

Gewicht en leefstijl:

Aanknopingspunten voor een effectieve ondersteuning van mensen met een migratieachtergrond



INHOUDSOPGAVE

1	Introductie	3
2	Literatuurverkenning	4
2.1	Oorzaken van overgewicht	4
2.2	Leefstijlinterventies	6
3	Interviews	7
3.1	Inleiding	7
3.2	Uitkomsten	7
4	Aanknopingspunten ondersteuning	11
4.1	Voor professionals en interventie-ontwikkelaars	11
4.2	Voor leiders van lokale programma's	14
4.3	Tot slot	15
5	Referenties	16

1 INTRODUCTIE

Overgewicht vormt een grote bedreiging voor de gezondheid van veel mensen in Nederland. In 2022 had de helft van de volwassenen matig of ernstig overgewicht (obesitas), terwijl in 1990 maar 1 op 3 Nederlanders matig of ernstig overgewicht had¹. Meer dan 200 aandoeningen en ziektes hebben een verband met overgewicht (zie tekst in kader hieronder).

Mensen met onder andere een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlands-Caribische migratieachtergrond² hebben vaker ernstig overgewicht. Bij sommige groepen met een migratieachtergrond stijgt het aantal mensen met ernstig overgewicht snel: het percentage mensen met obesitas van de tweede generatie met een Marokkaanse migratieachtergrond tussen de 18 en 40 jaar steeg van 7% in 2012 naar 18% in 2020. Omdat deze groepen vaker ondervertegenwoordigd zijn in onderzoek, heeft Pharos een verkenning uitgevoerd.

Om tot een effectieve ondersteuning te komen van mensen met een migratieachtergrond beschrijven we in deze verkenning:

1. welke factoren in het algemeen bijdragen aan het ontstaan van overgewicht;
2. waarom mensen met een migratieachtergrond vaker ernstig overgewicht hebben;
3. wat we leren van de behoeftes en uitdagingen van mensen met een migratieachtergrond met ernstig overgewicht die een gezond(er) gewicht willen bereiken, of op zoek zijn naar betere ondersteuning in het zich gezond voelen.

Via een literatuurverkenning heeft Pharos gekeken naar factoren die leiden tot overgewicht en beschikbare leefstijlinterventies gericht op het bereiken van een gezond(er) gewicht. Vervolgens hebben we 25 interviews gehouden over (over)gewicht en leefstijl. Wij spraken met 16 *vrouwen* met obesitas die een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlands-Caribische migratieachtergrond hebben. Daarnaast hielden wij interviews met 9 *professionals* die veel werken met deze groep. In dit document geven wij een overzicht van de inzichten uit deze literatuurverkenning en interviews. Ten slotte bieden wij een aantal aanknopingspunten voor professionals, ontwikkelaars van interventies en leiders van lokale programma's om wensen voor een gezonder gewicht en leefstijlverandering te ondersteunen.

Wat is obesitas?

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is er sprake van overgewicht of obesitas wanneer iemand een abnormaal of buitengewoon grote ophoping van lichaamsvet heeft die een negatief effect kan hebben op de gezondheid. Meer dan 200 aandoeningen en ziektes hebben een verband met een teveel aan lichaamsvet. Denk aan hartfalen, diabetes type 2, ernstige ademhalingsproblemen, depressie en verschillende vormen van kanker. Ook kunnen overgewicht en obesitas sociale gevolgen hebben, zoals sociale uitsluiting op werk of op andere plekken in de maatschappij.

De WHO heeft obesitas als chronische ziekte aangemerkt. Wanneer iemand eenmaal ernstig overgewicht heeft is het zeer moeilijk om dit weer kwijt te raken. Het lichaam is ingesteld geraakt op het hogere gewicht en stelt bij gewichtsverlies alles in werking om weer zo snel mogelijk aan te komen. Je moet daardoor je leven lang meer moeite doen om je gewicht gezond te houden. Daarom zie je ook in de richtlijnen een verschil: een persoon met normaal gewicht moet minimaal 150 minuten per week matig of zwaar intensieve inspanning leveren, maar om gewichtsverlies te behouden is wel 200 tot 300 minuten per week aan matig intensieve inspanning nodig³.

2 LITERATUURVERKENNING

2.1 Oorzaken van overgewicht

Er is veel onderzoek gedaan, zowel nationaal als internationaal, naar factoren die kunnen leiden tot overgewicht en obesitas. Uit al deze onderzoeken blijkt dat overgewicht ontstaat door een combinatie van factoren. Veelvoorkomende oorzaken van overgewicht zijn leefstijl, chronisch slaapttekort, depressie, (chronische) stress en bijwerkingen van bepaalde medicatie.

Leefstijl

Deze aspecten worden ook gevonden in studies onder mensen met een migratieachtergrond. Zo rapporteerde het RIVM in 2015⁴ op basis van de grootschalige Heliuss-studie in Amsterdam dat 39% van de vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond voldoen aan de beweegnormen (tenminste vijf dagen per week gedurende dertig minuten gemiddeld intensief lichamelijk bewegen) terwijl dit voor vrouwen met een Nederlandse achtergrond 77% is. Ook laat de Heliuss-studie zien dat mensen met een migratieachtergrond gemiddeld korter slapen dan mensen zonder een migratieachtergrond⁵. Daarnaast blijkt dat kort slapen in de groep mensen met een Surinaamse of Turkse achtergrond samenhangt met obesitas⁶.

