretatie van de verschillende interventies. Al de andere tabellen zijn gemaakt op basis van werkelijke antwoorden van de respondenten.

3.2 Resultaten

Er zijn in totaal 66 instanties gebeld om de vragenlijst af te nemen. Er is een totale respons van 94%. In tabel 3.1 is te zien hoeveel van de betreffende instanties zijn gebeld. Bij één gemeente is er geen reactie gekomen, omdat er op dit moment geen ambtenaar verantwoordelijk was voor het ouderenbeleid. De andere

Tabel 3.1 *Totale respons interviews*

	Gebeld	Non-respons
Gemeenten	14	1
SWO	14	1
Zorginstelling	11	1
Sportscholen	12	1
Zwembaden	15	0
Totaal	66	4
Totale respons:	93,94%	

non-respons instanties zijn na verschillende malen bellen en mailen niet bereikt.

In bijlage II is een uiteenzetting te zien van de verschillende functies van de respondenten. Binnen de gemeenten zijn de respondenten veelal beleidsmedewerkers openbare gezondheidzorg. In twee gemeenten is er gesproken met specifieke beleidsmedewerkers voor ouderen. Daarnaast kwam het ook voor dat personen meerdere beleidsterreinen onder hun hoede hadden. De functies van de respondenten zijn binnen de overige instanties zeer verschillend.

3.2.1 Aantal activiteiten in de regio

Van de gebelde instanties organiseert 70% één of meer activiteiten voor ouderen op het gebied van overgewicht, voeding, beweging, advies of doorverwijzing (zie tabel 4.2). De gemeenten Dinkelland, Almelo, Haaksbergen, Hengelo en Hellendoorn voeren zelf geen activiteiten op het gebied van overgewicht bij ouderen. De gemeente Haaksbergen geeft aan dat zij op dit moment geen ouderennota hebben, waardoor een beleidskader van preventieactiviteiten ontbreekt. De gemeente Tubbergen heeft geen beleidsmedewerker in

dienst die de doelgroep ouderen in het takenpakket heeft. Eén Stichting Welzijn Ouderen (Enschede) organiseert geen activiteiten zelf, dit wordt door de gemeente Enschede gedaan. De meeste gebelde zorginstellingen voeren geen

Tabel 3.2 Aantal organisaties met activiteiten op het gebied van preventie van overgewicht bij ouderen

	Respons	Geen activiteiten	% activiteiten
Gemeenten	13	6	54%
SWO	13	1	92%
Zorginstellingen	10	6	40%
Sportscholen	11	4	64%
Zwembaden	15	2	87%
Totaal	62	19	69%

preventie activiteiten uit. Zorgbelang Overijssel en Centrum zijn belangenbehartiginginstellingen en organiseren zelf geen activiteiten voor ouderen. Mediant en Dimence zijn beide geestelijke gezondheid instellingen. Zij hebben geen activiteiten voor zelfstandig wonende ouderen, maar wijzen ouderen wel door wanneer er overgewicht signaleerd wordt. Dit laatste is ook het geval voor MEE-Twente; overgewicht is een probleem waar zij zich niet op richten. Senior Care is een zorginstelling voor hele oude ouderen. Zij geven aan dat er eerder sprake is van ondergewicht bij deze personen dan overgewicht. Daarnaast voeren drie van de gebelde sportscholen toch geen activiteiten voor ouderen uit.

Er zijn in totaal 58 activiteiten gevonden die kunnen bijdragen aan een vermindering van, of het tegengaan van, overgewicht voor ouderen. Wanneer de dubbelen worden weggelaten blijkt dat er 23 unieke activiteiten worden aangeboden. Een overzicht hiervan wordt gegeven in tabel 3.3. Van deze activiteiten wordt een beschrijving gegeven in bijlage I.

Naast deze 23 activiteiten zijn er uit de interviews ook aan aantal activiteiten gekomen die niet specifiek voor ouderen zijn. Deze activiteiten bevatten wel de benodigde onderdelen voor een effectieve interventie tegen overgewicht. Deze worden daarom wel beschreven in de volgende paragraaf, maar niet meegenomen in de analyse van de resultaten.

3.2.2 Type activiteiten

De meeste activiteiten op het gebied van voorkomen of vermindering van overgewicht bij ouderen zijn bewegingsactiviteiten (zie tabel 4.5). Er is één interventie op het gebied van voeding en in vier gevallen behelst de interventie signalering en advisering. Hierbij wordt vaak doorverwezen bij klachten of wanneer de adviseur problemen signaleert. Het merendeel van de activiteiten wordt eens per week aangeboden. De overige activiteiten zijn niet structureel en zijn bijvoorbeeld op afspraak of wanneer daar behoefte aan is.

Tabel 3.3 Type activiteiten uitgevoerd in Twente

Activiteiten	Soort activiteit		
	Bewegingsactiviteiten	Voedingsinformatie	Signaleren en adviseren
50+ lessen	●		
60+ fitness	●		
55+ club	●		
75+ huisbezoeken	●		
Als botten en spieren protesteren	●		
Aquafit 50+	●		
Beweegprogramma's op ziekte	●		
Blij(f) bewegen 65+	●		
Circuittraining	●		
Consultatiebureau			●
Fifty Fit	●		
Fittest			●
GALM	●		
Gym in het water	●		
Gymnastiekgroepen	●		
Hart in Beweging	●		
Informatiebijeenkomst voeding		●	
MBVO	●		
Ouderen adviseurs			●
Ouderen spreekuur Lage SES			●
Rust Roest	●		
Senioren fitness	●		
SMALL	●		
Totaal	78,3%	4,3%	17,4%

Er zijn geen activiteiten voor ouderen waarbij de combinatie van voeding en beweging aanwezig is. Twee zwembaden geven aan dat ze in het verleden wel samengewerkt hebben met een diëtiste. In de interviews zijn wel een aantal activiteiten genoemd waarbij voeding en beweging gecombineerd worden maar deze activiteiten zijn niet specifiek voor ouderen. Dit zijn de volgende activiteiten:

- 'AfvalLEN en bewegen' wordt uitgevoerd door zwembad Aquadrome in Enschede. In deze samenwerking met Livio geeft een diëtist voedingsadviezen en beweegt men door aquajoggen.
- Een zwembad in Goor heeft een afslankactiviteit georganiseerd, genaamd 'Aguaslank'. Dit is een afvalprogramma van 10 weken, waarin elke week verschillende spiergroepen worden getraind. Naast deze bewegingsactiviteit maken ze gebruik van een voedingschema en 4 weegmomenten.

Het programma is zelf ontwikkeld naar een voorbeeld van een zwembad uit Neede. Hoewel deze activiteit voor alle leeftijden bedoeld is, komen er alleen 50-plussers.

- *'Bewegen op Recept'* is een doorverwijzing van een dokter om meer te gaan bewegen. Het wordt georganiseerd door Stichting Welzijn ouderen in Almelo.
- *'De FysioFitheidsscan'* is een interventie om mensen bewust te maken van de conditionele gezondheid. Dit wordt uitgevoerd door het Gezondheidscentrum Maardijk in Almelo. Wanneer uit de scan blijkt dat er sprake is van overgewicht kan men meedoen in een beweegprogramma met overgewicht- en voedingsadviezen. Dit is ontwikkeld door het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie).
- Een uitgebreidere interventie is *'Gezond Roombeek'* dit is een beweeginterventie voor volwassenen die vergelijkbaar is met de opzet van GALM. Het geheel van 34 weken is opgedeeld in verschillende fases met daartussen drie keer een fittest. Tussen deze fittesten is men actief met het beweegprogramma. Daarnaast kan men hulp krijgen bij het stoppen met roken of om het eetgedrag aan te passen. Na de laatste fittest kan de deelnemer doorgaan met het programma of meedoen met het reguliere sportaanbod.
- *'AlmeloMove'* is de enige interventie die zich specifiek op volwassenen met overgewicht richt. Dit wordt uitgevoerd door het fitnesscentrum Safe Fitness in Almelo. Dit is in eerste instantie een fysiotherapiecentrum. AlmeloMove is een eigen interventie ontwikkeld op basis van de interventie BIG!MOVE uit Amsterdam en *Bewegen op Recept* uit Den Haag. De interventie bestrijkt de drie belangrijke aandachtspunten: voeding, beweging en gedrag/leefstijl verandering. Deze aandachtspunten komen aan bod door de samenwerking van het fitnesscentrum, een diëtistenpraktijk en een psychotherapeut. Het betreft een half jaar lang onder begeleiding sporten, waarna de deelnemers verder kunnen gaan in het reguliere sportaanbod.

3.2.3 Doelgroepen van de activiteiten

De verschillende activiteiten richten zich veelal specifiek op een leeftijdsgroep. De leeftijd wordt echter bij geen enkele activiteit als bindend gezien door de organiserende instelling. Dit kan wel zo ervaren worden door ouderen. Uit tabel 3.4 blijkt dat veel activiteiten gericht zijn op de doelgroep van 55 jaar en ouder. De meeste activiteiten zijn voor ouderen in de leeftijd van 50 tot 60 jaar, er worden minder activiteiten georganiseerd voor ouderen van 65-plus. Er zijn geen bewegingsactiviteiten specifiek voor 'oudere ouderen' (75+).

