

CGL-rapportage 10-02

Bereik van doelgroepen

Onderzoek naar bereik van interventies in het
ZonMw-programma PreventieKracht Thuiszorg

Heleen van Donkersgoed, Universiteit Utrecht
Loes Lanting, RIVM Centrum Gezond Leven
Dirk Jan Boerwinkel, Universiteit Utrecht

Contact:
Loes Lanting
RIVM Centrum Gezond Leven
Loes.Lanting@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de algemene kennisvraag 'leefstijl en preventie' van VWS aan het RIVM Centrum Gezond Leven, in overleg met ZonMw.

RIVM Centrum Gezond Leven

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals. Onder andere door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het CGL is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?). Dit rapport wees onder andere op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

Dankwoord

Het in deze CGL-rapportage beschreven onderzoek is uitgevoerd vanuit het programma Monitoring van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL).

Alle mensen die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek bedanken we hartelijk. ZonMw danken we voor het verzamelen en aanleveren van de subsidieaanvragen en verslagen van de deelnemende thuiszorginstellingen.

Heleen van Donkersgoed heeft voor haar afstuderen het voortouw genomen in de uitvoering van het onderzoek. Wij danken haar voor de dataverzameling, analyse en rapportage. Ook dank aan Dirk Jan Boerwinkel, die vanuit de Universiteit Utrecht deze stage heeft begeleid.

Tot slot gaat onze dank uit naar de meelezers van dit rapport binnen het RIVM: René Poos (Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen) en Sandra van Dijk (CGL).

Loes Lanting
Coördinator programma Monitoring
RIVM Centrum Gezond Leven

Inhoud

Dankwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	7
2 Opzet onderzoek	8
2.1 Onderzoeksvragen	8
2.2 Methode	8
2.2.1 <i>Dataverzameling</i>	8
2.3 Data-analyse	10
3 Resultaten	11
3.1.1 <i>Bereik preventieactiviteiten</i>	13
3.1.2 <i>Bereik naar diversiteit</i>	14
3.2 Intensiteit van interventies	14
4 Discussie	17
4.1 Beperkingen	17
4.1.1 <i>Bereik</i>	17
4.1.2 <i>Eigenschappen interventie</i>	19
4.2 Aanbevelingen	19
4.2.1 <i>Bereik</i>	19
4.2.2 <i>Eigenschappen interventie</i>	20
4.3 Uitbreidingsmogelijkheden	21
4.3.1 <i>Intermediairen</i>	21
4.3.2 <i>Mantelzorgers</i>	21
4.3.3 <i>Topografische spreiding</i>	21
5 Conclusies	22
Referenties	24
Lijst van afkortingen	25
Bijlage 1: Bereik naar diversiteit – Exacte aantallen	26
Bijlage 2: Bereik in 2007 en 2008	29

Samenvatting

Van 2007 tot en met 2009 is het programma PreventieKracht Thuiszorg uitgevoerd, een programma waarbij thuiszorginstellingen leefstijlinterventies uitvoerden. Het programma werd gesubsidieerd door VWS en uitgevoerd door ZonMw. Deze CGL-rapportage beschrijft het bereik in 2007 en 2008 van thuiszorginterventies gefinancierd vanuit het programma. Na afronding van PreventieKracht Thuiszorg is het vervolgprogramma PreventieKracht Dicht bij Huis van start gegaan. De uitvoering van dit programma is van 2010 tot en met 2012.

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van subsidieaanvragen en eindverslagen die aangeleverd zijn door de thuiszorginstellingen. Er is een database ontworpen waarin per interventie het thema van de interventie genoteerd is, hoeveel personen men gebruik wilde laten maken van de interventies (geplande bereik) en hoeveel personen daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de interventies (gerealiseerde bereik). Ook is ingevoerd wat het bereik naar diversiteit (geslacht, etniciteit en leeftijd) was. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt in intensiteit van interventies (hoog intensief, cursussen e.d.; matig intensief, informatiebijeenkomsten e.d.; laag intensief, telefonisch spreekuur e.d.).

De belangrijkste resultaten van deze analyse zijn dat op de thema's voeding, bewegen, overgewicht, gezond ouder worden en diabetes de meeste interventies uitgevoerd zijn. Het bereik naar diversiteit toont aan dat tweederde van de bereikte personen vrouw is. Verder blijkt dat ongeveer een vijfde van de bereikte personen allochtoon is en dat het bereik naar leeftijd sterk afhankelijk is van het thema.

Bij de indeling naar intensiteit blijkt dat het gemiddelde bereik per hoog intensieve interventie lager is dan het gemiddelde bereik van een matig intensieve interventie. Deze trend zet zich voort; bij de laag intensieve interventies is het gemiddelde bereik het hoogst.

Het was voor het eerst dat er bereikcijfers bijgehouden zijn door thuiszorginstellingen, mede hierdoor zijn niet alle bereikcijfers compleet. Tijdens het in kaart brengen van het bereik is een aantal beperkingen aan het licht gekomen, waarvan de belangrijkste zijn:

- De bereikcijfers zijn niet compleet.
- Er is sprake van inconsistentie in de data.

De bereikcijfers in dit rapport geven een indicatie van het bereik, maar zijn door bovenstaande beperkingen geen exacte weergave.

Deze beperkingen monden uit in de aanbeveling om onder andere het standaard format voor de registratie van implementatie en bereik op een aantal punten aan te passen. Daarbij is het sterk aan te raden om aan te sluiten bij de ontwikkeling van de monitorfaciliteit die vanuit het RIVM Centrum Gezond Leven in gang is gezet. Het werken met een standaard format in verschillende sectoren bevordert tevens de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen deze sectoren. De verwachting is dat dit de kwaliteit van het werk en de lokale samenwerking ten goede komt.

1 Inleiding

Binnen de gezondheidsbevordering is veel aandacht voor de kwaliteit van leefstijlinterventies¹, met groeiende belangstelling voor effectiviteit. Het bewijzen van effectiviteit is een aangelegenheid waar veel bij komt kijken. Een belangrijke factor in het effect van gezondheidsbevordering is het aantal personen dat gebruikmaakt van interventies (het bereik). De laatste jaren is er in toenemende mate aandacht voor het in kaart brengen van het bereik van leefstijlinterventies.

Deze rapportage legt verslag over het in kaart brengen van het bereik van de interventies in de eerste twee jaren van het programma PreventieKracht Thuiszorg. De opdracht voor dit onderzoek is uitgezet bij het Centrum Gezond Leven (CGL) door ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Vanaf 2007 verstrekt ZonMw centraal de financiering voor activiteiten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering door thuiszorginstellingen via het programma PreventieKracht Thuiszorg. Het programma heeft als doelstellingen de (kosten)effectiviteit van de interventies te bevorderen, de verbinding tussen preventie en zorg te versterken en de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en andere (lokale) partijen te bevorderen (ZonMw, 2006). Vanaf 2007 subsidieert ZonMw in opdracht van VWS een kwaliteitsverbetering van de uitvoering van preventieve activiteiten.

De subsidieverstrekking voor de preventieplannen binnen dit programma is projectmatig verlopen. De eerste aanvraagronde voor subsidies was in 2006 en had betrekking op een- of tweejarige activiteitenplannen. De activiteiten moesten betrekking hebben op de ziektebeelden en onderwerpen uit de preventienota van VWS² (VWS, 2006), door ZonMw is valpreventie als zesde onderwerp toegevoegd. Er is bij de eerste aanvraagronde soepel omgegaan met het honoreren van preventieactiviteiten binnen het subsidieprogramma, aangezien het nog niet duidelijk was welke preventieactiviteiten de thuiszorgorganisaties precies uitvoerden. Gevolg hiervan is dat niet alle beschreven activiteiten binnen de definitie leefstijlinterventie passen.

Met inzet van de verstrekte subsidies zijn de leefstijlinterventies uit deze activiteitenplannen uitgevoerd. Na afloop van het activiteitenplan moesten de thuiszorgorganisaties een eindverslag schrijven om te toetsen of de uitvoering van het activiteitenplan verlopen is zoals afgesproken in de subsidieaanvraag en om financieel verantwoording af te leggen. In deze verantwoordingsverslagen is onder andere vastgelegd wat het bereik van de leefstijlinterventies was. Het RIVM Centrum Gezond Leven heeft vervolgens op basis van deze verslagen het bereik van PreventieKracht Thuiszorg in de jaren 2007 en 2008 in kaart gebracht. In deze analyse zijn alleen de interventies meegenomen die gerealiseerd zijn. Hierdoor geeft dit geen compleet beeld van alle gehonoreerde leefstijlinterventies binnen PreventieKracht Thuiszorg, aangezien een aantal interventies om diverse redenen niet in praktijk gebracht is. Daarom is het niet mogelijk het gerealiseerde bereik in dit onderzoek te vergelijken met het totale aantal personen dat men wilde bereiken ten tijde van de subsidieaanvraag.