Depressie en discriminatie

De Heliuss-studie wijst ook uit dat depressie bij mensen met migratieachtergrond twee keer zoveel voorkomt als gemiddeld, met de hoogste prevalentie onder mensen met een Turkse achtergrond (24,5%). Bij mensen zonder migratieachtergrond komt depressie bij 7% van de deelnemers voor⁷. Het hoge aantal depressieve klachten onder mensen met een migratieachtergrond wordt mogelijk veroorzaakt door hun vaak ongunstige sociaaleconomische positie en discriminatie. Deze zelfde studie laat ook zien dat Surinaamse vrouwen, en Marokkaanse en Turkse mannen die vaker discriminatie ervaren vanwege hun migratieachtergrond ook vaker overgewicht hebben⁸. Dit komt waarschijnlijk doordat discriminatie een belangrijke bron van stress is.

Stress en armoede

Langdurige stress zorgt voor langdurig verhoogde cortisolwaarden. Hierdoor kunnen de bloeddruk en stofwisseling van vet en suiker ontregeld raken. Dit kan leiden tot overgewicht. Armoede en het leven met weinig bestaanszekerheid hebben invloed op langdurige stress en overgewicht. Dit kunnen bij mensen met een migratieachtergrond grote factoren zijn. Zo is het aandeel mensen met een laag inkomen onder mensen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlands-Caribische migratieachtergrond aanzienlijk (van 8% tot 22,5%)⁹.

Leefomgeving

De leefomgeving heeft ook impact¹⁰. Het leven in minder welvarende wijken (buurten met de laagste inkomens) kan stress vergroten. Dat kan te maken hebben met weinig groen, luchtvervuiling, lawaai, hitte/kou, een slecht geïsoleerde woning, en (angst voor) onveiligheid, bovenop de stress die er is vanwege individuele problemen. En de leefomgeving heeft ook invloed op ons gedrag: minder groen, onaantrekkelijke voorzieningen en bijvoorbeeld hittestress leiden tot minder bewegen.

Een groot aantal fastfoodrestaurants en verleidingen voor ongezonde voeding dragen bij aan ongezonde eetgewoontes. De toename van het ongezonde voedselaanbod is ook nog eens vele malen groter in minder welvarende wijken dan in welvarende wijken. Uit de Helius-studie blijkt dat het aantal fastfoodrestaurants per 1000m in de omgeving vele malen hoger is voor mensen met een Hindoestaanse (20 in de nabije 1000m), Turkse (32) of Marokkaanse (26) achtergrond dan voor mensen zonder migratieachtergrond (13). Hierdoor ontstaat mogelijk een meervoudige belasting voor mensen met een migratieachtergrond: ze hebben stress door de omgeving en individuele problemen en worden verleid tot ongezond gemaksvuedsel.

Sociale omgeving en rol in familie

De sociale omgeving kan ook een sterke invloed hebben op eetgewoontes. Onderzoek¹¹ wijst erop dat sociale gelegenheden en gastvrijheid uitnodigen tot hoogcalorisch en teveel eten. Het wordt als onbeleefd ervaren om aangeboden eten, en daarmee de gastvrijheid, af te slaan. Ook geven deelnemers uit ditzelfde onderzoek aan dat zij weinig steun krijgen en geven aan anderen bij het veranderen van eetgewoontes. Tenslotte geven vrouwen met een Marokkaanse migratieachtergrond in een ander onderzoek¹² aan dat hun eigen beeld van hun rol in het leven ('kinderen opvoeden') invloed heeft op de aandacht die zij hebben voor hun eigen leefstijl.

2.2 Leefstijlinterventies

Sinds 2019 hebben mensen met obesitas of overgewicht met een risicofactor of comorbiditeit(en)^a de mogelijkheid om mee te doen aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Dit zijn tweejarige programma's, vergoed door de zorgverzekering, die bestaan uit advies en begeleiding bij gezonde voeding en meer bewegen. RIVM monitort het bereik en effect van deze GLI's. Zij rapporteren in 2023¹³ dat deelnemers aan de GLI flinke vooruitgang ervaren in kwaliteit van leven. Tegelijkertijd zijn er ook signalen dat de GLI-programma's mogelijk nog onvoldoende aansluiten op de mogelijkheden en behoeftes van personen met een lage sociaaleconomische positie. We weten uit eerdere onderzoeken^{14,15} dat taal een beperkende factor kan zijn (GLI's worden in het Nederlands gegeven) en dat voedingsadviezen mogelijk te weinig rekening houden met de eetcultuur.

Een recente verkenning¹⁶ van Pharos geeft aan dat aanbieders van GLI's (nog) meer kunnen inzetten op het samenwerken met andere (zorg)professionals voor een integrale aanpak. Dit is van belang wanneer de problematiek van deelnemers de GLI overstijgt (bijvoorbeeld door sociale en financiële problemen). Ook kan meer ingezet worden op een (nog) begrijpelijker uitleg en materialen en meer ruimte voor leefstijlcoaches om maatwerk te leveren.

^a Risicofactoren zijn ernstig vergrote buikomvang, een verhoogd 10-jaars risico op sterfte aan hart- en vaatziekten, verhoogd risico op diabetes mellitus type 2. Co-morbiditeit(en) zijn Diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, slaapapneu en artrose.

Inmiddels zijn er in Nederland twee wijkgerichte initiatieven opgezet, gericht op mensen met migratieachtergrond: De Nationale Diabetes Challenge¹⁷ en het Suikerhuis¹⁸.

