Nijkerk, 20 januari 2020

VAN GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE TOT GEDRAGSVERANDERING

Een onderzoek over de Gecombineerde LeefstijlInterventie voor het management van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk

Gemaakt door: Noa Buitink
Studentnummer: 1741194
Opleidingsinstituut: Hogeschool Utrecht
Opleiding: HBO Management in de Zorg
Stageperiode: Praktijkleren 1
Cursuscode: GZO-2.V-PL1-14

Praktijkbegeleider: Chantal Huisman
Opdrachtgever: Stichting Gezondheidscentra Nijkerk
Stagebegeleider: Willy Oldenburger
Functie opdrachtgever: Directeur Zorg

Voorwoord

Mijn naam is Noa Buitink en ik studeer HBO Management in de Zorg aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort. Praktijkleren 1 is uitgevoerd bij Stichting Gezondheidscentra Nijkerk. Ik heb voor deze organisatie gekozen, omdat geïntregreerde eerstelijnszorg mij erg aanspreekt. Het vraagstuk van de Stichting is tevens erg interessant en uitdagend. De Stichting wil een interventie voor mensen met (extreem) overgewicht, eventueel in combinatie met co-morbiditeiten*, evalueren en waar nodig aanpassen. Dit programma heet de BeweegKuur Gecombineerde LeefstijlInterventie. Aan de hand van mijn onderzoek kan de directie van de Stichting besluiten of het programma momenteel effectief genoeg is en wat er verbeterd zou kunnen worden.

Er is desk- en fieldresearch tijdens dit onderzoek uitgevoerd. Er zijn hierbij interne en externe documenten gebruikt, zoals: rapporten, inkoopbeleid en beleidsplannen. Ook is er nieuwe informatie ontstaan door: interviews, observatie en (groeps)gesprekken.

Alle vakjargon wordt aangeduid met '*' en wordt toegelicht in bijlage 2.

De stage bij Stichting Gezondheidscentra Nijkerk heb ik als zeer leerzaam ervaren. Ik wil graag alle zorgprofessionals en respondenten bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek. In het bijzonder wil ik mijn stagebegeleider bedanken voor de goede begeleiding en de fijne tijd bij de organisatie.

Ik wens u veel leesplezier!

Nijkerk, 20 januari 2020
Noa Buitink

Managementsamenvatting

De BeweegKuur Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) is een tweejarig programma voor mensen met (extreem) overgewicht, eventueel in combinatie met co-morbiditeiten. Één van de doelen van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk is om chronische ziekten te voorkomen en wanneer deze al aanwezig zijn de gezondheid bevorderen. Door onder andere in te zetten op leefstijlinterventies, zoals de BeweegKuur GLI, hoopt de Stichting deze doelen te bereiken.

De directie van de Stichting wil dit programma graag evalueren, om te bekijken of het programma effectief genoeg is om gedragsverandering te realiseren. De hoofdvraag van dit onderzoek is: “Hoe kan Stichting Gezondheidscentra Nijkerk het GLI-programma het best aanbieden aan cliënten, zodat gedragsverandering op langere termijn behouden wordt?”

Het programma bevat veel zelfregie en -management. De beweegcoach geeft aan dat er sprake is van mentale- en cognitieve problematiek bij sommige deelnemers. De coach geeft aan: “Deelnemers moeten nu op eigen initiatief gaan sporten, maar weten vaak niet goed wat zij moeten doen. Ik zie hierdoor veel blessures ontstaan.” Uit de literatuur blijkt tevens dat angst voor letsel de belangrijkste barrière* is voor niet-sporters met overgewicht.

Psychologische factoren, zoals emotioneel eten, kan ook een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. Diëtist en schrijfster Govers geeft aan: “Pas als je de achterliggende oorzaak aanpakt, kun je je eetpatroon blijvend veranderen.”

Vanuit meerdere oogpunten wordt het GLI-programma momenteel niet als effectief genoeg gezien. Hieruit ontstaan aanbevelingen voor het ‘GLI+’ programma: maatwerk bieden, POH GGZ en POH-somatiek toevoegen in het programma, preventief werven en meer begeleiding bieden bij beweging.

