

# Notitie 'Allochtonen in de BeweegKuur'<sup>1</sup>

## A. INLEIDING

Aanleiding voor dit paper zijn de veelvuldige signalen uit het veld dat het moeilijker is om allochtonen van niet-westerse afkomst in te laten stromen in de BeweegKuur, hen vast te houden in het traject en met succes te laten doorstromen naar passend aanbod.

Lastig punt daarbij is dat de beschikbare onderzoeksresultaten betreffende de BeweegKuur qua representativiteit weinig houvast bieden waar het gaat om niet westerse allochtonen. Juist in de kwantitatief georiënteerde studies wordt aangegeven dat de aantallen allochtone respondenten onvoldoende zijn om enigszins betrouwbare uitspraken te kunnen doen (11, p37, p54) (12, p11). Soms ontbreken uitspraken over allochtonen om redenen van ondervertegenwoordiging in de onderzoekspopulatie (13). In één studie zijn de aantallen respondenten wel ruim voldoende, maar betreft het een deelpopulatie: oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen (10, p3-4).

In de meer kwalitatief georiënteerde evaluaties en rapportages wordt echter melding gemaakt van tal van verschillen qua in- en doorstroom tussen autochtonen en allochtonen, en zijn ook meerdere aanwijzingen te vinden over nut en noodzaak van andere werkwijzen m.b.t. allochtonen.

Om bovengenoemde redenen is daarom binnen NISB besloten om nader te kijken naar de ervaringen die tot dusverre binnen de BeweegKuur zijn opgedaan en de gesystematiseerde weerslag daarvan in de vorm van een discussiepaper voor te leggen aan een beperkt aantal experts.

Preciezer geformuleerd was het doel van het discussiepaper om -door middel van bespreking met bovengenoemde experts- antwoord te zoeken op de volgende vragen:

- Geeft de verderop (onder B) gepresenteerde opsomming uit de literatuur een correct en min of meer compleet beeld?
- Op welke punten zijn aanpassingen mogelijk bij het opzetten van een zestal experimenten in het land.

Op 27 september 2011 is voornoemde expertmeeting gehouden. Ook de uitkomsten van die bijeenkomst zijn verwerkt in deze notitie (de *cursief* weergegeven gedeelten van de tekst).

Ook wordt in deze notitie getracht een aanzet te geven tot nader onderzoek op enkele punten. Het gaat daarbij om twee type vragen:

- causale vragen zoals: wat zijn de oorzaken dat allochtonen op bepaalde onderdelen van de BeweegKuur andere reactiepatronen laten zien dan autochtonen;
- (eventueel ook) basale vragen zoals: welk deel van de allochtonen stroomt niet in de BeweegKuur in, terwijl zij in principe wel in aanmerking zouden komen.

De basis van deze notitie –dus vóóordat die werd voorgelegd aan de experts- bestaat uit een vijftiental schriftelijke bronnen. Op drie uitzonderingen na zijn dat bronnen die direct te maken hebben met de BeweegKuur, dan wel met door NISB uitgevoerde interventies en campagnes die qua opzet of aanpak raakvlakken hebben met de BeweegKuur.

De met een cijfer (plus pagina-aanduiding) aangehaalde bronnen zijn te vinden in de bijlage.

---

<sup>1</sup> Met allochtonen wordt in dit paper bedoeld op de volgende niet-westerse allochtonen in Nederland: Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen.

Uit genoemde bronnen zijn alleen die gegevens opgenomen, die betrekking hadden op aspecten en factoren welke onderscheidend genoemd kunnen worden. Met andere woorden: die aspecten en factoren welke voor allochtonen van invloed zijn op succes of falen van de BeweegKuur, en in gelijke mate óók voor autochtonen (zouden kunnen) gelden, zijn -op een enkele uitzondering na- hier niet genoemd.

Tevens komen specifiek medische aspecten hier niet aan de orde.

## **B. GEGEVENS UIT DE BRONNEN**

In deze notitie is een indeling gemaakt in twee categorieën van aspecten die een (mogelijke) rol spelen bij de instroom en doorstroom van allochtone deelnemers aan de BeweegKuur: in de eerste plaats zijn dat 'algemene' aspecten, c.q. de 'aanbodzijde' ; in de tweede plaats 'specifiek allochtone' aspecten, c.q. de 'vraagzijde'.

Met betrekking tot de 'algemene' aspecten c.q. de 'vraagzijde': Hoewel duidelijk is dat deze aspecten óók gelden voor autochtone deelnemers, zijn er aanwijzingen dat een deel van deze aspecten in versterkte mate kan gelden voor allochtonen, dan wel op een andere wijze invloed kan uitoefenen in het geval van allochtonen.

### **B 1 Algemene aspecten; de 'aanbodzijde'**

Op meerdere plaatsen wordt 'gebrek aan motivatie' genoemd als een zeer belangrijke oorzaak voor het niet instromen in, c.q. niet succesvol doorlopen van de BeweegKuur. Daarbij wordt aangetekend dat enige kennis over, en inzicht in een gezonde leefstijl een belangrijke noodzakelijke voorwaarde is voor de ontwikkeling van die motivatie.