In 2008 is soortgelijk onderzoek gedaan naar het bereik in de eerste negen maanden van PreventieKracht Thuiszorg. De verslaglegging van het voorafgaande onderzoek is te vinden in het rapport Bereik van preventieactiviteiten in het kader van PreventieKracht Thuiszorg (Olde Groeninger, 2008). Uit de analyse van Olde Groeninger komt naar voren dat de registratie van bereikgegevens niet altijd toereikend is. Deze CGL-rapportage gaat over een periode van twee jaar, en gebaseerd op de beperkingen van de inventarisatie worden aanbevelingen gedaan om in de toekomst bereikgegevens completer en eenduidiger vast te leggen.

¹ Leefstijlinterventie: Elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen (loketgezondleven.nl).

² Te weten: roken, overgewicht, alcohol, diabetes en psychische aandoeningen.

2 Opzet onderzoek

2.1 Onderzoeksvragen

In dit rapport worden twee hoofdvragen beantwoord:

Wat is het bereik geweest van de interventies binnen PreventieKracht Thuiszorg in 2007 en 2008?

Welke aanbevelingen zijn er voor een volgende subsidieronde ten aanzien van het registreren van bereikgegevens?

Bij de eerste hoofdvraag zijn de volgende subvragen van toepassing:

Wat was het geplande bereik en wat was het gerealiseerde bereik?

- Wat is het bereik per thema?
- Wat is het bereik per leeftijdscategorie?
- Wat is het bereik per geslacht?
- Wat is het bereik naar etniciteit (allochtoon/autochtoon)?
- Hoe kunnen interventies opgedeeld worden naar intensiteit³? En wat is het bereik per intensiteit?

Bij de tweede hoofdvraag behoren de volgende subvragen:

- Wat zijn de beperkingen bij het in kaart brengen van het bereik van de interventies binnen PreventieKracht Thuiszorg?
- Aan welke (vanuit de praktijk haalbare) eisen moet een ontwerp voor het in kaart brengen van bereik voldoen? En hoe zou dit ontwerp eruit kunnen zien?

2.2 Methode

2.2.1 Dataverzameling

In de jaren 2007 en 2008 hebben 59 thuiszorginstellingen deelgenomen aan het programma PreventieKracht Thuiszorg. Bij dit programma kregen zij de opdracht het bereik bij te houden van de door hen uitgevoerde leefstijlinterventies. De definitie van bereik is het aantal personen dat gebruikmaakt van een interventie. De bereikgegevens zijn vastgelegd in subsidieaanvragen en eindverslagen die opgesteld zijn voor ZonMw.

De dataverzameling voor dit onderzoek is gebaseerd op subsidieaanvragen en eindverslagen. In de subsidieaanvragen zijn gegevens te vinden over interventies: waaruit de interventie bestaat, de doelgroep van de interventie en op welk thema de interventie van toepassing is. In de eindverslagen (na één of twee jaar) zijn onder andere bereikgegevens, behaalde resultaten en afrekeningen te vinden.

Om vast te stellen wat het bereik was van de interventies binnen het programma PreventieKracht Thuiszorg in 2007 en 2008 is een database ontworpen in het programma Microsoft®Excel 2002. In deze database zijn per instelling alle interventies opgenomen die uitgevoerd zijn in 2007 en 2008. Per interventie is ingevoerd hoeveel personen men wilde bereiken in de gestelde periode (gepland bereik) en hoeveel personen men aan het einde van 2008 daadwerkelijk heeft bereikt (gerealiseerd bereik). Verder is het bereik naar diversiteit genoteerd, waaruit blijkt wat het bereik naar leeftijd (0-23, 23-65 en 65+), geslacht en etniciteit (allochtoon/autochtoon) is geweest. Daarnaast zijn gegevens over de eigenschappen van de interventies ingevoerd, er is genoteerd op welk thema (of thema's) de interventie is gericht en wat de intensiteit van de interventie is.

³ Intensiteit: De kracht van een interventie. Gaat het om een cursus van twintig uur persoonlijk contact of om de beantwoording van een vraag per e-mail? (Zie methoden.)

Ten aanzien van de dataverzameling is een aantal keuzes gemaakt:

Wat is een interventie

Voor de analyse zijn alle interventies meegenomen die door de thuiszorginstellingen in de bereiktabellen genoteerd zijn. De activiteiten die niet voldoen aan de definitie van interventie zijn niet meegenomen.

De door het RIVM gehanteerde definitie van leefstijlinterventie is: 'Elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen' (Loketgezondleven.nl). Daarbij zijn voor dit onderzoek de eisen gesteld dat een interventie is gericht op de uiteindelijke doelgroep of de verzorgenden/familieleden hiervan en dat een interventie bestaat uit meer dan alleen informatieverstrekking. De eerste randvoorwaarde is ontworpen omdat in dit onderzoek de focus ligt op het bereik van de doelgroep. Interventies gericht op intermediairen zijn niet meegenomen. Het opleiden van intermediairen is een essentieel onderdeel van interventies en onmisbaar voor gezondheidsbevordering, maar voor dit onderzoek zijn de activiteiten voor intermediairen niet meegenomen, omdat het aantal intermediairen dat opgeleid wordt niet aangeeft wat het uiteindelijke bereik van de doelgroep is. Door de tweede randvoorwaarde wordt een marktkraam, informatiemarkt of folder niet gezien als interventie, omdat deze activiteiten alleen richten op informatieoverdracht.

Alleen gerealiseerde interventies in analyse

Het is bekend dat een groot aantal gehonoreerde interventies in de subsidieaanvragen niet gerealiseerd is. De redenen daarvoor zijn uiteenlopend, variërend van te weinig animo vanuit de doelgroep tot een tekort aan geschikte uitvoerders voor de interventie. Voor dit onderzoek is besloten alleen de uitgevoerde interventies mee te nemen, aangezien de gegevens over de niet-uitgevoerde interventies niet in zijn geheel zijn vastgelegd.

Thema's

Voor de indeling naar thema werden de thema's uit het rapport Preventie in de thuiszorg nader bekeken van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (Van Dale, Fokker, en Molleman, 2007) als uitgangspunt genomen. Bij het noteren van de thema's van de activiteiten bleek dat een interventie vaak niet specifiek op één thema gericht is, maar op meerdere thema's. Een voorbeeld hiervan is een interventie gericht op het bestrijden van overbelasting bij mantelzorgers die door de thuiszorginstelling is genoteerd als interventie met het thema depressie. Een ander voorbeeld is een interventie gericht op diabetes waarbij men ook overgewicht tracht te verminderen. Om dit probleem de hand te bieden, is gekozen interventies toe te wijzen aan meerdere thema's. Het thema (of de thema's) van een interventie is bepaald door de interventieomschrijving in de subsidieaanvragen en/of eindverslagen. Ieder thema dat expliciet genoemd wordt, is meegenomen als thema van de interventie. Uitzondering is het thema leefstijl; onder dit thema kunnen alle interventies geschaard worden, zoals blijkt uit de naam 'leefstijlinterventies'. De interventies die vallen onder het thema leefstijl zijn interventies die niet op een specifiek thema gericht zijn, maar op de algemene gezondheid, zoals gezondheidsscreeningen.

Intensiteit

De aard van de aangeboden interventies is zeer breed, dit varieert van de telefonische beantwoording van een vraag tot een intensieve cursus. Verwacht mag worden dat het verschil in intensiteit invloed heeft op het effect. Om die reden is in dit onderzoek een opdeling naar intensiteit gemaakt. Alle interventies zijn ingeschaald in de volgende indeling.

- Hoog intensief. In de eerste categorie vallen interventies die bestaan uit meerdere activiteiten of interventies waarbij een structurele aanpassing wordt gedaan in de omgeving. In deze categorie horen cursussen van meerdere bijeenkomsten, regelmatig terugkomende gespreksgroepen, huisbezoeken of consulten die niet op zichzelf staan maar vervolgmogelijkheden hebben, of een serie gastlessen.

- Matig intensief. In de categorie ‘matig intensief’ behoren langdurige activiteiten waarvan de deelnemer eenmalig gebruikmaakt. Voorbeelden van interventies die in deze categorie thuishoren, zijn een informatiebijeenkomst, eenmalig huisbezoek, enkel consult, enkele gastlessen, wekelijks spreekuur waar iedereen eenmalig terecht kan met zijn/haar vragen en screeningsactiviteiten.
- Laag intensief. Onder de laatste categorie vallen korte eenmalige interventies zoals het beantwoorden van een vraag per e-mail of telefoon.

Bij het indelen naar intensiteit is een aantal soorten activiteiten lastig in te delen, doordat het niet altijd duidelijk is waaruit een activiteit bestaat. Voorbeelden hiervan zijn screenings en metingen. Bij het indelen van deze activiteiten is ervan uitgegaan dat de screenings en metingen gericht zijn op de opsporing van ziekten en dat opsporing van een ziekte gevolgd wordt door een advies of doorverwijzing naar arts of cursus.

