

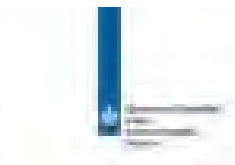
X-Fittt 2.0

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Datum: mei 2019

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaars / licentiehouders van de interventie

Naam organisatie: Formupgrade B.V.

E-mail: info@formupgrade.nl

Telefoon: 026-3793253

Naam organisatie: Sportbedrijf Arnhem B.V.

E-mail: info@sportbedrijfarnhem.nl

Telefoon: 026-03775757

Website (van de interventie): www.formupgrade.nl

Contactpersonen

Naam : Dhr. T.T. Verheij

E-mail : t.verheij@formupgrade.nl

Telefoon : 06-15649251

Naam : Mevr. H. van Valburg

E-mail : hayke.van.valburg@sportbedrijfarnhem.nl

Telefoon : 06-24167136

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Kirsten Verkooijen

Titel interventie: X-Fittt 2.0

Databank(en): CGL

Plaats, instituut: Wageningen, Wageningen University

Datum: 20 mei 2019

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

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
Inhoud van de interventie	9
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24
7. Praktijkvoorbeeld	27

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

X-Fittt is een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) waarbij er verschillende varianten zijn: X-Fittt regulier, X-Fittt diabetes, X-Fittt Kids, X-Fittt PRO, X-Fittt fysio en X-Fittt 2.0. De reguliere variant wordt op ca. 30 locaties in Nederland aangeboden. X-Fittt 2.0 is speciaal ontwikkeld voor en door mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). Doel is om volwassenen met een lage SES en een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde en actieve leefstijl. Het X-Fittt 2.0 programma duurt twee jaar waarbij een integrale aanpak en een intensieve begeleiding vanuit verschillende disciplines centraal staat. Bij de start is er een intake met leefstijlcoach en diëtist en worden persoonlijke doelen opgesteld. De eerste 12 weken bewegen deelnemers twee maal per week onder begeleiding in groepsverband en is er wekelijks een gezamenlijk weegmoment. Deelnemers houden hun voeding bij en krijgen feedback. Na deze intensieve fase blijven deelnemers bewegen via een sportaanbod naar keuze en houden zij contact met de leefstijlcoach.

Doelgroep – max 50 woorden

Volwassenen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en een lage sociaal economische status (SES) bepaald aan de hand van inkomen.

Doel – max 50 woorden

Doel van X-Fittt 2.0 is gezondheidswinst te realiseren bij de doelgroep door hen te begeleiden naar een actieve en gezonde leefstijl. Minimale resultaten:

- Afname gewicht
- Afname buikomvang
- Verhoging kwaliteit van leven

Aanpak – max 50 woorden

De basisprincipes van X-Fittt 2.0 zijn: 1) een integrale aanpak, 2) intensieve begeleiding op basis van motivational interviewing en het verhogen van zelfmanagement en 3) het aanbieden van een betaalbaar beweegaanbod in de buurt

Materiaal – max 50 woorden

Voor de uitvoering bestaat een handboek, bestanden voor gegevensverzameling en schriftelijke materialen voor deelnemers (o.a. folders met voedingsadviezen, beweeg- en eetdagboeken). Voor de werving zijn een website, een Facebookpagina en folders beschikbaar. Voor de evaluatie zijn verschillende instrumenten en een handleiding beschikbaar.

Onderbouwing – max 150 woorden

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

X-Fittt 2.0 onderscheidt zich van andere GLI's door beweging betaalbaar en in groepsverband aan te bieden aan mensen met een lage SES. Voor het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage SES is (financiële) toegankelijkheid cruciaal omdat zij vaak kampen met armoede en schulden. Het groepsaspect houdt deelnemers gemotiveerd om mee te blijven doen en te bewegen. Blijvende gedragsverandering vraagt een intensieve aanpak. X-Fittt 2.0 speelt hier op in door een lange, intensieve begeleiding vanuit een leefstijlcoach aan te bieden. Naast voeding- en beweging bespreekt de leefstijlcoach ook andere thema's, zoals sociale participatie, met de deelnemer. Korte lijnen met andere afdelingen en organisaties binnen een gemeente helpen in het vinden van de juiste begeleiding, waardoor meerdere problemen aangepakt worden. De integrale aanpak is één van de succesfactoren van X-Fittt 2.0.

Onderzoek – max 100 woorden

Wageningen University & Research (WUR) doet onderzoek naar de uitvoering en effectiviteit van X-Fitt 2.0. De resultaten tot nu toe zijn veelbelovend. Stakeholders loven de integrale aanpak. Uitvoerders zien dat de extra inzet op beweging (ten opzichte van de BeweegKuur) en de langdurige en intensieve begeleiding door de leefstijlcoach nodig zijn voor het behalen van de doelen bij deelnemers met een lage SES. Een tussentijdse effect-evaluatie laat zien dat doelen met betrekking tot gewicht, buikomtrek en kwaliteit van leven gehaald worden.

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?

X-Fitt 2.0 richt zich op volwassenen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en een lage sociaal economische status (SES). De doelgroep wordt geselecteerd op basis van inkomen (max. 120% van de bijstandsnorm) en geworven in wijken waar veel mensen met lage inkomens wonen. Bij deze doelgroep met lage SES komt vaak multi-problematiek voor. Dit vraagt om een integrale aanpak, intensieve en langdurige begeleiding en een voor de doelgroep betaalbaar beweegaanbod. Van deelnemers wordt motivatie tot gedragsverandering verwacht en enige beheersing van de Nederlandse taal. Overige in- en exclusiecriteria staan vermeld onder 'Selectie van doelgroepen'.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Intermediaire doelgroepen zijn de zorg-, sport- en welzijnsprofessionals die potentiële deelnemers doorverwijzen naar het programma. De werving is namelijk essentieel voor een goed bereik van de interventie. Daarnaast bevordert de samenwerking van professionals bij de werving de integrale aanpak die X-Fitt 2.0 beoogt. Vanuit de zorg betreft het met name huisartsen en fysiotherapeuten die betrokken worden bij de werving, vanuit welzijn en sport gaat het bijvoorbeeld om professionals betrokken bij werk- en inkomen.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Werving van deelnemers geschiedt op twee manieren: via contact met een zorg-, sport- of welzijnsprofessional of via andere kanalen zoals een persoonlijke uitnodiging per email of post, sociale media of oproep in een lokale krant. Als het eerste contact niet via de huisarts verloopt wordt de deelnemer verwezen naar de huisarts voor een doorverwijzing. Deze bepaalt of de deelnemer aan de fysieke inclusiecriteria voldoet en is verantwoordelijk voor het beoordelen van contra-indicaties. De leefstijlcoach bepaalt of de deelnemer over de vereiste motivatie beschikt en laat de deelnemer een deelnameovereenkomst tekenen. Dit vereist van deelnemers dat zij de Nederlandse taal op basis niveau beheersen.

Inclusiecriteria

- Mensen die een bijstandsuitkering ontvangen van hun gemeente of een ander inkomen ontvangen tot maximaal 120% van de bijstandsnorm.

- Een BMI hoger dan 25.
- De deelnemer is gemotiveerd tot gedragsverandering. Dit wordt getoetst tijdens een eerste contactmoment met de leefstijlcoach en bevestigd met een deelnameovereenkomst.
- De deelnemer voldoet niet aan de Beweegrichtlijnen 2017 opgesteld door de Gezondheidsraad (2017).

Contra-indicaties

- Ernstige en belemmerende lichamelijke beperkingen
- Ernstige psychische stoornissen
- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

Tussen 2012 en 2015 heeft Formupgrade ervaring opgedaan met de uitvoer van de BeweegKuur onder ruim 600 mensen met lage SES. De BeweegKuur bleek niet goed aan te sluiten op deze doelgroep. Redenen hiervoor waren dat het vaak ontbrak aan zelfredzaamheid, beperkte kennis, discipline en doorzettingsvermogen. Omdat dit in de BeweegKuur te weinig aandacht kreeg, hebben Formupgrade en het Sportbedrijf Arnhem samen met gemeenten, zorgverzekeraars, beweegaanbieders, Kenniscentrum Sport, NL Actief en de doelgroep, de BeweegKuur doorontwikkeld naar het programma X-Fitt 2.0. In X-Fitt 2.0 is de intensiteit van de begeleiding hoger, terwijl de kosten laag blijven. Op basis van focusgroep gesprekken met BeweegKuur deelnemers en later met X-Fitt 2.0 deelnemers is X-Fitt 2.0 verder verbeterd. Bijvoorbeeld wordt in X-Fitt 2.0, indien nodig, snel doorververwezen naar een psycholoog en is er een papieren versie van het voedingsdagboekje beschikbaar voor deelnemers die niet goed met de app overweg kunnen.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel van X-Fitt 2.0 is het realiseren van duurzame gezondheidswinst bij de deelnemer. Hierbij worden de volgende prestaties nagestreefd:

- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 vertonen na afronding van fase 1, de intensieve fase (12 weken), een **gewichtsvermindering** van $\geq 5\%$ en hebben deze vermindering minimaal behouden bij afronding van fase 2, de overgangsfase (1 jaar), en fase 3, de nazorgfase (2 jaar).
- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 vertonen na afronding van fase 1 een afname in **buikomvang** van $\geq 5\%$ en hebben deze afname minimaal behouden bij afronding van fase 2 en fase 3.
- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 ervaren na afronding van fase 1 een verbetering in **kwaliteit van leven**, overeenkomend met een significante toename van minimaal 0.5 punt op de EQ5D, en hebben deze verbetering minimaal behouden bij afronding van fase 2 en fase 3.

