



SAMEN SPORTIEF IN BEWEGING

naar een gezonde leefstijl

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Gezonde Leefstijl Company

Postadres: Geersbroekseweg 23, 4858 RE Ulvenhout AC

E-mail: meike@gezondeleefstijlcompany.nl / marjo@gezondeleefstijlcompany.nl

Telefoon: 06 27 11 80 40 / 06 43 91 85 35

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

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Meike Los

E-mail: meike@gezondeleefstijlcompany.nl

Telefoon: 06 27 11 80 40

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Meike Los / Marjo van Hal (GLC), Masha Spits (Mark Bench)

Titel interventie: Samen Sportief in Beweging

Databank(en):

Plaats, instituut: Ulvenhout AC

Datum: 28-08-2020

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	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel 4	
Aanpak	4
Materiaal.....	5
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	19
4. Onderzoek	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	26
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	28
5. Samenvatting Werkzame elementen	33
6. Aangehaalde literatuur.....	34
7. Praktijkvoorbeeld	36
Bijlage I Stroomschema en tijdschema SSiB.....	33
Bijlage II De leefstijlcoach.....	35

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Samen Sportief in Beweging (SSiB) is een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) gericht op mensen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico ter bestrijding van overgewicht en obesitas waarbij de deelnemers gedurende twee jaar begeleid worden door een leefstijlcoach. Na de intake zijn er 2 fases van een jaar: de begeleidingsfase en de onderhoudsfase (zie verder Aanpak). De sessies worden op maat aangeboden in samenwerking met een beweegprofessional, voedingsprofessional en sportaanbieders van laagdrempelig aanbod uit de buurt. Tijdens de cursus SSiB wordt op buurtniveau een daadwerkelijke verbinding gelegd tussen zorgverlening, welzijn en sport- en beweegaanbod. In de onderhoudsfase van 12 maanden die daarop volgt monitort de leefstijlcoach de voortgang en coacht en begeleidt de deelnemers op generieke en persoonlijke doelen in individuele consulten en groepsbijeenkomsten.

Door middel van verwijzing door de huisarts biedt SSiB voor een intermediaire doelgroep (praktijkondersteuners, paramedici, activeringscoaches en welzijnswerkers) een goede mogelijkheid om cliënten met een leefstijlprobleem toe te leiden naar laagdrempelig sport- en beweegaanbod in combinatie met voedingsvoorlichting. SSiB is uitermate geschikt voor mensen met een lage sociaal economische status, die te kampen hebben met gezondheidsachterstand.

Meer informatie op: www.gezondeleefstijlcompany.nl

Doelgroep – max 50 woorden

De doelgroep van Samen Sportief in Beweging (SSiB) zijn volwassenen (18-80 jaar) met een matig of sterk verhoogd gezondheidsrisico op chronische aandoeningen en een BMI tussen de 25-40 kg/m². Ze hebben een ongezond beweeg- en eetpatroon en een slechtere gezondheidsbeleving dan gemiddeld. De doelgroep is gemotiveerd maar de vaardigheden ontbreken om zelf de regie in handen te nemen. Ze zoeken daarom ondersteuning bij het aannemen van een gezonde leefstijl.

Doel – max 50 woorden

Het doel is dat deelnemers na afloop een gezonder gewicht hebben en dat kunnen behouden, door een structurele aanpassing van hun beweeg- en eetpatroon.

Dit wordt bereikt door een vergroting van hun *bewustzijn* ten aanzien van hun beweeg- en eetpatroon, een vergroting van hun *motivatie* om daar iets aan te doen en een vergroting van hun *actietendens* om dit te veranderen.

Aanpak – max 50 woorden

Deelnemers worden na doorverwijzing door de huisarts door een leefstijlcoach in de begeleidingsfase gedurende een jaar begeleid en gemotiveerd om hun leefstijl te veranderen. Ze starten met een basiscursus (8 weken 2x per week coaching op het leren gezond bewegen o.l.v. een beweegprofessional en 1x coaching op het leren gezond eten o.l.v. een voedingsprofessional) gericht op bewegen en gezonde voeding en worden tijdens deze cursus door de beweegprofessionals geleidelijk overgedragen aan beweegaanbieders in de buurt. In de onderhoudsfase monitort de leefstijlcoach de voortgang. De leefstijlcoach coacht en begeleidt de deelnemers op generieke en persoonlijke doelen in individuele consulten en groepsbijeenkomsten om de gedragsverandering nog verder te ontwikkelen en te bestendigen.

Materiaal – max 50 woorden

Een handleiding beschrijft de interventie en ondersteunt leefstijlcoaches en organisatoren bij implementatie op nieuwe locaties. De toolkit biedt ondersteunende documenten (zoals vragenlijsten, een begrotingsformat en flowchart rolverdeling samenwerkingspartners). Daarnaast zijn draaiboeken voor de beweeg- en voedingsprofessionals en een cursusboek voor deelnemers plus informatiefolders beschikbaar. Deze materialen zijn te verkrijgen via de interventie eigenaar.

Onderbouwing – max 150 woorden

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

Overgewicht ontstaat door een disbalans tussen energie inname en verbranding, de oorzaken daarvan liggen in een samenspel van biologische, psychologische en gedrags- en omgevingsfactoren. Bij mensen met een lage sociaal economische status is het risico op overgewicht, vanwege bovenstaande factoren, verhoogd. Volgens het I-Change Model zijn de beïnvloedbare factoren die overgewicht mede veroorzaken een gebrek aan bewustzijn over het beweeg- en eetgedrag, de motivatie om er iets aan te veranderen en actie tendens om daadwerkelijk iets te veranderen aan het beweeg -en eetgedrag. SSiB richt zich dan ook, gebruik makend van de juiste informatiefactoren, op deze factoren. SSiB is uniek vanwege de samenwerking tussen verschillende organisaties (welzijn, zorg, sport) en professionals (leefstijlcoach, voedings- en beweegprofessionals), een warme overdracht naar regulier beweegaanbod, de inzet van motiverende gespreksvoering, informatie over - en kennismaking met gezonde voeding en beweging, gezamenlijk bewegen, nazorg en monitoring. Hierdoor wordt met SSiB bereikt dat bij deelnemers met overgewicht hun beweeg- en eetpatroon structureel veranderen, waardoor ze een gezonder gewicht krijgen en behouden (ongeacht de sociaal economische status van die deelnemers).

Onderzoek – max 100 woorden

Uit de procesevaluatie blijkt dat de beoogde doelgroep bereikt wordt en deelnemers, huisartsen, intermediaire doelgroep en professionals tevreden zijn. Het Erasmus MC heeft twee effectstudies uitgevoerd. De eerste studie toont aan dat bij mensen met overgewicht het gewicht daalt, de buikomvang verkleint en de zelf ervaren gezondheid stijgt tot een jaar na start met de basiscursus van SSiB. In de tweede studie is ingezoomd op de gezondheidseffecten en de sociale status van de bereikte deelnemers. Het Erasmus MC concludeert dat SSiB deelnemers met een lage sociaal economische status bereikt en dat gezondheidseffecten positief veranderen. De interventie was enigszins effectiever voor deelnemers uit hogere sociaaleconomische groepen, maar grotere studies zijn nodig om dit te bevestigen.

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 uiteindelijke doelgroep van Samen Sportief in Beweging (SSiB) zijn volwassenen (18-80 jaar) met een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (gebaseerd op de Zorgstandaard Obesitas (PON, 2010) en hebben:

- een BMI tussen 25 en 30 kg/m² i.c.m. een grote buikomvang (>88cm (vrouwen) of >102cm (mannen))
- een BMI tussen 30 en 35 kg/m² ongeacht buikomvang, ongeacht co-morbiditeit*;
- een BMI tussen 35 en 40 kg/m² ongeacht buikomvang, maar zonder co-morbiditeit*;
- een ongezond beweeg- en eetpatroon;
- een slechtere gezondheidsbeleving dan gemiddeld;
- gezondheidsklachten gerelateerd aan leefstijlproblematiek;
- voldoende kennis van de Nederlandse taal om te communiceren;
- voldoende (extrinsieke) motivatie om deel te nemen aan alle lessen van de cursus;

De mensen zijn gemotiveerd maar de vaardigheden ontbreken om zelf de regie in handen te nemen. Ze zoeken daarom ondersteuning bij het aannemen van een gezonde leefstijl. SSiB is uitermate geschikt voor mensen met een lage sociaal economische status, die te kampen hebben met gezondheidsachterstand.

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

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Samen Sportief in Beweging draagt bij aan verbinding van de sectoren eerstelijnsgezondheidszorg, welzijn en (laagdrempelig) sport- en beweegaanbod en heeft om die reden intermediaire doelgroepen die de uiteindelijke doelgroep wijst op de interventie en bijstaat. Dit zijn:

1. huisartsen en zorgverleners in de eerstelijnszorg (praktijkondersteuner (POH), leefstijlcoach, beweegprofessionals, voedingsprofessional);
2. welzijnspartijen en maatschappelijke ondersteuningsdiensten (activeringscoaches, welzijnswerkers);
3. buurtsportcoaches, sportregisseurs.

In alle gevallen is een specifieke doorverwijzing van de huisarts of praktijkondersteuner noodzakelijk om voor deelname aan de GLI in aanmerking te komen.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

SSiB wordt uitgevoerd in een zorgkader. De toeleiding loopt via huisarts of praktijkondersteuner.

Intermediaire doelgroepen wijzen hun patiënten/cliënten op SSiB en verwijzen potentiële deelnemers door naar de huisarts zodat hun eigen huisarts (of POH) het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico in kaart kan brengen evenals overige co- en multimorbiditeit.

De verwijzers maken gebruik van in- en exclusiecriteria bij de selectie van de doelgroep. Deelnemers worden door de huisarts/POH aangemeld bij de leefstijlcoach die vervolgens door middel van de inzet van motiverende gespreksvoering een inschatting maakt van de motivatie en beslist of SSiB de juiste GLI voor de deelnemer is. Bij twijfel over instroom overlegt de leefstijlcoach met de huisarts van de deelnemer

De interventie eigenaar informeert de intermediaire doelgroep over SSiB middels foldermateriaal, informatiebijeenkomsten en (werk)overleg binnen hun zorggroep. De partij die de GLI wil gaan organiseren en zorg gaat dragen voor de uitvoering meldt zich aan bij de bij de interventie eigenaar.

Inclusiecriteria:

- gezondheidsklachten gerelateerd aan leefstijlproblematiek;
- een ongezond beweeg- en eetpatroon;
- een slechte gezondheidsbeleving;
- een BMI tussen 25 en 30 kg/m² i.c.m. een grote buikomvang (>88cm (vrouwen) of >102cm (mannen))
- een BMI tussen 30 en 35 kg/m² ongeacht buikomvang, ongeacht co-morbiditeit*;
- een BMI tussen 35 en 40 kg/m² ongeacht buikomvang, maar zonder co-morbiditeit*;
- zich verstaanbaar kunnen maken in het Nederlands;
- voldoende (extrinsiek) gemotiveerd om deel te nemen aan alle lessen van de cursus;

Exclusiecriteria:

- Morbide obesitas BMI >40;
- Ernstige co-morbiditeit (zoals instabiele Diabetes Mellitus en ernstige cardiovasculaire aandoeningen);
- Ernstige psychologische of psychiatrische problematiek waardoor deelname aan groepsbijeenkomsten wordt belemmerd.

Zie voor de selectie van de intermediaire doelgroep Hoofdstuk 2 Uitvoering Opleiding en competenties.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

SSiB is 2007 gestart als cursus 'Samen Sportief Afvallen', onderdeel van de Gecombineerde Leefstijl Interventie Van Klacht naar Kracht (VKnK). Het is ontwikkeld naar aanleiding van behoefte bij zorgverleners om invulling te geven aan gezondheidsbevordering binnen de gemeentelijke gezondheidsnota.

De doelgroep is niet betrokken geweest bij de eerste ontwikkeling van de huidige opzet, maar wel bij de doorontwikkeling en evaluaties die tussen 2009 en 2017 zijn uitgevoerd. Evaluaties zijn afgenomen bij zowel de doelgroep als de intermediaire doelgroep. Zo zijn materialen (cursusmappen/folders etc.) aangepast n.a.v. opmerkingen van de deelnemers en professionals. Er is o.a. onderzocht d.m.v. focusgroep interviews wat redenen waren van vroegtijdig stoppen. Hieruit blijkt dat niet gemotiveerd zijn en lichamelijke klachten de voornaamste redenen van uitval waren. Op basis van die uitkomsten bekijkt de leefstijlcoach nu voor instroom kritisch naar aanwezige lichamelijke/psychische klachten en motivatie van deelnemers. Daarnaast is de opzet van de interventie aangepast en hebben sport- en beweegaanbieder een aanzienlijk groter aandeel gekregen in de cursus SSiB, omdat deelnemers aangaven het gehele programma te medisch te vinden. Omdat de uitval groot bleek bij mensen met een depressie, en het hebben van een depressie tevens

een negatief effect had op de overige deelnemers, is het hebben van een depressie een exclusie criterium geworden.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Deelnemers hebben na afloop een gezonder gewicht en kunnen dat behouden, door een structurele aanpassing van hun beweeg- en eetpatroon.

Met een gezonder gewicht wordt een gewichtsreductie van 5% of meer (conform de NHG-richtlijn Obesitas (NHG, 2010)), gezondere buikomvang (streven naar <88cm (vrouwen) of <102cm (mannen)) en een beter ervaren gezondheid één jaar na afloop van de interventie bedoeld. Met een aanpassing van het beweegpatroon wordt gestreefd naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (meer dan 2,5 uur per week matig bewegen) (van der Meer, 2017). Deze effecten worden gehandhaafd tijdens de onderhoudsfase van de interventie.

Subdoelen – max 350 woorden

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

De structurele aanpassing van het beweeg- en eetpatroon van de deelnemers komt tot stand, door een vergroting van hun *bewustzijn* ten aanzien van hun beweeg- en eetpatroon, een vergroting van hun *motivatie* om iets aan hun beweeg- en eetpatroon te doen en een vergroting van hun *actietendens* om hun beweeg- en eetpatroon te veranderen.

De subdoelen om een gezonder gewicht te krijgen en te behouden, zijn dan ook:

Deelnemers hebben na afloop van de interventie:

- a. Een vergroting van het *bewustzijn* van hun beweeg- en eetpatroon, doordat zij:
 - kennis hebben over diverse vormen van beweging;
 - kennis hebben over gezonde en verantwoorde producten;
 - bekend zijn met de gevolgen van overgewicht;
 - bekend zijn met de eigen valkuilen.
- b. Een vergroting van hun motivatie om iets aan hun beweeg- en eetpatroon te doen, doordat zij:
 - ervaren hebben dat bewegen in een groep stimulerend werkt om het bewegen vol te houden;
 - vertrouwen hebben dat ze zelf hun beweeg- en eetgedrag kunnen veranderen;
 - een nieuw netwerk hebben, gericht op sporten;
 - ervaren hebben dat regelmatig bewegen een positief effect heeft.
- c. Een vergroting van hun actietendens om hun beweeg- en eetpatroon te veranderen, doordat zij:
 - weten waar ze moeten zijn in de buurt en wat er mogelijk is op het gebied van bewegen;
 - de eigen voortgang monitoren;
 - een keuze hebben gemaakt voor sport-/beweegactiviteiten waar zij structureel aan gaan deelnemen na de basis cursus;
 - bewuste keuzes hebben gemaakt over wat ze eten, hoeveel en wanneer;
 - gezonder kunnen leven.

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.

Samen Sportief in Beweging bestaat uit een begeleidingsfase van 1 jaar en een onderhoudsfase van 1 jaar en duurt totaal 2 jaar. Het programma wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van professionals (huisarts, POH, leefstijlcoach, beweegprofessional, voedingsprofessional, sport- en welzijnsaanbieders in de buurt) die nodig zijn voor de gehele keten die nodig is duurzaam gezonder gedrag te bewerkstelligen.

De interventie is opgedeeld in 7 stappen (zie bijlage 1 voor het overzicht):

1. Implementatie: 4 – 14 weken

Eén van de partijen uit de sectoren eerstelijnszorg, welzijn en sport- en beweegaanbod fungeert als trekker van SSiB en treedt op als organisator. Dit zal in de praktijk veelal de leefstijlcoach zijn of een zorggroep. Deze organisator verzamelt samenwerkingspartners bij elkaar die aan de slag willen met de interventie. Professionals die betrokken zijn bij de begeleiding van de deelnemers volgen de verplichte startinstructie en ondertekenen de licentie (in ieder geval de leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional). De duur van deze stap varieert en is afhankelijk of er al sprake is van een bestaand samenwerkingsverband, of dat dit moet worden opgezet.

2. Instroom: doorlopend

De organisator/leefstijlcoach informeert huisartsen en POH' s over het aanbod zodat zij kunnen gaan verwijzen. Ook de intermediaire doelgroep wordt geïnformeerd wanneer nieuwe basiscursussen starten en koppelt de voortgang terug. Dit proces is afhankelijk van de vraag en inzet bij verwijzers en kan daarom ook een doorlopend proces zijn.

3. Intake: voorafgaand aan start basiscursus

Tijdens een intake van 1 uur wordt een toelichting gegeven over de interventie en wat deelname inhoudt. Er wordt ingezoomd op de exacte hulpvraag en het stellen van persoonlijke doelen. Na beoordeling van de motivatie en oordeel over het passend zijn van de interventie wordt de deelnemer uitgenodigd voor de basiscursus. De eerste metingen worden gedaan voor de nulmeting.

4. Basiscursus: 8 weken

De basiscursus bestaat uit groepsbijeenkomsten gedurende 8 weken, waarbinnen gezorgd wordt voor een warme overdracht door de leefstijlcoach en beweegprofessionals naar sport- en beweegaanbieders in de wijk.

5. Nazorgtraject in begeleidingsfase: 10 maanden

Het nazorgtraject bestaat uit minimaal drie terugkombijeenkomsten waarin de voortgang van de deelnemers geëvalueerd wordt en deelnemers door de leefstijlcoach gemotiveerd worden om hun gedragsverandering vol te houden. Daar waar nodig wordt het individuele plan bijgesteld.

