

# Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

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

Naam organisatie: Reinier de Graaf Gasthuis

Postadres: Reinier de Graafweg 5, 2625 AD, Delft

E-mail: leefstijl@rdgg.nl

Telefoon: 015 260 3060

**Website** (van de interventie): in wording

## **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Dave Schweitzer

E-mail : D.H.Schweitzer@rdgg.nl

Telefoon : 0653212551

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Sytian Mimpfen-Haak, Nienke ten Hoor, Geke Blok, Dave Schweitzer, Sietske Helder

Titel interventie: Gezond & Vitaal | Voor zorgprofessionals

Databank(en): nvt

Plaats, instituut: Delft, Reinier de Graaf Gasthuis

Datum: 30 oktober 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.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak .....	9
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>20</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	21
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>23</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>24</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>26</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

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

*Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals* is ontwikkeld in het Reinier de Graaf ziekenhuis te Delft, en richt zich specifiek op zorginstellingen. Het hoofddoel van de interventie is om gezondheidsvaardigheden van zorgprofessionals te verbeteren, want kennis over gezondheid alleen is niet genoeg.

Zorgprofessionals dragen de verantwoordelijkheden, emotionele belasting, en werkdruk kenmerkend voor de zorgsector op hun schouders, en lopen daardoor meer risico op burnout en ziekte. Als wij goed zorgen voor zorgprofessionals, dan kunnen zij goed (kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar) zorgen voor patiënten.

Van 2012 tot en met 2018 deden 130 medewerkers van het Reinier de Graaf ziekenhuis mee aan de interventie. Zij zijn op alle (sub)doelen vooruitgegaan, en dit effect blijft aanwezig zes maanden na afloop. Als sterke punten benoemen de deelnemers het inzicht, en bewustzijn van denken en doen (mindfulness) dat ze opgedaan hebben.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De leefstijlinterventie is gericht op zorgprofessionals (zorgverleners, en mensen met een zorg ondersteunende functie). De gemene deler is mensen die te maken hebben met de verantwoordelijkheden, emotionele belasting, en werkdruk die kenmerkend zijn voor de zorgsector.

## **Doel** – max 50 woorden

Zorgprofessionals hebben vertrouwen in eigen kunnen bij het toepassen van gezondheidsvaardigheden, om de eigen gezondheid voorop te stellen zelfs als de omstandigheden lastig zijn. Ze zijn zich bewust van het eigen gedrag en valkuilen, en weten wat ze nodig hebben om vol te houden en hun eigen doelen te halen.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Deze leefstijlinterventie bestaat uit 12 wekelijkse workshops van twee uur per keer, in groepen van 8 tot 12 personen. Daarnaast hebben de deelnemers op individuele basis een intake plus drie vervolggconsulten bij een diëtist. Zes maanden na afloop van de workshops komt de groep nogmaals bij elkaar voor een follow-up.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Er is een handboek met richtlijnen, en tijdens de training worden voorbeelden uitgedeeld van wervingsmateriaal, powerpointpresentaties, vragenlijsten en overig cursusmateriaal. Er wordt aangemoedigd om de materialen (binnen de richtlijnen van het handboek) aan te passen naar de eigen situatie.

## Onderbouwing – max 150 woorden

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

Een gezonde leefstijl is extra belangrijk voor zorgprofessionals. De hoge werkdruk, verantwoordelijkheid en emotionele belasting kenmerkend voor de zorg kan leiden tot stress, burnout en ziekte. Dit heeft niet alleen impact op de zorgprofessional zelf en hun functie als rolmodel; het beïnvloedt ook de kwaliteit en kosten van het zorgsysteem.

Kennis over een gezonde leefstijl alleen is niet genoeg; je moet ook over gezondheidsvaardigheden beschikken. Bewustzijn en juist omgaan met stress maakt mensen weerbaarder voor externe prikkels, waardoor het makkelijker wordt om ongezond gedrag te doorbreken. Daarmee bouw je vertrouwen op in eigen kunnen (Self-efficacy), en voorkom je een terugval bij lastige omstandigheden.

De workshops en individuele begeleiding zijn gebaseerd op de principes van het ASE-gedragsmodel, aangevuld met kennis over de meest effectieve combinaties van gedragstechnieken (Dusseldorp, 2013). Doordat de opgedane kennis gelijk toegepast wordt op de eigen situatie, ontwikkelen deelnemers duurzame gezondheidsvaardigheden en krijgen ze regie over eigen gezondheid.

## Onderzoek – max 100 woorden

De leefstijlinterventie werd voltooid door 124 van de 130 deelnemende zorgprofessionals. De deelnemers zijn op alle (sub)doelen verbeterd, en dit effect blijft aanwezig zes maanden na afloop.

De Self-efficacy score "ik kan" is toegenomen van gemiddeld een 5,6 naar 7,2. Emotioneel en extern eten is afgenomen; vitaliteit en algemene gezondheid is toegenomen. Beweging nam toe met gemiddeld een halve dag per week, gewicht nam af met 5,4%.

Als sterke punten benoemen deelnemers het inzicht en bewustzijn dat ze hebben opgedaan (aspecten die het docententeam zich als hoofddoel had gesteld), en dit blijft stabiel door de tijd heen.

# 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?*

Het leefstijlprogramma is gericht op zorgprofessionals. Naast zorgverleners kunnen dit ook mensen met een zorg ondersteunende functie zijn, bijvoorbeeld administratief of management gerelateerd.

De gemene deler is mensen die te maken hebben met de verantwoordelijkheden, emotionele belasting, en werkdruk die kenmerkend zijn voor de zorgsector, en die hun leefstijl willen verbeteren.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Er zijn geen intermediaire doelgroepen.

Wel dient de huidige doelgroep indirect *zelf* als intermediaire doelgroep, want het huidige leefstijlprogramma wordt door de licentiehouder verder doorontwikkeld voor patiëntenzorg. Het leefstijlprogramma voor patiënten kan dan profiteren van de betrokkenheid van lokale zorgprofessionals, en reeds gerealiseerde lokale netwerkstructuren. Zorgprofessionals die zelf meer controle ervaren over hun eigen leefstijl, kunnen ook patiënten beter motiveren om ook te gaan werken aan hun leefstijl.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

Meedoen aan het leefstijlprogramma is vrijwillig. Deelnemers kunnen zichzelf aanmelden voor het programma, waarna een kennismakingsgesprek (screening) plaatsvindt. In het kennismakingsgesprek wordt de doelstelling van de interventie (zie 1.2 Doel) en de persoonlijke doelstelling van de deelnemer besproken. Kernvragen tijdens de kennismaking zijn:

- Waarom doe je mee?
- Wat zijn je doelstellingen?
- Wanneer is het voor jou geslaagd?

Wanneer het programma onvoldoende aansluit (naar oordeel van ofwel de deelnemer ofwel de diëtist) wordt afgeraden om te starten, en mensen mogen alleen meedoen wanneer ze zich kunnen committeren aan

deelname van tenminste 10 van de 12 workshops en alle diëtistische consulten (1x intake, 3x vervolgconsult). Deelnemers kunnen worden geëxcludeerd indien zij onvoldoende geschikt geacht worden om deel te nemen aan het groepsproces van de workshops, bijvoorbeeld als er een voorgeschiedenis is van persoonlijkheids- of psychiatrische stoornissen.

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

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

De interventie is ontwikkeld op basis van de ervaring van de auteurs (van deze interventiebeschrijving) met interventies voor patiënten. Vervolgens is het doorontwikkeld voor de doelgroep aan de hand van feedback van de doelgroep.

