

BeweegKuur

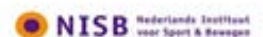
Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : Huis voor Beweging

E-mail : info@huisvoorbeweging.nl

Telefoon : 06 22485922 / 06 53219879



Website (van de interventie): beweegkuur.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Y. Wagemaker

E-mail : info@huisvoorbeweging.nl

Telefoon : 06 53219879 / 06 22485922

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Y. Wagemaker

Titel interventie: BeweegKuur

Databank(en):

Plaats: Elst

Datum: juli 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

Samenvatting	5
Korte samenvatting van de interventie	5
Doelgroep	5
Doel	5
Aanpak.....	5
Materiaal	5
Onderbouwing	5
Onderzoek	6
1. Uitgebreide beschrijving	7
Beschrijving interventie.....	7
1.1 Doelgroep	7
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak.....	10
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	25
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur	31

Samenvatting

Eén A-4tje, maximaal 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie max 150 woorden

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico die wordt uitgevoerd in de eerstelijnszorg. Het leefstijlprogramma bestaat uit drie componenten; gezonder eten, meer bewegen en gedragsverandering. Om de resultaten te borgen is gedragsverandering belangrijk, een component waar met name de leefstijlcoach zich op richt. De ondersteuning bij het verhogen van de lichamelijke activiteit wordt uitgevoerd door de/een beweegprofessional. Het voedingsdeel bestaat uit groepsbijeenkomsten en individuele consulten en wordt uitgevoerd door de/een voedingsprofessional. De BeweegKuur duurt 2 jaar waarvan de begeleidingsfase binnen de BeweegKuur 1 jaar duurt met een onderhoudsfase van twaalf maanden.

Binnen de BeweegKuur wordt getracht gedragsverandering te realiseren door middel van Motivational Interviewing. Hierin heeft de deelnemer zelf de regie door middel van doelen stellen en zelfmanagement. Daarnaast worden beslissingen genomen in samenspraak met de zorgprofessionals, in plaats van dat ze de deelnemer van bovenaf worden opgelegd.

Doelgroep – max 50 woorden

Mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico, dus een BMI tussen 25-40 kg/m², eventueel met grote buikomvang en/of co-morbiditeit.

Doel – max 50 woorden

Het realiseren van gezondheidswinst door meer bewegen, gezonde voeding en het laten beklijven van de gezonde leefstijl door gedragsverandering.

Aanpak – max 50 woorden

Voor gedragsverandering op de leefstijl monitort de leefstijlcoach de voortgang en coacht en begeleidt de deelnemer op generieke en persoonlijke doelen. Daarnaast wordt gezocht en begeleidt naar passende beweegactiviteiten in regulier beweegaanbod.

In het gehele programma wordt de begeleiding op gedragsverandering begeleid door de leefstijlcoach. Hierbij wordt hij/zij ondersteunt door bijeenkomsten met de beweegprofessional en voedingsprofessionals.

Materiaal – max 50 woorden

In het protocol BeweegKuur binnen de GLI staat een uitgebreide beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie. Daarnaast zijn voor alle zorgverleners protocollen, handleidingen en ondersteunende documenten ontwikkeld. Ook zijn er materialen ontwikkeld voor voorlichting van de deelnemers. Voor implementatie op nieuwe locaties zijn begeleidende documenten beschikbaar. Deze en andere materialen zijn bij het uitvoeren van de gecombineerde leefstijlinterventie te verkrijgen via de interventie eigenaar Huis voor Beweging.

Onderbouwing – max 150 woorden

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie die zich richt op gedragsverandering op het gebied van lichamelijke activiteit en energie-inname. Hiervoor moet de interventie aangrijpen op determinanten die van belang zijn voor het aannemen van een actieve leefstijl en een goed voedingspatroon.

De Self-Determination Theory bestaat uit de componenten autonomie, verbondenheid en competentie, welke gebruikt kunnen worden om gedragsverandering en gedragsbehoud te onderbouwen. De mate waarin deze drie componenten aanwezig zijn bepalen de mate van motivatie om gedrag te vertonen en vol te houden. Bij

toenemende motivatie is de kans dat gedrag wordt vertoond en behouden groter. Daarnaast neemt de zelf-determinatie toe bij toenemende motivatie.

Motivational Interviewing is de belangrijkste methode die zorgt voor een verhoging van deze drie componenten en een verhoging van de motivatie en behandeltrouw. Daarnaast wordt dit bereikt door langdurige intensieve begeleiding, multidisciplinaire aanpak, zelfmanagement, doelen stellen, groepsgewijze activiteiten en de bevordering van doorstroom naar reguliere beweegmogelijkheden.

Onderzoek – max 100 woorden

Deelnemers en zorgverleners zijn tevreden over de BeweegKuur, vooral over de multidisciplinaire aanpak, de begeleiding door de individuele zorgverleners, en over de langdurige begeleiding.

Na één jaar BeweegKuur zijn significante effecten aantoonbaar ten aanzien van fysieke activiteit en antropometrische uitkomsten zoals gewicht, middelomtrek, bloeddruk en bloedglucose. Effecten zijn sterker bij het beter volgen van het protocol ten aanzien van het aantal consulten bij de leefstijlcoach. Een deel van de effecten blijft een jaar na afronding behouden. Beweeggedrag is eveneens significant verbeterd, en blijft ook deels behouden een jaar na afronding.

Voedingsgedrag is op verschillende punten significant verbeterd: fruit- en groenteconsumptie is toegenomen, de consumptie van snacks en snoep is gedaald. Effecten blijven bestaan een jaar na afloop van de BeweegKuur, maar zijn alleen nog significant voor fruit- en snackconsumptie.

66.1% van de deelnemers bevestigen dat de leefstijlcoach het vertrouwen had gegeven dat meer bewegen en gezonder eten zou gaan lukken.

Veel deelnemers hebben door de BeweegKuur een passende beweegactiviteit gekozen. Een grote meerderheid (82%) weet die ook in het jaar na afronding vol te houden.

Door de BeweegKuur is de autonome motivatie voor bewegen toegenomen, die een jaar na afronding nog zichtbaar maar minder sterk is. Deze verbetering is niet aantoonbaar voor voedingsgedrag.

Belangrijke resultaten op het niveau van (netwerken van) zorgverleners zijn betere samenwerking met andere zorgverleners, en het bespreekbaar en behandelbaar maken van overgewicht. Goede samenwerking met lokaalsportaanbod binnen het netwerk is in circa 30% van de locaties gerealiseerd.

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 BeweegKuur binnen de GLI is bedoeld voor volwassenen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico:

1. Een BMI tussen 25 en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen) en/of co-morbiditeit*;
 2. Een BMI tussen 30 en 35 kg/m² ongeacht buikomvang, ongeacht co-morbiditeit*;
 3. Een BMI tussen 35 en 40 kg/m² ongeacht buikomvang, maar zonder co-morbiditeit*.
- Voor deze groep mensen geldt dat zij in aanmerking komen voor het programma binnen de gecombineerde leefstijlinterventie met de kanttekening dat de voedingsprofessional een diëtist moet zijn en de beweegprofessional een fysiotherapeut.

*Co-morbiditeit: hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose en slaap apneu.

Daarnaast moeten mensen:

- Gemotiveerd zijn voor gedragsverandering;
- Een inactieve leefstijl hebben: dat wil zeggen dat zij niet voldoen aan de Beweegrichtlijnen.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Belangrijk kenmerk van de BeweegKuur is dat deze wordt ingebed in zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als in de overige sectoren als welzijn en sportsector. De intermediaire doelgroepen zijn dan ook de zorgverleners in de eerstelijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner (POH)/ leefstijlcoach, beweegprofessional, fysiotherapeut, diëtist, voedingsprofessional), maar ook partners buiten de zorg, zoals lokale sport- en beweegaanbieders, welzijn, buurtsportcoaches, sportraden en gemeenten.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Deelnemers kunnen gesignaleerd en geselecteerd worden voor de BeweegKuur binnen de huisartsenzorg, via de beweegprofessional of andere zorgverleners binnen de eerste of tweede lijn. Tevens kan worden doorverwezen door de sport- en beweegaanbieders. Selectie vindt plaats op basis van screening op cardiovasculaire risicogegevens inclusief biometrische gegevens, diabetesgegevens, aanwezige nevenpathologie, klachten bewegingsapparaat, en gebruik van NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs), en omschrijving van beweeggedrag. Voor zover van toepassing wordt gebruik gemaakt van instrumenten die binnen de huisartspraktijk aanwezig zijn. Beweeggedrag wordt vastgesteld op basis van de verkorte SQUASH vragenlijst.

Contra-indicaties voor mensen met een BMI tussen 35 en 40 kg/m² zijn geselecteerde vormen van comorbiditeit: hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose en slaap apneu.

De huisarts beslist in alle gevallen of de personen geïncludeerd kunnen of geëxcludeerd moeten worden voor de BeweegKuur. Hij is verantwoordelijk voor screening en eventuele contra-indicaties. De huisarts baseert zijn advies en beslissing op relevante richtlijnen (NHG, 2013; NHG, 2012; NHG, 2010; Boomsma et al., 2006).

De intermediaire doelgroepen melden zich aan voor de BeweegKuur.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

De eerste opzet van de interventie is besproken met (pre)diabetespatiënten in interviews en focusgroep discussies, zodat de opzet zou voldoen aan de wensen van patiënten (Helmink et al., 2010). Hiervoor zijn drie focusgroep discussies georganiseerd met (pre)diabetici en drie interviews gehouden met patiënten die deelnamen aan een soortgelijke interventie

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het einddoel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door middel van meer bewegen (A), een gezonde voeding (B) en het laten beklijven van de aangepaste leefstijl door gedragsverandering en het ondersteunen van zelfmanagement (C).

Specifiek wordt in navolging van de NHG-richtlijn Obesitas (NHG, 2010) in de BeweegKuur gestreefd naar een gewichtsreductie van $\geq 5\%$ (D) wat gehandhaafd wordt in het jaar na de BeweegKuur. Daarnaast wordt met de deelnemer gestreefd naar het behalen van persoonlijk opgestelde doelen.

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 beweegprogramma streeft naar het aannemen van een actieve leefstijl en het verbeteren van lichamelijke fitheid door het verhogen van de fysieke activiteit. Als richtlijn wordt hiervoor een beweegdosis van 1200-2000 kilocalorieën per week aangehouden (A1). Een belangrijk doel hierbij is dat de deelnemer instroomt in regulier beweegaanbod en na afloop van de BeweegKuur zelfstandig blijft bewegen (A2).

Het doel van het voedingsplan is het aannemen en behouden van een verantwoord en gezond voedingspatroon, bestaande uit het verminderen van de energie-inname (B1) door een individueel samengesteld voedingsplan nagestreefd om gewichtsreductie te kunnen bereiken, en meer gezonde en minder ongezonde producten te gebruiken (B2). Hierbij worden diverse richtlijnen gebruikt (Gezondheidsraad, 2015; NHG, 2010; NDF, 2015).

Binnen de BeweegKuur als gecombineerde leefstijlinterventie worden door de deelnemers zelf ook specifieke doelen geformuleerd op basis van wensen, belemmeringen en mogelijkheden die geïnventariseerd worden door de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional, waardoor een programma op maat ontstaat. Deze doelen kunnen gericht zijn op fysieke kenmerken, maar ook op gedrag en activiteiten. Voorbeelden zijn: op korte termijn zelfstandig gaan bewegen, op lange termijn het aannemen van een gezonde leefstijl, doelen op basis van de fysieke situatie (bijvoorbeeld: verhoogde glucosewaarden, verhoogde bloeddruk) in combinatie met de wensen van de deelnemer (bijvoorbeeld: geen diabetes krijgen, afvallen, gezonder eten), het verbeteren van beïnvloedbare parameters uit het cardiovasculaire risicoprofiel (glucosegehalte, BMI, middelomtrek, bloeddruk, cholesterolgehalte). De doelen worden geconcretiseerd in overleg en vastgelegd in het dagboek.