In 2005 is een onderzoek uitgevoerd waarin aan de deelnemers vragen zijn gesteld over dit aspect motivatie. (5, p25 e.v.)<sup>2</sup>

Een van de uitkomsten was dat de motivatie van de deelnemers positief wordt beïnvloed, indien bij het aanbod rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de deelnemers. De belangrijkste voorkeuren zijn:

1. tweederde deel van de respondenten vindt het prettig om samen [in een groep] te bewegen;
2. ruim de helft vindt het prettig om samen met anderen over voeding te praten;
3. tweederde deel vindt het belangrijk om in de eigen buurt te kunnen bewegen (NB: idem 10, p34);
4. viervijfde deel vindt het belangrijk om zelf te kunnen meebeslissen over de beweegprogramma's;
5. negen-tiende deel vindt het belangrijk dat huisarts heeft doorverwezen naar beweegprogramma's;
6. krap de helft wil –na afloop van de BeweegKuur- blijven bewegen in een groep;
7. circa de helft wil –na afloop van de BeweegKuur- bewegen met mensen van dezelfde leeftijd / hetzelfde gezondheidsniveau;
8. circa de helft wil –na afloop van de BeweegKuur- geholpen worden bij het zoeken naar beweegmogelijkheden; bovendien wil men graag een beweegleider die geschoold is in het werken met mensen zoals zichzelf.

Zoals we verderop zullen zien, zijn meerdere van deze aspecten zéker ook voor allochtonen van belang. Dat geldt vrijwel zeker voor de punten: 1, 3, 5, 6, 7, 8.

---

<sup>2</sup> NB: de uitkomsten moeten met enige voorzichtigheid gehanteerd worden. Het betrof slechts 35 respondenten, waarvan drie allochtoon. De uitkomsten worden echter niet weersproken in de andere bronnen.

Een tweede oorzaak die wordt genoemd is het niet aansluiten van het aanbod bij de kenmerken en bij de voorwaarden van de doelgroep. (o.a.: 2, p49 ; p66)

In de eerste plaats richten we hier de aandacht op de rol van de hulpverlening. We doen dit omdat de bronnen aanleiding geven voor de veronderstelling dat de wijze van hulpverlening grote invloed heeft. De juiste aanpak en opstelling van hulpverleners –Leefstijladviseur (LSA), Praktijkondersteuner huisarts (POH), fysiotherapeut, sport- en beweegleider, en niet in de laatste plaats de huisarts- zijn voor alle deelnemers van groot belang voor het succesvol instromen en doorlopen van de BeweegKuur. De motivatie van de deelnemers is hierbij het cruciale punt. (5, p3; p9)

Voor het overgrote deel (90%) van de deelnemers aan de BeweegKuur geldt dat men tevreden is over hoe de huisarts zijn rol vervult; bovendien voelt men zich bij de huisarts op zijn gemak. Een bijna net zo groot aantal (80%) geeft aan dat doorverwijzing door de huisarts hen zeer motiveert om hun leefstijl aan te passen. (5, p28)

Aard en inrichting van de hulpverlening, en met name de rol van de huisarts, lijken voor allochtonen van nog grotere invloed dan voor autochtonen. Artsen hebben autoriteit bij de doelgroep; naar hen wordt geluisterd, hun advies wordt opgevolgd. In minder sterke mate geldt dit ook voor de fysiotherapeut. (6, p28)

In het licht van het bovenstaande is het daarom opmerkelijk dat de BeweegKuur juist bij huisartsen kennelijk een lagere prioriteit geniet. Dit valt o.a. af te leiden uit de lage respons van de huisartsen op een onder hen gehouden enquête (medio 2009) in het kader van een evaluatie van het functioneren van de BeweegKuur. Die respons bedroeg 17%. Daarnaast valt -uit de inhoudelijke beantwoording door de huisartsen die wel meededen aan de enquête- op te maken dat op het moment van het onderzoek de support voor de BeweegKuur onder de beroepsgroep slechts voorwaardelijk was. (1, p21 e.v.)

Een aspect waarvan onduidelijk is of het zwaarder weegt voor autochtonen of allochtonen is de eigen bijdrage van €15,- voor de fysiotherapeut. Deze blijkt vooral een probleem te vormen voor deelnemers uit de categorie 'Lage SES' [Lage Sociaal Economische Status] (5, p3). We kunnen op grond hiervan het vermoeden uitspreken dat dit in sterke mate geldt voor een aanzienlijk deel van de allochtonen.

### B 1.1. Oplossingsrichtingen

In de bronnen zijn nog enkele suggesties en handvatten voor oplossingen te vinden. Deze suggesties zijn o.a. gericht op het vergroten van de motivatie van de deelnemers en het faciliteren van de huisartsen, LSA en fysiotherapeut.

*Het aanbod moet vooral gerealiseerd worden in de wijk waar de deelnemers wonen, in samenspraak met die wijkbewoners, met aandacht voor de sociale en culturele kenmerken van die wijk, in samenwerking met sport- en beweegaanbieders in die wijk, en gebruikmakend van de sport- en beweegpatronen die in die sociaal-culturele omgeving al een sterke plaats hebben (worstelen; voetbal; cricket; tuinieren; etc.) Indien met het aanbod wordt ingespeeld op de bestaande leefstijl van de deelnemers, dan is de kans op deelname en doorstroom groter. (15) [S&B-begeleiders]*

*De huisarts heeft te weinig tijd om zelf de patiënt te blijven monitoren in de BeweegKuur. De uitvoering wordt gedaan door de LSA/ POH. Daarmee komt de huisarts verder af te staan van de praktijk en raakt de regie kwijt. Tevens geniet de POH/LSA minder aanzien bij de patiënt dan de arts, en heeft daarmee minder invloed op het gedrag van die patiënt. Bij BoR is de huisarts nauwer en persoonlijker betrokken en kan daardoor meer de regie blijven voeren. Dat heeft een positief effect op het 'vasthouden' van de patiënt in het traject.*