Daarnaast zijn er verschillende instellingen waarbij meerdere interventies als een groep genoteerd zijn. Er is bijvoorbeeld het bereik genoteerd van cursussen, open dagen en e-mailspreekuur als één geheel. Voor deze analyse is de hele groep ingeschaald naar de laagste intensiteit die voorkomt in deze groep; in dit voorbeeld is dit het e-mailspreekuur (laag intensief), aangezien een scheiding in de bereikcijfers achteraf niet meer mogelijk was.

2.3 Data-analyse

Met de verzamelde data zijn analyses verricht. Deze analyses bestaan uit beschrijvende statistiek waarmee aantallen en percentages berekend zijn. Per thema is berekend hoeveel thuiszorginstellingen interventies aanbieden. Vervolgens is berekend van hoeveel interventies het geplande bereik bekend is en uit hoeveel personen dit geplande bereik bestaat. Ook voor het gerealiseerde bereik is berekend van hoeveel interventies het gerealiseerde bereik bekend is en uit hoeveel personen het gerealiseerde bereik bestaat. Voor de vijf belangrijkste thema's binnen PreventieKracht Thuiszorg (overgewicht, diabetes, roken, depressie, valpreventie) en het thema mantelzorg (dat betrekking heeft op een belangrijke doelgroep) is berekend wat het bereik is binnen de indeling naar intensiteit. Voor het totale bereik is deze indeling naar intensiteit ook gemaakt.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk laat zien wat het bereik is geweest van de interventies binnen het programma PreventieKracht Thuiszorg. Aan het programma hebben 59 thuiszorginstellingen (TI) deelgenomen. In deze analyse zijn de bereikcijfers meegenomen van 56 thuiszorginstellingen; drie instellingen zijn uitgevallen (redenen voor uitval zijn fusering en ontbrekende/onbruikbare data).

In Tabel 1 is per thema uitgewerkt wat het bereik is. Voor het thema roken zijn door 25 (44,6%) van de thuiszorginstellingen interventies uitgevoerd, in totaal waren dit 39 interventies. Het geplande bereik bestond uit 3.022 personen, dit was bekend voor 89,7% (35 van de 39) van de interventies. Dit betekent dat van 10,3% van de interventies het geplande bereik onbekend is. Het gerealiseerde bereik is een stuk hoger uitgekomen, namelijk op 7.569. Dit cijfer is gebaseerd op 92,3% (36 van de 39) van de interventies, van de overige 6,7% zijn geen gerealiseerde bereikgegevens bekend. Deels ligt het gerealiseerde bereik hoger, omdat dit voor meer interventies is bijgehouden. Het verklaart voor het thema roken niet het grote verschil tussen geplande bereik (3.022) en gerealiseerde bereik (7.569). Voor dit thema is er van één interventie meer het gerealiseerde bereik bekend in vergelijking tot het geplande bereik (van 36 in plaats van 35 interventies). Het is onwaarschijnlijk dat daardoor het verschil in bereik van 4.547 personen (7.569-3.022) kan worden verklaard. Redenen waarom het gerealiseerde bereik meer dan twee keer zo hoog is dan het geplande bereik zijn niet bekend. Mogelijk is dat het geplande bereik niet reëel is geschat.

Een interventie kan gericht zijn op meerdere thema's; hierdoor komt het totale aantal interventies (de onderste rij van de tabel) niet overeen met de optelsom van het aantal interventies per thema. Hetzelfde geldt voor de bereikcijfers; het opgetelde bereik van alle thema's bevat een grote overlap in personen en is niet gelijk aan het totale bereik van de leefstijlinterventies.

Deze cijfers in Tabel 1 hebben alleen betrekking op de gerealiseerde interventies. In de bereiktabellen van de eindverslagen zijn 140 niet-gerealiseerde interventies opgenomen. Veel interventies die niet zijn uitgevoerd staan ook niet in de bereiktabellen vermeld, waardoor de weergave incompleet is. Van 97 interventies is het geplande bereik genoteerd; het gaat hierbij om 5.690 personen.

Tabel 1. Bereikgegevens per thema. Gepland en gerealiseerd bereik en aantallen/percentages interventies waarop het bereik gebaseerd is.

Thema	# TI* met interventies (% van totaal aantal TI)	# interventies	# interventies met gepland bereik (% van totaal aantal interventies)	Bereik gepland (in personen)	# interventies met gerealiseerd bereik (% van totaal aantal interventies)	Bereik gerealiseerd (in personen)
Overgewicht	45 (80,4)	148	125 (84,5)	22.175	135 (91,2)	27.182
Diabetes	34 (60,7)	92	75 (81,5)	20.273	82 (89,1)	16.230
Roken	25 (44,6)	39	35 (89,7)	3.022	36 (92,3)	7.569
Valongelukken	21 (37,5)	40	30 (75,0)	8.693	32 (80,0)	4.664
Depressie	8 (14,3)	11	10 (90,9)	2227	11 (100)	2248
Mantelzorg	28 (50,0)	46	40 (87,0)	2.618	41 (89,1)	2.877
Voeding	47 (83,9)	349	286 (81,9)	76.679	318 (91,1)	77.284
Bewegen	47 (83,9)	165	141 (85,5)	29.507	151 (91,5)	25.868
Voeding uniek ¹	36 (64,3)	99	75 (75,8)	33.810	59 (59,6)	36.934
Overig ²	28 (50,0)	58	55 (94,8)	8.014	55 (94,8)	5.486
Gezond ouder worden	31 (55,4)	49	43 (87,8)	26.140	48 (98,0)	20.471
COPD/Astma	17 (30,4)	31	25 (80,6)	4.834	29 (93,5)	5.710
Dementie	17 (30,4)	30	21 (70,0)	913	25 (83,3)	1.806
Psychische klachten (anders dan depressie)	15 (26,8)	24	20 (83,3)	1.455	23 (95,8)	1.099
CVA	12 (21,4)	22	18 (81,8)	799	20 (90,9)	2.434
Leefstijl ³	11 (19,6)	14	11 (78,6)	2.282	13 (92,9)	4.556
Ziekenverzorging	11 (19,6)	12	11 (91,7)	518	12 (100)	307
Opvoeding	6 (10,7)	12	12 (100)	1.016	12 (100)	702
Divers ⁴	10 (17,9)	11	9 (81,8)	1.813	9 (81,8)	2.335
Hart- en vaatziekten	7 (12,5)	10	8 (80,0)	806	9 (90,0)	426
Reuma/artrose	6 (10,7)	7	6 (85,7)	202	7 (100)	145
Totaal ⁵	56 (100)	727	598 (82,3)	146.484	658 (90,5)	147.656

* Thuiszorginstellingen

¹ Het thema 'voeding uniek' laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema's gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd; doordat de interventies toegewezen kunnen zijn aan meerdere thema's komt het totale bereik niet overeen met de optelsom van de bereikgegevens per thema

In Tabel 2 zijn de bereikgegevens naar diversiteit weergegeven. Voor het thema roken geldt dat van de personen die bereikt zijn 68% vrouw is en de overige 32% man. Van het bereik is 15% van allochtone afkomst, tegenover 85% autochtonen. De definitie voor allochtoon die door ZonMw is gehanteerd, is gebaseerd op het CBS, en luidt als volgt: 'Een persoon die zelf in het buitenland is geboren en/of van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.' In de laatste drie kolommen is het bereik naar leeftijd aangegeven, waaruit af te lezen is dat 6% onder de 23 jaar is, 85% in de categorie 23-65 jaar valt en de overige 10% ouder is dan 65 jaar. In Bijlage 1 is een tabel te vinden met de exacte aantallen waarop de percentages gebaseerd zijn.

Tabel 2. Bereik naar diversiteit (geslacht, etniciteit en leeftijd).

Thema	Bereik naar sekse		Bereik naar etniciteit		Bereik naar leeftijd		
	vrouwen (%)	mannen (%)	allochtoon (%)	autochtoon (%)	tot 23 jaar (%)	23-65 jaar (%)	65-plussers (%)
Overgewicht	62	38	15	85	52	42	6
Diabetes	63	37	33	67	2	64	34
Roken	68	32	15	85	6	85	10
Valongelukken	68	32	5	95	0	4	96
Depressie	59	41	3	97	0	10	90
Mantelzorg	70	30	19	81	1	50	49
Voeding	65	35	24	76	54	37	9
Bewegen	68	32	23	77	54	34	12
Voeding uniek ¹	67	33	28	72	57	35	7
Overig ²	92	8	4	96	5	89	6
Gezond ouder worden	68	33	10	91	0	28	72
COPD/Astma	56	44	9	91	8	50	42
Dementie	68	33	11	89	1	15	84
Psychische klachten anders dan depressie)	66	34	20	80	9	55	36
CVA	45	55	7	94	0	38	62
Leefstijl ³	80	20	49	51	7	60	33
Ziekenverzorging	91	10	35	65	1	81	19
Opvoeding	88	12	30	71	10	90	0
Divers ⁴	72	29	38	62	4	75	21
HVZ	62	39	3	98	1	60	39
Reuma	78	22	5	95	0	24	76
Totaal ⁵	68	32	20	80	34	40	26

¹ Het thema 'voeding uniek' laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema's gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd.