Ten aanzien van (blijvende) gedragsverandering ligt het accent op het ondersteunen van zelfmanagement: het bevorderen van meer autonome motivatie (C1) en het verhogen van de eigen effectiviteit en verantwoordelijkheid (C2). Hierbij krijgt het voedings- en beweeggedrag van de deelnemers speciale aandacht.

Subdoel van de gecombineerde leefstijlinterventie is daarnaast het vormen van een lokaal netwerk, gericht op sterke multidisciplinaire samenwerking en solide infrastructuur voor preventie. Binnen de scholing BeweegKuur wordt specifiek aandacht besteed aan het onderhouden en organiseren van netwerken, wijkcontracten en relevante samenwerkingspartners die het BeweegKuur effect kunnen versterken.

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.

De BeweegKuur is een programma van twee jaar waarbij de begeleiding door verschillende disciplines centraal staat. In een multidisciplinair team werken in het programma de leefstijlcoach, beweegprofessional en de voedingsprofessional nauw samen. Daarnaast worden andere disciplines en professionals betrokken om de deelnemer verder te begeleiden in het realiseren van de gezondheidswinst.

Ten behoeve van gedragsverandering is de leefstijlcoach de centrale zorgverlener om de deelnemer te coachen en te begeleiden, en de voortgang te monitoren.

In het voedingsplan krijgen alle deelnemers ondersteuning van de voedingsprofessional voor een individueel voedingsconsult, waarna er groepen worden geformeerd voor groepsvoorlichting.

Tijdens de BeweegKuur wordt samen met de deelnemer gezocht naar passende beweegactiviteiten die gestart worden tijdens de BeweegKuur en na de BeweegKuur zelfstandig uitgevoerd kunnen blijven worden.

De begeleidingsfase binnen de BeweegKuur duurt maximaal één jaar; deze periode wordt verwacht voldoende te zijn om gedrag te veranderen en tevens voorwaarden te scheppen voor gedragsbehoud (Bemelmans et al., 2008). Na het eerste jaar begeleidingsfase volgt er een onderhoudsfase van twaalf maanden waarin er regelmatig contact blijft met de deelnemer om zijn/haar gedragsverandering te monitoren en om terugval te voorkomen.

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.

Inhoudelijk

Fase 1. Signalering

Deelnemers worden benaderd tijdens of naar aanleiding van contact met de zorgverlener, sport- en beweegaanbieder, welzijn e.a. waarbij de aanleiding voor het contact direct of indirect (aandoeningen als diabetes type 2, COPD, hart- en vaataandoeningen, gewrichtsklachten etc.) terug te voeren is op overgewicht en inactiviteit. Ook bij een andere reden van contact kan de zorgverlener deelname adviseren. Deelnemers kunnen ook via andere interventies, zoals Routeplanner Diabetes van de NDF gesignaleerd worden.

Fase 2. Beoordeling deelname

De potentiële deelnemer kan instromen wanneer voldaan wordt aan de criteria genoemd bij de doelgroep. Zie ook: selectie van doelgroepen.

Mensen worden gescreend op basis van BMI en co-morbiditeit, een intakeconsult bij de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional.

Op het moment dat de beweegprofessional twijfels heeft over de lichamelijke en fysieke condities van de deelnemer wordt er doorverwezen naar de fysiotherapeut voor een intake. Onderdeel van de intake is een submaximale inspanningstest en inventarisatie van beweegmogelijkheden en –belemmeringen.

Fase 3. Begeleidingsfase (12 maanden)

Tijdens de deze fase wordt gewerkt aan de volgende elementen:

- Vergroten van kennis en aanleren van vaardigheden op het gebied van bewegen (beweegprofessional en leefstijlcoach) en voeding (voedingsprofessional en leefstijlcoach), gedrag en gedragsbehoud (leefstijlcoach).

- Coaching en ondersteuning gericht op gedragsverandering en behoud daar van (leefstijlcoach, in samenwerking met beweegprofessional en voedingsprofessional). Hierbij wordt Motivational Interviewing toegepast, een methode om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en hen aan te zetten tot gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al., 2009; Miller & Rollnick, 2008). In lijn met de drie kernelementen van Motivational Interviewing (coöperatie, evocatie en autonomie) worden in samenwerking met de deelnemer en de verschillende zorgprofessionals besluiten genomen over het te volgen traject. Hierbij wordt uitgegaan van de eigen motivatie van de deelnemer en de doelen die de deelnemer heeft (evocatie), en wordt gewerkt aan het bereiken van meer geïnternaliseerde vorm van motivatie voor veranderen en behouden van beter voedings- en beweeggedrag. Er wordt gestuurd op het zelf laten ontdekken wat de discrepantie is tussen eigen gedrag en gewenst gedrag. De zorgverlener versterkt de eigen-effectiviteit van de deelnemer door samen op zoek te gaan naar positieve uitzonderingen op het probleem en na te gaan in hoeverre deze bruikbaar zijn om een volgend stapje te nemen in de richting van het gewenste gezonde gedrag. Verder stimuleert hij de motivatie van de deelnemer door concrete, haalbare en attractieve veranderingen voor te stellen. Kenmerkend voor deze technieken is dat deze de deelnemer ondersteunen in het maken van kleine stappen in de gewenste richting, te ervaren dat die haalbaar zijn, en de deelnemer strategieën leert om zelf zijn problemen op te lossen (competenties). Binnen de coaching wordt besproken op welke manier de sociale omgeving kan ondersteunen bij de gedragsverandering, en eventuele terugval kan voorkomen of beperken. Er wordt er gehandeld met respect voor de eigen keuzes voor de deelnemer (autonomie). De deelnemer houdt dus zelf de regie over het te volgen traject en de gestelde doelen. Ondanks dit maatwerk volgt hieronder een beschrijving van de verschillende elementen in de BeweegKuur.

Hoewel ook de beweegprofessional en de voedingsprofessional binnen de BeweegKuur Motivational Interviewing moeten kunnen gebruiken, is de leefstijlcoach met name de zorgverlener die de rol heeft om hiermee (blijvende) gedragsverandering te ondersteunen.

- Vinden en starten met geschikte beweegactiviteiten. Om beweegactiviteiten na de BeweegKuur vol te kunnen houden wordt ingezet op doorstroom naar regulier beweegaanbod, en indien dat niet gewenst of mogelijk is, op het zo goed mogelijk inbouwen van beweegactiviteiten in het dagelijks leven van de deelnemer. Voor doorstroom naar regulier aanbod is het belangrijk dat zowel professionals in de zorg als deelnemers het geschikte lokale beweegaanbod kennen, waarvoor een stevig netwerk van belang is waarin eerstelijnszorgverleners en lokale sport- en beweegaanbieders met elkaar samenwerken. Een sociale (beweeg)kaart van de wijk, bijvoorbeeld de website sport op de kaart, biedt zorgverleners en deelnemers inzicht in het reguliere sport- en beweegaanbod en de wijze waarop het aanbod is aangepast aan de mogelijkheden van de doelgroep. De leefstijlcoach is hiervoor verantwoordelijk en zoekt naar geschikte activiteiten. De wijze waarop een leefstijlcoach dit aanpakt hangt af van de lokale situatie, en kan hierbij ondersteund worden door een provinciale of lokale sportservice, en/of buurtsportcoach / BeweegKuur instructeur. De activiteiten die geschikt zijn worden met de deelnemer besproken en uiteindelijk kiest de deelnemer activiteiten om te proberen. De leefstijlcoach draagt zorg voor een goede overdracht naar de sportaanbieder. Waar nodig gaat deze een keer mee met de deelnemer, of zorgt ervoor dat de beweegaanbieder naar de deelnemer(s) toe komt. Indien de deelnemer er niet voor kiest om aan te sluiten bij gevestigd beweegaanbod, maar beweging te integreren in het dagelijks leven, adviseert de leefstijlcoach hierbij en monitort de uitvoering.

De begeleiding door de leefstijlcoach ziet er als volgt uit.

De leefstijlcoach is een persoonlijke coach en begeleidt de deelnemer bij het omgaan met belemmerende of beperkende factoren, het volhouden van de beweegactiviteiten en het aangepaste voedingspatroon.

Naast algemene doelstellingen ten aanzien van voeding en bewegen worden persoonlijke doelen vastgesteld. De persoonlijke doelen zijn afgestemd op de individuele problemen, wensen en behoeften van de deelnemer. Samen met de deelnemer legt zij de veranderplannen voor een gezonde leefstijl, waarbij gebruik gemaakt kan worden van verschillende materialen en instrumenten.

De bijeenkomsten met de leefstijlcoach worden beschreven in de handleiding.

De *begeleiding door de beweegprofessional* ziet er als volgt uit.

Na de intake bij de leefstijlcoach wordt de deelnemer doorverwezen naar de beweegprofessional voor het bepalen van de beweegmogelijkheden. De beweegprofessional stelt het beweegplan op en begeleidt de deelnemer bij de uitvoering van het beweegplan en bij het starten met bewegen in het lokale sport- en beweegaanbod. Deze begeleiding dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de beweegactiviteit die de deelnemer zelfstandig, al dan niet in groepsverband, gaat uitvoeren. Na de ondersteuning van de beweegprofessional, vindt verdere begeleiding plaats door de leefstijlcoach eventueel ondersteund door de buurstsportcoach / BeweegKuur instructeur.

De *begeleiding door de voedingsprofessional* ziet er als volgt uit.

De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een voedingsprofessional. Er wordt een individueel voedingsplan opgesteld, voedingsadviezen gegeven en deelnemers volgen groepsvoorlichting, allen volgens diverse richtlijnen (Gezondheidsraad, 2015; NHG, 2010; NDF, 2015). Binnen het voedingsplan wordt gebruik gemaakt van Motivational Interviewing.

De inhoud van de groepsvoorlichting, en de wijze waarop deze plaatsvindt, is afhankelijk van de samenstelling van de doelgroep en is gebaseerd op belangrijke factoren voor gedragsverandering:

- kennisvermeerdering
- verbeteren vaardigheden
- omgaan met hoog risico situatie
- controle eetgedrag/ -drang
- lotgenotencontact.

De bijeenkomsten met de voedingsprofessional worden beschreven in de handleiding.

Binnen de BeweegKuur vindt er één intake plaats bij de voedingsprofessional; bij aanvang van de BeweegKuur. Hierna volgen de groepsbijeenkomsten. In het eerste jaar vinden 3 individuele consulten plaats.

Deze consulten vinden plaats binnen de reguliere gezondheidszorg.

Fase 4. Onderhoudsfase / nazorg.

Voor deelnemers is na één jaar BeweegKuur, twaalf maanden onderhoud geïndiceerd waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt bij de leefstijlcoach. Dit onderhoud voorkomt eventuele terugval. Tevens vinden er ook 3 bijeenkomsten plaats bij de voedingsprofessional om terugval in voedingspatroon te voorkomen en ondersteuning te bieden bij het vervolgen van de gezonde leefstijl. Indien noodzakelijk kunnen er nogmaals in het tweede jaar 3 individuele consulten plaatsvinden. Deze consulten vinden plaats binnen de reguliere gezondheidszorg.

Hierna volgt voor onbepaalde tijd een fase van onderhoud, waarbij een driemaandelijkse controle bij de huisartsenpraktijk wenselijk is, aansluitend bij relevante richtlijnen en standaarden en waarbij eens per jaar een uitgebreide controle op co-morbiditeit plaatsvindt

Binnen de BeweegKuur zijn er korte lijnen zijn met de fysiotherapeut en de diëtist. Indien nodig wordt er doorverwezen naar de fysiotherapeut.