6. Onderhoudsfase: 12 maanden

In de onderhoudsfase worden minimaal 5 individuele contactmomenten door de leefstijlcoach met de deelnemer ingepland. Daarnaast zijn er 3 groepsbijeenkomsten. De nadruk ligt hierbij op het motiveren om het aangeleerde gezonde gedrag vol te houden en samen met de deelnemers oplossingen te zoeken bij uitdagingen die op hun pad komen.

7. Evaluatie: doorlopend

Na iedere basiscursus, na elke groepsbijeenkomst in de begeleidingsfase en in de onderhoudsfase worden gezondheidseffecten van de interventie verzameld door de leefstijlcoach. De leefstijlcoach zorgt dat deze data bij de interventie eigenaar komt. De interventie eigenaar evalueert deze en brengt als nodig veranderingen aan.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

De interventie SSiB volgt verschillende stappen die in onderstaande tekst worden beschreven. In bijlage I wordt een overzicht gepresenteerd in een stroomschema en bijbehorend tijdschema.

Stap 1. Implementatie

Als er in een buurt sprake is van overgewicht onder de bewoners in combinatie met een ongezonde leefstijl en slecht ervaren gezondheid wordt vanuit één van de sectoren eerstelijnszorg, welzijn en sport- en beweegaanbod de stap gezet SSiB te implementeren in de eigen buurt. Eén organisatie binnen bovenstaande sectoren fungeert als trekker en treedt op als organisator van SSiB. Deze organisator zoekt samenwerkingspartners die samen kunnen en willen zorgen voor de gehele keten die nodig is om duurzaam gezonder gedrag te bewerkstelligen. Professionals die betrokken zijn bij de begeleiding van de deelnemers volgen de verplichte startinstructie en ondertekenen de licentie (in ieder geval de leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional). Alle benodigdheden (handleiding, draaiboeken, toolkit) voor de uitvoering van de interventie worden (digitaal) verstrekt aan de organisator. Er worden tevens afspraken gemaakt over de verstrekking van anonieme evaluatieformulieren.

De duur van deze stap varieert en is afhankelijk of er al sprake is van een bestaand samenwerkingsverband, of dat dit moet worden opgezet.

De organisator is verantwoordelijk voor de vorming van een samenwerkingsverband op wijkniveau met zorgverleners, welzijnswerkers en sport- en beweegaanbieders. De organisator stelt met de samenwerkingspartners een overeenkomst op, waarin tevens een begroting is opgenomen. De rollen en verantwoordelijkheden van elke partner worden beschreven in deze overeenkomst. Het netwerk zet in op het beschikbaar zijn van voldoende op de vraag van de deelnemer afgestemd laagdrempelig beweegaanbod. Dit kan bijvoorbeeld door het aanbieden van een proeflidmaatschap, door sportverenigingen hun aanbod geschikt te maken voor de doelgroep en kortingen te bedingen bij de sport- en beweegaanbieders in de buurt. Alle aanbieders moeten zich bewust zijn van het sociale aspect van hun activiteit. De buurtsportcoach/sportcoördinator in de wijk kan een coördinerende rol op zich nemen wat betreft de sportactiviteiten en is op de hoogte van financieringsmogelijkheden mocht blijken dat geschikt aanbod mist voor de doelgroep.

Er wordt een keuze gemaakt wie als leefstijlcoach gaat optreden en/of deze leefstijlcoach tevens gaat optreden als organisator of dat een andere samenwerkingspartner deze rol op zich neemt. De interventie eigenaar checkt de competenties (zie bijlage II) van de beoogd leefstijlcoach. Afspraken worden gemaakt over de locatie(s) en de tijdstippen waarop de basis cursus en de terugkombijeenkomsten voor de deelnemers worden georganiseerd 6, 9, 12, 15, 18 en 24 maanden na de start van de cursus.

Stap 2. Instroom

Deelnemers kunnen worden geattendeerd op/geïnformeerd over SSiB tijdens of naar aanleiding van contact met de intermediaire doelgroep (zie 1.1). Tevens kunnen deelnemers zichzelf aanmelden bij de locaties waar de basis cursussen worden gegeven en/of bij de intermediairs. Daar zullen deelnemers er op gewezen worden dat een verwijzing via de huisarts noodzakelijk is. De huisarts of praktijkondersteuner toetst of de potentiële deelnemer aan de inclusiecriteria voldoet en of SSiB een passende interventie is voor het specifieke vraagstuk van de deelnemer. De ervaring leert dat ook verwezen kan worden als deelnemers extrinsiek gemotiveerd zijn. Ze raken intrinsiek gemotiveerd voor leefstijlverandering tijdens deelname aan de interventie.

De organisator/leefstijlcoach werft deelnemers bij de intermediaire doelgroep (zie 1.1) middels informatieve gesprekken over de inhoud van de interventie en communiceert de start van nieuwe basis cursussen. Folders met informatie over de interventie en bereikbaarheid van de leefstijlcoach worden beschikbaar gesteld aan de intermediairs.

De huisarts/praktijkondersteuner verwijst deelnemers door naar de leefstijlcoach.

Stap 3. Intake

Tijdens een individuele intake van 1 uur wordt een toelichting gegeven over de interventie en wat deelname inhoudt. Er wordt ingezoomd op de exacte hulpvraag en het stellen van persoonlijke doelen. D.m.v. motiverende gesprekstechnieken kan de leefstijlcoach een inschatting maken of er voldoende motivatie aanwezig is om met de interventie te starten. De intake heeft tot doel inzicht te krijgen of iemand direct deel kan nemen aan de interventie of dat er factoren meespelen die eerst aangepakt dienen te worden zodat ze gedragsverandering niet meer in de weg staan. Verdere specialistische ondersteuningsbehoefte kan vastgesteld worden en kan, indien gewenst, de deelnemer doorverwezen worden naar een diëtist, fysiotherapeut, psycholoog, welzijnsprofessional, schuldhulpverlening of een andere professional. De leefstijlcoach vult samen met de deelnemer het aanmeldformulier in dat in gaat op (lichamelijke/psychische klachten, ziektegeschiedenis, medicijngebruik en sportervaring. De eerste vragenlijst (nulmeting) wordt ingevuld, de conditie wordt gemeten (6mwt), medische maten worden genomen (gewicht, lengte, BMI, buikomvang) en ingevuld op de deelnemerskaart. De leefstijlcoach van de cursus streeft naar/verzamelt een groep van 10-15 deelnemers met een (verhoogd risico op) een leefstijl gebonden chronische aandoening om de basiscursus optimaal te kunnen uitvoeren.

Stap 4. Basiscursus

Deelnemers starten met een basiscursus van acht weken waarbij ze middels een warme overdracht door de leefstijlcoach en beweegprofessional geleidelijk worden overgedragen aan beweegaanbieders in de buurt. De leefstijlcoach is aanwezig tijdens de eerste bijeenkomsten en laatste bijeenkomst van de basiscursus. De leefstijlcoach overlegt regelmatig met de zorg- en sportaanbieders over de voortgang van de deelnemers en het traject.

De basiscursus van acht weken bestaat uit vier onderdelen:

1. Kennismaken:

Tijdens de eerste bijeenkomst van de beweegprofessional en voedingsprofessional wordt uitleg gegeven over het programma en kennisgemaakt met de groep. Hier worden in gezamenlijkheid de persoonlijke doelen vastgesteld. Deelnemers stellen gezamenlijk met de beweegprofessional hun persoonlijke streefdoelen op het gebied van bewegen. De beweegprofessional stelt een persoonlijk trainingsschema op dat tegemoet komt aan het belastbaarheidsniveau van elke deelnemer. Tijdens de eerste bijeenkomst met de voedingsprofessional wordt een kennistoets afgenomen om de kennis m.b.t. gezonde voeding te testen. Tevens worden de persoonlijke streefdoelen opgesteld op het gebied van voeding

2. Beweegprogramma (16 uur):

Daarna volgt een beweegprogramma van 8 weken, met daarin 2x per week les van 1 uur. De beweegrichtlijn (2017) vormt het uitgangspunt voor het beweegprogramma (voorheen de Nederlandse Norm Gezond Bewegen). Iedere bijeenkomst heeft een rode draad: ervaringen delen van de afgelopen periode, bespreken van eventueel meegegeven huiswerk, specifiek aandachtspunt voor die bijeenkomst, warming-up, training, cooling down en eventueel een nieuwe huiswerkopdracht. Er worden vier thema's aangehouden:

- Thema 1: Bewustwording en beweeggedrag
- Thema 2: Bewegen en afvallen
- Thema 3: Gezond bewegen en grenzen stellen
- Thema 4: Voortzetting bewegen na de cursus.

In elke les wordt aandacht besteed aan gezond beweeggedrag ook in relatie met voeding, mentale gesteldheid, bewegen met plezier en volhouden over langere tijd. De beweegprofessional en sportaanbieders hebben een eigen draaiboek tot hun beschikking waar voorbeeld lessen per week worden weergegeven en bovenstaande onderwerpen aan de orde komen. De volgende activiteiten worden in de lessen gedaan:

- a. In week 1-3 (6 lessen) bewegen de deelnemers onder begeleiding van een beweegprofessional
- b. In week 4-5 (4 lessen) worden verschillende sport- en beweegaanbieders geïntroduceerd en vindt overdracht door de beweegprofessional plaats. Deze lessen worden gezamenlijk gegeven ten behoeve van een 'warme overdracht' en training-on-the-job door de beweegprofessional aan de sport- en beweegaanbieders. De deelnemers leren op deze wijze de nieuwe sport- en beweegaanbieders kennen. De sport- en beweegaanbieders leren op deze manier om te gaan met de persoonlijke belasting/belastbaarheid van de verschillende deelnemers. Vanaf dit moment in de cursus wordt het gesprek aangegaan met de deelnemers om vast te stellen welk soort sport- of beweegaanbod aansluit bij hun wensen en fysieke mogelijkheden. Er wordt gestimuleerd om samen te blijven bewegen wat een grotere garantie biedt voor het volhouden van het gezondere beweeggedrag.
- c. In week 6-8 (6 lessen) bewegen de deelnemers op locatie van- en onder begeleiding van verschillende sport- en beweegaanbieders. Deze fase is gericht op het met plezier langdurig blijven sporten en het maken van een keuze voor een sportvorm.

3. Voedingsprogramma (8 uur):

Naast het beweegprogramma, wordt elke week 1 uur voedingsvoorlichting gegeven gedurende deze 8 weken. De Richtlijnen Goede Voeding (Gezondheidsraad, 2015) en de NDF voedingsrichtlijn diabetes 2015 (NDF, 2015) vormen de basis van het voedingsprogramma. De voedingsprofessional heeft een draaiboek tot haar beschikking waar voorbeeld lessen per week worden weergegeven. Iedere bijeenkomst met de voedingsprofessional heeft een rode draad: ervaringen delen van de afgelopen periode, bespreken huiswerkopdracht, specifiek onderwerp en een nieuwe opdracht voor thuis. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- Uitleg doel van de cursus. Basis van de cursus zijn de richtlijnen gezonde voeding. Daarnaast wordt de koppeling gemaakt met 'meer bewegen' met realistische doelen;
- Uitleg gezonde voeding met behulp van de Schijf van Vijf;
- Uitleg over tussendoortjes;
- Uitleg over de wisselwerking tussen eetgedrag en gevoel (psychisch welbevinden);
- Uitleg over gezonde boodschappen doen;
- Uitleg over gezonde keuzes tijdens moeilijke momenten.

4. Evaluatie:

Tijdens de laatste bijeenkomst wordt geëvalueerd met de deelnemers hoe ze de basiscursus hebben ervaren, hoe het gesteld is met hun persoonlijke streefdoelen en vastgelegd waar en hoe vaak de deelnemers blijven bewegen/sporten. Er wordt gestuurd op de vorming van groepjes van deelnemers die dezelfde beweegactiviteit willen blijven doen. De beweegprofessional en voedingsprofessional nemen dezelfde vragenlijsten af als tijdens hun intake en doen dezelfde metingen nogmaals. De leefstijlcoach is aanwezig tijdens de laatste lessen zodat deze op de hoogte is van de voortgang van de deelnemers en hun beweegplannen de komende 9 maanden.

Stap 5. Nazorgtraject in de begeleidingsfase

De leefstijlcoach zet de begeleiding van de deelnemers voort na de basiscursus in het nazorgtraject van minimaal 3 terugkombijeenkomsten na 6, 9 en 12 maanden waarin een evaluatie plaatsvindt hoe het met de deelnemers gaat en welke resultaten ze behaald hebben. Groepsbijeenkomsten kunnen worden aangevuld met individuele coachmomenten. 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. Het doel is om de motivatie tot verandering vanuit de deelnemer zelf te laten ontstaan en niet vanuit externe factoren. De deelnemers worden begeleid in het bereiken van hun persoonlijke streefdoelen en individuele plannen worden waar nodig aangepast.

Stap 6. Onderhoudsfase

De begeleidingsfase binnen SSiB 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 de onderhoudsfase van twaalf maanden waarin de leefstijlcoach 5x een half uur individueel contact heeft met de deelnemer plus 3 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur (15, 18 en 24 maanden na start met basis cursus). De leefstijlcoach coacht de deelnemers bij het volhouden van hun gedragsverandering en motiveert ze om aan de slag te gaan met belemmerende factoren. Streefdoelen worden waar nodig aangepast.

Stap 7. Evaluatie

Na iedere basis cursus, na elke groepsbijeenkomst in de begeleidingsfase en in de onderhoudsfase verzamelt de leefstijlcoach alle formulieren die de deelnemers hebben ingevuld en zorgt dat deze bij de interventie eigenaar komen, zodat data verwerkt kan worden. Tevens worden evaluatieformulieren met vragen over succes- en verbeterpunten toegestuurd aan de betrokken professionals en een enquête aan de netwerkpartners. Alle resultaten (effect- en proces) worden verzameld door de interventie eigenaar om de kwaliteit van de interventie te verbeteren volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus en gebruikt om structurele financiering te realiseren.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

De interventie eigenaar heeft verschillende materialen ontwikkeld voor deelnemers en uitvoerend professionals die concreet met SSiB aan de slag willen. Alle materialen kunnen aan de lokale situatie aangepast worden in overleg met de interventie eigenaar.

De volgende (digitale) materialen zijn beschikbaar:

- Voor deelnemers
 - cursusboek voor de basiscursus met informatie en inhoud van lessen;
 - informatiefolder met relevante informatie over de cursus;

Bij de opzet van deze materialen (inclusief vragenlijsten) is meegenomen dat ze begrijpelijk moeten zijn voor deelnemers met een laag opleidingsniveau en/of een slechte/matige kennis van de Nederlandse taal.

- Voor de organisator/leefstijlcoach
 - handleiding met achtergrond informatie, beschrijft de opzet van de interventie en ondersteunt bij de uitvoering;
 - toolkit met formulieren en vragenlijsten en kostenbijlage;
- Voor beweegprofessionals, sport- en beweegaanbieders en voedingsprofessionals:
 - individuele draaiboeken voor beweegprofessionals, sportaanbieders en voedingsprofessional met algemene doelstellingen voor de bijeenkomsten, uitleg over de metingen die gedaan moeten worden en voorbeelden van lessen.
- Voor het gehele samenwerkingsverband (minimaal organisator, leefstijlcoach, beweegprofessional, sportaanbieders en voedingsprofessional):
 - introductiescholing over het vormgeven van de lokale samenwerking, uitvoering van SSiB in de bestaande situatie en uitleg over gebruik handleiding, toolkit en draaiboeken.
 - licentieovereenkomst met afspraken over het gebruik van verplichte formulieren en vragenlijsten plus aanlevering van gegevens ten behoeve van de effect- en procesevaluatie.

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?

SSiB is zo ontwikkeld dat organisaties binnen de sector zorg, welzijn en sport- en beweegaanbod in heel Nederland de interventie kunnen uitvoeren. Er wordt een samenwerkingsverband op wijkniveau gevormd, waarin zowel zorgverleners, welzijnswerkers als sport- als beweegaanbieders participeren. Eén organisatie levert de organisator van de interventie. Voorbeelden zijn een zorggroep, een praktijk voor diëtik, een gezondheidscentrum, een fysiotherapiepraktijk, een welzijnsorganisatie of een sportvereniging.

De basiscursus wordt uitgevoerd op een locatie die geschikt is voor ten minste 10-15 personen om tegelijkertijd te sporten. Veelal wordt de eerste drie weken tijdens het beweeggedeelte van de cursus (door de beweegprofessional) getraind in de oefenruimte van de beweegprofessional. Ook kan gekozen worden voor een andere geschikte sportlocatie in de wijk (bijvoorbeeld gymzaal of sportschool). Daarna wordt zo veel mogelijk overgestapt op de locatie van de sportaanbieders die de cursus geven.

De voedingslessen kunnen op dezelfde locaties worden gegeven, maar ook in de praktijk van de voedingsprofessional.

De leefstijlcoach en beweegprofessional en/of de leefstijlcoach en voedingsprofessional kunnen verenigd zijn in één persoon. De begeleiding door de leefstijlcoach kan plaats vinden in en rondom de praktijk van de huisarts, beweegprofessional, fysio-/oefentherapeut, voedingsprofessional, sport- en beweegaanbieders of welzijnsorganisaties.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

SSiB wordt uitgevoerd door organisatoren, praktijkondersteuners, huisartsen, leefstijlcoaches, voedingsprofessionals, beweegprofessionals en lokale sport- en beweegaanbieders. De interventie kan uitgevoerd worden door professionals die geregistreerd zijn door de interventie eigenaar.

Registratie geschiedt na het volgen van de introductie over de interventie door tenminste de leefstijlcoach, de beweeg- en voedingsprofessional binnen het samenwerkingsverband. Tijdens de introductie wordt de interventie toegelicht zodat de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals duidelijk worden. Daarnaast worden de materialen toegelicht zodat de professionals met hun eigen draaiboek aan de gang kunnen.

Per professional wordt aangegeven welke opleiding en competenties noodzakelijk zijn:

- Organisator

HBO denkniveau en aantoonbare ervaring met projectleiding;

- Huisarts/praktijkondersteuner

In het beroepscompetentieprofiel van de huisarts en praktijkondersteuner staan de vaardigheden beschreven ten aanzien van het diagnosticeren van het gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico en aanwezige co-morbiditeit. De huisarts/praktijkondersteuner moet daarnaast weten welke GLI het beste ingezet kan worden bij welke patiënt.