Subdoelen – max 350 woorden

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

Subdoelen op gedragsniveau:

- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 voldoen na fase 1 aan de Beweegrichtlijnen 2017 opgesteld door de Gezondheidsraad (2017) en hebben dit **beweeggedrag** minimaal behouden bij afronding van fase 2 en fase 3.
- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 hebben na fase 1 een verantwoord en gezond **voedingspatroon** in lijn met de Richtlijnen Goede Voeding opgesteld door de Gezondheidsraad (2015) en hebben dit voedingspatroon minimaal behouden bij afronding van fase 2 en fase 3.
- Deelnemers aan X-Fitt 2.0 hebben bij afronding van fase 2 en fase 3 hun **persoonlijke doelen** behaald. Deze op maat geformuleerde doelen worden tijdens het intakegesprek met de leefstijlcoach opgesteld

en kunnen gericht zijn op gezondheidswinst maar gaan vaak ook over sociale participatie. Voorbeelden zijn: minderen/stoppen met roken, (vrijwilligers)werk doen en een eetmaatje(s) vinden.

Subdoelen op gedragsdeterminantenniveau:

- g) Deelnemers aan X-Fittt 2.0 hebben na afronding van fase 1 **kennis** over de Beweegrichtlijnen 2017 en Richtlijnen Goede Voeding.
- h) Deelnemers aan X-Fittt 2.0 zijn bij aanvang van fase 1 en bij afronding van fase 2 en fase 3 **gemotiveerd** tot gedragsverandering en -behoud.
- i) Deelnemers aan X-Fittt 2.0 zijn bij afronding van fase 1, 2 en 3 in staat tot eigen regie ten aanzien van het opstellen en uitvoeren van eigen gezondheidsdoelen (**zelfmanagement**).

Doelen t.a.v. de intermediären

- j) Zorg-, sport- en welzijnsprofessionals werkzaam in de wijk waar X-fittt 2.0 plaats vindt zijn op de hoogte van de doelen en werkwijze van X-Fittt 2.0;
- k) signaleren potentiële deelnemers aan de hand van de in- en exclusiecriteria;
- l) verwijzen deze door naar de huisarts of leefstijlcoach voor deelname aan X-Fittt 2.0.

Doelen t.a.v. een integrale aanpak:

- m) Professionals werkzaam binnen X-Fittt 2.0 (o.a. leefstijlcoach, sportaanbieder, gemeente) werken samen met zorg- en sport en welzijnsprofessionals in de wijk en/of;
- n) verwijzen door naar andere professionals indien nodig (bijv. psycholoog of schuldhulpverlening).

Doelen t.a.v. de Maatschappelijk doel:

- o) X-Fittt 2.0 beoogt sociaaleconomische gezondheidsverschillen op lokaal niveau te verminderen.

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.

X-Fittt 2.0 is opgedeeld in 4 fases:

Fase 0: Voorbereidingsfase (3 maanden)

Fase 1: Uitvoering van X-Fittt 2.0 - De intensieve fase (3 maanden)

Fase 2: Uitvoering van X-Fittt 2.0 - De overgangsfase (9 maanden)

Fase 3: Uitvoering van X-Fittt 2.0 - De nazorgfase (12 maanden)

Fase 0 voorbereidingsfase, 3 maanden		
Stap 1	Opzetten lokale organisatie	
Stap 2	Vinden en werving	
Stap 3	Beoordelen en verwijzing	
Fase 1 de intensieve fase, 3 maanden		
Stap 4	Intake met de leefstijlcoach	Week 1
Stap 5	Intake met de beweegagoog en 0-meting	Week 1
Stap 6	Intake met de diëtist	Week 1
Stap 7	2 keer per week groepslessen en 1 keer per week zelfstandig sporten	Week 2 t/m 13
Stap 8	Groepstraining voeding verbranden en vervolgconsulenten diëtist	Week 3 t/m 10
Stap 9	Voortgangsgesprek 1 met de leefstijlcoach	Week 5
Stap 10	1-meting bij de beweegagoog	Week 13
Stap 11	Eindgesprek fase 1 met de diëtist	Week 13
Stap 12	Voortgangsgesprek 2 met de leefstijlcoach	Week 13
Fase 2 de overgangsfase, 9 maanden		

Stap 13	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach	Week 15
Stap 14	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach	Week 24
Stap 15	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach	Week 36
Stap 16	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach	Week 52
Stap 17	2-meting bij de beweegagoog	Week 52
Fase 3 de nazorgfase, 12 maanden		
Stap 18	Telefonisch contact met de leefstijlcoach betreft voortgang	Week 64
Stap 19	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach	Week 76
Stap 20	Telefonisch consult met de leefstijlcoach betreft voortgang	Week 88
Stap 21	Eindgesprek met de leefstijlcoach	Week 104
Stap 22	3-meting bij de beweegagoog	Week 104

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.

Fase 0. Voorbereidingsfase

Stap 1 Opzetten lokale organisatie

X-Fitt 2.0 is een integrale aanpak waarbij de beleidsterreinen sport en/of gezondheid van de gemeente betrokken zijn en een uitvoerende partij (gezondheids- of beweegcentrum) met zorg-, sport- en welzijnsprofessionals. Het initiatief voor X-Fitt 2.0 kan liggen bij een uitvoerende partij of de gemeente. Het programma wordt uitgevoerd in een wijk waar relatief veel mensen met een lage SES wonen.

Om op strategisch niveau een integrale aanpak te realiseren is overleg nodig met beleidsambtenaren sport, gezondheid, participatie en/of WMO binnen de gemeente. Daarbij te maken afspraken zijn:

- Het werving- en selectieproces. Het betrekken van de juiste afdeling binnen de gemeente om tijdens stap 2 deelnemers (criteria lage SES) te werven.
- Informatieoverdracht tussen de betrokken partijen over de doelgroep: wat mag er wel en wat mag er niet worden gedeeld volgens de AVG.
- Het realiseren van de extra benodigde budgetten om het X-Fitt 2.0 programma op te starten en uit te voeren.

De voorbereidingsfase wordt getrokken door de leefstijlcoach. Hiertoe behoren het opzetten van de lokale organisatie, werving en selectie en beoordeling en verwijzing. Voor de urenzet zie het kopje kosten. Deze kosten zullen vanuit extra gemeentelijke budgetten moeten worden bekostigd. Daarnaast wordt het sporten gedurende fase 1 voor de deelnemer vergoed door de gemeente (gebruikmakend van de lokale minimaregelingen, dit kan per gemeente verschillende zijn). De herkomst van deze budgetten kunnen afkomstig zijn van verschillende partijen. In Arnhem is dit gezondheidsbeleid, sportbeleid en participatiebeleid. Mogelijk zijn ook extra budgetten vanuit WMO middelen in te zetten.

Op tactisch niveau is het vinden van de juiste uitvoerende partijen met een profiel van maatschappelijk ondernemerschap een belangrijke randvoorwaarde. De betrokken partijen moeten over gekwalificeerd personeel beschikken dat met de doelgroep lage SES goed overweg kan. Ook moeten ze beseffen dat het werken in groepsverband van belangrijke waarde is en dat het uitvoeren van X-Fitt 2.0 arbeidsintensief is. Een gezamenlijke scholing voor alle uitvoerende partijen is aan te bevelen.