3.1.1 Bereik preventieactiviteiten

Uit Tabel 1 blijkt dat de meeste thuiszorgorganisaties informatie hadden over het geplande en gerealiseerde bereik van de uitgevoerde interventies in 2007 en 2008. Het aantal interventies dat in totaal door thuiszorgorganisaties is uitgevoerd in 2007 en 2008, is 727. Daarvan is van 598 interventies het geplande bereik bekend, en van 658 het gerealiseerde bereik. Uit Tabel 2 is af te leiden dat in totaal twee derde van het bereik vrouw is (68%) en een vijfde van allochtone afkomst (20%). Het bereik naar leeftijd bestaat uit 34% in de leeftijdscategorie tot 23 jaar, 40% in de categorie 23-65 en de overige 26% is ouder van 65 jaar.

De twee grootste thema's uit Tabel 1 zijn voeding en beweging, met respectievelijk 349 en 165 interventies. Een verklaring voor deze hoge rapportage is dat voeding en beweging raakvlakken hebben met andere thema's, zoals overgewicht en diabetes; het zijn dus niet altijd op zichzelf staande thema's. Het thema 'voeding uniek' laat het bereik zien voor de interventies waarvan voeding het

enige thema was. Dit thema omvat 99 interventies, in plaats van de 349 interventies van het thema voeding. Beweging blijkt zelden voor te komen als enige thema. Na voeding en beweging zijn de grootste thema's overgewicht en diabetes; dit zijn belangrijke speerpunten van VWS. Naast deze grote thema's is er bij de thuiszorginstellingen ook veel aandacht voor interventies speciaal voor ouderen, zoals gezond ouder worden en valongelukken.

De thema's waarop vanuit PreventieKracht Thuiszorg de meeste nadruk gelegd is (overgewicht, diabetes, roken, depressie, valpreventie en mantelzorg), behalen de hoogste bereikcijfers. Alleen depressie blijft hierbij achter.

Onder het thema 'overig' valt een groot aantal interventies met zeer verscheiden thema's. De 58 interventies uit deze groep zijn in te delen in eetproblematiek (8), slaapproblemen (8), cholesterol (5), EHBO (5), borstvoeding (5), fibromyalgie (3), assertiviteit (2), overgang (2), parkinson (2), osteoporose (2), sociale vaardigheid (2), postnatale cursus (1), zwangerschap (1), herstel na bevalling (1), babymassage (1), reanimatie (1), medicijngebruik (1), masseren (1), beweegproblematiek (1), bekkenbodem (1), allergieën (1), blaasproblemen (1), welvaartsziekten algemeen (1), ondergewicht (1), zelfverdediging (1).

3.1.2 Bereik naar diversiteit

Voor alle thema's geldt dat ongeveer twee derde van het bereikte aantal personen vrouw is, het overige deel (een derde) is man. De reden van dit verschil is niet onderzocht. Mogelijke verklaringen zijn: de werving is meer op vrouwen gericht, moeders bezoeken vaker ouderavonden of informatiebijeenkomsten dan vaders, vrouwen hebben een hogere levensverwachting, en een aantal interventies richt zich specifiek op vrouwen. Deze verklaringen zijn niet met gegevens onderbouwd. De verhouding tussen allochtonen en autochtonen varieert, gemiddeld is 20% van de deelnemers van allochtone herkomst. In 2007 bestond de Nederlandse bevolking voor 19% uit allochtonen. Op het eerste oog lijkt een bereik waarvan 20% allochtoon is een goede afspiegeling van de bevolkingssamenstelling wat betreft de verhouding autochtoon en allochtoon. Er is echter enige voorzichtigheid geboden bij deze interpretatie, omdat in de bereikcijfers naar diversiteit geen onderscheid is gemaakt tussen allochtonen van westerse en niet-westerse herkomst. Leefstijlinterventies richten zich voornamelijk op kwetsbare groepen, waar de niet-westerse⁴ allochtonen deel van uitmaken. Aan de hand van de verzamelde bereikcijfers weten we niet of deze groep wel bereikt is.

In de verdeling naar etniciteit zijn enkele opvallende uitschieters, zoals valongelukken, CVA, depressie en hart- en vaatziekten, waarbij de allochtonen ondervertegenwoordigd zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is een lagere prevalentie van CVA, hart- en vaatziekten. Maar voor depressie geldt dit juist niet. Aangezien het onbekend is of interventies zich specifiek richten op allochtonen, is het interpreteren van bereikcijfers naar etniciteit niet goed mogelijk.

Het bereik naar leeftijdscategorie is afhankelijk van het thema. Dit blijkt bijvoorbeeld voor interventies met de thema's gezond ouder worden, valongelukken, dementie, CVA, depressie en reuma. Bij interventies met deze thema's worden vooral ouderen bereikt, wat te verklaren is doordat de risico's bij deze leeftijdsgroep het hoogst zijn.

3.2 Intensiteit van interventies

Een hoger gerapporteerd gerealiseerd bereik betekent niet noodzakelijkerwijs dat er meer gezondheidswinst is behaald dan bij een thema met een lager gerealiseerd bereik. Een belangrijke factor in de effectiviteit van een leefstijlinterventie is de intensiteit. Een cursus waaraan de deelnemers intensief deelnemen zal eerder gedragsverandering teweegbrengen dan een eenmalige beantwoording van een vraag per e-mail. Het is belangrijk om bij de interpretatie van bereikgegevens rekening te houden met intensiteit. In Tabel 3 is het resultaat hiervan te zien voor alle interventies samen en voor de belangrijkste zes thema's van PreventieKracht Thuiszorg. Voor het thema roken zijn in totaal 34

⁴ Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen die afkomstig zijn uit Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba, Afrika, Azië (exclusief Japan en Indonesië) en Latijns-Amerika. (Nationaal Kompas Volksgezondheid.)

interventies uitgevoerd met een hoge intensiteit. Van 31 interventies is het gerealiseerde bereik bekend (2.563 personen). Het gemiddelde bereik per interventie is $2.563/31 = 83$.

De trend is dat interventies met een lage intensiteit een hoog bereik behalen, terwijl bij de hoog intensieve interventies het bereik relatief laag is. In totaal zijn 410 interventies ingeschaald in de hoog intensieve categorie. Van deze 410 interventies is van 380 het gerealiseerde bereik bekend, dit bestaat uit 49.401 personen. Gemiddeld maken bij de hoog intensieve categorie 130 ($49.401/380$) personen gebruik van één interventie. Bij de matig intensieve categorie bestaat het bereik uit meer personen (79.289) voor minder interventies (251), wat resulteert in 316 personen per interventie. Deze trend zet zich voort; bij de laag intensieve interventies is met 27 verschillende interventies een bereik behaald van 18.966 personen, waarbij het bereik gemiddeld 702 personen per interventie bedraagt. De trend dat de intensiteit afneemt naarmate het gemiddelde bereik toeneemt, is van toepassing bij alle grote thema's. Uitzonderingen hierop vormen depressie en valpreventie. Een verklaring voor depressie kan zijn dat drie interventies bestaan uit individuele consulten waarbij in totaal 1.466 mensen bereikt zijn. Door het grote bereik van deze drie interventies geeft dit een vertekend beeld. Bij valpreventie zijn de getallen niet representatief, omdat er in de categorie laag intensief een bereik van twee personen behaald is.

Vanuit intensiteit geredeneerd is het de vraag wat wenselijker is: 130 personen per hoog intensieve cursus of 702 personen per laag intensieve interventie. Bekend is dat hoog intensieve interventies veelal duurder zijn, een kleiner bereik en meer effect hebben. Hiermee ontstaat de afweging tussen kosten en effecten van interventies. Binnen deze studie is niet gekeken naar effecten en kosten van interventies.

Tabel 3. Bereik naar intensiteit. Per intensiteit is aangegeven hoeveel interventies zijn uitgevoerd en met welk bereik, het gemiddelde bereik per interventie en de aantallen/percentages interventies waarop het bereik gebaseerd is.