Tabel 3.4 Doelgroep van de activiteiten

Activiteiten	Doelgroep						
	50+	55+	60+	65+	55-65	75+	Op ziektebeeld
50+ lessen	●						
60+ fitness			●				
55+ club		●					
75+ huisbezoeken						●	
Als botten en spieren protesteren		●					
Aquafit 50+	●						
Beweegprogramma's op ziekte							●
Blij(f) bewegen 65+				●			
Circuittraining		●					
Consultatiebureau		●	●	●			
Fifty Fit	●						
Fittest		●					
GALM					●		
Gym in het water		●					
Gynastiekgroepen				●			
Hart in Beweging							●
Informatiebijeenkomst voeding	●						
MBVO		●	●	●			
Ouderen adviseurs		●		●			
Ouderspreekuur Lage SES			●				
Rust Roest		●					
Senioren fitness			●				
SMALL				●			
Totaal % per doelgroep	14,3%	32,1%	17,9%	21,4%	3,6%	3,6%	7,1%

3.2.4 Organisatie van de activiteiten

Uit tabel 3.5 blijkt dat de meeste activiteiten voor ouderen worden georganiseerd door het welzijnswerk. In de tabel is te zien hoe activiteiten verdeeld zijn over de verschillende instanties, er wordt geen informatie gegeven over eventuele samenwerking. Bijna elk zwembad heeft wel een activiteit voor ouderen van 50 jaar en ouder. Deze zwemactiviteiten blijken populair te zijn bij ouderen en worden veel bezocht.

Zorginstellingen hebben het minst grote aandeel in het aanbod van activiteiten. MBVO is de meest voorkomende activiteit, dit wordt alleen niet in sportscholen aangeboden. De consultatiebureaus voor ouderen worden door drie verschillende instanties uitgevoerd.

Tabel 3.5 Organisatie van de activiteiten

Activiteiten	Betrokken partij					Aantal partijen
	Gemeente n= 7	Welzijnswerk ouderen n=12	Zorginstelling n= 4	Sportschool n=7	Zwembad n=13	
50+ lessen				1		1
55+ club				1		1
60+ fitness				1		1
75+ huisbezoeken		5				1
Als botten en spieren protesteren	1					1
Aquafit 50+					3	1
Beweegprogramma's op ziekte				2	1	1
Blij(f) bewegen 65+	1					1
Circuittraining				1		1
Consultatiebureau		1	2			3
Fifty Fit					3	1
Fittest	1					1
GALM	1	1				2
Gym in het water					1	1
Gymnastiekgroepen			1			1
Hart in Beweging					1	1
Informatiebijeenkomst voeding		3	1			2
MBVO	1	10	1		6	4
Ouderen adviseurs		2				1
Ouderspreekuur Lage SES			1			1
Rust Roest	1					1
Senioren fitness				2		1
SMALL	1					1
Totaal aantal activiteit per partij	7	22	6	8	15	58
Totaal % activiteiten per partij	12,1%	37,9%	10,3%	13,8%	25,9%	100,0%

In tabel 3.6 is de geografische verdeling van de activiteiten te zien. Het aantal activiteiten per gemeente is weergegeven. De resultaten zijn gesorteerd naar de grootte van de plaats. In de gemeenten Haaksbergen en Hellendoorn zijn het minste aantal activiteiten voor ouderen die eventueel effectief kunnen zijn in het bestrijden of voorkomen van overgewicht. Losser, Oldenzaal, Almelo en Hengelo hebben het meeste aantal activiteiten. MBVO is de meest voorkomende bewegingsactiviteit in alle gemeenten. Qua inwonersaantal is Enschede de grootste stad in de regio Twente. Het is daarom opvallend dat hier zo weinig activiteiten op het gebied van beweging of voeding voor ouderen worden georganiseerd. Losser is bijna de kleinste gemeente in de rij, maar organiseert de meeste activiteiten voor ouderen.

Tabel 3.6 Activiteiten uitgesplitst naar plaats en gesorteerd naar grootte van plaats

Activiteit	Gemeente														Totaal
	Enschede	Hengelo	Almelo	Rijssen-Holten	Hellendoorn	Hof van Twente	Twenterand	Oldenzaal	Dinkelland	Haaksbergen	Wierden	Losser	Tubbergen	Borne	
50+ lessen	●														1
55+ club								●							1
60+ fitness				●											1
75+ huisbezoeken		●							●		●	●	●		5
Als botten en spieren protesteren														●	1
Aquafit 50+						●	●	●							3
Beweegprogramma's op ziekte			●					●				●			3
Blij(f) bewegen 65+														●	1
Circuittraining												●			1
Consultatiebureau		●	●									●			3
Fifty Fit	●											●			3
Fittest												●			1
GALM		●										●			2
Gym in het water													●		1
Gymnastiekgroepen			●												1
Hart in Beweging								●							1
Informatiebijeenkomst voeding		●		●	●			●	●				●		4
MBVO		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	18
Ouderen adviseurs		●	●												2
Ouderspreekuur Lage SES										●					1
Rust Roest							●								1
Senioren fitness	●		●												2
SMALL				●											1
Totaal aantal	4	6	6	3	1	4	4	6	4	2	3	7	5	3	58

Aantal keren uitgevoerd:

- 1 ●
2 ●

3.2.5 Bekendheid met bestaande activiteiten en samenwerking

De gemeenten en SWO's zijn bekend met veel activiteiten voor ouderen (tabel 3.8). Ze zijn het minst bekend met het activiteitenaanbod van sportscholen en verschillende valpreventie interventies.

Zorginstellingen en sportscholen zijn minder bekend met de bestaande activiteiten. Alle zorginstellingen zijn wel bekend met het cursusaanbod vanuit het welzijnswerk ouderen. De valpreventie interventies zijn ook in deze groepen weinig bekend. Fysiofit en MBVO wordt vaak herkend door sportscholen en zwembaden.

Tabel 3.7 Bekendheid met bestaande interventies

	Gemeenten n = 11	SWO's n = 12	Zorginstellingen n = 5	Sportscholen n = 10	Zwembaden n = 15	Bekendheid per interventie
Meer bewegen voor ouderen	9	12	5	5	15	14,9%
Fysiofit	9	9	3	9	7	12,0%
Consultatiebureau voor ouderen	9	10	5	3	8	11,3%
Senioren voorlichting door vrijwilligers	10	12	3	3	3	10,0%
GALM	9	10	3	3	5	9,7%
Preventieve huisbezoeken	8	12	3	2	2	8,7%
In Balans	5	9	3	3	0	6,5%
Cursusaanbod vanuit thuiszorg	6	10	x	2	2	6,5%
Cursusaanbod vanuit welzijnswerk ouderen	7	x	5	2	4	5,8%
Cursusaanbod vanuit sportscholen	5	8	2	x	3	5,8%
Halt u valt	5	6	1	1	1	4,5%
Bewegen valt goed	5	6	1	0	1	4,2%
Totaal per instelling	28,2%	33,7%	11,0%	10,7%	16,5%	100,0%

Niet weergegeven in de tabel, maar wel gevraagd is het onderwerp samenwerking. Het blijkt dat binnen de gemeenten weinig wordt samengewerkt om activiteiten te ontwikkelen voor ouderen. Geen enkel zwembad werkt samen met de gemeente of een Stichting Welzijn Ouderen. Eén sportschool geeft aan samengewerkt te hebben met een gemeente. Dit was voor het organiseren van een fittest. Samenwerking tussen Stichting Welzijn Ouderen en gemeenten verschilt per gemeente. Dit komt door de verschillende verhoudingen tussen deze partijen. In de ene gemeente is de Stichting Welzijn Ouderen volledig belast met de organisatie van activiteiten, terwijl dit in andere gemeenten geheel door de gemeente zelf wordt gedaan. De thuiszorgorganisaties Carint, Livio en Thuiszorg Noord-West Twente worden het meest genoemd als samenwerkingspartner. Zij werken samen met zowel zwembaden en sportscholen als SWO's. Als er sprake is van samenwerking bij gemeenten is dit veelal met een SWO. Deze samenwerking is in sommige gevallen niet echt aanwezig, aangezien hierbij het welzijnswerk volledig door de gemeente wordt gesubsidieerd.

3.2.6 Prioriteiten

Aan gemeenten en SWO's is de vraag gesteld welke prioriteiten zij stellen bij het ontwikkelen en uitvoeren van preventieactiviteiten voor ouderen. De gemeente Hellendoorn en sportschool Body Fit in Wierden hadden geen tijd om deze vragen verder door te nemen. SWO Enschede kon deze vragen niet beantwoorden aangezien zij volledig afhankelijk zijn van de gemeente in de ontwikkeling van beleid en activiteiten.

Tabel 3.8 Aantal keren genoemde prioriteiten

	Gemeenten n = 11	SWO's n = 12	Totaal
<i>Geen prioriteiten</i>	2	4	6
Eenzaamheid	3	4	7
Bewegingsstimulering	5	2	7
Zelfstandigheid	1	3	4
Gezondheid	1	2	3
Depressie	3	0	3
Veiligheid	0	1	1
Valpreventie	1	0	1
Integraliteit	1	0	1
Voeding	0	1	1

Het blijkt dat eenzaamheid en bewegingsstimulering het meest worden genoemd als prioriteit. De genoemde prioriteiten zijn weergegeven in tabel 3.8. Eenzaamheid is het meest genoemd door SWO's; bewegingsstimulering door gemeenten. Er zijn veel SWO's die geen duidelijke prioriteiten hebben.