Wijkprogramma's gericht op mensen met een migratieachtergrond

De **Nationale Diabetes Challenge** voor mensen met diabetes en een migratieachtergrond is gestart in 2023; hierbij worden wandelgroepen gedurende 20 weken door sleutelfiguren begeleid. Tijdens het wandelen krijgen deelnemers cultuursensitieve voorlichting over gezond leven, waar nodig in de eigen taal¹⁹. Deze aanpak wordt in de komende jaren met financiering van het ministerie van VWS uitgebreid naar 75 locaties. Daarnaast is het **Suikerhuis** opgezet en gestart door de Stichting Je Leefstijl als Medicijn met financiering van het Agis Innovatiefonds en de preventietafel van de gemeente Helmond. Het Suikerhuis bestaat uit lokale steungroepen voor mensen met diabetes. De deelnemers worden begeleid door ervaringsdeskundigen. Tijdens de bijeenkomsten worden vragen beantwoord over diabetes, activiteiten georganiseerd die aansluiten bij de groep (koken, dansen, etc.) en wordt ook ondersteuning geboden bij sociale en privéproblemen. De kracht van de groep zit in het vertrouwen onderling.

3 INTERVIEWS

3.1 Inleiding

Pharos heeft in de periode november 2022 – januari 2023 25 verdiepende interviews gehouden over (over)gewicht en leefstijl. Wij interviewden 16 vrouwen met obesitas die een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlands-Caribische migratieachtergrond hebben. Wij hielden de interviews met deze vrouwen omdat obesitas vaker voorkomt onder vrouwen²⁰ en beperkten de interviews tot mensen die behoren tot de 4 grootste groepen (in aantallen) in Nederland met een migratieachtergrond; groepen die vaak ondervertegenwoordigd zijn in onderzoek. Omdat stress een belangrijke oorzaak is van overgewicht, richtten de interviews zich op vrouwen die moeite hebben met rondkomen. Daarbij hebben mensen die laagopgeleid zijn vaker overgewicht²¹. Om die reden spraken wij enkel met vrouwen die praktisch of laagopgeleid zijn. De helft van deze vrouwen is geboren in het land van herkomst (1^e generatie) en de andere helft in Nederland (2^e generatie). Ook hielden wij 9 interviews met *professionals* die veel werken met deze groep. We spraken met 1 maatschappelijk werker, 1 buurtteammedewerker, 2 medewerkers van migrantenorganisaties, 2 huisartsen, 2 fysiotherapeuten en 1 diëtist.

Voor de interviews hadden we de volgende hoofdvragen opgesteld:

- Wat zijn wensen op het gebied van fit zijn, gewicht en leefstijl?
- Hoe is het overgewicht ontstaan?
- Wat weten mensen over wat kan helpen om een gezonder gewicht en/of gezondere leefstijl te krijgen?
- Waar lopen mensen tegenaan als het gaat om gewenste leefstijlveranderingen?
- Praten mensen wel eens met hun omgeving of met hulpverleners over gewicht verliezen of hoe een gezondere leefstijl te krijgen? Waarom wel/ niet?
- Welke barrières ervaart deze groep bij het meedoen aan een leefstijl hulp traject?
- Kent men de GLI? Wat denken ze dat GLI is en wat het kan opleveren?
- Welke aanbevelingen hebben professionals om deze groep te ondersteunen in hun wensen voor een gezonder gewicht en/of leefstijl?

3.2 Uitkomsten

Gezonder willen leven, maar het lukt (nog) niet

Uit de gesprekken werd duidelijk dat de meeste vrouwen een gezonder gewicht willen hebben. Sommige vrouwen hadden al stappen gezet om een gezondere leefstijl op te bouwen (onder andere hulp van een diëtist, samen wandelen). Anderen waren nog zoekende naar passende leefstijlveranderingen. De vrouwen gaven verschillende redenen om te willen afvallen: ze schamen zich, hebben sombere gedachten, krijgen negatieve reacties op hun gewicht of hun eigen kinderen uit hun zorgen. Ook hebben ze fysieke pijn en moeite met het uitoefenen van werk. Enkelens zijn bijna de hele dag bezig met hun gewicht en houden die focus niet meer vol. De vrouwen die wij spraken willen zich beter voelen, energie hebben, minder moe zijn en minder pijnklachten hebben. Ook willen ze zich zelfverzekerder voelen, mooie kleding kunnen dragen en daarnaast fysiek meer met hun kinderen kunnen doen. Tenslotte willen ze plezier hebben met sporten en andere activiteiten om te kunnen kalmeren ('stress kan je dan een plekje geven').

De diversiteit aan factoren voor overgewicht kwam veelvuldig aan bod in de gesprekken. De interviewer kreeg veel signalen van fysieke aandoeningen (hypertensie, suikerziekte, knie- en rugklachten, ademhalingsproblemen). Deze zorgen ervoor dat bewegen helemaal niet of niet goed kan. Ook deelden de vrouwen verhalen over weinig slapen, onregelmatige eetpatronen (te weinig maaltijden, laat starten en eindigen met eten, wat deels kwam door werktijden), weinig bewegen, medicatie (antidepressiva), trauma, stress en stress-eten. Ook vertelden sommige vrouwen dat er weinig over emoties wordt gepraat wat weer invloed heeft op stress (zie quote).

“Wat ik heb gemerkt bij mezelf, is dat ik ga eten, omdat ik niet wil dealen met bepaalde emoties. Vanuit mijn thuissituatie hebben wij niet meegekregen om over emoties te praten. Ik denk dat veel buitenlandse culturen dat hebben. Alles wordt onder het tapijt geschoven.” (2^e generatie, Nederlands-Caribische achtergrond).

Ten slotte kwamen *life events* aan bod als triggers voor sterkere toename in gewicht, zoals zwangerschap, de coronapandemie, scheiding en migratie naar Nederland. Daar werd aangegeven dat de nieuwe woonplaats/omgeving uitnodigde tot ongezonde eetgewoontes. Dit noemen we ook wel acculturatie (zie quotes).