Intensiteit van interventies	Aantal uitgevoerde interventies	Aantal uitgevoerde interventies met bereik bekend	Bereik (in personen)	Gemiddeld bereik per interventie
Totaal				
Hoog intensief	410	380	49.401	130
Matig intensief	283	251	79.289	316
Laag intensief	34	27	18.966	702
Thema overgewicht				
Hoog intensief	102	94	6.556	70
Matig intensief	39	35	17.519	501
Laag intensief	7	6	3.107	518
Thema diabetes				
Hoog intensief	44	40	3.744	94
Matig intensief	43	39	11.358	291
Laag intensief	5	3	1.128	376
Thema roken				
Hoog intensief	34	31	2.563	83
Matig intensief	5	5	5.006	1001
Laag intensief	0	0	0	nvt
Thema depressie				
Hoog intensief	7	7	1.596	228
Matig intensief	4	4	652	163
Laag intensief	0	0	0	nvt
Thema valpreventie				
Hoog intensief	19	19	1.155	61
Matig intensief	20	20	3.507	175
Laag intensief	1	1	2	2
Thema mantelzorg				
Hoog intensief	38	35	2.135	61
Matig intensief	8	6	742	124
Laag intensief	0	0	0	nvt

4 Discussie

Aan de hand van de verslagen over 2007 en 2008 is een overzicht gemaakt van de bereikcijfers van interventies uitgevoerd door thuiszorginstellingen. Uit dit overzicht blijkt dat in totaal 727 interventies zijn uitgevoerd binnen het programma PreventieKracht Thuiszorg. Hiermee zijn in totaal 147.656 personen bereikt. De thema's met de hoogste bereikcijfers zijn voeding, beweging, overgewicht, gezond ouder worden en diabetes.

4.1 Beperkingen

De bereikcijfers van PreventieKracht Thuiszorg zijn in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat de belangrijkste thema's binnen het programma hoge bereikcijfers hebben. Men moet echter bij de interpretatie van de bereikcijfers rekening houden met een aantal beperkingen. In paragraaf 4.1.1 is te lezen welke punten verbeterd kunnen worden bij de registratie van bereikgegevens. Bij het invoeren van de data bleek namelijk dat de tabellen niet altijd compleet waren of op een onbruikbare wijze waren ingevuld. In paragraaf 4.1.2 wordt ingegaan op de heterogeniteit van de verslagen op het gebied van de eigenschappen van interventies en de nadelen hiervan. Het was voor het eerst dat er gevraagd werd naar bereikgegevens, iets wat thuiszorginstellingen niet gewoon zijn te doen. Dit schept de verwachting en hoop dat voor de volgende jaren de registratie zorgvuldiger gedaan wordt, zodat er een completer beeld ontstaat.

4.1.1 Bereik

Incomplete data

De informatie over interventies en de bereikgegevens zoals aangeleverd door de thuiszorginstellingen is niet compleet. Uit de verslagen blijkt dat niet van alle uitgevoerde interventies de bereikgegevens zijn bijgehouden of weergegeven in de bereiktabellen. Deze constatering komt voort uit enkele eindverslagen waarin men ingaat op het bereik en de effectiviteit van interventies, maar vervolgens zijn deze interventies niet terug te vinden in de bereiktabellen.

Bereik per jaar

De bereikgegevens laten zien wat het bereik is geweest in de jaren 2007 en 2008 samen. Het zou interessant zijn om het bereik in 2007 te scheiden van het bereik in 2008. Dit was niet mogelijk, omdat veel instellingen de bereikgegevens zelf samengevoegd hebben voor beide jaren. Ook geldt voor een groot aantal interventies dat ze gepland waren voor twee jaar maar dat in een van de jaren de uitvoer niet heeft plaatsgevonden. Om deze twee redenen is er een ruis in de bereikgegevens, want interventies die in een tijd van twee jaar zijn uitgevoerd, hebben een hoger bereik behaald dan interventies die maar één jaar uitgevoerd zijn. In Bijlage 2 is een tabel te vinden waarin aangegeven is wat het bereik is geweest voor de op zichzelf staande jaren, voor zover dit bekend is. Daarnaast zijn geen gegevens bekend over het tijdsverloop van een interventie. Het is interessant om te weten of een interventie continu doorgaat (waardoor mensen soms jaren achter elkaar bereikt worden), of dat een cursus in een maand afgerond is.

Genoteerde eenheden

Eenheden die in de tabellen gebruikt zijn voor de bereikcijfers, zijn moeilijk te interpreteren en lijken niet altijd betrouwbaar te zijn. Zo wordt bijvoorbeeld het aantal klassen dat heeft deelgenomen aan een interventie genoteerd, of wordt het bereik weergegeven in een minimum en maximum aantal personen. Om deze getallen mee te nemen in de analyse zijn ze omgerekend naar een realistische schatting van het aantal personen (er is uitgegaan van 30 kinderen per klas en het gemiddelde tussen minimum en maximum aantal personen).

Het gevolg hiervan is dat deze gegevens benaderingen zijn en geen weergave van het exacte aantal personen dat heeft deelgenomen.

Daarnaast varieert het per soort interventie wie de thuiszorginstellingen noteren als bereik. In het geval van ouderavonden, bijvoorbeeld, noteert men het aantal ouders dat heeft deelgenomen, terwijl kinderen de uiteindelijke doelgroep zijn. Als het aantal ouders is bijgehouden, geeft dit een indicatie van het aantal kinderen, maar niet het precieze aantal.

Een ander fenomeen dat regelmatig voorkomt is dat een onderdeel van een intensieve cursus gericht op kinderen bestaat uit een informatiebijeenkomst voor de ouders van de deelnemende kinderen. Bij dit soort interventies wordt door de meeste thuiszorginstellingen alleen het aantal deelnemende kinderen genoteerd, maar door enkele instellingen worden ook het aantal ouders genoteerd. Om één lijn te trekken zijn voor deze analyse de ouders niet meegenomen als bereik, omdat de data anders vervuild zouden worden doordat de meeste instellingen deze gegevens niet bijgehouden hebben. Het gaat hierbij om 14 verschillende interventies op het gebied van overgewicht, waarbij in totaal 1.265 ouders een informatiebijeenkomst hebben gevolgd binnen de interventies waaraan hun kinderen deelnemen. Daarnaast gaat het om één cursus voor het thema astma, waarbij 53 ouders gebruik hebben gemaakt van een informatiebijeenkomst en om één cursus met het thema diabetes, waarbij 32 ouders een informatiebijeenkomst hebben bezocht.

Inconsistente data

De tabellen bevatten inconsistente data, zoals getallen in de tekst die niet overeenkomen met de getallen in de tabellen. Daarnaast zijn er ook veel tabellen waarin de informatie voor bereik naar diversiteit niet juist is. Zo komt het voor dat het aantal mannen en vrouwen bij elkaar opgeteld meer is dan het totale bereik.

Thuiszorginstellingen lijken soms redenen te hebben om tabellen zelf te veranderen. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat er kolommen zijn waarin andere leeftijdscategorieën aangehouden worden dan de standaardtabellen of dat instellingen kolommen omwisselen. Dit soort individuele aanpassingen kan voor de instelling zelf een beter beeld geven van het bereik, maar geeft voor overzichtsonderzoeken moeilijkheden.

Overlap

Aan de hand van de gegeven omschrijvingen van interventies is het moeilijk om overlap in deelnemers te voorkomen. Zo is er een aantal vervolgcursussen apart van de originele cursus vernoemd, met gescheiden bereikcijfers. Uit de omschrijvingen is echter niet te achterhalen of het om een vervolgcursus gaat waarbij dezelfde mensen bereikt worden als bij de originele cursus, of dat het een vervolgcursus is voor de mensen die deelnamen in 2006, of dat het misschien een cursus is inclusief een vervolgcursus. Ook is het niet uit te sluiten dat eenzelfde persoon aan meerdere activiteiten heeft deelgenomen.

Een aantal instellingen heeft één activiteit genoteerd als verschillende interventies, en ook is hier en daar onduidelijk of het om verschillende interventies gaat. Zo komt het voor dat de voedingstelefoon als vier verschillende activiteiten genoemd is, namelijk voor hart- en vaatziekten, diabetes, overgewicht en algemeen. Door dit soort onregelmatigheden zijn de data niet eenduidig te interpreteren.

Bereik naar diversiteit

Bij het interpreteren van de tabellen met bereik naar diversiteit is het belangrijk te weten dat kinderen de doelgroep van interventies kunnen zijn, terwijl de interventie via de ouders verloopt. Dit doet zich regelmatig voor, waardoor bereik genoteerd wordt in het aantal ouders en niet in het aantal kinderen. Gevolg hiervan is dat het bereik genoteerd wordt in de kolom voor volwassenen, waardoor de uiteindelijke doelgroep niet overeenkomt met het gerealiseerde bereik naar leeftijd. Daarnaast is het onbekend hoeveel kinderen exact bereikt worden. Het aantal ouders geeft een indicatie, maar geen exacte bereikgegevens over de doelgroep. Het bereik naar leeftijd geeft hierdoor geen goede afspiegeling van het bereik van de uiteindelijke doelgroep (waarbij de gezondheidswinst door de interventies beoogd wordt).