Voor het opzetten van X-Fitt 2.0 worden afspraken gemaakt over:

- De uitvoerende partijen en locatie
- Financiering voor de voorbereidingsfase, taakverdeling werving en selectie deelnemers
- Financiering van het zelfstandig sporten tijdens fase 2 en 3
- Tijdsplanning
- Monitoring en evaluatie

Stap 2 Werving en selectie

Bij het wervingsproces wordt gebruikt gemaakt van de integrale aanpak op tactisch niveau. Verschillende partijen worden door de initiatief nemende partij ingezet voor de werving. Dit gebeurt o.a. door middel van een informatieve mail naar zorg-, sport- en/of welzijnsprofessionals. Deelnemers worden benaderd tijdens of na contact met een zorg-, sport- of welzijnsprofessional, zoals:

- Gemeentelijke (sociale) wijkteams
- Gemeentelijke consultants werk
- Eerstelijnszorg
- Sport en beweegaanbod
- Welzijnsorganisaties
- Organisaties voor maatschappelijk werk

En/of via andere kanalen:

- Een brief vanuit de gemeente naar inwoners met een collectieve verzekering van de gemeente
- Social media
- Lokale krant

Stap 3 Beoordelen en verwijzing

Een deelnemer die niet doorverwezen is door een huisarts wordt verwezen naar de huisarts. De huisarts stuurt de doorverwijzing rechtstreeks naar de leefstijlcoach. De leefstijlcoach neemt telefonisch contact op met de deelnemer over:

1. De motivatie van de deelnemer en de deelnameovereenkomst.
2. Aanwezigheid van de deelnemer bij programma.

Bij 10 deelnemers kan het programma starten.

Fase 1 Uitvoering van X-Fitt 2.0: De intensieve fase

Stap 4: Intake met de leefstijlcoach

Voor de deelnemer start het programma met een intake bij de leefstijlcoach waarin wordt besproken:

Intrinsieke motivatie en commitment

De leefstijlcoach en deelnemer bespreken een deelnameovereenkomst met afspraken over o.a. het niet aanwezig zijn bij afspraken en het vroegtijdig stoppen met het programma. Het vooraf tekenen van de deelnameovereenkomst is bedoeld om de motivatie te controleren en commitment te creëren. De deelnameovereenkomst is onderdeel van het persoonlijke informatieboekje. Of kosten daadwerkelijk teruggevraagd worden zoals beschreven in de deelnameovereenkomst is aan de uitvoerders: veel deelnemers kampen met financiële problemen.

In kaart brengen huidige leefstijl en kwaliteit van leven

De leefstijlcoach en deelnemer brengen de huidige leefstijl en kwaliteit van leven in kaart door het invullen van een vragenlijst. De BRAVO-factoren worden besproken, mede als zingeving, meedoen en dag-invulling. Er wordt afgesproken hoe de deelnemer het zelfstandig sporten gaat invullen en de deelnemer denkt na over hoe hij/zij na de eerste fase doorgaat met bewegen en gezonde voeding, en de bevorderende en belemmerende factoren daarbij. De leefstijlcoach helpt bij het vinden van het meest passende aanbod.

Opstellen persoonlijke doelen

De leefstijlcoach en deelnemer stellen persoonlijke doelen op om zelfmanagement van de deelnemer te stimuleren. De deelnemer geeft aan welke acties hij/zij gaat ondernemen om deze doelen te behalen en welke ondersteuning hij/zij daarin nodig heeft. De doelen zijn vaak gericht op het behalen van gezondheidswinst (afvallen, stoppen met roken, fitheid) en/of sociale participatie (bijv. (vrijwilligers)werk, eetmaatje, bingoavond). De persoonlijke doelen worden in het informatieboekje van de deelnemer gezet.

Informatieboekje

De deelnemer krijgt een informatieboekje met informatie over tijden groepslessen, huisregels, afspraken, de deelnameovereenkomst en ruimte voor persoonlijke informatie. Dit draagt bij aan het vergroten van kennis en zelfmanagement omdat de deelnemer zelf:

1. alle afspraken met de leefstijlcoach, diëtist en bewegagoog bijhoudt;
2. zijn/haar persoonlijke doelen en voortgang (bijv. wekelijks zijn/haar gewicht) noteert.

Inzet op integrale aanpak

De leefstijlcoach vraagt of de deelnemer contact heeft met andere zorgprofessionals/instanties. Indien de deelnemer akkoord is, legt de leefstijlcoach contact met andere zorgprofessionals opdat, in geval van multi-problematiek (schulden, werkloosheid, psychische problemen), deze integraal aangepakt kan worden. Mocht er geen contact zijn met andere zorgprofessionals/instanties maar blijkt dat wel gewenst te zijn, verwijst de leefstijlcoach de deelnemer door naar de juiste professionals/instantie. De leefstijlcoach houdt hierbij het contact met de zorgprofessional/instantie voor afstemming, indien de deelnemer hier akkoord voor geeft. De leefstijlcoach heeft dus de rol van case eigenaar en zorgt dat de deelnemer de juiste begeleiding krijgt en uitval voorkomen wordt.

Stap 5: Intake met de bewegagoog en 0-meting

De bewegagoog doet tijdens de intake een fysieke meting (0-meting) en bepaalt de beweegmogelijkheden. Indien er fysieke belemmeringen zijn, wordt de deelnemer doorverwezen naar de fysiotherapeut. Deze consulten worden niet vergoed binnen deze GLI. Deelname aan het programma moet dan heroverwogen worden.

Stap 6: Intake met de diëtist

De diëtist brengt samen met de deelnemer het huidige voedingspatroon en mogelijke verbeteringen hierin kaart op basis van de Richtlijnen Goede Voeding (Gezondheidsraad, 2015). De deelnemer stelt zelf doelen en acties op en noteert deze in het persoonlijk informatieboekje. De diëtist legt de Virtua Gym Food App uit, waar de deelnemer zijn/haar dagelijkse voeding mee registreert. De diëtist en leefstijlcoach hebben inzage in de registraties en koppelen terug waar nodig. Deelnemers die de app niet kunnen of willen gebruiken, hebben een papieren voedingsdagboek.

Stap 7: twee keer per week groepstraining en één keer per week zelfstandig sporten.

De bewegagoog verzorgt twee keer per week een groepstraining van 60 minuten. De lessen bevatten een warming-up, kern en cooling down en richten zich op het opbouwen van conditie, kracht, lenigheid en balans. De bewegagoog stuurt ook op persoonlijke doelen en biedt maatwerk. De deelnemers sporten daarnaast ten minste één keer per week zelfstandig.

Stap 8: groepstraining voeding verbranden en vervolgconsulten diëtist

De diëtist sluit na de groepstraining in week 3 een half uur aan voor het verzorgen van een training: voeding verbranden. De deelnemers leren en ervaren hoeveel inspanning er nodig is om verschillende voedingsmiddelen te verbranden.

De diëtist heeft vier individuele vervolgconsulten van 15 minuten (week 4, 6, 8 en 10) waarin persoonlijke doelen en de bijgehouden voeding in de app of voedingsdagboek worden besproken. De diëtist geeft tips en de deelnemer past doelen aan en/of stelt nieuwe doelen.

Stap 9: Voortgangsgesprek 1 met de leefstijlcoach

In week vijf evalueren de leefstijlcoach en de deelnemer de eerste weken van het programma. Voorafgaand aan het gesprek stemt de leefstijlcoach met de bewegagoog en diëtist af over de voortgang.

Gespreksonderwerpen zijn:

- Deelname en ervaring groepslessen

- Zelfstandig sporten
- Bewegen dagelijks leven
- Meten gewicht, buikomvang
- Kwaliteit van leven
- Zelfmanagement
- Persoonlijke doelen
- Herhaling en vooruitblik inhoud programma, regels en afspraken
- Integrale aanpak: (Indien nodig) andere professionals betrekken
-

Stap 10: 1-meting bij de beweegagoog

De 1-meting wordt uitgevoerd door de beweegagoog na afloop van de 12-weeken intensieve fase. De meting is hetzelfde als de 0-meting.

Stap 11: Eindgesprek fase 1 met de diëtist

De diëtist houdt een eindgesprek met de deelnemer over de persoonlijke doelen en acties en de voedings app of voedingsdagboek. Samen worden vervolgoelen en acties gemaakt voor fase 2, die begeleid wordt door de leefstijlcoach. De diëtist deelt de gemaakte vervolgoelen en acties met de leefstijlcoach. Indien de deelnemer een vervolgggesprek met de diëtist wenst, wordt dit ingepland. De consulten met de diëtist in fase 2 worden niet vergoed.

Stap 12: voortgangsgesprek 2 met de leefstijlcoach

De leefstijlcoach blikt samen met de deelnemer terug op fase 1 en evalueert de doelen. Daarnaast maakt de leefstijlcoach vervolgacties met de deelnemer over waar hij/zij het sporten gaat doorzetten. Mogelijkheden m.b.t. soort activiteit, kosten en niveau worden daarbij besproken. Ook plant de leefstijlcoach een proefles en gaat een eerste keer mee naar de activiteit als de deelnemer daar behoefte aan heeft.