3.3 Samenvatting van de resultaten

Uit de resultaten blijkt dat er geen interventies worden aangeboden aan ouderen met overgewicht. Er zijn wel activiteiten die gericht zijn op beweging, voeding en signaleren en adviseren. Dit betreffen 23 activiteiten in 14 gemeenten, waarvan de meeste bewegingsactiviteiten zijn. Dit betekent dat er gemiddeld 4 activiteiten per gemeente worden georganiseerd, wat erg weinig is voor het aantal ouderen in de regio. Er is echter een sterk wisselend aanbod per gemeente. Er is geen overleg of enige samenwerking tussen de gemeenten. Deze samenwerking is ook niet aanwezig tussen zwembaden en sportscholen met de SWO's en gemeenten. Zij zijn ook slecht bekend met elkaars activiteiten. Hoewel de SWO's het meest aantal activiteiten organiseren in de regio, zijn zwembaden en sportscholen het minst bekend met het cursusaanbod vanuit de SWO's.

Zorginstellingen organiseren het minste aantal activiteiten voor ouderen, dit is opvallend aangezien zij veel in aanraking komen met de doelgroep ouderen. Hoewel ze waarschijnlijk wel bekend zijn met de problematiek spelen ze hier niet op in met (preventie) activiteiten. Zwembaden zijn actief in de benadering van ouderen, ongeveer elk zwembad heeft wel een activiteit voor ouderen.

Er worden zeer weinig activiteiten georganiseerd voor ouderen in de leeftijd van 75+. Het is echter niet duidelijk welke invloed de aangegeven leeftijd heeft op de leeftijd van de deelnemers. Het zou zo kunnen zijn dat ouderen van 75+ minder snel deelnemen aan een activiteit voor 50 plussers. Specifieke beweegprogramma's voor de doelgroep 75 plussers zijn nodig aangezien 'jongere ouderen' vaak nog actiever en mobieler dan de 'oudere ouderen'.

4. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies van de resultaten gegeven. Vervolgens worden de belangrijkste conclusies ter discussie gesteld, waarna er een aantal concrete aanbevelingen worden gedaan voor de preventie van overgewicht bij ouderen. Het rapport wordt afgesloten met de tekortkomingen van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek.

4.1 Conclusies

Uit de resultaten is gebleken dat overgewicht, en vooral obesitas, een negatieve relatie geeft met het welzijn van de ouderen. Ouderen met overgewicht beoordelen hun gezondheid negatiever dan ouderen zonder overgewicht. Hoewel het verschil in ervaren gezondheid voor ouderen met obesitas (BMI >30) groot is, wordt de gezondheid nog wel als redelijk ervaren. Ouderen met overgewicht en obesitas hebben meer chronische ziekten en beperkingen. Bij deze mensen is vaker sprake van een hoge bloeddruk, artrose, suikerziekte en gewrichtsontstekingen. Ouderen met obesitas hebben significant vaker suikerziekte en onvrijwillig urine verlies. Zij hebben ook significant meer beperkingen in de mobiliteit.

De verschillen in de leefstijl zijn bij ouderen met obesitas vooral groot. Deze ouderen fietsen aanzienlijk minder dan ouderen met overgewicht en een normaal gewicht. Er zijn geen verschillen tussen de groepen in het ontbijten of het eten van warme maaltijden.

Uit de resultaten betreffende de psychische gezondheid blijkt dat er geen enkele relatie gevonden is met het hebben van overgewicht. Ouderen met overgewicht hebben dezelfde geestelijke gezondheid als ouderen zonder overgewicht en hebben niet meer last van eenzaamheid, gespannenheid of depressiviteit.

Het meedoen met sociale activiteiten heeft een relatie met het hebben van overgewicht. Deze relatie is het meest sterk bij ouderen met obesitas. Ouderen met obesitas doen minder mee aan verenigingsactiviteiten, gebruiken Internet minder en doen minder vrijwilligerswerk dan ouderen met een normaal gewicht. Ouderen met overgewicht participeren in méér activiteiten dan ouderen met een normaal gewicht.

In veel gevallen kijkt de groep ouderen met obesitas in de significante dimensies van welzijn het meest af. De resultaten van overgewicht en een normaal gewicht verschillen in veel gevallen gering van elkaar. Bij ouderen met overgewicht is er alleen een negatieve relatie met het fysieke aspect van welzijn aanwezig.

Er worden in Twente geen activiteiten georganiseerd die specifiek op ouderen met overgewicht gericht zijn, waarbij de drie onderdelen beweging, voeding en gedragsverandering aan bod komen. Er worden wel bewegingsactiviteiten georganiseerd en een klein aantal activiteiten voor signalering en advisering. Ook worden er voedingsinformatiebijeenkomsten georganiseerd. In totaal zijn dit 58 activiteiten, waarvan

23 unieke activiteiten. Bewegingsactiviteiten komen zeer veel voor en er wordt weinig informatie over voeding gegeven.

De meeste activiteiten zijn gericht op de leeftijd 55+. Er worden weinig activiteiten georganiseerd voor ouderen in de leeftijd van 75 jaar en ouder. Een enkele activiteit is gericht op ouderen met een bepaald ziektebeeld.

De verschillende Stichtingen Welzijn Ouderen organiseren de meeste activiteiten voor ouderen. Daarna volgen de zwembaden, zij organiseren ook een groot deel van de activiteiten. In Losser, Hengelo en Almelo hebben de ouderen de meeste mogelijkheden om aan activiteiten mee te doen. In Hellendoorn en Haaksbergen worden het minst aantal activiteiten aangeboden. Hoewel Enschede de grootste gemeente is in de regio Twente, worden hier nauwelijks activiteiten voor ouderen georganiseerd.

Er is weinig sprake van samenwerking tussen de organisaties. In het geval van samenwerking worden de zorginstellingen het meest genoemd als samenwerkingspartner. Zij werken zowel samen met SWO's als met zwembaden. Gemeenten werken op het gebied van activiteiten weinig samen. Zij hebben ook weinig kennis van de activiteiten van zorginstellingen en sportscholen, ze kennen echter wel veel bestaande interventies voor ouderen. Sportscholen en zwembaden zijn slecht bekend met het cursusaanbod van de SWO's. De meest voorkomende prioriteiten betreffende ouderen, gezondheid en preventie zijn eenzaamheid en bewegingsstimulering.

4.2 Discussie

De resultaten betreffende de lichamelijke gevolgen en de leefstijl van de ouderen met overgewicht komen overeen met de bestaande literatuur (Villareal et al., 2005; Rejeski, 2002; Visscher & Schoemaker, 2008; Visser et al., 1997). De belangrijkste gevonden resultaten zijn de relatie van overgewicht op de psychische gezondheid en de mogelijke verschuiving van het BMI afkappunt voor ouderen. Deze twee resultaten worden hieronder verder uitgewerkt.

4.2.1 Psychische gezondheid

Het blijkt dat er geen enkele relatie aanwezig is tussen het hebben van overgewicht en een slechtere psychische gezondheid bij ouderen. In veel onderzoeken naar de relatie tussen psychische gezondheid en overgewicht is alleen de indicator depressie is gebruikt (bijv. Sachs-Ericsson, 2007), in ons onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende indicatoren. De algemene geestelijke gezondheid (MHI-5), de twee losse items stress en depressieve gevoelens en eenzaamheid vormen het geheel psychische gezondheid.

Er zijn er geen significante relaties gevonden tussen de geestelijke gezondheid, depressieve symptomen en stress met het hebben van overgewicht bij ouderen. De Gezondheidsraad (2003) geeft aan dat overgewicht psychische problemen, een verlaagd zelfbeeld of depressie kan veroorzaken. Bij jeugd en kinderen kan dit inderdaad het geval zijn, dit is aangetoond door Wallace, Sheslow en Hassink (1993). Fontaine (2000) laat in zijn studie zien dat obesitas ook van invloed is op de mentale gezondheid van volwassenen (gemiddelde leeftijd 36.4). In dit onderzoek is echter de mogelijkheid aanwezig van een vertekend beeld van de mentale staat van de onderzoeksgroep. De deelnemers hebben zich namelijk principieel afgehouden van aangeboden hulp bij hun overgewicht. Resultaten uit ander onderzoek betreffende volwassenen laat namelijk zien, in overeenstemming met onze resultaten, dat er geen relatie

aanwezig is tussen een negatieve mentale gezondheid en een hoge BMI (Doll, Petersen, & Stewart-Brown, 2000; Katz, McHorney, & Atkinson, 2000). Dat het hebben van overgewicht geen invloed heeft op de geestelijke gezondheid van ouderen is nog niet eerder onderzocht. Er kan gesteld worden dat naar mate men ouder wordt met overgewicht, de invloed hiervan op de geestelijke gezondheid vermindert. Naast de afwezige relatie tussen de uitkomsten van de MHI-5, is er in ons onderzoek ook geen relatie gevonden tussen depressieve gevoelens en stress en het hebben van overgewicht bij ouderen. Sachs-Ericssons en collega's (2007) vonden deze relatie wel. De effectgrootte van deze relatie was echter zeer klein, de ontstane relatie kan mogelijk veroorzaakt zijn door indirecte invloeden zoals discriminatie, een slecht zelfbeeld of een lage sociale participatie. Onze resultaten komen overeen met het onderzoek van Heo en anderen (2005), hierbij wordt geconcludeerd dat obesitas bij ouderen minder snel tot depressieve symptomen en stress zal leiden dan bij jongeren.