De individuele consulten bij de diëtist zijn niet meegenomen in de financiering van de gecombineerde leefstijlinterventie. Deze consulten lopen via reguliere zorgverzekering en zijn in het eerste jaar verplicht.

Een BMI tussen 35 en 40 kg/m² ongeacht buikomvang, maar zonder co-morbiditeit.

Voor deze groep mensen geldt dat zij in aanmerking komen voor het programma binnen de gecombineerde leefstijlinterventie met de kanttekening dat de voedingsprofessional altijd een diëtist moet zijn en de beweegprofessional altijd een fysiotherapeut. Dit is in de reguliere BeweegKuur het begeleid programma.

De financiering voor de inzet van de BeweegKuur instructeur / buurtsportcoach loopt via de gemeente.

Lokale netwerkvorming en multidisciplinaire samenwerking.

De leefstijlcoach heeft als verantwoordelijkheid het scheppen van voorwaarden voor goede multidisciplinaire samenwerking met fysiotherapeut en diëtist inclusief sport- en beweegaanbieders. Dit kan vorm gegeven worden door regelmatig overleg. Aanbieders van geschikt sport- en beweegaanbod zijn bekend of moeten actief gezocht worden. Binnen de verplichte scholing BeweegKuur wordt hier specifiek aandacht aan besteed.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Voor deelnemers zijn onder andere de volgende (digitale) materialen ontwikkeld/beschikbaar:

- Logboek: bevat achtergrondinformatie en is bedoeld als ondersteunende tool om de voortgang bij te houden;
- Patiënten folder 'Zet uzelf in beweging!': bevat relevante informatie voor (mogelijke) deelnemers aan de BeweegKuur;
- Verschillende 'coachdocumenten' te bespreken met zorgverlener: bijvoorbeeld ten behoeve van voorkomen terughal, plannen van beweegactiviteiten, Sporten en bewegen in de buurt.

Voor zorgverleners zijn onder andere de volgende (digitale) materialen beschikbaar:

- Protocol: bevat achtergrondinformatie en beschrijft de opzet van de BeweegKuur;
- Handleidingen voor de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional: beschrijving van het beweeg- en voedingsplan, inclusief ondersteunende documenten;
- Toolkit en presentatie voor voedingsprofessionals: een uitwerking van de verschillende onderdelen voor de individuele- en groepsbijeenkomsten.
- Netwerkwijzer zorg-sport-bewegen voor stimuleren van multidisciplinaire samenwerking.

Voor de implementatie op nieuwe locaties zijn onder andere de volgende materialen ontwikkeld:

- Stappenplan voor het vormgeven van lokale samenwerking: een richtlijn voor de opstartfase en het formaliseren van samenwerking.

De materialen zijn te verkrijgen via de gecombineerde leefstijlinterventie eigenaar Huis voor Beweging bij het volgen van de scholing BeweegKuur.

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 BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie ingebed in de eerstelijnszorg. De BeweegKuur wordt toegepast in een multidisciplinair team bestaande uit een huisarts, leefstijlcoach, beweegprofessional, voedingsprofessional, lokale sport- en beweegbegeleiders buurtsportcoach en/of BeweegKuur instructeurs. De leefstijlcoach en beweegprofessional of de leefstijlcoach en voedingsprofessional kunnen verenigd zijn in één persoon. De BeweegKuur is zo ontwikkeld dat deze in alle locaties in Nederland te implementeren is.

- De begeleiding door zorgverleners kan plaats vinden in en rondom de praktijk van de huisarts, beweegprofessional, fysio-/oefentherapeut, voedingsprofessional, sport- en beweegaanbieders of welzijnsorganisaties.
- De sport- en beweegactiviteiten na eventuele begeleiding door de beweegprofessional vinden plaats in de wijk, afhankelijk van de betreffende sport- of beweegactiviteit die de deelnemer gaat doen (zelfstandig, onder begeleiding of in groepen). Dit kan een buitenruimte, een sporthal, fitnesscentrum of een zwembad zijn. Daarnaast kan ook de beweegprofessional een regulier beweegaanbod hebben waar de deelnemer terecht kan.

De BeweegKuur is tussen in 2011 en 2017 op minimaal 155 locaties in heel Nederland toegepast. Van een aantal plaatsen is bekend dat de BeweegKuur op lokaal niveau bekostigd wordt of gaat worden. Daarnaast lopen er in het kader van de sportimpulssubsidieregeling gecombineerde leefstijlinterventies op verschillende plaatsen. Door het succes van de BeweegKuur en de maatschappelijke noodzaak om positieve gezondheid

te stimuleren wordt de BeweegKuur in 2017-2019 vernieuwd. De vernieuwing en aanpassingen komen voort uit de huidige vraag en de daaraan verbonden mogelijkheden voor financiering.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De BeweegKuur binnen de GLI wordt uitgevoerd door de volgende professionals en/of vrijwilligers die samen het projectteam vormen:

- Huisarts en/of een praktijkondersteuner van de huisarts
- Leefstijlcoach
- Beweegprofessional
- Voedingsprofessional
- Lokale sport- en beweegbegeleiders of BeweegKuur instructeurs

Tevens zijn de eerstelijns professionals fysiotherapeut en diëtist nauw betrokken.

In nauw overleg met de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional wordt bekeken of een deelnemer extra begeleiding nodig heeft van fysiotherapeut.

Deze consulten worden niet gefinancierd binnen de financiering van de GLI maar binnen het basispakket van de zorgverzekering.

Huisarts, beweegprofessional en voedingsprofessional hebben als basis normale professionele competenties. De HBO leefstijlcoach kan een praktijkondersteuner van de huisarts (POH zijn), met bijbehorende competenties, een fysiotherapeut of diëtist met aanvullende leefstijlcoach competenties. De competenties van leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional zijn allen functioneel omschreven binnen de BeweegKuur.

De leefstijlcoach heeft een centrale rol in de begeleiding van de deelnemer en de ondersteuning bij gedragsverandering en moet in staat zijn als spin in het web van zorgverleners en andere betrokkenen op lokaal niveau te fungeren. De beweegprofessional en voedingsprofessional werken in de BeweegKuur intensief samen met de leefstijlcoach.

Sport- en beweegbegeleiders of specifiek opgeleide BeweegKuur instructeurs dienen in staat te zijn om deelnemers te begeleiden en te motiveren bij het uitvoeren van laagdrempelige, passende beweegactiviteiten.

De volledige takenpakketten en competentieprofielen zijn beschreven en te verkrijgen bij de eigenaar.

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

Om in de kwaliteit van de BeweegKuur te investeren wordt het team van de BeweegKuur: (leefstijlcoach, beweegprofessional, voedingsprofessional en lokale sport- en beweegaanbieders) opgeleid. Hiervoor is een scholing ontwikkeld, die verplicht is bij het implementeren van de BeweegKuur.

De scholing bestaat uit 1 dagdeel. In de training worden de volgende onderdelen behandeld:

- Inhoud en opzet van de BeweegKuur
- Motiverende gespreksvoering in beweging
- Activerende werkvormen en activerend leren
- Regie en zelfmanagement
- Multidisciplinair samenwerken
- Groepsdynamica en gedragsverandering
- Borging BeweegKuur
- Samenwerking met gecombineerde leefstijlinterventie-eigenaar

Alle scholingen vanuit de interventie eigenaar worden via vragenlijstonderzoek geëvalueerd bij de deelnemers / projectteam BeweegKuur.

Alle zorgprofessionals die mee hebben gewerkt aan de BeweegKuur zijn regelmatig benaderd om deel te nemen aan een landelijke procesevaluatie, om inzicht te krijgen in knelpunten en verbeterpunten van de BeweegKuur in de praktijk. De uitkomsten van de eerste procesevaluatie zijn gebruikt voor verbetering van verschillende onderdelen van de BeweegKuur in 2010 en 2011 (Helmink e.a., 2011a). Daarnaast wordt de inhoud en de wijze van uitvoering van de BeweegKuur tussentijds aangepast op basis van formatief evaluatieonderzoek van de Universiteit Maastricht (Helmink et al., 2010).

De locaties die de BeweegKuur (willen gaan) uitvoeren worden door Huis voor Beweging geschoold. Tevens vindt er ondersteuning en advisering plaats tijdens de looptijd van 2 jaar BeweegKuur. Er wordt een procesevaluatie gehouden binnen de looptijd van de BeweegKuur in samenwerking met het projectteam.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?
Er zijn diverse elementen die essentieel zijn om de kwaliteit van de BeweegKuur te garanderen.

1. Borgen van financiering: er moet financiering beschikbaar zijn.
2. Aanpassen van interventie aan lokale situatie: de BeweegKuur dient aangepast te kunnen worden aan processen binnen de lokale situatie, maar dit mag niet ten koste gaan van de werkzame elementen.
3. De drie componenten bewegen, voeding en gedragsverandering moeten geborgd zijn: alle rollen van zorgverleners moeten zijn ingevuld. Voor gedragsverandering wordt Motivational Interviewing toegepast.
4. Doorstroom van zorg naar sport: er is een aantrekkelijk en geschikt aanbod dat ervoor zorgt dat mensen hun gedrag vol kunnen houden en zelf keuzes kunnen maken.
5. Er moet een goede verbinding zijn tussen zorg en lokaal sportaanbod, geborgd doordat sportaanbod aan netwerk deelneemt, doordat leefstijlcoach deze rol goed kan vervullen, of door betrokkenheid van een buurtsportcoach.
6. Multidisciplinaire samenwerking: het verbinden van verschillende zorgdisciplines, en zorg met sport staan centraal, en iemand heeft hierin een trekkersrol.
7. Competentie van professionals: professionals dienen voldoende geschoold en gemotiveerd te zijn en de benodigde competenties te hebben. Competentieprofielen voor leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional zijn beschikbaar.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Voor het implementeren van de BeweegKuur op regionaal en lokaal niveau zijn veel documenten ontwikkeld. Een belangrijke eigenschap van de BeweegKuur is dat de interventie zo ontwikkeld is dat deze in potentie in alle locaties in Nederland te implementeren is, mits aan randvoorwaarden wordt voldaan. Dit betekent ook dat het protocol in sommige gevallen richtlijnen bevat die aangepast kunnen worden aan de lokale situatie. De Regionale OndersteuningStructuur eerste lijnszorg hebben de afgelopen jaren kennis ontwikkeld van de BeweegKuur. Deze ROS'en kunnen nog betrokken worden bij de uitvoer en ondersteuning van de BeweegKuur.

Kosten – max 200 woorden

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

In de BeweegKuur zijn naast de reguliere kosten van een zorgorganisatie, zoals loonkosten, huisvestingskosten en management kosten, de volgende kostensoorten te onderscheiden:

- Directe kosten van begeleiding en coaching van de deelnemers.
- Projectkosten, zoals overleg, opzetten netwerken en samenwerking externe partijen.

3. Onderbouwing

Probleem – maximaal 400 woorden

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

In Nederland is de prevalentie van obesitas (Body Mass Index ≥ 30 kg/m²) in de afgelopen 30 jaar meer dan verdubbeld van 5% tot 12% (Van Bakel & Zantinge, 2014). In 2012 had 53% van de mannen en 44% van de vrouwen van 19 jaar en ouder overgewicht (BMI ≥ 25). Obesitas kwam voor bij 11% van de mannen en 14% van de vrouwen (Van den Brink & Blokstra, 2014).

