

# Cool

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



## Colofon

### **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Expertisecentrum Leefstijlinterventies  
Postadres: Barchman Wuytierslaan 10  
3818 LH Amersfoort  
E-mail: [info@leefstijlinterventies.nl](mailto:info@leefstijlinterventies.nl)  
Telefoon: +31 (0)630537598

**Website** (van de interventie): [www.leefstijlinterventies.nl](http://www.leefstijlinterventies.nl)

### **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.  
Naam : Nicole Philippens en Ester Janssen  
E-mail : [info@leefstijlinterventies.nl](mailto:info@leefstijlinterventies.nl)  
Telefoon : +31 (0)630537598

### **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Nicole Philippens en Ester Janssen  
Titel interventie: Coaching op Leefstijl  
Databank(en):  
Plaats, instituut: Expertisecentrum Leefstijlinterventies, Amersfoort  
Datum: 16 augustus 2018

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

**Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.**

# Inhoud

Colofon .....	2
Inhoud .....	3
<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	5
Onderbouwing .....	5
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving .....</b>	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	9
1.3 Aanpak .....	10
<b>2. Uitvoering .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>28</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	29
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>32</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>33</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld .....</b>	<b>36</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

Het Coaching op Leefstijl (verder genoemd CoolL) programma voor volwassenen is een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Het programma bestaat uit een basis en een onderhoudsprogramma die beide dezelfde opzet kennen: een intakegesprek, 2 individuele gesprekken, 8 groepsbijeenkomsten en een eindgesprek. Het CoolL-programma wordt aangeboden door een hbo-opgeleide professional, die voldoet aan de competenties van de leefstijlcoach (verder genoemd uitvoerder)<sup>1</sup> en duurt in totaal 24 maanden. Binnen het programma worden de achtergronden en oorzaken van ongezonde leefstijl samen met deelnemers bekeken en vervolgens wordt een behandeltraject doorlopen. De aanpak is gericht op het stapsgewijs aanpassen van het leefpatroon en op het bereiken van een duurzame verandering van de leefstijl in zowel motivatie als gedrag. Belangrijke thema's zijn voeding, beweging, slaap, stress, energiemangement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

Het CoolL-programma is gericht op:

- Volwassenen met overgewicht met daarbij een verhoogd risico op diabetes mellitus type 2 (DM 2) of cardiovasculaire aandoeningen.
- Volwassenen met obesitas.

*Deelnemers moeten voldoende gemotiveerd zijn om een leefstijlprogramma te doorlopen.*

## **Doel** – max 50 woorden

Het CoolL-programma is een GLI uitgevoerd door één professional: de leefstijlcoach, die gericht is op het stapsgewijs verbeteren van het leefpatroon om zo een duurzame verandering van de leefstijl te realiseren met als uiteindelijke doel het bewerkstelligen van gewichtsverlies, het verbeteren van de lichamelijke fitheid, het realiseren van gezondheidswinst en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

## **Aanpak** – max 50 woorden

De huidige leefstijl van de deelnemer is het startpunt van het CoolL-programma. De regie ligt daarbij bij de deelnemer. Deze stelt zelf, met ondersteuning door de leefstijlcoach, persoonlijke doelstellingen op en koppelt hieraan bijbehorende acties m.b.t. gedragsverandering, waarbij ongezonde gewoontes worden geïdentificeerd en vervangen door gezondere alternatieven. Gedurende het programma worden deze acties opgevolgd en waar nodig bijgesteld. Op het moment dat een doelstelling is behaald worden nieuwe acties geformuleerd zodat de deelnemer stapsgewijs opschuift naar gezonder gedrag. Ook is er aandacht voor terugval zodat deelnemers weten dat dit hoort bij het veranderproces. Deelnemers leren terugval te herkennen en leren hoe ze de terugval kunnen ombuigen.

---

<sup>1</sup> Overal waar wordt gesproken over leefstijlcoach wordt verwezen naar de hbo-opgeleide leefstijlcoach die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) en die voldoet aan het door de BLCN vastgestelde competentieprofiel. Ook andere professionals kunnen de interventie aanbieden, mits zij voldoen aan het door de BLCN vastgestelde competentieprofiel.

### **Materiaal** – max 50 woorden

Er zijn voor de verschillende rollen binnen het programma materialen ontwikkeld tijdens de pilotfase van het Cool-programma. Zo zijn er materialen beschikbaar voor zowel deelnemers, verwijzers en uitvoerders. Ook is er een website [www.leefstijlinterventies.nl](http://www.leefstijlinterventies.nl) waar informatie en materialen te vinden zijn.

### **Onderbouwing** – max 150 woorden

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Het Cool-programma grijpt in op verschillende oorzaken van overgewicht en obesitas. Gezien de grote verscheidenheid aan type determinanten die van invloed zijn op leefstijlgerelateerd gedrag, zijn interventies die gebruik maken van een integrale aanpak het meest effectief [2]. Waar de GLI van oudsher gebaseerd is op gedragsverandering op het gebied van lichamelijke activiteit en energie-inname, aangeboden vanuit een multidisciplinaire aanpak, pakt het Cool-programma daarnaast ook de themagebieden slaap, stress, energiemanagement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning aan, alles aangeboden door één uitvoerende professional: de leefstijlcoach. Het programma richt zich primair op verandering van het gedrag van de deelnemers met de focus op zelfzorg. Bewustwording van het huidige gedrag is een eerste stap. Daarnaast vindt er overdracht plaats van kennis over leefstijlonderwerpen en wordt de deelnemer geleerd hoe verschillende informatie op waarde te schatten. Daarna wordt in het programma ingegaan op het formuleren van concrete acties en persoonlijke leerdoelen die bij de situatie van de deelnemer aansluiten. Het programma stimuleert daarmee het vertrouwen in de eigen regie en autonome motivatie.

### **Onderzoek** – max 100 woorden

Aan het pilotproject Cool is een PhD-onderzoek van Maastricht University, in samenwerking met Tilburg University, gekoppeld. Samengevat geeft het onderzoek het volgende beeld: de deelnemers rapporteren na deelname aan het Cool-basisprogramma meer te bewegen, minder te zitten en gezonder te eten. Extrinsieke motivatie is verminderd en intrinsieke motivatie ten aanzien van gezonder voedings- en beweeggedrag is versterkt. De gerapporteerde kwaliteit van leven is significant toegenomen en de deelnemers zijn gemiddeld 2,2 kilogram afgevallen na deelname, en dit gewichtsverlies bleef behouden tot twee jaar na de voormeting. In totaal bleek 62% van de deelnemers te zijn afgevallen op lange termijn.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De volgende inclusiecriteria gelden voor het Cool-programma (gebaseerd op de Zorgstandaard Obesitas [2]):

- Leeftijd 18 jaar of ouder
- Met overgewicht (BMI 25-30) en met (matig) verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM 2 of
- Met obesitas (BMI  $\geq 30$ )
- Met voldoende motivatie om het complete Cool-programma te doorlopen (ter beoordeling van verwijzer en uitvoerder)

De motivatie van deelnemers wordt gecheckt door onder andere te vragen naar:

- de reden van deelname aan het project
- een inschatting van de eigen motivatie om met leefstijl aan de gang te gaan
- de doelen die de deelnemer voor ogen heeft
- de bereidheid van de deelnemer om gedurende het traject tijd en energie te investeren in gedragsverandering

Alleen met voldoende motivatie kunnen deelnemers instromen. Daarbij is niet gezegd dat alleen zeer gemotiveerde deelnemers voor het programma in aanmerking komen, aangezien het vergroten en behouden van motivatie een belangrijk onderdeel is van de interventie maar deelnemers moeten wel bereid zijn tijd en energie te investeren.

Minderjarigen worden niet actief uitgesloten van deze interventie. Dit om deelnemers die nog net geen 18 jaar zijn en voor wie de GLI geschikt lijkt ook de mogelijkheid te geven om gebruik te maken van dit programma.

### Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Deelnemers aan het Cool-programma kunnen via verschillende kanalen en/of specialisten op de interventie worden gewezen. Hierbij kan gedacht worden aan huisartsen, praktijkondersteuners, medisch specialisten, andere paramedici zoals diëtisten, psychologen en fysiotherapeuten en/of organisaties en bedrijven. In alle gevallen is een specifieke doorverwijzing van de huisarts of praktijkondersteuner noodzakelijk om voor vergoede zorg in aanmerking te komen.

### Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Indien het Cool-programma in een zorgkader wordt uitgevoerd en vergoed wordt door de zorgverzekeraar, loopt de toeleiding via huisarts of praktijkondersteuner waarbij (in overeenstemming met de Zorgstandaard [2]) de volgende diagnostische stappen aan bod komen: in een verkennend gesprek wordt het Gewichtgerelateerde Gezondheids Risico (GGR) in kaart gebracht evenals overige co- en multimorbiditeit. Ook worden relevante persoonsgegevens gedocumenteerd.

#### Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen

BMI kg/m <sup>2</sup>	Geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM2	Verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM2 door risicofactoren*	Comorbiditeit(en)**
≥ 25 BMI < 30	Licht verhoogd	Matig verhoogd	Matig verhoogd
≥ 30 BMI < 35	Matig verhoogd	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
≥ 35 BMI < 40	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
BMI ≥ 40	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

\* Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden aan risicofactoren voor HVZ > 5% of aanwezigheid gestoord nuchtere glucose

\*\* Aanwezigheid van DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose.

Bron: Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Zorgstandaard Obesitas [2]

Verwijzers worden geïnformeerd over het Cool-programma middels foldermateriaal, informatiebijeenkomsten en (werk)overleg binnen hun zorggroep.

Om voldoende deelnemers te includeren en de wachttijd tussen intakegesprek en eerste groepssessie voor iedere deelnemer acceptabel te houden is een goede toeleiding naar het Cool-programma cruciaal. Belangrijke aandachtspunten hierbij:

- de leefstijlcoach en het Cool-programma moet voldoende “op het netvlies” van de verwijzer staan
- voor de verwijzer moet duidelijk zijn wat het programma beoogt en op hoofdlijnen inhoudt
- voor de verwijzer moeten de inclusiecriteria duidelijk zijn
- en voor de verwijzer moet duidelijk zijn voor welke deelnemers het Cool-programma (op dit moment) niet geschikt is.

Het programma en de materialen zoals die er nu liggen zijn niet geschikt voor:

- Deelnemers die de Nederlandse taal niet voldoende beheersen, \*
- Deelnemers met gedragsproblemen die deelname aan groepstherapie belemmeren,
- Deelnemers met een verstandelijke beperking (IQ < 80), \*

- Deelnemers met een onderliggende psychopathologie die andere behandeling behoeft,
- Deelnemers met behandelbare onderliggende oorzaken,
- Deelnemers die wilsonbekwaam zijn zonder toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger

\* Een mogelijke doorontwikkeling van het Cool-programma zou –bij voldoende animo- kunnen voorzien in aanpassingen voor anderstaligen dan wel deelnemers met een verstandelijke beperking.

#### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

Ten tijde van het pilotproject Cool zijn gedurende drie jaar semi-gestructureerde interviews gehouden met de deelnemers [40]. De ervaringen van de deelnemers zijn vervolgens op informele en formele wijze teruggekoppeld en besproken op intervisiebijeenkomsten met de deelnemende leefstijlcoaches, waarbij de ervaringen van deelnemers gebruikt zijn om verbeterpunten vast te stellen. Naar aanleiding daarvan zijn verbeteracties besproken, uitgewerkt, geïmplementeerd en geëvalueerd. Het pilotproject Cool had een actie-begeleidende aanpak, waarbij de inhoud van het Cool-programma continu werd aangepast en doorontwikkeld op basis van feedback en resultaten van de deelnemers.



## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het beoogde resultaat van het Cool-programma is het realiseren van een gewichtsvermindering en het verbeteren van aanwezige co-morbiditeiten. Het streven van het Cool-programma is een gemiddeld gewichtsverlies van minimaal 5% over alle deelnemers, conform de NHG-richtlijn Obesitas (NHG, 2010) [41], als gevolg van een positieve verandering van de deelnemers naar een gezonde(re) leefstijl.

Om een duurzame verandering in leefstijl te bereiken en daarmee een gezonder gewicht, richt het Cool programma zich op het vergroten van de persoonlijke motivatie en relevante gezondheidsvaardigheden van de deelnemers.

**Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

Het Cool-programma streeft naar meetbare verbeteringen in de leefstijl, gezondheid en kwaliteit van leven:

- Beter ervaren kwaliteit van leven;
- Betere eetgewoontes (o.a. meer groente en fruit-inname, minder suiker- en snackgebruik, meer regelmaat), meer bewegen, minder zitten, meer investeren in goede slaap en ontspanning;
- Positieve verandering in fysieke waarden zoals gewicht, vetpercentage, middelomtrek, bloedglucose en cholesterol.

Om deze doelstellingen te realiseren kent het Cool-programma specifieke doelstellingen op gedrag, kennis en vaardigheden van de deelnemers:

- Deelnemers zijn zich bewust van hun persoonlijke motivatie t.a.v. een gezond leefpatroon en kunnen antwoord geven op de volgende vragen:
  - waar doe ik het allemaal voor?
  - wat wil ik bereiken (of voorkomen) met de acties die ik doe?
  - wat heb ik er voor over om gezonder te leven?
  - waar ligt voor mij de grens?
- Deelnemers zijn in staat persoonlijke (gedrags)doelen op leefstijl te formuleren en kunnen deze vertalen naar concrete en haalbare acties. Bijvoorbeeld: het doel “Ik wil graag gezonder eten” kan worden vertaald in de actie “dat betekent dat ik dan elke dag minimaal 2 stuks fruit ga eten: 1 in de ochtend en 1 in de middag”.
- Deelnemers weten wat gezond en ongezond gedrag is. Bijvoorbeeld: “dagelijks een halve liter cola drinken is minder gezond dan een halve liter water of (kruiden)thee drinken”.
- Deelnemers weten dat gedrag zowel bewust als onbewust kan zijn en weten hoe gewoontes worden gevormd. Bijvoorbeeld: als ik een paar keer ‘s avonds moe op de bank plof en dan een glas wijn neem dan is de kans reëel dat ik onbewust de volgende keer op de bank zin krijg in wijn.
- Deelnemers zijn zich bewust van hun eigen gedrag en de wijze waarop dit wel of niet bijdraagt aan de gestelde doelen. Bijvoorbeeld: “als ik elke dag voor de televisie eet, dan eet ik ongemerkt veel meer dan dat ik aan tafel zou eten; voor de televisie eten helpt dus niet bij het doel om beter maat te leren houden met eten”.
- Deelnemers zijn zich bewust van de invloed van de omgeving op hun gedrag. Bijvoorbeeld: als je gepland hebt ‘s avonds nog een rondje te wandelen en je partner geeft aan dit heel ongezellig te vinden. Wat doet dat met jou? En hoe beïnvloedt dit jouw keuze?”

- Deelnemers zijn zich bewust van hun eigen kwaliteiten en valkuilen en begrijpen hoe die hun (nieuwe) gezonde gedrag kunnen versterken dan wel tegenwerken. Bijvoorbeeld: als je van jezelf weet dat je moeilijk nee kan zeggen als iemand op het werk je iets vraagt en je daardoor stress krijgt vanwege alle extra taken dan is het slim om een als-dan implementatie-intentie te formuleren voor deze situatie.

Deze subdoelstellingen zijn vertaald naar gedetailleerde einddoelstellingen: datgene wat een deelnemer aan kennis en vaardigheden heeft opgedaan na het doorlopen van het Cool-programma. Deze einddoelstellingen staan centraal in de inhoud van de interventie en worden daar in meer detail beschreven.

#### Verwijzers (intermediaire doelgroep)

- Zijn op de hoogte van de inhoud van het Cool-programma en de rol van de leefstijlcoach daarin
- Zijn op de hoogte van de in- exclusiecriteria (weten voor welke deelnemers het Cool-programma (op dit moment) niet geschikt is).