Inhoudsopgave

Voorwoord 1
1. Context en aanpak 5
1.1 De opdrachtgever 5
1.2 De opdracht 5
1.2.1 Vraagstelling 5
1.2.2 Doelstelling 5
1.2.3 Hoofd- en deelvragen 5
1.3 Leeswijzer 6
2. Methodologie 7
2.1 Onderzoeksinstrumenten 7
2.2 Gebruikte bronnen 8
3. Resultaten 9
3.1 Achtergrondinformatie 9
3.1.1 Theoretisch kader 9
3.2 Overgewicht in Nederland 9
3.3 Gedragsverandering 12
3.4 Vanuit het oogpunt van de Stichting 13
3.5 Interne evaluatie 15
3.5.1 Eigen draai 15
3.5.2 Sociaal domein 15
3.5.3 Veranderingen en uitbreidingen 16
3.5.4 Intakes en afwijzingen 15
3.6 Externe evaluatie 17
3.7 Ervaringen deelnemers 18
4. Conclusie en discussie 18
4.2 Discussie 19
4.2.1 Barrières 19
4.2.2 Validiteit per onderzoeksmethode 20
5. Aanbevelingen 21
Bronvermelding 24
Bijlage 1. Zoekplan 27
Bijlage 2. Begrippenlijst 29
Bijlage 3. Vragenlijsten 30
Bijlage 3A. Vragenlijst deelnemers 30
Bijlage 3B. Topiclijst huisartsen 32

Bijlage 3C. Topiclijst begeleiders 33
Bijlage 3D. Vragenlijst externe GLI-begeleiders 34
Bijlage 4. Interviews 35
Bijlage 4A. Interview A 35
Bijlage 4B. Interview B 37
Bijlage 4D. Interview D 40
Bijlage 4E. Interview E 41

1. Context en aanpak

In dit hoofdstuk worden de organisatie, probleemstelling en hoofd- en deelvragen omschreven.

1.1 De opdrachtgever

De opdrachtgever voor dit onderzoek is Stichting Gezondheidscentra Nijkerk (GC-Nijkerk).
Stichting GC-Nijkerk is een ondernemende zorggroep met Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ). Bij de Stichting zijn achttien eerstelijns zorgprofessionals aangesloten, zoals: huisartsen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten. De missie van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk is de 'facilitaire schil' zijn om de inwoner en zorgverlener heen. Hiermee wordt er richting gegeven aan ziekte, zorg, gezondheid en welbevinden in een veranderende wereld. Dit blijkt uit het beleidsplan van 2018 tot 2020. Bij de visie staat passende zorg centraal. De visie luidt: "Ieder individu heeft recht op de voor hem/haar passende zorg waarbij de eigen kracht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie zoveel als nodig is gestimuleerd en ondersteund worden." (Stichting Gezondheidscentra Nijkerk, z.d.). Uit de missie en visie zijn drie speerpunten ontstaan: persoonsgerichte zorg, proactief en preventief en integraal in samenwerking.

De Gecombineerde LeefstijlInterventie (GLI) is een interventie voor mensen met overgewicht* of obesitas*, eventueel in combinatie met co-morbiditeit. Meer informatie over het GLI-programma is te vinden in *hoofdstuk 3.2 het huidige GLI-programma.*

1.2 De opdracht

Stichting Gezondheidscentra Nijkerk werkt sinds 2019 met de GLI. Het onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de twijfels die het management heeft over de effectiviteit van de interventie. Dit onderzoek geeft aanbevelingen op basis van literatuur en kwalitatief onderzoek. Ook worden relevante externe partijen, zoals andere Gezondheidscentra betrokken bij dit onderzoek. Met behulp van dit onderzoek en de aanbevelingen kan het management een besluit nemen om het GLI programma in de toekomst aan te blijven bieden en welke aanpassingen er nodig zijn om de gedragsverandering daadwerkelijk te realiseren. Het management spreekt over het 'GLI+ programma'.