*(15)[Huisarts]*

*Enigszins gerelateerd hieraan is de suggestie in een andere bron: om de BeweegKuur als 'pop-up' laten verschijnen op het beeldscherm van de huisarts, ter attentie bij de desbetreffende patiënt (5, p10).*

*De lijnen tussen huisarts, LSA en fysiotherapeut zijn te lang. Met name de communicatie tussen huisarts en LSA moet directer, sneller en intensiever. (15)[Huisarts]*

*Om de kosten van de interventie binnen de perken te houden zou gedacht kunnen worden aan het niet structureel inzetten van de fysiotherapeut in beweegprogramma's. De suggestie is om de fysiotherapeut incidenteel in te zetten: als adviseur en ondersteuner van ('goedkopere') sport- en beweegleiders. (15)[Fysio]*

*Het verwijzingsproces en het aanbod moeten uit de 'zorg'-sfeer worden getrokken; het zou beter zijn om de taken van de LSA te beleggen bij de beweeg-/sportbegeleider. Het proces loopt dan over minder schijven; de klanten zien dan minder verschillende gezichten, hebben met één persoon te maken. Kan dat niet, dan zouden op zijn minst de communicatie en samenwerking tussen verwijzers, LSA en beweegaanbieders directer moeten. (15) [LSA][S&B-begeleider]*

*Er is een groot aantal mogelijke programma's waarheen de huisarts mensen kan doorsturen. Dit is een voordeel wanneer de huisarts nauw betrokken blijft bij de uitvoering van het programma en daarmee bij de voortgang van de patiënt. Hij kan meer maatwerk voorschrijven, monitoren of de patiënt de gewenste vorderingen maakt. Past de programmering niet op de betreffende patiënt, dan kan de arts daarin aanpassingen maken, c.q. een ander programma voorschrijven.*

*Delegeren van de uitvoering van het programma naar de LSA heeft als nadelen:*

- *De LSA heeft te weinig mogelijkheden om aanpassingen te doen in de aanpak; de methode is te veel dichtgetimmerd ("leefstijlverandering is niet af te dwingen door 6 gesprekken")*
  - *De LSA heeft te weinig competenties (zoals: te weinig kennis van de doelgroep)*
- (15) [Huisarts]*

*Het idee in de BeweegKuur dat de doorstroom naar regulier aanbod een vereiste is, werkt belemmerend. In een interventie zoals BoR wordt doorgestroomd naar 'eigen' aanbod met slechts een beperkte keuzemogelijkheid: óf aquarobics, óf fitness. Dat verkleint de kans op uitval.*

*NB: Vaak is doorstroom naar regulier aanbod ook niet goed mogelijk, omdat er geen dekkend netwerk is richting het regulier aanbod. (15) [LSA]*

*Een al te strakke en te veel dichtgetimmerde fasering voor doorstroming van de deelnemers werkt soms contraproductief. Sommige mensen hebben aan een paar keer fysiotherapie genoeg om door te stromen, anderen hebben aan 12 keer nog niet genoeg. (15) [Deelnemers]*

*Veel huisartsen hebben –net als POH/LSA- onvoldoende 'interculturele competenties'. Dat heeft gevolgen voor een effectieve wijze van informatieoverdracht aan, en motivering van de allochtone patiënt. Bijscholing dan wel deskundige praktijkassistentie (VETC-ers;*

*allochtone/deskundige zorgconsulenten) zou op dit aspect veel kunnen helpen. (15)  
[Huisarts]*

*Sommige huisartsen zijn nog niet erg gericht op preventie; de meeste huisartsen zijn terughoudend wanneer ze niet overtuigd zijn van de effectiviteit van een interventie. Inzichtelijk maken van de resultaten van BeweegKuur, die resultaten op een beknopte en heldere manier terugkoppelen naar artsen zal de motivatie onder hen om daadwerkelijk met de BeweegKuur aan de slag te gaan, doen toenemen. (15) [Huisarts]*

Op meerdere plaatsen wordt in de bronnen vastgesteld dat het van belang is om voeding en bewegen niet als afzonderlijke 'aanvliegroutes' aan te bieden. In de presentatie aan de deelnemers is juist het laten zien van de samenhang tussen deze twee elementen wezenlijk. (1; 2; 3)

*Landelijke en gemeentelijke overheden, Zorgverzekeraars, GGD, ROS, etc. hebben deels andere belangen. Daardoor worden GLI's<sup>3</sup> zoals BeweegKuur soms maar ten dele als een gemeenschappelijk probleem gezien, met als gevolg dat het moeite kost om een gemeenschappelijke agenda te bepalen. Er moet gestreefd blijven worden naar concrete samenwerkingspunten bij het creëren van passend aanbod. (15) [Algemeen]*

## B 1.2. Onderzoek

De volgende aspecten zouden -bijvoorbeeld d.m.v. experimenten- nader onderzocht kunnen worden:

- Het hebben van werk evenals het hebben van kleine kinderen kan belemmerend werken bij deelname. (5, p7) Onderzocht zou kunnen worden in hoeverre hier verschillen bestaan tussen allochtonen en autochtonen.
- Na uitstroom blijven veel deelnemers -tegen betaling- bewegen bij de fysiotherapeut waar ze gestart zijn. Dit heeft te maken met het gevoel van 'veiligheid'; men kent de setting. (5, p22) Onderzocht zou kunnen worden in hoeverre hier verschillen bestaan tussen allochtonen en autochtonen.