## 1.3 Aanpak

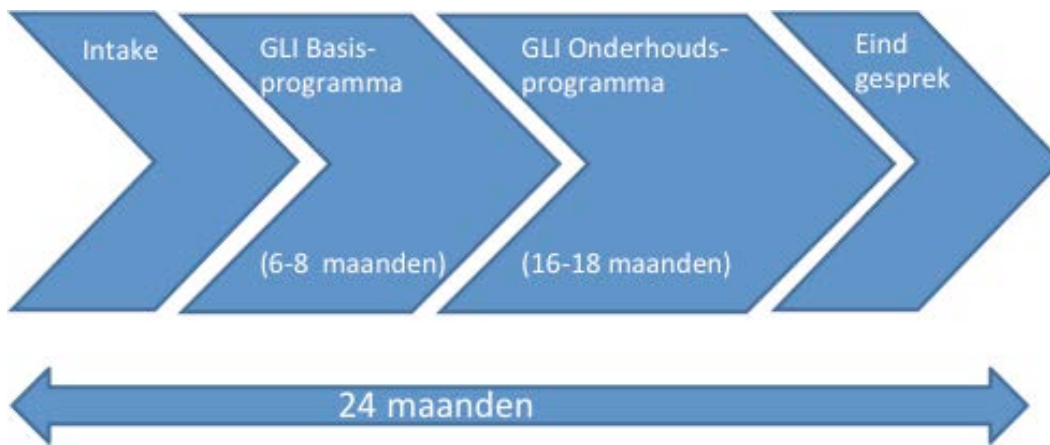
### **Opzet van de interventie** – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Het Cool-programma wordt als een open interventie aangeboden waarbij een aantal aspecten zijn vastgelegd:

- Het programma beslaat in totaal 24 maanden en bestaat uit een basisprogramma gevolgd door een onderhoudsprogramma. In onderstaande figuur is de programma opzet op hoofdlijnen schematisch weergegeven.
- Beide delen van het programma bestaan uit een combinatie van individuele gesprekken en groepsbijeenkomsten.
- De einddoelstellingen voor de deelnemers die met het programma gerealiseerd worden zijn vastgesteld
- Het Cool-programma biedt advies en begeleiding bij gedragsverandering op het gebied van voeding, beweging, slaap, stress, energiemanagement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning. Al deze thema's hebben een gelijk gewicht, het is de deelnemer die bepaalt op welk vlak acties worden geformuleerd en welke prioriteit de verschillende thema's hebben bij het nastreven van zijn/haar gestelde doelen.



Het GLI basisprogramma is opgebouwd uit:

- een intake (60 minuten),
- gevolgd door 8 groepsessies (elk 90 minuten)
- en een eindgesprek (60 minuten).

Tussentijds worden er nog 2 individuele gesprekken (elk 45 minuten) gepland. Het programma wordt aangeboden door één professional: de leefstijlcoach.

Het GLI onderhoudsprogramma heeft dezelfde elementen, echter dan met grotere spreiding van de contactmomenten en meer aandacht voor gedragsbehoud.

Zie bijlage I voor een schematisch overzicht waarin in meer detail is aangegeven hoe het Cool-programma in de pilot door de tijd is uitgevoerd. Meer achtergrond- en detailinformatie is te vinden in het protocol van de Cool-studie [46].

#### **Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.*

*Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

#### **Open interventie**

Om het open karakter van het Cool-programma te waarborgen, wordt de inhoud van het programma niet in detail voorgeschreven. Dit geeft de uitvoerende professional de flexibiliteit om bij het uitvoeren van het programma die inhoud en werkvormen te kiezen die het beste aansluiten bij de betreffende groep. Zo kan er bijvoorbeeld verschil zijn in levensfase, culturele achtergrond of reeds bestaande gezondheidsvaardigheden.

#### **Einddoelstellingen**

De einddoelstellingen van het Cool-programma zijn specifiek vastgelegd om te borgen dat het aangeboden programma voldoet aan de kwaliteitsstandaard die noodzakelijk is om de gewenste effectiviteit te realiseren en geven de beoogde uitkomst van het Cool-programma.

De einddoelstellingen omschrijven op welke vragen deelnemers –na het doorlopen van het Cool-

programma- zelfstandig een antwoord op moeten kunnen geven:

### **Doelen en motivatie**

- Welke doelen streef ik na?
- Welk gedrag (concrete acties) draagt bij aan deze doelen?
- Hoe maak ik mijn acties haalbaar?
- Waar zit mijn motivatie en hoe kan ik zorgen dat ik mijn motivatie vasthoud?

### **Aspecten van een gezonde leefstijl**

- Wat is de relatie tussen voeding, beweging, slaap, stress, energiemanagement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning?
- Wat zijn gezonde gewoontes? En hoe vertaal ik de algemene richtlijnen naar mijn eigen situatie?
- Wat is het effect van mijn (leefstijl)gedrag op mijn gezondheid?
- Hoe sta ik ervoor qua gezonde gewoontes en waar heb ik nog winst te halen (gegeven de beperkingen die ik heb)?
- Hoe zorg ik dat ik balans blijf vinden tussen genieten en gezonde keuzes maken?

### **(Blijvende) gedragsverandering**

- Hoe kan ik voor mezelf handige “triggers” bepalen die mij helpen om bewust te blijven van mijn gezonde gedrag?
- Hoe kan ik steeds opnieuw op zoek gaan naar mijn persoonlijke balans (tussen de verschillende leefstijlonderwerpen, maar ook tussen werk en privé, inspanning en ontspanning, etc.)?
- Wat zijn mijn valkuilen? En hoe kan ik mezelf voorbereiden op een uitzonderlijke situatie (valkuilen en verleidingen)?
- Hoe herken ik terugval en hoe kan ik na terugval de draad weer oppakken?

### **Persoonlijke ontwikkeling**

- Welke emoties, gedachten en overtuigingen heb ik en wat is hun invloed op mijn (gezonde) gedrag?
- Wat is mijn gemoedstoestand en hoe is die van invloed op mijn gedrag?
- Welke acties heb ik uitgevoerd? Wat was het effect hiervan en waar moet ik bijstellen? (zelfreflectie)

### **Sociale context**

- Wie of wat kan mij helpen om mijn gezonde gewoontes vast te houden?
- Hoe vraag ik om hulp?
- Hoe organiseer ik mijn omgeving ter ondersteuning van mijn gezonde gewoontes?
- Wie of wat moet ik vermijden als het gaat om gezond gedrag?

## **Inhoudelijke invulling**

### **1. Signalering/toeleiding**

Deelnemers kunnen worden geattendeerd op/geïnformeerd over het Cool-programma tijdens of naar aanleiding van contact met een zorgverlener. Ook kunnen deelnemers rechtstreeks benaderd worden of zich zelf aanmelden voor deelname. Om voor vergoede zorg in aanmerking te komen is een verwijzing via de huisarts noodzakelijk. De huisarts of praktijkondersteuner toetst of de potentiële deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet, of hij/zij voldoende gemotiveerd is om het complete programma te doorlopen en of het Cool-programma een passende interventie is voor het specifieke vraagstuk van de deelnemer.

Het is dan ook cruciaal dat voor de start van het Cool-programma, de verwijzers goed geïnformeerd zijn. Voor de informatievoorziening richting de verwijzers zijn diverse voorbeeldmaterialen beschikbaar zoals:

- Een webinar waarin uitleg wordt gegeven over de verwijzprocedure tijdens de pilotfase van

Cool;

- Een film van de NZA waarin geïllustreerd wordt wat de Cool interventie inhoudt;
- Een informatie document opgesteld in naam van CZ waarin duidelijk is omschreven wat de interventie beoogt en inhoudt.

## **2. Intake**

Als de deelnemer aan alle criteria voldoet, wordt de aanvraag voor deelname doorgestuurd naar de leefstijlcoach waarnaar deze het intakegesprek met de deelnemer kan inplannen. Belangrijk onderdeel van de intake is een toelichting, indien nodig, van het concept leefstijlcoaching en een toetsing van de motivatie van de deelnemer om het complete leefstijlprogramma te doorlopen. Tevens wordt er veel aandacht besteed aan het definiëren van de exacte hulpvraag en het formuleren van persoonlijke doelstellingen. Voor de uitvoerders is er een voorbeeld intakeformulier beschikbaar.

Aan de hand van het intakegesprek wordt de situatie van de deelnemer in kaart gebracht:

- Bevragen van de doelen, hulpvraag, mogelijkheden en wensen.
- Een motivatiecheck bij de (potentiële) deelnemer om gedurende langere tijd actief te werken aan een verbetering van zijn/haar leefstijl. De leefstijlthema's (voeding, bewegen, slapen, ontspanning, stress, energie en timemanagement) zijn voor alle deelnemers hetzelfde. De keuze op welk onderwerp acties worden uitgezet of aan welk thema in eerste instantie prioriteit wordt gegeven, ligt bij de deelnemer.
- Huidige gedrag en vroegere gedrag op het gebied van de verschillende leefstijl thema's (voeding, beweging, slaap, stress, energiemangement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning),
- Eigen-effectiviteit, vaardigheden.
- Sociale context (wel of geen steun), werk- en leefklimaat.

De intake (duur 1 uur), wordt na screening/verwijzing van de huisarts verzorgd door de uitvoerende leefstijlcoach en heeft tot doel inzicht te krijgen of iemand deel kan nemen aan de groepsbehandeling of dat er factoren meespelen die eerst aangepakt dienen te worden. Ook kan in deze fase verdere specialistische ondersteuningsbehoefte vastgesteld worden en kan, indien gewenst, de deelnemer doorverwezen worden naar een diëtist, fysiotherapeut, psycholoog of een andere professional. Ten tijde van de Cool-pilot zijn er 13 deelnemers (n=300) doorverwezen naar andere zorgprofessionals [40].

## **3. Basisprogramma**

Het basisprogramma bestaat uit groepssessies enerzijds en individuele gesprekken anderzijds. In de acht groepssessies die elk anderhalf uur duren komen onderwerpen en knelpunten aan de orde die voor een groot deel van de groep (zeer) relevant zijn. Een startende groep bestaat idealiter uit 10-12 personen. De twee individuele gesprekken van elk 45 minuten geven ruimte voor een meer persoonsgebonden invulling, waarbij veel aandacht is voor het evalueren en aanscherpen van de persoonlijke doelstellingen van de deelnemer.

Zoals aangegeven kent het Cool-programma een open karakter waarmee de inhoud van de sessies niet is voorgeschreven. Desalniettemin kan de opzet uit de pilotfase steun en richting geven aan nieuwe uitvoerders van de interventie. Ter illustratie dan ook de elementen die in het basisprogramma aan bod zijn gekomen:

### Vergroten van kennis en vaardigheden

Binnen het basisprogramma worden de volgende kennisgebieden aangestipt:

- Voeding: wat is nu gezond, portiegrootte, verzadiging, bewust eten
- Beweging: hoeveel is genoeg, welke vormen van beweging zijn passend, voordelen van bewegen, nadelen van sedentair gedrag
- Stress & ontspanning: omgaan met stress, herkennen van stress signalen, afwisseling tussen in- en ontspanning
- Slapen: hoeveel slaap heb je nodig, waarom slapen we, hoe kun je de kwaliteit van je slaap verhogen
- Samenhang tussen de verschillende leefstijlonderwerpen voeding, beweging, slaap, stress &

- ontspanning
- Plannen van gezond gedrag

#### Gedragsverandering en -behoud

- Monitoring van gedrag: slaap-, eet- en beweegdagboeken
- Terugvalpreventie
- Omgaan met verleidingen
- Omgaan met uitzonderingen en lastige situaties: verjaardagen, feestjes, vakanties
- Formuleren implementatie intenties

#### Veranderingsbereidheid/motivatie

- Opstellen haalbare gedragsdoelen
- Inzicht in discrepantie huidig gedrag – gewenst gedrag

#### Coaching en ondersteuning

Voor een effectieve begeleiding, gebruikt de leefstijlcoach verschillende methodieken. Kennis van en praktische oefening met deze methoden staat dan ook centraal in de hbo-opleiding tot leefstijlcoach. Voor meer informatie verwijzen we naar bijlage II voor het beroepsprofiel van de leefstijlcoach.

- Motivational Interviewing
- Positieve psychologie [29]
- GROW model [30]

#### Stimuleren/drempel verlagen tot actie

- Informatie lokaal beweegaanbod, bij voorkeur via aanhaken buurtsportcoach/ beweegmakelaar/ combinatiefunctionaris in de groepssessie over beweging.
- Formuleren van kleine haalbare stapjes in lijn met persoonlijke doelstellingen
- Formuleren triggers voor gewenst gedrag
- Verhogen eigen effectiviteit
- Regie bij de deelnemer
- Peer support
- Social support / buddy

Ter illustratie de inhoud van de groepssessies in het basisprogramma –zoals die tijdens de pilotfase is uitgevoerd:

INHOUD GROEPSSESSIES BASISPROGRAMMA	
Sessie	Inhoud
1: Kleine aanpassingen, groot effect	gedragsverandering
2: Kom in beweging	bewegen en sporten, in nauwe samenwerking met buurtsportcoach gemeente
3: Lekker eten geeft structuur	gezonde voeding (variatie, voedingswaarde, portiegrootte, regelmaat en bewust eten)
4: Slapen & ontspanning	slaap, stress management en ontspanning
5: Gezond leven is plannen	planning, timemanagement en gezonde leefstijl
6: Hoe maak ik mijn acties tot een succes	zelfregulatie strategieën, hoe om te gaan met verleidingen. Valkuilen definiëren en terugvalpreventie
7: Hoe gezond is jouw weekend?	vasthouden gezond leefpatroon in uitzonderingssituaties
8: Hoe blijf ik in beweging?	langdurig voortzetten van nieuwe leefstijlgewoontes

Alle sessies worden begeleid door de leefstijlcoach waarbij de sessie m.b.t. beweging met medewerking van de buurtsportcoach wordt vorm gegeven. Een mogelijke invulling van deze sessie kan bestaan uit een algemene presentatie over de rol van de sportmakelaar/buurtsportcoach gevolgd door specifieke informatie over het beweegaanbod in de regio – ingegeven door het deelnemersprofiel in die sessie (leeftijd, locatie, interesse). Waar mogelijk brengt de leefstijlcoach op voorhand al de beweegvragen (inclusief voorkeuren en mogelijke beperkingen) in kaart en communiceert deze op voorhand met de buurtsportcoach. Op die manier kunnen deelnemers tijdens de sessie zo gericht mogelijk toegeleid worden naar beweegaanbod in de buurt.

#### 4. Onderhoudsprogramma

Het onderhoudsprogramma kent eenzelfde opbouw als het basisprogramma. Ook de onderwerpen die in de groepssessies aan bod komen zijn grotendeels vergelijkbaar met het basisprogramma. Een aantal thema's die in het basisprogramma al aan bod komen (voeding, bewegen, slaap, stress en ontspanning) worden in het onderhoudsprogramma verder verdiept. Daarnaast worden een aantal nieuwe thema's als timemanagement, energiemanagement en omgaan met gezondheidshypes toegevoegd. In het onderhoudsprogramma ligt de nadruk op verdieping van de geleerde gezondheidsvaardigheden uit het basisprogramma, behoud van het veranderde gedrag, en het aanleren van nieuwe vaardigheden - zoals prioriteiten stellen, het doen van ontspanningsoefeningen of energie managen- die samenhangen met de nieuwe onderwerpen in dit onderhoudsprogramma.

Ook voor het onderhoudsprogramma geldt dat de inhoud niet letterlijk is voorgeschreven. In het onderhoudsprogramma is ten tijde van de pilot, aanvullend op de genoemde elementen in het basisprogramma, gewerkt aan de volgende elementen:

##### Vergroten van kennis en vaardigheden

- Gewoonte-ontwikkeling
- Gedragsbehoud
- Gezondheidshypes
- Prioriteiten stellen en keuzes maken
- Energiemanagement

##### Gedragsverandering en -behoud

- Kwaliteiten en valkuilen
- Leren van successen uit het verleden

##### Stimuleren/drempel verlagen tot actie

- Gebruik van ondersteunende apps (zijn dit dat goede apps?)