1.2.1 Vraagstelling

De BeweegKuur GLI interventie helpt mensen met (ernstig) overgewicht (eventueel in combinatie met co-morbiditeit*) het huidige beweeg- en voedingsgedrag te veranderen, door gedragsverandering te realiseren. De directie van de Stichting heeft twijfels over de effectiviteit en de inclusiecriteria van het huidige GLI-programma. De Stichting wil het programma evalueren, om te bezien of de interventie in voldoende mate bijdraagt aan de gestelde doelstellingen om het huidige beweeg- en voedingsgedrag te veranderen. De ervaringen tot nu toe worden gemeten onder de directie, begeleiders, externe partijen en deelnemers. Uit de evaluatie ontstaan diverse aanbevelingen voor het aanbieden van een effectievere GLI.

1.2.2 Doelstelling

Het Beweegkuur GLI-programma tussentijds evalueren bij de begeleiders en deelnemers. Dit onderzoek vormt het besluit of de Stichting wil doorgaan met het programma en welke aanpassingen hiervoor vereist zijn. De resultaten en adviezen worden gepresenteerd aan de Zorgraad.

1.2.3 Hoofd- en deelvragen

- Hoe kan Stichting Gezondheidscentra Nijkerk het GLI-programma het best aanbieden aan cliënten, zodat gedragsverandering op langere termijn behouden wordt?

1. Hoe ziet het huidige GLI-programma eruit?

2. Wat zorgt ervoor dat gedragsverandering daadwerkelijk gerealiseerd wordt?
3. Wat is de bedoeling van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk met het GLI-programma?
4. Hoe denken de GLI-begeleiders over het huidige GLI-programma?
5. Hoe denken relevante externe partijen over het huidige GLI-programma?
6. Zijn cliënten tevreden over het huidige GLI-programma?
7. Welke wensen van uitbreiding van het GLI-programma zijn er?
8. Levert het huidige GLI-programma het resultaat wat Stichting Gezondheidscentra Nijkerk wil bereiken?

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 is een inleidend hoofdstuk met daarin: de opdrachtgever, opdrachtomschrijving, probleemstelling en de leeswijzer. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet behandeld. Hierin worden de methodes en gebruikte instrumenten benoemd. In hoofdstuk 3 worden de achtergrondinformatie en de onderzoeksresultaten beschreven. In het theoretisch kader bevinden zich modellen, theorieën en verbanden. In hoofdstuk 3.5, waarin alle interne resultaten beschreven worden, wordt de volgorde: instroom, het proces en de uitstroom aangehouden. De hoofdvraag is in dit hoofdstuk nog niet beantwoord. Dit gebeurt in *hoofdstuk 4*: Conclusie. In hoofdstuk 5 worden de validiteit en belemmeringen besproken. In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gegeven naar aanleiding van de resultaten en conclusie.

2. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt omschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke methoden hiervoor zijn gebruikt.

2.1 Onderzoeksinstrumenten

Er zijn meerdere onderzoeksinstrumenten tijdens dit onderzoek gebruikt:
- Groepsgesprekken: in de vorm van vergaderingen en werkgroepen. Er zijn meerdere vergaderingen bijgewoond die van belang zijn voor dit onderzoek. In deze gesprekken worden ervaringen gedeeld en daardoor wordt er nieuwe informatie gewonnen. Deze informatie wordt met toestemming gebruikt voor dit onderzoek.
- Interviews en gesprekken: de interviews zijn ongestructureerd en worden gevoerd door middel van een topiclijst. Een topiclijst bestaat uit onderwerpen met daarbij horende vragen. Deze topiclijst is te vinden in bijlage 3A. Deze lijst is voor twee interviews gebruikt en bevat 14 vragen. De vragen zijn speciaal opgesteld voor de interviews met de huisartsen. Voor de begeleiders is een andere topiclijst opgesteld, deze is te vinden in bijlage 3B. Deze topiclijst bestaat uit 13 vragen. Voordat het interview afgenomen wordt, vraagt de onderzoeker toestemming voor het opnemen van het interview en het benoemen van de functie van de geïnterviewde in het onderzoek.
De topiclijst begint met een inleiding, hierbij staan voorstellen, de tijd en het doel centraal. Ook wordt er toestemming gevraagd voor het opnemen en voor het verwerken van de informatie. Na de inleiding begint de onderzoeker met opnemen.