---

<sup>3</sup> Gecombineerde Leefstijl Interventies

## **B 2 Specifiek allochtone aspecten; de 'vraagzijde'**

Het is niet aan te nemen dat er voor allochtonen minder aanleiding is om mee te doen aan een traject als de BeweegKuur dan voor autochtonen. Veel oudere allochtonen tobben met hun lichaam; zij vinden het vervelend dat ze zoveel medicijnen moeten gebruiken. (6, p20)

In de bronnen zijn enkele redenen te vinden waardoor de **in- en doorstroom** van allochtonen minder zou kunnen zijn.

- De actieve werving van deelnemers voor de BeweegKuur via o.a. de media kan geleid hebben tot een verhoudingsgewijs lage deelname van allochtonen. Zoals we verderop zullen zien spreken dergelijke campagnes autochtonen meer aan; dat kan geleid hebben tot een relatief hoge vertegenwoordiging van hen onder het aantal deelnemers aan de BeweegKuur. (2, p14)
- Het bovenstaande betrof echter het experimentele traject. In het reguliere traject zal doorverwijzing via de huisarts plaatsvinden. Toch zal dat niet automatisch een garantie zijn voor een goede instroom van allochtonen. Zoals ook hierboven al geconstateerd, vervult de huisarts niet altijd op een zodanige wijze zijn poortwachterfunctie, dat er voldoende allochtonen in het BeweegKuur-traject terecht komen. Ook de niet altijd optimale communicatie tussen huisarts, LSA en fysiotherapeut levert belemmeringen op. O.a. daardoor gaat ook de doorverwijzing vanuit de BeweegKuur naar vervoltrajecten - zoals naar het lokale Sport & Beweegaanbod- soms niet vlekkeloos. (2, p46)  
*(15)[LSA][S&B-begeleider]*
- Ook wordt vastgesteld dat 'de wijze van werving niet past bij de cultuur'. Een aanzienlijk deel van de mensen verwacht dat ze door de zorgverlener in beweging worden gezet: zij nemen niet hun eigen verantwoordelijkheid. Dit gegeven vraagt om een aangepaste benadering. (9, p2)  
*NB: eerder zagen we ook al (15) [Algemeen] [Fysio] dat de doorstroom naar regulier sport- en beweegaanbod -een vereiste in de BeweegKuur- genoemd wordt als belemmering. In een interventie zoals BoR wordt doorgestroomd naar 'eigen' aanbod met slechts een beperkte keuzemogelijkheid: óf aquarobics, óf fitness. Bij allochtonen lijkt een dergelijke aanpak, met meer begeleiding, de kans op uitval te verkleinen.*
- 'Motivational Interviewing' past niet in de cultuur. Men is op de groep gericht, niet op het individu. (9, p2) Daaraan kan worden toegevoegd dat deze aanpak erg gericht is op taal. Lang niet alle niet-westerse allochtone volwassenen beheersen de Nederlandse taal voldoende voor deze werkwijze.

De volgende belemmeringen liggen in de verschillen van beleving qua '**bewegen**' :

- Veel Marokkanen -zo wordt geconstateerd- hebben nog geen idee van, c.q. onvoldoende informatie over de effecten van voldoende lichaamsbeweging. (6, p20) *(15)[Deelnemers]* Sporten is voor allochtonen geen onderdeel van het dagelijks leven. Bij de BeweegKuur gaat het sporten via de hulpverlener. Maar de overstap naar regulier sportaanbod is daardoor veel moeilijker. (9, p2)  
*(NB: zie ook de bij B1 al genoemde suggestie:) Het verwijfsproces en het aanbod moeten uit de 'zorg'-sfeer worden getrokken; het zou beter zijn om de taken van de LSA te beleggen bij de beweeg-/sportbegeleider. (15) [LSA][S&B-begeleider]*
- Sommige leefstijladviseurs delen mensen in op motivatie. Bij allochtonen is dat vaak geen passend indelingscriterium. Zij worden vaak éérst naar de fysio gestuurd om überhaupt te leren bewegen; pas als die drempel genomen is, lukt het om de motivatie te vergroten. (5, p21) Als voorbeeld hiervan wordt ook genoemd dat veel allochtonen de

kunst van het fietsen - onderdeel van de BeweegKuur-aanpak- niet beheersen. (div. plaatsen)

- Sporten in het openbaar, buiten, is voor oudere Turken en Marokkanen niet gebruikelijk. Wel geaccepteerd is buiten bewegen in de vorm van wandelen. Binnen bewegen, en met gelijkgestemden, heeft een aanzienlijk lagere (normatieve, sociale) drempel. (6, p22) (9, p2)
- In enkele gevallen blijken hoge kosten en wachtlijsten een belemmering voor allochtone vrouwen om naar sportscholen te gaan, zelfs wanneer (c.q. op uren dat) deze alleen voor vrouwen toegankelijk zijn. (5, p5) Mensen hebben heel veel moeite met het betalen van een eigen bijdrage; als ze ziek zijn vinden ze dat ze niet hoeven te betalen. In de werving zou al veel duidelijker moeten worden aangegeven dat het sporten zelf betaald moet worden. (9, p2) (15) *[Fysio] Ook in de expertmeeting werd het kostenaspect als belemmering naar voren gebracht.*
- Allochtone mannen zijn vergeleken met autochtone mannen moeilijk bereikbaar c.q. tot deelname te bewegen. (2, p41)

De ondergenoemde aspecten hebben te maken met **voedingsgewoonten**.