Na iedere workshop zijn de deelnemers gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen, waarbij ze een rapportcijfer geven aan de workshop en ruimte hebben voor een toelichting. Tijdens de laatste workshop werd deelnemers gevraagd om een eindevaluatie formulier in te vullen, waarbij ook algemene feedback over het programma werd gevraagd. De feedback van de deelnemers was belangrijk voor het onderzoek naar de uitvoering (zie ook 4.1 Onderzoek naar de uitvoering). Deze continue feedback loop is belangrijk voor de stabiliteit van het programma, en het monitoren en bijsturen op kwaliteit en doeltreffendheid waar nodig.

## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Zorgprofessionals hebben vertrouwen in eigen kunnen bij het toepassen van gezondheidsvaardigheden, om de eigen gezondheid voorop te stellen zelfs als de omstandigheden lastig zijn.

Ze zijn zich bewust van de impact van het eigen gedrag (verkeerde eetgewoontes, overmatig alcoholgebruik, roken, te weinig beweging, teveel stress, te weinig slaap) op de eigen gezondheid, en kunnen gezondheidsvaardigheden toepassen op de eigen situatie. Bewustzijn van denken en doen, het kunnen stellen van haalbare doelen, en vertrouwen in eigen kunnen spelen hierbij een sleutelrol. Het groepsproces is belangrijk voor (h)erkenning en steun, en helpt de deelnemers bij hun eigen individuele proces.

**Subdoelen** – max 350 woorden

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

Er wordt gewerkt met de volgende subdoelen, met aandacht voor het ontwikkelen van vertrouwen in eigen kunnen (Self-efficacy; ik weet, ik kan):

- zichzelf motiveren om een gezond leefpatroon te volgen.
- een gezond bewegingspatroon toepassen.
- ondermijnende gedachten bij zichzelf herkennen.
- ondermijnende gedachten aanpakken.
- voorkomen dat ze keuzes maken die ongezond voor hen zijn.
- verstandig boodschappen doen die goed voor hen zijn.
- realistische doelen stellen ter verbetering van hun leefstijl.

Indien er sprake is van overgewicht, wordt ook gestreefd naar 5% gewichtsreductie. De kennis en de vaardigheden van de deelnemers wordt vooraf, na afloop en zes maanden na afloop getoetst door middel van een (in huis ontwikkelde) vragenlijst op het gebied van Self Efficacy ("ik weet, ik kan") op basis van bovenstaande zeven subdoelen. Daarnaast wordt een vragenlijst over eetgedrag ingevuld (van Strien, 2005), waarbij gemeten wordt hoe sterk er gereageerd wordt op emotionele en externe prikkels met betrekking tot eetgedrag (bijvoorbeeld eten als reactie op emoties en stress).

Als indicatie van het kunnen toepassen van de opgedane kennis en vaardigheden op het gebied van leefstijl wordt de algemene gezondheid vooraf, na afloop en zes maanden na afloop gemeten. Hiervoor wordt een vragenlijst over de algemene gezondheidstoestand (van der Zee & Sanderma, 1993) en een vragenlijst over het beweegpatroon (Wendel-Vos et al., 2003) ingevuld, en worden er metingen gedaan van lengte en gewicht (BMI).



## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie – max 200 woorden

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

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De leefstijl interventie bestaat uit een individuele diëtistische intake, gevolgd door 12 gezamenlijke workshops op groepsniveau. De workshops worden wekelijks gegeven (dus gedurende 12 weken), en duren twee uur per keer. Parallel aan deze workshops hebben de deelnemers op individuele basis ook nog drie vervolggconsulten bij de diëtist. Zes maanden na afloop van de workshops komt de groep nogmaals bij elkaar voor een follow-up.

### Planningsschema:

- Screening (voorafgaand aan deelname, zie 1.1 Doelgroepen)
- Individuele intake diëtist (45-60 minuten)
  - Planning: 1-3 weken voorafgaand aan de workshops
- Workshops plus vervolg consulten diëtist
  - Planning: 12 weken aansluitend
  - 12 wekelijkse workshops met de groep (2 uur per keer)
  - 3 individuele vervolggconsulten bij de diëtist (30 minuten per keer)
- Follow-up met de groep (2 uur)
  - Planning: Zes maanden na de laatste workshop

### Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

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

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

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

### Vorbereiding

Wanneer een zorginstelling of zorggroep interesse heeft om *Gezond & Vitaal | Voor zorgprofessionals* aan te bieden binnen hun eigen organisatie, dan kunnen ze contact opnemen met de licentiehouders (zie Colofon) voor de licentie en bijbehorende training. De directie van de zorginstelling of zorggroep wijst een projectleider aan, die vervolgens een kernteam samenstelt (bestaande uit interne of externe medewerkers) dat invulling aan de workshops zal gaan geven. Het kernteam voor *Gezond & Vitaal | Voor zorgprofessionals* bestaat tenminste uit: een leefstijlcoach, een diëtist, en een gedragscoach (zie ook 2 Uitvoering / Opleiding en competenties). Het kernteam volgt samen met de projectleider de train-the-trainer cursus in het Reinier de Graaf ziekenhuis. Zodra het kernteam samengesteld is kan de train-the-trainer cursus en de eerste interventie gepland worden. Idealiter start de screening van deelnemers (zie volgende alinea) binnen twee maanden na afronding van de cursus, dus zodra de cursusdatum vastgesteld is kan gestart worden met de algemene voorbereiding (zie 2. Uitvoering / Locatie en / Randvoorwaarden) en werving van deelnemers.

### Werving, aanmelding en screening

Deelnemers worden geworven via promotieflyers die uitgedeeld worden, en opgehangen worden op centrale locaties. Daarnaast worden teamleiders persoonlijk geïnformeerd over de leefstijl interventie, en hen wordt gevraagd hun teamleden te informeren over de mogelijkheid van deelname. Voordat potentiële deelnemers kunnen starten vindt er eerst een kennismaking (screening en selectie) plaats, zie 1.1 Doelgroepen, specifiek de sectie “Selectie van doelgroepen”. Aangeraden wordt om een minimum van 8 deelnemers per groep aan te houden om de interventie van start te laten gaan, en per groep een maximum van 12 aan te houden.

### **Individuele intake en vervolgconsulten diëtist**

Tijdens de diëtistische intake wordt een eerste situatieschets van de leefstijl van de deelnemer gemaakt, en worden de eerste metingen gedaan (**meetmoment 1**; antropometrische metingen door de diëtist plus online vragenlijsten om thuis in te vullen). Tijdens de intake komen de volgende onderwerpen aan bod: de individuele hulpvraag, huidige leefstijl, omgevingsfactoren, motivatie, en voedingsanamnese. Iedere deelnemer krijgt een individueel dagmenu mee naar huis, en krijgt uitleg over gezonde voeding, indien van toepassing een koolhydraatbeperkt dieet, en uitleg over het belang van verzadiging. Tijdens de vervolgconsulten wordt de individuele situatie van de deelnemer besproken, en kan het dagmenu worden aangepast waar nodig. De focus van de diëtist is telkens op het aanleren van gezondheidsvaardigheden en kennisoverdracht om meer controle te ervaren over denken en doen, daarbij is er aandacht voor moeilijke momenten en terugvalpreventie.

### **Workshops**

Er worden 12 wekelijkse workshops gepland. De workshops worden gegeven door de leden van het kernteam, en door externe professionals gekozen door het kernteam (bijvoorbeeld een kok, mindfulness- of timemanagement trainer, of medisch specialist). De leefstijlcoach is bij iedere workshop aanwezig, en bewaakt de door het kernteam vooraf opgestelde doelen en samenhang in het programma. De leefstijlcoach is ook verantwoordelijk voor het groepsproces en de continuïteit in begeleiding van de individuele deelnemers, en evalueert dit ad hoc (indien nodig) met het kernteam. Na afloop van de workshops worden er wederom metingen gedaan (**meetmoment 2**; antropometrische metingen tijdens de laatste workshop plus online vragenlijsten om thuis in te vullen).