##### Veranderingsbereidheid/motivatie

- Reflecteren op eigen gedag

Ter illustratie de inhoud van de groepssessies in het onderhoudsprogramma –zoals die tijdens de pilotfase is uitgevoerd:

INHOUD GROEPSSESSIES ONDERHOUDSPROGRAMMA	
Sessie	Inhoud
1: Wat is je doel?	doelen stellen (hoofddoel en subdoelen), acties formuleren
2: Beweging, waar zit je kans?	welke stappen heb je al gezet (letterlijk en figuurlijk) en waar zitten kansen voor verbetering
3: Voeding	etiketten lezen, gezondheidsclaims interpreteren en marketing doorzien

4: Je energiehuishouding	energiegevers en energienemers, goed voor jezelf zorgen
5: Time management	overzicht creëren in alle taken, keuzes maken, prioriteiten stellen.
6: Succesvolle verandering	plan van aanpak, inzet persoonlijk kwaliteiten
7: Informatie overload	“infobesitas”, omgaan met gezondheidshypes, betrouwbare bronnen van informatie
8: Op eigen voet verder	steun zoeken, persoonlijke kracht

## 5. Evaluatie en eindgesprek

Zowel het basisprogramma als het onderhoudsprogramma eindigt met een eindgesprek (duur 1 uur) waarin wordt gekeken in hoeverre de persoonlijke doelstellingen behaald zijn. Ook wordt vooruitgekeken: welke doelstellingen formuleert de deelnemer voor de toekomst? Het eindgesprek na het basisprogramma dient tevens als evaluatiemoment waarin de leefstijlcoach in overleg met de deelnemer beoordeelt of deelname aan de onderhoudsfase zinvol is. Uitgangspunt is dat het gehele programma van 2 jaar wordt doorlopen en dat daar alleen van afgeweken wordt als daar gegronde reden voor is.

Tijdens alle contactmomenten blijft de leefstijlcoach als spin in het web alert op de mogelijk toegevoegde waarde van samenwerking met partners uit het publieke domein zoals gemeentelijk sport- en beweegaanbod en welzijnswerk. Een goede kennis van de sociale kaart is noodzakelijk. Zo kan bijvoorbeeld een deelnemer die zich verder wil verdiepen in ontspanningsmogelijkheden worden geattendeerd op yogascholen of mindfulness trainers in de buurt; een deelnemer die met financiële problemen kampt kan worden geattendeerd op een financiële coach; een deelnemer met beperkte sociale contacten kan gewezen worden op sociale initiatieven die bij zijn belangstelling aansluiten.

Waar de specifieke hulpvraag van de deelnemer het expertisegebied van de leefstijlcoach overstijgt worden deelnemers doorverwezen naar andere zorgprofessionals. Een voorbeeld is een deelnemer met DM 2 die specifieke vragen heeft rondom een koolhydraatarm dieet, die wordt doorverwezen naar een diëtist.



## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

Er zijn voor de verschillende rollen binnen het programma materialen ontwikkeld tijdens de pilotfase van het Cool-programma.

Voor deelnemers:

- Patiëntenfolder Cool (zie handboek);
- Optioneel een portfolio (zie voor voorbeeld handboek): bevat o.a. achtergrond informatie over ieder thema, oefeningen die gebruikt worden in de groepssessies, diverse dagboeken om gedrag te monitoren. Vanwege het open karakter van de interventie kiezen uitvoerders zelf of en welke materialen ze in het portfolio aanbieden.

Voor verwijzers:

- Een webinar met achtergrond informatie over het Cool-programma, inclusiecriteria en wijze van verwijzen  
**<https://drive.google.com/file/d/0B4z-MYbEzBzedEVTUEJvZ0Zwd3M/view>**
- Een voorlichtingsfilm van de NZa (praktijksituatie Cool leefstijlcoaching):  
**<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/04/12/update-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli>**

Voor uitvoerders:

- Interventie handboek, waarin tevens instructies opgenomen zijn voor resultaatmeting;
- Intervisieformulieren (zie handboek);
- Voorbeeld draaiboek voor een groepssessie (zie handboek);
- Voorbeeldformulieren voor intake, individueel- en eindgesprek (zie handboek);
- Voorbeeldbrief uitnodiging voor deelnemers (zie handboek);

De materialen voor de uitvoerders zijn te verkrijgen via de interventie-eigenaar (Expertisecentrum Leefstijlinterventies) en worden uitgereikt bij het volgen van de verplichte startinstructie.

Via intervisie tussen leefstijlcoaches die het Cool programma uitvoeren, kunnen wervings- en werkmaterialen onderling worden uitgewisseld en voor eigen gebruik aangepast. Onder het punt kwaliteitsbewaking volgen meer details over deze intervisie.

**Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

De interventie kan uitgevoerd worden door een zelfstandige gekwalificeerde professional of door organisaties die een gekwalificeerde professional ter beschikking hebben die als uitvoerder kan optreden. Bij uitvoering binnen het kader van verzekerde zorg, is een centrale rol van de huisarts in het verwijzingsproces een noodzakelijke voorwaarde. In het verlengde hiervan kunnen zorggroepen en paramedische praktijken ook fungeren als uitvoerende instanties. Ook gemeentelijke organisaties of zelfstandige (organisaties van) leefstijlcoaches of andere gekwalificeerde professionals kunnen het programma uitvoeren. Hieronder staat beschreven aan welke competenties deze professional moet voldoen.

Ten aanzien van de eisen aan de locatie van uitvoering geldt het volgende:

- Voor de individuele gesprekken is een besloten ruimte voor 2 personen met voldoende

- privacy afdoende.
- Voor de groepssessies is een grotere ruimte nodig afhankelijk van het aantal deelnemers (gemiddeld genomen tussen de 8 en 12 personen).
- Belangrijk daarbij is dat de locatie zich (letterlijk en/of figuurlijk) op kleine afstand van de doelgroep bevindt om de drempel tot deelname zo laag mogelijk te houden.
- Binnen de pilot zijn veelal locaties gebruikt in een (para)medische setting: huisartsenpraktijk, zorggroep, sportschool/fysiotherapiepraktijk, diëtistenpraktijk, apotheek en servicekantoor van een verzekeraar.

#### Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

De interventie kan uitgevoerd worden door een professional die geregistreerd is in het register van het Expertisecentrum Leefstijlinterventies. Inschrijving in dit register staat open voor hbo-professionals die beschikken over zowel de coachingscompetenties, de inhoudelijke kennis van de verschillende leefstijlgebieden, de competenties om het onderwerp leefstijl integraal aan te bieden, als inzicht in contra-indicaties en de grenzen van leefstijlcoaching (en dus zicht hebben op wanneer door te verwijzen voor specialistische ondersteuning), zoals beschreven in het beroepsprofiel van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)<sup>2</sup>. Concreet betekent dit dat leden van de BLCN zondermeer in aanmerking komen voor registratie in het register van het Expertisecentrum Leefstijlinterventies omdat zij door het lidmaatschap van de BLCN aantoonbaar voldoen aan het beroepsprofiel. Ook andere professionals zoals bijvoorbeeld diëtisten, fysiotherapeuten etc. die aantoonbaar voldoen aan het beroepsprofiel van de BLCN (aan te tonen door middel van een aantekening in hun eigen kwaliteitsregister) kunnen zich aanmelden bij dit register. Voor alle professionals geldt dat het Cool-programma pas uitgevoerd kan worden na het volgen van een startinstructie. Er zijn daarna doorlopende accreditatie-eisen in de vorm van het volgen van relevante bijscholingen en het voldoen aan een jaarlijks minimale uren praktijkervaring met het Cool-programma.

De leefstijlcoach is een nog vrij nieuw beroep. Eén van de kenmerken van de aanpak van een leefstijlcoach is dat hij coachen als grondslag heeft voor zijn aanpak. Dat betekent: hij gidst mensen bij het maken van hun eigen keuzes. In bijlage II is het beroepsprofiel van de HBO-leefstijlcoach opgenomen zodat duidelijk is aan welke kwalificaties een afgestudeerde leefstijlcoach voldoet. In bijlage III is een casus toegevoegd waarin de coachende en gidsende werkwijze van de leefstijlcoach ten opzichte van het “klassieke zorggesprek” geïllustreerd wordt.

#### Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Alle uitvoerders van het Cool programma zijn geregistreerd bij het Expertisecentrum Leefstijlinterventies. De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt en geborgd door dit Expertisecentrum, in de eerste plaats door toe te zien op de kwaliteit van de uitvoerders (zoals hierboven vermeld). Uitvoerders zijn daarnaast verplicht tot het volgen van een startinstructie van een dagdeel en het houden van intervisies gerelateerd aan het Cool-programma zoals vastgelegd in het handboek. Centraal in deze intervisie staat de kwaliteitsborging van het programma, eventuele doorontwikkeling en leren van elkaars ervaring. Ook ervaringen en feedback van deelnemers worden hierin meegenomen.

Met de registratie verbinden de uitvoerders zich tevens aan de verplichting om resultaten van

<sup>2</sup> <http://www.blcn.nl/blcn/het-profiel-van-de-hbo-leefstijlcoach/>

deelnemers vast te leggen in een resultaatmeting. Jaarlijks voldoen zij aan gestelde voorwaarden zoals vastgelegd in het handboek behorende bij het Cool-programma op het gebied van resultaatmeting, evaluatie en verslaglegging, intervisie en/of bijscholing. Gezien het open karakter van de interventie, het feit dat de GLI vanaf 2019 een vergoede interventie is en het feit dat verschillende professionals als uitvoerder kunnen fungeren, mits zij voldoen aan het BLCN-competentieprofiel, is deze resultaatmeting een strikte vereiste. De resultaten worden minimaal tweejaarlijks door het Expertisecentrum Leefstijlinterventies in een rapportage gepubliceerd en geëvalueerd.

#### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

1. De zorg zoals hier beschreven dient per programma als geheel aan de deelnemer aangeboden te worden: een programma van in totaal twee jaar, waarbij alleen met reden en bij uitzondering gestopt wordt na het basisprogramma.
2. De uitvoerende professional voldoet aan eerdergenoemde kwaliteitseisen.
3. Er wordt continuïteit aan de deelnemers geboden door te zorgen dat er gekwalificeerde vervanging beschikbaar is als de uitvoerder onverhoopt uitvalt gedurende het twee jaar durende begeleidingstraject.
4. De uitvoerende professional vervult een verbindende rol tussen het zorg- en maatschappelijke domein door niet alleen in nauw contact te staan met de huisarts, praktijkondersteuner en/of wijkverpleegkundige, maar ook met de relevante gemeentelijke functionarissen, zoals buurtsportcoaches en professionals op het gebied van welzijn. Het is van belang dat de professional voldoende kennis heeft van de sociale kaart van zijn regio zodat de leefstijlcoach als spin-in-het web voor de deelnemers kan fungeren en kan doorverwijzen waar nodig.
5. Er is een goede verbinding met het lokale sportaanbod, bij voorkeur door de betrokkenheid van de buurtsportcoach in de sessie rondom beweging en door inschakelen van de buurtsportcoach bij individuele beweegvragen van de deelnemers.
6. Er wordt contact gehouden met de verwijzer over de voortgang van de deelnemer door (minimaal) overleg te hebben bij de verwijzing, bij de afronding van basis- en onderhoudsprogramma en op minimaal één tussentijds moment in zowel basis- als onderhoudsprogramma. Contact met de verwijzer is er ook bij tussentijdse drop-out van een deelnemer. Ook indien tijdens het traject blijkt dat een deelnemer doorverwezen zou moeten worden naar een andere hulpverlener (bijvoorbeeld diëtist, psycholoog, fysiotherapeut), dan zal de uitvoerder contact opnemen met de verwijzer.
7. Het Cool-programma kent een open karakter en dient aangepast te kunnen worden aan de lokale situatie en doelgroep en aan relevante ontwikkelingen in o.a. zorg en welzijn. Belangrijk is wel dat aanpassingen ten dienste staan van de werkzame elementen: het behalen van de einddoelstellingen is leidend.
8. Laagdrempelige deelname voor (potentiële) deelnemers door een centrale en goed bereikbare locatie. Vergoeding van het Cool-programma uit de basiszorgverzekering draagt ook bij aan een lage drempel tot deelname, met name voor lage SES-deelnemers.

#### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

Voor een succesvolle implementatie moeten zowel de uitvoerende als de verwijzende professionals alle benodigde informatie hebben. Hiervoor bestaat een handboek en een website, die beheerd

worden door het Expertisecentrum Leefstijlinterventies. Het handboek, dat op aanvraag beschikbaar wordt gesteld, richt zich op twee fases:

Een voorbereidingsfase waarin de betrokkenen zich verdiepen in de achtergrond van de interventie, de randvoorwaarden en de uitvoering;

De uitvoeringsfase waarin praktische ondersteuning wordt gegeven in de vorm van onder meer programmakaders, criteria voor verwijzing en hulpmiddelen voor de toeleiding van deelnemers.

De website ([www.leefstijlinterventies.nl](http://www.leefstijlinterventies.nl)) dient ter ondersteuning van deelnemers, uitvoerders, aanbiedende organisaties en verwijzers bij de oriëntatie op het Cool-programma. Voor al deze partijen is hier informatie te vinden die relevant is voor deelname aan, uitvoering van en verwijzing naar het Cool-programma.

Uitvoerders die het programma gaan begeleiden, nemen deel aan een verplichte startinstructie, waarna zij zich verbinden aan de rapportage van deelnemer resultaten, het geven van input voor doorontwikkeling en het voldoen van de jaarvergoeding voor de borging van het Cool-programma.

**Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie?* Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Binnen het basispakket van de zorgverzekering is voorzien in een maximale vergoeding per deelnemer op programmabasis. Dit bedrag is voor 2019 vastgesteld op €787 (per deelnemer voor het complete programma van 24 maanden) waarbij de kanttekening moet worden gemaakt dat het hier gaat om een zogenaamd max-tarief. De daadwerkelijke vergoeding zal afhangen van de contractafspraken die de verzekeraars maken met de uitvoerende organisaties. Uit dit tarief moeten de volgende kosten worden voldaan:

### 1. Inzet uitvoerder:

In het basisprogramma (8-12 maanden):

- 8 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur + 0,5 uur administratieve verwerking per sessie (totaal 16 uur)
- Per deelnemer 1 intake van 60 minuten, 2 individuele coachingsgesprekken van 45 minuten, 1 evaluatiegesprek van 60 minuten en 60 minuten voor tussentijdse contacten en overleg (totaal 4,25 uur per deelnemer)

In het onderhoudsprogramma (12-16 maanden):

- 8 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur + 0,5 uur administratieve verwerking per sessie (totaal 16 uur)
- Per deelnemer 1 intake van 60 minuten, 2 individuele coachingsgesprekken van 45 minuten, 1 evaluatiegesprek van 60 minuten en 60 minuten voor tussentijdse contacten en overleg (totaal 4,25 uur per deelnemer)

### 2. Faciliteiten en materialen:

Basisprogramma:

- Groepsruimte en koffie/thee voor 8 bijeenkomsten
- Coachingsruimte voor 4 individuele gesprekken per deelnemer
- Cursusmaterialen (print- en kopieerkosten, materialen voor werkvormen...)

Onderhoudsprogramma:

- Groepsruimte en koffie/thee voor 8 bijeenkomsten

- Coachingsruimte voor 4 individuele gesprekken per deelnemer
- Cursusmaterialen (print- en kopieerkosten, materialen voor werkvormen...)

Uitvoerders voldoen daarnaast de vergoeding van de startbijeenkomst en een jaarlijkse bijdrage aan het Expertisecentrum Leefstijlinterventies ten behoeve van de borging van het Cool-programma. Op de website van het Expertisecentrum is meer detailinformatie hierover beschikbaar waaronder de tarieven voor het lopende jaar ([www.leefstijlinterventies.nl](http://www.leefstijlinterventies.nl)).

Samenvattend een globale raming van de benodigde kosten en uren van een compleet Cool-programma bij een groepsgrootte van 10 deelnemers:

Benodigde uren (inzet leefstijlcoach)	Groepssessies	2x16 uur	32 uur
	Individuele gesprekken	2x10x4,25 uur	85 uur

Kosten	Huur groepsruimte €90 per sessie	Basis: 8x 90 Onderhoud: 8x 90	€1440
	Huur gespreksruimte: €30 per dagdeel 10 deelnemers in 3 dagdelen	Basis: 3x4x 30 Onderhoud: 3x4x 30	€720
	Cursusmaterialen		€50

Voor de borging van het Cool-programma wordt jaarlijks een bijdrage gevraagd aan de uitvoerders. Voor meer informatie en tarieven voor het lopende jaar, zie [www.leefstijlinterventies.nl](http://www.leefstijlinterventies.nl).