- Leefstijlcoach

In bijlage II staat beschreven welke competenties de leefstijlcoach moet hebben. SSiB heeft tot nu toe gewerkt met leefstijlcoaches die een gecertificeerde opleiding hebben gevolgd binnen de GLI's Beweging/Van Klacht naar Kracht, de post-HBO opleiding Leefstijlcoaching Hoe doe ik dat? van Operis (Bijma & Lak) of een vergelijkbare HBO opleiding tot leefstijlcoach (zoals AVLEG, MARK Academy). Fysiotherapeuten en diëtisten die een aantekening hebben in hun eigen kwaliteitsregister kunnen ook als leefstijlcoach binnen SSiB worden ingezet.

- Beweegprofessional (bijvoorbeeld fysiotherapeut, leefstijlcoach, bewegingsagoog of sportleraar lichamelijke opvoeding)

De beweegprofessionals die binnen SSiB aan de slag gaan hebben kennis van inspanningsfysiologie en training en kennen de effecten van inspanning en training op het lichaam. Ze moeten ervaring en affiniteit hebben met de doelgroep en in het bijzonder met de doelgroep met een lage sociaal economische status om deze kwetsbare deelnemers adequaat te kunnen begeleiden. Kennis van gedragsverandering op basis van minimaal Motivational Interviewing is een vereiste;

In het beroepscompetentieprofiel van de fysiotherapeut (HBO Fysiotherapie), leefstijlcoach (zie bijlage II) bewegingsagoog (HBO Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie) en sportleraar lichamelijke opvoeding (HBO HALO) staan de vaardigheden beschreven ten aanzien van het begeleiden van deelnemers op het gebied van bewegen.

- Voedingsprofessional (bijvoorbeeld diëtist, voedingsdeskundige en voedingscoach)

De voedingsprofessionals die binnen SSiB aan de slag zijn specialist in voeding en gedrag in relatie tot (preventie van) ziekte. Ze moeten ervaring en affiniteit hebben met de doelgroep en in het bijzonder met de doelgroep met een lage sociaal economische status om deze deelnemers adequaat te kunnen begeleiden. Kennis van gedragsverandering op basis van minimaal Motivational Interviewing is een vereiste;

In het beroepscompetentieprofiel van de diëtist (HBO Voeding en Diëtetiek), leefstijlcoach (zie bijlage II), voedingsdeskundige en voedingscoach (HBO vooropleiding vereist) staan de vaardigheden beschreven ten aanzien van het begeleiden van deelnemers op het gebied van het geven van voedingsadviezen.

- Sport- en beweegaanbieder

Kennis en vaardigheden van sport- en beweegaanbieders t.a.v. het geven van sportlessen aan de doelgroep kan wisselend zijn en is niet wettelijk vastgelegd vandaar dat bewust overlappende sessies van de sport- en/of beweegaanbieder en fysiotherapeut opgenomen zijn in het basisgedeelte. Door training-on-the-job door de fysiotherapeut krijgt de sportinstructeur inzicht in de belastbaarheid en de gewenste aanpak van de

doelgroep. Ze dienen in staat te zijn om deelnemers te begeleiden en te motiveren bij het uitvoeren van laagdrempelige, passende beweegactiviteiten.

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

Voorafgaand aan de organisatie van de interventie heeft de interventie eigenaar een introductiegesprek met de organisator/samenwerkingspartners die de interventie SSiB willen gaan organiseren. Er wordt bekeken of aan de noodzakelijke randvoorwaarden (zie paragraaf randvoorwaarden) is voldaan om te starten met de interventie. In de licentieovereenkomst worden afspraken vastgelegd tussen de interventie eigenaar en de organisator en samenwerkingspartners:

- volgen van de introductiescholing door (minimaal leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional);
- alle betrokken professionals binnen de cursus hebben de benodigde competenties op gebied van gedragsverandering en leefstijlcoaching;
- gebruik van de toolkit (zoals draaiboeken van de professionals);
- het vaststellen van data, begroting, invulling terugkombijeenkomsten en minimaal aantal deelnemers;
- het volgen van het plan van aanpak en procedure m.b.t. de effect- en procesevaluatie en het gebruik van de aangeleverde formulieren;
- de aanlevering van bepaalde geanonimiseerde gegevens na afloop van de interventie;
- de ondersteuning en inzet door de interventie eigenaar passend binnen de gestelde begroting (bij implementatie, monitoring en evaluatie);
- Bijscholing van de betrokken sport- en beweegaanbieders tijdens de basis cursus door de beweegprofessional om de doelgroep adequaat te kunnen begeleiden (=training-on-the job in week 4 en 5 van de basis cursus) en hebben daardoor de benodigde kennis om de doelgroep adequaat te begeleiden.

De interventie eigenaar verzamelt alle gegevens en voert proces- en effectevaluaties uit i.s.m. de organisatoren. Als noodzakelijk worden aanpassingen gedaan en gecommuniceerd richting het werkveld, zodat het effect daarvan wederom gemeten kan worden.

Alle uitvoerders van de interventie worden geregistreerd bij de interventie eigenaar. De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt en geborgd door de interventie eigenaar.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

Contextuele randvoorwaarden

- Gemeentelijke instellingen nemen een actieve rol binnen hun algemene opdracht om initiatieven in de wijken te ondersteunen die leiden tot een betere algemene gezondheid;
- Er is een samenwerkingsverband van voldoende zorgverleners, welzijnswerkers en sport- en beweegaanbieders dat met elkaar wil werken aan die betere gezondheid van bewoners in hun werkgebied/wijk;
- Alle samenwerkingspartners wijzen potentiële deelnemers op het bestaan van de interventie en verwijzen deze potentiële deelnemers door naar hun eigen huisarts zodat die met behulp van in- en exclusiecriteria kan beoordelen of verwijzing mogelijk is;
- In de wijk moet voldoende laagdrempelig sportaanbod met lage tarieven zijn of een buurtsportcoach/sportregisseur heeft de mogelijkheid om daarvoor te zorgen.

Organisatorische randvoorwaarden

- Een organisator organiseert de interventie, zoekt de juiste professionals bij elkaar en maakt gebruik van de juiste kanalen (zoals gemeentelijke organisaties en ROS). Deze professionals zien het nut in van de interventie, volgen de introductie bijeenkomst (minimaal leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional) en investeren er tijd in;

- Het samenwerkingsverband (minimaal huisarts/POH, leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional, sport- en beweegaanbieders) legt lokale afspraken binnen een licentie vast over verantwoordelijkheden binnen de interventie en gebruik van de beschikbare materialen voor SSiB;

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

De interventie is bij uitstek geschikt om landelijk ingezet te worden. Voor een succesvolle implementatie moeten zowel uitvoerende als verwijzende professionals alle benodigde informatie hebben.

De interventie heeft met het ondertekenen van de licentieovereenkomst tussen organisator en de interventie eigenaar een systeem voor de overdracht en borging. Implementatie van de interventie kan na ondertekening van die overeenkomst en het volgen de introductie over de interventie op gang komen door het volgen van de uitgegeven handleiding voor de organisator en zorg- en sportprofessionals, de draaiboeken voor de betrokken beweeg- en voedingsprofessionals, en de toolkit met de benodigde formulieren en vragenlijsten.

Omdat de basis cursus (voor einddoelgroep) kort is is een optimale afstemming belangrijk tijdens de basis cursus maar ook tijdens de begeleiding en follow-up door de leefstijlcoach. De introductiescholing, die voor de start van de interventie gegeven wordt aan het samenwerkingsverband (minimaal leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional), draagt bij aan de benodigde afstemming tussen de verschillende betrokken professionals.

De website (www.gezondeleefstijlcompany.nl) dient ter ondersteuning van deelnemers, uitvoerders, aanbieder organisaties en verwijzers bij de oriëntatie op de GLI SSiB. Voor al deze partijen is hier informatie te vinden die relevant is voor deelname aan, uitvoering van en verwijzing naar de interventie, zodra opname in de basis zorgverzekering mogelijk is.

Afhankelijk van de wens van de organisatie die met de cursus aan de slag wil, kan de interventie eigenaar extra ondersteunen. Denk hierbij aan de inhuur van expertise, extra deskundigheidsbevordering voor uitvoerenden of aanpassing van het projectplan aan de lokale behoefte met suggesties voor de te betrekken partijen en organisatiestructuur.

Kosten – max 200 woorden

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

Binnen het basispakket van de zorgverzekering is voorzien in een maximale vergoeding per deelnemer op programmabasis. Dit bedrag is voor 2020 vastgesteld op €807 (exclusief btw) per deelnemer voor het complete programma van 24 maanden) waarbij de kanttkening moet worden gemaakt dat het hier gaat om een zogenaamd max-tarief. De daadwerkelijke vergoeding zal afhangen van de contractafspraken die de verzekeraars maken met de uitvoerende organisaties.

Voorafgaand aan start met de interventie volgt Het hele samenwerkingsverband (minimaal leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional) de verplichte introductie scholing door de interventie eigenaar a €750 (excl. btw) voor dagdeel;

Uit dit tarief moeten de volgende kosten worden voldaan:

A. Personele kosten

In de begeleidingsfase (totale inzet 48 uur):

- 20 groepsbijeenkomsten van 1 uur door beweegprofessionals gedurende de basiscursus plus 4 uur indirecte tijd totaal voor de voorbereiding van lessen en administratieve verwerking;
- 8 groepsbijeenkomsten van 1 uur door de voedingsprofessional gedurende de basiscursus plus 2 uur indirecte tijd totaal voor de voorbereiding van lessen en administratieve verwerking;
- Per deelnemer 1 intake van 1 uur, 3 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur na de basiscursus en 0,5 uur individuele tijd voor opvolging per deelnemer door de leefstijlcoach;
- Per georganiseerde basiscursus 8 uur voor de organisator/leefstijlcoach voor de ondersteuning van de ingehuurd professionals en samenwerkingspartners.

In de onderhoudsfase (totale inzet 7 uur):

- Per deelnemer 5 x 0,5 uur individuele tijd voor gesprekken met de leefstijlcoach;
- 3 groepsbijeenkomsten van 1,5 uur met alle deelnemers van de basiscursus door de leefstijlcoach.

B. Materiële kosten

Voorafgaand aan de start met de interventie:

- Licentie jaarlijkse bijdrage t.b.v. borging van de interventie €250 (excl. btw).

In de begeleidingsfase:

- Groepsruimte en koffie/thee voor de beweeg- en voedingsbijeenkomsten
- Coachingsruimte voor individuele gesprekken per deelnemer
- Cursusmaterialen (cursusmap deelnemers, draaiboeken professionals, folder/posters)

In de onderhoudsfase:

- Groepsruimte en koffie/thee voor de bijeenkomsten
- Coachingsruimte voor individuele gesprekken per deelnemer
- Licentiekosten aan interventie eigenaar

De kosten per deelnemer hangen af van de grootte van de groep deelnemers, de afgesproken uurprijzen van lokale beweeg- en voedingsprofessionals, maar bijvoorbeeld ook over de huur van de ruimte. Een uitgebreide beschrijving is te vinden in de kostenbijlage in de toolkit van SSiB.

C. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Het percentage Nederlanders dat overgewicht heeft, is de afgelopen jaren sterk gestegen: in 1990 was de prevalentie van overgewicht 35.1% (CBS Gezondheidsenquête) en in 2017 is dit percentage gestegen tot 48.8%. Bijna de helft van de Nederlanders heeft overgewicht (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM). Het percentage mensen met obesitas is in dezelfde periode gestegen van 6.2% naar 13.9% (volksgezondheidszorg.info).

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) verhogen het risico op verschillende chronische aandoeningen, waaronder diabetes mellitus type 2 (DM II), 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 en depressie (Visscher et al., 2012). Het risico op deze aandoeningen wordt groter naarmate de BMI of buikomvang toeneemt. Daarnaast beoordelen mensen met overgewicht hun eigen gezondheid ook negatiever dan mensen zonder overgewicht.

Onafhankelijk van overgewicht en lichaamssamenstelling heeft ook inactiviteit een grote invloed op diverse chronische aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten en DM II (Kohl et al., 2012). In Nederland voldeed ongeveer 44% in 2017 aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (RIVM, 2017). Deze norm geeft aan dat volwassenen minimaal 2,5 uur per week matig intensief zouden moeten bewegen.

De gevolgen van overgewicht en inactiviteit hebben ook effecten op kosten voor de maatschappij. Zo is de prevalentie van diabetes gestegen van 2,1% van de bevolking in 2000 tot 3,7% in 2017. Die stijging is toe te schrijven aan de stijging van DM II, die vier keer zo vaak voorkomt als type 1 (CBS-statline, 2018). De directe zorgkosten voor diabetes (type 1 en 2) bedragen 1,6 miljard euro per jaar in 2015. Tevens zijn er maatschappelijke kosten voor arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en gezondheidszorg, die gerelateerd zijn aan overgewicht (volksgezondheidszorg.info, (Neovius, Rehnberg, Rasmussen, & Neovius, 2012).

De prevalentie van overgewicht hangt samen met een aantal persoonskenmerken, zoals geslacht, opleiding en sociaal economische status. Zo komt overgewicht vaker voor mannen (52.1%) dan bij vrouwen (45.5%). Overgewicht komt ook vaker voor bij laagopgeleiden, dan bij hoogopgeleiden, zowel onder mannen als vrouwen. Zo is het percentage overgewicht onder mannen tussen de 45 en 64 jaar met een lage opleiding 67.1% en met een hoge opleiding 54.7%. Bij vrouwen verschillen deze percentages van 61.8% onder laagopgeleiden tot 42.2% onder hoog opgeleiden (Blokstra et al., 2012; Schokker, Visscher, Nooyens, van Baak, & Seidell, 2007). Ditzelfde patroon is gevonden voor mensen met een lage sociaal economische status (Marques, Peralta, Naia, Loureiro, & de Matos, 2017). Ondanks dat er goede gecombineerde Leefstijlinterventies zijn, die gericht zijn op het terugdringen van overgewicht, effectief zijn en vergoed worden door de basisverzekering, zijn deze niet gericht op deze specifieke doelgroep van mensen met een lage sociaal economische status (Mulderij, Verkooijen, & Wagemakers, 2019).

Het is daarom van belang om laagdrempelig aanbod te bieden aan mensen met een lage sociaal economische status en overgewicht. Hiermee kunnen gezondheidsverschillen worden tegengegaan.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Het probleem is dat veel mensen, met name mensen met een lage sociaal economische status, overgewicht hebben en dat dat veel negatieve gevolgen heeft.

Overgewicht komt door de disbalans tussen energie inname en verbranding, oftewel eten in relatie tot bewegen (Wright & Aronne, 2012). Maar de oorzaken -zowel van overgewicht als te veel eten in relatie tot bewegen- liggen complexer en bestaan veelal uit een combinatie van factoren. Deze oorzaken zijn te vinden in het bio-psychosociale model en komen ook terug in het I-Change Model van De Vries. Dit model verklaart verandering van motivatie en gedrag en is afgeleid van het ASE (Attitude – Sociale Invloed – Self Efficacy) model (Brug, van Assema, & Lechner, 2012; Kok, Molleman, Saan, & Ploeg, 2005). Het vormt een integratie van verschillende theorieën, zoals de theorie van gepland gedrag van Fishbein en Ajzen, de sociaal-cognitieve theorie van Bandura, het Transtheoretische Model van Gedragsverandering van Prochaska en DiClemente, het Precaution Adoption Model van Weinstein en het Health Belief Model (de Vries et al., 2003). Een schematische weergave van het model is te zien in figuur 1. Met de 'preceding of predisposing' factoren (door biologische-, psychologische-, gedrags- en omgevingsfactoren) kunnen de oorzaken van het hier beschreven probleem -te weten overgewicht- verklaard worden.

Onder biologische factoren wordt in dit kader bedoeld op bijvoorbeeld de genetische aanleg voor een bepaalde vetopslag, afwijkingen in de hormoonhuishouding van de schildklier, hersenletsel of chronische aandoeningen. Tot slot kan ook medicatie (mede) bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van overgewicht.

Onder de psychologische aspecten vallen persoonlijke eigenschappen die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van overgewicht. Dit betreft bijvoorbeeld een laag zelfbeeld, maar ook capaciteiten om verleidingen te kunnen weerstaan, of het kunnen omgaan met stressvolle, ingrijpende gebeurtenissen. Als gevolg daarvan zijn er mensen die dan als troost te eten. Gedragsfactoren die overgewicht kunnen veroorzaken zijn te vinden in de leefstijl, te weten het eet-en beweeggedrag.

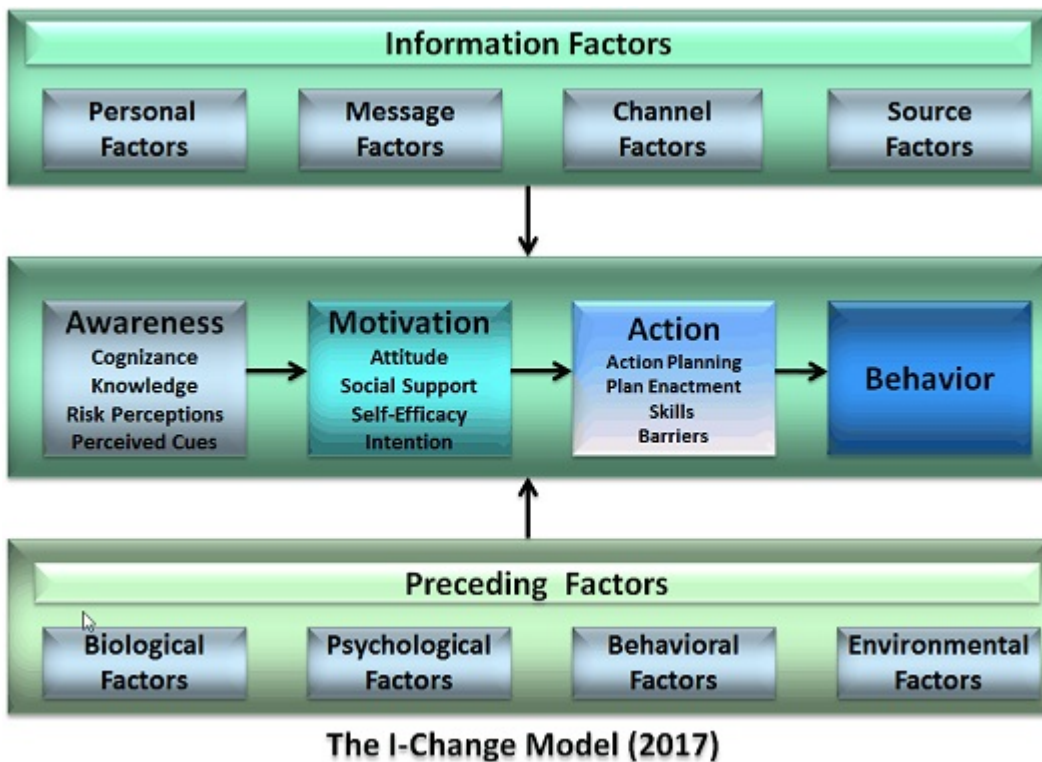
Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld mogelijkheden -zoals locaties, en kosten- om bepaald voedsel wel of niet te kopen, of wel of niet te gaan bewegen. Tevens valt hieronder dat gedacht wordt dat gezond voedsel relatief duur is en dat ongezond voedsel goedkoop en makkelijk voor handen is. Dit zijn omgevingsfactoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van overgewicht. Tevens speelt hier ook de sociale omgeving een rol; dat wat je van huis uit hebt meegekregen of als voorbeeld om je heen ziet. Bijvoorbeeld hoe er omgegaan wordt met eten en beweging. Hier valt bijvoorbeeld ook steun van naasten onder (de Vries, 2017; de Vries et al., 2003).