“In Suriname was ik niet dik. Toen ik hier kwam heb ik heel veel gesnoept, omdat ik dat daar niet heb gegeten en hier zag ik dat. Dan blijf ik eten, dan ga ik dit eten en dat eten.” (1^e generatie, Surinaamse achtergrond).

“In Turkije leven ze eigenlijk gezonder dan de Turken hier in Nederland, er is hier meer eten.” (Turkse achtergrond).

Sociale normen en gemeenschappelijke eetpatronen spelen een rol

Het valt ook op dat de huidige leefstijl van de vrouwen die wij spraken veel comfort geeft, vooral geborgenheid, gezelligheid en een gevoel van jezelf niet tekort doen. Meerdere vrouwen geven aan dat een vrouw stevig hoort te zijn en mag zijn en dat anderen het mooier vinden als je een maatje meer hebt (zie quotes).

“Zo hee, je eet goed! Dat werd wel positiever gezien dan als je te dun bent.” (2^e generatie, Marokkaanse achtergrond).

“Ik denk dat er binnen de Antilliaanse gemeenschap wel meer ruimte is. Dat het niet heel erg is als je een maatje meer hebt of als je wat meer rondingen hebt. Dat wordt juist aantrekkelijk gezien. Ik denk dat Antilliaanse vrouwen daar comfortabeler mee zijn.” (Nederlands-Caribische achtergrond).

Ook geven vrouwen met een Turkse, Marokkaanse en Nederlands-Caribische achtergrond aan dat er veel etentjes zijn en dat er vaak onregelmatig wordt gegeten. Eten speelt een belangrijke rol bij gelegenheden. Ze leggen uit welke overtuigingen er leven: ‘je hoort mee te eten’ en ‘je hoort veel, gevarieerd en uitgebreid eten op tafel te zetten’ (zie quote). Een enkele vrouw geeft aan: “9 van de 10 lekkernijen zijn niet gezond, veel zoetigheden en het brood wordt gebruikt als bestek waardoor je koolhydraat op koolhydraat krijgt”. Een paar willen wel afremmen, maar vinden dit lastig.

“Er moet altijd eten geserveerd worden wanneer er familie op bezoek is. Pastei, loempia's, nasi, Surinaamse roti, spaghetti en allerlei broodjes.” (1^e generatie, Surinaamse achtergrond).

Eén maatschappelijk werker benoemt de sociale identiteit van vrouwen: "Eten is een ongelooflijk belangrijk element in het leven en daar wordt van alles voor verwacht van vrouwen. Het houdt ook in dat een vrouw altijd moet zorgen dat er eten is." Een paar andere vrouwen met Surinaamse en Marokkaanse migratieachtergrond vertellen juist een ander verhaal: zij geven aan dat familieleden zich zorgen maken om het ernstige overgewicht en er meer op letten.

Gebrekkelijk gevoel van haalbaarheid en vertrouwen in eigen kunnen

Sommige vrouwen in de interviews ervaren weinig vertrouwen dat ze een gezonder gewicht of gezondere leefstijl zullen krijgen. Zij hebben het idee dat een andere leefstijl tot een ongelukkig gevoel kan leiden (zie quote). Daarnaast zijn ze sceptisch over de mogelijkheden en opbrengst van afvallen, of zien geen passende manier om dit te doen in de eigen omgeving. Hierbij geven ze aan dat begeleiding door een diëtist of de sportschool te duur is (of denken dat dit van de eigen bijdrage af gaat). Ook hebben ze soms onregelmatig werk of willen niet naar een sportschool waar ook mannen komen. Ook zeggen sommige vrouwen geen passend beweegmaatje te hebben of deze niet te kunnen vinden in de winter. Daarnaast valt op dat enkele vrouwen (nog) geen beeld hebben van hoe een coach of het bedenken van gezonde maaltijden in de drukte van de week past (zie quote).

"Ik wil wel afvallen en ik wil wel gezond zijn, maar moet ik daarvoor ongelukkig zijn? Dat is het mij dan niet waard, weet je wel." (2^e generatie, Nederlands-Caribische achtergrond).

"Het sporten is, denk ik, niet haalbaar, maar het vergt veel van mijn hersencapaciteit om daar én over na te denken, én het in te plannen. Ik wil daar helemaal nog niet in duiken." (2^e generatie, Turkse achtergrond).

Sommige vrouwen kregen ook minder vertrouwen door negatieve ervaringen met interventies van anderen (bijv. een maagverkleining die niet tot het gewenste resultaat leidde). Weer anderen hebben dusdanig fysieke pijn of ongemak dat ze niet actief kunnen bewegen. Tenslotte geven professionals aan dat beperkte gezondheidsvaardigheden, fatalisme ('het is nu eenmaal zo, ik ben oud, dus...') en de gevoeligheid van het onderwerp ook een rol spelen bij het gebrekkige gevoel van vertrouwen in het bereiken van een gezonder gewicht. De vrouwen zijn kritisch naar zichzelf, maar mensen in hun sociale netwerk zijn ook kritisch op hun leefstijl.

Daarnaast blijkt dat enkele vrouwen weinig (sociale) steun voelen waardoor het oppakken/volhouden van gezonde gewoontes niet lukt. Sommige geven aan te weinig compassie of empathie te voelen van anderen. Ook vinden ze het lastig gezond te leven omdat anderen in het gezin niet meedoen ('er komt sowieso snoep in huis en dan is afblijven moeilijk').