De inhoud van de workshops wordt op hoofdlijnen voorgeschreven, en het bestaande opleidingsmateriaal is beschikbaar om te gebruiken. Kernteams in opleiding zullen worden aangemoedigd om het opleidingsmateriaal aan te passen naar de eigen doelgroep, mits de voorgeschreven doelstellingen per workshop voldoende geborgd blijven. Van belang is het verzamelen van feedback van deelnemers (zie 1.1 Betrokkenheid doelgroep) en het uitvoeren van metingen conform de voorschreven meetmomenten, welke de basis zullen vormen voor de jaarlijkse evaluatie en terugkomdag (zie ook de beschrijving onder 2. Uitvoering / Kwaliteitsbewaking).

De gemene deler voor iedere workshop is dat er aandacht besteed wordt aan bewustzijn (denken en doen), zowel bij de kennisoverdracht als bij de praktische oefeningen. Daarnaast werkt iedere workshop met de elementen van gedragsverandering (van Dale et al., *Werkzame elementen RIVM Centrum Gezond Leven*), namelijk:

- Geef informatie over de link gedrag-gezondheid
- Geef informatie over de voor- en nadelen van actie
- Gebruik afspraken na afloop van de workshop

Iedere workshop start met een rondvraag en persoonlijke terugblik (groepsproces), hierbij wordt reflectie op de persoonlijke gedragsdoelen gestimuleerd. Laat iedereen (in het kort) vertellen hoe het de afgelopen week is gegaan. Let er hierbij op dat zij eerst benoemen wat goed is gegaan en welk aandeel zij hierin hebben gehad. Daarna kunnen eventuele moeilijke momenten aan bod komen. Veel mensen zijn namelijk geneigd negatieve ervaringen op de voorgrond te plaatsen en positieve ervaringen te vergeten.

Daarna wordt de workshop inhoudelijk gestart. Inhoud per workshop in het kort:

1. Kennismaking en introductie leefstijlinterventie
  - a. Uitleg over factoren die meespelen bij een gezonde leefstijl, en het gevaar van een ongezonde leefstijl
  - b. Vooruitblik naar de andere workshops van de leefstijlinterventie
  - c. Persoonlijke factoren benoemen om aan te werken
2. Energiemanagement en doelen stellen
  - a. Uitleg over het belang van energiemanagement
  - b. Persoonlijk nagaan wat energie geeft, is dit voldoende? Is er een link met je leefstijl?

- c. Concreet doelen stellen volgens SMART voorwaarden.
- 3. Motivatie en mindfulness
  - a. Uitleg over de werking van de hersenen, en de automatische piloot
  - b. Uitleg over aandacht en bewustzijn.
  - c. Doelen stellen en persoonlijke motivatiekaart maken
- 4. Gezond op het werk
  - a. Uitleg over stress, signalen van stress leren herkennen bij jezelf
  - b. Handvatten krijgen voor de aanpak van stress, werken aan draagkracht en assertiviteit
- 5. Bewegen
  - a. Uitleg over bewegen en relatie met de hersenen
  - b. SWOT analyse; leren wat je persoonlijke argumenten zijn om wel / niet te bewegen
  - c. Persoonlijke doelen stellen
- 6. Timemanagement en menuplanning
  - a. Uitleg over belang van planning in relatie tot voeding
  - b. Uitleg over eten door stress, stress door eetgedrag, en bewustzijn
  - c. Omgaan met moeilijke momenten
  - d. Vooruitplannen en praktische boodschappen/kook adviezen, een eigen verantwoord weekmenu kunnen opstellen
- 7. Denken en doen: (leefstijl)gedrag
  - a. Uitleg over denkfouten, ondermijnende gedachten, relatie tot gedrag
  - b. Bewustwording van een negatieve gedachtenspiraal
  - c. Eigen irrealistische gedachten vervangen met realistische gedachten
- 8. Weet wat je eet
  - a. Etiketten leren lezen, bewustzijn van wat je eet, laat je niet vangen en neppen
  - b. Producten kunnen vergelijken en beoordelen
- 9. Eet je fit
  - a. Eetgedrag, waarom eten we (interne en externe prikkels)
  - b. Risico's van ongezonde voeding op lichaam en geest
  - c. Herkennen van honger en verzadigingssysteem in relatie tot gezondheid van lichaam en geest
- 10. Appels en peren
  - a. Invloed van erfelijkheid en omgeving, sociale factoren, en verslavingen
  - b. Werking hersenen, stress, hormonen, en vetverdeling
  - c. Gezondheidseffect van gewichts- en/of orgaanvetreductie en de handhaving ervan
- 11. Proeverij
  - a. Bewust proeven
  - b. Nieuwe smaakcombinaties leren waarderen
  - c. Kookworkshop: hoe kan je gezond, eenvoudig én lekker koken
- 12. Terugvalpreventie
  - a. Bewustzijn van eigen valkuilen
  - b. Handreikingen om constructief om te gaan met valkuilen
  - c. Ontwikkelen persoonlijk actieplan
  - d. Vooruitkijken naar de geplande evaluatie over zes maanden

### Follow-up

Zes maanden na afloop van de workshops komt de groep nogmaals bij elkaar, onder leiding van de leefstijlcoach. Ervaringen worden besproken en vragen worden beantwoord, aan de hand van eerder behandelde thema's. Ook worden er nogmaals metingen gedaan (**meetmoment 3**; antropometrische metingen tijdens de follow up, plus online vragenlijsten om voorafgaand aan de follow-up thuis in te vullen).

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

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

Het kernteam in opleiding wordt aangemoedigd om eigen materialen te ontwikkelen voor de uitvoering en werving, zodat ze zich in eigen woorden kunnen uitdrukken gericht op hun eigen zorginstelling. Hiervoor ontvangen ze tijdens de training een handboek met richtlijnen, en kunnen ze voorbeelden inzien van de licentiehouder.

Voor werving zijn de volgende voorbeelden beschikbaar: een wervingsposter, wervingsbericht voor potentiële deelnemers, wervingsbericht aan teamleiders, en een informatie- een aanmeldingsbrief voor deelnemers. Voor de uitvoering is een voorbeeld van een cursusmap beschikbaar met daarin informatie over (het registreren van) aanwezigheid, afmelden, en privacy van deelnemers. Daarnaast zijn er verschillende voorbeelden van het opleidingsmateriaal beschikbaar (powerpoint presentaties, oefeningen, en informatie sheets).

Voor de evaluatie zijn alle vragenlijsten beschikbaar die rechtenvrij zijn (bronvermelding wel verplicht). Voor de vragenlijsten die niet rechtenvrij zijn zal informatie over het aanschaffen ervan, en/of over rechtenvrije alternatieven, gedeeld worden. Van het kernteam in opleiding wordt verwacht dat zij zelf de infrastructuur voor het delen van de vragenlijsten met de deelnemers, en het (geautomatiseerd) verzamelen van de data conform hun eigen reglementen en de AVG, verzorgen.

NB: Voor de antropometrische metingen (lengte, gewicht en eventueel vetpercentage) wordt verwacht dat de zorginstelling en/of diëtist eigen meetapparatuur heeft (geijkte bioïmpedantie weegschaal, meetlint).

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

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

De interventie kan uitgevoerd worden door grotere zorginstellingen, zorggroepen en samenwerkingsverbanden (richtlijn meer dan 250 medewerkers). Bijvoorbeeld: ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, maatschappelijke opvang, of samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijnszorg (zorggroepen en huisartsengroepen). Met name zorginstellingen en zorggroepen die geïnteresseerd zijn om op termijn ook een interventie voor patiënten aan te bieden worden aangemoedigd om deel te nemen.