Wat diversiteit naar etnische herkomst betreft is het onduidelijk wat de verdeling tussen allochtonen van niet-westerse herkomst en westerse herkomst betreft, omdat dit niet is geregistreerd. Om die reden kan niet vastgesteld worden of de kwetsbare groep niet-westerse allochtonen naar verhouding goed bereikt is.

4.1.2 Eigenschappen interventie

Thema's

Door de instellingen wordt onderling op verschillende manieren genoteerd wat een interventie precies inhoudt. De activiteitenplannen zijn wisselend uitgeschreven, het varieert van plannen waarin de uitvoer van interventies stapsgewijs beschreven staat tot plannen waarin alleen de naam van de interventies zijn aangegeven. Doordat er zo veel verschil is tussen de instellingen zou het goed kunnen zijn dat bepaalde interventies overschat zijn als het gaat om de thema's waarop ze betrekking hebben, terwijl een andere interventie juist onderschat kan zijn op dit gebied doordat de informatie hierover niet toereikend was in de subsidieaanvragen.

4.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de beperkingen aangedragen in paragraaf 4.1 zijn in deze paragraaf aanbevelingen opgesteld om bij een toekomstig project de bereikgegevens eenduidiger en completer weer te geven. Hieronder zal per beperking een aanbeveling gedaan worden, zodat bij een volgende inventarisatie een completer en eenduidiger overzicht gemaakt kan worden. Bij deze aanbevelingen wordt ervan uitgegaan dat de bereikgegevens digitaal worden aangeleverd. Wellicht zou de monitorfaciliteit binnen de I-database van het Loketgezondleven.nl hiervoor gebruikt kunnen worden. Verwacht wordt dat deze faciliteit vanaf december 2010 beschikbaar is.

4.2.1 Bereik

Incomplete data

Een algemene aanbeveling waardoor de data completer zullen worden, is het ontwerpen van een vaststaand format waarin de gegevens van interventies ingevuld worden. Zo zullen alle thuiszorginstellingen dezelfde gegevens aangeven bij de interventies. Wanneer subsidieaanvragen en (eind)verslagen alleen geaccepteerd worden wanneer ze door de instellingen volledig ingevuld zijn, zou dit ervoor zorgen dat van alle interventies dezelfde gegevens bekend zijn en dat de data compleet worden aangeleverd.

Bereik per jaar

Het is aan te raden om de bereikcijfers per kalenderjaar aan te laten leveren, zodat bereikcijfers per jaar geanalyseerd kunnen worden. Dit kan gestimuleerd worden door het onmogelijk te maken de naam van de bereiktabellen te veranderen.

Daarnaast is het aan te raden om de thuiszorginstellingen aan te laten geven wat de start- en einddatum is van de interventie. Zo zal de tijdsduur van blootstelling aan de interventie meegenomen kunnen worden in een volgende analyse.

Genoteerde eenheden

Om te stimuleren dat de thuiszorginstellingen de tabellen invullen met exacte aantallen personen (geen minimum/maximum, aantal klassen, percentages e.d.), is het aan te raden om alleen tabellen te accepteren die compleet zijn. Het zou goed zijn om hierbij een optioneel veld in te voegen, zodat instellingen de mogelijkheid hebben een opmerking toe te voegen. Een dergelijke opmerking kan bijvoorbeeld zijn dat het om een schatting gaat, dat de bereikcijfers niet compleet zijn of dat alleen de ouders geteld zijn en niet de kinderen (uiteindelijke doelgroep). Instellingen kunnen hier noteren dat niet van alle deelnemers de eigenschappen naar diversiteit bekend zijn en de reden daarvan. Dit zou

dan kunnen verklaren waarom het gerealiseerde bereik niet overeenkomt met het bereik naar diversiteit.

Een andere aanbeveling op dit onderwerp is dat het belangrijk is om duidelijk te definiëren wat nu precies ingevuld moet worden door de thuiszorginstellingen. Hierin moet onder andere staan wie de doelgroep precies is (de persoon bij wie de gedragsverandering plaatsvindt, of de persoon bij wie de gezondheidswinst gehaald wordt) en dus van wie het bereik geregistreerd moet worden.

Inconsistente data

Een rekentool in het monitorinstrument kan inconsistenties, zoals rekenfouten, voorkomen. Een voorbeeld hiervan is dat er een foutmelding volgt wanneer de uitkomst van het aantal mannen + het aantal vrouwen niet overeenkomt met het gerealiseerde bereik. Op deze foutmelding kan een nieuw venster volgen met de mogelijkheid de getallen te veranderen of de reden te geven waarom de getallen niet compleet zijn.

Het is af te raden om het voor de thuiszorginstellingen mogelijk te maken om zelfstandig de tekst in het format te veranderen. Bij voorkeur vullen thuiszorginstellingen alleen de gevraagde categorieën in.

Overlap

Om duidelijk in beeld te hebben wat een interventie precies inhoudt en waaruit deze bestaat, moet ten tijde van de subsidieaanvraag een aantal gegevens van iedere interventie vastgelegd worden. Als het bijvoorbeeld om een vervolgcursus gaat, moet voor de lezer duidelijk zijn wat dit dan inhoudt en wie eraan deelneemt. Zo moet per interventie het bereik genoteerd worden, en wanneer het bereik opgesplitst wordt, moet het duidelijk zijn dat het om dezelfde interventie/bereikte personen gaat.

Bij het invoeren van de data moeten de thuiszorginstellingen aan kunnen geven of er sprake is van overlap in de bereikgegevens. Zo kan hier bijvoorbeeld genoteerd worden dat het gaat om een gespreksgroep die eenmalig te bezoeken is, maar die door een deel van de deelnemers meerdere keren bezocht wordt (en over hoeveel personen dit dan gaat).

Bereik naar diversiteit

Zoals eerder beschreven moet duidelijk aangegeven kunnen worden op wie de bereikcijfers betrekking hebben. Als het gaat om de ouders van peuters (de beoogde doelgroep) moet blijken dat het aantal ouders geteld is en niet het aantal peuters. Hiertoe kan een optioneel veld gemaakt worden.

Het is aan te raden om onderscheid te maken tussen allochtonen van westerse afkomst en van niet-westerse afkomst.

4.2.2 Eigenschappen interventie

Het format voor de subsidieaanvraag dat op dit moment gebruikt wordt, doet navraag naar veel verschillende aspecten. Als al deze vragen zorgvuldig ingevuld zouden zijn door de thuiszorginstellingen, zou dit veel informatie geven. Helaas blijkt dit in de praktijk niet goed te werken. Dit komt doordat de instellingen niet alle nagevraagde eigenschappen benoemen. Het is aan te raden om per eigenschap na te vragen of een interventie gericht is op mannen/vrouwen/beide, allochtonen/autochtonen/beide, leeftijdsgroep, maatschappelijke groep, ouders/kinderen, mantelzorgers enzovoort.

Thema's

Om op een uniforme wijze de thema's van interventies vast te leggen, is het goed om aan te laten geven wat het belangrijkste thema van de interventie is en welke thema's nog meer aan bod komen. Op deze manier ligt de keuze voor de thema's bij de uitvoerders/opdrachtgevers van de interventie. Zij hebben veel meer inzicht in de inhoud van interventies dan achteraf geëxtraheerd kan worden uit de subsidieaanvragen.

Bij het invoeren van de thema's van een interventie is het belangrijk de thema's duidelijk te definiëren. Dit geldt speciaal voor de thema's voeding, beweging en leefstijl. Er kunnen bijvoorbeeld randvoorwaarden gesteld worden bij het thema beweging, zodat dit thema specifiekere toegewezen

wordt. Een van deze voorwaarden zou kunnen zijn dat beweging alleen van toepassing is wanneer deelname aan een bewegingsactiviteit is opgenomen in de interventie. Voeding zou gedefinieerd kunnen worden als: het thema voeding is van toepassing wanneer een interventie meer dan de helft van de tijd besteedt aan kennis over voeding/bereiden/inkopen van voeding. Leefstijl is een thema dat betrekking heeft op alle leefstijlinterventies, vandaar dat de term leefstijl niet goed als thema fungeert. In plaats van de term leefstijl gaat de voorkeur uit naar algemene gezondheid, omdat hieronder zeer algemene leefstijlinterventies geplaatst kunnen worden.

4.3 Uitbreidingsmogelijkheden

In de paragrafen hierboven is een aantal aanbevelingen gedaan aan de hand van de beperkingen die tijdens de analyse van de bereikgegevens naar boven zijn gekomen. Naast deze aanbevelingen is er een aantal aanbevelingen om de verslaglegging van bereikgegevens uit te breiden en te verbeteren.