Fase 2 Uitvoering van X-Fitt 2.0: De overgangsfase

Doel van deze fase is het afbouwen van de intensieve begeleiding, versterken/vasthouden van motivatie en het vergroten van zelfmanagement.

Stap 13	week 15	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach (30 min)
Stap 14	week 24	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach (30 min)
Stap 15	week 36	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach (30 min)
Stap 16	week 52	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach (30 min)

Tussentijds contact waar nodig (30 min)

Stap 17 2-meting bij de beweegagoog

De 2-meting wordt uitgevoerd door de beweegagoog na afloop van fase 2. De meting is hetzelfde als de 0-meting.

Fase 3 Uitvoering van X-Fitt 2.0: De nazorgfase

Doel van deze fase is nazorg en terugvalpreventie waarbij ingezet wordt op motivatie (d.m.v. motivational interviewing) en versterken zelfmanagement (d.m.v. coaching op doelen en acties).

Stap 18	week 64	Telefonisch contact met de leefstijlcoach betreft voortgang (15 min)
Stap 19	week 76	Voortgangsgesprek met de leefstijlcoach (30 min)
Stap 20	week 88	Telefonisch consult met de leefstijlcoach betreft voortgang (15 min)
Stap 21	week 104	Eindgesprek met de leefstijlcoach (60 min)

Stap 22 3-meting bij de beweegagoog

De 3-meting wordt uitgevoerd door de beweegagoog na afloop van fase 3. De meting is hetzelfde als de 0-meting.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Uitvoering

- Handboek X-Fittt 2.0
- Bestanden voor gegevensverzameling (o.a. fysieke metingen en vragenlijsten)
- Materialen voor deelnemers (o.a. informatieboekje en voedings app)

Werving

- Website en Facebookpagina
- Folders
- De uitnodigingsbrief en mail naar het netwerk

Evaluatie

- Handboek voor evaluatie X-Fittt 2.0
- Vragenlijsten
- Tools voor kwalitatieve dataverzameling

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?

X-Fittt 2.0 vindt plaats in wijken waren er relatief veel mensen met een lage SES wonen. De beweeglessen worden uitgevoerd bij een lokale sport- en beweegaanbieder in de geselecteerde wijk. Dit kan zijn in een fitnessruimte, zaal van een fysiotherapeut, sporthal etc. De locatie moet minimaal beschikken over een ruimte waar groepstrainingen uitgevoerd kunnen worden en een ruimte waar deelnemers zelfstandig kunnen trainen. Voor de individuele afspraken met de leefstijlcoach, diëtist en beweegagoog moet de locatie minimaal één afgesloten kamer hebben. In deze ruimte moeten de materialen aanwezig zijn die de beweegagoog en diëtist gebruiken. Het gezondheidscentrum of beweeg/fitnesscentrum moet voor het uitvoeren van X-Fittt 2.0 een deskundig begeleidingsteam samenstellen, bestaande uit een leefstijlcoach, diëtist en beweegagoog. Dit deskundige begeleidingsteam kan onderdeel zijn van het centrum, maar kan ook uit het netwerk van de samenwerkende partners komen (bijv. sportservice van de gemeente). De interventie wordt bij voorkeur op één locatie uitgevoerd om de drempel voor de doelgroep zo laag mogelijk te houden.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

X-Fittt 2.0 wordt uitgevoerd door de volgende professionals:

- Leefstijlcoach
- Diëtist
- Beweegagoog

Nieuwe X-Fittt 2.0 uitvoerders krijgen van de eigenaren van X-Fittt 2.0 een in-house training van een halve dag waarin alle aspecten van het programma aan de orde komen. Naast het doorlopen van het Handboek X-Fittt 2.0, worden tijdens deze training de volgende thema's besproken: 'Wat is X-Fittt?', 'Hoe kan ik X-Fittt zelfstandig organiseren?' en 'Hoe breng ik X-Fittt (2.0) onder de aandacht?'. Daarnaast worden zij tijdens de uitvoering begeleid en ondersteund door de centrale X-Fittt organisatie met documentatie, digitale middelen, helpdesk en bedrijfsbezoek.

Functie	Opleiding	Overige competenties
Leefstijlcoach	<ul style="list-style-type: none"> - Afgeronde HBO met een leefstijl of sport gerelateerde achtergrond. - Geaccrediteerd leefstijlcoach en aangesloten bij de beroepsvereniging BLCN. - Ook uitvoerbaar door diëtist of fysiotherapeut met aantekening leefstijlcoach vanuit de BLCN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beheersing motiverende gespreksvoering (MGV) - Integraal toepassen van MGV bij bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning (BRAVO-factoren) - Aandacht voor het individu (maatwerk) - Kennis van gezonde leefstijl in relatie tot specifieke gezondheidsproblemen (diabetes, COPD, hart- en vaatziekte) - Kennis van sociale kaart werkgebied
Diëtist	<ul style="list-style-type: none"> - Voeding en diëtetiek HBO of WO 	<ul style="list-style-type: none"> - Adviescombinatie sport en voeding kunnen maken - Samenwerken en organiseren
Beweegagoog	<ul style="list-style-type: none"> - Afgeronde HBO sportopleiding 	<ul style="list-style-type: none"> - Wetenschappelijk onderbouwde sportles kunnen verzorgen - Teambuilding kunnen realiseren - Aandacht voor het individu (maatwerk) - Kennis over specifieke gezondheidsproblemen (diabetes, hart- en vaatziekte) - Affiniteit met de doelgroep - Goed kunnen omgaan met grote diversiteit binnen een groep - Afnemen van de fysieke metingen

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

Naast de training voor X-Fitt 2.0 uitvoerders is er een handboek waarin alle activiteiten van de interventie gedetailleerd beschreven staan. De leefstijlcoach is case manager, aanspreekpunt voor de uitvoerders en geeft richting aan eventuele aanpassingen in aanpak op individueel- of groepsniveau. De leefstijlcoach is daarmee hoofdeverantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de interventie. Hij of zij houdt in de gaten of alles volgens protocol verloopt en zorgt dat relevante informatie (bijvoorbeeld uit evaluaties) tijdig gedeeld worden met het team van uitvoerders en andere betrokken partijen. Hoewel een uitgebreide proces- en effectevaluatie geen verplicht onderdeel van X-Fitt 2.0 is wordt een evaluatiemoment halverwege en aan het eind van het programma sterk aanbevolen. De X-Fitt 2.0 organisatie stelt diverse evaluatie-instrumenten, mede-ontwikkeld door Wageningen University & Research, hiervoor beschikbaar.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

- X-Fitt 2.0 wordt uitgevoerd in een wijk waar veel mensen met een lage SES wonen
- Samenwerking met een preventiecentra wordt aanbevolen zodat het programma op één locatie kan worden aangeboden
- De lokale projectgroep is gemotiveerd om X-Fitt 2.0 te doen slagen
- Er is overeenstemming over de financiering van X-Fitt 2.0
- De uitvoerders hebben de training voor X-Fitt 2.0 voltooid

- De deelnemer neemt deel aan een intake waaruit motivatie tot gedragsverandering blijkt
- X-Fittt 2.0 wordt volgens de handleiding uitgevoerd (voorbereiding, uitvoering, en evaluatie)
- De fysieke metingen worden per deelnemer door dezelfde medewerker, met dezelfde apparatuur en op dezelfde manier uitgevoerd
- De leefstijlcoach zorgt voor een goede transfer van het sportaanbod in fase 1 naar het eigen gekozen aanbod in de omgeving (fase 2). Dit doet de leefstijlcoach door relevante informatie, zoals kosten, locatie, tijdstip en niveau, over de gekozen activiteit te delen, een proefles te plannen en indien gewenst de eerste keer mee te gaan met iemand.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Bekendheid met het programma X-Fittt 2.0 wordt vergroot door onder andere het netwerk van X-Fittt 2.0 eigenaren en uitvoerders, zorgverzekeraars en de interventiedatabase Gezond en Actief Leven van het Kenniscentrum Sport en het RIVM. De interventie-eigenaren hebben ruim ervaring met de implementatie van de reguliere X-Fittt. Deze commerciële variant van X-Fittt 2.0, niet specifiek op lage SES afgestemd, wordt op ca. 30 locaties in Nederland aangeboden. Het netwerk van X-Fittt is hierdoor groot.