Voor de workshops is een afsluitbare ruimte nodig (bijvoorbeeld een vergaderzaal) met ruimte voor circa 15 personen, met een computer, beamer, en flipover of whiteboard met stiften. Voor de screeningsgesprekken en individuele consulten bij de diëtist is privéruimte nodig met tafel en computer (ruimte voor twee personen), bijvoorbeeld een praktijkruimte in een diëtistenpraktijk of een afsluitbare werkkamer met ruimte voor twee personen.

Voor zorginstellingen die te klein zijn, of vanwege andere redenen niet aan de randvoorwaarden kunnen voldoen, biedt het Reinier de Graaf ziekenhuis ook samenwerkingsmogelijkheden. Neem contact op met de licentiehouder voor de mogelijkheden.

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

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

De projectleider vanuit de zorginstelling moet aantoonbare ervaring hebben met het organiseren van projecten, het aansturen van een team, budgetbeheer, verzamelen en beheren van privacygevoelige data, en het schrijven van (management) rapportages. De projectleider is minimaal HBO opgeleid.

Het kernteam bestaat uit een (intern of extern aangestelde) leefstijlcoach, Kwaliteitsregister Paramedici (KP) geregistreerde diëtist, en gedragscoach met aantoonbare ervaring op het gebied van begeleiding bij zorg specifieke werkstress (mag ook als duo-functie ingevuld worden bijvoorbeeld door een psycholoog NIP samen met een arbo-arts).

De leefstijlcoach moet aantoonbare ervaring met Motivational Interviewing hebben. Verder is het van belang dat de diëtist achter de principes van een koolhydraatbeperkt dieet staat, omdat de workshops over voeding en gewicht (en in geval van overgewicht ook de diëtistische consulten) hierop gebaseerd zijn. De diëtist moet voldoende kennis hebben om adequate antropometrische metingen te doen. De gedragscoach moet aantoonbare ervaring hebben met de principes van mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Tenslotte moet er binnen het kernteam tenminste één persoon aantoonbare ervaring hebben met het geven van onderwijs, trainingen, en/of een andere vorm van groepsbegeleiding.

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

De projectleider en het kernteam in opleiding volgen gezamenlijk de train-the-trainer cursus in het Reinier de Graaf ziekenhuis, en volgen ieder jaar een terugkomdag waarbij de resultaten van de door hen gegeven interventie(s) samen met de trainers geëvalueerd worden. Na iedere laatste workshop evalueert het kernteam de behaalde resultaten, en de feedback van de deelnemers. Deze evaluatie(s) zijn de basis voor de terugkomdag. Aan de hand van de feedback en resultaten wordt het programma voor toekomstige workshops, indien nodig, bijgesteld.

Tijdens de terugkomdag wordt de instelling door de trainers beoordeeld op de kwaliteit van de geregistreerde data (zoals aanwezigheid deelnemers, antropometrische metingen, en vragenlijsten tijdens de meetmomenten), en op het voldoende verwerken van feedback van de deelnemers en van de trainers. De resultaten van de evaluatie worden gezamenlijk terug gerapporteerd aan de directie van de zorginstelling of zorggroep, en samenwerking met andere zorginstellingen en de licentiehouder ten behoeve van wetenschappelijke publicaties wordt aangemoedigd.

Na het volgen van de train-the-trainer cursus wordt een licentie voor 1,5 jaar afgegeven, welke na iedere terugkomdag bij een voldoende beoordeling verlengd wordt met een jaar.

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

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

- Er moeten middelen en kanalen beschikbaar zijn voor het werven van deelnemers.
- Er moeten geschikte ruimtes beschikbaar zijn (zie ook 2. Uitvoering / Locatie).
- De verzamelde data van deelnemers moet veilig en adequaat verwerkt worden. Er moeten privacy afspraken gemaakt worden, zodat de deelnemers precies weten wat de zorginstelling wel en niet met hun data gaat doen en wat hun rechten zijn (conform AVG).
- Er moeten afspraken gemaakt worden over privacy van de informatie die in de groep gedeeld wordt.

- De deelnemers moeten zich binnen het programma voldoende veilig voelen binnen de groep en bij de begeleider van het groepsproces.
- De stabiliteit in begeleiding door de leefstijlcoach tijdens de workshops moet geborgd worden, in uitzonderlijke situaties (bijvoorbeeld afwezigheid van de leefstijlcoach door overmacht of ziekte) moet het kernteam beslissen hoe zij de stabiliteit in begeleiding voldoende op kunnen vangen.
- De algemene voorbereiding en de werving van deelnemers moet voorafgaand aan de train-the-trainer cursus starten, zodat er voldoende tijd is voor deelnemers om zich aan te melden.
- De eerste terugkomdag moet binnen 1,5 jaar na het volgen van de train-the-trainer cursus gepland worden.

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

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

Voor een succesvolle implementatie raden wij aan dat de leefstijlinterventie onderdeel uitmaakt van een groter beleid gericht op het welzijn van zorgprofessionals. Het is van belang dat dit beleid goed aansluit op de ervaren problematiek binnen de eigen organisatie. Een veilige en ongedwongen omgeving is essentieel voor het behalen van goede resultaten. Als de organisatie beschikt over een interne coachpool (of vergelijkbaar), dan raden wij aan om deze coaches al in een vroeg stadium te betrekken bij de voorbereiding.

Voor het management van geïnteresseerde zorginstellingen, zorggroepen, en samenwerkingsverbanden biedt het Reinier de Graaf ziekenhuis de mogelijkheid om een masterclass te volgen omtrent *good practices* bij het implementeren van beleid ten behoeve van het welzijn van zorgprofessionals. Masterclasses worden gepland op basis van interesse en beschikbaarheid, neem voor meer informatie contact op met de licentiehouders.

Voor grotere organisaties (richtlijn meer dan 250 medewerkers) is het financieel interessant om de leefstijlinterventie intern te organiseren, als onderdeel van het eigen Personeel & Organisatie (P&O) beleid. Een kernteam van de eigen organisatie wordt bij aanvang in het Reinier de Graaf ziekenhuis getraind conform de richtlijnen uit dit werkblad, en organiseert vervolgens zelfstandig - op de eigen locatie - de leefstijlinterventie voor de eigen zorgprofessionals.

### **Kosten** – max 200 woorden

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

#### **Train-the-trainer cursus (eenmalig, per kernteam)**

- Materiële kosten: € 2600,- exclusief BTW
  - o Eenmalige training van 8u, locatie Reinier de Graaf ziekenhuis.
  - o Inclusief materiaalkosten, parkeerkosten en lunch.
- Personele kosten: Van het kernteam en de projectleider wordt verwacht dat zij aanwezig zijn, en tenminste 8 uur aan voorbereiding besteden.

#### **Terugkomdag (structurele kosten, per kernteam per jaar)**

- Materiële kosten: € 1300,- exclusief BTW eenmalig
  - o Jaarlijkse training van 4u, locatie Reinier de Graaf ziekenhuis.
  - o Inclusief materiaalkosten, parkeerkosten en versnaperingen.
- Personele kosten: Van het kernteam en de projectleider wordt verwacht dat zij aanwezig zijn, en tenminste 4 uur aan voorbereiding besteden.