Uit de literatuur is al heel lang bekend dat in veel niet-westerse culturen eten wordt ervaren als zeer belangrijk onderdeel van de (etnische) identiteit. Ook in de hier gebruikte bronnen komt dat duidelijk naar voren. Bovendien staat op grond van onderzoek al heel lang vast dat dit aspect niet makkelijk te veranderen is: 'Food is the last stronghold of ethnicity.' (7)

In assimilatieprocessen in hun algemeenheid maakt het een groot verschil of we te maken hebben met een tweede generatie hoogopgeleide niet westerse allochtonen of met personen van de eerste generatie uit een arbeiders- of plattelandsmilieu. De groep hoger opgeleide allochtonen in Nederland wordt steeds groter en raakt in veel opzichten steeds verder geassimileerd. Voor voedingsgewoonten ligt dit veelal anders. Op grond van wetenschappelijke inzichten kunnen we niet verwachten dat niet-westerse allochtonen in Nederland op korte termijn andere voedingsgewoonten zullen aannemen. Problemen met overgewicht, voor zover die althans het gevolg zijn van eetgewoontes vanuit de culturele achtergrond, zullen dan ook langer aanwezig blijven.

Deze verwachting zou ook consequenties moeten hebben voor de werkwijze van diëtisten.

In de hier gebruikte bronnen komen we op enkele plaatsen tegen dat de ingezette professionals niet altijd passende competenties hebben op dit punt. Zo wordt bijvoorbeeld geconstateerd dat weliswaar de voorlichtingsmaaltijdschijf niet-Nederlandse producten bevat (9, p1), maar tevens dat diëtisten vaak geen kennis hebben van voedingsgedrag van allochtonen; dat laatste verhindert advies op maat aan die deelnemers. (2, p56) In het voorlichtingsmateriaal ontbreekt informatie over de culturele aspecten van voedingsgewoonten. (9, p2)

### B 2.1. Oplossingen

Op verschillende plaatsen in de bronnen wordt er op gezinspeeld dat binnen de BeweegKuur voor allochtonen een aangepaste aanpak nodig zou zijn. (bijv.: 5, p4) De noodzaak van aangepaste begeleiding tijdens de programma's is daarbij een steeds terugkerend thema. We kunnen op grond van de hierboven beschreven knelpunten vaststellen dat een aangepaste aanpak zowel voor het beweeg- als voor het dieetaspect zinnig zou zijn. Op enkele onderdelen worden voor een aangepaste aanpak in de geraadpleegde bronnen ook concrete oplossingen aangedragen:

### B 2.1.1. Algemeen; aanpak en communicatie

- Leefstijlverandering is om een aantal redenen niet eenvoudig te verwezenlijken bij allochtonen:
  - A) Het blijkt lastig om het lange termijn perspectief dat inherent is aan de BeweegKuur duidelijk te maken. De beste manier om hierin vooruitgang te boeken is waarschijnlijk door middel van méér bewegen in het gewone dagelijkse leven, eerder dan via doorstroom naar lokaal beweeg- en sportaanbod. (2, p66/67)
  - B) Uit onderzoek onder Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse patiënten met diabetes mellitus type 2, blijkt dat kennis over de relevante leefstijladviezen hier zeker niet de bottleneck is. Wel problematisch is het conflict tussen die leefstijladviezen en de eigen culturele gebruiken, met name waar het gaat om voedings- en beweegadviezen. Leefstijladviezen die de eigen culturele gebruiken doorbreken worden door de sociale omgeving gezien als 'afwijkend' en 'aanstootgevend' gedrag, zorgen voor roddel (16) en zullen om die reden door de patiënten vaak niet [volledig] worden opgevolgd. Complicerende factor is dat ziekten en aandoeningen nauwelijks met de sociale omgeving besproken worden, opnieuw omdat de patiënt het moeilijk vindt om 'anders te zijn'. Voorbeelden van potentieel controversiële zaken: in het openbaar bewegen en sporten; hapjes afslaan tijdens een visite bij vrienden en kennissen. (14, p3/4) (15)[Deelnemers]
- Er moet een methode komen die specifiek op deze doelgroep gericht is als het gaat om het motiveren. (9, p3) (NB: vergelijk eerdere opmerking over 'motivational interviewing')
- (6, p21) Mensen laten inzien welk plezier je kunt beleven aan bewegen, kan de motivatie verhogen. Dit is te bereiken via voorbeelden die dicht bij de dagelijkse belevingswereld liggen. Voorbeelden:
  - Voor mannen (die vaak een achtergrond hebben van veel/zware lichamelijke arbeid) : de boodschap van 'inspanning als ontspanning'; 'sporten helpt om het hoofd leeg te maken, het geeft rust'. 'Je kunt je beter concentreren na het sporten'.
  - Voor vrouwen (die vaak een achtergrond hebben van een leven lang zorg en huishouden): 'nu is het tijd voor jou zelf; tijd voor ontspanning'; 'het is leuk en je wordt er blij van'.
- Niet de nadruk leggen op negatieve aspecten van onvoldoende bewegen; juist de positieve effecten van bewegen noemen. Boodschappen moeten daarbij kort en krachtig zijn. (6, p20) Een andere mogelijke insteek is de norm; 'wees zuinig op je lichaam'. (6, p22)  
Concrete voorbeelden van bovenstaande: Niet zozeer spelen met kleinkinderen (wat cultureel gezien voor niet-westerse allochtonen minder algemeen is dan in NW-Europa), maar zorg voor kleinkinderen is een goede insteek voor grootouders: als je langer gezond bent, kun je langer helpen met de zorg. (6, p21 e.v.) Ook de nadruk leggen op functioneel bewegen is effectief. (2, div.pl.) Voorbeeld: kinderen naar school brengen.
- Naarmate deelnemers inzicht en kennis hebben verworven aangaande doel en mogelijkheden van een programma, vinden zij ook het resultaat, dat zij (kunnen) behalen door middel van hun deelname, van belang. (10, p36) (15)[Deelnemers]
- Om de huidige diabeteszorg cultuurcompetenter te maken dienen diabetesgebonden leefstijladviezen op diverse culturen te worden afgestemd. (14, p4)
- VETC <sup>4</sup> kan een goede aanvulling zijn, zowel voor het aspect werving als bij de uitvoering. (9, p2)