Er is sprake van geografische verschillen. In 2012 was de prevalentie onder volwassenen het laagst in de GGD-regio's Amsterdam en Utrecht (38,4-40,6%), en het hoogst (50,7-52,0%) in 5 GGD regio's verspreid over het land. (RIVM, 2014).

In 2016 had bijna de helft (49,2%) van de Nederlanders van 18 jaar en ouder overgewicht. Overgewicht komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij obesitas is dat andersom: meer vrouwen hebben obesitas dan mannen. In totaal heeft 14,2% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder obesitas. Overgewicht neemt toe met de leeftijd. Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfrapportage van lengte en gewicht.

Groepen met een hoger dan gemiddeld risico voor het ontwikkelen van overgewicht en obesitas zijn mensen met een lage sociaal economische status (SES), allochtonen, lager opgeleiden, chronisch zieken en gehandicapten, mensen die stoppen met roken, kinderen met een hoog geboortegewicht, kinderen met een laag geboortegewicht dat wordt gevolgd door een sterke inhaalgroei, en kinderen van ouders met overgewicht of obesitas (Gezondheidsraad, 2003). In de groep met allochtonen lijken vooral Turken, Marokkanen en Antillianen een hoger risico op overgewicht of obesitas te hebben (Dagevos & Dagevos, 2008).

De reden waarom deze groepen een verhoogd risico hebben zijn niet altijd specifiek aan te geven (Mackenbach, (2015). Met betrekking tot leefstijl en de relatie tot sociaal economische verschillen wordt gesuggereerd dat er verschillende redenen voor aan te geven zijn. Ten eerste geldt een financieel aspect, met minder mogelijkheden om gezond voedsel te kopen en deel te nemen aan sportactiviteiten. Ten tweede wordt genoemd dat psychosociale stress bij deze groepen kan leiden tot onveilig gedrag. Een andere factor die genoemd wordt is de invloed van de omgeving.

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) verhogen het risico op verschillende chronische aandoeningen, waaronder diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, verschillende soorten kanker en aandoeningen aan de galblaas en het bewegingsstelsel. Mensen met overgewicht hebben daarnaast meer kans op psychosociale problemen zoals eenzaamheid, verdriet, spanningen en depressie (Visscher et al. 2013).

Onafhankelijk van overgewicht en lichaamssamenstelling heeft ook inactiviteit een grote invloed op diverse chronische aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 (Craig et al., 2012; Lee et al., 2012). In Nederland voldeed ongeveer 65% in 2011 aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en 25% aan de fitnorm (Wendel-Vos, 2014).

De gevolgen van overgewicht en inactiviteit resulterend in chronische aandoeningen hebben naast effect op de kwaliteit van leven ook effecten op de druk en kosten voor de maatschappij. Prevalentie van diabetes type 2 is sterk gestegen. Mede onder invloed van overgewicht en inactiviteit is de prevalentie van diabetes totaal gestegen van circa 2% van de bevolking in 2000 tot circa 3,5% in 2013. Die stijging is toe te schrijven aan de stijging van DM type 2, die vijf keer zo vaak voorkomt als type 1 (CBS, 2014, binnengehaald 19 aug)). De geschatte directe zorgkosten voor diabetes bedrage 1,7 miljard euro per jaar in 2011. Dit is zonder de kosten voor behandeling van complicaties, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. (RIVM, 2014, binnengehaald 19 aug 2015)

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Overgewicht ontstaat door een **verstoorde energiebalans**. Hierbij is de energie-inname via voeding verhoogd en/of het energieverbruik door lichamelijke activiteit verlaagd (Ocké & Kromhout, 2004). Het ontwikkelen van overgewicht hangt verder af van o.a. **genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren** (Gezondheidsraad, 2003; Visscher et al., 2012, Visscher et al., 2013). De combinatie van overgewicht, inactiviteit en overmatig eten spelen (naast erfelijkheid) een rol bij het ontstaan van diabetes en andere chronische aandoeningen (Poortvliet et al., 2007). Preventie zal zich moeten richten op het herstellen van de balans tussen voeding en bewegen, en het verhogen van de fysieke activiteit (Bovendeur, 2008).

In veel gevallen is ligt de oorzaak in de verstoorde energiebalans in verkeerd **gedrag**. De basis is dan ook verandering in voedings- en eetgedrag: een leefstijl met meer bewegen en gezonder eten zal de energiebalans evenwichtiger worden en zullen gezondheidsrisico's door te weinig activiteit verminderen. Hierdoor kunnen klachten en gezondheidsproblemen (zoals hart- en vaatziekten en diabetes) verminderd of zelfs voorkomen worden (Visscher et al., 2007; Bemelmans et al., 2008).

Voor zowel voedingsgedrag als lichamelijke activiteit is aangetoond dat veel mensen zich er niet van bewust zijn hoeveel en ongezond zij eten en hoe weinig zij bewegen (Gezondheidsraad, 2003). Voldoende **kennis** over voeding en bewegen in het algemeen en **bewustwording** van het eigen voedings- en beweeggedrag is dan ook een noodzakelijke eerste stap voor gedragsverandering.

Hogere intrinsieke **motivatie**, en **self-efficacy** zijn belangrijke factoren voor langer durende gewichtscontrole en beter beweeggedrag (Teixeira et al, 2015). Een gebrek hieraan zal dus een beperking vormen voor het duurzaam veranderen gedrag. Binnen de Beweegkuurpopulatie blijkt hogere self-efficacy meer voor te komen bij deelnemers met een lagere BMI.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De BeweegKuur pakt de **verstoorde energiebalans** en de te geringe hoeveelheid fysieke activiteit aan, door de hoeveelheid **fysieke activiteit en energie-inname** aan te passen. Daarbij streeft de BeweegKuur naar het blijvend veranderen van de leefstijl. Hiermee wordt getracht gezondheidswinst te realiseren, het einddoel van de BeweegKuur. Meer specifiek wordt hiermee gestreefd naar een gewichtsreductie van $\geq 5\%$.

Een ander einddoel van de BeweegKuur is het laten beklijven van de gezonde leefstijl door middel van blijvende gedragsverandering. Dit wordt gedaan door Motivational Interviewing. Door middel van identificatie van en aangrijpen op de knelpunten van de deelnemer wordt getracht de motivatie van de deelnemer voor verandering aan te spreken en te verhogen. De **motivatie** van de deelnemer en de doelen die de deelnemer heeft zijn het uitgangspunt, evenals het **vertrouwen in het kunnen veranderen van gedrag**. De eigen keuzes van de deelnemer worden gerespecteerd. Hierdoor houdt de deelnemer de regie (zelfmanagement), en neemt het gevoel van autonomie toe.

Het gebrek aan kennis wordt aangepakt door **kennis** aan te bieden door de drie centrale zorgverleners. **Bewustwording** wordt aangepakt door inzicht te verschaffen in de discrepantie tussen eigen gedrag, en gewenst gedrag, als onderdeel van de coaching.

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.

Een interventie om de leefstijl te veranderen blijkt het meest effectief als deze een combinatie van verschillende interventies bevat die gericht zijn op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventueel het toevoegen van psychologische interventies voor gedragsverandering (NHG, 2010; CVZ, 2009, Bemelmans et al, 2008). Verschillende gecombineerde leefstijlinterventies zijn bewezen effectief in gewichtsreductie van deelnemers en het verlagen van de incidentie van diabetes type 2, zowel op de korte als lange termijn (Mensink et al., 2003; Tuomilehto et al., 2001; Knowler, 2002; Lindstrom et al., 2013; DPPRG, 2009; Roumen et al., 2008). Langdurige en intensieve begeleiding op leefstijl is in verschillende studies effectief gebleken (NDF, 2006; RIVM, 2008; NHG, 2010; CVZ, 2010).

Interventies in de eerste lijn die gewichtsverlies als doel hebben en zich binnen de interventie richten op het vergroten van de kennis en vaardigheden als basis voor gedragsverandering gericht blijken effectief (Faruqi et al. 2015).

Ook de BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie die zich richt op gedragsverandering op het gebied van lichamelijke activiteit en energie-inname. Hiervoor moet de interventie aangrijpen op determinanten die van belang zijn voor het aannemen en behouden van een actieve leefstijl en een goed voedingspatroon. De componenten van de Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) kunnen gebruikt worden om de interventie te onderbouwen. De Self-Determination Theory bestaat uit de componenten autonomie (het gevoel van controle over gedrag), verbondenheid (de ervaren sociale steun) en competentie (het gevoel het gedrag te kunnen vertonen). De mate waarin deze drie componenten aanwezig zijn bepalen de mate van motivatie om gedrag te vertonen en vol te houden. Bij toenemende intrinsieke motivatie is de kans dat gedrag wordt vertoond en behouden groter. Daarnaast neemt de zelf-determinatie toe bij toenemende intrinsieke motivatie.

In de BeweegKuur is Motivational Interviewing de belangrijkste methode die zorgt voor een verhoging van deze drie componenten en een verhoging van de motivatie en behandeltrouw. Daarnaast wordt dit bereikt door langdurige, intensieve begeleiding, multidisciplinaire aanpak, zelfmanagement, doelen stellen, groepsgewijze activiteiten en de bevordering van doorstroom naar reguliere beweegmogelijkheden (Helminck et al., 2010). Deze techniek blijkt in de BeweegKuur effectief te zijn om de motivatie voor beter beweeggedrag te verhogen (Rutten et al., 2014)

- Motivational Interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al., 2009; Miller & Rollnick, 2008): gesprekstechnieken door getrainde zorgprofessionals waarbij gefocust wordt op de intrinsieke motivatie en autonomie van de deelnemer en een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en deelnemer. Uit diverse studies blijkt dat MI een effectieve strategie is voor gedragsverandering (Smith et al., 1997; Bowen et al., 2003; Resnicow, 2001; Miller, 2004; Greaves et al., 2008).
- Zelfmanagement: samenwerking tussen deelnemer en zorgverlener en het ondersteunen van zelfmanagement is belangrijk (ZonMw, 2009). De deelnemer wordt een gevoel van autonomie gegeven, aangesproken op eigen verantwoordelijkheid en leert zelfstandig met problematiek om te gaan. Het vertrouwen in eigen (self-efficacy) wordt verhoogd. De deelnemer houdt de regie en geeft richting aan de inzet van beschikbare zorg. Hiervoor krijgt de deelnemer relevante kennis.
- Doelen stellen: samen met de leefstijlcoach stellen deelnemers doelen; dit is een goede methode is om gedragsverandering te initiëren (Estabrooks et al., 2005; Shilts et al., 2004), ook bij mensen met

overgewicht (Pearson, 2012). Daarnaast kan het samen opstellen en monitoren van de voortgang met een leefstijladviseur extra bijdragen aan gewenste uitkomsten (Newnham-Kanas et al. 2008; Van Zandvoort et al., 2009).