### **Interventie (structurele kosten, per interventie)**

- Personele kosten:
  - o Schatting inzet projectleider; 60u
  - o Schatting inzet kernteam; 160u bestaande uit:
    - 15x screening a 1u; 15u
    - 12x dietistische intake a 1u, plus 3x per deelnemer vervolconsult a 30min; 30u
    - 12x voorbereiding workshop a 2u per workshop (docent + leefstijlcoach); 48u
    - 12x workshop a 2u met twee begeleiders per keer (docent + leefstijlcoach); 48u
    - 1x follow-up a 2u met leefstijlcoach; 2u
    - Voorbereiding evaluatie kernteam (3 personen) a 4u; 12u
    - Evaluatie kernteam (3 personen) a 2u; 6u
- Exclusief materiële kosten voor locatie

### 3. Onderbouwing

#### Probleem – max 400 woorden

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

Een ongezonde leefstijl (verkeerde eetgewoontes, overmatig alcoholgebruik, roken, te weinig beweging, teveel stress, te weinig slaap) ontregelt de stofwisseling en veroorzaakt overmatige ontstekingsprocessen. Interventies gericht op leefstijl zijn effectief in het verlagen van de ziektelast voor verschillende aandoeningen (Molema et al., 2019). Een groep medisch specialisten, hoogleraren, en economen hebben berekend dat inzetten op leefstijlgeneeskunde het kabinet structureel minstens 2 tot 4 miljard per jaar zou kunnen besparen (van Winkelhof & van 't Land, 15 mei 2019) (van 't Land et al., 21 oktober 2019).

Een gezonde leefstijl is extra belangrijk voor zorgprofessionals. De hoge werkdruk, verantwoordelijkheden en emotionele belasting kenmerkend voor de zorg, kunnen leiden tot stress, burnout, en ziekte als gevolg van een ongezonde leefstijl (Ruotsalainen et al., 2015). Van de zorgprofessionals in Nederland geeft 44% aan een (zeer) hoge werkdruk te ervaren (CBS, 30-09-2019). Het ziekteverzuim onder zorgprofessionals is één van de hoogste van Nederland; in 2019 was het 5,7% vergeleken met 4,4% in andere sectoren (CBS, 16-03-2020). Het aantal zorgprofessionals dat gebruik maakt van psychische zorg is 6,8% in 2019 (IZZ - Zorgverzekeraar voor zorgprofessionals, 28-06-2020). Onder verpleegkundigen en verzorgenden is 49% pessimistisch over de toekomst van hun vakgebied, en overweegt 11% de zorg te verlaten als er niks verandert (V&VN beroepsvereniging, 2017). In 2017 verliet 19,3% van de zorgprofessionals zijn of haar werkgever, en verliet 8,1% de zorgsector (VWS Rapportage commissie werken in de zorg, 2018). Als reden voor vertrek wordt veelal de hoge werkdruk, de inhoud van het werk, en het management genoemd (VWS Rapportage commissie werken in de zorg, 2018).

Dit heeft niet alleen impact op de zorgprofessionals, maar ook op de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid van de zorg (West et al., 2018). Het risico op fouten neemt toe, en het maken van fouten verhoogt de kans op burnout - waardoor een vicieuze cirkel ontstaat (West et al., 2018). Het grootste probleem is dan ook niet het *aantal* gewerkte dagen (niet het verzuim), maar de kwaliteit en het werkplezier *tijdens* de gewerkte dagen. Het werken in de zorg is geen sprint maar een marathon, en als er niet goed gezorgd wordt voor zorgprofessionals dan zal dit op de lange termijn resulteren in onbetaalbare zorg van lage kwaliteit.

#### Oorzaken – max 400 woorden

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

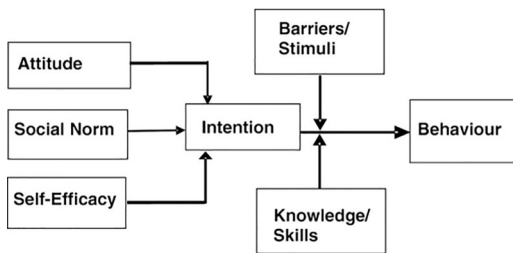
Kennis over een gezonde leefstijl is niet genoeg; gezondheidsvaardigheden om die kennis toe te kunnen passen op de eigen situatie is belangrijk voor de gezondheid. Leeftijd, inkomen, werk, opleidingsniveau en culturele achtergrond hebben allemaal invloed op gezondheid, maar lage gezondheidsvaardigheden is de sterkste voorspeller van iemands gezondheid (Rademakers, 2014).

Het gaat dan bijvoorbeeld om algemene gezondheidsvaardigheden, zoals haalbare doelen kunnen stellen, in actie kunnen komen, volhouden, en het kunnen omgaan met emotie en tegenslag (WWR, 2017). Ook onvoldoende bewustzijn over de link tussen het eigen gedrag en gezondheid, is een deel van de oorzaak van het probleem (Dusseldorp, 2013). Sommige mensen hebben niet genoeg zelfvertrouwen om hun leefstijl te verbeteren, hebben te veel stress, of hebben het oprecht moeilijker door genetische risicofactoren of hun sociaaleconomische situatie (van Ommen et al., 2018).

Vertrouwen in eigen kunnen (Self-efficacy, ook wel Eigen-effectiviteit) is nodig om gedrag te kunnen veranderen. De Self-efficacy theorie vindt zijn grondslag in het ASE-gedragsmodel (de Vries, 1988). Het



ASE-gedragsmodel gaat ervan uit dat er verschillende factoren van invloed zijn op de intentie om het gewenste gedrag daadwerkelijk uit voeren. De basis wordt gevormd door attitude, sociale invloed, en eigen effectiviteit. Vervolgens kan een gebrek aan vaardigheden of eventuele barrières nog roet in het eten gooien (zie onderstaand figuur, bron figuur: van Minde, 2019).



Voor zorgprofessionals is het objectief moeilijk om een gezonde leefstijl toe te passen, omdat er ook niet-beïnvloedbare oorzaken van toepassing zijn. Gemiddeld is er in iedere organisatie minstens één, moeilijk vervulbare, openstaande vacature (CBS, 30-09-2019). Daar komt bij dat het aantal patiënten toeneemt, en de gemiddelde zorgvraag complexer wordt (NVZ Brancherapport 2018). Stress en mentale belasting heeft impact op het vermogen om doelen te kunnen stellen, en deze te kunnen volhouden (WWR, 2017). Een hoge werkdruk en onregelmatige werktijden verhogen de kans op een burnout (West et al., 2018), met name bij mensen die onvoldoende gezondheidsvaardigheden beheersen (Ruotsalainen et al., 2015).

*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?*

De leefstijlinterventie kan de algemene werkdruk van de zorgprofessionals niet wegnemen, maar het kan zorgprofessionals wel ondersteunen om er zo goed mogelijk mee om te gaan. De aan te pakken factoren hebben als doel om de regie over eigen gezondheid, ook onder lastige omstandigheden, te behouden. Het ontwikkelen van vertrouwen in eigen kunnen (Self-efficacy; ik weet, ik kan) speelt daarbij een sleutelrol.

Kennis en de relatie tussen gedrag en gezondheid:

- functioneren van eigen lijf
- de impact van stress
- de impact van een gezonde leefstijl
- de relatie tussen denken en doen
- gezonde voeding en beweging

Gezondheidsvaardigheden:

- zichzelf motiveren om een gezond leefpatroon te volgen.
- een gezond bewegingspatroon toepassen.
- ondermijnende gedachten bij zichzelf herkennen.
- ondermijnende gedachten aanpakken.
- voorkomen dat ze keuzes maken die ongezond voor hen zijn.
- verstandig boodschappen doen die goed voor hen zijn.
- realistische doelen stellen ter verbetering van hun leefstijl.

*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.*

Om volgens een gezonde leefstijl te leven moet je weten wat gezond is, maar moet je ook verschillende gezondheidsvaardigheden beheersen. Voorbeelden hiervan zijn dat je informatie moet kunnen verzamelen, begrijpen en toepassen op je eigen situatie; je moet kunnen plannen, uitvoeren en volhouden; je moet voldoende zelfvertrouwen hebben in eigen kunnen (Self-efficacy), en om kunnen gaan met tegenslag, stress en verdriet. Niet iedereen beschikt in dezelfde mate over die gezondheidsvaardigheden, en onder stress en mentale belasting is het (zelfs als je die vaardigheden hebt) moeilijker om het te realiseren (WWR, 2017).