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

Op dit moment heeft de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht of obesitas, net als 12% van de kinderen [31]. Obesitas hangt samen met tal van chronische aandoeningen waaronder diabetes type 2, hart- en vaatziekten, een aantal soorten kanker en aandoeningen aan galblaas en het bewegingsstelsel [32]. Uit onderzoek blijkt dat leefstijl gerelateerde problemen leiden tot diverse consequenties, zowel op persoonlijk (medisch) vlak als op sociaal vlak: het is bekend dat leefstijlgerelateerde problemen een grote economische impact hebben. [22, 23].

De Zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) beschrijft de zorg die minimaal nodig is voor het merendeel van de patiënten met obesitas. In de eerste plaats is voldoende aandacht voor preventie belangrijk, om te voorkomen dat mensen te zwaar worden. Zijn mensen te zwaar dan is, volgens de Zorgstandaard Obesitas, een GLI bestaande uit het verbeteren van het voedingspatroon en normaliseren van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering de eerste keus voor behandeling [2].

Onderzoek toont aan dat leefstijlgerelateerde problemen niet alleen samenhangen met een verstoorde energiebalans door verhoogde energie-inname via voeding en beperkte lichamelijke activiteit maar met meer factoren zoals een gebrekkige slaapkwaliteit [24,25] een verhoogd stressniveau en gebrek aan ontspanning. [26]

Uit gerandomiseerde klinische trials blijkt dat mensen hun leefstijl-gerelateerde gedrag en gewicht positief kunnen veranderen [1, 6-8, 49]. Recente studies hebben gekeken naar de implementatie van deze GLI's in de Nederlandse context, zoals de BeweegKuur [9], SLIMMER [10] en MetSLIM [11]. Uit deze procesevaluaties komen meerdere implementatiebarrières naar voren. Zo blijkt dat er te weinig multidisciplinaire samenwerking is en onvoldoende vaardigheden en tijd bij de eerstelijns professionals voor het optimaliseren van coaching [12, 13].

Eén van de belangrijkste barrières voor de patiënten is dat de zorgverzekering de kosten van de interventie niet volledig dekt [12], daarnaast vindt op dit moment de zorg voor deze doelgroep onvoldoende plaats en is de financiering hiervan versnipperd [33]. Tevens blijkt coaching over een langere termijn nodig te zijn om de leefstijlverandering te behouden [4, 14, 15]. Aan de hand van de resultaten van deze voorgaande interventies en de bevindingen uit implementatiestudies naar die interventies is de Cool- programma ontstaan waarbij getracht is om bovenstaande barrières te ondervangen:

- Zo is de GLI naast voeding, beweging en gedrag uitgebreid met de themagebieden slaap stress en ontspanning.
- In tegenstelling tot de gebruikelijke spreiding van de programma-onderdelen over verschillende disciplines (diëtist, fysiotherapeut en psycholoog), wordt het Cool-programma uitgevoerd door een persoon: de leefstijlcoach die vanuit een spin-in-het-web rol samenwerkt met diverse partners in de omgeving van de deelnemer.
- Een duidelijke rol is weggelegd voor de buurtsportcoach voor de verbinding met het gemeentelijke sportaanbod.
- De leefstijlcoach benadert de deelnemers met een coachende grondhouding, niet vanuit de expertise van de professional, maar vanuit de vraag van de deelnemer.
- De duur van het programma is verlengd naar twee jaar om de leefstijlverandering op lange termijn te behouden.
- De prestatie is structureel ingebed door er een verzekerde prestatie van te maken.

**Oorzaken** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

Overgewicht wordt kort gezegd veroorzaakt door een disbalans in energie-inname en energieverbruik. Daar gaan echter complexe gedragingen aan vooraf met veel onderliggende factoren [16]. Deze worden ook wel energy balance related behaviors/energiebalans gerelateerde gedragingen (EBRB) genoemd.

Om de oorzaken van gewichtstoename te schetsen, gebruiken we het EnRG raamwerk (Environmental Research framework for weight Gain prevention [17], Figuur 1) als denkkader. Dit raamwerk combineert verschillende theoretische benaderingen ter verklaring van energiebalans-gerelateerd gedrag en hun onderliggende factoren. In het EnRG raamwerk worden verschillende typen factoren onderscheiden die bepalend zijn voor individueel voedings- en bewegingsgedrag. Een belangrijk onderscheid in het raamwerk wordt gemaakt tussen directe invloed door omgevingsfactoren en hun gemedieerde invloed door persoonlijke factoren.

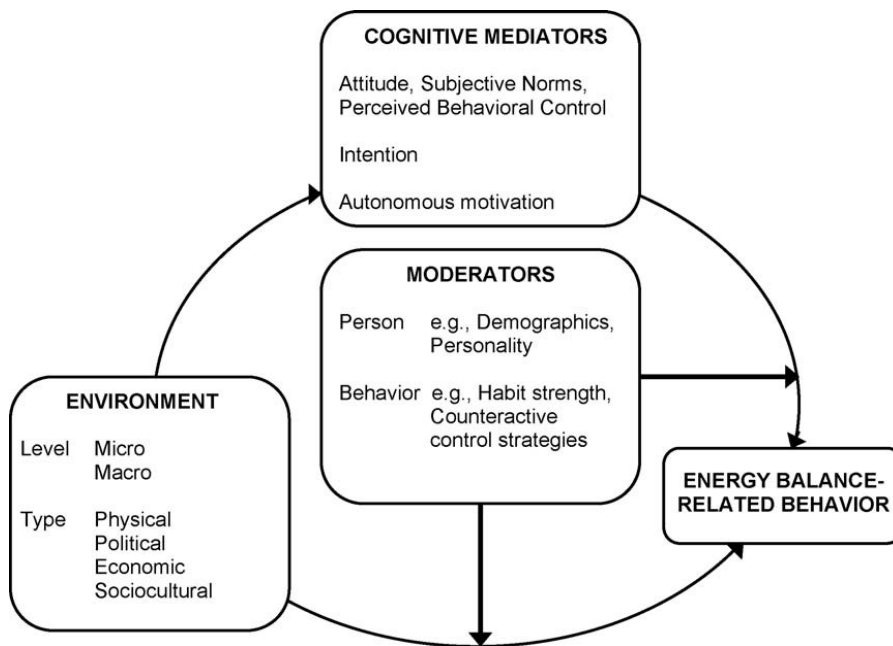
De persoonlijke factoren (mediatoren) in het EnRG model zijn voornamelijk gebaseerd op de inzichten uit het Health Belief Model en de Theory of Planned Behaviour waarin de intentie (of motivatie) om gedrag te vertonen gezien wordt als een goede voorspeller van dat gedrag [35]. Uit diezelfde theorieën blijkt dat een aantal groepen van determinanten onderscheiden kan worden die deze intentie voorspellen: attitude, waargenomen sociale invloed of subjectieve norm en eigen effectiviteit of waargenomen gedragscontrole. Volgens de Self-determination Theory [36] is het daarnaast niet zozeer de mate van intentie of motivatie die van belang is maar vooral de mate van autonome motivatie die telt.

Voor het identificeren van relevante omgevingsfactoren stelt het EnRG-model het ANGELO raamwerk centraal [37]. Daarin wordt de omgeving op twee assen uitgezet: enerzijds het niveau van de omgeving micro (thuis, op school, in de buurt) versus macro niveau (landelijk) en anderzijds het type omgeving. Daarin onderkent het model vier verschillende typen: fysiek (wat is beschikbaar), economisch (wat zijn de kosten), politiek (wat zijn de regels) en sociaal cultureel (wat is de achtergrond).

Het EnRG model onderkent daarnaast ook moderatoren: dit is een aparte categorie factoren die de invloed van persoonlijke (mediatoren) en omgevingsfactoren beïnvloedt. Onder deze moderatoren vallen o.a. demografische kenmerken, de kracht van gewoonten en bewustzijn van risicogedrag.

Het raamwerk maakt onderscheid tussen een directe automatische invloed van de omgeving op het voeding- en beweggedrag en een indirecte invloed van de omgeving, middels de beïnvloeding van cognities, op ditzelfde gedrag, de zogenaamde dual-process paden[34]. Zo is de kracht van gewoontegedrag een van de factoren die de kans op automatische (directe) respons op omgevingsfactoren beïnvloedt.





Figuur 1. Environmental Research framework for weight Gain prevention [17]

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

**Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Het Cool-programma grijpt in op verschillende factoren uit het EnrG model die overgewicht en obesitas veroorzaken.

Categorie	Factor	Draagt bij aan subdoel
Persoonlijke factoren/ mediatoren	Autonome motivatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatatie t.a.v. gezond leefpatroon</li> <li>Formuleren persoonlijke gedragsdoelen en koppeling naar acties</li> <li>Bewust van eigen gedrag</li> </ul>
	Eigen effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kennis gezond/ongezond gedrag</li> <li>Inzicht persoonlijke kwaliteiten en valkuilen</li> <li>Motivatatie t.a.v. gezond leefpatroon</li> <li>Kennis van gedrag en gewoontes</li> <li>Formuleren persoonlijke gedragsdoelen en koppeling naar acties</li> <li>Bewust van eigen gedrag</li> </ul>
	Attitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatatie t.a.v. gezond leefpatroon</li> <li>Formuleren persoonlijke gedragsdoelen en koppeling naar acties</li> <li>Bewust van eigen gedrag</li> </ul>
	Intentie tot gedrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formuleren van persoonlijke gedragsdoelen en koppeling naar acties</li> </ul>
Moderatoren	Persoon (persoonlijkheid, betrokkenheid, bewustzijn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inzicht persoonlijke kwaliteiten en valkuilen</li> <li>Bewust t.a.v. eigen gedrag</li> <li>Bewust van invloed omgeving op gedrag</li> <li>Motivatatie t.a.v. gezond leefpatroon</li> </ul>
	Gedrag (gewoontevorming, controle strategieën)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewust van eigen gedrag</li> <li>Kennis van gedrag en gewoontes</li> </ul>
Omgevingsfactoren	Inrichting fysieke omgeving (beschikbaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</li> <li>Formuleren van concrete en haalbare acties</li> </ul>



	Sociale omgeving (micro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</li> <li>• Formuleren van concrete en haalbare acties</li> </ul>
	Politieke/economische omgeving (regels)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</li> </ul>

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

**Verantwoording** – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

Gezien de grote verscheidenheid aan type factoren die van invloed zijn op gezond gedrag, zijn interventies die gebruik maken van een integrale aanpak het meest effectief [1]. Integrale interventies richten zich zowel op persoonlijke factoren van het gedrag als op verschillende typen en niveaus van factoren in de omgeving van het individu [43-45].

Het Cool-programma richt zich dan ook op meerdere aspecten van overgewicht: voeding, beweging en gedragsverandering. Bovendien zijn in het Cool-programma daar nog andere thema's aan toegevoegd: slaap, stress, energiemanagement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning. Deze onderwerpen dragen bij aan een gezondere leefstijl [24, 25, 26] en/of dragen bij aan nieuwe vaardigheden die een gezonde leefstijl ondersteunen.

Voor het Cool-programma is het EnRG model als denkkader gebruikt. Hierin komen alle factoren samen die zowel direct als indirect van invloed zijn op het gezondheidsgerelateerde gedrag. Aan het EnRG raamwerk liggen verschillende gedragstheorieën ten grondslag. De onderliggende theoretische elementen zijn vertaald naar theoretische methodieken van gedragsverandering en praktische toepassingen die bijdragen aan de (sub)doelstellingen van het Cool-programma.

Onderstaand een deel van een grotere tabel die de samenhang toont tussen de theoretische elementen en methodieken, de subdoelstellingen en de praktische toepassingen zoals die in het Cool-programma van de pilot zijn uitgevoerd. Omwille van leesbaarheid zijn de tabellen niet in deze paragraaf opgenomen. In bijlage IV zijn drie tabellen terug te vinden voor de verschillende categorieën van factoren.

Het daadwerkelijk bewegen maakt geen onderdeel uit van het Cool-programma. De oorsprong hiervan ligt in de wettelijke kaders van de Zorgverzekeringswet. Deze stelt dat het stimuleren van de intrinsieke motivatie tot bewegen en het wegnemen van (mentale en eventuele fysieke) belemmeringen wel onder vergoede zorg valt, maar het begeleiden bij en het daadwerkelijk bewegen niet. Hier zijn parallellen te zien met de aanpak rondom voeding, slaap en stress waarbij het doel ook niet is om dit nieuwe gedrag samen uit te voeren maar wel om de deelnemer aan te zetten tot en te ondersteunen bij het nieuwe gedrag. In het Cool-programma is er dan ook veel aandacht voor het "aanzetten tot beweging". De werkzame elementen in het kader van bewegen zijn:

- Alle werkzame elementen die universeel van toepassing zijn op een (duurzame) gedragsverandering zoals doelen stellen, eigen effectiviteit verhogen, jezelf belonen, sociale steun organiseren, implementatie intenties opstellen, et cetera.
- Veel nadruk op autonome motivatie en eigen regie om een duurzame gedragsverandering te realiseren. In de praktijk betekent dit dat de deelnemer zelf de keuze maakt in welke mate en vorm hij/zij beweging toevoegt aan zijn/haar

leefpatroon. Nadruk wordt gelegd op het zoeken naar een beweegvorm die bij de deelnemer past en waar hij voldoening/ plezier uithaalt om de kans te verhogen dat de deelnemer ook op de lange termijn actief blijft.

- Drempel naar het lokale beweegaanbod verlagen door de buurtsportcoach uit te nodigen om te participeren in de sessie rondom bewegen en daar een overzicht te bieden van lokaal aanbod van passende beweegopties aansluitend op behoefte van de deelnemers.
- Buurtsportcoach geeft advies op maat aan de deelnemers n.a.v. hun persoonlijke situatie.
- Belangrijk daarbij is de informatie die leefstijlcoach en/of buurtsportcoach verstrekt, bestaande uit:
  - De Nederlandse Bewegnorm die richtinggevend is voor de beweegacties die worden uitgezet
  - Het uitgangspunt dat “bewegen goed is en meer bewegen altijd beter”
  - Passende beweegvormen bij overgewicht en obesitas
  - Het gegeven dat het effect van beweging op de gezondheid bij een toename in beweging in beginsel een steile curve kent die vervolgens afvlakt: de stap van inactief naar licht actief geeft relatief grote gezondheidswinst (ook al wordt de beweegrichtlijn van 150 min/week niet gehaald) [28].
- Passende tools om inzicht in het huidige beweeggedrag te krijgen en het opbouwen van nieuw gedrag te ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn het bijhouden van een bewegedagboek en het stimuleren van het gebruik van stappentellers of (gratis) activiteitmonitoring apps.

Gegeven bovenstaande uitgangspunten zijn universele minimale beweegrichtlijnen voor alle deelnemers niet opportuun. De focus ligt op de bewustwording van de deelnemers dat elke kleine stap naar meer beweging gezondheidswinst oplevert.