- Groepsgewijze activiteiten: dit verhoogt de sociale verbondenheid en bevordert intrinsieke motivatie (RIVM, 2008), en blijkt effectief te zijn binnen leefstijlinterventies (Laatikainen et al., 2007; Absetz et al., 2009). Vanzelfsprekend wordt hierbij niet voorbijgegaan aan de individuele wens van de deelnemer.
- Multidisciplinaire aanpak: de huisarts, leefstijlcoach, voedingsprofessional, beweegprofessional en lokale sport en beweegaanbieders werken samen. Een multidisciplinaire aanpak heeft de grootste kans op blijvende gedragsverandering (NHG, 2010). Het is cruciaal voor therapietrouw dat zorgverleners eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen (Spikmans & Aarsen, 2005).
- Doorstroom naar regulier beweegaanbod: wordt bevorderd door het bouwen van lokale netwerken met professionals van de eerstelijnszorg, gemeenten en het lokale beweegaanbod. Mensen stromen sneller door naar het lokale beweegaanbod als het goedkoop en laagdrempelig is (Helmink et al., 2009). Belangrijk voor goede doorstroming naar het lokale beweegaanbod is het opstellen van een zogenaamde sociale kaart, waarbinnen het aanbod van (laagdrempelige) beweegactiviteiten, voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen in de lokale omgeving is opgenomen. Voor deelnemers die zelfstandig willen bewegen is het belangrijk de activiteit in te passen in het dagelijks leven.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek

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.
- 1.
- a) Hartog F den, Wagemakers A, Vaandrager, L, Koelen M (2012) Een gedeelde passie voor gezonder leven. Onderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuur en Gecombineerde Leefstijl Interventies. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University, 2012
 - b) Het betreft een onderzoek hoe netwerkvorming binnen de BeweegKuur is vormgegeven en wat de successen, knelpunten en resultaten zijn. Hiertoe zijn 12 interviews gehouden met coördinatoren van netwerken, waarvan 8 regionaal en 4 lokaal, en zijn er 4 focusgroepen gehouden met netwerken, waarvan 2 regionaal en 2 lokaal.
 - c) Op lokaal niveau bestaat het netwerk meestal uit de leefstijladviseur, praktijkondersteuner, fysiotherapeut en diëtist. Succesfactoren zijn gezondheidswinst van deelnemers, goede onderlinge samenwerking, een sociale kaart, goede kwaliteit van zorg, ondersteuning door ROS, positieve imago van netwerk en sportaanbod tegen gereduceerd tarief. Knelpunten zijn gebrekkige doorstroom van deelnemers naar lokaal beweegaanbod, onduidelijkheid over rolverdeling, gebrekkige communicatie-infrastructuur, ontbrekende financiering, werving van deelnemers en geprotocolleerde werkwijze. Uit het onderzoek blijkt dat de regionale en lokale netwerken de implementatie van de BeweegKuur bevorderen.
- 2.
- a) Inhoudelijke monitor lokale netwerken BeweegKuur/GLI. Raaijmakers, Helmink, Hamers & Kremers, Universiteit Maastricht, 2012
 - b) Er is een monitorstudie gehouden onder alle betrokken zorgverleners en BeweegKuurinstructeurs, met als doel het identificeren van elementen die bijdragen aan positieve effecten van de BeweegKuur, inzicht in de inbedding van sport- en beweegaanbod in lokale netwerken en inzicht in belemmerende en bevorderende factoren en verbeterpunten bij de invoering van de BeweegKuur. Voor de monitor werd een digitale vragenlijst per e-mail aan alle zorgverleners en BeweegKuurinstructeurs verstuurd. Deze werd ingevuld door 256 zorgverleners (39.9%) en 139 BeweegKuurinstructeurs (55.8%).
 - c) Zowel zorgverleners als BeweegKuurinstructeurs noemen het gebrek aan financiering en onzekerheid over financiële vergoeding voor deelnemers in de toekomst als belangrijke belemmering in de begeleiding van deelnemers in de toekomst. Dit hangt samen met de beslissing van het ministerie van VWS om de BeweegKuur uit te sluiten van de basisverzekering. Zorgverleners ervaren over het algemeen positieve resultaten als gevolg van de BeweegKuur, waaronder het bespreekbaar en behandelbaar maken van overgewicht, positieve resultaten in fysieke en/of psychische gezondheid van deelnemers en verbeterde samenwerking met andere zorgverleners. Netwerkvorming met vertegenwoordiging is in circa 30% van de locaties gerealiseerd. Dit kan verder worden verbeterd, evenals de bekendheid van de BeweegKuurinstructeur. In de netwerkvorming kunnen de

buurtsportcoaches in de toekomst een rol spelen, de BeweegKuur instructeurs kunnen per regio worden vermeld op de BeweegKuur website voor betere vindbaarheid.

3.

- a) Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners. Helmink, van Boekel & Kremers, Universiteit Maastricht, 2011
- b) Het betreft een evaluatiemonitor onder alle betrokken zorgverleners van de BeweegKuur, met als doel het achterhalen van belemmerende en bevorderende factoren en verbeterpunten bij de invoering van de BeweegKuur. Hiervoor zijn zorgverleners per e-mail benaderd om een digitale vragenlijst in te vullen. Hierop reageerden 405 zorgverleners (57%).
- c) Zorgverleners bleken meer tijd in de BeweegKuur te steken dan verwacht. Hierdoor was de financiering voor de uitvoer van de BeweegKuur niet altijd toereikend. Zorgverleners deden enkele aanbevelingen voor materialen binnen de BeweegKuur. Zo is het belangrijk dat het logboek wordt aangepast aan de wensen en eisen van zorgverleners en deelnemers, om gebruik te bevorderen. Het gebruik van het logboek door zorgverleners moet gestimuleerd. Het gebruik door deelnemers moet worden gestimuleerd door zorgverleners. Daarnaast dient het lokale beweegaanbod verder geoptimaliseerd te worden. Het contact met externe partijen is hierin als onvoldoende bestempeld. De evaluatiemonitor heeft geleid tot concrete verbeterpunten. Door middel van aanpassing van de inhoud en implementatie kunnen de verbeterpunten leiden tot verdere optimalisatie van de BeweegKuur.

4.

- a) 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. Helmink, Kremers, van Boekel, van Brussel-Visser, Preller & de Vries, Universiteit Maastricht, NISB, 2013
- b) Er is een procesevaluatie gedaan om de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de BeweegKuur te onderzoeken. Hiervoor zijn 3 focusgroep discussies met deelnemers (N=16) van de BeweegKuur gehouden, 15 interviews met zorgprofessionals betrokken bij de BeweegKuur, en één focusgroep discussie met diëtisten (N=5) betrokken bij de BeweegKuur.
- c) Over het algemeen waren zowel deelnemers als zorgprofessionals tevreden met de uitvoerbaarheid van de BeweegKuur. Beide partijen waren ook gemotiveerd om betrokken te zijn in het programma, en vonden over het algemeen dat de BeweegKuur voldeed aan hun verwachtingen. De multidisciplinaire aanpak en de combinatie van het stimuleren van fysieke activiteit en het aannemen van een gezond voedingspatroon werden als grootste succesfactoren beschouwd.

5.

- a) Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Helmink, van Boekel, van der Sluis & Kremers, Universiteit Maastricht, 2011
- b) Het betreft een tevredenheidsmeting onder 355 oud-deelnemers van de BeweegKuur, die inmiddels één jaar zijn gestopt met de interventie. Ze zijn via de leefstijladviseur benaderd om een vragenlijst in te vullen. Hierop reageerden 129 oud-deelnemers (39.6%).
- c) Respondenten zijn over het algemeen positief over de BeweegKuur. Deelnemers gaven de BeweegKuur één jaar na afloop gemiddeld het rapportcijfer 7.4. Van de respondenten gaf 43% aan dat het zonder de BeweegKuur niet gelukt zou zijn meer te bewegen. Een grote meerderheid (82%) gaf aan het prettig te vinden een jaar lang begeleiding te hebben gehad van de leefstijladviseur, en 56% gaf aan behoefte te hebben aan langere begeleiding. Het functioneren van de leefstijladviseur werd door 74% positief beoordeeld. Zij waren van mening dat de leefstijladviseur voldoende keuzes en opties aanbood tijdens de consulten. Slechts 9% van de respondenten vonden dat de BeweegKuur te veel verplichtingen met zich mee bracht, en 6% vond dat de BeweegKuur te veel tijd kostte. De organisatie van de BeweegKuur werd door 83% positief beoordeeld, en 75% van de deelnemers vond het prettig dat er veel zorgverleners betrokken waren in de Beweegkuur.

6.

- a) Van zorg naar sport en bewegen: interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van BeweegKuur-deelnemers vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod. Van Dijk & Wigger, NISB, 2012
- b) Dit onderzoek betreft een procesevaluatie naar succes- en faalfactoren van de doorstroom vanuit de eerstelijnszorg naar lokaal sport- en beweegaanbod volgens zorgverleners en sport- en beweegaanbieders met ervaring in leefstijlbegeleiding. De evaluatie bestond uit semigestructureerde diepte-interviews met 18 zorgverleners van zeven BeweegKuur locaties en 25 sport- en beweegaanbieders van verschillende activiteiten die direct of indirect betrokken waren bij de BeweegKuur en andere leefstijlinterventies.
- c) Beide sectoren erkennen de waarde van leefstijlbegeleiding, mét sport en bewegen als belangrijk component. Uit de interviews kwam naar voren dat randvoorwaarden zoals verantwoordelijkheden en financiering onvoldoende zijn belegd om goede doorstroom te kunnen (blijven) garanderen. Er is echter geen algemeen beeld te schetsen van problemen en oplossingen die van toepassing zijn voor alle locaties; elke lokale situatie heeft eigen kenmerken die vragen om maatwerk. Oplossingsrichtingen zijn lastig te definiëren, en waar oplossingen worden genoemd betreft het vaak oplossingen buiten de eigen sector of invloed. De informatie vanuit de twee sectoren kan op verschillende niveaus en door verschillende organisaties of samenwerkingsverbanden worden gebruikt om de rol van het lokale sport- en beweegaanbod bij primaire en secundaire preventie te versterken.

7.

- a) Projectnummer 123000003. Eindverslag ZonMw, Kremers S et al. Universiteit Maastricht, 2014.
- b) Het betreft onder andere een vragenlijstonderzoek onder deelnemers aan pakket 1 en 2 (N=121) naar de begeleiding door de zorgprofessionals direct na afloop van de BeweegKuur. Hierin is onder andere de tevredenheid gemonitord.
- c) De meerderheid (65.2%) vond dat de leefstijladviseur hen zelf oplossingen liet ontdekken voor problemen en 66.1% vond dat de leefstijladviseur het vertrouwen had gegeven dat meer bewegen en gezonder eten zou gaan lukken. Van de deelnemers vond 68.6% dat de leefstijladviseur hen goed heeft geholpen bij het vinden van een passende beweegactiviteit, en 61.2% dat de leefstijladviseur hen heeft geholpen de beweegactiviteit in te passen in hun dagelijkse leven. Een meerderheid (66.1%) gaf aan dat de leefstijladviseur hen heeft geholpen om het gezonde gedrag vol te houden. De leefstijladviseurs scoorden gemiddeld 4.16 op een vijfpuntschaal voor de mate waarin zij autonomie-ondersteunend coachen (motivational interviewing). Ook zijn de deelnemers over het algemeen zeer positief (gemiddelde score >4 uit 5) over de begeleiding van de fysiotherapeut, terwijl de diëtist gemiddeld <4 uit 5 punten scoort. De individuele consulten bij de diëtist worden beoordeeld met het cijfer 7.1, en de groepsbijeenkomsten met een 7.3.

8.

- a) Projectnummer 123000002. Eindverslag ZonMw, H. Savelberg e.a., Effectiveness and cost effectiveness of package 3 of the BeweegKuur. Universiteit Maastricht, 2015
- b) Het betreft onder andere een vragenlijstonderzoek onder deelnemers aan pakket 2 en 3 (N=411) naar de begeleiding door de zorgprofessionals, en onderzoek onder 25 betrokken professionals van 10 locaties naar bereik, uitvoering en behoud van de interventie.
- c) De deelnemers gaven pakket 2 gemiddeld een waardering van 7,1, pakket 3 een 7,7. De begeleiding door de verschillende professionals werd gemiddeld (ongeveer) met een 7 gewaardeerd. Een uitzondering daarop was de begeleiding in individuele consulten bij de fysiotherapeut die met een 8 gewaardeerd werden.