Bewustzijn van, en beter omgaan met, stress helpt bij het kunnen uitvoeren en volhouden van zelfcontrole. Het maakt mensen weerbaarder voor externe prikkels, en het wordt makkelijker om gewoontegedrag te doorbreken en te focussen op lange termijn doelen (WWR, 2017). Daarmee bouw je vertrouwen op in eigen kunnen, en voorkom je een terugval bij lastige omstandigheden. Er is nog relatief weinig bewijs over de trainbaarheid van gezondheidsvaardigheden, maar er is wel voldoende aanleiding om nieuwe interventies hiervoor op te zetten en te evalueren (Rademakers, 2014) - mits er geen sprake is van een verplichting tot training (WWR, 2017).

Motivatie is een belangrijk onderdeel van het gedragsveranderingsproces, en een welbekende techniek hiervoor is Motivational Interviewing. Het moedigt mensen aan om zelf te uiten waarom en hoe ze hun gedrag zouden kunnen veranderen, waarmee eventuele (interne) barrières die gedragsverandering in de weg staan bespreekbaar gemaakt kunnen worden. De techniek heeft behoefte aan meer wetenschappelijke publicaties van hogere kwaliteit (Frost et al., 2018), maar sluit goed aan op de basis van het ASE-gedragsmodel (de Vries, 1988) waar de leefstijlinterventie op gebaseerd is. Motivational Interviewing ondersteunt het vormen van de intentie voor gedragsverandering, geeft handvaten voor het ontwikkelen van Self-efficacy, en helpt bij eventuele barrières die nog in de weg staan (zie ook Oorzaken).

Abraham & Michie hebben in 2008 een lijst gemaakt van 26 technieken voor gedragsverandering, welke de verschillende onderliggende theorieën over gedragsverandering reflecteren. Bijvoorbeeld de techniek "*geef informatie over de consequenties van een actie*" speelt in op de attitude ten opzichte van het gewenste gedrag (Abraham & Michie, 2008). De attitude is één van de onderdelen van het ASE-gedragsmodel (de Vries, 1988). Sommige technieken versterken elkaar, of werken juist alleen als ze als combinatie worden toegepast. Dusseldorp en collega's hebben hiertoe 101 studies geanalyseerd die gepubliceerd zijn tussen 1990 en 2008 (Dusseldorp, 2013; betreft een her-analyse van de studie van Michie et al., 2009). Een belangrijk negatief resultaat daarbij was dat doelen stellen *zonder* informatie te geven over de link tussen gedrag en gezondheid, juist averechts werkte. Hetzelfde was van toepassing op interventies die feedback geven op het resultaat, *zonder* dat er vooraf duidelijke instructie of uitleg wordt gegeven (Dusseldorp, 2013).

Onderstaande combinaties bleken het meest effectief om de motivatie te verhogen (Dusseldorp, 2013):

- Geef informatie over de link tussen gedrag en gezondheid
- Stimuleer het maken van concrete voornemens (intentie formulering)
- (Evalueer de doelen, en stel bij waar nodig)

En om gedragsverandering te bereiken werkten deze combinaties het beste:

- Geef informatie over de link tussen gedrag en gezondheid
- Geef informatie over de consequenties
- Maak afspraken na afloop van de interventie

*Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals* gebruikt bovenstaande technieken als basis voor iedere workshop (zie ook 1.3 Aanpak), waarbij de leefstijlcoach door middel van Motivational Interviewing de (groeps)gesprekken tijdens de workshops vormgeeft. Deze opzet zorgt ervoor dat de opgedane kennis gelijk toepast kan worden op de eigen situatie, en in de praktijk gebracht kan worden. Zo ontwikkelen de

deelnemers duurzame gezondheidsvaardigheden, en meer vertrouwen in eigen kunnen en regie over eigen gezondheid.

Zorgprofessionals die zelf meer controle ervaren over hun eigen leefstijl, kunnen ook patiënten beter motiveren om ook te gaan werken aan hun leefstijl. Daarom worden zorginstellingen en zorggroepen die geïnteresseerd zijn om zelf een interventie voor patiënten te organiseren extra aangemoedigd om deel te nemen aan *Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals*. De huidige knelpunten bij erkende leefstijlprogramma's voor patiënten (Bijeenkomst Gecombineerde Leefstijlinterventie, 14 oktober 2019) kunnen wellicht overkomen worden wanneer er geprofiteerd kan worden van reeds gerealiseerde lokale netwerkstructuren voor leefstijlinterventies, en door betrokkenheid van lokale zorgprofessionals.

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

## 4. Onderzoek

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

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

#### **Onderzoeksrapportage Leefstijl interventie Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals (2020)**

*Sytian Mimpfen-Haak(1), Nienke ten Hoor Aukema(2), Geke Blok (1), Margreet Kerkmeester (1), Dave Schweitzer(1), Sietske Helder (3). (1) Reinier de Graaf gasthuis, Delft, (2) Bon Appétit, Leidschendam & Den Haag, (3) Zorg op Orde, Delft.*

Betref een ongepubliceerde onderzoeksrapportage, op basis van de eindevaluatie formulieren van de deelnemers, de notulen van de docententeam vergaderingen en een interview met de vaste project coördinator en leefstijlcoach. Er zijn 130 medewerkers van het Reinier de Graaf ziekenhuis die hebben deelgenomen aan de interventie in de periode 2012 tot en met 2018, dit betreft een uitbreiding van het aantal waarover in 2017 intern gepubliceerd is.

#### *Evaluatie docententeam*

De structuur en de hoofdlijn van het programma zijn altijd hetzelfde gebleven, ook het kernteam heeft altijd uit dezelfde docenten bestaan. Tijdens de docententeam vergaderingen was de manier van werven van nieuwe deelnemers vaak een belangrijk onderwerp. De gastdocenten zijn een aantal keer gewijzigd, soms op initiatief van het kernteam (onvoldoende kwaliteit of onvoldoende aansluiting bij het hoofddoel) en soms op initiatief van de deelnemers (teveel klantenbinding). De volgorde van de workshops en de timing van het laatste diëtistenconsult (ten opzichte van de laatste workshop) is wel eens gewijzigd.

#### *Evaluatie deelnemers*

De meeste deelnemers benoemen als sterkste punt van de leefstijl interventie het inzicht, het denken, bewustzijn en de mindfulness (bij 29 van de 100 ingevulde evaluatie formulieren). Als tweede sterke punt wordt het groepsproces benoemd, en de herkenning en steun van het contact met medecursisten (bij 20 van de 100). Als zwakste punt wordt benoemd dat de rondvraag vaak langdradig was, en dat er (hierdoor) te weinig tijd overbleef voor de workshop (bij 11 van de 100). Als tweede en derde zwakke punten werden benoemd het onderdeel met de bedrijfsarts (bij 5 van de 100), en dat de locatie ver weg was (bij 4 van de 100).

#### **Studie 4 Algehele procesevaluatie van leefstijlprogramma voor medewerkers Reinier Gezond 2012-2017. Leefstijlprogramma Reinier Gezond 2012-2017. Programma-evaluatie. Delft, Reinier de Graaf Gasthuis, Stafdienst Leerhuis. (interne publicatie)**

*Mimpfen-Haak SA (1), Blok GA(1), Schweitzer DH(1), Aukema-ten Hoor NM(2). (1) Reinier de Graaf Gasthuis, Delft. (2) Bon Appétit, Leidschendam & Den Haag.*

Betrof een interne publicatie. Er zijn ruim 100 medewerkers van het Reinier de Graaf ziekenhuis die hebben deelgenomen aan de interventie in de periode 2012 tot en met 2017. Na elke workshop hebben de deelnemers tussentijdse evaluatieformulieren ingevuld, en na afloop werd ook een eindevaluatievragenlijst ingevuld. Daarnaast kwam tweemaal per jaar het docententeam bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomsten wordt het programma besproken aan de hand van de evaluaties van de deelnemers en de eigen evaluaties.