Het lag in de verwachting dat er een significante interactie aanwezig was tussen ouderen met overgewicht en het hebben van eenzaamheid. Uit onderzoek van Lauder, Mummery, Jones en Caperchione (2006) blijkt namelijk dat eenzaamheid gerelateerd is aan een hoger BMI bij volwassenen (gemiddelde leeftijd van 46). Het onderzoek van Horchner, Tuinebreijer, Kelder en van Urk (2002) laten hetzelfde zien; volwassen vrouwen met obesitas hebben een gemiddelde score van 3.4 op de de Jong-Gierveld schaal. Voor ouderen met obesitas blijkt echter de gemiddelde score 2.3 te zijn. Aangezien een score van 3 of hoger de aanwezigheid eenzaamheid impliceert, kan er vastgesteld worden dat het hebben van overgewicht geen eenzaamheid veroorzaakt bij ouderen, hoewel dit bij volwassenen wel het geval is (Lauder et al, 2006; Horchner et al, 2002). Er is, naar ons weten, niet eerder onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen overgewicht en eenzaamheid bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder. Het feit dat er geen significante relatie is gevonden suggereert dat het lichaamsgewicht in mindere mate meespeelt in de tevredenheid over de sociale contacten dan dit bij jeugd of volwassenen het geval is. Eenzaamheid is een subjectieve waardering van de sociale contacten van een persoon, terwijl de sociale participatie een objectieve weergave is van het aantal sociale contacten (Zettel-Watson, 2008). Er zijn onderlinge invloeden tussen deze factoren, maar eenzaamheid kan ook aanwezig zijn bij een groot sociaal netwerk. Uit de resultaten blijkt dat ouderen met obesitas significant minder sociaal participeren dan ouderen met overgewicht. Deze gegevens komen overeen met onderzoeken naar sociale participatie van volwassenen, volwassenen met obesitas hebben minder vrienden dan personen die geen obesitas hebben (Zettel-Watson, 2008). De gevonden resultaten kunnen verklaard worden door het ontstaan van stigmatisatie onder ouderen zoals dit wordt aangegeven door Phul en Brownell (2001), de reactie op deze stigma's kunnen de oorzaak zijn van de relatie tussen obesitas en de negatieve sociale gevolgen. Hoewel Dierk en anderen (2006) laten zien dat er een relatie tussen sociale participatie en overgewicht bij ouderen niet aanwezig is, en er minder sprake lijkt te zijn van stigmatisatie onder ouderen (Crisp, 2005), geven de huidige resultaten aan dat er wel sprake is van een verminderde sociale participatie onder ouderen met obesitas. Of er al dan niet sprake is van stigmatisatie op lichaamsgewicht, de ouderen ervaren de mindere sociale participatie niet als eenzaamheid. Uit ons onderzoek blijkt ook dat ouderen met overgewicht meer meedoen aan sociale activiteiten dan ouderen met een normaal gewicht. Dit resultaat komt gedeeltelijk overeen met de resultaten van het onderzoek van Zettel-Watson (2008). Een regressieanalyse van BMI met de sociale participatie laat zien dat ouderen met een hogere BMI meer sociaal participeren. Het

verschil met onze resultaten, betreffende ouderen met obesitas, kan verklaard worden door het kleine aantal activiteiten dat is meegenomen in de analyse van Zettel- Watson.

Niet alleen in de geestelijke gezondheid werden nauwelijks verschillen gevonden tussen de ouderen met gezond gewicht en met (zwaar) overgewicht, ook op de meer sociale indicatoren 'eenzaamheid' en 'sociale participatie' werden geen significante verbanden met overgewicht gevonden. Deze bevinding is in tegenspraak met bevindingen uit onderzoeken onder jongeren en volwassenen (Fontaine, 2000; Sachs-Ericssons et al, 2007; Lauder et al, 2006; Horchner et al, 2002) waarin wel verbanden werden gevonden. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de psychische gesteldheid van ouderen niet wordt bepaald door hun fysieke voorkomen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre ouderen zichzelf als 'overgewichtige' beschouwen en welke factoren wel invloed hebben op de psychische gesteldheid.

4.2.2 *BMI afkappunt*

De gevonden resultaten geven een aanleiding voor de verschuiving van het afkappunt van BMI voor ouderen. Veel onderzoeksuitkomsten wijken sterk af bij een BMI van 30 en hoger en de resultaten van overgewicht en een normaal gewicht verschillen in veel gevallen gering van elkaar. De gebruikte methode om bewijzen voor een verschuiving van het afkappunt aan te dragen, namelijk aan de hand van de verschillende beperkingen en gevolgen, is, voor zover bekend, nog niet eerder gedaan. In de meeste onderzoeken betreffende BMI afkappunten voor ouderen is gebruik gemaakt van de indicator mortaliteitsrisico om nieuwe afkappunten aan te dragen (Beck & Ovesen, 1998; Chau, 2008). Hoewel de resultaten hiervan variëren is een overeenkomende conclusie veelal dat de 'optimale' BMI voor ouderen, voor een langer leven, hoger moet zijn dan nu is voorgesteld door de WHO. Een BMI van 23 voor vrouwen, en voor mannen een BMI van 24 (Cornoni-Huntley, Harris, & Everett, 1991). Beck en Ovesen (1998) gaan tevens mee in de conclusie dat de geschikte BMI range voor ouderen van 24 tot 29 reikt. In ons onderzoek wordt deze stelling bekrachtigd, de resultaten laten zien dat in de meeste gevallen de negatieve gevolgen van overgewicht pas aanwezig zijn bij ouderen bij een BMI van groter dan 30.

Bij het gevonden resultaat zijn echter ook kanttekeningen te plaatsen. Gallagher en anderen (1996) stellen dat BMI afhankelijk is van de leeftijd, maar er kunnen ook andere factoren meespelen in de bepaling van BMI. Afhankelijk van welke leeftijd iemand heeft, bij dezelfde BMI hoeft niet direct sprake te zijn van dezelfde hoeveelheid lichaamsvet. Bij ouderen komt er in de plaats van normale lichaamsmassa's vetmassa. Dit brengt echter geen verschil in het lichaamsgewicht, waardoor de BMI een verkeerde indicator kan zijn. Hoewel er in dit onderzoek geen mogelijkheid voor was, is het daarom ook van belang om bij onderzoek naar ouderen en lichaamsgewicht gebruik te maken van de buikomvang of vetpercentages (Visscher et al., 2001).

4.3 Aanbevelingen

De resultaten laten zien dat een preventieactiviteit voor ouderen met overgewicht urgent is. De prevalentie blijft stijgen en de gevolgen zijn groot, vooral voor ouderen met obesitas. In deze paragraaf worden de aanbevelingen gegeven voor het ontwikkelen van een effectieve preventie interventie voor ouderen met overgewicht.

Om ouderen met overgewicht te bereiken is het van belang om de interventie te richten op de lichamelijke problemen die verbeterd worden. Gerichtheid op het verbeteren van het fysieke voorkomen is minder belangrijk, aangezien overgewicht geen gevolgen heeft in de psychische gesteldheid van de ouderen. Het welzijn van ouderen met overgewicht wordt vooral bepaald door de fysieke gesteldheid. Daarnaast wordt met deze conclusies aangetoond dat niet alle problemen van ouderen met elkaar samenhangen. Dit wil zeggen dat een integrale aanpak van deze problemen niet altijd de juiste uitwerking zal hebben, aangezien sommige relaties niet aanwezig zijn.

Uit de resultaten blijkt dat de relaties van overgewicht met het welzijn van ouderen bij een BMI van 30 in veel gevallen het meest sterk afwijkt. Een specifieke aanpak van deze groep (BMI > 30) is wellicht nodig om rekening te houden met de gevolgen die men al ervaart door het overgewicht en om verergering van de gevolgen te voorkomen. Voor ouderen met een BMI van 25 of meer is echter ook aandacht nodig, aangezien zij ook lichamelijke problemen ervaren en om gewichtstoename tegen te gaan. Meer aandacht voor verschillende leeftijdscategorieën is echter ook nodig in de preventie van overgewicht bij ouderen. De meeste activiteiten die worden georganiseerd zijn gericht op 55 jarigen en ouder. In de preventie is meer aandacht nodig voor ouderen in de leeftijd van 75 jaar en ouder.

Er is weinig sprake van samenwerking en bekendheid van elkaars activiteiten bij SWO's en sportscholen en zwembaden. Toch organiseren sportscholen en zwembaden vaak bewegingsactiviteiten voor ouderen. Een mogelijkheid is om per gemeente kennismakingsmiddagen te organiseren zodat men elkaar leert kennen en weet wat de mogelijkheden en kansen zijn van een eventuele samenwerking. Wanneer er samenwerking mogelijk is tussen de verschillende organisatoren van de activiteiten, kunnen er activiteiten gecombineerd worden tot een preventie-interventie. GALM en SMALL zijn goed onderbouwde bewegingsactiviteiten, een combinatie met voedingsadviezen vanuit zorginstellingen of SWO's kan een effectieve methode zijn om een interventie te ontwikkelen.