4.3.1 Intermediairen

In de analyses van dit onderzoek zijn activiteiten die gericht zijn op intermediairen niet meegenomen, omdat alleen het bereik van de uiteindelijke doelgroep in kaart is gebracht. Een aantal thuiszorginstellingen heeft echter wel bereikgegevens genoteerd van activiteiten gericht op intermediairen. Het lijkt of bij de instellingen onduidelijkheid heerst over het wel of niet bijhouden van het bereik van intermediairen. Ook voor de term intermediair is behoefte aan een definitie. Het moet voor de instellingen duidelijk zijn of de bereikgegevens van activiteiten voor intermediairen bijgehouden moeten worden. Hierbij hoort dan ook de vraag wanneer een activiteit voldoet aan de eisen om een interventie genoemd te worden, zodat duidelijk is van welke activiteiten de bereikgegevens bijgehouden moeten worden.

Voor dit onderzoek is de keuze gemaakt om folders, websites en informatiemarkten en dergelijke niet mee te nemen in de analyse. Een aantal instellingen heeft hierover echter wel bereikgegevens genoteerd. Een optie voor een volgende analyse zou kunnen zijn om een vierde intensiteit te hanteren, die dan 'passief' genoemd zou kunnen worden. In deze categorie zouden bij deze inventarisatie 17 interventies vallen, die allemaal bestaan uit marktkramen en informatiemarkten waar eventueel folders uitgedeeld worden. Het gerealiseerde bereik hiervan is 13.851 personen.

In de tabellen met bereikgegevens staat regelmatig genoemd dat er gewerkt wordt aan een folder, maar hierbij zijn meestal geen bereikgegevens genoteerd.

4.3.2 Mantelzorgers

De tabellen die thuiszorginstellingen invullen voor de eindverslagen hebben meer categorieën dan gebruikt zijn binnen dit onderzoek. Zo wordt er gevraagd naar het bereik van mantelzorgers. Een enkele instelling heeft dit bijgehouden, maar deze kolom was door de meeste instellingen niet ingevuld. De gegevens over mantelzorgers zijn daarom niet meegenomen. Om dit bij een volgende analyse wel te kunnen doen, is het nodig om een definitie voor mantelzorger op te stellen. Hierin moet duidelijk zijn of alle ouders hiertoe behoren, of dat zij alleen mantelzorger zijn als ze voor een ziek kind zorgen. En is obesitas dan een ziekte? Uit de eindverslagen is namelijk gebleken dat deze term op verschillende manieren geïnterpreteerd is.

4.3.3 Topografische spreiding

Naast gegevens over bereik naar geslacht, etniciteit en leeftijd zou het ook informatief zijn om meer gegevens te hebben over topografische spreiding. De gegevens die nu aangeleverd worden, geven alleen inzicht voor het hele gebied, maar zeggen niets over de exacte topografische spreiding van interventies. Het zou daarom inzichtelijk zijn om de bereiken per uitvoerlocatie (gemeente of GGD-regio) weer te geven.

5 Conclusies

Dit rapport geeft een overzicht van de bereikgegevens van PreventieKracht Thuiszorg in 2007 en 2008. Deze bereikgegevens zijn een indicatie van het exacte bereik van de interventies binnen het programma PreventieKracht Thuiszorg. Door de vele beperkingen in de dataverzameling zijn de bereikcijfers een indicatie van de realiteit. Om het bereik eenduidiger en completer in kaart te brengen gaat dit rapport uitgebreid in op aanbevelingen voor een toekomstige subsidieronde.

Bereik van PreventieKracht Thuiszorg

In de jaren 2007 en 2008 zijn door 56 thuiszorginstellingen bereikgegevens bijgehouden van uitgevoerde leefstijlinterventies. Het geplande bereik van alle interventies samen was 146.484 personen (bekend voor 82,3% van de interventies), en uiteindelijk hebben 147.565 personen (bekend voor 90,5% van de interventies) daadwerkelijk deelgenomen aan interventies (het gerealiseerde bereik). Doordat alleen de gerealiseerde interventies zijn meegenomen in deze analyse zegt dit niets over het totale aantal personen dat men gepland had te bereiken met alle interventies binnen het programma PreventieKracht Thuiszorg.

De leefstijlinterventies gaan over een brede variatie aan thema's. De meest voorkomende thema's die zijn gerapporteerd, zijn: voeding, beweging, overgewicht, gezond ouder worden en diabetes. Er is binnen het bereik onderscheid gemaakt naar geslacht, etniciteit en leeftijd. Van het gerealiseerde bereik, het aantal personen dat bereikt is door alle interventies, is twee derde (67%) vrouw en één vijfde (20%) allochtoon. Wat thema's betreft is er een duidelijk verschil tussen het aanbod gericht op jongeren enerzijds en op ouderen anderzijds. Voor de thema's voeding, beweging en overgewicht bestaat het bereik voor meer dan de helft uit jongeren, en bij ouderen zien we vooral thema's als gezond ouder worden, valongelukken en dementie. Rekening houdend met verschillen in intensiteit van interventies (in dit rapport zijn drie niveaus onderscheiden) zien we dat vooral interventies in de categorie hoog intensief uitgevoerd worden. Interventies in deze categorie, zoals een cursus van meerdere bijeenkomsten of herhaaldelijke gespreksgroepen, bereiken gemiddeld minder mensen dan een interventie die matig intensief is, zoals bij een informatiebijeenkomst. In de laatste categorie, de laag intensieve, ligt het gemiddelde bereik per interventie het hoogst. Deze bevinding ligt in de lijn van de verwachting, omdat voor bijvoorbeeld een telefonisch spreekuur makkelijker mensen te werven zijn dan voor een cursus. Een laag intensieve interventie heeft een lagere toegangsdrempel dan een hoog intensieve interventie.

Aanbevelingen

Om een verbeterslag te maken zijn de belangrijkste aanbevelingen voor een volgende subsidieronde dat er gebruik moet worden gemaakt van een vernieuwd standaard format, zodat alle deelnemende partijen op een uniforme wijze bereikgegevens noteren. Hierbij moeten duidelijke definities gegeven zijn waardoor uniformiteit van data ondersteund wordt, en om te voorkomen dat er zelfstandige aanpassingen gemaakt worden, is het aan te raden het format te beveiligen.

ZonMw stimuleert thuiszorginstellingen om effectieve en veelbelovende interventies uit te voeren. Het gaat hierbij zo veel mogelijk om interventies die erkend zijn door de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies. Deze zijn te vinden in de Interventie-database van het RIVM Centrum Gezond Leven op de website Loketgezondleven.nl. In de Interventie-database zijn alle actuele leefstijlinterventies in Nederland ingevoerd. Het Centrum Gezond Leven ontwikkelt een faciliteit binnen de Interventie-database om bereikgegevens vast te leggen. Vanuit het CGL adviseren wij om voor de thuiszorg geen aparte registratiefaciliteit te ontwikkelen, maar om aan te sluiten op de ontwikkeling die nu vanuit CGL in opdracht van VWS loopt. De bereikgegevens van de thuiszorginstellingen worden daarmee centraal geregistreerd, waardoor ook andere (thuiszorg)instellingen inzicht krijgen in de uitvoer en het bereik van de interventies. Bij de subsidieaanvraag voor 2012 kunnen thuiszorginstellingen anticiperen op deze faciliteit binnen de Interventie-database.

Het is interessant om over een aantal jaar een soortgelijke analyse te doen naar de bereikcijfers van PreventieKracht Thuiszorg en het vervolgprogramma PreventieKracht Dicht bij Huis. Enerzijds om in beeld te brengen hoeveel mensen er in die periode bereikt zijn, anderzijds om te onderzoeken of het vastleggen van bereik verbeterd is.

Referenties

Dale, D. van, Fokker, A.M., Molleman, G.R.M. (2007). Preventie in de thuiszorg nader bekeken. Een inventarisatie naar preventie-activiteiten in 2007. Beschikbaar via www.nigz.nl ~ winkel, geraadpleegd op 31-03-2010.

Loketgezondleven.nl (2010). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Centrum Gezond Leven, geraadpleegd op 12-05-2010.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Beschikbaar via www.minvws.nl ~ alle publicaties, geraadpleegd op 25-05-2010.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2008). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Etniciteit – Verleden, heden en toekomst. 2008. Beschikbaar via www.nationaalkompas.nl ~ bevolking, geraadpleegd op 28-05-2010.

Olde Groeninger, I. (2008). Bereik van preventieactiviteiten in het kader van 'PreventieKracht Thuiszorg'.

ZonMw (2006). Uitvoeringsprogramma Preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorginstellingen.

Lijst van afkortingen

CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
I-database	Interventie-database
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TI	Thuiszorginstellingen
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Bijlage 1: Bereik naar diversiteit – Exacte aantallen

In de onderstaande tabellen staan de exacte aantallen van het bereik naar diversiteit. Daarachter vindt u deze getallen omgerekend naar percentages, zoals deze te vinden zijn in Tabel 2 uit het hoofdstuk Methoden. In de laatste twee kolommen is te vinden van hoeveel interventies (zowel in exacte aantallen als in percentages van het geheel) het bereik naar sekse bekend is.