De te beïnvloeden factoren die (mede) oorzaak zijn van overgewicht, betreffen dus vooral de leefstijl (gedragsfactoren), het zelfvertrouwen dat het mogelijk is (persoonlijke factoren), de mogelijkheden wat betreft plaats, tijd, en kosten (omgevingsfactoren) en de steun van de sociale omgeving (omgevingsfactoren).

Het I-Change model veronderstelt dat gedrag een gevolg is van iemands bewustzijn, diens motivatie en eventuele actietendens – te weten de bereidheid om een bepaalde handeling uit te voeren. Deze bewustzijns-, motivatie- en actietendens factoren worden niet alleen beïnvloed door de redelijk stabiele predispositiefactoren -zoals eerder benoemd-, maar ook door informatie die verstrekt wordt, de zogenaamde informatiefactoren (*Information factors* in figuur 1), te weten de kwaliteit van een boodschap, het kanaal en de bron.

Deze bewustzijns-, motivatie- en actietendens factoren spelen dus een belangrijke rol bij het veranderen van gedrag, daarom is het van belang om de oorzaak te zoeken in deze factoren, die te beïnvloeden zijn via informatiefactoren. De bewustzijnsfactoren spelen een rol, doordat het ontbreken van de juiste informatie en prikkels mensen belemmert, om op passende wijze in actie te komen om overgewicht aan te pakken. De motiefactoren doelen onder andere op een gebrek aan zelfvertrouwen, en self-efficacy om iets aan het overgewicht te kunnen doen, ook is er veelal een gebrek aan sociale steun. Deze hebben ook invloed op de actietendens factoren, die wijzen op het gebrek aan het maken van plannen om het gedrag te veranderen,

de hoeveelheid barrières die men (denkt) te hebben om het gedrag te veranderen en het gebrek aan vaardigheden om het gedrag te veranderen (de Vries, Mesters, van de Steeg, & Honing, 2005; de Vries et al., 2003).



Figuur 1. Het Integrated Change Model

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

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

Samen Sportief in Beweging grijpt in op de beïnvloedbare factoren, zoals weergegeven in het I-Change Model. De aan te pakken factoren betreffen dan ook de Bewustzijnsfactoren, de Motivatiefactoren en de Actietendens factoren. Om deze specifieke doelgroep te bereiken en in het programma te kunnen houden, worden Informatiefactoren ingezet die laagdrempelig zijn en aangepast op deze doelgroep met deze problematiek.

In de tabel staat aangegeven hoe deze factoren worden aangepakt en welke subdoelen daarbij horen.

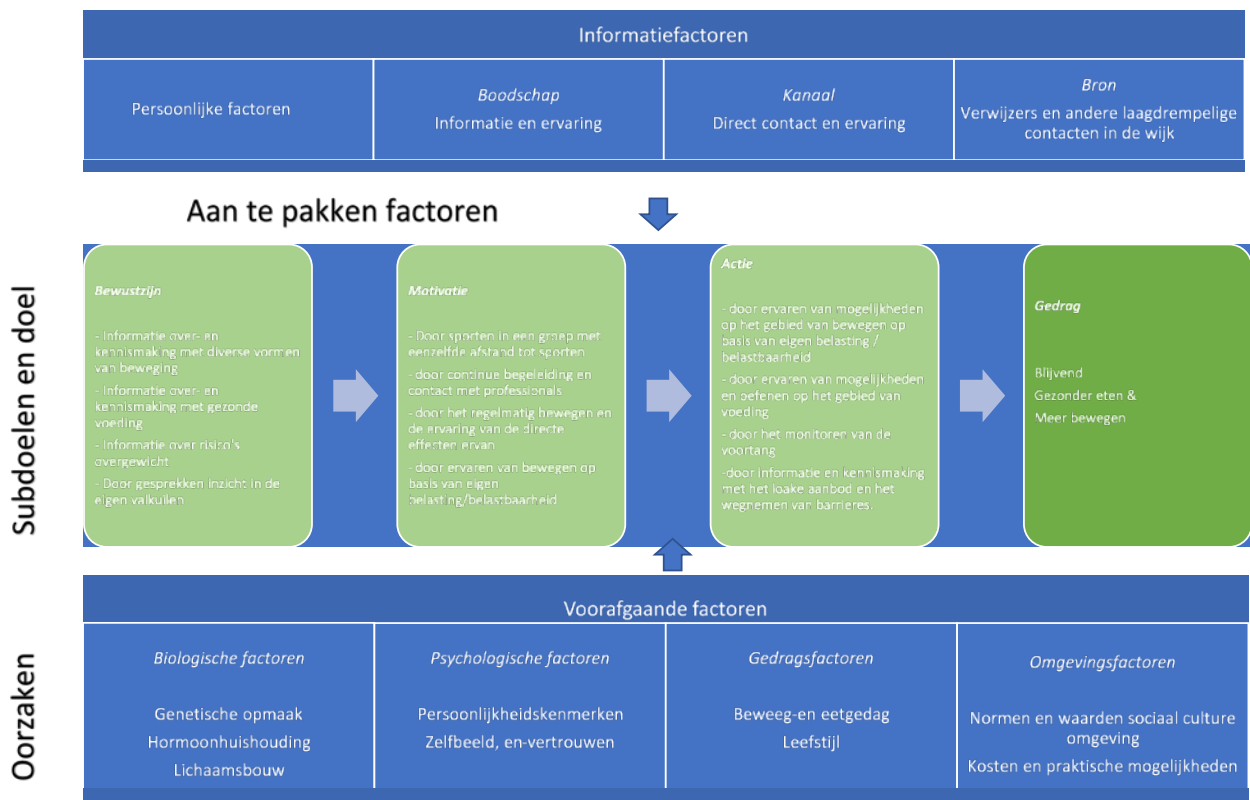
Factoren	Subdoelen - vergroting van bewustzijn - vergroting van motivatie - vergroting van actietendens	Aanpak	
Bewust-zijn	Kennis	... kennis hebben over diverse vormen van beweging;	Informatie over- en kennismaking met diverse vormen van beweging
	Kennis	... kennis hebben over gezonde en verantwoorde producten;	Informatie over- en kennismaking met gezonde voeding
	Risicoperceptie	... bekend zijn met de gevolgen van overgewicht	Informatie over risico's van overgewicht
	Actiesignalen	... bekend zijn met de eigen valkuilen	Door gesprekken inzicht in eigen valkuilen, hierbij wordt motiverende gespreksvoering ingezet
Motivatie	Sociale steun	... ervaren hebben dat bewegen in een groep stimulerend werkt om het bewegen vol te houden;	Door sporten in een groep met eenzelfde afstand tot het sporten.
	Sociale steun	... een nieuw netwerk hebben, gericht op sporten	Door continue begeleiding en contact met sportregisseur of buurtsportcoach
	Attitude	... ervaren hebben dat regelmatig bewegen een positief effect heeft	Door het regelmatig bewegen en de ervaring van de directe effecten ervan
	Self-efficacy	... vertrouwen hebben dat ze zelf hun beweeg- en eetgedrag kunnen veranderen	Door ervaren van bewegen op basis van eigen belasting/belastbaarheid
Actie-tendens	Plannen maken	... een keuze hebben gemaakt aan welke sport-/beweegactiviteiten zij structureel gaan deelnemen.	Door ervaren van mogelijkheden op het gebied van bewegen op basis van eigen belasting / belastbaarheid
	Plannen maken	... bewuste keuzes hebben gemaakt wat ze eten, hoeveel en wanneer;	Door ervaren van mogelijkheden en oefenen op het gebied van voeding
	Plannen uitvoeren	... de eigen voortgang monitoren	Door het monitoren van de voortgang op individuele doelen
	Vaardigheden	... gezonder kunnen leven	Door ervaren van mogelijkheden en oefenen op het gebied van voeding
	Vaardigheden	... gezonder kunnen leven	Door ervaren van mogelijkheden op het gebied van bewegen op basis van eigen belasting / belastbaarheid
	Barrières	... weten waar ze moeten zijn in de buurt en wat er mogelijk is	Door informatie en kennis making met het lokale laagdrempelige sport- en beweegaanbod middels een warme overdracht in de buurt/wijk;
	Barrières	... weten waar ze moeten zijn in de buurt en wat er mogelijk is	Als er barrières zijn op het gebied van kosten dan worden er plaatselijke oplossingen en mogelijkheden gezocht

De inzet van *Informatiefactoren* zorgt dat de laagdrempeligheid van deze interventie wordt bevorderd. Door het inzetten van de juiste kanalen, in dit geval direct contact, de juiste bronnen die expertise hebben op het gebied van bewegen en eten én dichtbij de deelnemer staan, en de boodschap zelf, wordt deze doelgroep bereikt. Door de warme overdracht en het continue contact, blijven ze in zicht. De bronnen blijven een belangrijke factor, zo wordt het sportaanbod uitgevoerd met trainers die bekend zijn met de deelnemers door de warme overdracht en training-on-the-job bij de zorgprofessionals. Tevens is er veel samenwerking tussen zorgprofessionals en sportaanbieders.

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.



De bedoeling van de interventie Samen Sportief in Beweging is dat mensen, vaak met een lage sociale economische status, blijvend gezonder gaan eten en meer gaan bewegen. Dit wordt bereikt door hun bewustzijn, motivatie en actietendens te vergroten.

Bereik doelgroep

Ondanks het brede aanbod van beweegprogramma's in zowel de commerciële als de publieke sector lukt het matig om bepaalde doelgroepen (vaak lage SES) structureel te laten bewegen, voornamelijk vanwege de moeizame aansluiting bij het huidige sport- en beweegaanbod in de wijk. Het bestaande aanbod is gericht op mensen die lichamelijk gezond zijn en heeft vaak een competitief karakter. Daarnaast is er nauwelijks contact tussen de zorgverlener en sportbieder en ontbreekt de 'warme' overdracht waarbij de beoogde doelgroep een kleine stap vanuit de zorg (huisarts, fysio) hoeft te maken naar regulier sporten beweegaanbod (Mulderij, Verkooijen, & Wagemakers, 2019). De aanpak van SSiB zorgt ervoor dat deze doelgroep wel bereikt wordt door het inzetten van expertise en autoriteit van verwijzers zoals huisartsen, welzijnspartijen en activeringscoaches; hiermee wordt een bron ingezet die vertrouwen opwekt. Onderdeel van elke georganiseerde interventie SSiB op wijkniveau is de vorming van het samenwerkingsverband met professionals van de eerstelijnszorg, gemeenten en het lokale beweegaanbod op initiatief van de organisator/ leefstijlcoach. Mensen stromen sneller door naar het lokale beweegaanbod als het goedkoop en laagdrempelig is (Helmink, Van Boekel, & Kremers, 2011). Het kanaal van informatievoorziening is bij deze interventie persoonlijke contact, dat begint al bij de intake, en dat blijft gedurende de hele periode.

Bewustzijn

Tijdens de intake met de leefstijlcoach, en tijdens de basis cursus met de beweeg- en voedingsprofessional, wordt de deelnemer op individueel niveau bewust gemaakt van de gezondheidsrisico's (*risicoperceptie*). De leefstijlcoach maakt daarbij gebruik van de technieken van Motivational Interviewing (Greaves et al., 2008; Miller & Rollnick, 2002, 2005) en is gericht op het versterken van een meer intrinsieke motivatie van de deelnemers.

Inhoud van de lessen van de beweegprofessional is onder andere het uitleggen over en laten ervaren van de positieve effecten van bewegen. De voedingsprofessional laat de doelgroep kennismaken met de Schijf van Vijf en legt de relatie met de kook- en eetgewoonten van de deelnemers. De deelnemers leren bewuste keuzes te maken in wat en hoeveel ze eten. Het bewustzijn wordt door het bijbrengen van deze kennis verder versterkt, en *inzicht over de risico's* van overgewicht, waardoor ze de noodzaak zelf leren inzien om te veranderen. Als het *bewustzijn* over het eet-en beweeggedrag vergroot is, kan iemand *gemotiveerd* worden.

Motivatie

Onder *motivatiefactoren* vallen de attitude, sociale invloed en zelfeffectiviteit. Zo leeft bij deelnemers vaak de gedachte dat bewegen slecht is bij pijn en dat inspanning bij hoge bloeddruk niet goed is, door hun *attitude* met de juiste informatie bij te stellen veranderen deze gedachten. Attitude heeft betrekking op de waargenomen consequenties van het gedrag. Het bestaat volgens dit model uit twee subcomponenten: de beliefs over de consequenties van het gedrag die zowel positief als negatief kunnen zijn én de affectieve evaluatie van deze consequenties (Ajzen & Fishbein, 1991). Als mensen er vanuit gaan dat bewegen niet goed is, dan zullen ze er ook een negatief gevoel bij hebben. Het is dus van belang deze attitudes bij te stellen. Voorts omvat sociale invloed de normen die naasten hebben ten aanzien van het gedrag – in dit geval bewegen en gezond eten- maar ook modeling, leren van het observeren van anderen, alsmede sociale steun die je krijgt van je omgeving. Zo blijkt vaak dat bij de doelgroep de zorgtaken op de voorgrond staan en soms is er sprake van een 'eetcultuur'. In deze interventie wordt veel samen gedaan, niet alleen wordt daarmee de *norm* in de groep gezet waarmee gesport wordt, dat het gezond en normaal is, ook leert men dat samen -met gelijkgestemde anderen- prettig is, men ziet daarmee goede *voorbeelden* en ondervindt *sociale steun*. Tevens komen de deelnemers in contact met professionals uit het welzijn, de zorg en de sport, waardoor ze weten wanneer ze voor welke hulp waar *steun* kunnen krijgen. Door de groepsgewijze activiteiten worden de normen en sociale steun verhoogd en de intrinsieke motivatie bevorderd (Bemelmans et al., 2008). Deze blijken effectief binnen leefstijlinterventies (Absetz et al., 2009; Laatikainen et al., 2012). Tot slot is *self-efficacy* van belang voor de motivatie, dat wil zeggen de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag te kunnen veranderen (de Vries, 2017; de Vries et al., 2005; de Vries et al., 2003). De doelgroep ervaart veelal een hoge drempel om te gaan bewegen en het voedingspatroon te veranderen. Men denkt dat de aangeboden activiteiten te moeilijk zijn en zijn bang om te falen. Door in de basis cursus te ervaren dat ze dit wel kunnen, binnen hun eigen belastbaarheid, krijgen ze vertrouwen in hun eigen kunnen op dit gebied en wordt hun *self-efficacy* vergroot en ervaren ze de positieve effecten van het nieuwe gedrag. Ook in het nazorgtraject is dit de rode draad tijdens de terugkombijeenkomsten met de leefstijlcoach.

Actie

Onder de *actietendens factoren* vallen plannen die gemaakt worden en behouden blijven om het gedrag te kunnen doen, vaardigheden om het uit te voeren en vermindering van barrières die in de weg staan. Met behulp van de inzet van motiverende gespreksvoering wordt de ambivalentie ("Ik wil wel maar...") geëxploreerd, wordt weerstand omgebogen en wordt gelet op het herkennen van de verandertaal en het versterken daarvan. De gewenste doelen worden vastgesteld en er wordt bekeken welke barrières er zijn om dit doel te bereiken. Met de deelnemer wordt een *plan van aanpak* opgesteld. Het veranderplan wordt binnen de groepsbijeenkomsten concreet vertaald naar een individueel beweegprogramma dat opgesteld wordt door de beweegprofessional op basis van de belastbaarheid van de deelnemer. Veel voorkomende *barrières* bij de doelgroep zijn de kosten van verschillende activiteiten of schuldenproblematiek en taalbarrières, tevens zijn ze niet altijd op de hoogte wat de mogelijkheden zijn om te sporten in de wijk. Doordat in deze interventies deze barrières worden weggenomen, zal het eet-en beweeggedrag blijven veranderen. Zo wordt met de sportregisseur/ buurtsportcoach zorg gedragen voor voldoende passend en laagdrempelig beweegaanbod, waar de deelnemers naar kunnen doorstromen-hiermee wordt de continuïteit van het bewegen gebord en *plannen doorgevoerd*. Tijdens de interventie inventariseert de leefstijlcoach wat

de voorkeuren zijn op het gebied van blijvend bewegen na de cursus. De deelnemer heeft *vaardigheden* geoefend, zowel in het voedings- als in het beweeggedrag. De leefstijlcoach streeft naar kortingen en (proef)abbonementen bij de sportaanbieders binnen het samenwerkingsverband. Tevens is het contact tijdens de basiscursus gelegd, waardoor taalbarrières of eventuele andere zaken die in de weg stonden, zijn weggenomen.