Een snelle methode voor de aanpak van overgewicht bij ouderen is door gebruik te maken van een bestaande overgewichtpreventie interventie en deze aan te passen aan de doelgroep ouderen. Het project AlmeloMove (pag. 38) is een onderbouwde interventie voor volwassenen. Deze interventie kan worden aangepast voor toepassing bij ouderen. Dit is een relatief goedkope oplossing voor snelle ontwikkeling van een interventie. Implementatie kan plaatsvinden per gemeente. Er kan eerst gestart worden met een pilot- project, waarna een structurele inbedding kan plaatsvinden.

4.4 Tekortkomingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft bruikbare informatie opgeleverd over de impact van overgewicht bij ouderen en er zijn een aantal concrete aanbevelingen uit voort gekomen. Er zijn echter ook een aantal tekortkomingen aan dit onderzoek die genoemd moeten worden. Ook zullen suggesties voor vervolg onderzoek worden gegeven.

Er is in het onderzoek gebruik gemaakt van zelfrapportage betreffende de lengte en het gewicht van ouderen. Het is bekend dat deelnemers met overgewicht hun lengte overschatten en hun gewicht onderschatten (Kaplan, Huguet, Newson, McFarland, & Lindsay, 2003). Het aantal ouderen met overgewicht in Twente kan dus nog groter kan zijn, en de gevolgen kunnen mogelijk nog sterker

aanwezig zijn. Daarnaast is er, zoals eerder genoemd, in dit onderzoek alleen gebruik gemaakt van BMI als indicator voor overgewicht. Zolang er nog geen verschuiving van de gestandaardiseerde BMI afkappunten voor ouderen heeft plaatsgevonden moet er in toekomstig onderzoek onder ouderen gebruik gemaakt worden van zowel BMI als buikomvang en vetpercentage.

Voor verschillende indicatoren van welzijn is er niet kunnen onderzoeken of er sprake is van oorzaken of gevolgen. De vermindering van de sociale participatie van obese ouderen kan bijvoorbeeld ook veroorzaakt zijn door het feit dat men obesitas heeft. Daarnaast is er geen rekening mee gehouden of men al sinds jongere leeftijd overgewicht of obesitas had, of dat men op latere leeftijd overgewicht heeft gekregen, dit kan een eventuele invloed hebben op de verandering van sociale participatie en de stigmatisering (Dierk et al, 2006). In de verschillende onderzoeken naar sociale participatie is gebruik gemaakt van verschillende schalen voor de sociale participatie. Dit bemoeilijkt de vergelijking van de onderzoeken naar sociale participatie bij ouderen. Meer onderzoek naar de specifieke oorzaken en gevolgen van obesitas bij ouderen zijn nodig om te bepalen welke factoren beïnvloed kunnen worden om obesitas terug te dringen.

De bevinding betreffende de verschuiving van het afkappunt is alleen gebaseerd op het afkappunt 30. Het precieze afkappunt in de verschillende relaties is niet onderzocht. De relaties kunnen bijvoorbeeld ook het sterkst afwijken bij een BMI van 28. Meer onderzoek naar de afkappunten van BMI voor ouderen is nodig om te bepalen wanneer overgewicht bij ouderen echt aanwezig is. Niet alleen op het gebied van mortaliteit, maar ook op het gebied van het welzijn en de invloeden van overgewicht op het dagelijkse functioneren.

De resultaten van de inventarisatie zijn zeer afhankelijk van de functie en bekendheid met de doelgroep van de respondent. Niet alle interventies kunnen genoemd zijn of onvolledig uitgelegd. Daarnaast zijn alleen de interventies in Twente onderzocht. De mogelijkheid bestaat dat er in andere delen van Nederland wel goede (lokale) interventies zijn ontwikkeld voor ouderen met overgewicht. Ook zijn beleidsmatige interventies, zoals vermindering van cafetaria's in de regio, niet meegenomen in de inventarisatie. Meer onderzoek naar interventies is nodig om te ontdekken of er mogelijk al bestaande interventies aanwezig zijn die gebruikt kunnen worden in de bestrijding van overgewicht bij ouderen.

Er zijn geen effectiviteit metingen uitgevoerd naar de kwaliteit van de verschillende gevonden activiteiten. Het is niet duidelijk in hoeverre de bestaande activiteiten bijdragen aan het terugdringen van overgewicht. Meer onderzoek naar de bestaande bewegings- en voedingsactiviteiten en de effectiviteit hiervan is nodig voor het bepalen van eventuele combinaties van activiteiten. Hierbij moet ook gedacht worden aan wat bepaald dat ouderen een interventie aantrekkelijk vinden.

In de analyse van de relaties van overgewicht op het welzijn is geen splitsing gemaakt naar leeftijdscategorieën. Uit het inventarisatie onderzoek blijkt dat er weinig interventies aanwezig zijn voor ouderen in de leeftijd van 75 jaar en ouder. In deze leeftijdscategorie is echter wel overgewicht aanwezig. Meer onderzoek is nodig naar de verschillen tussen ouderen met overgewicht van 65 tot 75 en 75 jaar en ouder. Hiermee kan bepaald worden of er specifieke preventie interventies nodig zijn voor de verschillende leeftijdscategorieën.

Referenties

Bales, C., & Buhr, G. (2008). Is Obesity Bad for Older Persons? A Systematic Review of the Pros and Cons of Weight Reduction in Later Life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 302-312.

Beck, A. M., & Ovesen, L. (1998). At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17(5), 195.

Bemelmans, W. J. E., Hoogenveen, R. T., Visscher, T. L. S., Verschuren, W. M. M., & Schuit, A. J. (2004). *Toekomstige ontwikkelingen in overgewicht - Inschatting effecten op de volksgezondheid* Bilthoven: RIVM.

CBS. (2008). *Overgewicht en ernstig overgewicht in Nederland*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Chan, J. M., Rimm, E. B., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes-Care*, 17(9), 961-969.

Chau, D. (2008). Individualizing recommendations for weight management in the elderly. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 11(1), 27-31.

Cornoni-Huntley, J. C., Harris, T. B., & Everett, D. F. (1991). An overview of body weight of older persons, including the impact on mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(8), 743-753.

Crisp, A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorder Review*, 13, 147-152.

De Feijter, C. (2008). Overgewicht bij ouderen groeiend probleem. *Huisarts in praktijk, maart*, 38-39.

De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 119.

De Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1990). *Manual of the Loneliness Scale*

- Defay, R., Delcourt, C., Ranvier, M., Lacroux, A., & Papoz, L. (2001). Relationships between physical activity, obesity and diabetes mellitus in a French elderly population: the POLA study. *Pathologies Oculaires liées à l' Age. International journal of obesity*, 25(4), 512-518.
- Dierk, J. M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills and social support *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 219-227.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. K., & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF 36 questionnaire. *Obesity Research*, 8, 160-170.
- Drewnowski, A., & Schultz, J. M. (2001). Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 5(2), 75-79.
- Drewnowski, A., & Shultz, J. M. (2001). Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *The journal of nutrition, health & aging*, 5(2), 75-79.
- Field, A. E., Coakley, E. H., Must, A., Spadano, J. L., Laird, N., Dietz, W. H., et al. (2001). Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Archives of Internal Medicine*, 161(13), 1581-1586.
- Fontaine, K. R. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *The international journal of eating disorders*, 27(1), 101.
- Friedman, B. (2005). Validity of the SF-36 Five-Item Mental Health Index for Major Depression in Functionally Impaired, Community-Dwelling Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(11), 1978.
- Gallagher, D., Visser, M., Sepulveda, D., Pierson, R. N., Harris, T., & Heymsfield, S. B. (1996). How Useful Is Body Mass Index for Comparison of Body Fatness across Age, Sex, and Ethnic Groups? *American journal of epidemiology*, 143(3), 228.
- Gezondheidsraad. (2003). *Overgewicht en obesitas* (No. 2003/07). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad. (2005). *Vergrijzen met ambitie* (No. 2005/06). Den Haag: Gezondheidsraad.

Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ.com*, *319*(7208), 478-483.

Grabowski, D. C., & Ellis, J. E. (2001). High Body Mass Index Does Not Predict Mortality in Older People: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*(7), 968-979.

Graney, M. J. (1975). Happiness and social participation in aging. *Journal of Gerontology*, *30*(6), 701-706.

Harris, T. B., Launer, L. J., Madans, J., & Feldman, J. J. (1997). Cohort study of effect of being overweight and change in weight on risk of coronary heart disease in old age. *British Medical Journal*, *314*(7097), 1791-.

Haslam, D. W. (2005). Obesity. *Lancet, The*, *366*(9492), 1197.

Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K. R., Sirey, J. A., & Faith, M. S. (2005). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity*, *30*(3), 513-519.