Adviezen en hulp worden niet altijd als passend ervaren

De vrouwen die we spraken hebben verschillende ervaringen met leefstijladviezen en hulp. Wat opvalt is dat leefstijladviezen die sommige vrouwen met Nederlands-Caribische achtergrond kregen niet altijd in lijn zijn met hun eetcultuur (zie quote). Enkele vrouwen zeiden dat ze de sporten die zij aangereikt kregen niet leuk genoeg vonden, waardoor ze afhaakten.

"Je moet bijna je persoon helemaal aanpassen, zodat het werkbaar is. Dat werkt niet. Veel dingen uit mijn eigen cultuur zou ik dan niet mogen eten." (2^e generatie, Nederlands-Caribisch).

Ook misten sommige vrouwen in hulpverlening maatwerk en aandacht voor behoeftes die er op sommige momenten zijn. Daarnaast misten ze begrip voor het feit dat afvallen complex is en dat

meerdere factoren een rol spelen, zoals bijvoorbeeld voldoende slaap en mentaal welzijn. Een enkele vrouw gaf aan dat er te snel een recept voor medicatie wordt voorgeschreven of dat de enige oplossing die ze krijgen aangeboden een maagverkleining is. Ook misten vrouwen praktische steun (zie quotes).

“Er is ook gewoon een wij-cultuur. De familie is ook heel belangrijk, het gezin waar ze uit komen, en dat mag wel meer worden uitgebalanceerd en rekening mee worden gehouden.” (2^e generatie, Surinaamse achtergrond).

“Ik had een keer de huisarts hierover gesproken maar die zei enkel dat ik gewoon op dieet moet.” (1^e generatie, Surinaamse achtergrond).

“Dat de arts al heeft uitgekozen wat het pad moet zijn dat iemand moet bewandelen. Dan denk ik: is dit de enige optie? Zijn er nog opties waar je uit kan kiezen of is dit de enige die hij of zij vertelt? Ik vind het wel belangrijk dat goede informatie wordt doorgegeven. Vaak zien ze dat iemand de taal niet goed beheerst en dan bepaalt de arts meteen wat er moet gebeuren. Dan doen ze niet hun best om de patiënt echt uit te leggen wat er gebeurt en wat er is. Ik vind dat daar wel wat meer verbetering in kan zijn, namelijk voor mensen met migratieachtergrond vind ik dat wel belangrijk.” (2^e generatie, Marokkaanse achtergrond).

Onbekend met GLI, wel interesse

Alle vrouwen die wij spraken, op één na, kenden de GLI niet. De bekendheid ermee is dus laag, terwijl alle vrouwen waarschijnlijk voor een GLI in aanmerking zouden komen vanwege hun BMI. Na uitleg was er interesse bij 8 van de 16 vrouwen. Vooral het aspect dat je een coach krijgt die je aanmoedigt (zie quote) is positief. Enkele vrouwen benoemden ook de kracht van de groep die je kan motiveren en het voordeel dat de begeleiding gratis is.

“Ik denk dat meerdere mensen dit zouden willen en ik hoop dat je ook gepusht wordt om dingen te doen.” (2^e generatie, Marokkaanse achtergrond).

Eén vrouw met een Nederlands-Caribische achtergrond zou graag willen dat de GLI haar zou helpen om de gerechten uit de eigen cultuur gezonder te maken. Een ander benadrukt dat de diëtist goed na zou moeten vragen of alternatieven haalbaar zijn en voldoende lekker. Eén vrouw met Marokkaanse achtergrond geeft aan dat ze graag door een vrouw wordt begeleid, dat adviezen en opties rekening zouden moeten houden met de Islamitische kledingstijl en dat de coach de Marokkaanse taal spreekt.

Het is belangrijk om je te realiseren dat veel mensen met obesitas veel pogingen hebben ondernomen om af te vallen. Dit werd ook bevestigd door de vrouwen die wij spraken. Sommige vrouwen gaven dan ook aan het gevoel te hebben alles al te weten en niet opnieuw hulp in de vorm van een GLI te willen.

4 AANKNOPINGSPUNTEN ONDERSTEUNING

Uit de literatuurverkenning en aanvullende interviews is duidelijk gebleken dat veel factoren een rol spelen bij overgewicht bij mensen met een migratieachtergrond. Leefstijl (in het bijzonder te weinig bewegen), chronisch slaaptekort, depressie, (chronische) stress, bijwerkingen van bepaalde medicatie, een laag inkomen, een ongezonde voedselomgeving en leefomgeving, en factoren als de sociale omgeving en rol in de familie dragen allemaal bij.

Het is ons verder opgevallen bij de vrouwen die wij spraken dat zij te maken hebben met fysieke aandoeningen. Daarnaast spelen onregelmatige eetpatronen, trauma, stress en stress/emotie-eten een rol. Ook wijzen de vrouwen specifieke *life events* aan als momenten die van invloed waren op een sterke toename van lichaamsgewicht. Hierbij werden onder andere zwangerschap, de coronapandemie, scheiding en het migreren naar een ongezondere leefomgeving genoemd. Ook wezen de vrouwen ons op de rol van sociale normen bij voeding. Sommige vrouwen uit de interviews hebben het vertrouwen verloren in oplossingen omdat ze eerder geen resultaat hebben gezien van inspanningen. Ten slotte geeft deze groep aan behoefte te hebben aan beter passende adviezen en hulp bij leefstijlverandering.