Essentieel onderdeel van de cursus vormt de warme overdracht tussen de zorgprofessional en de lokale sportaanbieder. De beweegprofessional zorgt binnen SSiB als 'beweegexpert' voor een individueel verantwoord programma op basis van belasting-belastbaarheid en brengt dit via training on-the-job over aan de sportaanbieder. Deze kan daarna op een verantwoorde wijze de deelnemers verder begeleiden. Onderzoek wijst uit dat de doorstroming naar beweegaanbod beter verloopt als de zorgprofessional actief doorverwijst met een 'warme' overdracht waarbij de beweegprofessional of leefstijlcoach persoonlijk de deelnemer begeleidt naar het beweegaanbod (Leemrijse, Veenhof, de Bakker, 2013). Hiermee en door een monitoring in het nazorgtraject, wordt de continuïteit van het bewegen en gezond eten geborgd. In de onderhoudsfase van het tweede jaar blijft de leefstijlcoach de deelnemers begeleiden, waarbij het accent ligt op toenemende eigen verantwoordelijkheid. De leefstijlcoach zorgt er voor dat de samenwerking met het lokale sportaanbod intact blijft. Indien nodig verwijst de leefstijlcoach deelnemers naar professionals als uitgebreidere hulp nodig is (b.v. individuele behandeling bij fysiotherapeut of diëtist of psycholoog).

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

D. 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.

(1) Procesevaluatie Samen Sportief in Beweging (zie meegestuurde bijlage: Los & van Hal, 2017)

Tussen begin 2015 en eind 2017 zijn 28 interventies van Samen Sportief in Beweging geëvalueerd. Deze interventies zijn op 10 verschillende locaties en in samenwerking met verschillende organisaties uitgevoerd – soms als onderdeel van een groter programma.

Samen Sportief in Beweging is geëvalueerd op het gebied van 1) Bereik van de doelgroep, 2) Ervaren gezondheid en bewegen, 3) ervaringen van de doelgroep en 4) ervaringen van de professionals en organisatoren. Daartoe is gebruikt gemaakt van verschillende bronnen: ten behoeve van 1) en 2) is gebruik gemaakt van aanmeldformulieren en evaluatieformulieren. Ten behoeve van 3) zijn evaluatieformulieren en interviews met de doelgroep afgenomen en ten behoeve van 4) zijn interviews met professionals en organisatoren afgenomen. Hieronder worden de resultaten per onderdeel beknopt weergegeven (uitgebreidere toelichting; meegestuurde bijlage)

1. Bereik

In deze periode hebben 293 deelnemers meegedaan aan Samen Sportief in Beweging. Uit eerdere evaluaties is bekend dat ruim twee derde meer dan 80% aanwezig is (Procesevaluatie Samen Sportief Afvallen, 2014). De doelgroep blijkt vooral uit vrouwen (95%) met een migratieachtergrond (90%) te bestaan. Het merendeel heeft te kampen met overgewicht (circa 70%), de overige hebben obesitas. De gemiddelde leeftijd is 45 jaar. Alle deelnemers komen uit wijken met een lage sociaal economische achterstand.

2. Ervaren gezondheid en bewegen

Bij start met de interventie beoordelen de deelnemers (N=28) hun gezondheid met het gemiddelde cijfer 5,5. Na afloop kreeg hun gezondheid het gemiddelde cijfer 6,3. Afhankelijk van de locatie is gebleken dat 1 jaar na start met de basis cursus 38% tot 100% van de deelnemers nog steeds regelmatig sport.

3. Ervaringen doelgroep

Uit de evaluatieformulieren (n=24) blijkt dat de cursus gemiddeld met een 8,1 wordt beoordeeld. Deelnemers zijn vooral positief over de beweeglessen, deze worden beoordeeld met een 8,7. De voedingslessen worden beoordeeld met een 7,4 en de fysiotherapeut en diëtist krijgen respectievelijk een 7,7 en 8,1 gemiddeld. Uit de interviews blijkt verder dat de deelnemers meer energie hebben, fitter zijn, meer plezier hebben gekregen in bewegen, afgevallen zijn, meer aandacht hebben voor- en bewust zijn van voeding en bewegen, zich conditioneel beter voelen en positiever en zelfverzekerder in het leven staan. Het doel van de cursus

blijkt duidelijk te zijn. De deelnemers zijn op de hoogte gebracht welk beweegaanbod er is in de wijk en zij vinden dit beweegaanbod voldoende.

4. Ervaringen professionals en organisatoren

Uit de interviews met professionals en organisatoren van de cursussen blijkt dat de professionals het lesgeven goed afging. Het lukt om de deelnemers te enthousiasmeren. Fysiotherapeuten, diëtisten en sportaanbieders waren tevreden over hun eigen cursusmap en konden met de beschikbare formulieren werken ofwel naar eigen inzicht aanpassen. M.b.t. de samenwerking blijkt dat alle professionals het verloop van de samenwerking voldoende vonden. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden waren duidelijk. De organisator besteedt relatief de meeste tijd aan het project. De verschillende partijen hebben de taken volgens afspraak uitgevoerd. Bij meer dan de helft van de professionals heeft deze samenwerking geleid tot samenwerking op andere terreinen. Het wordt gewaardeerd dat er een organisator is die veel tijd besteed aan de coördinatie van de interventie. Als de samenwerkende huisarts/ praktijkondersteuners zeer betrokken zijn, loopt de groep beter. Uit de interviews met sommige organisatoren blijkt dat ze zich zorgen maken over de benodigde financiële ondersteuning die noodzakelijk is bij een interventie als deze. Deelnemers kunnen en/of willen het niet betalen en gemeentes en zorgverzekeraars houden financiering vooralsnog af. Organisatoren vinden het jammer dat er een lage respons is op het invullen van tussenevaluaties en eindevaluaties door deelnemers.

Uit de procesevaluatie blijkt dat de doelgroep bereikt wordt, met name vrouwen met een migratieachtergrond. De ervaringen zijn positief. Deelnemers weten welke gezonde en verantwoorde producten ze moeten gebruiken. Ze zijn in staat om maaltijden met minder suiker en vet te bereiden. Ze maken bewuste keuzes wat ze eten, hoeveel en wanneer. Deelnemers hebben tijdens de cursus kennis gemaakt met diverse vormen van beweging. Ze weten waar ze in de buurt bij sport- en beweegaanbieders kunnen blijven bewegen. Ze maken een keuze waar ze structureel gaan bewegen na de basis cursus. Ook de professionals en organisatoren zijn tevreden. Structurele financiering van SSiB is van essentieel belang voor de continuïteit van het inzetten van de interventie. De afgelopen jaren was het inzetten van SSiB afhankelijk van beschikbare subsidies vanuit verschillende domeinen van zorg, sport en gezondheid. Daardoor kon de uitvoering op onderdelen variëren, wel steeds met de vaste werkbare elementen. Het is gebleken dat SSiB goed was aan te passen aan de verschillende invalshoeken.

(2) Subdoelgroep analyse Samen Sportief in Beweging (zie meegestuurde bijlage: van Hal & Los, 2020)

In maart t/m mei 2020 is een analyse gedaan onder totaal 378 deelnemers, die zijn ingestroomd in de periode 2013 t/m 2018, om meer inzicht te geven in de sociaal economische status van die bereikte deelnemers.

Voor dit onderzoek zijn criteria opgesteld voor de afbakening van de laag sociaal economische status op het niveau van omgeving en persoon. Aan de hand van de contextuele (= aan de omgeving van het individu gebonden) en compositorische (aan de persoon gebonden) factoren is geanalyseerd wat de status is van de gemeenten, steden en wijken waar SSiB deelnemers heeft bereikt en welke status de deelnemers van betreffende gebieden hebben. Hiervoor is gebruik gemaakt van de openbare demografische gegevens van de gemeenten en zijn relevante documenten over SSiB geanalyseerd (aanmeldformulieren, ingevulde vragenlijsten, presentielijsten, effect studies door het Erasmus MC en eindverslagen van SportImpulsen Borne, Kerkrade en Zuidplas).

Van 280 deelnemers van in totaal 378 gestarte deelnemers waren voldoende gegevens beschikbaar om ze te benaderen voor het onderzoek. Uiteindelijk zijn 192 deelnemers bereikt voor een telefonisch interview. Antwoorden van deelnemers op de gestelde vragen zijn m.b.v. Microsoft Forms en Excel verwerkt in grafieken.

Op basis van de conclusies over de compositorische criteria van de sociaal economische status van de bereikte deelnemers kan gesteld worden dat binnen de gemeente Capelle, Rotterdam en Zuidplas de doelgroep met een lagere sociaal economische status bereikt is. In Borne heeft net iets minder dan de helft van de bereikte deelnemers een laag sociaal economische status. Over Kerkrade kunnen geen uitspraken worden gedaan vanwege ontbrekende gegevens.

Het hoogste aantal (111) van de bereikte deelnemers heeft middelbaar of voortgezet (beroeps)onderwijs gevolgd (58%). 46 bereikte deelnemers (24%) hebben de basisschool (niet) afgemaakt of speciaal basisonderwijs gevolgd. Hoger beroepsonderwijs werd afgerond door 26 deelnemers (14%) en 3 deelnemers ronden hun studie aan de Universiteit af (2%). 6 deelnemers wilden de vraag niet beantwoorden (3%).

Het opleidingsniveau van de bereikte deelnemers kan niet één op één met cijfers van laag, middelbaar en hoog onderwijsniveau volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek worden vergeleken omdat binnen de antwoordmogelijkheden binnen het middelbaar onderwijs geen onderscheid is gemaakt in de onderbouw en bovenbouw en in het soort MBO (1-4) dat is gevolgd.

De conclusie wordt getrokken dat Samen Sportief in Beweging bijna 3x zoveel deelnemers bereikt met alleen basisonderwijs (nl. 24%) in verhouding met het gemiddelde aantal mensen in Nederland (=9%). Daarnaast bereikt SSiB ongeveer de helft (16%) van de mensen met een hoger opleidingsniveau (HBO en universiteit) t.o.v. het gemiddelde in Nederland (30%) (bron:

<https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen/onderwijs-algemeen/hoogst-behaald-opleidingsniveau>).

71% van de deelnemers heeft geen betaalde baan of ontvangt een bijstandsuitkering. Van de deelnemers geeft 40% aan een bijstandsuitkering te ontvangen. Het netto huishoudinkomen was lager dan €1350 per maand voor 59% van alle bereikte deelnemers. In Nederland geldt dat 21% hiervan moet rondkomen. 42% van de deelnemers moet zelfs rondkomen van minder dan €1000 per maand, terwijl in Nederland 9% moet rondkomen van dat bedrag (bron <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/inkomensverdeling>, cijfers 2018).

Met betrekking tot de contextuele criteria voldoen alle bereikte gemeenten aan meerdere criteria, behalve Zuidplas. In Zuidplas is geselecteerd op het hebben van een bijstandsuitkering (93%) en heeft 96% van de deelnemers een inkomen van minder dan €1000 per maand, waardoor de doelgroep toch is bereikt.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

(1) Effect studie Samen Sportief in Beweging, een gecombineerde leefstijl interventie gericht op lagere sociaal economische groepen (Mölenberg, Mesch, Burdorf. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam: Rotterdam, The Netherlands. Augustus 2018.)

Het Erasmus MC (Burdorf et al., 2018) heeft een algemeen onderzoek gedaan in opdracht van Fonds NutsOhra naar de effecten van 45 cursussen die uitgevoerd zijn in de periode 2014 -2017. De resultaten daarvan worden hier uitgebreid beschreven. Het project bestond uit onderzoek naar de twee gedefinieerde fases binnen de uitrol van de interventie. In fase 1 richtte het onderzoek zich op meerdere locaties in Rotterdam, waarbij de interventies werden gecoördineerd door de interventie eigenaar. In fase 2 richtte het onderzoek zich op de locaties buiten Rotterdam (Moordrecht en Borne) waar de interventie werd geïmplementeerd. Alle locaties betroffen wijken waar veel mensen worden met een lage sociaal economische status. In de twee fases tezamen waren 270 deelnemers (83.9% vrouw). Van de vrouwen heeft 70.0% overgewicht en 22.5% obesitas. Voor mannen was dit respectievelijk 66.7% en 16.7%. De overige deelnemers hadden een gezond BMI maar namen deel vanwege vergelijkbare gezondheidsproblematiek dat door gedragsverandering te beïnvloeden was. De uitval in beide onderzoeken tezamen was klein, 22% van de deelnemers was minder dan 80% aanwezig. In beide fases werd voorafgaand, direct na de basiscursus en één jaar na aanvang van de basiscursus het gewicht, BMI, buikomvang, wandeltest en zelf ervaren gezondheid (met een rapportcijfer) gemeten. Hieronder worden deze onderzoeken afzonderlijk van elkaar beschreven.

In totaal hebben 222 deelnemers meegedaan aan de interventie in fase 1. Bij 172 deelnemers is het gewicht gemeten bij start en direct na de basiscursus. Direct na de basiscursus is het gewicht van 55 deelnemers (32.0%) met meer dan 2 kilo afgenomen, bij 105 (61.0%) deelnemers was geen (significante) verandering (tussen -2 en 2 kilo) en 12 deelnemers (7.0%) zijn meer dan 2 kilo aangekomen. Gemiddeld genomen is het gewicht van de deelnemers afgenomen is met -1.3 kg (95% CI: -1.8, -0,8) en dit bleef dalen tot één jaar na de basiscursus tot gemiddeld -2.7 kg (95% CI: -3.9, -1,6). De resultaten op BMI en buikomvang zijn vergelijkbaar, zowel direct na de basiscursus (BMI: -0.4 kg/m²; 95% CI: -0.6, -0.3 / buikomvang: -2.5 cm; 95% CI: -3.2,-1.9) als één jaar erna (BMI: -1.0 kg/m²; 95% CI: -1.3, -0.6 / buikomvang: -3.5 cm; 95% CI: -5.1,-1.9). Resultaten voor de 6-minuten wandel test was alleen een stijging in het aantal afgelegde meters te zien direct na de interventie, maar niet op lange termijn. Tot slot was de zelf-ervaren gezondheid toegenomen, zowel direct na de basiscursus (verschil van 0.9 punt; 95% CI: 0.7, 1.2) als een jaar later (verschil 1.3 punt; 95% CI: 0.9, 1.7). Deelnemers die meer dan 80% aanwezig waren (N=148) hadden op alle maten sterke positieve veranderingen, zowel direct na de basiscursus als één jaar erna. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat Samen Sportief in Beweging (SSiB) zorgt voor een verlaging van gewicht, een gezondere BMI en buikomvang en een beter ervaren gezondheid. Dit geldt niet alleen direct na de basiscursus, maar ook op de lange termijn.

Aan fase 2 103 mensen deelgenomen, van 43 deelnemers (41.7%) zijn volledige gegevens beschikbaar voor analyses. Direct na de basiscursus was het gewicht van 24 deelnemers (55.8%) met meer dan 2 kilo afgenomen en bij de rest was er geen verandering (N=19;44.2%). Gemiddeld genomen nam het gewicht direct na de basiscursus af met -2.6 kilo (95% CI: -3.4, -1,7) en 6 maanden later was dit -4.0 kilo (95% CI: -5.6, -2,4). Ook de BMI nam af (direct erna: -0.9kg/m²; 95% CI: -1.2, -0.6; 6 maanden later: -1.3 kg/m²; 95% CI: -1.9, -0.7). De buikomvang nam direct na de basiscursus af met gemiddeld -3.9 cm (95% CI: -5.1, -2.7) en de zelf ervaren gezondheid nam gemiddeld met 1 punt toe (95% CI: 0.3, 1.8). De resultaten uit dit onderzoek laten eveneens zien dat SSiB effectief is in het verbeteren van de gezondheid op korte en lange termijn. Tevens ondersteunt dit onderzoek dat SSiB goed uitgerold kan worden in verschillende locaties, gecoördineerd door samenwerkende organisaties.

De conclusies uit beide fases ondersteunen de duurzaamheid van SSiB alsmede de succesvolle implementatie op andere locaties. De gevonden positieve resultaten bleken aan te houden tot zes maanden en/of één jaar na de basiscursus, op de verschillende locaties. SSiB is effectief in het verlagen van lichaamsgewicht, BMI en buikomvang en verhogen van ervaren gezondheid in lager sociaal economische groepen.

(2) Effect studie Samen Sportief in Beweging: een focus op lagere sociaal economische groepen (Mölenberg, Burdorf. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam: Rotterdam, The Netherlands. Augustus 2020.)

Het Erasmus MC heeft een aanvullend onderzoek gedaan om in kaart te brengen wat de sociaal economische status was van de deelnemers ten tijde van deelname aan de interventie. De eerder gebruikte database met 270 deelnemers voor de eerdere effectstudie (Burdorf et al., 2018) is uitgebreid met indicatoren van sociaal economische status op persoonsniveau.

Sociaaleconomische status ten tijde van de interventie werd nagevraagd voor alle 270 deelnemers die tussen 2013 en 2018 hebben deelgenomen. Een lagere sociaal economische status werd gedefinieerd als er aan tenminste 1 criteria werd voldaan: geen opleiding of enkel basisschool afgerond, geen betaald werk of in de bijstand, maandelijks netto huishoud inkomen <€1350. Gewicht, BMI, buikomvang, 6-minuten wandel test en zelf ervaren gezondheid werden gemeten bij start, na afloop van de basis cursus, en op 3 momenten gedurende het jaar na start van de interventie. Mixed-models werden toegepast om veranderingen in gezondheidsmaten te evalueren over de tijd.

In totaal zijn er voor 183 van de 270 deelnemers (68%) inzichten gekregen over de sociaal economische status. Van de 183 deelnemers heeft 24% geen opleiding afgerond of enkel de basisschool, 71% heeft geen betaald werk of ontvangt een bijstandsuitkering, en 67% heeft een netto huishoudinkomen lager dan €1350 per maand. Ruim drie kwart van de deelnemers (78%) voldoet aan ten minste 1 criterium van lagere sociaal economische status, 1 op de 6 deelnemers (17%) voldoet aan alle criteria.