Isken, L. D. (2005). *Wie behoort tot de doelgroep ouderen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op doelgroepen\ Ouderen*. Retrieved 15-03, 2009

Isken, L. D. (2008). *Wie doet wat? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op doelgroepen\ Ouderen*. Retrieved 15-03, 2009

Kaplan, M. S., Huguet, N., Newson, J. T., McFarland, B. H., & Lindsay, J. (2003). Prevalence and correlates of overweight and obesity among older adults: Findings from the Canadian National Population Health Survey. *Journal of Gerontology*, *11*, 1018-1030.

Katz, D. A., McHorney, C. A., & Atkinson, R. L. (2000). Impact of obesity on health related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of General Internal Medicine*, *15*, 789-796.

Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, health & medicine*, *11*(2), 233-245.

Li, Z. B., Ho, S. Y., Chan, W. M., Ho, K. S., Li, M. P., Leung, G. M., et al. (2004). Obesity and depressive symptoms in Chinese elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(1), 68.

Manini, T. M., Everhart, J. E., Patel, K. V., Schoeller, D. A., Colbert, L. H., Visser, M., et al. (2006). Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *JAMA*, 296(2), 171-179.

Narbro, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H., & Sjöström, L. (1996). Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *International journal of obesity*, 20(10), 895-903.

Ortega, R. M., Redondo, M. R., Zamora, M. J., Lopez-Sobaler, A. M., & Andres, P. (1995). Eating behavior and energy and nutrient intake in overweight/obese and normal-weight Spanish elderly. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 39(6), 371-378.

Phul, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.

Sachs-Ericsson, N., Burns, A., Gordon, K., Eckel, L., Wonderlich, S., Crosby, R., et al. (2007). Body Mass Index and Depressive Symptoms in Older Adults: The Moderating Roles of Race, Sex, and Socioeconomic Status. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 815-825.

Schuit, A. J. (2007). *Welke factoren beïnvloeden de effectiviteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie op persoonsgebonden kenmerken\ Lichaamsgewicht.* Retrieved 15-05, 2009

Sidney, K. H., Shephard, R. J., & Harrison, J. E. (1977). Endurance training and body composition of the elderly. *The American journal of clinical nutrition*, 30(3), 326-333.

Sjostrom, L. V. (1992). Mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 516S-523.

Van Sonsbeek, J. L. A. (1988). Methodological and substantial aspects of the OECD indicator of chronic functional limitations. *Maandbericht Gezondheid*, 88, 4-17.

Villareal, D. T., Apovian, C. M., Kushner, R. F., & Klein, S. (2005). Obesity in Older Adults: Technical Review and Position Statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Obesity Research & Clinical Practice*, 13, 1849 - 1863.

Visscher, T. L. S., & Schoemaker, C. (2008). *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht en ondergewicht? I*. Retrieved 23-09, 2008, from <<http://www.nationaalkompas.nl>>
Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht

Visscher, T. L. S., Seidell, J. C., Molarius, A., van der Kuip, D., Hofman, A., & Witteman, J. C. M. (2001). A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study. *International Journal of Obesity*, 25(11), 1730-1735.

Visser, G., & Schippers, A. (2005). *Het consultatiebureau voor ouderen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Visser, J., & Haitsma, O. (2006). *Gezond ouder worden in Enschede*. Enschede: GGD Regio Twente.

Visser, M., Launer, L. J., Deurenberg, P., & Deeg, D. J. (1997). Total and Sports Activity in Older Men and Women: Relation with Body Fat Distribution. *American Journal of Epidemiology*, 145(8), 752-761.

Vorst-Thijssen, T. M. L., Davidse, W., & Dokter, H. A. C. (1996). *Stand van zaken preventie en ouderen*. Zoetermeer: RVZ

VWS. (2003). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wallace, W. J., Sheslow, D., & Hassink, S. (1993). Obesity in Children: A Risk for Depression. *Prevention and Treatment of Childhood Obesity*, 699, 301-303.

WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.*: Technical Report Series.

Zettel-Watson, L. (2008). The Impact of Obesity on the Social Participation of Older Adults. *The Journal of general psychology*, 135(4), 409.

Bijlage I Inventarisatie overzicht

50+ les

De 50+ les wordt uitgevoerd door Body Gym in Enschede. Zij bieden een combinatie aan tussen aerobische en cardio oefeningen. Er wordt gestart met een rustige warming up in de aerobiczaal, waar de spieren worden losgemaakt. Daarna gaat men naar de fitnessstoestellen voor conditietraining. Vervolgens worden er in de aerobiczaal grondoefeningen gedaan waarna er een coolingdown plaatsvindt. Er wordt opgelet dat de ouderen zichzelf niet te veel belasten.

Uitvoerder: Body Gym Enschede.

55+ club

Dit wordt uitgevoerd bij een fitnessschool in Oldenzaal. Zij bieden groepsles op muziek aan, waarbij de ene keer met elastieken wordt gewerkt en de andere keer danspasjes worden geleerd. Het gaat vooral om de lagere intensiteit van de activiteiten, zodat ze geschikt zijn voor ouderen. Het aangepaste trainingsprogramma heeft als doelstelling conditiebehoud en het tegengaan van gewrichtsverstijving, maar daarnaast ook de gezelligheid.

Uitvoerder: Sport Plaza Oldenzaal.

60+ fitness

De 60+ fitness wordt uitgevoerd door USA Sports Rijssen. Hierbij worden verschillende oefeningen uitgevoerd waarbij rekening wordt gehouden met het tempo en niveau. Als men dit wenst kunnen er voedingsadviezen worden gegeven.

Uitvoerder: USA Sport Rijssen.

75+ huisbezoeken

Verschillende stichtingen Welzijn Ouderen bezoeken ouderen in de leeftijd ouder dan 75 jaar. Veelal wordt getracht om alle ouderen in een gebied te bezoeken. Onderwerpen die tijdens deze huisbezoeken aan bod komen zijn: wonen, zorg, welzijn, financiën en gezondheid. Het doel is vooral signalering, afstemming en het informeren over activiteiten en voorzieningen met als uiteindelijk doel het bevorderen van het zelfstandig wonen. Daarnaast ook de persoonlijke activering, om het eigen initiatief te bevorderen. Wanneer er overgewicht geconstateerd wordt zal er ook een doorverwijzing worden gegeven naar een diëtist of gezocht worden naar andere oplossingen. De huisbezoeken worden uitgevoerd door opgeleide vrijwilligers.

Uitvoerders: SWO Dinkelland, SWO Hengelo, SWO Tubbergen, SWO Wierden, SWO Losser.

Als botten en spieren protesteren

Deze cursus gaat over het omgaan met verouderingsverschijnselen zoals artrose (gewrichtslijtage), osteoporose (botontkalking) en rugklachten. De cursus biedt, in drie bijeenkomsten van 2 uur, informatie over hoe men klachten kan voorkomen of verminderen en geeft oefeningen om lenigheid, ontspanning

en coördinatievermogen te verbeteren. Aan de hand van een cursusboek met informatie en oefeningen worden 12 oefeningen aangeleerd. De cursus, gericht op 55 plussers, is een landelijk ontwikkeld product van het project MBvO van het NISB (Nationaal Instituut Sporten en Bewegen).

Uitvoerder: Gemeente Borne.

Aquafit 50+

Aquafit is een bewegingactiviteit georganiseerd in zwembaden. Deze watergymnastiek en bestaat uit mobiliserende- en vaardigheidsoefeningen in het water waar men nog kan staan. Het doel is om sociaal, recreatief, preventief en activerend bezig te zijn. Het water waarin men de activiteiten doet is verwarmd tot 31 graden. De bewegingsactiviteiten in het water geven mindere druk op de botten en spieren bij ouderen dan bij activiteiten op 'het droge'.

Uitvoerders: Zwembad de Stamper Vriezenveen, Zwembad de vijf Heuvels Markelo, Zwembad de Whee Goor.

Beweegprogramma op ziekte

Beweegprogramma's voor specifieke klachten of ziekten worden in zowel sportscholen als in een zwembad gegeven. Dit betreffen in twee sportscholen specifieke activiteiten voor diabetes patiënten. Hierbij wordt naast beweging ook gericht op de voeding. Deze activiteiten zijn onder leiding van een fysiotherapeut. In één van de twee sportscholen is er ook een diëtiste bij betrokken. In een zwembad wordt een beweegactiviteit georganiseerd specifiek voor patiënten met rugklachten.

Uitvoerders: Sportcentrum Vondersweijde Oldenzaal, Gezondheidscentrum Maardijk Almelo, Zwembad Brilmansdennen Losser.

Blij(f) bewegen 65+

Dit is een programma is, ontwikkeld door Welzijn Ouderen Borne in samenwerking met de gemeente Borne. Ouderen hebben de mogelijkheid om in 3 maanden met verschillende beweegactiviteiten mee te doen. Dit zijn beweegactiviteiten die specifiek voor ouderen zijn opgezet, zoals Nordic Walking, zwemmen, fitness of GALM. Doel van het programma is dat de ouderen vervolgens mee gaan draaien in de reguliere beweegactiviteiten die in Borne worden georganiseerd. Daarnaast is er ook een informatieochtend met een diëtist en een afsluiting met een fittest. De deelnemers moeten voor 3 maanden 30 euro betalen.

Uitvoerder: Gemeente Borne.