---

<sup>4</sup> Voorlichting Eigen Taal en Cultuur



- Mede gezien de diversiteit van de doelgroep is het van belang meerdere soorten van communicatiekanalen te gebruiken. Dit kan op tal van manieren: van posters inabri's; tot face-to-face benadering door intermediairs en binnen zelforganisaties; of via de (klein)kinderen en hun school; de informele sociale netwerken en de lokale sleutelfiguren (\*) (zoals de imam) in de wijk.

Een brede benadering is cruciaal. (6, p27 e.v.)

(\*) NB: Nationale (Turkse of Marokkaanse) rolmodellen waarmee identificatie mogelijk is, zijn eigenlijk afwezig. Oorzaak is ook hier de grote diversiteit binnen de etnische categorieën. (en uiteraard al helemaal tussen de verschillende etnische categorieën) (WvS)

### B 2.1.2. *Structuur & proces ; competenties (van intermediairs) & aanbod*

- De strakke structuur van de BeweegKuur en de lange looptijd van de begeleiding hebben een positieve invloed op allochtone deelnemers (9, p1)
- De ervaring leert dat multidisciplinaire begeleiding goed werkt (9, p1) (10, p34); evenzo helpen 'korte lijnen' tussen zorgverleners om de uitval bij allochtonen te voorkomen. (2, div.pl.)
- Voor het aangaan van noodzakelijke nieuwe samenwerkingsrelaties op lokaal niveau (tussen de diverse zorgverleners) zal relatief veel (doorloop)tijd moeten worden ingepland (10, p34)
- Een goed overzicht van de mogelijkheden (d.w.z.: het aanbod) om te gaan bewegen is van groot belang. (meerdere bronnen, o.a.: 9, p1) Passend en gericht aanbod houdt rekening met de hierboven al genoemde belemmeringen. (div. bronnen (o.a. 9, p3)). Passend aanbod qua beweeg- en sportmogelijkheden met name in de buurt is daarbij cruciaal. (10, p34) Laagdrempeligheid is daarbij één van de belangrijkste elementen. (meerdere plaatsen, o.a. 6, p37) Een voorbeeld: een cursus yoga in een buurthuis is in de praktijk duidelijk laagdrempeliger dan fitness op een sportschool die buiten de wijk ligt.
- Laagdrempeligheid is ook te bereiken door:
  - ❖ Een meer persoonlijke, én deskundige, én vertrouwde begeleiding bij beweegaanbod; dit o.a. vanwege de gememoreerde enorme achterstand in beweegervaring bij velen. Bewegingsonderwijs en sport hebben voor velen ontbroken, en een onderontwikkelde motoriek is het gevolg.
  - ❖ Vergroten van het gevoel van (sociale) veiligheid. Daarom ook:
  - ❖ Gescheiden aanbod voor mannen en vrouwen (ingeval islamitische achtergrond), én:
  - ❖ Vrouwen met bedekkende kleding moeten kunnen deelnemen (zeker als er ook mannen aanwezig zijn).
  - ❖ Het actief betrekken van deelnemers bij het opzetten en evalueren van de inhoud van het programma en de activiteiten (bijv. door focusgroep gesprekken) werkt goed tegen voortijdige uitval. (10, p35)
  - ❖ Persoonlijke aandacht (10, p35)
- Een community-benadering is succesvol gebleken bij het stimuleren van moeilijk bereikbare groepen en inactieven richting een actieve leefstijl. Het samen met de doelgroep opzetten en uitvoeren van passende activiteiten is daarbij essentieel. (10, p34)

*Meer werken met buurt, buren en familie. De omgeving gebruiken als aangrijpingspunt. (15)[Deelnemers]*