De deelnemers zijn gemiddeld 52 jaar, 19% is man, en 88% heeft een ongezond gewicht bij aanvang van de interventie. Deelnemers met een hogere sociale status hebben vaker een ongezond gewicht in vergelijking met deelnemers met een lagere sociale status. Voor de overige kenmerken zijn de groepen goed vergelijkbaar. In de beoogde doelgroep met een lagere sociaaleconomische status nam het gewicht gedurende de basis cursus van de interventie af met -1.1 kg (95% CI: -1.8, -0.4) en dit bleef dalen tot een jaar na de interventie tot -2.8 kg (95% CI: -4.4, -1.2). Ook een jaar na start van de interventie waren positieve veranderingen te zien voor BMI (-1.0 kg/m²; 95% CI: -1.5, -0.5), buikomvang (-4.0 cm; 95% CI: -5.7, -2.3), en zelf ervaren gezondheid (+1.0 punt; 95% CI: 0.4, 1.6). Voor de 6-minuten wandel test was alleen een stijging te zien direct na de basis cursus van de interventie, maar niet op langer termijn. Voor deelnemers met een hogere sociaaleconomische status waren de veranderingen in gezondheidsmaten iets gunstiger, met een gewichtsverandering van -4.2 kg (95% CI: -6.9; -1.5) een jaar na start van de interventie.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de deelnemers van SSiB uit lagere sociaaleconomische groepen komt. Voor deelnemers uit deze beoogde doelgroep veranderden gewicht, BMI, buikomvang en zelf ervaren gezondheid positief gedurende de basis cursus van de interventie, tot een jaar na start van de interventie. De interventie was nog effectiever voor deelnemers uit hogere sociaaleconomische groepen, maar grotere studies zijn nodig om dit te bevestigen.

(3) Onderzoek naar andere leefstijlinterventies in Nederland en daarbuiten

Samen Sportief in Beweging is doorontwikkeld op basis van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) 'van Klacht naar Kracht' en de 'Beweegkuur'. De Beweegkuur is erkend op het niveau van 'Eerste aanwijzingen voor Effectiviteit' (<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1800158>). Pakket 2 van de Beweegkuur is vergelijkbaar met Samen Sportief in Beweging. Beide interventies bestaan uit begeleiding door een leefstijlcoach, fysiotherapeut en diëtist gedurende 1 jaar. Het belangrijkste verschil tussen beiden is dat SSiB zich specifiek richt op mensen met een lage sociaal economische status en deze doelgroep ook bereikt. In het beschreven onderzoek hierboven (Mölenberg, Burdorf, 2020) is aangetoond dat SSiB effectief is voor deze doelgroep. De twee onderzoeken die hieronder beschreven worden zijn van interventies die ook specifiek gericht zijn op de doelgroep lage SES. Er wordt

aangetoond dat vergelijkbare onderdelen binnen de aanpak de determinanten leiden tot de gewenste effecten. Het gaat enerzijds om aangetoonde effecten, anderzijds om aanbevelingen die voortvloeien uit het verrichte onderzoek.

Voor beide interventies geldt dat ze zijn afgeleid van de BeweegKuur, maar dat opzet en aanpak aangepast zijn ten behoeve van de doelgroep met een lage sociaal economische status.

A. Evaluatierapport 'Lekker in je Lijf. eindevaluatie van de effecten en ervaringen. (Reijnen. GGD Hollands Midden. 2018)

Doel van deze proces- en effectevaluatie was om inzicht te krijgen in de behaalde effecten op het gebied van lichamelijke gezondheid, emotionele gezondheid, maatschappelijke participatie en lichamelijke activiteit. Daarnaast werd inzicht verkregen in de bereikte doelgroep en de ervaringen van de fysiotherapeut. In totaal werden 341 deelnemers bereikt in 9 plaatsen in het gebied Hollands Midden. De doelgroep lage SES werd bereikt doordat alleen deelnemers met een minima- polis bij Zorg en Zekerheid konden instromen (maximaal 120-130% van het bijstandsniveau). 48% van de deelnemers woont in Leiden. Van 322 deelnemers is een T0 meting beschikbaar. 118 deelnemers werden bereikt voor de T1 meting na afloop van de cursus van 18 weken. Van 62 deelnemers is een T2 beschikbare, 6 maanden na afloop van de interventie.

Uit analyses blijkt dat na afloop van de cursus na 18 weken 38% van de deelnemers vooruitgang ondervindt van de ervaren gezondheid (37% 6 maanden na afloop), 47% ervaart vooruitgang van de lichamelijke gezondheid (40%); 43% van de deelnemers beweegt veel meer dan voorheen en 43% iets meer (resp. 20% en 63% na 6 maanden); 38% voelt zich energiever (33% na 6 maanden). De conclusie is dat er subjectieve vooruitgang is van de lichamelijke en emotionele gezondheid. De blijvende effecten zijn nog beperkt. Er zijn geen blijvende en eenduidige effecten gevonden op het gebied van maatschappelijke participatie. In de aanbevelingen wordt aangegeven dat het effect groter kan zijn als er een goede doorstroom plaatsvindt naar het reguliere sportaanbod door een wijkgerichte aanpak met een warme overdracht. Tenslotte wordt aanbevolen om in te zetten op motivatie van de deelnemers door te kiezen voor een vraaggerichte en persoonlijke benadering en de deelnemers wegwijs te bieden op het gebied van andere problemen.

Vergelijk SSiB: de effectstudie van SSiB bestond uit twee onderzoeken. Onderzoek 1 betrof de interventies die werden uitgerold in de regio Rotterdam en gecoördineerd door de interventie eigenaar. Onderzoek 2 betrof de implementatie naar andere locaties (Moordrecht en Borne). In de twee onderzoeken tezamen waren 270 deelnemers. Alle locaties betroffen wijken waar veel mensen worden met een lage sociaal economische status. Aanvullend onderzoek (mei 2020) heeft aangetoond dat op basis van inkomen, taalvaardigheid en opleiding daadwerkelijk de lage SES is bereikt.

De aanpak van de beide interventies om de doelgroep lage SES te bereiken is vergelijkbaar. Bij beiden spelen de zorgprofessionals een centrale rol en is de warme overdracht naar het reguliere sportaanbod essentieel. De onderbouwing van beide interventies is gebaseerd op van elkaar afgeleide modellen, Lekker in je Lijf gebruikt het ASE model en SSiB het I-Change model. Determinanten die beide interventies gebruiken zijn o.a. het streven naar een positieve attitude voor verandering, het toepassen van motiverende gespreksvoering, het streven naar een sterke groepscohesie en het bevorderen van zelfvertrouwen en zelf-effectiviteit. Het onderzoek van Lekker in je Lijf toont aan dat het bestaande aanbod gevoelsmatig en praktisch niet aansluit op de behoeften die passen bij het niveau van sporten en eigen cultuur van de doelgroep.

Het onderzoek van Lekker in je Lijf richt zich vooral op de uitkomsten van de (zelf) ervaren gezondheid. Bij SSiB is dit een onderdeel naast maten zoals gewicht, buikomvang en BMI.

In het eerste onderzoek van SSiB is de zelf ervaren gezondheid toegenomen met 0,9 punt direct na de basiscursus en met 1,3 punt een jaar later (10- punts-schaal). In onderzoek 2 verbeterde de zelfervaren gezondheid met gemiddeld met 1 punt. De gevonden positieve resultaten bleken aan te houden tot zes maanden en/of één jaar na de basiscursus, op de verschillende locaties.

- B. a) Impact van deelname aan X-Fittt 2.0: Evaluatie-opzet en resultaten van de eerste fase van het programma.** (van Ravenhorst, Wagemakers, Mulderij. Wageningen University & Research. 2017).
- b) Tussentijdse effect-evaluatie X-Fittt 2.0.** (Verkooijen, K. T., Mulderij, L., Wagemakers, A. Wageningen University & Research. 2018).

Doel van deze effect evaluaties is een analyse van de korte termijn effecten (12 weken) en de effecten na 1 jaar van de interventie X-Fittt 2.0. Als uitkomsten is naar gewichtsafname, BMI en vetpercentage gekeken en naar zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven. De doelgroep zijn volwassenen met overgewicht en met een laag sociaal economische status (inkomen maximaal 120% van het bijstandsniveau).

145 deelnemers zijn begonnen met de cursus. Van 56 deelnemers zijn gegevens beschikbaar na 12 weken en van 26 deelnemers ook na 1 jaar.

Het gewicht was na 12 weken gemiddeld afgenomen met -5,7 kg en na 1 jaar -8,3 kg. De buikomvang nam met -5,9 cm af na 12 weken en -6,4 cm na 1 jaar. De BMI nam af met -1,9 punten na 12 weken en -3,2 punten na 1 jaar. De kwaliteit van leven nam na 12 weken net niet significant toe met 0,7 punten (VAS schaal 0,9 punten, net wel significant)

Vergelijk SSiB.

Bij onderzoek 1 van SSiB was bij T1 na 8 weken basiscursus het gewicht gemiddeld afgenomen met -1,3 kg en dit bleef dalen tot één jaar na de basiscursus tot gemiddeld -2.7 kg. De resultaten op BMI en buikomvang zijn vergelijkbaar, zowel direct na de basiscursus (BMI: -0.4 kg/m²; buikomvang: -2.5 cm) als één jaar erna (BMI: -1.0)

Bij het tweede onderzoek nam gemiddeld genomen het gewicht direct na de basiscursus af met -2.6 kg en 6 maanden later was dit -4.0 kg. Ook de BMI nam af (direct erna: -0.9kg/m² ; 6 maanden later: - 1.3 kg/m²). De buikomvang nam direct na de basiscursus af met gemiddeld -3.9 cm en de zelf ervaren gezondheid nam gemiddeld met 1 punt toe.

De onderzoeken van de Wageningen University laten grote overeenkomsten zien met SSiB wat betreft de werkzame elementen van X-Fittt 2.0. Overeenkomende elementen zijn beweeglessen in groepsverband, hoge opkomst en begeleiding van professionals als fysiotherapeut/beweegagoog, diëtist en leefstijlcoach. Op organisatorisch gebied zijn dit de toegankelijkheid voor mensen met een laag inkomen en een integrale aanpak.

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

E. 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

Inhoudelijke elementen

- Gecombineerde leefstijlinterventie: de combinatie is effectiever dan de afzonderlijke voedings- en beweegprogramma's;
- De combinatie van bewegen en begeleiding is bij deze doelgroep effectief;
- Individueel voedings- en beweegplan: samen met leefstijlcoach op zoek naar passende beweegactiviteiten in de wijk, rekening houdend met persoonlijke belemmeringen en mogelijkheden.
- Intensieve aanpak door middel van wekelijkse begeleiding bij gezond bewegen en regelmatige voedingsbijeenkomsten: dit is geassocieerd met gewichtsverlies en verandering in voedingsgedrag.
- Toepassen van motivational interviewing door de leefstijlcoach om gedragsverandering te bereiken en te behouden;
- Verbeteren van zelf-monitoring, bewustzijn en zelfregulatie: dit is geassocieerd met een gunstige verandering in leefstijl;
- In groepsverband en met 'gelijkgestemden': zorgt voor binding, sociale steun en meer enthousiasme;
- Programma sluit aan bij doelgroep: belangrijk voor compliance aan het programma;
- Uitstroomprogramma: deelnemers middels warme overdracht actief begeleiden bij het zelfstandig volhouden van de gedragsverandering;
- Onderhoudsprogramma zorgt voor bestendiging aangeleerde gezonde gedrag, zelfmanagement en tijdig ingrijpen bij terugval.

Praktische elementen

- Opzetten van een lokale stuurgroep: dit zorgt voor een netwerk met lokale organisaties, creëert draagvlak, en zorgt voor een goede verbinding tussen zorg en het lokale sportaanbod;
- Samenwerking in multidisciplinaire teams van generalisten (huisartsen en praktijkondersteuners, omdat zij poortwachters van de gezondheidszorg zijn en hiermee ook de lage SES groep bereiken) en specialisten (beweeg- en voedingsprofessionals, omdat zij specifieke leefstijladviezen kunnen geven);
- Aansluiten bij reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners: dit vergt weinig training, verhoogt de bereidheid om deel te nemen en komt de uitvoering ten goede;
- Duidelijk, beknopt draaiboek dat flexibiliteit biedt: mogelijkheid om programma aan te passen aan de lokale situatie;
- Betrekken van zorgverzekeraar: neemt financiële barrière weg;
- Een coördinerende zorgverlener binnen een locatie (leefstijlcoach).

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

F. 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(8), 1418-1420.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1991). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracn, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah: New Jersey: Erlbaum.
- Bemelmans, W., Wendel-Vos, G., Bogers, R., Milder, I., De Hollander, E., Barte, J., Jacobs-van der Bruggen, M. (2008). *Kosteneffectiviteit beweeg-en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur*.
- Berendsen, B. (2016). *Measurement and promotion of physical activity: evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care*. Maastricht University,
- Blokstra, A., Vissink, P., Venmans, L., Holleman, P., Van der Schouw, Y., Smit, H., & Verschuren, W. (2012). Nederland de Maat Genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking.
- Brug, J., van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (8e druk ed.). Assen: van Gorcum/Open Universiteit.
- de Vries, H. (2017). An Integrated Approach for Understanding Health Behavior. In *Psychology and Behavioral Science International Journal* (Vol. 2).
- de Vries, H., Mesters, I., van de Steeg, H., & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling*, 56, 154-165.
- de Vries, H., Mudde, A., I., L., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., . . . Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- 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. *Br J Gen Pract*, 58(553), 535-540. doi:10.3399/bjgp08X319648
- Gezondheidsraad (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Binnengehaald 6 aug 2020 van www.gezondheidsraad.nl.
- Gezondheidsraad (2017). Beweegrichtlijn 2017. Binnengehaald 6 aug 2020 van www.gezondheidsraad.nl.
- Helmink, J., Van Boekel, L., & Kremers, S. (2011). *Implementatie van de Beweegkuur: Monitorstudie onder zorgverleners*. Maastricht
- Kohl, H. W., 3rd, 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. *Lancet*, 380(9838), 294-305. doi:10.1016/s0140-6736(12)60898-8
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H., & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0: riochtljn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- 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(2), 157-161.
- Leemrijse, C. J., Veenhof, C., & de Bakker, D. H. (2013). Kennisvraag Zorg en Sport. Bewegen in de Buurt. https://nvl004.nivel.nl/nivel-2015/sites/default/files/bestanden/Nivel_Kennisvraag_ZorgSport-incl-cover-def.pdf
- Marques, A., Peralta, M., Naia, A., Loureiro, N., & de Matos, M. G. (2017). Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *European Journal of Public Health*, 28(2), 295-300. doi:10.1093/eurpub/ckx143 %J European Journal of Public Health
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (Vol. 2nd). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (Vol. 3rd): Ekklesia.

- Mölenberg, F. J. M., Mesch, A., & Burdorf, A. (2018). Effect studie Samen Sportief in Beweging, een gecombineerde leefstijl interventie gericht op lagere sociaal economische groepen. *Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam: Rotterdam, The Netherlands*.
- Mölenberg, F. J. M., & Burdorf, A. (2020). Effect studie Samen Sportief in Beweging: een focus op lagere sociaal economische groepen. *Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam: Rotterdam, The Netherlands*.
- Mulderij, L., Verkooijen, K., & Wagemakers, A. (2019). Gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1-2.
- Neovius, K., Rehnberg, C., Rasmussen, F., & Neovius, M. (2012). Lifetime productivity losses associated with obesity status in early adulthood: a population-based study of Swedish men. *Appl Health Econ Health Policy*, 10(5), 309-317. doi:10.2165/11632770-000000000-00000
- Nederlandse Diabetes Federatie (2015). NDF Voedingsrichtlijn 2015. Binnengehaald 6 aug 2020 van www.zorgstandaarddiabetes.nl.
- NHG. NHG-Standaard Obesitas. Huisartswet 2010, 55, 609-625. Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam (2010)
- RIVM (2017). https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/hoeveel_mensen_voldoen_aan_gr_beweegrichtlijnen_2017.pdf
- Reijnen, L. (2018). Evaluatierapport 'Lekker in je Lijf; eindevaluatie van de effecten en ervaringen'. *GGD Hollands Midden: the Netherlands*.
- Schokker, D. F., Visscher, T. L., Nooyens, A. C., van Baak, M. A., & Seidell, J. C. (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obes Rev*, 8(2), 101-108. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00273.x
- 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, 484823-484823. doi:10.1155/2015/484823
- van der Meer, V. (2017). Bewegen is goed, meer bewegen is beter. *Huisarts en wetenschap*, 60(12), 618-618.
- van Ravenhorst, C. Wagemakers, A., Mulderij, L.(2017). Impact van deelname aan X-Fitt 2.0: Evaluatie-opzet en resultaten van de eerste fase van het programma. *Wageningen University & Research: Wageningen, The Netherlands*.
- Verkooijen, K., Mulderij, L. & Wagemakers, A. (2019). Tussentijdse effect-evaluatie X-Fitt 2.0. *Wageningen University & Research: Wageningen, The Netherlands*.
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van, Zantinge, E.M. (2012). Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht?. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid/ Determinanten/ Persoonsgebonden/ Overgewicht, 2012
- Voorham, T., Schuring, M., Weduwe, d. K., & Burdorf, L. (2007). *Gezond aan de Slag: de effectiviteit van een gezondheidsinterventie voor uitkeringsgerechtigden in Rotterdam*. Rotterdam
- Wright, S. M., & Aronne, L. J. J. A. R. (2012). Causes of obesity. 37(5), 730-732. doi:10.1007/s00261-012-9862-x

G. 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?

In 2013, 2014 en 2017 is de interventie Samen Sportief in Beweging uitgevoerd in gebied Kralingen-Crooswijk in Rotterdam. In Crooswijk hebben volwassenen vergeleken met de rest van Rotterdam (en Nederland) een laag inkomen, bewoners ervaren hun gezondheid als slecht, voldoen veelal niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en bij meer dan de helft is sprake van overgewicht.

De interventie eigenaar heeft gezorgd voor een netwerk dat zich wilde inzetten en wilde samenwerken om de ervaren gezondheid van de bewoners te verbeteren. Zo zijn deelnemers doorverwezen vanuit de zorg (huisartsen/praktijkondersteuners/diëtisten), vanuit gemeente (Taskforce Tegenprestatie) en vanuit welzijn (lokale partij met een opdracht invulling inspanningsverplichting). Leefstijlcoach was een eerder opgeleide diëtiste (tijdens GLI Van Klacht naar Kracht) en een communitybuilder met de juiste competenties na deskundigheidsbevordering door de interventie eigenaar.

In totaal zijn 68 deelnemers in dit gebied bereikt. De deelnemers voelden een jaar na start fitter, vielen af, bewegen meer, eten gezonder, ervaren minder gezondheidsklachten tijdens het doen van actieve dingen en hebben een beter ervaren gezondheid. Daarnaast zijn ze ook nog eens meer vrijwilligerswerk gaan doen.