In Tabel 1 staat het bereik per thema naar sekse. In Tabel 2 is het bereik naar etniciteit per thema weergegeven, gevolgd door thema 3 waarin het bereik naar leeftijdsgroep te vinden is.

Tabel 1. Bereik naar sekse.

Thema	Bereik naar sekse (exacte aantallen)		Bereik naar sekse (%)		Aantal interventies waarvan bereik naar sekse bekend is (%)	
	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen		
Overgewicht	12.554	7.604	62	38	107	(72)
Diabetes	4.773	2.812	63	37	52	(57)
Roken	2.619	1.249	68	32	28	(72)
Valongelukken	1.857	857	68	32	20	(50)
Depressie	981	674	59	41	8	(73)
Mantelzorg	1.696	737	70	30	31	(67)
Voeding	28.027	15.075	65	35	232	(67)
Bewegen	9.707	4.509	68	32	115	(70)
Voeding uniek ¹	12.303	6.183	67	33	66	(67)
Overig ²	3.752	341	92	8	43	(74)
Gezond ouder worden	11.604	5.591	68	33	34	(69)
COPD/Astma	497	389	56	44	15	(48)
Dementie	822	395	68	33	15	(50)
Psychische klachten (anders dan depressie)	620	315	66	34	17	(71)
CVA	595	726	45	55	11	(50)
Leefstijl ³	3.316	823	80	20	10	(71)
Ziekenverzorging	199	21	91	10	7	(58)
Opvoeding	344	45	88	12	10	(83)
Divers ⁴	921	367	72	29	5	(46)
Hart- en vaatziekten	104	65	62	39	6	(60)
Reuma/artrose	94	26	78	22	6	(86)
Totaal ⁵	59.320	28.436	68	32	472	(65)

¹ Het thema ‘voeding uniek’ laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema’s gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd. Doordat de interventies toegewezen kunnen zijn aan meerdere thema’s komt het totale bereik niet overeen met de optelsom van de bereikgegevens per thema.

Tabel 2. Bereik naar etniciteit.

Thema	Bereik naar etniciteit (exacte aantallen)		Bereik naar etniciteit (%)		Aantal interventies waarvan bereik naar etniciteit bekend is (%)	
	Allochtoon	Autochtoon	Allochtoon	Autochtoon		
Overgewicht	2.270	12.743	15	85	85	(57)
Diabetes	1.978	4.098	33	67	44	(48)
Roken	366	2.049	15	85	24	(62)
Valongelukken	58	1.208	5	95	3	(8)
Depressie	71	2.053	3	97	8	(73)
Mantelzorg	298	1.308	19	81	22	(48)
Voeding	8.822	27.972	24	76	194	(56)
Bewegen	2.434	8.185	23	77	92	(56)
Voeding uniek ¹	4.712	12.051	28	72	58	(59)
Overig ²	90	2.179	4	96	27	(47)
Gezond ouder worden	1.460	13.849	10	91	29	(59)
COPD/Astma	82	796	9	91	12	(39)
Dementie	61	477	11	89	10	(33)
Psychische klachten (anders dan depressie)	153	615	20	80	12	(50)
CVA	70	1.002	7	94	6	(27)
Leefstijl ³	1.556	1.637	49	51	8	(57)
Ziekenverzorging	72	132	35	65	4	(33)
Opvoeding	114	273	30	71	9	(75)
Divers ⁴	490	796	38	62	4	(36)
Hart- en vaatziekten	4	157	3	98	5	(50)
Reuma/artrose	6	113	5	95	6	(86)
Totaal ⁵	14.171	57.378	20	80	365	(50)

¹ Het thema 'voeding uniek' laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema's gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd. Doordat de interventies toegewezen kunnen zijn aan meerdere thema's komt het totale bereik niet overeen met de optelsom van de bereikgegevens per thema.

Tabel 3. Bereik naar leeftijd.

Thema	Bereik naar leeftijd (exacte aantallen)			Bereik naar leeftijd (%)			Aantal interventies waarvan bereik naar leeftijd bekend is (%)	
	tot 23 jaar	23-65 jaar	65- plussers	tot 23 jaar	23-65 jaar	65- plussers		
Overgewicht	11.415	9.130	1.352	52	42	6	105	(71)
Diabetes	129	4.437	2.372	2	64	34	47	(51)
Roken	214	3.292	369	6	85	10	25	(64)
Valongelukken	0	128	2.990	0	4	96	18	(45)
Depressie	0	165	1.459	0	10	90	8	(73)
Mantelzorg	14	1.052	1.039	1	50	49	30	(65)
Voeding	28.852	19.861	5.013	54	37	9	235	(67)
Bewegen	11.463	7.228	2.649	54	34	12	112	(68)
Voeding uniek ¹	12.873	7.942	1.627	57	35	7	71	(72)
Overig ²	208	4.161	286	5	89	6	41	(71)
Gezond ouder worden	0	3.869	9.997	0	28	72	31	(63)
COPD/Astma	72	459	384	8	50	42	15	(48)
Dementie	11	168	967	1	15	84	14	(47)
Psychische klachten (anders dan depressie)	86	503	332	9	55	36	18	(75)
CVA	0	640	1.030	0	38	62	13	(59)
Leefstijl ³	252	2.071	1.158	7	60	33	8	(57)
Ziekenverzorging	1	177	42	1	81	19	7	(58)
Opvoeding	71	631	0	10	90	0	12	(100)
Divers ⁴	85	1.489	405	4	75	21	6	(55)
Hart- en vaatziekten	2	126	83	1	60	39	7	(70)
Reuma/artrose	0	22	68	0	24	76	4	(86)
Totaal ⁵	33.366	39.747	25.424	34	40	26	466	(64)

¹ Het thema 'voeding uniek' laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema's gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd. Doordat de interventies toegewezen kunnen zijn aan meerdere thema's komt het totale bereik niet overeen met de optelsom van de bereikgegevens per thema.

Bijlage 2: Bereik in 2007 en 2008

In deze bijlage staan de geplande en gerealiseerde bereikcijfers opgesplitst voor 2007 en 2008, voor zover dit bekend is. De aantallen in de kolommen met de bereikcijfers over 2007 + 2008 komen niet overeen met de optelsom van het bereik in 2007 en 2008. De oorzaak hiervan is dat een groot aantal instellingen de bereikcijfers van beide jaren samen heeft ingeleverd.

Thema	Bereik gepland 2007	Bereik gepland 2008	Bereik gepland 2007 + 2008	Bereik gerealiseerd 2007	Bereik gerealiseerd 2008	Bereik gerealiseerd 2007 + 2008
Overgewicht	8.512	9.038	22.175	9.088	10.095	27.182
Diabetes	8.852	5.933	20.273	6.708	6.904	16.230
Roken	1.299	1.391	3.022	3.285	3.786	7.569
Valongelukken	3.570	5.105	8.693	1.665	2.872	4.664
Depressie	1.116	1.111	2.227	1.150	1.098	2.248
Mantelzorg	845	537	2.618	816	777	2.877
Voeding	29.652	30.952	76.679	29.287	31.019	77.284
Bewegen	12.787	9.432	29.507	11.405	8.873	25.868
Voeding uniek ¹	11.881	14.926	33.810	12.860	15.772	36.934
Overig ²	4.010	1.282	8.014	1.949	1.052	5.486
Gezond ouder worden	8.755	10.423	26.140	4.350	8.104	20.471
COPD/Astma	971	2.251	4.834	2.542	2.590	5.710
Dementie	210	401	913	451	799	1.806
Psychische klachten (anders dan depressie)	668	496	1.425	586	335	1.069
CVA	102	240	799	337	366	2.434
Leefstijl ³	412	1.515	2.282	795	1.159	4.556
Ziekenverzorging	282	212	518	97	188	307
Opvoeding	164	292	1.016	48	154	702
Divers ⁴	1.060	175	1.813	866	175	2.335
Hart- en vaatziekten	660	0	806	260	0	426
Reuma/artrose	100	26	202	97	16	145
Totaal ⁵	55.127	57.154	146.484	50.429	57.515	147.656

¹ Het thema 'voeding uniek' laat interventies zien die specifiek op voeding gericht zijn (het thema voeding laat alle interventies die mede over voeding gaan zien).

² Het thema overig bevat interventies die niet onder de andere thema's gegroepeerd kunnen worden.

³ Het thema leefstijl bevat interventies die zich richten op de algemene gezondheid.

⁴ Het thema divers bevat interventies die betrekking hebben op een grote variëteit onderwerpen of interventies waarvan het thema kan variëren, zoals informatiebijeenkomsten waarvan het onderwerp niet is vastgesteld.

⁵ Totaal is het totale aantal interventies dat is uitgevoerd. Doordat de interventies toegewezen kunnen zijn aan meerdere thema's komt het totale bereik niet overeen met de optelsom van de bereikgegevens per thema.