Van de 411 personen die aan de BeweegKuur zouden meedoen hebben er 73 (18%) zelf besloten de interventie niet te starten of af te maken, 18 (4%) kon door toedoen van de locatie niet starten. Redenen om te stoppen waren vooral vanwege de gezondheid (n=27). 5 mensen waren onvoldoende gemotiveerd. Van 17 personen was de reden niet bekend.

Van 77% was bij inclusie bekend of ze aan de voorwaarden voldeden. 50% voldeed aan de criteria, 10% was gezonder en 17% ongezonder dan aangegeven in het protocol.

Het aantal sessies bij de verschillende professionals was in het algemeen lager dan volgens het protocol. 85% van de deelnemers had samen met de fysiotherapeut een beweegplan opgesteld. 74% had met de diëtist een voedingsplan opgesteld.

Bij aanvang was beoogd dat de BeweegKuur vanuit de basisfinanciering deelname zou bekostigen maar door politieke beslissing heeft dat geen doorgang gevonden. Dit was de belangrijkste reden voor 3 van de 10 onderzochte locaties niet door te gaan met de interventie. 3 van de 10 was nog op zoek naar financiering om het door te zetten, en 4 van de 10 hebben de BeweegKuur in een gewijzigde vorm doorgezet.

De procesevaluaties hebben er onder andere toe geleid dat locaties meer flexibiliteit hebben gekregen in de wijze van uitvoering, waarbij richting wordt gegeven aan de wijze hoe gecoacht wordt en welke middelen daarbij gebruikt worden, en is er keuzevrijheid ten aanzien van de inspanningstest. Ook is de mogelijkheid geschapen om de functie van leefstijladviseur te laten vervullen door een fysiotherapeut. Motivational Interviewing is op basis van de evaluaties in de loop van de tijd belangrijker geworden. Daarnaast is er doorontwikkeling geweest in de beschikbare materialen. De laatste doorontwikkeling is gerealiseerd vindt plaats in 2012. 2017-2019.

Voor sportimpulsaanvragen voor de BeweegKuur is het een vereiste om een Buurtsportcoach te betrekken, om de verbinding tussen zorg en sportaanbod te versterken.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden per onderzoek

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.
- 1)
- a) Berendsen, B. (2016). Measurement and promotion of physical activity. Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care. Maastricht: Maastricht University.
 - b) Gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek gericht op het verschil in effecten tussen twee versies van de BeweegKuur. Dertig eerstelijns gezondheidszorglocaties werden gerandomiseerd in de controle conditie ('opstart') of de experimentele conditie ('begeleid bewegen') om contaminatie tussen deelnemers en zorgverleners te voorkomen. Fysieke activiteit, eetgedrag en gezondheidsparameters van de deelnemers werden gemeten gedurende de één-jarige interventie, en het behoud werd gedurende het tweede jaar gemeten. Fysieke activiteit en eetgedrag werden ieder half jaar gerapporteerd aan de hand van vragenlijsten. Gezondheidsparameters (o.a. BMI, bloeddruk en fitheid) werden jaarlijks gemeten door de zorgverleners.
 - c) Uit de evaluatie blijkt dat de extra groepsbegeleiding in het programma met 'begeleid bewegen' niet heeft geleid tot extra effecten op fysieke activiteit, eetgedrag en gezondheid, ten opzichte van het 'opstart' programma (nu BeweegKuur binnen de GLI). De verwachte effecten van de groepsvorming, de langdurige ervaring met beweging en begeleiding door de fysiotherapeut werden niet gevonden. **Desondanks wandelden deelnemers van beide programma's meer en verbeterde eetgedrag na een jaar deelname, en dat bleef behouden na een jaar zonder begeleiding. Daarbij daalde gewicht en buikomvang van beide groepen deelnemers significant één en twee jaar na de start.**

1.

- a) Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Helmink, van Boekel, van der Sluis & Kremers, Universiteit Maastricht, 2011.
- b) In deze studie zijn vragenlijsten aan het begin van de BeweegKuur en één jaar na afloop van de BeweegKuur met elkaar vergeleken (N=129). Hierbij is dus gebruik gemaakt van zelf-gerapporteerde data.
- c) Meer dan de helft van de deelnemers gaf aan tijdens de BeweegKuur gezonder zijn te gaan eten en meer te zijn gaan bewegen, en dit één jaar na de BeweegKuur nog steeds vol te houden. De motivatie om te gaan of blijven bewegen daalde echter onder de deelnemers, evenals het vertrouwen daarin. Het zelf-gerapporteerde gewicht daalde ook, van 91.0 naar 89.0 kg. Er werd een verwaarloosbaar effect gevonden op BMI ($d=-0.12$). De tijd besteed aan zware lichamelijke activiteit nam toe ($d=0.44$), evenals de tijd besteed aan wandelen ($d=0.47$). Ook de tijd besteed aan matige lichamelijke activiteit was verhoogd, terwijl het zitgedrag nauwelijks was veranderd. BMI en leeftijd bleken voorspellers voor motivatie en vertrouwen om te gaan of blijven bewegen, waarbij een lagere BMI en leeftijd bij aanvang zorgden voor hogere motivatie en vertrouwen één jaar na afloop. Van de respondenten gaf 68.3% aan en vaste beweegactiviteit te hebben, waarbij fietsen, fitness, wandelen en zwemmen het meest genoemd werden.

2.

- a) One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. BioMed Research International (in press). Schutte BAM, Haveman-Nies A, Preller L. Wageningen Universiteit en Researchcentre, NISB, 2015.
- b) Voor deze effectstudie naar enkele gezondheidsindicatoren zijn baseline en follow-up data tot het einde van de BeweegKuur van deelnemers (N=2397) gebruikt. Metingen zijn gedaan voor en direct na de BeweegKuur. Lichamelijke activiteit is alleen na afloop van de BeweegKuur gemeten met een gevalideerde vragenlijst. Data van 200-500 deelnemers waren geschikt voor analyse.
- c) Er werd een middelgroot negatief effect gevonden op gewicht, BMI en middelomtrek ($d=-0.59$, $d=-0.59$ en $d=-0.67$ respectievelijk). Ook werd er een klein negatief effect gevonden op bloedglucoselevels en systolische en diastolische bloeddruk ($d=-0.26$, $d=-0.21$ en $d=-0.28$). Er werd een effect gevonden op tijd besteed aan lichte tot matige fysieke activiteit en op intensieve fysieke activiteit ($d=0.19$ en $d=0.26$). In dit onderzoek is ook gekeken naar verschillen tussen subgroepen in de BeweegKuur. Deelnemers jonger dan 55 jaar hadden meer gewichtsverlies ($d=-0.34$). Deelnemers met een BMI boven de 35 bij aanvang hadden een grotere afname in gewicht en middelomvang ($d=-0.46$ en $d=-0.30$). Deelnemers van het begeleid beweegprogramma hadden een grotere afname in buikomvang ($d=-0.31$). Deelnemers die zes of meer consulten met de leefstijladviseur hadden, hadden een grotere reductie in gewicht en middelomvang ($d=-0.15$ en $d=-0.24$).

3.

- a) 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. Rutten, Meis, Hendriks, Hamers, Veenhof & Kremers, Universiteit Maastricht, NIVEL, 2014
- b) Voor deze studie is een analyse uitgevoerd naar de verandering in de kwaliteit van motivatie in de eerste vier maanden van de BeweegKuur. Data over de motivatie voor lichamelijke activiteit en een gezond voedingspatroon van de deelnemers werd verzameld via vragenlijsten bij aanvang van de BeweegKuur en vier maanden later, waarbij de antwoorden op deze vragenlijsten met elkaar zijn vergeleken. Van 298 deelnemers waren data beschikbaar voor analyse.
- c) De analyse liet zien dat er na vier maanden een verschuiving was opgetreden in de richting van een meer autonome motivatie voor fysieke activiteit. Deze verschuiving komt overeen met de doelstelling van de BeweegKuur. Na vier maanden daalden de a-motivatie en externe regulatie voor lichamelijke activiteit

($d=0.23$ en $d=0.16$). Geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie namen toe ($d=0.36$ en $d=0.33$). Ten aanzien van een gezond voedingspatroon daalde alleen externe motivatie significant ($d=-0.13$). De positieve motivationele verschuiving trad dus niet op voor een gezond voedingspatroon. Wel blijkt dat deelname aan het opstart- of het begeleid beweegprogramma ook voorspellend is voor een positieve motivationele verschuiving.

4.

- a) Projectnummer 123000003. Eindverslag ZonMw, Monitoringonderzoek naar pakket 1 en 2 BeweegKuur. Kremers e.a. Universiteit Maastricht, 2014
- b) Om een beeld te krijgen van de verandering van het beweeg- en voedingsgedrag in het eerste jaar zijn vragenlijsten van deelnemers ($N=119$) bij aanvang en na 12 maanden met elkaar vergeleken.
- c) Wat betreft het voedingsgedrag is er na 12 maanden geen verandering in de hoeveelheid groenten en fruit die men eet, noch in het snacken en het eten van afhaal- of gefrituurde voeding. Er was wel een vermindering in het aantal snoepmomenten per week ($d=-0.3$). Er was na 12 maanden een toename van de hoeveelheid matige en hoog intensieve lichamelijke activiteit ($d=0.29$). Daarnaast zijn deelnemers van het zelfstandig beweegprogramma minder vaak gaan snacken ($d=-0.29$) en meer matig tot zwaar lichamelijk actief zijn ($d=0.31$). Deelnemers aan het opstartprogramma snoepen minder vaak ($d=-0.31$), hadden een toename van het aantal groentelepels ($d=0.26$) en waren meer matig tot hoog intensief lichamelijk actief ($d=0.24$).

Op 12 maanden hadden slechts 2 deelnemers geen zelfstandige activiteit gekozen, de overige deelnemers hadden minimaal 1 activiteit (maximaal 8) gekozen. Gemiddeld werden 2.94 activiteiten gecombineerd. Van de deelnemers heeft 38% gekozen voor een activiteit onder professionele begeleiding. Fietsen, wandelen, fitness, tuinieren en zwemmen zijn de meest gekozen activiteiten. Per keer duurt de activiteit of combinatie van activiteiten bijna een uur en het wordt gemiddeld 3.21 keer per week uitgevoerd. Op 24 maanden hadden 4 van de 87 deelnemers geen zelfstandige beweegactiviteit gekozen. Van de deelnemers had 80% meer dan één activiteit, waarbij de voorkeuren hetzelfde waren als op 12 maanden. Er werden gemiddeld 2.74 activiteiten gecombineerd, en 24.1% deed de activiteit onder professionele begeleiding. De activiteiten worden gemiddeld 3.1 keer per week uitgevoerd met een gemiddelde duur van 53.5 minuten.

5.

- a) Projectnummer 123000002. Eindverslag ZonMw, H. Savelberg e.a., Effectiveness and cost effectiveness of package 3 of the BeweegKuur. Universiteit Maastricht, 2015.
- b) Het onderzoek vergeleek de effectiviteit van pakket 3 ten opzichte van pakket 2. Er waren 411 deelnemers in het onderzoek geïnccludeerd, waarvan 164 in de controlegroep (pakket 2) en 247 in de experimentele groep (pakket 3).
- c) Het volgen van pakket 3 leverde een significant verschil op in de afname van de buikomvang ten opzicht van pakket 2 op 12 maanden (-6,9 versus -2,9 cm), maar niet op 24 maanden.

Het volgen van pakket 3 leverde geen significant hogere leefstijlverbetering met pakket 2, de verschillen worden daarom samen aangegeven voor pakket 2 en 3. De volgende parameters verbeterden significant op 12 en/of 24 maanden.