In de interviews benoemden zowel de vrouwen als de professionals die in de praktijk deze groep begeleiden meerdere aanknopingspunten om mensen te ondersteunen bij hun wensen om een gezonder gewicht of gezondere leefstijl te bereiken. We noemen dit ervaringskennis en praktijkkennis. Daarnaast biedt wetenschappelijke kennis over gedragsverandering handvatten voor een onderbouwde aanpak.

In de volgende paragraaf vatten we deze typen kennis samen in aanknopingspunten om *vrouwen met een migratieachtergrond* te helpen bij wensen voor een gezonder gewicht en leefstijlverandering. We richten ons daarbij op wat professionals, ontwikkelaars van interventies en leiders van lokale programma's hieraan kunnen bijdragen.

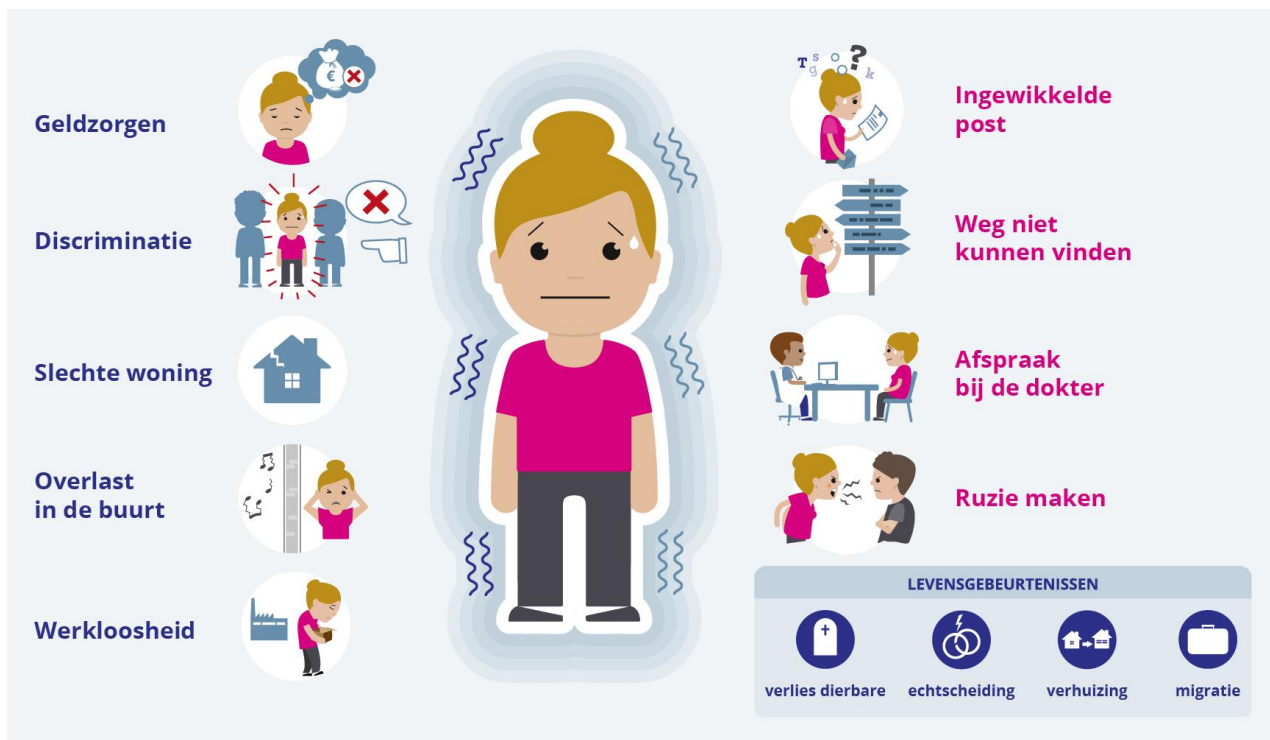
4.1 Voor professionals en interventie-ontwikkelaars

Vergroot ruimte voor verandering

Wie heb je voor je?

De vrouwen die wij spraken willen graag dat professionals breed uitvragen. Om alle factoren voor overgewicht en behoeftes in kaart te brengen is het belangrijk om te vragen naar stress (zie figuur 1 over oorzaken van chronische stress), verdriet, trauma, mentale gezondheid en slapen en werktijden. Vraag ook naar mogelijke ervaringen met discriminatie en uitsluiting. Handelingsperspectieven uit de [publicatie van Pharos over chronische stress](#) kunnen helpen om dit gesprek goed te voeren.

Figuur 1: Wat geeft mensen chronische stress?



Breng ook samen de kansen voor verandering vanuit het dagelijkse leven in kaart:

- Hoe ziet de fysieke en sociale omgeving eruit?
- Hoe reist iemand naar werk of de supermarkt (lopend, fietsend, auto, tram)?
- Heeft iemand jonge kinderen die veel buiten (willen) spelen?

En verken de rol van identiteit:

- Hoe zorgt iemand goed voor lichaam en geest, naast een mogelijke rol als opvoeder?
- Welke veranderingen wil iemand om een gezonde opvoeder te zijn?

Gebruik hiervoor bijvoorbeeld de standaard intake die binnenkort beschikbaar is vanuit de [netwerkaanpak van PON](#). Dit is een aanpak die professionals in de wijk ondersteunt om de vele factoren van overgewicht integraal in beeld te krijgen en aan te pakken. Let daarbij op de setting van het gesprek. Mensen kunnen schaamte voelen over overgewicht, houd daarom ook zo veel mogelijk 1-op-1-gesprekken.

Motiveer persoonsgericht en beslis samen

Het viel ons op dat vrouwen die sterker de nadelen van hun huidige leefstijl ervaren meer motivatie voelden voor verandering. Denk aan kleding die niet meer past, de zorgen van familieleden en kennissen die suikerziekte hebben of zelfs overleden zijn door overgewicht.