Een voorbeeld van een les gegeven door fysiotherapeut en sportaanbieder van een welzijnspartij in week 5 van de basiscursus:

Het betreft een cultureel diverse groep van 13 deelnemers, plus de fysiotherapeut en communitybuilder, waarvan de meesten sportkleding dragen. Er volgt een introductie van wat er vandaag op het programma staat. De sportaanbieder stelt zichzelf voor en legt uit dat na de basiscursus op donderdagochtenden in het wijkgebouw mee gedaan kan worden aan haar aanbod Bewegen op Muziek. De sportaanbieder geeft les en de fysiotherapeut geeft hierbij ondersteuning. De muziek wordt aangezet en de deelnemers beginnen met een wandeling door de zaal. Er wordt nog wat gekletst onderling. De voertaal is Nederlands, al worden uitstapjes naar het Turks en Arabisch gemaakt. Na wat jogging en warming up, beginnen de oefeningen.

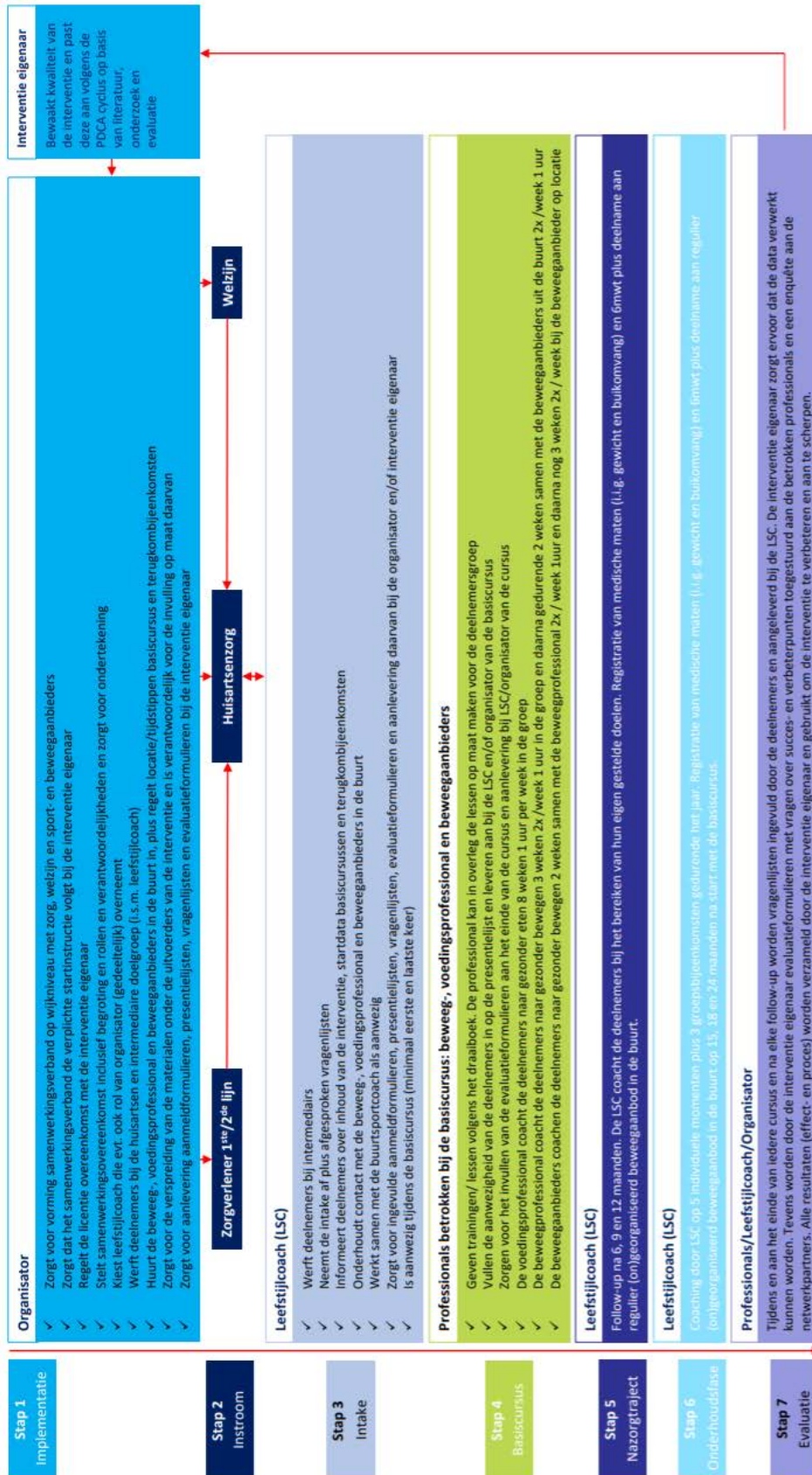
De sportaanbieder introduceert wat nieuwe oefeningen aan de groep. De inzet van de deelnemers is naar vermogen. Enkele deelnemers ervaren zichtbaar wat moeilijkheden en de fysiotherapeut neemt ze even apart en vraagt ze wat er aan de hand is. Vervolgens legt de fysiotherapeut uit hoe de deelnemers de oefening zo kunnen aanpassen dat ze rekening houden met hun eigen belastbaarheid. Dit heeft tot gevolg dat sommige deelnemers soms even uit rusten tussen de oefeningen in of oefeningen op een stoel doen.

Op zeker moment worden de oefeningen wat zwaarder gemaakt door flesjes water als gewichten te gebruiken. De sportaanbieder moedigt de deelnemers voortdurend aan om vol te houden of zich nog iets meer in te spannen. Deelnemers zijn zichtbaar gemotiveerd en doen lachend mee.

Op het eind van de les gaat de muziek uit en worden strek- en ontspanningsoefeningen uitgevoerd. Na een uur is de les afgelopen. De sportaanbieder vraagt of ze nog iets kan betekenen voor de deelnemers en geeft aan dat ze na de les nog beschikbaar is voor vragen. De deelnemers drinken samen nog wat thee en koffie. Dan gaat ook een presentielijst rond en wordt getekend, die de fysiotherapeut mee neemt.

Na de les overleggen de fysiotherapeut en sportaanbieder nog even hoe ze de les hebben ervaren. De fysiotherapeut geeft tips hoe om te gaan met specifieke deelnemers met klachten en geeft aan wanneer de sportaanbieder contact moet opnemen met de fysiotherapeut.

Bijlage I Stroomschema en tijdschema SSiB



Wat	Wanneer (aantal weken voor start)	Door wie
1. Implementatie		
Netwerk vormen met samenwerkingspartners	10	Organisator/leefstijlcoach
Volgen van startinstructie	10	Organisator, leefstijlcoach, beweeg- en voedingsprofessional
Cursusplanning (data, tijd, plaats)	8	Organisator/leefstijlcoach
Ruimte reserveren	8	Organisator/leefstijlcoach
Benodigdheden reserveren/verzamelen	6	Professionals
Inhoudelijke voorbereiding (draaiboek)	4	Professionals
Afspreken hoe en door wie nazorgtraject wordt uitgevoerd	4	Leefstijlcoach
2. Instroom		
Wervingsmateriaal maken en verspreiden	8	Organisator/leefstijlcoach
Persbericht	6	Organisator/leefstijlcoach
Deelnemers werven	Vanaf 8 weken	Samenwerkingsverband
Verwijzen naar leefstijlcoach	Vanaf 8 weken	Huisarts/POH
Exacte data vaststellen	6	Organisator/leefstijlcoach
Aanmelding	Vanaf 8 weken	Organisator/leefstijlcoach
3. Intake		
Individueel gesprek	Vanaf 4 weken	Leefstijlcoach
Vragenlijst en metingen	Vanaf 4 weken	Leefstijlcoach
4. Basis cursus		
Metingen	Cursus week 1 + week 8	Beweeg- en voedingsprofessional
Bewegen o.l.v. beweegprofessional	Cursus week 1 t/m 3	Beweegprofessional
Introductie beweegaanbieder met warme overdracht	Cursus week 4-5	Beweegprofessional/beweegaanbieder/Leefstijlcoach
Bewegen bij de beweegaanbieders	Cursus week 6 t/m 8	Beweegaanbieders
Voedingsvoorlichting	Cursus week 1 t/m 8	Voedingsprofessional
5. Nazorgtraject in de begeleidingsfase		
Drie bijeenkomsten na afloop cursus (een keer per kwartaal) evt. plus terugkommomenten op individuele basis	Bij 6, 9 en 12 maanden na start van de cursus	Leefstijlcoach
6. Onderhoudsfase		
Individuele contacten	Verdeeld naar eigen inzicht	Leefstijlcoach
Groepsbijeenkomsten	Bij 15, 18 en 24 maanden na start met basis cursus	Leefstijlcoach
7. Evaluatie		
Invullen evaluatieformulieren	1 week na afloop	Professionals
Resultaten verzamelen	1 week na afloop	Leefstijlcoach
Verwerken resultaten en evaluatieformulieren	Week 1 t/m 4 na afloop	Organisator/interventie-eigenaar
Zo nodig bijstellen opzet cursus	Na 4 weken na afloop	Interventie-eigenaar

Bijlage II De leefstijlcoach

Vanwege de centrale rol die de leefstijlcoach speelt in de interventie wordt de functie hier uitgebreider beschreven.

De werkzaamheden van de leefstijlcoach

De leefstijlcoach ondersteunt mensen in het zich gezonder voelen, met de mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. Passende keuzes hangen samen met individuele eigenschappen en de omgeving en niet alleen met de aard van de ongezonde routines. De leefstijlcoach helpt mensen om zich bewust te worden van de persoonlijke risico's die verbonden zijn aan hun leefstijl. Samen met de deelnemer wordt bekeken of ze een verhoogde kans op diabetes en cardiovasculaire ziekten hebben. Tevens worden leefstijlfactoren bekeken, zoals voeding en bewegen.

De leefstijlcoach helpt mensen in het bereiken van een duurzame gedragsverandering door het inbouwen van een nieuwe routine, een veranderde relatie met de omgeving en misschien zelfs een verandering van identiteit.

Bij de begeleiding door de leefstijlcoach staan 4 vragen centraal die de deelnemer bewust en expliciet of juist onbewust en impliciet aan de leefstijlcoach stelt:

1. Loop ik extra risico's vanwege mijn leefstijl?
2. Wat zijn voor mij passende keuzes?
3. Hoe kan ik mijn keuze(s) omzetten in gedrag?
4. Hoe kan ik duurzaam veranderen?

Een verandercyclus kent een logische volgorde. Soms spelen voor mensen vragen uit verschillende fasen tegelijkertijd een rol. De persoonlijke vraagstelling van de deelnemer is bepalend voor de vragen die in het proces van begeleiden centraal staan. De leefstijlcoach ziet erop toe dat relevante thema's niet onbesproken blijven.

Bij de gesprekken die gevoerd worden met de deelnemers wordt gebruik gemaakt van Motiverende Gespreksvoering. Afhankelijk van de fase van gedragsverandering wordt gebruik gemaakt van het exploreren van ambivalentie ("ik wil wel, maar..."), het ombuigen van weerstand, het herkennen van verandertaal en versterken daarvan, het versterken van zelfeffectiviteit en het opstellen van een actieplan. Het doel is om de motivatie tot verandering vanuit de deelnemer zelf te laten ontstaan en niet vanuit externe factoren.

De leefstijlcoach zal de deelnemer begeleiden naar passende integrale multidisciplinaire interventies vanwege hun gezondheidsbevorderende effect. De leefstijlcoach werkt samen met andere disciplines zoals: beweegprofessionals (o.a. fysiotherapeut), voedingsprofessionals (o.a. diëtist), huisarts, praktijkassistent, apotheek, GGD en welzijnsorganisaties. De leefstijlcoach is bereid en in staat om een bijdrage te leveren binnen een multidisciplinair team dat tot doel heeft de ervaren gezondheid van een persoon of groep mensen te bevorderen.

Het functieprofiel

Doel van leefstijlcoaching

Het doel van de leefstijlcoaching is de begeleiding van mensen met (een verhoogd risico op) leefstijl gebonden chronische aandoeningen naar een actieve leefstijl. Hiertoe coacht, informeert en adviseert de leefstijlcoach deelnemers om hun gezondheid te verbeteren. De leefstijlcoach tracht positieve determinanten van gezond gedrag te bevorderen, zodat het risico op aandoeningen zoals cardiovasculaire aandoeningen en/ of diabetescomplicaties wordt beperkt. De leefstijlcoach is verantwoordelijk voor de leefstijlcoaching en het begeleidingstraject. Het begeleidingstraject kent drie fases: de eerste fase met de nadruk op 'in staat zijn tot gezond gedrag', de tweede fase met nadruk op 'plezier hebben in gezond gedrag' en de derde fase van 'behoud van gezond gedrag'. De leefstijlcoach registreert de resultaten van de advisering en begeleiding op het gedrag van de deelnemer. Dit voor het meten van het verloop van het traject en de vorderingen van de

deelnemer bij het opvolgen van de gezonde leefstijladviezen. Om de resultaten van de leefstijl advisering en begeleiding te kunnen bepalen, wordt de mate van gezonde leefstijl van de deelnemers gemeten bij aanvang, tussentijds en aan het einde van het traject.

De leefstijlcoach is verantwoordelijk voor de doorverwijzing naar de verschillende disciplines (huisarts, fysiotherapeut, diëtist, maatschappelijk werk, GGZ in de eerste lijn etc.), een passend interventie binnen de zorg, welzijn of sport, de leefstijladvisering, het coaching- en begeleidingstraject en het organiseren/ stimuleren van groepsvoorlichting.

Inhoud functieprofiel

De term functieprofiel verwijst naar een gestructureerde verzameling uitspraken over competenties en specifieke beroepstaken, die als regel in de uitoefening van een beroep voorkomen. Dit functieprofiel beschrijft beroepstaken en de bijbehorende competenties van de leefstijlcoach die werkzaam is in de preventieve gezondheidszorg, multidisciplinair werkt en een integrale benadering hanteert. De competenties worden uitgewerkt in kennis, vaardigheden en attitudes.

Dit profiel is gebaseerd op de functieprofielen van de fysiotherapeut, diëtiste, maatschappelijk werker, praktijkondersteuner, verpleegkundige in de thuiszorg en sociaal psychiatrisch. Het profiel is opgesteld vanuit vier kerntaken met daarbij behorende functievereisten en competenties. Het accent ligt daarbij op coördinerende, motiverende en coachende taken.

Dit profiel is een richtlijn voor de taken m.b.t. leefstijlcoaching, als taak naast de reguliere functie.

Plaats in de organisatie

Bij SSiB werkt de leefstijlcoach binnen het samenwerkingsverband intensief samen met de huisarts, fysiotherapeut en eventueel praktijkondersteuner, diëtiste en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Indien sprake is van een dienstverband, wordt de leefstijlcoach hiërarchisch aangestuurd door de eigen direct leidinggevende.

Het profiel bestaat uit een viertal kerntaken:

1. Het psychosociaal begeleiden en coachen van deelnemers

De leefstijlcoach kent de praktische, fysieke en sociaal-emotionele barrières en bestaande structuren van het aanpassen van de leefstijl. De leefstijlcoach ondersteunt de deelnemer bij het doorbreken van deze barrières, rekening houdend met de beleving en ontplooiingsmogelijkheden van de deelnemer. De begeleiding kenmerkt zich door het coachen van de deelnemer door de leefstijlcoach. De deelnemer wordt gestimuleerd en gemotiveerd om uiteindelijk zelfstandig de verandering naar een gezonde leefstijl te willen en kunnen realiseren. De leefstijlcoach maakt samen met de deelnemer de stappenplannen naar een gezonde leefstijl.

2. Het informeren en adviseren van deelnemers

De leefstijlcoach is aanspreekpunt voor de deelnemer. De leefstijlcoach informeert en adviseert door het overdragen van feitelijke en relevante gegevens aan de deelnemer. De leefstijlcoach informeert deelnemers over de risicofactoren van leefstijlgebonden chronische aandoeningen zoals Diabetes Mellitus type 2 en/of depressieve klachten en het belang van een gezonde leefstijl. Daarnaast geeft de leefstijlcoach advies hoe de leefstijl te veranderen om gezondheidsverbetering te bereiken. De leefstijlcoach betreft de specifieke situatie van de deelnemer bij de advisering en houdt zo rekening met de omgeving van de deelnemer en de mogelijkheden van de deelnemer op fysiek, mentaal, sociaal en financieel gebied.

3. Het evalueren van de voortgang in gezonde leefstijl van deelnemers

De leefstijlcoach neemt bij de eerste ontmoeting een anamnese/intake af. Bij elke volgende ontmoeting van de deelnemer en de leefstijlcoach (in ieder geval 3, 6, 9, 12, 15, 18 en 24 maanden na start met de basis cursus zal geëvalueerd worden in hoeverre de deelnemer vooruitgang boekt in de aanpassing van de leefstijl. Het begeleidingstraject kent drie fases: de eerste fase met de nadruk op 'in staat zijn tot gezond gedrag', de tweede fase met nadruk op 'plezier hebben in gezond gedrag' en de derde fase van 'behoud van gezond gedrag'. De leefstijlcoach bepaalt aan de hand van de evaluatie samen met de deelnemer of deze door kan gaan naar de volgende fase in het traject.

4. Het coördineren van het zorgproces van deelnemers in het zorgnetwerk

De leefstijlcoach is verantwoordelijk voor de coördinatie van het (zorg)proces rondom de deelnemer binnen de interventie Samen Sportief in Beweging. Voor de uitvoering van het begeleidingstraject zorgt de leefstijlcoach voor de opbouw en onderhoud van een netwerk van relevante en functionele contacten in het werkveld. De leefstijlcoach heeft contacten met veel verschillende disciplines in de zorg, de wijkzorg en in de wijk, waaronder de fysiotherapeut, huisarts, praktijkondersteuner, de Thuiszorg, preventieve GGZ, sportaanbieders en aanbieders van leefstijlactiviteiten. De leefstijlcoach maakt en bewaakt de afspraken over instroom-doorstroom-uitstroom van deelnemers in het advies- en begeleidingstraject met de bovengenoemde disciplines en geeft terugkoppeling over de voortgang van de deelnemer.