Gemeenten, beweegaanbieders, zorgverzekeraars en/of andere partijen die X-Fittt 2.0 in hun lokale context willen implementeren kunnen contact opnemen met de interventie eigenaren van X-Fittt 2.0: Formupgrade en Sportbedrijf Arnhem. Formupgrade en/of Sportbedrijf Arnhem wijst vervolgens binnen de eigen organisatie één persoon aan als contactpersoon. Deze contactpersoon zal deel uitmaken van de lokale projectgroep en zal de implementatie van X-Fittt 2.0 faciliteren. Hierbij kan gedacht worden aan hulp bij het opzetten van de lokale organisatie, het inzetten van hun sociale netwerk, het beschikbaar stellen van materialen en het delen van resultaten en ervaringen op andere locaties. Ook is er een handleiding beschikbaar waarin de voorbereiding en uitvoering van X-Fittt 2.0 beschreven staat. Voordat begonnen wordt met het programma X-Fittt 2.0, zullen twee personen van Formupgrade een halve dag aanwezig zijn bij de uitvoerende organisatie om een introductie over X-Fittt 2.0 te geven (de in-house training).

Kosten – max 200 woorden

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

De tabel hieronder geeft de kosten van X-Fittt 2.0 aan. Voor de voorbereiding (Fase 0) moet rekening gehouden worden met ongeveer 8 uur voor het opzetten van de lokale organisatie, 6 uur voor de werving en selectie en nog eens 8 uur voor het beoordelen en verwijzen. De totale investering in de voorbereiding ligt daarmee rond 2,5 uur per deelnemer. Wanneer X-Fittt 2.0 vaker door dezelfde lokale organisatie wordt georganiseerd, neemt de voorbereidingstijd af.

Voor de deelnemers is deelname aan fase 1 (eerste 12 weken) gratis. Hierna (fase 2 en 3) betalen zij een gereduceerd tarief voor het beweegaanbod. Gebruikelijk is dat de deelnemer na de eerste fase 50% betaalt en de gemeente de andere 50%. Door inzet van de Gelre pas regeling of een andere vergelijkbare regeling.

Directe kosten per deelnemer per X-Fittt 2.0 ronde van 24 maanden (prijspeil 2019)

<u>Personeel</u>	<u>Taak</u>	<u>Aantal</u> <u>Uren</u>	<u>Tarief</u> <u>per uur</u>	<u>Groeps-</u> <u>grootte</u>	<u>Kosten</u>	
					<u>per deel-</u> <u>nemer</u>	<u>Voor rekening</u> <u>van:</u>
Fase 0: Start en organiseren, -13 weken tot week 0					€	€
	Opzetten lokale organisatie	8	58,00	éénmalig	46,40	Gemeente
	Vinden en screenen van deelnemers	6	58,00	per ronde	34,80	Gemeente
	Verwijzen van de deelnemer	8	58,00	per ronde	46,40	Gemeente

	Licentiekosten per deelnemer				82,50	Gemeente
Fase 1: Intensieve fase, week 0 t/m 12			€		€	
Leefstijl coach	Intake, voortgang, tussentijds contact, eindgesprek fase 1	3,0	58,00		174,00	Zorgverz.
Diëtist	Intake, eindgesprek	1,0	67,00		67,00	Zorgverz.
	Groepsworkshop	0,5	67,00	10	3,35	Zorgverz.
	Voortgangsconsulten 4 x 0,15 uur	1,0	67,00		67,00	Zorgverz.
Beweegagoog	12 weken x 2 uur per week groeps coaching	24,0	58,00	10	139,20	Gemeente
	Meting week 0 en 12	1,0	58,00		58,00	Gemeente
Fysiotherapeut	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
Fase 2: Overgangsfase, week 13 t/m 52			€		€	
Leefstijl coach	Voortgangscontacten, tussentijds contact	3,0	58,00		174,00	Zorgverz.
Diëtist	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
Beweegagoog	Meting week 52	0,5	58,00		29,00	Gemeente
Fysiotherapeut	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
	Zelfstandig sporten bij lokale aanbieder voor rekening klant en gemeente (bijv. 50/50)					Deeln. & gem.
Fase 3: Nazorg, week 53 t/m 104			€		€	
Leefstijl coach	Voortgang & telefonische consulten, eindgesprek	2,0	58,00		116,00	Zorgverz.
Diëtist	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
Beweegagoog	Evaluatie	0,5	58,00		29,00	Gemeente
Fysiotherapeut	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
	Zelfstandig sporten bij lokale aanbieder voor rekening klant en gemeente (bijv. 50/50)					Deeln. & gem.
TOTALEN, week 0 t/m 104			€		€	
Vorbereiding fase 0	Groep				127,60	Gemeente
	Licentiekosten				82,50	Gemeente
Leefstijl coach	Individueel	8,0	58,00		464,00	Zorgverz.
Diëtist	Individueel	2,0	67,00		134,00	Zorgverz.
	Groep	0,5	67,00	10	3,35	Zorgverz.
	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
Beweegagoog	Individueel	2,0	58,00		116,00	Gemeente
	Groep	24,0	58,00	10	139,20	Gemeente
Fysiotherapeut	Optioneel individuele consulten				pm	Zorgverz.
					<u>TOTAAL</u>	<u>1066,65</u>
					waarvan:	
	<u>Indirecte kosten per deelnemer per X-Fitt 2.0 ronde van 24 maanden (prijspeil 2019)</u>				601,35	Zorgverz.
	Locatiekosten en kosten materialen in tarief beweegagoog en lokale sportaanbieder				465,30	Gemeente

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Bijna de helft van de volwassen Nederlanders heeft **overgewicht** en bijna 14% is obees (RIVM, 2018a). Voor mensen met een lage opleiding is dit percentage respectievelijk 66% en 23% (RIVM, 2018a). Hoewel al jaren getracht wordt deze percentages naar beneden te krijgen is de verwachting dat deze cijfers de komende jaren alleen maar zullen stijgen (Volksgezondheid Toekomstverkenning, 2018). Overgewicht en met name obesitas vormen een probleem voor de volksgezondheid, omdat ze de kans op chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, COPD en hart- en vaatziekten, alsmede de kans op vroegtijdig overlijden, aanzienlijk vergroten (GBD, 2015; Wyatt, Winters & Dubbert, 2006). De gemiddelde levensverwachting van mensen met een lage opleiding is zes jaar lager dan de levensverwachting van mensen met een hoge opleiding (Hoeymans et al., 2014). Niet alleen levensduur, maar ook de **kwaliteit van leven** verschilt enorm tussen lage en hoge sociaaleconomische status (SES). De gemiddelde levensverwachting uitgedrukt in 'goed ervaren gezondheid' verschilt maar liefst 19 jaar (Hoeymans et al., 2014). Het terugdringen van deze **sociaaleconomische gezondheidsverschillen** staat hoog op de politieke agenda, maar wil tot op heden nog niet lukken.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

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

Een ongezonde leefstijl

Naast overgewicht komen ook een ongezond voedingspatroon, een inactieve leefstijl, roken en overmatig alcoholgebruik vaker voor bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES (Blokstra et al., 2012; Savelkoul & Uiters, 2014). Leefstijl is daarmee een belangrijke oorzaak voor de grote verschillen in (ervaren) gezondheid tussen mensen met een hoge en een lage SES.

Voldoende **beweging** is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl en een effectief middel in de strijd tegen overgewicht (Shaw, Gennat, O'Rourke & Del Mar, 2006). Mensen met een lage SES zijn over het algemeen weinig betrokken bij sport en bewegen en de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) wordt in deze groep minder vaak gehaald dan binnen de groep mensen met een hogere SES (Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2001; Wendel-Vos et al., 2009). Ook een ongezond **voedingspatroon** verhoogt de kans op overgewicht, (chronische) ziekten en vroegtijdig overlijden (Alvarez-Alvarez et al., 2018). Gemiddeld genomen hebben mensen met een lage SES een ongezonder dieet dan mensen met een hoge SES (Darmon, & Drewnowski, 2008; Shahar, Shai, Vardi, Shahar, & Fraser, 2005). Mensen met een lage SES consumeren over het algemeen meer calorierijke en nutriënt-arme producten (Darmon, & Drewnowski, 2008). Bovendien eten ze minder fruit en groenten (Guenther et al., 2008). Tenslotte is het aantal rokers onder mensen met een lage SES hoger dan onder mensen met een hoge SES. In 2017 varieerde het percentage dat dagelijks rookt van 26,0% bij laagopgeleiden (alleen basisonderwijs) tot 8,6% bij hoogopgeleiden (RIVM, 2018b).