Motiveer daarom persoonsgericht, bijvoorbeeld door open vragen te stellen over de gewenste verandering in leefstijl. Het is daarnaast belangrijk je in te leven in iemands intrinsieke motivatie voor verandering, ook als dit ligt op een ander vlak dan leefstijl. Let hierbij wel op: veroordeel overgewicht niet.

De geïnterviewde vrouwen hebben een aantal voorbeelden genoemd die hun helpen om de leefstijlverandering aantrekkelijker te maken:

- In voedingsadviezen focussen op 'met mate en toch lekker' in plaats van niet of nooit
- Beweegactiviteiten combineren met *quality time* met dierbaren
- Een echt leuke beweegactiviteit vinden die men kan volhouden
- Ook helpt het als de hulpverlener de opties goed uitlegt en patiënt/cliënt en hulpverlener samen beslissen op een begrijpelijke manier.

Omdat veel vrouwen zoekende zijn naar wat gezonde gewoontes kunnen worden, geven professionals aan dat het kan helpen om te vertellen of te laten zien wat anderen doen. Zij geven voorbeelden als wekelijkse ontbijtochtenden, wandelgroepjes en samen oefeningen doen in de (fysio)praktijk. Let wel op dat vrouwen verschillende wensen hebben ten aanzien van beslissingsvrijheid, waarbij sommige het fijn vinden om beweegopdrachten te krijgen en anderen niet 'gepusht' willen worden (zie quote):

"Proberen lukt wel, maar ik hou er niet van dat ik iets moet doen en gepusht word. Dan doe ik niks." (1^e generatie, Nederlands-Caribisch).

Versterk de zelf-effectiviteit

Zelf-effectiviteit gaat over het gevoel van kunnen, het in staat zijn om de verandering die je wenst te realiseren. De vrouwen en professionals gaven verschillende tips om de zelf-effectiviteit te versterken:

(Cultuursensitieve) professionele support

Veel vrouwen in de interviews geven aan baat te hebben bij een personal trainer en een concreet trainingsplan. Verwijs dus door naar hulp, maar zorg er vooral ook voor dat de GLI veel bekender wordt bij degene voor wie een GLI geschikt is.

Taal en voedingsadviezen die te weinig rekening houden met de eetcultuur zijn beperkende factoren. Rituelen, dus ook eetgewoonten, zitten dicht op waarden. Het kost daarom veel tijd om ze te veranderen. Het is belangrijk om eetadviezen te geven die passen binnen de eetcultuur, iets wat de vrouwen uit onze interviews onderschrijven. Kijk daarom als interventie-aanbieder naar cultuursensitieve GLI-coaches en diëtisten om hulp passender te maken. Mogelijk helpt het ook om de [cultuursensitieve schijf van 5 van het voedingscentrum](#) bekender te maken. Ten slotte stelde één professional voor om webinars en trainingen over culturele eetgewoontes te geven aan (beginnende) diëtisten.

Sociale steun

Enkele vrouwen gaven aan dat verandering eerder beter lukte als ze samen met anderen actief aan het bewegen waren of familie hadden die sportten of meededen met anders eten. Het is namelijk moeilijk om nieuwe leefstijlpatronen vast te houden als de rest van de familie niet mee verandert. De vrouwen zoeken gelijkgestemden (zie quote). Neem daarom het gezin en als het kan relevante anderen in de sociale omgeving mee in de gedragsverandering.

"Ik wil gewoon met iemand samen, want dan is het leuk." (1^e generatie, Nederlands-Caribisch).

Kleinste stap mogelijk

Sommige vrouwen in de gesprekken zijn nog erg zoekende en zien door drukte en stress niet waar er ruimte is voor verandering. Professionals geven aan dat het helpt om grote stappen op te breken in kleinere stappen. Iemand kan zich richten op de kleinste stap mogelijk (bijv. 4.000 stappen per dag doen, of het huidige gemiddelde blijven volhouden, en niet gelijk 10.000 stappen doen). Vanuit de wetenschap weten we dat het belangrijk is om het behalen van de kleine stappen te vieren.

Concreet en beeldend

Geef persoonsgerichte concrete tips, bijvoorbeeld door samen naar de supermarkt te gaan en gezonde keuzes te maken. Je kunt ook kijken hoe dagelijkse wandelroutes naar de supermarkt iets groter kunnen worden gemaakt.

“Ga eens daadwerkelijk met iemand naar de supermarkt in plaats van het even te zeggen in zo'n kantoortje.” (2^e generatie, Nederlands-Caribisch).

Ten slotte, ondersteun je adviezen met plaatjes; het [boekje](#) van de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten kan een handig voorbeeld zijn als het gaat om voedingsadviezen.

4.2 Voor leiders van lokale programma's

Stimuleer gezondere sociale normen op voeding

Sociale normen en gemeenschappelijke eetpatronen kunnen de individuele keuzes in voeding van mensen beïnvloeden en in stand houden. Dit effect werd bevestigd in eerdere onderzoeken en ook door meerdere vrouwen in onze interviews. Tegelijkertijd geven deelnemers uit eerder onderzoek ook aan dat de sterke sociale relaties juist een kans bieden om gezonder leven te stimuleren²². 'Er kan meer ruimte komen voor gezond eten en beweging als ondersteuners en hulpverleners rekening houden met de cultuur van de doelgroep. Daarbij kun je denken aan gastvrijheid, gezamenlijk eten en een specifieke smaak. We weten dat invloedrijke personen en groepen in een gemeenschap bij kunnen dragen aan het verschuiven van sociale normen richting een gezondere leefstijl. Deze personen of groepen kunnen mensen in hun sociale netwerk over de drempel heen helpen door zelf voorbeeldgedrag te laten zien. Nieuw gedrag wordt dan makkelijker geaccepteerd en mensen worden minder snel uitgesloten als zij andere leefstijlkeuzes maken. (Sociale) media kunnen vervolgens een rol spelen om de verschuiving naar gezondere keuzes te verspreiden voorbij lokale gemeenschappen.