In figuur 1 wordt weergegeven welke kwalitatieve interviews er uitgevoerd zijn:

Functie	**Werkzaam in**	**Soort communicatie**
Leefstijlcoach	Nijkerk	Interview
Beweegcoach	Nijkerk	Interview
Directeur Zorg	Nijkerk	Diverse gesprekken
Voedingscoach	Nijkerk	Interview
Huisarts	Nijkerk	Interview
Huisarts	Nijkerk	Interview
Voedingscoach	Nieuwegein	Telefonisch interview
Projectleider	Weert	Vragen via e-mail
Leefstijlcoach	Veendam	Telefonisch interview

Figuur 1: interviews kwalitatief onderzoek

- Enquêtes: aan de eerste groep deelnemers van het GLI-programma wordt een enquête verstrekt. Deze enquête is geschreven in eenvoudig Nederlands, zodat het voor iedereen te begrijpen is. De vragenlijst bestaat uit negen vragen. De vragenlijst bestaat uit: schaal-, open- en dichotome vragen. Er is gekozen om veel vragen open te stellen, omdat deze vragenlijst vooral bedoeld is veel ervaringen in beeld te krijgen. De vragenlijst is gemaakt in Google Forms en in Word. De respondent kan zelf kiezen hoe de vragenlijst ingevuld wordt.
- Observatie: om een beeld te krijgen van het GLI-programma wordt er een groepssessie bewegen bijgewoond. De sessie die bijgewoond gaat worden is een intake bij de beweegcoach voor de tweede groep GLI-deelnemers. De tweede groep is net begonnen en ziet elkaar voor het eerst. Voorstellen en het lokale beweegaanbod staan centraal in deze bijeenkomst.

- Deskresearch: nadat het probleem in kaart is gebracht, wordt er literatuuronderzoek gedaan over gedragsverandering en wet en regelgeving. In het zoekplan staan alle zoektermen die gebruikt zijn voor deskresearch.

Alle resultaten met behulp van de onderzoeksinstrumenten staan beschreven in Hoofdstuk 4: Resultaten.

2.2 Gebruikte bronnen

Interne documenten

- *Beleidsplan Stichting Gezondheidscentra Nijkerk 2018-2020:* dit beleidsplan is leidend voor dit onderzoek. In het beleidsplan staan onder andere de missie en visie, waaruit de speerpunten ontstaan zijn. Ook wordt er toegelicht hoe deze speerpunten bereikt worden.
- *Beweegkuur beweegcoach, voedingsdeskundige en leefstijlcoach:* dit zijn handleidingen vanuit de Beweegkuur voor de diëtist, fysiotherapeut en leefstijlcoach. Hierin staat beschreven hoe het programma in elkaar zit, wat de individuele- en groepssessies inhouden en de doelen van het programma. Deze handleiding is handig voor het beantwoorden van deelvragen en om een beeld te krijgen hoe de loop van het programma is.

Literatuurstudie

- *Centraal Bureau voor Statistiek:* voor statistische gegevens. Deze website wordt gebruikt om het probleem in kaart te brengen;
- *Loketgezondleven:* op deze website bevinden zich onder andere alle erkende interventies.
- *Volksgezondheid.info:* veel cijfers en informatie over het probleem overgewicht, inclusief: gevolgen, trends en overgewicht per doelgroepen;
- *Zorgwijzer:* op deze website worden alle wetten uitgelegd rondom de zorg.