Wandeltijd in minuten per week ($d=+0,2$ op zowel 12 en 24 maanden). Volgens opgave van de deelnemers en omgerekend volgens de aanwijzingen in het protocol van de fysiotherapeut zou de beweegdosis door wandelen omgerekend uitkomen op gemiddeld ongeveer 2100 kcal per week. Andere maten op fysieke activiteit verbeterden maar niet significant. Voedingsgedrag verbeterde voor aantal stuks fruit per week ($d=+0,2$ op zowel 12 en 24 maanden), groenteconsumptie in eetlepels per week ($d=+0,2$ op 12 maanden, niet significant op 24 maanden), Consumptie van vette snacks (-0,3 en -0,4 op respectievelijk 12 en 24 maanden), en consumptie van snoep ($d=-0,3$ op 12 maanden, niet significant op 24 maanden).

Op het gebied van fysieke parameters waren er veranderingen in BMI ($d=-0,4$ na $-0,3$ op 12 en 24 maanden), buikomvang ($d=-0,5$ en $-0,3$ op 12 en 24 maanden), HbA1c ($d=-0,2$ op 12 maanden, niet significant op 24 maanden), systole bloeddruk ($d=-0,2$ op 12 maanden, niet significant op 24 maanden). 27% van de deelnemers wist 5% gewichtsreductie te bereiken na 1 jaar, 25% na 2 jaar. Functionele capaciteit verbeterde voor tijd om op te staan (TUGT) op 12 maanden ($d=-0,2$), maar niet op 24 maanden.

Geen verbeteringen waren te zien op 12 of 24 maanden voor Tijd besteed aan matig tot zware activiteit, zittijd, consumptie van kant- en- klaarmaaltijden, handknijpkracht, valk-test, en VO₂-waarde.

Onderzoek naar andere leefstijlinterventies in Nederland en daarbuiten.

6.

- a) Duijzer, Haveman-Nies, Jansen, ter Beek, Hiddink & Feskens, 2014
- b) SLIMMER Diabetes Voorkomen. Er is gekeken of er veranderingen zijn in uitkomstmaten bij deelnemers van de pilot studie (N=31). Hiervoor zijn resultaten van baseline metingen en metingen na 10 maanden (einde interventie) met elkaar vergeleken.
- c) Er werden kleine negatieve effecten gevonden op lichaamsgewicht, BMI en middel- en heupomtrek ($d= -0.2 - -0.34$). Er werd een middelgroot positief effect gevonden op nuchter plasma glucose ($d=0.51$), terwijl dit negatief zou moeten zijn. De systolische en diastolische bloeddruk daalden allebei ($d=-0.36$ en $d=-0.74$), en het aantal dagen waarop deelnemers fysiek actief waren en de VO₂max stegen ($d=0.49$ en $d=0.58$).

7.

- a) Vermunt, Milder, Wielaard, de Vries, Baan, van Oers & Westert, 2012.
- b) De APHRODITE studie. In deze studie is gekeken of er veranderingen zijn in uitkomstmaten bij de deelnemers. Hiervoor zijn de baseline resultaten vergeleken met de resultaten na 2.5 jaar (einde interventie). Daarnaast zijn ook de verschillen in resultaten tussen interventie (N= 368) en gebruikelijke zorggroep (N=341) met elkaar vergeleken.
- c) Verschillen in de interventiegroep in 2-uurs plasma glucose, gewicht, BMI, middel omtrek, hoeveelheid gemiddelde tot hoge intensiteit fysieke activiteit, totale vetinname en verzadigd vet inname tussen baseline en twee-en-half jaar waren verwaarloosbaar ($d= -0.17 - 0.03$). In de interventiegroep werden er kleine negatieve verschillen gevonden in nuchter plasma glucose, totale activiteit, en vezelinname ($d=-0.21 - -0.41$), terwijl positieve verschillen verwacht waren voor totale activiteit en vezelinname, omdat deze zouden moeten stijgen door de interventie.. Er werd een middelgroot negatief effect gevonden voor energie-inname ($d=-0.79$). De verschillen in de gebruikelijke zorggroep tussen baseline en twee-en-half jaar waren echter van dezelfde orde van grootte als die in de interventiegroep. De interventieeffecten boven op de effecten die toe te schrijven zijn aan de gebruikelijke zorg, zijn dus gering.

8.

- a) Lakerveld, Bot, Chinapaw, van Tulder, Kostense, Dekker & Nijpels, 2013.
- b) De Hoorn Preventie Studie. Er is gekeken of er veranderingen zijn in risicoscores voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2 en veranderingen in fysieke activiteit, voedingsgedrag en roken zijn bij deelnemers. Hiervoor zijn de baseline resultaten vergeleken met de resultaten na 6 en 12 maanden (einde interventie). Daarnaast zijn de verschillen in resultaten tussen interventie (N=314) en controlegroep (N=308) met elkaar vergeleken.
- c) Er waren geen verschillen in de risicoscores voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2 tussen de interventie en controlegroep na 6 en 12 maanden. Een verhoogde fruitinname in de controlegroep was significant verschillend van de interventiegroep op zes maanden, maar dit verschil verdween na 12 maanden. Er waren ook geen verschillen tussen de interventie en controlegroep ten aanzien van fysieke activiteit, groente-inname en roken na 6 en 12 maanden. De interventie was dus niet effectiever dan het verkrijgen van folders met gezondheidsinformatie.

9.

- a) Lakerveld, Bot, Chinapaw, van Tulder, Kingo & Nijpels, 2012.
- b) De Hoorn Preventie Studie. Er is gekeken of er veranderingen zijn opgetreden in de determinanten voor gedragsverandering in leefstijl door middel van vragenlijstonderzoek. De methoden zijn gelijk als in bovengenoemde alinea.
- c) Er waren geen of slechts zeer kleine verschillen tussen interventie en controle groep na 6 en 12 maanden. Na 6 maanden was de subjectieve norm voor fysieke activiteit significant lager in de interventiegroep, maar dit verschil verdween na 12 maanden. De gepercipieerde gedragscontrole ten opzicht van roken was na 12 maanden significant hoger in de interventiegroep.

10.

- a) Laatikainen, Philpot, Hankonen, Sippola, Dunbar, Absetz, Reddy, Davis-Lameloise & Vartiainen, 2012
- b) Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. Er is gekeken of er veranderingen zijn in belangrijke uitkomstmaten bij deelnemers (N=232). Hiervoor zijn resultaten van baseline metingen en metingen na 12 maanden met elkaar vergeleken.
- c) Er werden kleine negatieve effecten gevonden op diastolische bloeddruk, orale glucose tolerantie, nuchtere glucose, totaal cholesterol en triglyceriden ($d=-0.2 - -0.35$), en een middelgroot positief effect op HDL cholesterol ($d=0.5$). Er werd een middelgroot negatief effect gevonden op gewicht ($d=-0.5$), en een groot negatief effect op middel omtrek ($d=-0.81$). Met betrekking tot voedingsgedragingen werd er een middelgroot effect positief gevonden op vezelname ($d=0.55$) en een groot negatief effect op vetname ($d=-0.8$).

11.

- a) Absetz, Oldenburg, Hankonen, Valve, Heinonen, Nissinen, Fogelholm, Talja, Uutela, 2009.
- b) The GOAL Lifestyle Implementation Trial. Er is gekeken of er verandering is opgetreden in risicofactoren tussen baseline, na 1 jaar en na 3 jaar bij deelnemers (N=352). De interventie zelf duurde 8 maanden.
- c) Na 1 jaar waren er verwaarloosbare effecten op gewicht, BMI, nuchter plasma glucose, 2-uurs plasma glucose, totaal cholesterol, HDL cholesterol, de ratio tussen totaal en HDL cholesterol en triglyceriden ($d= -0.19 - 0.06$). Er was een klein negatief effect op middelomtrek ($d=-0.33$). Dit effect verdween echter na 3 jaar ($d=0.02$). Na 3 jaar verbeterde BMI, totaal cholesterol, de ratio tussen totaal en HDL cholesterol en triglyceriden verder, waardoor een klein negatief effect zichtbaar was ($d=-0.36 - -0.2$). De effecten op de overige indicatoren bleven na 3 jaar ongeveer behouden ($d=-0.18 - 0.05$).

12.

- a) Saaristo, Moilanen, Korpi-Hyövalti, Vanhala, Saltevo, Niskanen, Jokelainen, Peltonen, Oksa, Tuomilehto, Uusitupa & Keinänen-Kiukaanniemi, 2010
- b) Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Er is gekeken of er verschillen in uitkomstmaten zijn tussen metingen aan het begin van de studie en naar ongeveer 1 jaar follow-up (9-18 maanden, gemiddeld 14 maanden). Hiervoor zijn resultaten van de metingen van 2798 deelnemers met elkaar vergeleken (919 mannen en 1879 vrouwen).
- c) Data zijn uitgesplitst naar man en vrouw. Bij mannen werden kleine negatieve effecten gevonden op gewicht, BMI, middelomtrek, totaal cholesterol en LDL cholesterol ($d=-0.30 - -0.23$). Er werden verwaarloosbare effecten gevonden op bloeddruk (systolisch diastolisch), HDL cholesterol en triglyceriden ($d=-0.17 - 0.09$). Bij vrouwen werden kleine negatieve effecten gevonden op middelomtrek en LDL cholesterol ($d=-0.22$ en $d=-0.21$). Er werden verwaarloosbare effecten gevonden op gewicht, BMI, bloeddruk (systolisch en diastolisch), totaal cholesterol, HDL cholesterol en triglyceriden ($d=-0.19 - 0.13$).

5. Samenvatting Werkzame elementen – maximaal 250 woorden

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.

Op inhoudelijk niveau kunnen de volgende werkzame elementen benoemd worden:

- Goede screening op motivatie voor deelname
- De gecombineerde aanpak van voedings- en beweeggedrag, en focus op blijvende gedragsverandering.
- Toepassen van Motivational Interviewing om gedragsverandering te bereiken en te behouden.
- Een voldoende intensief programma. Onder meer bestaande uit 7 of meer consulten bij de leefstijlcoach gedurende een jaar.
- Het werken met een op het individu toegesneden voedings- en beweegplan binnen het programma, rekening houdend met persoonlijke belemmeringen en mogelijkheden.
- Ten minste enige begeleiding bij de eerste bewegingsactiviteiten
- Goede begeleiding in het zoeken en begeleiden naar een of meer passende beweegactiviteiten door de leefstijlcoach.
- Beschikbaarheid van sportaanbod toegesneden op fysieke mogelijkheden van deelnemers.

Op organisatorisch niveau:

- Goede multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn.
- Een coördinerende zorgverlener binnen een locatie (leefstijlcoach).
- Een goede verbinding tussen zorg en het lokale sportaanbod
- De mogelijkheid om de uitvoering aan te passen aan de lokale situatie met in acht neming van andere werkzame elementen

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).

Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., ... & Uutela, A. (2009). Type 2 Diabetes Prevention in the Real World Three-year results of the GOAL Lifestyle Implementation Trial. *Diabetes Care*, 32, 1418-1420.

Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (23 juni 2014). Neemt het aantal mensen met overgewicht toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl>. Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht

Berendsen, B. (2016). *Measurement and promotion of physical activity. Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care*. Maastricht: Maastricht University.

Bemelmans, W.J.E., Wendel-Vos, G.C., Bogers, R.P., Milder, I.E.J., de Hollander, E.L., Barte, J.C.M., Tariq, L. & Jacobs-Van de Bruggen, M.A.M. (2008). *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2: Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur*. Bilthoven: RIVM.

Boomsma, L.J., Lakerveld-Heyl, K., Gorter, K.J., Postma, R., Van de Laar, F.A., Verbeek, W., Van Ravensberg, C.D. & Flikweert, S. (2006). *Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken diabetes mellitus type 2 (LESA)*. *Huisarts Wet* 2006, 49, 418-424.