- Diverse bronnen geven aan dat het werken met en in groepen, en het daarmee samenhangende gezelligheidsaspect, van belang is voor de motivatie. Dit geldt m.n. voor vrouwen. (o.a.: 2, p59, 63, 68) (6, p21) *Een praktisch voorbeeld van groepsgericht werken is: met een beweeggroep een sportlocatie gaan bezoeken en zodoende de drempel voor doorstroom daarheen verlagen. (15)[Fysio][Deelnemers]*
- Niet alleen voor de motivatie is het werken met beweeggroepen goed; het is ook bevorderend voor het 'veiligheids'gevoel: 'als de anderen het óók doen, dan zal het wel goed zijn.' (6, p21) Personen uit de sociale omgeving van de deelnemer moeten worden betrokken bij de ondersteuning van die deelnemer. (14, p4) De familie moet worden betrokken bij de beweegactiviteiten. (9, p3) (15)[LSA]
- Voorlichting in groepsverband levert bij allochtonen veel meerwaarde (effect) op. (2, p69)
- De volgende competenties in de lokale setting zijn van groot belang:
  - o Projectleiders: organisatievermogen en bevorderen van samenwerking
  - o Groepsleiders: stimuleren, regelen, contacten verzorgen
  - o Contactpersonen met de doelgroep: spreken van de taal; kennis van bewegingsstimulering en dit kunnen overdragen; contactvaardigheid en vinden van sleutelfiguren. (10, p36-37)
- Een motiverende houding van, en gesprekken door professionals hebben met name bij deze doelgroep een groot effect (9, p1)
- Het betrekken van sleutelfiguren uit de doelgroep is een factor van belang bij het beperken van uitval (10, p34) *Het inschakelen van allochtone sleutel- contactpersonen is van belang voor de doorstroom van allochtonen. (15)[LSA]*
- Nederlandse (= autochtone) LSA en Fysiotherapeuten hebben minder inzicht in de weerstanden die er bij de doelgroep leven; kunnen daardoor ook het motiveren van de doelgroep minder effectief aanpakken. (9, p2) De competentie VETC kan een goede aanvulling zijn, zowel voor het aspect werving als bij de uitvoering. (9, p2)
- Bij de scholing van professionals zou meer aandacht moeten zijn voor:
  - Inzicht in beleving van ziekte van deze doelgroep
  - Inzicht in de gevolgen die de sociaal maatschappelijk zwakke positie heeft op bewegen en gezond levenExtra training zou hier helpen. Daarbij vooral de nadruk leggen op het bespreken van specifieke problemen en casussen; voorbeelden daarvan zijn er in overvloed bij de zorgverleners. Het moet bij kennisontwikkeling eerder gaan om uitwisseling van ervaring en inzichten dan om het aanleren van methoden. (9, p2) (10, p34) (15) [Deelnemers]
- Programma 'Drie' zou beter passen voor deze doelgroep. (9, p3)
- Het Migrantenprotocol, zoals dat draait in Amsterdam, sluit goed aan bij de doelgroep; dit verwerken in de BeweegKuur. (9, p3)
- Het Consultatiebureau betrekken om een gezonde leefstijl te promoten. (9, p3)

### B 2.1.3. *Materialen & communicatie*

- Goede communicatie is van belang voor het slagen van de BeweegKuur. Allochtone Zorgconsulenten én extra tijd per patiënt zijn hierbij zeer dienstig. (2, p68) *Zorgverleners extra scholen op dergelijke aspecten. (15)[Deelnemers]*
- De taal van de huidige voorlichting is niet toegespitst op de doelgroep; te moeilijk, niet herkenbaar. Er is behoefte aan posters en folders in eigen taal en aangepast aan de eigen cultuur. (9, p1) Taalproblemen spelen met name bij voorlichting tijdens groepsbijeenkomsten. (9, p2) (15)[Deelnemers]
- “Materialen moeten ook voor allochtonen die geen Nederlands spreken beschikbaar worden gemaakt in een andere taal”(\*) (5, p31)  
(\* ) De opmerkingen over de noodzaak van vertaling van materialen en over de Logboeken (zie verderop) lijken met elkaar in tegenspraak. (WvS)
- “Materialen moeten geschikter gemaakt worden voor allochtonen d.m.v. het ontwikkelen van beeldmateriaal en door vertaling in het Engels en/of Turks, Arabisch (\*\*) Slavisch.” (1, p46)  
(\*\*)De vraag is of Arabisch een verstandige keuze is. Als beeldmateriaal nodig is voor migranten uit de Maghrib (Afrika ten N. van de Sahara) dan gaat het waarschijnlijk om laaggeletterden dan wel analfabeten, veelal Berbers uit het Rifgebergte. Onder de Marokkaanse migranten in Nederland vormen zij de grootste categorie, en zij zijn vaak het Arabisch (de taal van de maatschappelijke bovenlaag in het herkomstland) niet of nauwelijks machtig. Gesproken boodschappen in de meest voorkomende Berbertalen (zoals Tamazigh, Tarifit, Taqbaylit) zouden meer voor de hand liggen. In de hieronder geciteerde aanbeveling word ook ingegaan op deze aspecten. (WvS)
- Aanpassing van materialen: (1, p43) ‘huidige materiaal ongeschikt; meer beeldmateriaal gebruiken’. (ook: 9, p2) *Beeldmateriaal als ondersteuning is van belang voor een motiverende gespreksvoering door hulpverleners. (15) [LSA]*
- Gebruik van het ‘Logboek’ is te hoog gegrepen voor allochtonen; ook vertaling zou niet helpen. Logboeken zitten niet op een logische manier in elkaar; ook te veel tekst. (5, p12) Zorgverleners omzeilen Logboeken en maken eigen formulieren. (9, p1) (\*)
- De Stappenteller werkt heel goed (9, p1)
- Er zou op het gebied van dieet aangepast voorlichtingsmateriaal moeten komen: een film, documentaire, etc. in verschillende talen. (9, p3) (15)[Deelnemers]
- Beeldmateriaal niet presenteren met vertaling in ondertiteling, want (te) veel ouderen kunnen nog niet (goed) lezen. Beter is het om de vertaling in voice-over te doen. (6, p23)
- Humor in (beeld)materiaal werkt goed, maar je moet dat eerst pretesten bij doelgroep. (Mensen uit de doelgroep zelf mee laten denken !) (6, p23)
- In beeldmateriaal moet je laten zien dat bewegen en sporten leuk is; bijvoorbeeld d.m.v. lachende & sportende/bewegende mensen. Nb: daarbij moet het gaan om beweegactiviteiten die passen binnen de belevingswereld van de doelgroep. Zoals bijv.: wandelende mensen; groepen (i.p.v. individuele) vrouwen die sporten. Ook hier geldt: pretesten! (6, p23)
- In het beeldmateriaal moeten herkenbare individuen en groepen te zien zijn. Dus niet alleen fitte en gespierde Schwarzeneggers; maar bijv. ook oudere allochtonen die niet volledig geassimileerd zijn, hun naam zeggen plus hun leeftijd, dat ze doen aan bewegen of sporten en ook wát ze doen. (6, p24)