Determinanten van een ongezonde leefstijl

Gezond gedrag betaalt zich vaak pas op de langere termijn uit in gezondheidswinst. Op de korte termijn biedt ongezond gedrag juist vaak voordelen voor het individu, denk aan ongezonde snacks en op de bank hangen. Het aannemen en behouden van een gezonde leefstijl vergt daarom een sterke (intrinsieke) **motivatie** en een hoog niveau van **zelfmanagement** (Ng, 2012; Teixeira et al., 2015). Daarnaast is **kennis** nodig over wat een gezonde leefstijl inhoudt. Mensen met een lage SES geven over het algemeen te kennen gemotiveerd te zijn om gezond te leven, maar ervaren meer barrières bij het uitvoeren van het gezonde gedrag (Formupgrade 2016). **Financiële drempels** kunnen bijvoorbeeld een lidmaatschap bij een sportclub in de weg zitten (Helmink, van Boekel, van der Sluis, & Kremers, 2011), maar vaak speelt er ook **andere**

problematiek bij deze groep, zoals schulden, psychische problemen of moeizame sociale relaties, die maken dat gezond gedrag geen prioriteit krijgt (Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

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

X-Fittt 2.0 richt zich op het bevorderen en behouden van een gezonde leefstijl, waaronder:

- Voldoende beweging (subdoel: d)
- Gezond voedingspatroon (subdoel: e)
- Persoonlijke doelen (subdoel: f)

Daarnaast pakt X-Fittt 2.0 de volgende determinanten van een gezonde leefstijl aan:

- Kennis over een gezonde leefstijl (subdoel: g)
- Intrinsieke motivatie (subdoel: h)
- Zelfmanagement (subdoel: i)

M.b.t. de intermediairen worden de volgende factoren aangepakt:

- Kennis over de doelen en werkwijze van X-Fittt 2.0 (subdoel j)
- Kennis en motivatie om potentiële deelnemers te signaleren (subdoel k) en door te verwijzen (subdoel l)

T.a.v. een integrale aanpak worden de volgende factoren aangepakt:

- Goede samenwerking tussen zorg-, sport- en welzijnsprofessionals werkzaam binnen X-Fittt 2.0 en in de wijk (subdoel m), waarbij er naar elkaar wordt doorverwijzen indien nodig (subdoel n)

Door bovenstaande factoren aan te pakken beoogt Fittt 2.0 sociaaleconomische gezondheidsverschillen op lokaal niveau te verminderen (subdoel o).

Verantwoording – max 1000 woorden

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

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

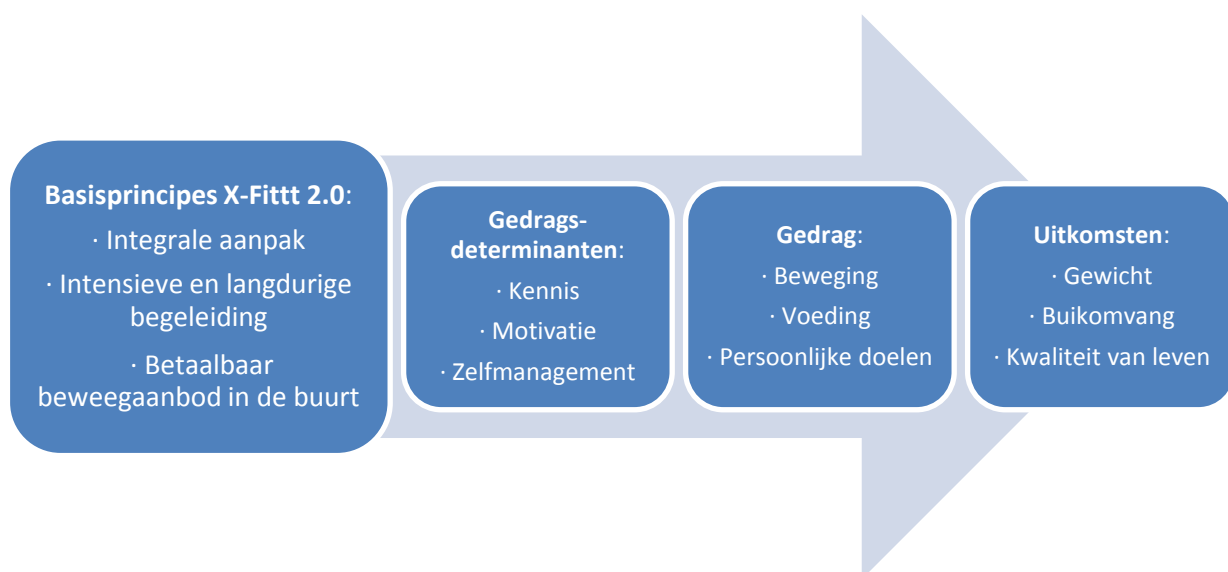


Fig. 1. Overzicht basisprincipes, aan te pakken factoren en uitkomsten X-Fittt 2.0

Het huidige aanbod GLI's, zoals de beweegkuur, is niet specifiek ontwikkeld voor lage SES groepen. Het bereik en effect onder deze groep valt daarom tegen (Bukman et al., 2014; Formupgrade, 2014; Formupgrade, 2016). X-Fittt 2.0 is ontwikkeld op basis van onderzoek en ervaring over wat werkt bij lage SES doelgroepen, zodat gezondheidsachterstanden wel afnemen.

Integrale aanpak, intensieve en langdurige begeleiding en een betaalbaar beweegaanbod in de buurt

Mensen met een laag inkomen en wonend in een achterstandswijk (lage SES) hebben niet alleen vaker te maken met overgewicht, maar ervaren ook vaker (een combinatie van) andere aandoeningen en problemen, bijvoorbeeld chronische stress, armoede, schulden, werkloosheid, en/of psychische problemen (Evenboer, et al., 2018; Formupgrade, 2014; Formupgrade, 2016). Een integrale aanpak, zoals bij X-Fittt 2.0, wordt binnen het domein van gezondheidsbevordering als de meest wenselijke en succesvolle aanpak gezien (WHO, 2004). Onderzoek van Herens, Wagemakers, Vaandrager, van Ophem en Koelen (2017) wijst uit dat beweegprogramma's voor lage SES groepen de grootste kans van slagen hebben als deze aansluiten bij bestaand beleid en initiatieven in de buurt en voortbouwen op bestaande (intersectorale) samenwerkingsstructuren. In de voorbereidingsfase van X-Fittt 2.0 wordt hier daarom veel aandacht aan besteed. Omdat betrokkenheid bij de doelgroep ook een belangrijke factor voor succes is (Herens et al., 2017) wordt aangeraden om bij het opzetten van een lokaal netwerk zo veel mogelijk met erkende MVO organisaties samen te werken. Daarnaast worden alle professionals gemotiveerd om mee te denken en te helpen in het werven, signaleren en doorverwijzen van potentiële deelnemers. Tijdens het programma speelt de leefstijlcoach een belangrijke rol in de integrale aanpak. Deze heeft namelijk korte lijnen met andere organisaties en afdelingen binnen een gemeente en kan mensen ondersteunen in het vinden van de juiste begeleiding (den Hartog, Wagemakers, Vaandrager & Koelen, 2012).

X-Fittt 2.0 onderscheidt zich o.a. van de BeweegKuur door het intensieve contact van professionals met de deelnemer. Een recente review naar de effectiviteit van beweeginterventies onder lage SES laat zien dat intensieve interventies effectiever zijn dan weinig-intensieve interventies (Craike, Wiesner, Hilland, & Bengoechea, 2018). In onderzoek naar de Beweegkuur gaf meer dan de helft van de deelnemers aan liever langer dan een jaar begeleiding te krijgen van de leefstijlcoach (Helmink et al., 2011). Het relatief lange nazorgtraject helpt gedragsverandering bij de deelnemer te borgen (Helmink et al., 2011).

Mensen met een lage SES hebben vaak te kampen met armoede en schulden. Om deze reden dienen financiële drempels voor het verbeteren van de gezondheid vermeden of zo laag mogelijk gehouden te worden (Coupe, Cotterill, & Peters, 2018; Formupgrade, 2016; Helmink, 2011). Vooral als mensen starten met een programma is dit belangrijk. Wanneer mensen langer meedoen, zijn zij vaak bereid meer te betalen (Herens, van Ophem, Wagemakers en Koelen, 2015). Deelname aan X-Fittt 2.0 is de eerste 12 weken van het programma gratis en daarna kan de deelnemer tegen een sterk gereduceerd tarief aan een beweegaanbod deelnemen. Daarnaast is geografische toegankelijkheid belangrijk (Herens et al., 2017). X-Fittt 2.0 vindt daarom altijd in de eigen wijk van de deelnemers plaats.

Kennis, motivatie en zelfmanagement

Mensen met een lage SES blijken gemiddeld genomen over minder kennis over gezonde voeding te beschikken dan mensen met een hoge SES (Parmenter, Waller, & Wardle, 2000; Turrel & Kavanagh, 2006). Gezondheids campagnes die kennis over gezonde voeding trachten over te brengen blijken echter nauwelijks effectief onder deze doelgroep (Viswanath & Bond, 2007). Ook hier is een persoonlijkere en intensieve benadering nodig om kennis te doen landen (Helmink et al., 2011). Naast een groepstraining over gezonde voeding, wordt in X-Fittt 2.0 daarom uitgebreid aandacht besteed aan een gezonde leefstijl tijdens meerdere individuele consulten met diëtist en leefstijlcoach. Tijdens individuele consulten zijn professionals

beter in staat om kennis aan te doen sluiten bij het niveau en de cultuur van de individuele deelnemer (Bukman, et al., 2014; Coupe et al., 2018).