Circuittraining

Deze activiteit wordt uitgevoerd door een sportschool in Losser. Het houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende fitnessstoestellen en daarbij conditionele en grond oefeningen.

Uitvoerder: Fit Punt Losser.

Consultatiebureau

Verschillende instanties organiseren een consultatiebureau voor ouderen. De consulten worden afgenomen door professionele ouderenwerkers. Tijdens de consulten worden verschillende gezondheidsgerelateerde onderwerpen bevestigd. Zoals bijvoorbeeld de bloeddruk of cholesterol, maar ook psychisch welzijn. De consulten hebben een monitor functie maar er worden ook op basis van de gegevens adviezen of verwijzingen gegeven.

Uitvoerder: SWO Losser, Carint, Thuiszorg Noordwest Twente, gemeente Losser.

Fifty fit

Fifty fit is vergelijkbaar met aquafit en wordt ook in zwembaden gegeven. Tijdens de les worden verschillende bewegingen in het water gemaakt en is er bodemcontact. De oefeningen worden met en zonder materiaal aangeboden en zijn mobiliserende- ontspannende en vaardigheidsoefeningen. In één zwembad is het de opvolger van MBvO.

Uitvoerder: Zwembad Aquadrome Enschede, Zwembad Brilmansdennen Losser.

Fittest

Door de gemeente Losser wordt twee keer per jaar een fittest georganiseerd voor ouderen. Een knijpkrachttest, een zit- en reiktest en een schouderlenigheidstest zijn onderdelen die tijdens de fittest aan bod komen. Daarnaast worden ook bloeddruk, lenigheid en uithoudingsvermogen getest. Na deze test komt men met een persoonlijk advies voor bewegen. Men kan vervolgens mee doen met een bewegingsprogramma, deze is echter niet specifiek voor ouderen.

Uitvoerder: Gemeente Losser.

GALM (Groninger Actief Leven Model)

GALM is een sportstimulerings strategie voor ouderen. GALM richt zich op de sportief niet actieve ouderen in de leeftijd van 55-65 jaar. Het doel van GALM is gedragsverandering, een geheel project duurt dan ook anderhalf jaar. In het proces worden 7 fasen doorlopen. In de eerste fase worden de ouderen benaderd, dit gaat via de populatiestrategie (nieuwe mensen aanspreken) en de netwerkstrategie (reeds opgegeven personen vragen mensen uit de omgeving). In de tweede fase doen de ouderen mee aan een fittest (Groninger Fitheidstest voor Ouderen). Doel hiervan is het geven van inzicht in de motorische fitheid van de deelnemers, als informatiebron voor het geven van bewegingsadviezen en een middel om deelnemers te motiveren. De fase hierop volgend betreft de bewegingsactiviteiten, men doet mee aan 12 wekelijkse lessen van een uur. Na elke les kan koffie worden gedronken. Vervolgens volgt na deze 12 weken een evaluatie, en wordt vervolg aangeboden. Dit vervolg betreft fase 5 en is een periode van 30 weken (sportseizoen), waarin verschillende sportactiviteiten worden aangeboden. In fase 6 wordt weer een fittest uitgevoerd om de resultaten te kunnen zien. Vervolgens is het de bedoeling dat in fase 7 de GALM groepen gecontinueerd blijven.

De groepen die nu nog aanwezig zijn, betreffende de continueringsgroepen uit fase 7.

Uitvoerder: SWO Hengelo, gemeente Losser.

Gym in het water

Gym in het water wordt uitgevoerd in een zwembad in Vriezenveen. Het is een bewegingsuurtje voor ouderen en wordt drie keer in de week gegeven. Er worden verschillende oefeningen in het water gedaan. De doelgroep is 55 plus.

Uitvoerder: zwembad de Stamper Vriezenveen.

Gymnastiekgroepen

Thuiszorg Noordwest Twente richten preventief gericht gymnastiekgroepjes op. Dit is voor mensen binnen de zorg van de instelling (intramuraal) maar ook zelfstandig wonende ouderen (extramuraal). Het is vooral gericht om de contacten te verstevigen in de buurt. Thuiszorg Noordwest Twente gebruikt deze momenten ook om problemen te signaleren en om zelfstandigheid te bevorderen. Bij deze activiteiten wordt soms ook een fysiotherapeut ingehuurd.

Uitvoerder: Thuiszorg Noordwest Twente.

Hart in Beweging

Hart in beweging is een nationaal ontwikkeld bewegingsprogramma voor mensen met een hartaandoening of die dit hebben gehad. Dit wordt in Twente twee keer per week uitgevoerd in een zwembad in Oldenzaal. De bewegingsactiviteiten zijn niet heel afwijkend van de andere bewegingsactiviteiten voor ouderen. Kenmerkend voor deze interventie is echter dat de lessen worden gegeven door "Hart in Beweging" opgeleide begeleiders, die er op toezien dat er niet te veel, maar ook niet te weinig wordt bewogen.

Uitvoerder: zwembad de Wilder Oldenzaal.

Informatiebijeenkomst voeding

Regelmatig (veelal niet structureel) worden er informatie- of voorlichtingsbijeenkomsten voor ouderen georganiseerd. Dit gaat vaak over verschillende onderwerpen of problemen. Tijdens voorlichtingsbijeenkomsten over voeding wordt informatie gegeven over het gebruik van de juiste voeding en de invloed van voeding op de gezondheid. De voorlichting wordt meestal door diëtistes gegeven.

Uitvoerders: SWO Oldenzaal, Carint, SWO Tubbergen, SWO Dinkelland.

MBVO (Meer Bewegen Voor Ouderen)

Deze wekelijkse bewegingsactiviteiten voor ouderen lopen uiteen van koersbal tot Nordic Walking. De leeftijdsgroep varieert per organiserende instantie van 55+ tot 65+. Veelal worden de lessen gegeven door getrainde instructeurs of fysiotherapeuten. De lessen vinden vaak plaats in buurthuizen en plaatselijke gymzalen. Ze worden in veel gevallen aangeboden door welzijnsorganisaties.

Uitvoerders: SWO Almelo, SWO Dinkelland, SWO Hellendoorn, SWO Hengelo, SWO Hof van Twente, SWO Oldenzaal, SWO Rijssen- Holten, SWO Tubbergen, SWO Wierden, Zorggroep st. Maarten, zwembad de Kolk Wierden, zwembad de vijf Heuvels Markelo, zwembad de Vlaskoel Tubbergen, zwembad de Wilder Oldenzaal, zwembad 't Wooldrik Borne, zwembad Vondersweijde Oldenzaal, gemeente Wierden.

Ouderenadviseurs

Ouderenadviseurs werken op oproep basis. Wanneer ouderen een probleem hebben waar ze hulp of advies bij nodig hebben, kunnen ouderenadviseurs ingeschakeld worden. De ouderenadviseurs begeleiden de ouderen tot er een oplossing gevonden is. Dit houdt ook in dat er doorverwezen wordt naar bijvoorbeeld professionele hulp.

Uitvoerders: SWO Almelo, SWO Hellendoorn.

Ouderspreekuur lage SES

De Thuiszorg Noordwest Twente organiseert het preventief ouderen spreek uur voor 60-plussers. Dit is specifiek voor ouderen met een lage sociaal economische status (SES), waar ook veel allochtonen onder vallen. Tijdens deze spreekuren komen verschillende onderdelen aan bod: de lichamelijke, psychische en omgevingsfactoren van ouderen. Ouderen worden hier geadviseerd of ze krijgen een doorverwijzing. Dit is afhankelijk van de klacht of de inschatting van de verpleegkundigen.

Uitvoerder: Thuiszorg Noordwest Twente.

Rust Roest

Rust Roest is een afgeleide van GALM en is door de gemeente Twenterand uitgezet. Het zijn verschillende bewegingsactiviteiten (gym, Nordic Walking, koersbal) voor ouderen in de leeftijd van 55 jaar en ouder. De Stichting Welzijn Ouderen in Twenterand voert de verschillende activiteiten uit.

Uitvoerder: gemeente Twenterand.

Senioren Fitness

Dit is fitness voor ouderen wat gegeven wordt in een fitnesscentrum in Enschede. In dit programma hebben de ouderen een gezamenlijke warming-up. Hierna is er een circuittraining, waarbij men langs verschillende fitnessapparaten gaat.

Uitvoerder: Gezondheidscentrum Maardijk Almelo.

SMALL (Stimulerings Model voor een Actief Leven door middel van Leefstijlactiviteiten)

SMALL is een vergelijkbaar project als GALM maar is meer gericht op kleine kernen aangezien deze vaak ontoereikende financiële middelen, docenten en sportfaciliteiten hebben. In de gemeente Rijssen- Holten is dit 2 keer als pilot project uitgevoerd, op dit moment wordt het gefinancierd door de gemeente. Door middel van een planmatige aanpak worden senioren in de eerste fase met een eenvoudige fittest gescreend en getest en krijgen zij een 8 weken durend leefstijl actief introductieprogramma met 4 groepsactiviteiten en exercise counseling m.b.v. een stappenteller en 3 gesprekken aangeboden. Aan het eind van deze fase wordt bekeken of de activiteiten gecontinueerd worden door aan te haken bij bestaande groepen, dan wel dat de deelnemers zichzelf leren organiseren. In de tweede fase worden de deelnemers in het leefstijl actief vervolgprogramma gedurende +/- 8 maanden verder begeleid bij het uitbreiden en vasthouden van hun actieve leefstijl. In de derde fase, de gedragsbehoudfase, wordt deelnemers geleerd hoe zij op de lange termijn hun actieve leefstijl kunnen behouden; door groeps gesprekken en huiswerk opdrachten wordt de deelnemers inzichten en oplossingen geboden t.a.v.

gedragsmatige factoren die het bewegen in de weg staan. Doel van de interventie is dan ook niet alleen bewegingsstimulering, maar ook leefstijlverandering.