Theoretisch model / element	Uitvoerder	Definitie	Parameter	Praktische toepassing / voorbeelden	Werkt aan subdoel stelling
Autonome motivatie – eigen regie  <i>De Roos van Leary, Timothy Leary (1948, 1957)</i>	Leefstijl coach	Positiekeuze leefstijlcoach veroorzaakt complementair gedrag deelnemer	Regie bij deelnemer zelf, eigen verantwoordelijkheid, zelfmanagement	Onder/samen gedrag van de leefstijlcoach: “Vertel eens...”, erkenning geven, sympathie tonen “Wat goed dat je bent gekomen”, om mening vragen “Wat vind je van...” Leidt tot gedrag waarmee de deelnemer meer de leiding/het initiatief neemt.	Bewust van persoonlijke motivatie, Formuleren van concrete en haalbare acties
Autonome motivatie – doelen stellen  <i>GROW model, John Whitmore, 1980</i>	Leefstijl coach	Doelen stellen en verhogen probleemoplossend vermogen	Probleemoplossend vermogen, doelgerichtheid	Stapsgewijs uitvragen door leefstijlcoach van G (doelen) en onderliggende doelen en motivatie, R (realiteit), O (opties) en W (wat wil je?).	Formuleren van concrete en haalbare acties
Autonome motivatie - Motivational interviewing  <i>Motivational interviewing, Millner &amp; Rollnick, 1983</i>	Leefstijl coach	Cliëntgerichte, faciliterende en ondersteunende stijl van coachen.	Motivatie tot verandering	Vragen naar voordelen nieuw gedrag, nadelen huidig gedrag Oproepen verandertaal Rapportcijfer aangeven voor motivatie tot veranderen (readiness ruler) Ambivalentie benoemen tussen huidig en gewenst gedrag	Bewust van persoonlijke motivatie, Bewust van huidige gedrag

Binnen het Cool-programma worden daarnaast verschillende methodieken ingezet, gericht op het omzetten van intentie naar gedrag en gericht op het behoud van dit nieuwe gedrag:

- GROW-methodiek: tijdens de intake worden persoonlijke doelstellingen geformuleerd en bij elk volgend contactmoment gedurende de loop van het programma wordt hierop gereflecteerd en worden deze waar nodig bijgesteld.
- Coaching strategie gebaseerd op Motivational Interviewing en ondersteunend naar meer autonomie voor de deelnemer: het huidige patroon van de deelnemer is het uitgangspunt en de deelnemer zelf bepaalt met welke doelstellingen hij/zij aan de slag gaat en in welke volgorde. De onderwerpen hebben allen een gelijkwaardig gewicht: de uitvoerders steken niet in op een eigen specialisme, maar kijken naar de vraag van de deelnemer. Centraal staat niet het verminderen of verhelpen van de ziekte of klacht waarmee iemand bij de uitvoerder komt, maar dat wat hij wil bereiken in zijn eigen leven.
- Implementatie- Intenties: het omzetten van intenties naar concrete acties in een specifieke situatie (context) in de vorm van als-dan formuleringen.

Invulling van de belangrijkste praktische randvoorwaarden rondom het Cool-programma geeft de juiste basis voor het realiseren van de doelstellingen en het behalen van de gewenste effecten.

Belangrijkste elementen daaruit:

- Groepsgewijze uitvoering met lotgenoten: dit verhoogt de sociale verbondenheid en bevordert de intrinsieke motivatie [36, 39].
- De uitvoerende professional voldoet aan eerdergenoemde kwaliteitseisen en draagt zorg voor continuïteit.
- Centrale rol van de leefstijlcoach in het leefstijltraject: verbinding met lokale sportaanbod, verbinding met lokale zorg en welzijnsprofessionals, contact met verwijzers.
- Aansluiting bij de doelgroep door laagdrempelige deelname en aanpassing aan lokale situatie en doelgroep met behoud van werkzame elementen [52].

Aan het pilotproject Cool is een PhD-onderzoek van Maastricht University, in samenwerking met Tilburg University, gekoppeld. Dit onderzoek richtte zich op de vraag of de rol van leefstijlcoach een toegevoegde waarde aan het zorgstelsel zou zijn. In het kader van dit onderzoek is een procesevaluatie uitgevoerd als ook een implementatie en monitoring onderzoek naar de Cool interventie waarbij de gemonitorde veranderingen van de deelnemers kunnen worden gezien als indicatoren van behaalde effecten.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

a) **Titel, auteur en organisatie** Van Rinsum, C.E., Gerards, S.M.P.L., Rutten, G.M., Van de Goor, L.A.M., Kremers, S.P.J. (2018). Coaching op Leefstijl (CooL): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie. Maastricht University.

b) **Type onderzoek:** In 2014 is de CooL pilot gestart en hebben vijf regio's Dongen, Parkstad, Oosterhout, Tilburg Reeshof en Uden aan het actie-begeleidend onderzoek bijgedragen. In deze procesevaluatie werden kwantitatieve (aanwezigheid en uitval, vragenlijsten) en kwalitatieve methoden (interviews, observaties) gebruikt. Met de vragenlijsten werd gevraagd naar de ervaringen met het programma van deelnemers en de competenties van de leefstijlcoaches. Verschillende doelgroepen werden geïnterviewd, waaronder de deelnemers (n = 4 en 6 groepsinterviews), verwijzers (n = 52), project- en stuurgroepsleden (n = 14) en leefstijlcoaches (n = 12). Observaties werden uitgevoerd bij groepsbijeenkomsten en projectgroep overleggen.

c) **Samenvatting van de meest relevante uitkomsten:** Het bereik van de interventie tijdens de onderzoeksperiode: Het aantal verwijzingen op 1 april 2017 was 494. Hiervan hebben 400 personen een intake met de leefstijlcoach gehad. Er zijn 358 volwassenen begonnen aan de interventie en 211 volwassenen (59%) hebben het basisprogramma afgerond. Er zijn 66 volwassenen (18%) gestopt tijdens het programma, daarmee was uitval tijdens het programma laag. In de onderzoeksperiode was deelname aan het onderhoudsprogramma nog optioneel. Er zijn 69 volwassenen met het onderhoudsprogramma begonnen. Daarvan is één persoon met het onderhoudsprogramma weer gestopt.

De **waardering** van de CooL-interventie: deelnemers gaven het totale programma een rapportcijfer 8,5. In dit cijfer zijn meegenomen: de groepsbijeenkomsten, de individuele bijeenkomsten als ook de uitvoerende leefstijlcoach.

**Procesevaluatie:** In het begin van de pilot is een procesevaluatie uitgevoerd bij de intermediaire doelgroep. Uit deze procesevaluatie bleek dat de toeleiding naar de interventie in eerste instantie langzaam verliep. Het programma stond niet altijd goed op

het netvlies bij de primaire verwijzers (praktijkondersteuners en huisartsen). Naarmate de interventie structureel werd ingebed nam deze toeleiding steeds meer toe. Actieve verwijzers bij het Cool-programma waren persoonlijk meer gemotiveerd en hadden persoonlijke interesse voor de overgewichtproblematiek.

Het Cool onderzoek heeft in aanvulling daarop laten zien dat het bij een deel van de leefstijlcoaches nog aan voldoende ondernemers- en netwerkvaardigheden ontbreekt om het programma optimaal onder de aandacht te brengen. Het is overigens bekend dat met innovatietrajecten meestal een bepaalde opstarttijd gemoeid gaat. Het duurt even voordat verwijzers enthousiast worden, achter de innovatie staan, de meerwaarde ervan onderschrijven en weten hoe ze moeten verwijzen.

### **De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:**

- Lage sociaaleconomische status: er zijn relatief veel mensen met een laag of middelhoog sociaaleconomische status met het programma gestart, in vergelijking met soortgelijke interventies. Het programma was niet specifiek gericht op deelnemers met een lage SES maar door flexibiliteit in de inhoudelijke invulling was er toch een goede aansluiting.
- Uitvalpercentages (18%) zijn vergelijkbaar met die van eerdere Nederlandse GLI studies (13%-31%) [47,48].
- Hoge waardering: de deelnemers gaven het Cool-programma als totaal een hoog rapportcijfer bij de eindevaluatie.
- Doorverwijzing kwam in eerste instantie moeizaam op gang: de leefstijlcoach is een nieuwe speler op het terrein van de zorg. De primaire verwijzers (praktijkondersteuners en huisartsen) hadden het programma en de leefstijlcoach bij de start van het project nog onvoldoende op het netvlies.

## **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten** – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

### **Onderzoek 1**

- (a) **Titel, auteur en organisatie:** Van Rinsum, C.E., Gerards, S.M.P.L., Rutten, G.M., Van de Goor, L.A.M., Kremers, S.P.J. (2018). Coaching op Leefstijl (Cool): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie. Maastricht University.
- (b) **Het type onderzoek:** Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van een pre-post design zonder controlegroep. De veranderingen in de tijd is gemonitord wat betreft motivatie, gedrag, kwaliteit van leven en gewicht van de deelnemers.

In totaal deden 300 deelnemers mee aan de studie. Deelnemers vulden vier vragenlijsten in:

- 1) voorafgaand aan het Cool-programma (voormeting; T0): n = 293,
- 2) kort na afronding van het basisprogramma (nameting ongeveer 44 weken na voormeting; T1): n = 149,
- 3) follow-up op de korte termijn (1,5 jaar na de voormeting; T2): n = 79, en
- 4) op lange termijn (2 jaar vanaf de voormeting; T3): n = 60.

De inclusiecriteria voor het Cool-programma zijn: obesitas (BMI  $\geq$  30) óf overgewicht (BMI  $\geq$  25) met een (matig) verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type II, 18 jaar en ouder, CZ en VGZ verzekerd.

In totaal zijn 69 volwassenen met het onderhoudsprogramma begonnen en acht personen met het aanvullende programma (individuele programma). Volgens de coaches hebben 33 personen een T2 of T3 vragenlijst ingevuld terwijl ze al met een aanvullend programma waren gestart. Er hadden nog maar één à twee groepsessies plaatsgevonden van het terugvalprogramma, op het moment dat de dataverzameling stopte.

De volgende determinanten en meetinstrumenten zijn onderzocht in de vragenlijsten:

- 1) Psychologische behoeften: Psychological Need Satisfaction in Exercise scale (PNSE)
- 2) Kwaliteit van motivatie voor beweging: Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3)
- 3) Kwaliteit van motivatie voor gezonde voeding: Regulation of Eating Behaviour Scale (REBS)
- 4) Barrières: for physical activity and for eating a healthy diet
- 5) Beweggedrag: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)
- 6) Eetgedrag: Shortened Fat List
- 7) Kwaliteit van leven: EQ-5D-3L
- 8) BMI: de lengte en het gewicht is objectief door professionals (POH of huisarts, leefstijlcoach, onderzoekers) gemeten en aangevuld met zelf-gerapporteerd BMI

- (c) **Samenvatting van de meest relevante resultaten:** Recent is door het onderzoeksteam vanuit Maastricht University en Tilburg University een implementatie en monitoring onderzoek naar de Cool interventie afgerond. Dit was dus in essentie geen effectstudie (immers: geen controlegroep), maar de gemonitorde veranderingen binnen personen kunnen worden gezien als indicatoren van effecten. Een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek naar de Cool interventie geeft het volgende beeld: deelnemers rapporteren na deelname aan het Cool basisprogramma meer te bewegen, minder te zitten en gezonder te eten. Extrinsieke (gecontroleerde) motivatie is verminderd en intrinsieke (autonome) motivatie ten aanzien van gezonder voedings- en beweeggedrag is versterkt. De gerapporteerde kwaliteit van leven is significant toegenomen bij de deelnemers. Daarnaast zijn de volwassen deelnemers gemiddeld 2,2 kilogram afgevallen na deelname, en dit gewichtsverlies bleef behouden tot twee jaar na de voormeting. In totaal bleek 62% van de deelnemers te zijn afgevallen op lange termijn; 22% had een gewichtsverlies van meer dan 5% en 43% had een gewichtsverlies van meer dan 2%.

## Onderzoek 2

- (a) **Titel, auteur en organisatie:** Van Rinsum, C.E., Gerards, S.M.P.L., Rutten, G.M., Philippens, N.M.L., Janssen, E.M.J., Winkens, B., Van de Goor, L.A.M., Kremers, S.P.J. (2018). The Coaching on Lifestyle (Cool) Intervention for Overweight and Obesity: A Longitudinal Study into Participants' Lifestyle Changes [21].
- (b) **Het type onderzoek:** Daarnaast is in een internationale publicatie gerapporteerd over een deelpopulatie van het hierboven vermelde onderzoek. Deze deelpopulatie had de periode tot en met T2 doorlopen. Voor dit onderzoek is een vergelijkbare opzet en analyse gebruikt. Belangrijk verschil met het eerste onderzoek is dat hier gebruik is gemaakt van een deel van de onderzoekspopulatie. Enkel de data van de personen die 1,5 jaar in het onderzoek zaten, zijn hier meegenomen (n=138).
- (c) **Samenvatting van de meest relevante resultaten:** de resultaten komen grotendeels overeen met het onderzoek zoals hierboven genoemd. In deze deelpopulatie gaven deelnemers aan minder barrières te ervaren wat betreft gezonder eten en meer bewegen, zowel direct na afloop van het programma als ook na een tijdspanne van 1,5 jaar. Daarnaast werd een verhoogde intrinsieke motivatie ten aanzien van voedings- en beweeggedrag gemeten. Als laatste is verbeterde kwaliteit van leven en een gewichtsverlies van 2,3 kg te zien, wat ook langdurig (1,5 jaar na de voormeting) behouden is gebleven.

## Onderzoek 3

- (a) **Titel, auteur en organisatie:** Pettman TL, Buckley JD, Misan GMH, Coates AM, Howe PRC, Health benefits of a 4-month group-based diet and lifestyle modification program for individuals with metabolic syndrome, 2009, Obesity Research & Clinical Practice (2009) 3, 221-235 [54].
- (b) **Het type onderzoek:** dit onderzoek van Pettman betreft een gerandomiseerd gecontroleerd parallel groupdesign waarbij 153 obese volwassenen met metabool syndroom worden doorverwezen naar ofwel een interventiegroep ofwel een controlegroep. De interventie omvat een gestructureerd maar niet-voorschrijvend (non-prescriptive) groepsprogramma van 16 weken bestaande uit het geven van educatie, het aanleren van praktische strategieën en bieden van ondersteuning om tot een verandering op het gebied van voedings- en beweeggedrag te komen.
- (c) **Samenvatting van de meest relevante resultaten:**
- Gematigd gewichtsverlies
  - Verbetering in lichaamssamenstelling en in fysieke- en cardiometabole conditie
  - Beperkte uitval deelnemers in programma (9% gemiddeld)
  - Gebruik facultatief beweegprogramma door zeer beperkt aantal deelnemers

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

Onderstaande werkzame elementen vormen de kern van het Cool-programma en zijn dan ook als onderdeel noodzakelijk voor het realiseren van de gewenste kwaliteit en effectiviteit van het programma.