Bovendeur, I. (2008). *Preventie gericht op lichaamsgewicht samengevat*. In: *Volksgezondheid toekomst verkenning, nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Brink, C.L. van den & Blokstra, A. (2014). *Hoeveel mensen hebben overgewicht?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl>. Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht

Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). *The pandemic of physical inactivity: global action for public health*. *The Lancet*, 380, 294-305.

CVZ (2009). *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-ww/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2009/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/Preventie+bij+overgewicht+en+obesitas%3A+de+gecombineerde+leefstijlinterventie.pdf>

Dagevos, J. & Dagevos, H. (2008). *Minderheden meer gewicht: over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 9789037703948.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Dijk, M. van & Wigger, S. (2012). *Van zorg naar sport en bewegen: interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van Beweegkuur-deelnemers vanuit de eerstelijns gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod*. Ede, NISB. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2013/van-zorg-naar-sport.-interviews-met-zorgverleners-en-beweegaanbieders.pdf>

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*, 346, 393.

DPPRG (Diabetes Prevention Program Research Group) (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*, 374, 1677-1686.

Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., ter Beek, J., Hiddink, G. J., & Feskens, E. J. (2014). Feasibility and potential impact of the adapted SLIM diabetes prevention intervention in a Dutch real-life setting: the SLIMMER pilot study. *Patient education and counseling*, 97, 101-107.

Eindverslag ZonMw (2014). Monitoringonderzoek naar pakket 1 en 2 BeweegKuur. Projectnummer 123000003. ZonMw.

Estabrooks, P.A., Nelson, C.C., Xu, S., King, D., Bayliss, E.A., Gaglio, B., et al. (2005). The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *Diabetes Educ*, 31, 391-400.

Faruqi N, Spooner C, Joshi C et al. (2015). Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. *BMC Obesity*. 2015; 2: 6.

Gezondheidsraad (2003). Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatie nr. 2003/07.

Gezondheidsraad (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: gezondheidsraad. Publicatie nr. 2015/24.

Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., ... & Daly, M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 58, 535-540.

Hartog F den, Wagemakers A, Vaandrager, L, Koelen M (2012) Een gedeelde passie voor gezonder leven. Onderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuur en Gecombineerde Leefstijl Interventies.. *Gezondheid en Maatschappij*, Wageningen University, 2012.

Helmink, J. H., Meis, J. J., de Weerd, I., Visser, F. N., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2010). Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 7:49.

Helmink, J.H., Van Boekel, L.C., Kremers, S.P. (2010b) Implementatie van de BeweegKuur in de regio. Evaluatie onder ROS-adviseurs. Maastricht, Universiteit Maastricht.

Helmink JHM, Kremers SPJ, van Brussel-Visser FN, de Vries NK. (2011a);Sitting Time and Body Mass Index in Diabetics and Pre-Diabetics Willing to Participate in a Lifestyle Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(9):3747-3758. doi:10.3390/ijerph8093747.

Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C. & Kremers, S.P.J. (2011). Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2010. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/rapport-implementatie-van-de-beweegkuur-monitorstudie-onder-zorgverleners-universiteit-maastricht-2011.pdf>

Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C., van der Sluis, M.E. & Kremers, S.P.J. (2011). Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur: Rapportage van de resultaten van een follow-up meting bij deelnemers. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/rapport-lange-termijn-evaluatie-onder-deelnemers-aan-de-beweegkuur-2011.pdf>

Helmink, J.H., Kremers, S.P., Van Boekel, L.C., Van Brussel-Visser, F.N., Preller, L., De Vries, N.K. (2013) 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*, 29 Suppl 1, i68-i74.

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.
- Laatikainen, T., Philpot, B., Hankonen, N., Sippola, R., Dunbar, J. A., Absetz, P., ... & Vartiainen, E. (2012). Predicting changes in lifestyle and clinical outcomes in preventing diabetes: the Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. *Preventive medicine*, 54, 157-161.
- Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 47.
- Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L., & Nijpels, G. (2012). Process evaluation of a lifestyle intervention to prevent diabetes and cardiovascular diseases in primary care. *Health promotion practice*, 1524839912437366.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380, 219-229.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Ilanne-Parikka, P., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., ... & Tuomilehto, J. (2013). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*, 56, 284-293.
- Mackenbach JP (2105). Socioeconomic inequalities in health in high income countries: the facts and the options. In: *Oxford textbook of Global Public Health*. Oxford, Oxford University press.
- Mensink, M., Corpeleijn, E., Feskens, E. J., Kruijshoop, M., Saris, W. H., de Bruin, T. W., & Blaak, E. E. (2003). Study on lifestyle-intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): design and screening results. *Diabetes research and clinical practice*, 61, 49-58.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in service to health promotion. *Am J Health Promot*, 18(3), A1-A10.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: The Guildford Press.
- Miller, W.R & Rollnick, S. (2008). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor de bereiden op verandering*. Ekklesia.
- NDF (2015). *NDF Voedingsrichtlijnen voor diabetes type 1 en 2*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).
- NDF (2010). *Routeplanner diabetespreventie*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Binnengehaald 8 december 2014 van <http://www.eerstelijnsprotocollen.nl/dynmedia/572345813171689592fd5be4d71bc550>
- Newnham-Kanas, C., Irwin, J.D. & Morrow, D. (2008). Life coaching as an intervention for individuals with obesity. *Int J Evid Based Coach Mentor*, 6, 1-12
- NHG (2010). *NHG-Standaard Obesitas*. Huisartswet 2010, 55, 609-625.
- NHG (2012). *Standaard Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening)*. Huisarts Wet 2012, 55, 14-28.
- NHG (2013). *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening)*. Huisarts Wet 2013, 56, 512-525.
- Ocké, M.C. & Kromhout, D. (2004). Voeding in relatie tot gezondheid en ziekte. In: *Ons eten gemeten: Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Binnengehaald op 3 december van <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/8860/1/270555007.pdf>
- Pierson, E.S. (2012). Goal setting as a health behaviour change strategy in overweight and obese adults: A systematic literature review examining intervention components. *Patient Education and Counseling*, 81, 32-42.

- Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M. & Baan, C.A. (2007). Diabetes in Nederland: omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. Bilthoven: RIVM.
- Raaijmakers, L.G.M., Helmink, J.H.M., Hamers, F.J.M. & Kremers, S.P.J. (2012). Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2011. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/definitief-rapport-bk-monitor-2011_03-05-2012.pdf
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., & Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1686-1693.
- RIVM (2014). Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 4.18, 1 oktober 2014. Bilthoven: RIVM.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Ekklesia.
- Roumen, C., Corpeleijn, E., Feskens, E. J. M., Mensink, M., Saris, W. H. M., & Blaak, E. E. (2008). Impact of 3 year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. *Diabetic medicine*, 25, 597-605.
- Rutten, G. M., Meis, J. J., Hendriks, M. R., Hamers, F. J., Veenhof, C., & Kremers, S. P. (2014). 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. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 86.
- Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., ... & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010). Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). *Diabetes care*, 33, 2146-2151.
- Schutte BAM, Haveman-Nies A, Preller L. (2015) One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. *BioMed Research International*.
- Shilts, M.K., Horowitz, M. & Townsend, M.S. (2004). Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behaviour change: a review of the literature. *Am J Health Promot*, 19, 81-93.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: a pilot study. *Diabetes care*, 20, 52-54.
- Spikmans, F., & Aarsen, C. (2005). Naar vraaggestuurde diëtzorg, Motivational Interviewing. Den Haag: Stichting Voedingcentrum Nederland.
- Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*. 2015;13:84. doi:10.1186/s12916-015-0323-6.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.
- Vermunt, P. W. A., Milder, I. E. J., Wielaard, F., de Vries, J. H. M., Baan, C. A., van Oers, J. A. M., & Westert, G. P. (2012). A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 29, e223-e231.
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (28 november 2012) Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (25 september 2014) Overgewicht samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht

Visscher, T., Kremers, S. & Kromhout, D. (2007). Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing. Binnengehaald op 3 december 2014 van <http://www.fontysmediatheek.nl/w/images/9/95/NHS-NRGRichtlijnenGewichtsbeheersing.pdf>

Visscher, T.L.S., Rissanen, A., Seidell, J.C., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., et al. (2004). Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach. *Acrh Intern Med*, 164, 1413-1420.

VWS (2011). Gezondheid dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS. Binnengehaald op 5 december van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>

Wagemakers, A., Den Hartog, F. & Vaandrager, L. (2011). Van vonkjes naar vuurtjes: pilot evaluatie netwerkvorming rondom de BeweegKuur. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen Universiteit. Binnengehaald 13 januari 2015 van <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/evaluatieverlag-netwerkvorming-rondom-de-beweegkuur-08-06-2011.pdf>

Wendel-Vos, G.C.W. (3 juni 2014). Hoeveel mensen zijn voldoende lichamelijk actief? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 13 januari 2015 van <http://www.nationaalkompas.nl>

Zandvoort, M. van, Irwin, J.D. & Morrow, D. (2009). The impact of co-active life coaching on female university students with obesity. *Int J Evid Based Coach Mentor*, 7, 104-118.

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?

BeweegKuur bij beweegcentrum Formupgrade (Arnhem).

Formupgrade is gestart met de BeweegKuur in het kader van een sportimpulsaanvraag. Deelnemers kunnen 6 tot 12 maanden onbeperkt sporten bij Formupgrade, krijgen begeleiding van een diëtist, en alle deelnemers aan een BeweegKuur hebben een jaar lang elke drie maanden een afspraak bij de leefstijlcoach. Die helpt hen na een jaar zelfstandig het nieuwe, gezonde gedrag te kunnen volhouden. Gedurende het project ontstond het inzicht dat het goed is partners aan boord te hebben uit allerlei domeinen. Een goede samenwerking is er met de gemeente, met Sportbedrijf Arnhem, de leefstijlcoaches van de gemeente, en zorgorganisaties voor bijvoorbeeld woongroepen, dagbesteding en mensen met psychische problemen. Er wordt ook goed samengewerkt met de buurtsportcoaches.

Inmiddels zijn van 290 deelnemers de resultaten bekend. Gemiddeld verloren de deelnemers bijna 5 kilo, De buikomvang nam met gemiddeld 5 centimeter af. Hoe vaker een deelnemer wekelijks kwam sporten, hoe beter het resultaat. Van de deelnemers is 85 procent na de eerste 12 weken blijven sporten. Bijna 47 procent bleef (deels) sporten bij Formupgrade met een verlenging van de BeweegKuur. Ruim dertig procent nam een regulier abonnement bij Formupgrade. Een belangrijke bevinding was dat deelnemers gedurende het traject de waarde van het sporten in gingen zien, en bereid bleken om een aanvullende verzekering af te sluiten om de kosten vergoed te krijgen van sporten onder begeleiding van de fysiotherapeut. Verder kunnen houders van de GelrePas, bedoeld voor de laagste inkomens, voor de helft van het normale geld een abonnement afsluiten. Zij betalen dan 15 euro per maand. Bijna 8 procent stroomde door naar aanbod elders in de wijk. Het hebben van een breed sportaanbod en een persoonlijke aanpak worden gezien als belangrijke succesfactoren.

Lastig bleek het om in contact te komen met de eerste lijn. Toch werd meer dan de helft van de deelnemers rechtstreeks vanuit de huisartsenpraktijk verwezen naar de BeweegKuur. Inmiddels is er zoveel vertrouwen in de begeleiding en resultaten dat ongeveer twintig huisartsen en praktijkondersteuners actief verwijzen naar het beweegaanbod van Formupgrade. En het bedrijf blijft de relatie onderhouden, bijvoorbeeld door onlangs een brief te sturen over veranderingen in de preventieve zorg.

Een uitgebreidere [beschrijving](#) is beschikbaar.