Verminder stressoren in de omgeving en bevorder een aantrekkelijke leefomgeving

Leiders van lokale programma's kunnen de ervaren gezondheid verbeteren door te kijken hoe de stressoren vanuit de omgeving verminderd kunnen worden. Daarnaast kunnen zij samen met bewoners bedenken hoe ze de omgeving kunnen veranderen zodat (samen) bewegen en gezonder koken makkelijker worden. In de [publicatie van Pharos over leefomgeving](#) staan allerlei handvatten om deze samenwerking vorm te geven.

4.3 Tot slot

Concluderend kunnen we stellen dat overgewicht ontstaat en blijft voortbestaan door een stapeling van verschillende factoren. Deze hebben te maken met leefstijl maar ook zaken die buiten de directe invloedssfeer van de persoon met overgewicht liggen. Uit cijfers blijkt dat mensen met onder andere een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Nederlands-Caribische migratieachtergrond vaker dan gemiddeld in Nederland ernstig overgewicht hebben. In sommige groepen stijgt het aantal mensen met ernstig overgewicht snel. Uit deze verkenning blijkt dat mensen graag willen werken aan een

gezond gewicht maar dat dit vaak niet lukt. Mensen zijn onvoldoende bekend met de opties die er zijn om te worden ondersteund bij het bereiken van een gezond gewicht, zoals de GLL.

Wij bevelen aan dat professionals vaker het gesprek aangaan met mensen met overgewicht om breed te verkennen wat hen zou kunnen helpen om te werken aan een gezonder gewicht. Het is belangrijk dat dit gebeurt op een cultuursensitieve en persoonsgerichte manier. Daarbij kunnen leiders van lokale programma's gezond leven ondersteunen door gezonde sociale normen qua voeding te stimuleren, stressoren in de omgeving te verminderen en een aantrekkelijke leefomgeving te bevorderen. Bovenstaande inzichten en handvatten kunnen hier hopelijk ondersteuning bij bieden.

5 REFERENTIES

- ¹ <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/leeftijd-geslacht/volwassenen>
- ² CBS, Integratie en samenleven (2022)
- ³ https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/26793/Factsheet_Richtlijn_overgewicht_en_obesitas_volwassenen.pdf
- ⁴ RIVM rapport 2015-0099, E.J. de Boer et al. Voeding van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en autochtone Nederlanders in Amsterdam
- ⁵ K Anujoo, K Stronks, MB Snijder, G Jean-Louis, G Ogedegbe, C Agyemang. Ethnic differences in self-reported sleep duration in the Netherlands - The HELIUS study. *Sleep Med* 2014;15:1115-21.
- ⁶ K Anujoo, K Stronks, MB Snijder, G Jean-Louis, F Rutters, BJ van den Born, RJ Peters, C Agyemang. Relationship between short sleep duration and cardiovascular risk factors in a multi-ethnic cohort – the HELIUS study. *Sleep Med* 2015;16:1482-8
- ⁷ <https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/om-geestelijke-gezondheidsproblemen-te-voorkomen-is-kennis-nodig.htm>
- ⁸ H Schmengler, UZ Ikram, MB Snijder, AE Kunst, C Agyemang. Association of perceived ethnic discrimination with general and abdominal obesity in ethnic minority groups: the HELIUS study. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:453-460.
- ⁹ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85398NED/table?ts=1695641188732>
- ¹⁰ https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2023/01/Pharos_Leefomgeving_gezondheidsverschillen_online-1.pdf
- ¹¹ Teuscher, D. (2014) Challenges of a healthy lifestyle for socially disadvantaged people of Dutch, Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: a focus group study
- ¹² Koudstaal, K. en Verdonk, P. (2016) Kwalitatief onderzoek naar visies over gezondheid en leefstijl van Nederlands-Marokkaanse oudere vrouwen in Nederland, *NED TIJDSCHR VOOR VOEDING & DIËTETIEK* - 2016;71(3)
- ¹³ <https://www.rivm.nl/publicaties/jaarrapportage-monitor-gecombineerde-leefstijl-interventie-GLI-2023>
- ¹⁴ Adapting an effective lifestyle intervention towards individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: the design of the MetSLIM study Dorit Teuscher, Andrea J Bukman, Agnes Meershoek, Reint Jan Renes, Edith JMFeskens and Marleen A van Baak
- ¹⁵ UMCU (2022) The difference lies in the details
- ¹⁶ Pharos (2022) Verkenning Uitval bij de gecombineerde leefstijlinterventie
- ¹⁷ <https://www.nationale diabeteschallenge.nl/ndc-migratieachtergrond/>
- ¹⁸ <https://jeleefstijlalsmedicijn.nl/het-suikerhuis-gaat-van-start/>
- ¹⁹ <https://www.nationale diabeteschallenge.nl/ndc-migratieachtergrond/>
- ²⁰ <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/leeftijd-geslacht/volwassenen>
- ²¹ <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/infographic>
- ²² Teuscher, D. (2014) Challenges of a healthy lifestyle for socially disadvantaged people of Dutch, Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: a focus group study <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09581596.2014.962013>