Bovenstaande zaken gelden waarschijnlijk ook t.a.v. zeer veel autochtonen. Ook voor zo'n één à twee miljoen mensen uit die categorie zal gelden dat "...de boodschap die wordt uitgedragen (...) niet gelijk duidelijk [zal zijn] (...). Dit komt door de vaak grote hoeveelheid moeilijke Nederlandse tekst en onduidelijk beeldmateriaal." (6, p.35) (WvS)

## B 2.2. Nader onderzoek

- Het is onduidelijk hoe groot het aantal potentiële deelnemers is dat niet instroomt. (2, p66)
- Het staat niet zonder meer vast dat de uitval onder allochtonen groter is dan onder autochtonen; de uitval bij de fysiotherapeut lijkt in ieder geval niet groot. Uitval wordt m.n. verklaard door motivatiegebrek; door niet aansluiten van het aanbod bij de kenmerken / voorwaarden van de doelgroep. (2, p66)
- N.a.v. (5, p7) en (5, p15 &16): Allochtonen (vooral vrouwen ?) hebben méér dan autochtonen een voorkeur voor een groepsaanpak.  
Twee vragen rijzen daarbij:
  - ❖ of dit dan **etnisch** ongemengde groepen zouden moeten zijn?
  - ❖ of dit qua **leeftijd/levensfase** ongemengde groepen zouden moeten zijn?

NISB / Willem van Schelven  
November 2011

## BIJLAGE

De voor deze notitie gebruikte bronnen zijn:

1. *Procesevaluatie Professionals*, NISB (Femke Visser en Marije Plantinga), 2009-11-13
2. *Allochtone deelnemers in de BeweegKuur*, NISB (Lisanne van der Palen), 2009-09-28
3. *Concept analyse allochtonen i.k.v. 30-MB*, NISB (Lisanne van der Palen), 2010-03-30
4. TSV (Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken) nr. 12, december 2009, interview door P.H. Peeters met Naseem Akhtar, opbouwwerker in Birmingham, UK.
5. *Tussenrapportage BeweegKuur; doorontwikkeling van de BeweegKuur Overgewicht & Obesitas*, UM/Rescon (Helmink, J.; Van Boekel, L.; Kremers, S.) 2010-03
6. *Campagnevoeren ten behoeve van Turkse en Marokkaanse ouderen. Onderzoek naar de boodschap, communicatiemiddelen en communicatiekanalen in het kader van de campagne 30minutenbewegen*, NISB (Lisanne van der Palen), zomer 2010
7. *Wetenschappelijke onderbouwing hoofdlijnen BeweegKuur*, NISB (Dirk Schaars), 2008.
8. *'The Polish Peasant in Europe and America'*, Thomas, W.I. & Znaniecki, F.W., 1918-1920 (5 Volumes)
9. *Inventarisatie knelpunten niet-westerse allochtonen in de BeweegKuur. (Een inventarisatie van gegevens uit de pilots Amsterdam, Den Haag en Rotterdam)*, Eerste Lijn Amsterdam (Nelleke Wouters), december 2010.
10. *Evaluatie bewegingsstimulering en valpreventie bij allochtone ouderen; een pilotstudie*. Geert-Jan Wijlhuizen en Steffin Nauta. TNO/KvL, Leiden, 2007.
11. *Wat beweegt mensen deel te nemen aan een leefstijlinterventie? Een onderzoek naar factoren die deelname aan de BeweegKuur beïnvloeden*. Bernadette Landwehr Johan, NISB / Univ. Utrecht, december 2010.
12. *Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Rapportage van de resultaten van een follow-up meting bij deelnemers*. J.H.M. Helmink, L.C. van Boekel, M.E. van der Sluis, S.P.J. Kremers. Universiteit Maastricht, 2011
13. *Pilot BeweegKuur Overgewicht & Obesitas; resultaten van een follow-up meting onder deelnemers*. J.H.M. Helmink, L.C. van Boekel, S.P.J. Kremers. Maastricht, 2010.
14. *Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici*. Y.J.F.M. Jansen, P.Uitewaal, A. Wijsman-Grootendorst, P.Geelhoed-Duijvestein, Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2011; 155: A3117.
15. Expertmeeting 'BeweegKuur en BoR (Bewegen op Recept); allochtonen in twee leefstijlinterventies'. NISB / Stichting Precura, Driebergen, 27 september 2011.  
NB: Tijdens de expertmeeting zijn verschillende elementen benoemd, waarnaar ook in de tekst van deze notitie verwezen wordt: 'Algemeen'; 'Fysiotherapeut'; 'Huisarts'; 'Sport & Bewegingsbegeleider'; 'LSA' (Leefstijladviseur); 'Deelnemers'.
16. Over de invloed van sociale controle en roddel in niet-westerse allochtone gemeenschappen raadplege men: *'Ogen in je rug. Turkse meisjes en jonge vrouwen in Nederland'*. M.H. de Vries (met een bijdrage van W. van Schelven), Rijksuniversiteit Leiden, Samsom, Alphen aan den Rijn / Brussel, 1987.