### **Inhoudelijke elementen**

- Grondige screening op motivatie voor deelname
- Gecombineerde aanpak van voeding, beweging, slaap, stress, energiemanagement, timemanagement, vitaliteit en ontspanning met een focus op blijvende gedragsverandering
- Informeren over de consequenties van (on)gezond gedrag
- Bewustwording van de discrepantie tussen huidig en gewenst gedrag
- Positieve psychologie: Leren van successen uit het verleden
- Stellen van persoonlijke doelen op zowel resultaat als gedrag en het plannen van bijbehorende concrete acties
- Kennis over gewoontevorming
- Stimuleren tot zelf monitoren van het gedrag op de zelf gekozen doelstellingen
- Aanmoediging om een persoonlijke beloning te formuleren bij vertonen gewenst gedrag
- Sociale beloning bij het realiseren van gewenst gedrag
- Vermijden of verminderen van blootstelling aan triggers t.a.v. het ongewenste gedrag en het introduceren van nieuwe triggers ten gunste van het nieuwe gewenste gedrag
- Toepassen van Motivational Interviewing om gedragsverandering te bereiken en te behouden
- Stimuleren tot het verwerven van sociale steun uit de directe omgeving bij het veranderen en verduurzamen van het gedrag
- Goede begeleiding in het zoeken en begeleiden naar een of meer passende beweegactiviteiten door de buurtsportcoach

### **Werkzame elementen op organisatorisch niveau:**

- Goede multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste- en/of tweede lijn
- Een coördinerende rol van de leefstijlcoach als primaire aanspreekpunt binnen het leefstijltraject
- Een goede verbinding tussen de leefstijlcoach en het lokale sportaanbod
- Centrale en makkelijk bereikbare locatie om deelname zo laagdrempelig mogelijk te maken
- De mogelijkheid om de uitvoering aan te passen aan de lokale situatie en de specifieke doelgroep binnen de kaders zoals gesteld in het interventie handboek

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*



## 6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

1. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes.* 2016;6(6):395-403.
2. Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam; 2010.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981 [Height and weight of persons, underweight and overweight; since 1981]. Den Haag/Heerlen2016. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=1512634988568>. Accessed on 7 Dec 2017.
4. Brown T, Avenell A, Edmunds LD, Moore H, Whittaker V, Avery L, et al. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2009;10(6):627-638.
5. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344(18):1343-1350.
6. Janicke DM, Steele RG, Gayes LA, Lim CS, Clifford LM, Schneider EM, et al. Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *J Pediatr Psychol.* 2014;39(8):809-825.
7. McGovern L, Johnson JN, Paulo R, Hettinger A, Singhal V, Kamath C, et al. Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(12):4600-4605.
8. Gillies C, Abrams K, Lambert P, Cooper N, Sutton A, Hsu R, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2007;334(7588):9.
9. Berendsen BA. Measurement & Promotion of Physical Activity. Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care [PhD dissertation]; Maastricht University; 2016.
10. Duijzer G. Type 2 diabetes prevention from research to practice: the SLIMMER lifestyle intervention [PhD dissertation]; Wageningen University; 2016.
11. Bukman AJ. Targeting persons with low socioeconomic status of different ethnic origins with lifestyle interventions: opportunities and effectiveness [PhD dissertation]. Wageningen: Wageningen University; 2016.
12. Helmink JH, Kremers SP, Van Boekel LC, Van Brussel-Visser FN, Preller L, De Vries NK. The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. *Fam Pract.* 2012;29 Suppl 1:i68-i74.
13. Berendsen BA, Kremers SP, Savelberg HH, Schaper NC, Hendriks MR. The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: mixed method process evaluation. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):37.
14. Rutten GM, Meis JJ, Hendriks MR, Hamers FJ, Veenhof C, Kremers SP. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity.* 2014;11:86.
15. Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise

- interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2009;10(3):313-323.
16. Kremers SP, Visscher TL, Seidell JC, van Mechelen W, Brug J. Cognitive determinants of energy balance-related behaviours: measurement issues. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2005;35(11):923-933.
  17. Kremers SP, de Bruijn GJ, Visscher TL, van Mechelen W, de Vries NK, Brug J. Environmental influences on energy balance-related behaviors: a dual-process view. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006;3:9.
  18. Santos I, Silva MN, Teixeira PJ. A self-determination theory perspective on weight loss maintenance. *EHP*. 2016;18(5):194-199.
  19. Silva MN, Markland D, Vieira PN, Coutinho SR, Carraça EV, Palmeira AL, et al. Helping overweight women become more active: Need support and motivational regulations for different forms of physical activity. *Psychol Sport Exerc*. 2010;11(6):591-601.
  20. Rutten GM, Meis J, Hendriks M, Hamers F, Veenhof C, Kremers S. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11(1):86.
  21. Van Rinsum C, Gerards S, Rutten G, Philippens N, Janssen E, Winkens B, et al. The Coaching on Lifestyle (Cool) Intervention for Overweight and Obesity: A Longitudinal Study into Participants' Lifestyle Changes. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):680.
  22. Perry KI, MacDonald SJ. The obese patient: a problem of larger consequence. *Bone Joint J*. 2016; 98-b(1 Suppl A):3-5.
  23. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P, et al. *Overcoming obesity: an initial economic analysis*. London: McKinsey Global Institute; 2014.
  24. Schmid S, Hallschmid M, Schultes B. The metabolic burden of sleep loss. *The Lancet, Diabetes & Endocrinology*, 2014.
  25. Cappuccio F, Taggart F, Kandala N et al. Meta-analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults, *Oxford Academic Sleep*, Vol.31 Issue 5, 2008.
  26. Dallman M, Pecoraro N, Akana S, et al. Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food", *PNAS* September 30, 2003. 100 (20) 11696-11701.
  27. Gezondheidsraad (2015) *Richtlijnen Goede Voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatiernr. 2015/24.
  28. Gezondheidsraad (2017) *Beweegrichtlijnen 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatiernr. 2017/08.
  29. Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology. An Introduction*. *American Psychologist*. 55 (1) 5-14.
  30. Whitmore J. *Coaching for performance*, Nicholas Brealey Publishing Ltd. (2009).
  31. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981. Geraadpleegd op 4 november 2016*. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81565NED&D1=2&D2=0&D3=5&D4=0&D5=34&VW=T>.
  32. Gezondheidsraad. *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.
  33. PON document "Gecombineerde groepsbehandeling van obesitas", november 2016.
  34. Kremers S.P, de Bruijn GJ, Visscher TLS, van Mechelen W., de Vries N.K and Brug J. Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006, 3:9.
  35. Kremers S.P. Theory and practice in the study of influences on energy balance-related behaviors. *Patient Education and Counseling*. 79 (2010) 291-298.
  36. Deci E.L. & Ryan R.M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. 1985, New York: Plenum.
  37. Swinburn B., Egger G., Raza F. *Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental*

- interventions for obesity. *Prev Med* 1999, 29:563-70.
38. RIVM (2008). Rapport 260401005/2008. W.J.E. Bemelmans et al. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2: Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur.
  39. Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, Philpot B, Absetz P, Bunker S, O'Neil A, Reddy P, Best JD, Janus ED (2007). Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health*. 2007 Sep 19;7:249.
  40. Van Rinsum, C.E., Gerards, S.M.P.L., Rutten, G.M., Van de Goor, L.A.M., Kremers, S.P.J. (2018). Coaching op Leefstijl (Cool): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie. Maastricht University.
  41. NHG (2010). NHG-Standaard Obesitas. *Huisartswet* 2010, 55, 609-625.
  42. CVZ (2009). Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen: College voor Zorgverzekeringen (CVZ).
  43. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes*. 2016; 6(6):395-403.
  44. Gillies C, Abrams K, Lambert P, Cooper N, Sutton A, Hsu R, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007; 334(7588):9.
  45. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017; 14(1):42.
  46. Van Rinsum, C.E.; Gerards, S.M.P.L.; Rutten, G.M.; van de Goor, I.A.M.; Kremers, S.P.J. The coaching on lifestyle (Cool) intervention for obesity, a study protocol for an action-oriented mixed-methods study. *BMC Public Health* 2018, 18, 117.
  47. Bukman AJ. Targeting persons with low socioeconomic status of different ethnic origins with lifestyle interventions: opportunities and effectiveness [PhD dissertation]. Wageningen: Wageningen University; 2016.
  48. Berendsen B. Measurement and promotion of physical activity: Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care. [PhD Dissertation]. Maastricht: Maastricht University; 2016.
  54. Pettman TL, Buckley JD, Misan GMH, Coates AM, Howe PRC, Health benefits of a 4-month group-based diet and lifestyle modification program for individuals with metabolic syndrome, 2009, *Obesity Research & Clinical Practice* (2009) 3, 221-235.

## 7. Praktijkvoorbeeld

*Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

42T

## Bijlage I: Cool-programma overzicht tijdens de pilot

<b>COOL PROGRAMMA OVERZICHT</b>		
<b>Maand</b>	<b><i>BASIS PROGRAMMA</i></b>	
1	1x per 2 weken	Intake
2		groepsessie 1
3		groepsessie 2 groepsessie 3 individuele consult 1
4	1x per 2-3 weken	groepsessie 4
5		groepsessie 5
6	1x per 3 weken	groepsessie 6
7		individuele consult 2
8	1x per 4 weken	groepsessie 7 groepsessie 8 outtake / evaluatie
<b><i>ONDERHOUDSPROGRAMMA</i></b>		
9	1x 4 weken	intake
10		groepsessie 1
11		groepsessie 2
12		groepsessie 3
13		individueel consult 1
14		groepsessie 4
15	groepsessie 5	
16	1x per 5-6 weken	
17		groepsessie 6
18		individueel consult 2
19		
20		groepsessie 7
21		
22		groepsessie 8
23		
24	evaluatie /outtake	

## Bijlage II: Het profiel van de hbo leefstijlcoach

*Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) op 18 maart 2016.*

### **Uitgangspunten bij het profiel van de hbo leefstijlcoach**

- Het profiel moet de toegevoegde waarde van het werk van een hbo leefstijlcoach aantonen in het kader van de toekomstige benadering van gezondheid.
- Het profiel moet de hbo leefstijlcoach daarmee onderscheiden van verwante en reeds bestaande beroepen;
- Het gaat hier om de leefstijlcoach op hbo-niveau;
- Het profiel moet zichtbaar een kwaliteitskeurmerk bieden;
- Het profiel moet duidelijk maken aan welke eisen leden moeten voldoen voor accreditatie;
- Het profiel moet opleiders een kader geven bij het opstellen van hun curriculum;
- Het profiel moet ruimte laten aan opleiders en leefstijlcoaches of hen zelfs inspireren om het vak een invulling te geven die past bij hun eigen sterke punten.

### **Het werk van de hbo leefstijlcoach**

De hbo leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. Doel is dat ze een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. Hiermee levert de leefstijlcoach een belangrijke bijdrage aan het landelijke streven om de focus te verschuiven van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Uitgangspunt is een integrale benadering van de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke situatie van de cliënt.

De hbo leefstijlcoach gaat expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Positieve gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Machteld Huber, 2012<sup>1</sup>). De leefstijlcoach doet dat door te zorgen dat een cliënt antwoorden vindt op de volgende vragen:

- Wat zijn gezonde gewoontes? Hoe vertaal ik de algemene principes naar mijn eigen situatie?
- Hoe zorg ik dat ik gezonde keuzes maak en gezonde gewoontes blijvend kan verankeren in mijn dagelijks leven?
- Welke doelen streef ik daarmee na?

De hbo leefstijlcoach maakt voor de cliënt inzichtelijk dat er samenhang is tussen lichaam, geest, emoties, relaties en zingeving. Hij zorgt dat de cliënt zijn doelen kan vertalen in concrete stappen en tot actie overgaat. Dit doet hij met doelgerichte coachings- en trainingsmethodieken die zich richten op de situatie in het hier-en-nu.

Heeft de cliënt meer dan één zorgverlener of adviseur op het gebied van gezondheid en welzijn, dan kan de leefstijlcoach hem helpen om de samenhang te vinden in de verschillende adviezen die gerelateerd zijn aan leefstijl, de adviezen te vertalen naar zijn eigen praktijk, onderbouwde keuzes te maken en deze terug te koppelen naar de deskundigen. De leefstijlcoach is bereid en in staat om een bijdrage te leveren binnen een multidisciplinair team dat tot doel heeft de positieve gezondheid van een persoon of groep mensen te bevorderen.

Het werk van de hbo leefstijlcoach biedt met deze werkwijze een mogelijkheid de zelfredzaamheid van mensen te vergroten, gericht op het kunnen blijven functioneren in hun leefomgeving. Deze vraag naar zorgverlening past in het toekomstbeeld zoals in 2012 is

geschetst door de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen onder voorzitterschap van Dr. Marian Kaljouw<sup>ii</sup>.

## **De competenties van de hbo leefstijlcoach**

### **A. Competenties gezond leven en gezonde gewoontes**

1. De hbo leefstijlcoach is in staat zelfstandig een leefstijlanalyse uit te voeren en een leefstijlinterventie te ontwerpen. Hij kan in elk geval:
  - Relevante informatie uitvragen om een compleet beeld van de situatie te krijgen;
  - Basistesten uitvoeren die inzicht geven in de gezondheid en fitheid van de cliënt;
  - Ontvangen informatie over gezondheid en leefstijl analyseren en ordenen op een voor de cliënt begrijpelijke wijze;
  - De cliënt begeleiden in het kiezen van verbeterstappen naar aanleiding van de geanalyseerde informatie en daar een ordening in aanbrengeen.
2. De hbo leefstijlcoach heeft een praktijk-geörienteerde biologische/medische basiskennis over leefstijlgerelateerde onderwerpen. Hij heeft in ieder geval basiskennis over:
  - Relevante lichaamswaarden in het kader van overgewicht, voeding, stress en beweging;
  - De stofwisseling (vetverbranding, glucosestofwisseling, invloed van stress);
  - Het in balans houden of uit balans raken van het hormoonstelsel, gekoppeld aan voeding, bewegen, stress/ontspanning en slaap ;
  - Lichamelijke en hormonale veranderingen in verschillende levensfasen;
  - Neurobiologie (invloed van hersenwerking op welk gedrag mensen vertonen en hoe je dat kunt beïnvloeden);
  - De kenmerken van leefstijlgerelateerde aandoeningen (met name obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, spier- en gewrichtsaandoeningen, slaapapneu) en de mogelijkheden om die met leefstijl te beïnvloeden;
  - De samenhang tussen leef- en slaappatroon, voeding, stress en overgewicht;
  - Signaleren van medische problemen waarvoor de cliënt doorverwezen moet worden.
3. De hbo leefstijlcoach kent de globale behoefte aan energie en voedingsstoffen van mannen en vrouwen. Hij heeft daartoe in ieder geval:
  - Kennis over de invloed van voeding op de gezondheid;
  - Basiskennis voedingsleer;
  - Kennis over het afstemmen van energie-inname op het activiteitenpatroon.
4. De hbo leefstijlcoach kan een individueel voedingspatroon ontwerpen en beoordelen. Hij kan in ieder geval:
  - Een voedingsanalyse uitvoeren;
  - Gezonde en ongezonde kenmerken aanwijzen in een individueel voedingspatroon;
  - Een globaal voedingsadvies formuleren op basis van de kenmerken van een individu;
  - Feiten en fabels over voeding onderscheiden.
5. De hbo leefstijlcoach kan een individueel beweegplan ontwerpen en beoordelen. Hij heeft in ieder geval kennis van:
  - De invloed van bewegen op de gezondheid;
  - Belangrijke aandachtspunten bij beweegplannen voor volwassenen, ouderen en

- kinderen;
  - De belastbaarheid bij lichamelijke activiteit;
  - Bewegen in relatie tot lichamelijke beperkingen, ziekten en aandoeningen;
  - Een globaal beweegplan formuleren op basis van de kenmerken van een individu.
6. De hbo leefstijlcoach kan een individueel slaap- en ontspanningspatroon beoordelen en adviezen hierover geven. Hij heeft in ieder geval kennis van:
- De invloed van slaap en ontspanning op de gezondheid;
  - De kenmerken van een goed ontspanningspatroon;
  - Helpende en storende factoren bij slaap.
7. De hbo leefstijlcoach heeft een globale kennis over verslaving. Hieronder valt in ieder geval:
- Het herkennen van verschijnselen;
  - De eigen grenzen/beperkingen kennen en weten hoe te verwijzen.
8. De hbo leefstijlcoach heeft kennis en vaardigheden op het gebied van contact maken met het eigen lichaam. Hij kan daartoe in ieder geval inzetten:
- Methodieken voor het focussen van de aandacht;
  - Methodieken voor de gewaarwording van fysieke, mentale en emotionele reacties bij jezelf.
9. De hbo leefstijlcoach heeft kennis en vaardigheden op het gebied van stressmanagement. Hieronder valt in elk geval:
- Inzicht in symptomen van (overmatige) stress;
  - Inzicht in het ontstaansproces van stress;
  - Kennis over de werking van het brein in relatie tot stress en ontspanning;
  - Kennis over en vaardigheid in het toepassen van ontspanningsoefeningen.
10. De hbo leefstijlcoach heeft kennis en vaardigheden op het gebied van tijd- en energimanagement. Hieronder valt in elk geval:
- Kennis over veel voorkomende oorzaken en symptomen van energiegebrek;
  - Inzicht in basale time management principes;
  - Inzicht in het bewaken van de balans tussen inspanning en ontspanning.

## **B. Competenties coaching**

1. De hbo leefstijlcoach is in staat om een professionele vertrouwensrelatie op te bouwen met een cliënt. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Contact kunnen maken en de verbinding kunnen aangaan;
  - Integer zijn voor, tijdens en na de contacten met de cliënt;
  - Zich kunnen verplaatsen en inleven in de cliënt;
  - Effectief kunnen communiceren;
  - Je eigen grenzen binnen de relatie aangeven en bewaken;
  - Kunnen zien en bespreekbaar maken wanneer doorverwijzing van de deelnemer aan de orde is;
  - Het goede voorbeeld geven in houding en gedrag.