Naast kennis vergt duurzame gedragsverandering een hoge mate van intrinsieke motivatie (Rutten et al., 2014) en zelfmanagement (Ng et al., 2012; Teixeira et al., 2015). Hoewel de meeste mensen met een lage SES graag gezond willen leven, ervaren zij meer barrières bij het veranderen van gedrag en heeft het verbeteren van de eigen gezondheid vaak geen prioriteit (Formupgrade 2014; Formupgrade 2016). X-Fitt 2.0 speelt hierop in door een lange, intensieve begeleiding van een leefstijlcoach aan te bieden. Motivational interviewing (MI: Miller & Rollnick, 2002; Miller & Rollnick, 2009) en het aansturen op zelfmanagement vormen de basis van dit begeleidingstraject. De leefstijlcoach en diëtist stellen samen met de deelnemer individuele doelen op en zorgen voor monitoring en terugkoppeling. De deelnemers houden individueel een eetdagboek bij en er is elke week een gezamenlijk weegmoment. Uit onderzoek van Coupe et al. (2018) blijkt dat het monitoren van gewicht een effectief middel is om mensen met een lage SES te motiveren tot gedragsverandering. MI wordt met name door de leefstijlcoach, maar ook de diëtist en bewegagoog toegepast. Er wordt gestuurd op het zelf ontdekken van de discrepantie tussen eigen gedrag en gewenst gedrag. MI blijkt ook bij lage SES groepen een effectieve strategie om mensen tot gedragsverandering aan te zetten (Hardcastle, Blake, & Hagger, 2012). Zelfmanagement wordt gestimuleerd doordat elke deelnemer zelf richting geeft aan het traject en het uiteindelijke resultaat. Dat zelfmanagement werkelijk wordt gestimuleerd blijkt uit het onderzoek naar de werkzame elementen van X-Fitt 2.0 waarin deelnemers aangeven sinds de start met X-Fitt 2.0 meer bezig te zijn met het monitoren van hun eigen voedings- en beweeggedrag (ongepubliceerd werk).

Beweging, voeding en persoonlijke doelen

X-Fitt 2.0 onderscheidt zich ook van andere GLI's door de wekelijkse beweeglessen in vaste groepen en op vaste tijden te organiseren. Bij X-Fitt 2.0 sporten de deelnemers in kleine groepen en altijd met dezelfde mensen. Volgens de deelnemers draagt het groepsgevoel bij aan de motivatie om te gaan sporten (Ravenshorst, 2017). Ook uit de literatuur blijkt dat groepsinterventies effectiever zijn in het bevorderen van een actieve leefstijl dan individuele en populatie-gerichte interventies (Craike et al., 2018). Zeker ook bij leefstijlinterventies voor lage SES groepen speelt het groepsgevoel een grote rol (Bukman et al., 2014; Herens, Bakker, van Ophem, Wagemakers en Koelen, 2016; Herens, Wagemakers, Vaandrager en Koelen, 2015). Daarnaast committeren de deelnemers zich aan deelname aan de beweeglessen door het ondertekenen van een deelnameovereenkomst tijdens de intake. Het sporten wordt hiermee minder vrijblijvend. De opkomst bij de beweeglessen en de afspraken met professionals is dan ook hoog. Ook lukt het de meeste deelnemers, ongeveer 70%, om zelfstandig te blijven sporten.

Uit de literatuur blijken op maat gemaakte interventies effectiever dan 'one-size-fits-all' programma's (Van den Brekel et al., 2016; Schutte, Haveman-Nies, & Preller, 2015) In X-Fitt 2.0 wordt de mate en richting van ondersteuning afgestemd op de behoeftes van de deelnemer. De deelnemer krijgt bijvoorbeeld een voedingsplan met persoonlijke adviezen over het dagelijkse eten en drinken. De deelnemer registreert zijn of haar eten en drinken met behulp van een app wat zorgt voor bewustwording over voedingswaarden (Stephens & Allen, 2013). De diëtist heeft inzage in de registraties en koppelt terug waar nodig naar de deelnemer. Naast voeding en beweging bespreekt de leefstijlcoach ook andere (BRAVO) thema's met de deelnemer zoals alcohol- en tabaksgebruik, stress, zingeving en sociale participatie. Uit gesprekken met X-Fitt 2.0 deelnemers blijkt dat het weer 'mee kunnen doen' in de maatschappij samengaat met een flinke verbetering van hun kwaliteit van leven (Mulderij, Wagemakers en Verkooijen, 2018).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

- a) Verhoeven, P. (2019). Een procesevaluatie van de gecombineerde leefstijlinterventie X-Fittt 2.0. Master thesis Gezondheid en Maatschappij. Wageningen University.
- b) Dit onderzoek betreft een procesevaluatie van X-Fittt 2.0 in Arnhem aan de hand van het RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance) model. De resultaten zijn gebaseerd op zowel kwantitatieve data (o.a. deelnameregistratie), en kwalitatieve data. De kwalitatieve data bestaat uit negen diepte-interviews met X-Fittt 2.0 betrokkenen: een beleidsadviseur, een onderzoeker en zeven X-Fittt 2.0 uitvoerders (twee sportcoaches, vier leefstijlcoaches en één diëtist). Daarnaast is data gebruikt uit 15 focus-groep discussies met in totaal circa 70 (oud)deelnemers van X-Fittt 2.0.
- c) De resultaten laten zien dat de adoptie van X-Fittt 2.0 enthousiasme en een goede samenwerking vergt tussen alle betrokkenen. Politieke, praktische en economische afwegingen kunnen adoptie in de weg zitten. Vooral vrouwen (82%) worden door de interventie bereikt. Ook is er een relatief hoge deelname van burgers met niet-Westerse afkomst (31%). De uitvoerders en deelnemers zijn positief over de inhoud van het programma. Een hoge prevalentie van psychische problematiek onder de deelnemers is een punt dat aandacht verdient. De continuïteit van X-Fittt 2.0 wordt momenteel bedreigd door gemeenten en verzekeraars die mogelijk eerder kiezen voor één van de drie reeds erkende GLI's in verband met financiering vanuit het basispakket vanaf 2019.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

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

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

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) Ravensdonk, C. (2017). Impact van deelname aan X-Fitt 2.0: Evaluatie-opzet en resultaten van de eerste fase van het programma. Master thesis Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.

a) Dit onderzoek betreft een analyse van de korte termijn effecten (12 weken) onder 14 deelnemers aan de allereerste ronde van X-Fitt 2.0. Hiervoor zijn data uit de fysieke metingen door de fysiotherapeut bij aanvang van het programma en na 12 weken gebruikt alsmede data uit de vragenlijsten die op dezelfde momenten door de deelnemers zijn ingevuld.

c) Gewichtsafname per deelnemer was gemiddeld 7,1 kg en de afname in buikomvang 5 cm. Het BMI was verlaagd van 35 kg/m² naar 32,6 kg/m² en het vetpercentage van 40,1% naar 38%. De zelf-gerapporteerde gezondheid, kwaliteit van leven en de motivatie tot bewegen waren toegenomen. Alleen het zelfvertrouwen tot het blijven bewegen was afgenomen.

2.

a) Verkooijen, K. T., Mulderij, L., Wagemakers, A. (2018). Tussentijdse effect-evaluatie X-Fitt 2.0. Wageningen University & Research.

b) Dit onderzoek betreft een analyse van de korte termijn (12 weken) en 1 jaar-effecten van X-Fitt 2.0 onder alle X-Fitt 2.0 (oud)deelnemers waarvan in december 2018 zowel data uit de nulmeting als data na 12 weken en/of 1 jaar beschikbaar was. Als uitkomsten is naar gewichtsafname, BMI en vetpercentage gekeken en naar zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven gemeten door de EQ-5D en de EQ-VAS. Verschillen tussen de nulmeting en nametingen zijn op significantie getoetst door middel van een afhankelijke t-toets.

c) Sinds de start van X-Fitt 2.0 in 2016 tot januari 2018 zijn 145 deelnemers aan het programma begonnen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 43 en 82% was vrouw. Van 56 deelnemers is data uit de eerste nameting (12 weken) beschikbaar en van 26 deelnemers is data uit de tweede nameting (1 jaar) beschikbaar. Samengevat lieten de deelnemers na 12 weken een significant gewichtsverlies van gemiddeld 5.7 kg zien. BMI is gemiddeld met 1.9 afgenomen, het vetpercentage met 2.2% en de buikomvang met 5.9 cm. De toename van kwaliteit van leven met 0.7 punt gemeten met was net niet significant ($p = .053$) de toename op de VAS schaal met 0.9 punt wel. Na 1 jaar was het gewichtsverlies verder toegenomen tot gemiddeld 8.3 kg per deelnemer. BMI was gemiddeld met 3.2 afgenomen, het vetpercentage 1.8% en de buikomvang met 6.4 cm. Zowel de EQ-5D als de EQ-VAS lieten een significante toename van 0.9 punt in kwaliteit van leven zien.

5. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

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

Wageningen University and Research heeft onderzoek gedaan naar de werkzame elementen van X-Fitt 2.0. Voor dit onderzoek zijn diverse betrokkenen, waaronder deelnemers en uitvoerders, geïnterviewd. Uit de resultaten kwamen zowel werkzame elementen met betrekking tot de inhoud van de interventie als elementen die betrekking hebben op de organisatie naar voren. Deze werkzame elementen komen terug in de drie basisprincipes X-Fitt 2.0. Ook komen ze sterk overeen met wat in de literatuur naar voren komt als kenmerken van effectieve interventies.

De belangrijkste werkzame elementen m.b.t. de inhoud:

- Beweglessen in groepsverband
- Gezamenlijke wekelijkse weegmomenten
- Intensieve persoonlijke begeleiding
- Hoge opkomst bij sessies
- Deskundige begeleiding door bewegagoog, diëtist en lifestyle coach

De belangrijkste werkzame elementen m.b.t. de organisatie:

- Toegankelijk voor mensen met een laag inkomen door cofinanciering gemeente en zorgverzekeraar
- Goede afstemming/communicatie tussen de disciplines
- Integrale aanpak

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).

Alvarez-Alvarez, I., Zazpe, I., de Rojas, J. P., Bes-Rastrollo, M., Ruiz-Canela, M., Fernandez-Montero, A., ... & Martínez-González, M. A. (2018). Mediterranean diet, physical activity and their combined effect on all-cause mortality: The Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Preventive Medicine, 106*, 45-52.

Blokstra, A., Vissink, P., Venmans, L. M. A. J., Holleman, P., van der Schouw, Y. T., Smit, H. A., & Verschuren, W. M. M. (2012). Nederland de Maat Genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. RIVM rapport 260152001.

Bukman, A. J., Teuscher, D., Feskens, E. J. M., van Baak, M. A., Meershoek, A., & Renes, R. J. (2014). Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status. *BMC Public Health, 14*, [1036]. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1036>

Coupe, N., Cotterill, S., & Peters, S. Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: a qualitative study. *BMC Public Health (2018) 18:967* <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5877-8>

Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A., & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), 43.

Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition, 87*(5), 1107-1117.

Droomers M, Schrijvers CT, Mackenbach JP. (2001). Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *J Epidemiol Community Health, 55* (8): 562-568.

Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review 88*, 274–285

Formupgrade (2016). Projectnummer 524003049. Eindverslag ZonMw. BeweegKuur voor allochtonen vrouwen in Arnhem.

Formupgrade (2014). Projectnummer 524001512. Eindverslag ZonMw. BeweegKuur Malburgen lage SES.

Gezondheidsraad. (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Geraadpleegd op 16 januari 2019 van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>

Gezondheidsraad. (2017). Beweegerichtlijnen 2017. Geraadpleegd op 16 januari 2019 van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegerichtlijnen-2017>

GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine, 377*(1), 13-27.

Guenther, P. M., Reedy, J., Krebs-Smith, S. M., & Reeve, B. B. (2008). Evaluation of the healthy eating index-2005. *Journal of the American Dietetic Association, 108*(11), 1854-1864.

Hardcastle, S., Blake, N., & Hagger, M.S. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *Journal of Behavioural Medicine, 35*, 318-33. doi: 10.1007/s10865-012-9417-1

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, van Boekel, van der Sluis & Kremers (2011). Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Universiteit Maastricht, 2011.
- Herens M, Bakker EJ, van Ophem J, Wagemakers A, Koelen M. (2016). Health-Related Quality of Life, Self-Efficacy and Enjoyment Keep the Socially Vulnerable Physically Active in Community-Based Physical Activity Programs: A Sequential Cohort Study. *PLoS ONE*, 11, e0150025. doi:10.1371/journal.pone.0150025
- Herens, M, Ophem J van, Wagemakers A, Koelen MA. (2015). Predictors of willingness to pay for physical activity of socially vulnerable groups in community-based programs. *SpringerPlus*, 4, 527. DOI 10.1186/s40064-015-1336-5.
- Herens M, Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen MA. (2015). Exploring participant appreciation of group-based principles for action in community-based physical activity programs for socially vulnerable groups in the Netherlands. *BMC Public Health*, 15, 1173.
- Herens M, Wagemakers A, Vaandrager L, Ophem J van, Koelen M. (2017). Contexts, mechanisms and outcomes that matter in Dutch community-based physical activity programs targeting socially vulnerable groups. *Evaluation & the Health Professions*, 40, 294-331. Doi:10.1177/0163278716652940
- Hoeymans, N., van Loon, A. J. M., van den Berg, M., Harbers, M. M., Hilderink, H. B. M., van Oers, J. A. M., Schoemaker, C. G. (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Bilthoven.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- Mulderij, L., Wagemakers A., en Verkooijen K.T. (2018). Zorg-sportinitiatieven in de wijk. Factsheet, WUR Wageningen.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
- Parmenter, K., Waller, J., & Wardle, J. (2000). Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Education Research*, 15(2), 163-174.
- RIVM (2018a). Volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/samenvatting>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd op 16 januari 2019.
- RIVM (2018b). Volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-volwassenen#node-roken-naar-opleiding>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd op 16 januari 2019.
- 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(1), 86.
- Savelkoul M., & Uiters E. (2014). Overgewicht: Zijn er verschillen naar sociaal economische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op 16 januari 2019 van: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-sociaal-economische-status/>
- Shahar, D., Shai, I., Vardi, H., Shahar, A., & Fraser, D. (2005). Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutrition*, 21(5), 559-566.
- Shaw, K. A., Gennat, H. C., O'Rourke, P., & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Schutte, B.A.M., Haveman-Nies, A., Preller, L. (2015). One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. *BioMed Research International* (2015).

Stephens, J., & Allen, J. (2013). Mobile phone interventions to increase physical activity and reduce weight: a systematic review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(4), 320.

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., ... & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13(1), 84.

Turrell, G., & Kavanagh, A. M. (2006). Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour. *Public health nutrition*, 9(3), 375-383.

Van den Brekel-Dijkstra, K., Rengers, A. H., Niessen, M. A., de Wit, N. J., & Kraaijenhagen, R. A. (2016). Personalized prevention approach with use of a web-based cardiovascular risk assessment with tailored lifestyle follow-up in primary care practice—a pilot study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(5), 544-551.

Viswanath, K., & Bond, K. (2007). Social determinants and nutrition: reflections on the role of communication. *Journal of nutrition Education and Behavior*, 39(2), S20-S24.

Volksgezondheid Toekomstverkenning (2018): <https://www.vtv2018.nl/leefstijl>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd op 16 november 2018.

Wendel-Vos, G. W., Dutman, A. E., Verschuren, W. M., Ronckers, E. T., Ament, A., van Assema, P., ... & Schuit, A. J. (2009). Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartslag Limburg intervention. *American journal of preventive medicine*, 37(1), 50-56.

WHO, 2004. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health

Wyatt, S. B., Winters, K. P., & Dubbert, P. M. (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *The American Journal of the Medical Sciences*, 331(4), 166-174.

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?

Maagverkleining vermijden

Lenie Polman uit de Arnhemse wijk Klarendal (een voormalige krachtwijk) stond vorig jaar op het punt toe te stemmen met een maagverkleining in combinatie met een omlegging van het spijsverteringskanaal. Ze kampte met ernstig overgewicht, was kortademig en snel vermoeid. Op een dag werd ze overgehaald te gaan sporten bij Formupgrade in Klarendal, waar het afvalprogramma X-Fittt wordt aangeboden. “Ik ben vorig jaar oktober begonnen, met 112 kilo. Ik zit nu op 93. Toen het ziekenhuis me belde voor de operatie heb ik gezegd dat het niet meer nodig was. Ik voel me nu geweldig.”

Het hele verhaal van Lenie Polman in de Gelderlander is via deze link toegankelijk:

<https://www.gelderlander.nl/arnhem/x-fittt-bespaart-half-miljoen-euro-op-ziektekosten~ab2a413f/>