Uitvoerder: gemeente Rijssen- Holten.

Bijlage II

Functies van respondenten

Gemeenten:

- Beleidsmedewerkers openbare volksgezondheid: 7
- beleidsmedewerkers Sport en Bewegen: 1
- Beleidsmedewerker Ouderen: 2 (Losser, Rijssen-Holten)
- Beleidsmedewerker Welzijn: 1

Meerdere beleidsterreinen is ook mogelijk, bijvoorbeeld OGZ en ouderen.

Stichting welzijn Ouderen:

- Medewerker advisering en informatie: 1
- Directeur: 2
- Administratief medewerker: 4
- Projectleider activiteiten voor senioren: 2
- Teamleider: 1
- Ouderen adviseur: 1
- Diëtist: 1

Zorginstellingen:

- Diëtiste: 1
- Beleidsmedewerker: 2
- Teammanager: 1

Sportscholen:

- Sportinstructeur/ allround medewerker: 5
- Fysiotherapeut: 1
- Directeur: 2

Zwembaden:

- Receptionist: 4
- Manager: 1
- Zweminstructeur/ allround: 4
- Directeur: 2

Bijlage III

Vragenlijst inventarisatie

ORGANISATIE:

1. Wat is uw naam?

2. Wat is uw functie?

3. Worden er in uw organisatie/gemeente interventies toegepast gericht op het terugdringen of voorkomen van overgewicht bij ouderen? (ook voeding- en beweginginterventies)

- Ja
- Nee → Mag ik dan een paar vragen over uw bekendheid betreffende activiteiten voor ouderen met overgewicht? → door naar vraag 12

4. Wat is de naam van de/het project(en)?

5. Kunt u de interventie(s)/project(en) kort omschrijven? (ook werving, werkwijze)

6. Wat is het doel van de interventie(s) / project(en)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Overgewicht tegengaan | <input type="checkbox"/> Verbeteren van kwaliteit van leven |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlies | <input type="checkbox"/> Gezonde leefstijl bevorderen |
| <input type="checkbox"/> Recreatief | <input type="checkbox"/> Voorkomen hart- en vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> Verbeteren van contact | <input type="checkbox"/> Voorkomen diabetes |
| <input type="checkbox"/> Valpreventie | <input type="checkbox"/> Anders namelijk |

7. Op welke doelgroep(en) is/zijn de interventie(s) / project(en) gericht?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ouderen met overgewicht | <input type="checkbox"/> Oudere allochtonen |
| <input type="checkbox"/> Leeftijd | |
| <input type="checkbox"/> 50+ | |
| <input type="checkbox"/> 55+ | Risicogroepen namelijk... |
| <input type="checkbox"/> 65+ | <input type="checkbox"/> Ouderen met Artrose |
| <input type="checkbox"/> Senioren | <input type="checkbox"/> Ouderen met diabetes |

- Ouderen met hart- en vaatziekten
- Anders namelijk

8. Hoeveel ouderen worden jaarlijks met de interventie(s) / project(en) bereikt?

_____ ouderen

9. Is/ zijn de interventie(s) / project(en) structureel of eenmalig?

- Structureel
- Eenmalig

10. Wordt er bij de uitvoering samengewerkt met meerdere partijen/ instanties?

- Nee
- Ja, namelijk met

11. Is er informatie of schriftelijk materiaal of eventueel een evaluatieverslag beschikbaar over interventie(s) / project(en)?

- Nee
- Ja → Kunt u dit opsturen via mail of post?

12. Kent u wellicht nog andere instanties of personen in Twente die zich richten op ouderen met overgewicht?

- Nee
- Ja, namelijk

Nu volgen nog twee algemene vragen over ouderen, gezondheid en preventie

13. Bent u bekend met de volgende interventies voor ouderen?

	Bekent?	
	Ja	Nee
GALM		
In Balans		
Meer bewegen voor ouderen		
Fysiofit		
Halt u valt		
Bewegen valt goed		
Preventieve huisbezoeken		
Consultatiebureau voor ouderen		
Senioren voorlichting door vrijwilligers		
Cursusaanbod vanuit thuiszorg gericht op ouderen		
Cursusaanbod vanuit welzijnswerkouderen		
Cursusaanbod vanuit sportscholen of fitnesscentra		

14. Welke thema's hebben binnen uw organisatie prioriteit wanneer het om ouderen, gezondheid en preventie gaat?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eenzaamheid | <input type="checkbox"/> Huiselijk geweld |
| <input type="checkbox"/> Medicijngebruik | <input type="checkbox"/> Alarmering |
| <input type="checkbox"/> Bewegingsstimulering | <input type="checkbox"/> Administratieve ondersteuning |
| <input type="checkbox"/> Recreatieve activiteiten | <input type="checkbox"/> Veiligheid |
| <input type="checkbox"/> Mantelzorg | <input type="checkbox"/> Gezonde voeding |
| <input type="checkbox"/> Educatieve activiteiten | <input type="checkbox"/> Dementie |
| <input type="checkbox"/> Valpreventie | <input type="checkbox"/> Geheugenproblematiek |
| <input type="checkbox"/> Sociale activering | <input type="checkbox"/> Vervoer |
| <input type="checkbox"/> Stimuleren van vrijwilligerswerk | <input type="checkbox"/> Anders namelijk |

Bijlage IV Telefoonscript

Telefoonscript voor de inventarisatie van overgewicht interventies voor ouderen

Wanneer er direct sprake is van de goede persoon, kan begonnen worden met deel 2 van het script, anders wordt begonnen met deel 1, waarbij de goede persoon wordt gezocht.

Deel 1

Goede morgen/middag,

U spreekt met Elsbeth Haarsma van de GGD regio Twente. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek van de master Communicatie Wetenschappen aan de Universiteit Twente, met een richting public health. Na eerst een statistische analyse te hebben uitgevoerd over de bepalende factoren van overgewicht bij ouderen, ben ik nu bezig met een inventarisatie van activiteiten voor ouderen met overgewicht in Twente.

Graag zou ik willen weten bij wie ik binnen uw gemeente/instelling terecht kan met vragen over het beleid rondom overgewicht bij ouderen/ interventies of projecten gericht op ouderen met overgewicht. Of wellicht interventies of projecten gericht op ouderen betreffende voeding of beweging?

- Naam, telefoonnummer, bereikbaarheidstijdstippen noteren

- Kan ik met deze persoon doorverbonden worden?

Deel 2

Goede morgen/middag,

U spreekt met Elsbeth Haarsma van de GGD regio Twente. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek van de master Communicatie Wetenschappen aan de Universiteit Twente, met een richting public health. Na eerst een statistische analyse te hebben uitgevoerd over de bepalende factoren van overgewicht bij ouderen, ben ik nu bezig met een inventarisatie van activiteiten voor ouderen met overgewicht in Twente.

Graag zou ik willen weten wat er zoal gebeurt in de aanpak voor ouderen met overgewicht. Mijn vraag is of er binnen uw gemeente/ instelling sprake is van interventies of projecten die gericht zijn op ouderen met overgewicht, of ter bevordering van gezond eten of beweging? Ja/Nee – Zou ik daar misschien een aantal vragen over mogen stellen? Het duurt ongeveer 15 minuten.

Vragenlijst afnemen en anders nieuwe afspraak maken of vragenlijst mailen.

Geachte,

Naar aanleiding van ons telefoongesprek stuur ik u, zoals afgesproken, enkele vragen over de interventies of projecten gericht op ouderen met overgewicht.

Ik ben bezig met een inventarisatieonderzoek naar de aanpak van overgewicht bij ouderen in Twente. Dit gebeurt op verzoek van Regio Twente, en is voor mijn afstuderen voor de master Communicatie Wetenschappen met de richting Public Health op de Universiteit Twente.

Het eerste deel van mijn onderzoek betrof een statistische analyse van data van het ouderen onderzoek uitgevoerd door de GGD Regio Twente. Hiermee zijn de factoren voor het krijgen van overgewicht bij ouderen in kaart gebracht. Doel van het tweede deel van mijn onderzoek is het in kaart brengen van interventies of projecten gericht op het terugdringen of voorkomen van overgewicht bij ouderen. Dit kan zowel specifiek gericht op overgewicht zijn, maar ook interventies of projecten gericht op gezonde voeding of beweging worden meegenomen.

Voor dit laatste deel zou ik daarom graag antwoord van u willen ontvangen op de vragen die zijn bijgesloten in de bijlage.

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Met vriendelijke groet,

Elsbeth Haarsma
Vogelweide 30
3815 HB Amersfoort

Namens:

- Universiteit Twente
- GGD Regio Twente