#### *Evaluatie docententeam*

Regelmatig overleg bleek essentieel voor een goede onderlinge samenwerking; het benadrukken van de samenhang tussen de verschillende disciplines (met ruimte voor eigen accent) om samen een eenduidige, gezondheidsbevorderende boodschap uit te dragen. Het enthousiasme waarmee iedereen zijn rol in het programma vervulde heeft zeker bijgedragen aan de positieve evaluaties. In alle afgelopen jaren zijn de workshops volgens de afgesproken structuur uitgevoerd. Op basis van de evaluaties van de docenten en het managementteam van het programma zijn er twee gastdocenten gewijzigd, omdat deelnemers van mening waren dat er door deze gastdocenten te veel aan klantenbinding werd gedaan.

#### *Evaluatie deelnemers*

Het leefstijlprogramma wordt door de deelnemers jaar in jaar uit als prettig, educatief en effectief beoordeeld. Deelnemers zijn erg enthousiast over het programma en denken dat ze wat ze geleerd hebben zullen blijven toepassen. Gemiddeld genomen heeft men vertrouwen in het eigen vermogen om de nieuwe leefstijl te handhaven. Zonder uitzondering hebben deelnemers gekregen wat ze verwachtten en zouden zij het programma aan anderen aanbevelen.

## **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.

### **Onderzoeksrapportage Leefstijl interventie Gezond & Vitaal | Voor Zorgprofessionals (2020)**

*Sytian Mimpfen-Haak(1), Nienke ten Hoor Aukema(2), Geke Blok (1), Margreet Kerkmeer (1), Dave Schweitzer(1), Sietske Helder (3). (1) Reinier de Graaf gasthuis, Delft, (2) Bon Appétit, Leidschendam & Den Haag, (3) Zorg op Orde, Delft.*

Ongepubliceerde onderzoeksrapportage geschreven ter voorbereiding op publicatie. Van 2012 tot en met 2018 deden 130 medewerkers van het Reinier de Graaf ziekenhuis mee. De deelnemers zijn op alle (sub)doelen vooruit gegaan, en dit effect blijft aanwezig zes maanden na afloop van de interventie. Als sterke punten benoemen de deelnemers het inzicht en het bewustzijn dat ze hebben opgedaan (aspecten die het docententeam zich als hoofddoel had gesteld), en dit blijft stabiel door de jaren heen.

Behaalde effecten:

- Over tijd zijn 6 van de 130 deelnemers tussentijds uitgevallen. Een deelnemer wordt geteld als uitvaller wanneer van zowel meetmoment 2 als meetmoment 3 geen enkele data aanwezig is.

- Van de 130 deelnemers vulden 100 het eindevaluatie formulier in. Deze deelnemers geven het programma een rapportcijfer van 8,4 gemiddeld (stdev±0,73), en 96 van de 100 zou het programma aan anderen aanraden.
- Gemiddeld schatten de deelnemers de kans dat ze het nieuwe eet- en beweegpatroon kunnen volhouden op 80,7% (stdev±16,4), en 94 van de 100 antwoordden dat het programma heeft voldaan aan hun verwachtingen.
- De Self-efficacy score “Ik weet” (gemiddelde van de zeven Subdoelen, zie 1.2 Doel) is toegenomen met 1,5 punt; van gemiddeld een 6,1 (stdev±1,23) naar gemiddeld een 7,7 (afgerond stdev±1,00).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddelde 7,7 (stdev±0,82).
- De Self efficacy score “Ik kan” (gemiddelde van de zeven Subdoelen, zie 1.2 Doel) is toegenomen met 1,6 punt; van gemiddeld een 5,6 (stdev±1,33) naar gemiddeld een 7,2 (afgerond stdev±1,02).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddelde 6,9 (stdev±1,09).
- De Emotioneel eten score is afgenomen met 0,33 punt; van gemiddeld 3,01 (stdev±0,83) naar gemiddeld 2,67 (stdev±0,85).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 2,78 (stdev±0,83).
- De Extern eten score is afgenomen met 0,37 punt; van gemiddeld 3,14 (stdev±0,57) naar gemiddeld 2,77 (stdev±0,63).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 2,86 (stdev±0,60).
- De Vitaliteit score is toegenomen met 8,14 punt; van gemiddeld 55,00 (stdev±17,70) naar gemiddeld 63,14 (stdev±18,55).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 62,00 (stdev±18,73).
- De Algemene gezondheidsbeleving score is toegenomen met 8,80 punt; van gemiddeld 61,11 (stdev±18,41) naar gemiddeld 69,91 (stdev±16,03).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 69,47 (stdev±17,98).
- De Gezondheidsverandering score is toegenomen met 21,02 punt; van gemiddeld 48,98 (stdev±22,72) naar gemiddeld 70,00 (stdev±23,90).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 67,37 (stdev±23,93).
- Het gemiddeld aantal dagen inspanning per week is toegenomen met ruim een halve dag (0,58 punt; van gemiddeld 4,33 (stdev±2,28) naar gemiddeld 4,91 (stdev±2,08).
  - Het effect houdt stand; zes maanden na afloop van de interventie is het gemiddeld 5,00 (stdev±2,15).
- Bij aanvang was de gemiddelde BMI 30,89 (stdev±5,86), variërend van 19,42 tot 53,97. Gemiddeld vielen de deelnemers 5,4 kilogram af, en in de zes maanden na afloop van de interventie vielen ze gemiddeld nogmaals 1,5 kilogram extra af. Het individuele percentage gewichtsverlies was gemiddeld 5,4% (stdev±4,87) na afloop, en in totaal 5,5% (stdev±6,62) zes maanden na afloop.

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

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

- Geef instructie en praktisch advies over het gewenste gedrag
- Geef informatie over de link tussen het (eigen) gedrag en de gezondheidseffecten daarvan
- Geef informatie over de consequenties van het gedrag (voor- en nadelen van actie versus geen actie)
- Gebruik Motivational Interviewing om deelnemers zelf te laten uiten waarom en hoe ze hun gedrag zouden kunnen veranderen, ten behoeve van zelf-motivatie en het bespreekbaar maken van onbewuste weerstand
- Stimuleer het stellen van persoonlijke doelen volgens de SMART voorwaarden (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden)
- Geef coaching bij het stellen van persoonlijk haalbare doelen
- Leer deelnemers om praktische reminders te gebruiken om zichzelf te herinneren aan het gewenste gedrag tijdens dagelijkse routines
- Stimuleer het evalueren van gestelde doelen
- Geef bemoediging en vier de successen
- Bespreek hoe deelnemers een voorbeeld kunnen zijn voor anderen
- Creëer een veilige omgeving waardoor er ruimte is voor deelnemers om hun knelpunten, emoties en doelen te delen
- Biedt een setting voor sociale vergelijking (groepsproces)
- Geef coaching voor time management
- Geef coaching voor stress management
- Geef coaching voor terugval preventie
- Maak afspraken na afloop van de workshop en na afloop van de interventie

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

## 6. Aangehaalde literatuur

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

Abraham C, Michie S (2008). A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Interventions. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 27. 379-87. 10.1037/0278-6133.27.3.379.

Bijeenkomst gecombineerde leefstijlinterventie (14 oktober 2019). Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/verslag-bijeenkomst-gecombineerde-leefstijlinterventie-14-oktober-2019>

CBS (04-07-2018). 100 duizend volwassenen hebben morbide obesitas. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/100-duizend-volwassenen-hebben-morbide-obesitas>

CBS (30-09-2019). Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>

CBS (16-03-2020). Ziekteverzuim onder werknemers in 2019 verder toegenomen. Binnengehaald op 22-08-2020, van bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/12/ziekteverzuim-onder-werknemers-in-2019-verder-toegenomen>

de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research, Volume 3, Issue 3, September 1988, Pages 273–282*, <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>

Dusseldorp E, van Genugten L, Buuren S, Verheijden M, Empelen P (2013). Combinations of Techniques That Effectively Change Health Behavior: Evidence From Meta-CART Analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 33. 10.1037/hea0000018.