2. De hbo leefstijlcoach is in staat om zich op zuivere wijze op de cliënt te richten. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
  - Je bewust zijn van eigen waarden, overtuigingen en gedrag – en de manier waarop deze het coachen kunnen beïnvloeden;
  - Onthechten van eigen antwoorden en ideeën;
  - Uitgaan van gelijkwaardigheid;
  - Belangenloosheid (houding van ‘afstandelijke betrokkenheid’: wel betrokken zijn maar het niet jouw probleem maken; het bij de cliënt laten van het probleem en er niet in meegaan).
  
3. De hbo leefstijlcoach is in staat om cliënten hun vragen en knelpunten op het gebied van leefstijl en welzijn te laten verhelderen. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
  - Intakes uitvoeren;
  - Vragen stellen en doorvragen;
  - Actief luisteren;
  - Analytisch luisteren en samenvatten op verschillende niveaus;
  - Het verschil weten tussen feit en interpretatie;
  - In het hier-en-nu werken;
  - Ruimte geven;
  - Ontwikkelingsgericht feedback geven;
  - Vaardigheid in het opstellen van een leercontract waarin de cliënt zijn leerdoelen vastlegt en zich eraan committeert;
  - Helder rapporteren.
  
4. De hbo leefstijlcoach is in staat om cliënten te helpen bij het versterken en onderhouden van hun motivatie om gezonde gewoontes te introduceren en vol te houden. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
  - Doelen en wensen signaleren en expliciet maken;
  - Teleurstellingen signaleren en bespreekbaar maken;
  - Relevante kennis over neurobiologie (wilskracht, drijfveren);
  - De cliënt kunnen stimuleren, uitdagen en inspireren.
  
5. De hbo leefstijlcoach is in staat om het zelfvertrouwen en de persoonlijke kracht van cliënten te helpen opbouwen. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
  - Helderheid scheppen over de rol van de cliënt en de rol van de coach;
  - Stimulans en acceptatie combineren;
  - Patronen ontdekken en benoemen (o.a. belemmeringen en krachtbronnen);
  - Signaleren of de cliënt wel of niet bij zichzelf blijft en hier adequaat mee omgaan;
  - Verschillende dimensies herkennen en aandacht geven: lichamelijk, energetisch, emotioneel, cognitief, spiritueel;
  - Nieuwe of andere perspectieven laten zien aan de cliënt.
  
6. De hbo leefstijlcoach is in staat om mensen te laten komen tot acties die bij hen passen en die hun welzijn vergroten. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
  - Doorvragen, verhelderen;
  - Structureren;

- Toetsen of de doelen/acties van de cliënt passen bij zijn situatie en voorkeuren;
  - Veranderingen van de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> orde herkennen: 1. Meer of minder van hetzelfde doen, 2. De procedure aanpassen, 3. Andere uitgangspunten kiezen;
  - Timen en doseren van interventies;
  - De cliënt zijn eigen stappen laten bepalen en daar verantwoordelijkheid voor laten nemen;
  - (Gezamenlijk) vastleggen van heldere afspraken, waarin ook het vinden van de benodigde hulp(middelen) is verwerkt.
7. De hbo leefstijlcoach is in staat om te gaan met weerstand bij cliënten. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Weerstand herkennen en accepteren;
  - De betekenis van weerstand inzien;
  - Weerstand bespreekbaar maken;
  - Weerstand ombuigen.
8. De hbo leefstijlcoach is in staat om het ontwikkelingsproces van cliënten te overzien en daarin bij te sturen. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Hanteren van een samenhangende methodiek of programmatische opbouw bij de begeleiding;
  - Planmatig werken;
  - Verstoringen herkennen en verminderen in het leerproces;
  - Rekening houden met de verschillende niveaus bij veranderprocessen: gedrag – omgeving mentaal – emotioneel – fysiek – zingeving;
  - Helder rapporteren.
9. De hbo leefstijlcoach is in staat om aan te sluiten bij het denkniveau, de persoonlijkheid en leerstijl van cliënten. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Interventies en tempo afstemmen op de cliënt;
  - Het toepassen van verschillende werkvormen, passend bij de leerstijl van de cliënt;
  - Aanpassen van je taalgebruik en gedrag aan de stijl van de cliënt, zonder daarbij jezelf te verliezen.
10. De hbo leefstijlcoach is gemotiveerd en in staat op zijn eigen functioneren als leefstijlcoach te reflecteren en te blijven werken aan zijn eigen ontwikkeling. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Gericht feedback vragen;
  - Feedback ontvangen;
  - Paradigma's: 'alles is maakbaar' versus 'je verhouden tot wat er is';
  - Bewustzijn van voorbeeldfunctie.
11. De hbo leefstijlcoach is in staat helder aan opdrachtgevers, cliënten en andere zorgverleners te rapporteren over het plan van aanpak, de voortgang en resultaten. Hieronder vallen op zijn minst de volgende vermogens:
- Plan van aanpak en evaluatie formuleren;
  - Samenvatten en tot de kern komen;
  - Foutloze teksten schrijven/aanleveren;
  - Zorgen voor een goede verslaglegging/dossiervorming.

## C. De gedragscompetenties van de hbo leefstijlcoach

### 1. De hbo leefstijlcoach is professioneel.

- Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen en gedragingen.
- Hij gaat integer, betrouwbaar en zorgvuldig om met informatie en gegevens van de cliënt en houdt zich waar van toepassing aan regels als de Wet ter Bescherming van Persoonsgegevens en de Medische Geheimhoudingsplicht;
- Hij stelt de verwachtingen van de coaching vast samen met de cliënt en leeft deze na;
- Hij is in staat te achterhalen in hoeverre een cliënt coachbaar is;
- Hij realiseert zich wanneer zijn eigen proces een rol speelt in het coachen en is in staat om het eigen gedrag vervolgens aan te passen op de juiste wijze;
- Hij reageert op de emoties van de cliënt zonder daar zelf persoonlijk betrokken bij te raken;
- Hij houdt in het oog dat de cliënt geen afhankelijkheid ten opzichte van hem ontwikkelt;
- Hij kent de grenzen van zijn eigen professionele kunnen en verwijst indien van toepassing de cliënt door en/of beëindigt het coachingstraject indien nodig.
- Hij is bereid samen te werken met collega-coaches en andere professionals;
- Hij brengt informatie, ideeën en oplossingen voor problemen op passende wijze over op de cliënt en waar nodig op andere professionals;
- Hij houdt zich aan afspraken.

### 2. De hbo leefstijlcoach is in staat zich in te leven.

- Hij toont empathie en oprechte ondersteuning voor de cliënt;
- Hij bouwt een vertrouwensbasis op met de cliënt;
- Hij herkent de emotionele toestand van de cliënt en reageert hierop;
- Hij past zijn taalgebruik en gedrag aan aan de cliënt, zonder zichzelf daarbij te verliezen.

### 3. De hbo leefstijlcoach is onbevooroordeeld.

- Hij benadert zijn cliënt met respect en vertrouwen;
- Hij oordeelt niet over de keuzes die de cliënt maakt;
- Hij oordeelt niet over personen of instanties uit de omgeving van de cliënt;
- Hij behaalt geen geldelijk voordeel door specifieke producten aan te bevelen aan cliënten.

### 4. De hbo leefstijlcoach is gericht op zelfontwikkeling.

- Hij laat dit zien in zijn manier van handelen en zijn reflecties;
- Hij neemt regelmatig deel aan scholingen, intervisie en/of supervisie om zijn eigen niveau op peil te brengen of te verhogen;
- Hij volgt ontwikkelingen op het gebied van leefstijl, vitaliteit, duurzame inzetbaarheid, gezondheid en coaching. Hij staat open voor andere en nieuwe visies, inzichten en methodieken;
- Hij is ondernemend en neemt initiatieven die zijn werk en anderen ten goede komen;
- Hij is in staat zichzelf een spiegel voor te houden en staat open voor feedback.

<sup>i</sup> Huber, M.A.S.. Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift, 2014.

<sup>ii</sup> Vliet, K. van, P. Spieker en M. Kaljouw. Innovatie zorgberoepen en opleidingen: Samenvatting bevindingen 2012. Diemen: Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, 2013.

## Bijlage III – In gesprek met de leefstijlcoach

De leefstijlcoach is een nog vrij nieuw beroep. Eén van de kenmerken van de aanpak van een leefstijlcoach is dat hij coachen als grondslag heeft voor zijn aanpak. Dat betekent: hij gidst mensen bij het maken van hun eigen keuzes. Hoe gaat dat in zijn werk? Wat is er anders? Hier zie je het verschil tussen een veel voorkomend verloop van een gesprek over leefstijl bij in de zorg en een gesprek zoals dat kenmerkend is voor een leefstijlcoach. De interventies die de leefstijlcoach doet in dit voorbeeld zijn methodisch en kunnen ook op groepsniveau worden ingezet. Daarbij zal elke deelnemer uiteraard tot andere actiepunten komen en andere drijfveren hebben.

### **Veel voorkomend verloop van een gesprek over leefstijl in de zorg**

*Mevrouw A. komt binnen voor een vervolggesprek.*

Zorgverlener: “Goedemorgen, fijn om u weer te zien. Hoe is het met u?”

Mevrouw A.: “Nou, gaat wel. Ik heb nog steeds last van mijn schouder hè. De dokter zegt dat ik gewoon geduld moet hebben.”

Zorgverlener: “Oh, dat is vervelend voor u zeg. En hoe is het gegaan met het wandelen en het minder snoepen, waar we het vorige keer over gehad hebben?”

Mevrouw A.: “Nou, niet zo goed. Mijn zoon was jarig en op het werk hadden we ook veel traktaties. En dan zeg je natuurlijk niet elke keer nee. En het regende veel de afgelopen week, dus dan is wandelen ook lastiger.”

Zorgverlener: “Hoe vaak heeft u dan snoep, koek en taart gegeten de afgelopen twee weken?”

Mevrouw A.: “Nou, ik denk... ja, toch wel elke week twee of drie traktaties.”

Zorgverlener: “En verder?”

Mevrouw A.: “Tsja, ik eet natuurlijk een koekje bij de koffie 's ochtends. En mijn man heeft een keer chocolaatjes meegenomen omdat hij me wilde verwennen. Dan vind ik het wel echt lastig om te zeggen dat ik die niet hoef. Hij bedoelt het zo aardig.”

Zorgverlener: “Dat is wel veel hè, alles bij elkaar. Daar moeten we wel naar kijken. Want het is voor u wel heel belangrijk hoor, om gezonder te leven. Anders wordt uw diabetes een serieus probleem. Weet u nog, waar we het vorige keer over hadden?”

Mevrouw A.: “Ja, dat weet ik natuurlijk wel.”

Zorgverlener: “Het klinkt alsof u het lastig vindt om nee te zeggen als mensen u iets lekkers aanbieden. Wat zou u kunnen doen om dat makkelijker te maken?”

Mevrouw A.: “Nou, ik weet niet.”

Zorgverlener: “Heeft u wel eens geprobeerd om mensen uit te leggen dat u op uw gezondheid wilt letten en dat het fijn is als ze u niet teveel zoetigheid aanbieden?”

Mevrouw A.: “Ja maar mijn man vindt dat lastig hè, die wil me graag verwennen. Hij bedoelt het goed.”

Zorgverlener: “Ja dat snap ik. Maar het is voor u niet goed. Dus dat kunt u hem misschien nog eens uitleggen.”

Mevrouw A.: “Ja, dat moet ik dan misschien maar doen.”

Zorgverlener: “Zullen we dat dan afspreken? En dat u dan niet meer dan één keer per week taart neemt, en geen chocolaatjes meer?”

Mevrouw A.: “Ja, oké.”

Zorgverlener: “Goed. En dan het wandelen. En wanneer kunt u komende week een wandeling inplannen?”

Mevrouw A.: “Oh eh... op zondag?”

Zorgverlener: “In de ochtend, de middag, de avond?”

Mevrouw A.: “In de ochtend.”

Zorgverlener: “En dan nog een keer door de week, is dat haalbaar?”

Mevrouw A.: “Ja, op zich wel.”

Zorgverlener: “Op welke dag bijvoorbeeld?”

Mevrouw A.: “Ehm. Op woensdagochtend denk ik, voor ik de kleinkinderen ophaal.”

Zorgverlener: “Heel goed. Dan schrijf ik op dat u de komende weken op woensdagochtend en zondagochtend gaat wandelen. En verder gaat u maar één keer per week taart eten en geen chocolaatjes. En daarvoor gaat u ook nog eens met uw man praten, dat hij meedenkt over uw gezondheid en geen snoep meer voor u koopt. Goed zo?”

Mevrouw A.: “Ja, goed.”  
(afronding gesprek)

### **Werkwijze kenmerkend voor een leefstijlcoach**

*Mevrouw A. komt binnen voor een vervolggesprek.*

Leefstijlcoach: “Goedemorgen, fijn om u weer te zien. We hebben weer een half uur om samen te werken aan uw doel om fit te blijven zodat u nog heel lang kunt genieten van uw kleinkinderen. U weet al wat ik ga vragen hè? Waar bent u blij mee, of trots op, als u bedenkt hoe u de afgelopen twee weken bezig bent geweest met uw doel?”

Mevrouw A.: “Ja, ik dacht al dat je dat weer zou vragen. Waar ik trots op ben, is dat er heel veel verjaardagen waren de afgelopen weken en dat ik steeds een heel klein stukje taart heb genomen. Normaal zou ik zelfs wel een tweede stuk nemen en nu heb ik gewoon heel goed geproefd.”

Leefstijlcoach: “Oh, wat goed zeg! En wat vond u daar zo fijn aan?”

Mevrouw A.: “Nou, ik merkte soms dat ik de taart heel lekker vond en soms dat hij tegenviel. En toen bedacht ik: dat is ook een gek idee, dat ik vroeger twee stukken taart had gegeten die ik niet eens echt lekker vond. Nu geniet ik meer en ik weet dat ik ook beter met mijn lichaam omga, vanwege mijn diabetes enzo.”

Leefstijlcoach: “Dat lijkt me een fijn gevoel. Hoe kwam het nou, dat het zo goed lukte om een klein stukje taart te nemen en goed te proeven?”

Mevrouw A.: “Ik denk dat het komt omdat ik van tevoren bedacht: er komt nu taart. Wel even opletten hè, en niet zomaar wat in mijn mond stoppen!”

Leefstijlcoach: “Dat is mooi, zo bewust kiezen. Hoe komt het dat dat nu veel beter lukt dan eerst?”

Mevrouw A.: “Ik denk dat ik een soort besluit heb genomen. Ik kan wel zeggen dat ik geniet van taart, maar ik geniet nog veel meer van mijn kleinkinderen. En bovendien geniet ik nu ook, dus ik hoef helemaal niet zoveel op te offeren.”

Leefstijlcoach: “Kijk, dat is goed om te weten. Als u een besluit neemt, helpt dat dus. En ook dat u zorgt dat u echt blijft genieten, terwijl u gezondere keuzes maakt?”

Mevrouw A.: “Ja, zeker. Ik ben wel echt een levensgenieter.”

Leefstijlcoach: “Heel goed. Als u nu denkt aan dat besluit dat uw kleinkinderen zo belangrijk zijn en dat u gezond wilt blijven, is er dan iets wat u verder wilt verbeteren aan uw gewoontes, waar u vandaag over wilt praten?”

Mevrouw A.: “Ik denk dat ik nog steeds teveel koekjes en chocolaatjes eet. Mijn man brengt ook vaak snoep voor me mee.”

Leefstijlcoach: “Oké.” (wacht af)

Mevrouw A.: “Ik vind het lastig om tegen hem te zeggen dat ik liever geen snoep en koek in huis heb. Hij wil me graag verwennen.”

Leefstijlcoach: “U wilt hem niet afwijzen.”

Mevrouw A.: “Nee. En ik vind een leven zonder koek en snoep ook wel saai.”

Leefstijlcoach: “Dus u wilt graag een leuke dag hebben en u wilt dat uw man aardige dingen voor u kan doen, waar u allebei blij mee bent.”

Mevrouw A.: “Ja, precies!”

Leefstijlcoach: “Heeft u de laatste tijd een keer een leuke dag gehad zonder dat u snoep of koek at?”