Functievereisten

De leefstijlcoach heeft goede mondelinge communicatieve vaardigheden voor het coachen, informeren en adviseren van deelnemers en het gezamenlijk opstellen van doelstellingen met de deelnemer. De leefstijlcoach heeft affiniteit met het werkgebied van gedrag en gedragsverandering en de doelgroep en kan de verantwoordelijkheid dragen voor het samenwerkingsproces. De leefstijlcoach houdt andere disciplines zoals huisarts, fysiotherapeut en praktijkondersteuner betrokken bij de deelnemer en geeft hen gevraagd of ongevraagd advies m.b.t. de begeleiding van de deelnemer. De leefstijlcoach zorgt, om deelnemers te kunnen doorverwijzen, voor kennis van de sociale kaart rond het gezondheidscentrum/huisartsenpraktijk en contacten met de aanbieders van trainingen en faciliteiten voor fysiek oefenen van bewegen.

- Werk- en denkniveau: HBO, richting gezondheidszorg/ coachen
- Werkervaring: heeft ervaring met coachen in gedragsverandering, adviseren voor gezonde leefstijlen, zelfstandig werken, multidisciplinair samenwerken en netwerken.

Competenties:

- **Luisteren**
Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon in staat is belangrijke informatie op te pikken uit (non)verbale mededelingen, doorvraagt en ingaat op reacties. De leefstijlcoach begrijpt anderen ook als zij zichzelf niet goed kunnen uitdrukken of in zeer complexe en gespannen situaties. Kan het gesprek beïnvloeden en de sfeer door gevoelens en belangen te benoemen.
- **Probleemanalyse**
Hieronder wordt verstaan: een doelgerichte (gedelegeerde) zorgverlening en begeleiding aan chronisch zieken in de huisartsenzorg (met name aan patiënten met DM); op methodische wijze en met gebruikmaking van beschikbare standaarden en instrumenten voor de specifieke patiëntengroepen.
- **Coachen**
Hieronder wordt verstaan: de mate waarin in iemand in staat is capaciteiten van anderen te verbeteren door het stimuleren, motiveren en aanzetten tot nadenken over eigen gedrag en het zelf oplossen van problemen. De leefstijlcoach stimuleert en ondersteunt meerdere teams bij het bereiken van organisatiedoelstellingen. Geeft op basis van inzicht een duidelijk beeld van kwaliteiten en leerpunten van anderen. Stimuleert anderen en teams zich (persoonlijk) te ontwikkelen.
- **Adviesvaardigheid**
Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon de kennis, vaardigheden heeft en beschikt over de methodieken die nodig zijn om een ander te helpen een probleem te begrijpen, mogelijkheden te onderkennen en een oplossing te genereren.
De leefstijlcoach is proactief en leidt anderen op gestructureerde en professionele wijze naar de oplossing. Doorziet zowel relationele als inhoudelijke aspecten bij een probleem.
- **Inlevingsvermogen**
Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon zich verplaatst in anderen om hun houding en reacties te begrijpen.
De leefstijlcoach denkt proactief vanuit de situatie van de ander en geeft mogelijke richtingen aan.
- **Communiceren**
Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon in staat is een eigen mening, ideeën of feiten op een effectieve wijze onder woorden te brengen en op een tactvolle en effectieve wijze te reageren op behoeften en gevoelens van anderen.

De leefstijlcoach houdt bij contacten van verschillende niveaus rekening met verschillende behoeften en belangen; herkent tegenstellingen en kiest een geschikte aanpak. Neemt in een gesprek het initiatief en luistert actief, vat samen, vraagt na bij de ander, maakt gevoelens bespreekbaar. Geeft helder en duidelijk uitleg en maakt complexe zaken begrijpelijk.

- **Samenwerken**

Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon actief bijdraagt aan een gezamenlijk resultaat, ook wanneer geen direct eigen functioneel of persoonlijk belang aanwezig is.

De leefstijlcoach initieert en stimuleert interne, dan wel externe samenwerkingsverbanden in de werkomgeving. Weet personen met uiteenlopende belangen op één lijn te krijgen. Maakt en houdt zich aan afspraken, bewaakt naleving van afspraken van anderen in de werkomgeving.

- **Voortgang bewaken**

Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon in staat is de voortgang van eigen taken of activiteiten en/of die van anderen te bewaken en zeker te stellen. De leefstijlcoach bewaakt de voortgang van activiteiten of eenvoudige projecten. Stemt de voortgang van activiteiten regelmatig met anderen af. Plant meetmomenten, signaleert snel afwijkingen en komt met voorstellen om bij te sturen.

- **Oordeelsvorming**

Hieronder wordt verstaan: de mate waarin de persoon in staat is gegevens en mogelijke handelwijzen tegen elkaar af te wegen en tot realistische beoordelingen te komen.

De leefstijlcoach kan risico's inschatten van een aantal alternatieven en is in staat zelfstandig een oordeel te vellen over het meest optimale alternatief.

- **Plannen en organiseren**

Hieronder wordt verstaan: een doelgerichte organisatie van de eigen zorgverlening in de huisartsenpraktijk met een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen. Rekening houdend met de belangen van de praktijk en met de taken en activiteiten van andere teamleden, en externe professionals en instellingen.

Hieronder worden een aantal competenties verder uitgewerkt welke kennis, vaardigheden en attitude nodig zijn om de kerntaken uit te kunnen voeren.

1. **Probleemanalyse**

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- risicofactoren op leefstijlgebonden chronische aandoeningen zoals cardiovasculaire aandoeningen en diabetes type 2.
- de risicofactoren die van belang zijn om een inschatting te maken voor een individuele patiënt;
- Inclusie/exclusiecriteria SSiB -
- het beloop van leefstijlgebonden chronische aandoeningen (zoals diabetes type 2) en de factoren die de aandoening gunstig of ongunstig beïnvloeden;
- risicofactoren voor diabetes type 2 en de wijze waarop de verschillende risicofactoren elkaar beïnvloeden;
- NHG-richtlijnen over diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair risicomanagement;
- NDF-richtlijnen over gezonde voeding en voeding en bewegen;
- invloed van chronische aandoeningen zoals diabetes type 2 op de kwaliteit van leven (QOL);
- preventieve maatregelen;
- voorbereiding en uitvoering van lichamelijk onderzoek gericht op, lengte, gewicht en buikomtrek;
- parameters uit (laboratorium)onderzoek zoals capillaire/ veneuze bloedglucosewaarden, HbA1c, cholesterolwaarden, bloeddruk, inspanningsbeperking;
- instrumenten voor het in kaart brengen van beweeggedrag;
- (beweeg)angsten, ervaringen aan de kant van de patiënt.
- verwijsindicaties i.v.m. noodzakelijke zorg buiten SSiB (bij signalen van o.a. cardiovasculaire problematiek, retinopathie, voetproblemen, medicatieproblemen etc.);
- de deskundigheden en vaardigheden van specialisten en paramedici;
- samenwerkingsafspraken met derden (o.a. fysiotherapeut, diëtist, lokale sport- en beweegaanbod, internist);
- de lokale beweegactiviteiten (lokaal beweegaanbod).

De leefstijlcoach kan:

- gegevens verzamelen bij de huisarts/assistente/POH voor het cardiovasculair risicoprofiel;
- capillaire en veneuze bloedglucosewaarden interpreteren;
- laboratoriumonderzoek interpreteren van met name: HbA1c, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, cholesterol/ HDL-cholesterol ratio;
- lengte en gewicht en buikomtrek meten;
- de Quetelet-Index berekenen; BMI berekenen
- het cardiovasculair risicoprofiel opstellen en registreren;
- gericht aandacht besteden aan de aanwezigheid van andere risicofactoren en/of aandoeningen;
- gegevens verzamelen voor het vaststellen van het beweeggedrag;
- gegevens verzamelen voor het vaststellen van de fase van gedragsverandering;
- een dossier maken;
- resultaten uit een inspannings-ECG interpreteren;
- beweegvoorkeuren van de patiënt in kaart brengen;
- leefstijlfactoren en gedrag (bevordert /belemmerend) in relatie tot de ziekte inventariseren.
- voorlichting geven over verwijsmogelijkheden;
- verwijzen naar een geschikt beweegprogramma;
- verwijzen naar de diëtist i.v.m. veranderingen in beweegpatroon (diabeten), opstarten behandeltraject (pre-diabeten) voor voedingsvoorlichting t.b.v. gewichtsbeheersing;
- communiceren met de arts over het verdere beleid.

2. Coachen

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- beïnvloeding van de verschillende risicofactoren en de verwachte winst;
- angsten en belemmeringen aan de kant van de patiënt;
- belemmeringen aan de kant van de arts/praktijkondersteuner;
- counselingtechnieken, zoals globale advisering over voeding en gewicht;
- de sociale kaart van de regio;
- de Bewegnorm;
- de verschillende medicatiegroepen die worden gebruikt bij diabetes type 2;
- effect van de medicatie op de risicofactoren;
- bijwerkingen van de medicatie en eventuele zelfmedicatie.

De leefstijlcoach kan:

- uitleg geven over manieren om de verschillende risicofactoren gunstig te beïnvloeden en de gevolgen daarvan voor het beloop van de aandoening en/of de kans op ziekte;
- counseling geven;
- de gekozen interventie plannen en afstemmen met activiteiten van andere professionals en instanties en de gekozen interventie uitvoeren;
- de interventie beoordelen op effectiviteit en efficiëntie en naar aanleiding daarvan actie ondernemen;
- probleemgericht rapporteren in het (elektronisch medisch) dossier;
- in overleg met patiënt een beoogd resultaat formuleren en een resultaatindicator hiervoor aangeven;
- een beweegplan opstellen;
- het calorieverbruik per beweegactiviteit per tijdseenheid berekenen;
- instructie, advies en begeleiding geven ten aanzien van voeding en het uitvoeren van het Bewegplan (aansluitend bij NDF-Richtlijnen);
- de specifieke situatie van de patiënt bij de advisering betrekken en houdt zo rekening met de omgeving van de deelnemer en de mogelijkheden van de deelnemer op fysiek, mentaal, sociaal en financieel gebied.

De leefstijlcoach:

- past algemene adviesvaardigheden toe: onderhandelt over behoeften, weet om te gaan met tegenstrijdige motieven en weerstand, beschouwt het intake(vraag)gesprek als een interventie, comprimeert gegevens, is in staat professionele en persoonlijke context te scheiden;
- past interpersoonlijke vaardigheden toe: assertiviteit, behulpzaamheid, confrontatie, (reflectief) luisteren;
- is geloofwaardig en betrouwbaar;

3. Samenwerken

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- kent de lokale samenwerkingspartners in de eerste lijn;
- de lokale sport en beweegaanbieders;
- de definitie van samenwerken en weet wat multidisciplinair samenwerken inhoudt;
- onderhandelingsprincipes;
- technieken voor conflicthantering;
- de feedbackregels.

De leefstijlcoach kan:

- met patiënt(systeem), teamleden, externe professionals (bijv. fysiotherapeuten, diëtisten, lokale sport- en bewegingsbegeleiders) en instanties een functionele (samenwerkings)relatie opbouwen en onderhouden;
- omgaan met en onderhandelen over (mogelijke) tegenstrijdige belangen van samenwerkingspartners;
- met patiënt(systeem), externe professionals en instanties vragen, problemen en knelpunten in de samenwerking benoemen en bespreken;
- (potentiële) conflicten signaleren, benoemen en daarbij adequaat handelen;
- met patiënt(systeem), teamleden, externe professionals en instanties een beoogde verbetering in de samenwerking bespreken;
- in uiteenlopende situaties een keuze maken uit gesprekstechnieken en –vormen ten behoeve van uiteenlopende situaties functioneel schriftelijk en mondeling communiceren;
- aan patiënt(systeem), teamleden, externe professionals en instanties feedback geven en van hen feedback ontvangen.

De leefstijlcoach:

- heeft overtuigingskracht en bevordert teamgeest;
- bewaakt de grenzen van het eigen professioneel handelen;
- stelt belangen van de organisatie voorop;
- hanteert een gemeenschappelijke taal;
- handelt integer;
- respecteert de kennis van andere professionals.

4. Voortgang bewaken

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- belemmerende en positieve factoren van therapietrouw;
- hoe motivatie tot stand komt en wat hij of zij eronder verstaat;
- het gedragsverklaringsmodel (Stages of Change Prochaska & DiClemente);
- de praktische, fysieke en sociaal-emotionele barrières en bestaande structuren van het aanpassen van de leefstijl (voeding- en beweeggedrag);
- de werking en functie van patiëntinstrumenten voor het in kaart brengen van beweeggedrag (beweegscore, beweeggedrag);
- de werking en functie van patiëntinstrumenten voor het in kaart brengen van de fysieke situatie van de patiënt en de sociale- en persoonlijkheidsfactoren van de patiënt;
- de definitie van Motivational Interviewing (MI) en de kent de 5 basistechnieken van MI;
- wat ambivalentie is;
- procesevaluatie methoden;
- reflectietechnieken

De leefstijlcoach kan:

- de fasen in gedragsverandering onderscheiden en herkennen bij de patiënt;
- bepalen welke gedragsfactoren en emotionele factoren samenhangen met het gezondheidsprobleem van de patiënt en/of dit beïnvloeden;
- met de patiënt ambivalentie aan de hand van voor- en nadelen van gewenst gedrag exploreren;
- met de patiënt de beoogde gedragsverandering vaststellen;

- ondersteunt de patiënt bij het doorbreken van zijn/haar barrières, rekening houdend met de beleving en ontplooiingsmogelijkheden van de patiënt;
- bespreekt knelpunten en barrières en monitort de fase van gedragsverandering;
- ziet coachen als een interventie; maakt keuze uit toepasbare – Motivational Interviewing technieken en materialen;
- motiveert en stimuleert ten einde compliance te realiseren;
- biedt een passende begeleidingsstructuur (frequentie en zo mogelijk aanhakend bij de reguliere diabetescontrole);
- geeft voedingsadviezen in algemene zin gericht op regulatie van glucosewaarden tijdens en na beweegactiviteiten en ter regulering van het lichaamsgewicht;
- neemt contact op met andere disciplines bv. diëtist, SMI, fysiotherapeut en sportarts;
- stimuleert deelname aan het sport- en bewegingsaanbod (bij voorkeur groepsactiviteiten);
- wijst de patiënt op de eigen verantwoordelijkheid en respecteert deze zelf ook
- evalueert tussentijds op resultaat en proces;
- evalueert de inhoud van het beweegplan;
- evalueert het effect van het beweegplan;
- toets de haalbaarheid en stelt het beweegplan bij;
- evalueert het effect van de voedingsadvisering;
- evalueert de gedragsverandering bij de patiënt;
- begeleid de uitstroom;
- signaleert terugval;
- kan reflecteren op eigen rol in het geheel.

5. Adviesvaardigheid

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- voorlichtingsaspecten over de beïnvloeding van risicofactoren;
- het effect van leefstijlinterventie (bewegen, gewichtsbeïnvloeding, voeding);
- de voedingsadviezen voor Diabetes en bewegen;
- de belemmerende en positieve factoren van therapietrouw.

De leefstijlcoach kan:

- patiënten informeren over de risicofactoren van diabetes type 2 en het belang van bewegen;
- een educatie-interventie kiezen en bespreken met de patiënt, en hem hierover adviseren;
- de educatie-interventie plannen en afstemmen met activiteiten van andere professionals en instanties;
- voorlichtingsmateriaal beoordelen op functionaliteit en kwaliteit;
- de kwaliteit van de educatie en voorlichting analyseren, verbeterpunten benoemen, en prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen;
- een voorlichtingsgesprek voeren;
- gedragsveranderingstechnieken (zoals bij gewichtsreductie en meer bewegen) toepassen;
- voorlichtingsmateriaal hanteren.

De leefstijlcoach:

- is geloofwaardig en betrouwbaar;
- werkt systematisch en methodisch;
- redeneert vanuit een interdisciplinair en multicausaal perspectief;

6. Plannen en organiseren

De leefstijlcoach heeft kennis van:

- actuele protocollen en procedures in de praktijk;
- controleschema's, zoals geadviseerd in de NHG-standaard Diabetes Mellitus;
- compliantie bevorderende maatregelen (compliantie = de patiënt houdt zich aan afspraken);

- de methoden voor veilige overdracht van gegevens en bespreekt binnen het samenwerkingsverband de manieren waarop kanalen gebruikt kunnen worden.

De leefstijlcoach kan:

- eigen spreekuur of visites plannen, organiseren, uitvoeren, afronden en evalueren;
- consultvoeringstechnieken hanteren;
- werkruimte, tijd voor overleg en evaluatie en samenwerking met praktijkassistente afstemmen;
- laboratoriumonderzoek (HbA1c, cholesterol, inspannings-ECG) aanvragen in overleg met de huisarts;
- gebruik maken van een registratiesysteem voor het bewaken van controles, het maken van afspraken en het bijhouden en registreren van patiënteninformatie;
- eigen werkzaamheden en die van andere professionals (in- en extern) zowel inhoudelijk als organisatorisch op elkaar afstemmen;
- op verantwoorde wijze taken verdelen en overdragen aan huisarts, praktijkassistente(n), andere praktijkondersteuners en externe professionals;
- knelpunten en verstoringen in eigen praktijkvoering zelfstandig oplossen;
- eigen deskundigheid onderscheiden van die van de huisarts, praktijkassistente(n), andere praktijkondersteuners en externe professionals. Met handhaving van de eigen professionaliteit flexibel met grenzen om weten te gaan;
- zorgt voor de uitvoering van het begeleidingstraject en voor de opbouw en onderhoud van een netwerk van relevante en functionele contacten;
- heeft contacten met veel verschillende disciplines in de zorg, waaronder de fysiotherapeut, huisarts, praktijkondersteuner, diëtist en aanbieders van sport- en beweegactiviteiten;
- initieert groepsbijeenkomsten voor patiënten over specifieke onderwerpen zoals voeding en bewegen;
- organiseert multidisciplinair en / of interdisciplinair overleg;
- maakt en bewaakt de afspraken over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten gedurende het advies- en begeleidingstraject met de bovengenoemde disciplines en geeft terugkoppeling over de voortgang van de patiënt;
- zorgt voor de inhoudelijke afstemming van de adviezen van betrokken professionals.

De leefstijlcoach:

- is verantwoordelijk voor de coördinatie van het (zorg)proces rondom de patiënt.
- beschouwt alles wat de deelnemer bespreekt als vertrouwelijk en deelt alleen gegevens met toestemming van de deelnemer;
- bespreekt met de groep dat wat binnen een groep besproken wordt vertrouwelijk is en dat het ten alle tijden binnen de groep blijft, tenzij anders besproken en met instemming van de deelnemer.