Frost H, Campbell P, Maxwell M, et al. (2018) Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204890. Published 2018 Oct 18. doi:10.1371/journal.pone.0204890

IZZ Zorgverzekeraar zorgprofessionals (28-06-2020). Wat zegt zorggebruik? Binnengehaald op 22-08-2020, van bron: <https://www.izz.nl/zorgorganisaties/thema/onderzoek/zorggebruik/artikelen/wat-zegt-zorggebruik>

Michie S, Abraham C, Whittington C, Mcateer J, Gupta S (2009). Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 28. 690-701. 10.1037/a0016136.

Molema H, van Erk M, van Winkelhof M, van 't Land K, Kieftje – de Jong J (2019). Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneeskunde. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://lifestyle4health.nl/leefstijlgeneeskunde-verdient-prominente-plek-in-geneeskundig-onderzoek-en-beleid/>

NVZ Brancherapport (2018). Ziekenhuiszorg in cijfers 2018. Binnengehaald op 22-08-2020, van bron: <https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>



- Rademakers J (2014). Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL, 2014. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://nivel.nl/nl/publicatie/kennissynthese-gezondheidsvaardigheden-niet-voor-iedereen-vanzelfsprekend>
- Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. (2015) Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5
- van 't Land K, Olde Rikkert M, van Winkelhof M (21-10-2019). Laten we de duurste ziekte aanpakken – dementie. NCR Handelsblad. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/10/21/laten-we-de-duurste-ziekte-aanpakken-dementie-a3977408>
- van Dale D, van Empelen P, Schokker D. Werkzame elementen: Slimme combinaties van gedragsveranderingstechnieken. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.loketgezondleven.nl/media/731>
- van Minde, M., Blanchette, L., Raat, H., Steegers, E., & Kroon, M. (2019). Reducing growth and developmental problems in children: Development of an innovative postnatal risk assessment. PloS one, 14(6), e0217261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217261>
- van der Zee, K & Sanderman, R (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, reeks meetinstrumenten. 3. 1-28.
- van Ommen B, Wopereis S, van Empelen P, et al. (2018) From Diabetes Care to Diabetes Cure-The Integration of Systems Biology, eHealth, and Behavioral Change. Front Endocrinol (Lausanne). 2018;8:381. Published 2018 Jan 22. doi:10.3389/fendo.2017.00381
- van Strien, T (2005). Nederlandse Vragenlijst voor eetgedrag (NVE). Handleiding [Dutch Eating Behaviour Questionnaire. Manual]. The International Journal on The Biology of Stress.
- van Winkelhof M, van 't Land K, Pijl H (15-05-2019). Diabeteszorg kan beter én jaarlijks miljarden goedkoper. NRC Handelsblad. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/05/15/diabeteszorg-kan-beter-en-jaarlijks-miljarden-goedkoper-a3960379>
- VWS Rapportage commissie werken in de zorg (2018). Binnengehaald op 22-08-2020, van bron: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/12/14/rapportage-commissie-werken-in-de-zorg-2018>
- V&VN beroepsvereniging (2017). Personeelstekorten in de zorg; arbeidsmarktonderzoek. Binnengehaald 22-08-2020, van bron: <https://www.venvn.nl/media/zz1id4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf>
- Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Saris WH, Kromhout D. Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. J Clin Epidemiol. 2003;56(12):1163-1169. doi:10.1016/s0895-4356(03)00220-8
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. (2018) Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752
- WWR (2017) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2017). Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag. Binnengehaald op 11-06-2020, van bron: <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>

## 7. Praktijkvoorbeeld

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

Laborante X weet nog dat zij tegen haar man zei: "Ik ga mee doen met het leefstijlprogramma'. Ik zei het voor het eerst hardop en schrok een beetje. Het moest zo zijn. En ik ben er helemaal happy mee!"

Ik was verslaafd aan zoetigheid en wist niet eens wat suiker me gaf, geen flauw idee. Intussen weet ik meer. Hardlopers krijgen een 'runners high', een geluksgevoel door endorfines die vrij komen tijdens duursporten. De smaakervaring van suiker maakt ook endorfines vrij, alleen met ernstige gevolgen; wel de kick, maar geen blij gevoel, want ik was veel te zwaar en had nauwelijks energie.

### **Een dozijn aan mogelijkheden om uit te zoeken wat werkt**

Het programma kent twaalf verschillende invalshoeken. Jijzelf kunt bepalen wat voor jou werkt. Uiteindelijk, en daar ik ben ik heel dankbaar voor, is de grootste beloning dat ik afspraken met mezelf kan maken om 'in control' te blijven. Dat kan volgens mij alleen met manieren die bij jou passen. Is hollen niks voor jou, doe het dan niet! Of: past 's avonds naar de sportschool gaan niet, dan ga je 's morgens. Als je er maar geen stress van krijgt.

### **Veilig en gelijkgezind**

De eerste keer in de groep, was ik veel bezig met 'wat zullen ze wel denken'. Was ik mezelf aan het vergelijken... Maar waarom? Het is geen competitie, het gaat niet om de ander, het gaat om mij, om de keuzes die ik in mijn leven maak. Wat ik prachtig vond, is dat ik zelf mocht bepalen wat ik wilde delen met de anderen. Het was absoluut veilig en OK om twijfels, afwegingen en keuzes te bespreken. Alles wat in de groep besproken werd, bleef in de groep. Dat creëerde ruimte voor zelfbespiegeling. Heel inspirerend. De manier waarop anderen omgingen met hun uitdagingen en hoe zij die deelden in de groep, resoneerde in mij; 'Hé, hoe zit dat eigenlijk bij mij?'

### **Introspectie**

De opzet van de bijeenkomsten maakt zelfonderzoek laagdrempelig. Als vooraf iemand tegen mij had gezegd dat ik mindfulness ging doen, was ik afgehaakt, maar wat heb ik daar veel van geleerd! Juist dat zorgde voor de doorbraak en maakte me bewust dat ik veel dingen onbewust deed, zoals snoepen. Ik was nooit bezig met het nu, altijd met de toekomst. Waarom? Geen idee. Onrust gaf geen voldoening, maakte me jachtig en vrat energie... En ja, die moest aangevuld. Maar dan die glucosedip erna hè...

### **Wat een kick, wat een energie zonder suiker**

Wij leerden tijdens het programma alles over wat de consequenties zijn van overgewicht. Dit was een heel overtuigend verhaal en een stevige duw in m'n rug. Ik ben nu 17 kilo kwijt. En niet doordat ik nu een streefgewicht heb hoor, maar op de juiste weg. Kilo's zeggen niet zo veel, sterker nog, spiermassa is zwaarder dan vet, dus daar moet je je niet door laten misleiden. Ga daarom niet op je eigen weegschaal staan, maar vooral op die van de diëtist. Die registreert van alles.

Etiketten, nooit bij stilgestaan. Een prachtig hulpmiddel om foute vetten, zout en verborgen suikers uit je patroon te weren. Wat me werkelijk een kick gaf, was de ervaring dat ik zonder suiker meer energie had dan ooit tevoren! Ik dacht zelfs dat ik ADHD had, zo bruiste ik.

### **Afspraken met mezelf**

Ik ben veel bewuster met voeding bezig, snoep niet meer tussen de maaltijden. Dat stemt tot tevredenheid. Ik ben trots dat ik afspraken met mezelf kan maken en me eraan kan houden. Een van die afspraken is dat ik op de fiets naar het werk ga en ineens de trap zie.