Mevrouw A.: “Even denken... ja, ik ben zondag met mijn man een stuk gaan fietsen en toen hebben we daarna ergens een broodje gegeten. Dat was heel gezellig.

Leefstijlcoach: “U vond de gezelligheid leuk. En wat was er nog meer zo fijn aan?”

Mevrouw A.: “Dat we lekker buiten waren. En ook weer eens samen een lang gesprek hadden.”

Leefstijlcoach: “Dus als uw man u wil verwennen, kan hij met u even lekker naar buiten gaan en bijpraten.”

Mevrouw A.: “Ja, zeker.”

Leefstijlcoach: “Dat klinkt goed. Wat zou u hiermee willen doen?”

Mevrouw A.: “Ik zou dat wel aan mijn man willen vertellen, dat ik dat vaker wil doen en dat ik dat nóg fijner vind dan chocola krijgen.”

Leefstijlcoach: “Prima! En is er nu nog iets wat u van mij nodig heeft in dit gesprek?”

Mevrouw A.: “Nee, ik ga dit doen. Heel fijn.”

(afronding gesprek)

## Bijlage IV – Koppeling omgevingsfactoren naar praktische toepassingen en (sub)doelstellingen

Theoretisch model / element	Uitvoerder	Definitie	Parameter	Praktische toepassing / voorbeelden	Werkt aan subdoelstelling
<p>Inrichten fysieke omgeving (micro: thuis/werk omgeving)</p> <p><i>ANGELO, Swinburg et.al, 1999, Habit Theory, Triandis 1979</i></p>	Leefstijlcoach	Stimuleren om thuis/werk omgeving aan te passen in lijn met persoonlijke doelen.	<p>Faciliterende en/of stimulerende omgeving</p> <p>Signaalfunctie in fysieke omgeving.</p>	<p>Deelnemers formuleren acties om directe omgeving (thuis, werkplek) aan te passen zoals bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pot met snoepjes van de tafel halen en vervangen door een fruitmand.</li> </ul> <p>Deelnemers formuleren eenvoudige makkelijk beschikbare triggers die leiden tot gewenst gedrag, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wandelschoenen bij de deur klaar zetten zodat je na je werk herinnerd wordt aan je voornemen om te gaan wandelen.</li> </ul> <p>Bewust worden van obesogene omgeving en de consequenties hiervan.</p> <p>Deelnemers definiëren triggers in de omgeving die tot ongewenst gedrag leiden en formuleren alternatieve acties om de triggers te vermijden, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Route woon-werk aanpassen zodat je niet via tankstation komt (waar je normaal altijd een snack voor onderweg koopt).</li> </ul>	<p>Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</p> <p>Formuleren van concrete en haalbare acties</p>
<p>Fysieke omgeving (micro: buurt, gemeente)</p> <p><i>Social Cognitive Theory, Bandura 1986</i></p>	Buurtsport-coach, bewegmakelaar	Bewustwording creëren van opties in de directe omgeving, drempel verlagen tot deelname aan regulier sportaanbod.	Drempel verlagen tot deelname regulier sportaanbod	<p>Buurtsportcoach neemt deel aan groepssessie en biedt overzicht van lokaal aanbod van passende beweegopties aansluitend op behoefte van de deelnemers</p> <p>Buurtsportcoach geeft advies op maat aan de deelnemers n.a.v. hun persoonlijke situatie.</p>	<p>Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</p> <p>Formuleren van concrete en haalbare acties</p>
<p>Economische en politieke omgeving (macro: wat zijn de regels, wat zijn de kosten)</p> <p><i>ANGELO, Swinburg et al., 1999</i></p>	Leefstijlcoach	Bewustwording creëren van impact macro-economische factoren op gedrag	Inzicht in macro economische factoren die eigen gedrag beïnvloeden	<p>Deelnemers worden geconfronteerd met de spelregels in de politieke en economische omgeving die van invloed zijn op hun persoonlijke gedrag. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deelnemers bekijken verpakkingen van meegebrachte voedingsmiddelen en beoordelen gezondheidsclaims.</li> <li>Deelnemers leren informatie van de etiketten vertalen naar voor hen relevante informatie</li> <li>Deelnemers leren dat gezonde voeding niet duurder hoeft te zijn dan ongezonde voeding</li> <li>Deelnemer krijgen informatie over subsidieregelingen voor</li> </ul>	<p>Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag</p>

				sport & bewegen via de buurtsportcoach/beweegmakelaar.	
Sociale omgeving (micro: sociale steun)  <i>Self Determination Theory, Deci &amp; Ryan, 2002</i>	Leefstijlcoach	Stimuleren tot actief opzoeken sociale steun	Steunende omgeving	Deelnemers leren hulpbronnen in hun privé-omgeving in te zetten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerken met een "buddy" in veranderingstraject</li> <li>• Deelnemers leren noodzakelijke voorwaarden voor verandering te definiëren en in te zetten (wat heb je nodig en van wie?)</li> </ul>	Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag
Sociale steun  <i>ASE-model, De Vries e.a., 1988, 1995</i>	Andere deelnemers	Delen van ervaringen met lotgenoten	Veilige en stimulerende omgeving tijdens de groepssessies	Deelnemers ervaren steun van de andere deelnemers in de groep. Deelnemers krijgen door de andere deelnemers een spiegel voorgehouden. Deelnemers leren van de ervaringen van de andere groepsleden.	Bewust van huidige gedrag Formuleren van concrete en haalbare acties
Sociale druk  <i>ASE-model, De Vries e.a., 1988, 1995</i>	Leefstijlcoach	Bewustwording creëren van negatieve invloed van anderen op het gewenste gedrag	Steunende omgeving	Deelnemers weten wie in hun directe omgeving een negatieve invloed heeft op het gewenste gedrag en leren hoe hier best mee om te gaan. Bijvoorbeeld in geval van sociale druk om alcohol te drinken dit bespreekbaar te maken of deze vrienden (tijdelijk) uit de weg te gaan.	Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag Formuleren van concrete en haalbare acties

## Koppeling persoonlijke factoren/cognitieve mediators naar praktische toepassingen en (sub)doelstellingen

Theoretisch model / element	Uitvoerder	Definitie	Parameter	Praktische toepassing / voorbeelden	Werkt aan subdoelstelling
Autonome motivatie – eigen regie  <i>De Roos van Leary, Timothy Leary (1948, 1957)</i>	Leefstijlcoach	Positiekeuze leefstijlcoach veroorzaakt complementair gedrag deelnemer	Regie bij deelnemer zelf, eigen verantwoordelijkheid, zelfmanagement	Onder/samen gedrag van de leefstijlcoach: “Vertel eens...”, erkenning geven, sympathie tonen “Wat goed dat je bent gekomen”, om mening vragen “Wat vind je van...” Leidt tot gedrag waarmee de deelnemer meer de leiding/het initiatief neemt.	Bewust van persoonlijke motivatie, Formuleren van concrete en haalbare acties
Autonome motivatie – doelen stellen  <i>GROW model, John Whitmore, 1980</i>	Leefstijlcoach	Doelen stellen en verhogen probleemoplossend vermogen	Probleemoplossend vermogen, doelgerichtheid	Stapsgewijs uitvragen door leefstijlcoach van G (doelen) en onderliggende doelen en motivatie, R (realiteit), O (opties) en W (wat wil je?).	Formuleren van concrete en haalbare acties
Autonome motivatie - Motivational interviewing  <i>Motivational interviewing, Millner &amp; Rollnick, 1983</i>	Leefstijlcoach	Cliëntgerichte, faciliterende en ondersteunende stijl van coachen.	Motivatie tot verandering	Vragen naar voordelen nieuw gedrag, nadelen huidig gedrag Oproepen verandertaal Rapportcijfer aangeven voor motivatie tot veranderen (readiness ruler) Ambivalentie benoemen tussen huidig en gewenst gedrag	Bewust van persoonlijke motivatie, Bewust van huidige gedrag
Eigen effectiviteit - doelstellingen  <i>GROW model, John Whitmore, 1980</i>	Leefstijlcoach	Gedragsdoelen formuleren	Beïnvloedbare (en daarmee vaak beter haalbare) doelen	Uitleg over het verschil tussen resultaat en gedragsdoelen. Persoonlijke gedragsdoelen formuleren die bijdragen aan einddoel Vertalen van gedragsdoelstellingen naar concrete en haalbare (dus kleine) acties	Formuleren van concrete en haalbare acties
Eigen effectiviteit - inzicht in eigen gedrag  <i>Triade model, Theo Poiesz (1999)</i>	Leefstijlcoach	Eigen gedrag doorzien en systematisch sturen	Kans op het (gezonde) gedrag, sturing aan eigen gedrag	Uitvragen door leefstijlcoach van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gelegenheid om het gezonde gedrag te vertonen</li> <li>• capaciteiten om het gezonde gedrag te vertonen</li> <li>• motivatie om het gezonde gedrag te vertonen</li> </ul>	Bewust van huidige gedrag Formuleren van concrete en haalbare acties
Kennis  <i>Theory of Planned Behavior, Ajzen 1985</i>	Leefstijlcoach	Kennisoverdracht t.a.v. leefstijlonderwerpen	Kennisniveau	Beweegnormen, voordelen van bewegen Richtlijnen gezonde voeding Algemene richtlijnen slapen, stress en ontspanning	Weten wat (on)gezond gedrag is
Eigen effectiviteit - persoonlijke beloning  <i>Theory of Planned Behavior, Ajzen 1985 Attributietheorie, Weiner 1986</i>	Leefstijlcoach	Stimuleren tot formuleren passende persoonlijke beloning	Beschikbaarheid beloningen	Voorbeelden geven van persoonlijke beloningen Deelnemers passende persoonlijke beloning laten formuleren Koppelen van persoonlijke beloning aan nieuw gedrag (bijv. Gekoppeld aan de turflijst)	Bewust van persoonlijke motivatie



Eigen effectiviteit – omgaan met terugval <i>Theory of Planned Behavior, Ajzen 1985</i>	Leefstijlcoach	Veerkracht verhogen door ingecalculerde terugval en bijsturing.	Veerkracht	Uitleg terugval Definiëren potentiële terugval-situaties Formuleren terugvalpreventieplan aan de hand van stappenplan	Kennis van gedrag en gewoontevorming
Eigen effectiviteit & attitude – succeservaring <i>Positieve psychologie, Seligman &amp; Csikszentmihalyi, 2000</i>	Leefstijlcoach	Leren van successen uit het verleden en transitie naar nieuw gewenst gedrag	Overtuiging t.o.v. gezonde gedrag	Wat is er de afgelopen periode goed gegaan in relatie tot je doelstelling? Hoe / welk deel van deze aanpak zou je kunnen kopiëren naar andere leefstijl-acties die je nog wilt inzetten?	Bewust van huidige gedrag Formuleren van concrete en haalbare acties
Modelling <i>Bandura, 1986</i>	Leefstijlcoach Andere deelnemers	Vergroten zelfvertrouwen door observeren van andermans gedrag	Vertrouwen in kunnen stellen van nieuw gedrag	Deelnemers kopiëren succesvol gedrag van groepsgenoten en van leefstijlcoach	Formuleren van concrete en haalbare acties
Eigen effectiviteit-Zelfregulatie strategieën <i>TEMPEST onderzoek, De Ridder ea. en Theory of self-control, Baumeister 2010</i>	Leefstijlcoach	Bewust maken van verschillende strategieën om met verleidingen om te gaan.	Beschikbare strategieën (opties) om met verleidingen om te gaan.	Bewust van favoriete strategie bijvoorbeeld “nee zeggen” (i.e. wilskracht. Uitnodigen tot uitproberen alternatieve strategie, bijvoorbeeld “afleiding zoeken”	Bewust van huidig gedrag Bewust van persoonlijke kenmerken
Attitude – ervaring <i>Theory of Planned Behavior, Ajzen 1985</i>	Leefstijlcoach	Ervaren van nieuw gedrag	Overtuiging t.o.v. gezonde gedrag	Uitnodigen tot ervaren van nieuw gedrag. Bijvoorbeeld: • Kookopdracht met nieuwe verhouding/ingrediënten • Proefles nieuwe beweegvorm	Formuleren van concrete en haalbare acties
Attitude– Motivational interviewing <i>Motivational interviewing, Millner &amp; Rollnick, 1983</i>	Leefstijlcoach	Subjectieve weging van verwachte positieve en negatieve consequenties van gedrag	Overtuiging t.a.v. gezonde en ongezonde gedrag	Deelnemer ambivalentie laten voelen tussen huidige en gewenste gedrag. Voordelen en nadelen bepalen op korte en lange termijn. Gebruik maken van verandertaal.	Bewust van persoonlijke motivatie Bewust van huidige gedrag
Intentie tot gedrag <i>Reasoned Action Approach Model, Fishbein Ajzen 2010</i>	Leefstijlcoach	Voornemen om gedrag te gaan vertonen	Intentie tot stellen gewenste gedrag	Deelnemer zelf een actie laten formuleren en deze hardop laten uitspreken	Formuleren van concrete en haalbare acties
Eigen effectiviteit - implementatie intenties <i>Implementation Intentions, Peter Gollwitzer, 1999</i>	Leefstijlcoach	Situationeel / contextueel gestuurde acties in de vorm van als... dan-formulering.	Kans op nieuwe gedrag in context	Uitleg implementatie intenties. Gezamenlijk formuleren van als-dan formulering voor een specifieke situatie en gedrag Zelfstandig opstellen van als-dan formuleringen voor gewenst gedrag.	Formuleren van concrete en haalbare acties

## Koppeling moderatoren naar praktische toepassingen en (sub)doelstellingen

Theoretisch model / element	Uitvoerder	Definitie	Parameter	Praktische toepassing / voorbeelden	Werkt aan subdoelstelling
Gedrag: gewoontevorming  <i>Habit Theory, Triandis 1979</i>	Leefstijlcoach	Stimuleren tot aanleren nieuwe gewoontes	Gewoontevorming voor nieuw gedrag	Uitleg over over gewoontevorming. Bewustwording eigen gezonde en ongezonde gewoonten Aanbrengen triggers in woon/werk omgeving (zie ook omgeving) Formuleren nieuwe gewoonten en nieuw gedrag te registeren, bijvoorbeeld door <ul style="list-style-type: none"> <li>• gebruik turflijsten nieuw gedrag</li> <li>• gebruik relevante apps</li> </ul>	Bewust van huidige gedrag  Kennis van gedrag en gewoontevorming
Persoon: persoonlijkheid  <i>Self-Determination Theory, Deci &amp; Ryan, 2002</i>	Leefstijlcoach	Bewust maken van invloed persoonlijke kwaliteiten en valkuilen op gedrag.	Kennis persoonlijkheid, inzet kwaliteiten	Formuleren persoonlijke kwaliteiten en valkuilen. Reflecteren op persoonlijke kwaliteiten en invloed daarvan op gedrag.	Bewust van persoonlijke kenmerken
Persoon: bewustzijn eigen gedrag  <i>Self-regulation Theory, Bandura 1986</i>	Leefstijlcoach	Bewustworden van eigen gedrag en creëren van sense of urgency	Inzicht in persoonlijk gedrag Inzicht in factoren die dit gedrag oproepen	Registreren van eigen gedragingen aan de hand van dagboeken of apps (voedingsdagboek, beweegdagboek, slaapdagboek). Definieren meetwaarden die aansluiten bij persoonlijke doelstelling (bijvoorbeeld gewicht, middelomtrek, fysieke fitheid, mate van uitgerustheid)	Bewust van huidige gedrag Bewust van invloed omgeving op eigen gedrag
Persoon: betrokkenheid  <i>Self-Determination Theory, Deci &amp; Ryan, 2002</i>	Leefstijlcoach	Betrokkenheid van deelnemer bij persoonlijke doelstellingen	Betrokkenheid persoonlijke doelstellingen	Betrokkenheid van de deelnemer optimaliseren door stimuleren zelf-monitoring en zelf reflectie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is je doelstelling?</li> <li>• Hoe verhoudt gedrag X zich tot jouw doelstelling?</li> <li>• Hoe voelt dat voor jou?</li> </ul>	Bewust van persoonlijke motivatie Bewust van huidige gedrag