Landelijke beleidsstukken

- *Nationaal Preventie Akkoord:* de GLI-interventie staat in het Nationaal Preventie Programma (NPP). Overgewicht is namelijk één van de onderwerpen uit het NPP. Dit document is handig voor verdiepende informatie over het probleem overgewicht.
- *Inkoopbeleid GLI Zilveren Kruis:* hierin staat hoe de Gecombineerde Leefstijlinterventie is gecontracteerd, hoe de prestaties werken en wat het inhoudt.
- *Zorginstituut Nederland:* deze bron ondersteunt bij het vinden van informatie over diverse wetten in de zorg.

Google Scolar: handige bron om wetenschappelijke artikelen te zoeken.

Boeken

Verhoeven (2016). Wat is onderzoek: een handig boek met methoden en technieken van onderzoek. Dit boek wordt in dit onderzoek als ondersteuning gebruikt bij onder andere de interviews, enquêtes en de observatie.

In *hoofdstuk 5 Discussie* worden de barrières en validiteit van de methoden besproken.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden alle resultaten van het uitgevoerde onderzoek omschreven. Dit hoofdstuk bestaat uit kwalitatief en kwantitatief onderzoek.

3.1 Achtergrondinformatie

In figuur 2 worden alle aanbieders van de Beweegkuur getoond.

De Beweegkuur is een dienst van Huis voor Beweging. Huis voor Beweging organiseert scholingen en cursussen voor professionals die de BeweegKuur willen implementeren en levert de daarbij benodigde informatie en documenten. Ook zorgt Huis voor Beweging ervoor dat de interventie wordt doorontwikkeld. Verder doet Huis voor Beweging de monitoring tweemaal per jaar op locatie en faciliteert bij de implementatie door onder andere promotiematerialen aan te leveren en ervaringen te delen.

Figuur 2: aanbieders Beweegkuur (Huis voor Beweging, 2019)

3.1.1 Theoretisch kader

<u>Gedragsverandering en kaders</u>

In 2019 schrijft ondernemer Tiggelaar dat ons brein vooral ingesteld is op een stabiele omgeving en stabiel gedrag minder geschikt is om te veranderen. Gedrag is wat mensen *doen* of *denken.* Om ongezond gedrag te veranderen naar gezond gedrag is een gedragsverandering nodig. Gedragsverandering is niet het uiteindelijke doel van het GLI-programma, dit is om *gezondheidswinst* te behalen. Gezondheidsbevordering richt zich op het gezond gedrag stimuleren of gedrag van mensen te veranderen en omstandigheden beïnvloeden. Het doel hiervan is een betere gezondheid of ziekte voorkomen. Het BeweegKuur GLI-programma omvat kaders, een soort 'regels' waaraan de zorgverleners zich moeten houden, bijvoorbeeld de specifieke doelgroep van de interventie. Stichting GC-Nijkerk wil buiten de kaders denken en kijken wat er nog meer mogelijk is. De kaders kunnen dus een *beperking* zijn voor het *doel:* gezondheidswinst door gedragsverandering.
(Loket Gezondleven, 2016)

<u>Wet en regelgeving</u>

Sinds 2018 moeten bedrijven, overheden en verenigingen voldoen aan de wet Algemene Verordering Gegevensbescherming (AVG). Door deze wet krijgen mensen meer privacyrechten. Organisaties moeten zelf de systemen, processen en de interne organisatie op deze nieuwe wet inrichten. Deze wet houdt onder andere in dat gegevens van cliënten alleen met toestemming gedeeld mogen worden.
(Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.)

3.2 Overgewicht in Nederland

Meer dan de helft van de Nederlanders is te zwaar (Volksgezondheidenzorg, 2019a). Bovendien heeft 15% van de Nederlandse bevolking ernstig overgewicht, ofwel 'obesitas' genoemd. De belangrijkste redenen van overgewicht zijn een te hoge energie-inname via voeding en/of weinig lichamelijke activiteit (Loketgezondleven, 2018). Overgewicht en obesitas worden aangewezen als een van de belangrijkste oorzaken van sterfte en ziekte (Brug, 2007).

Overgewicht en obesitas worden weergegeven doormiddel van de *Body Mass Index* (BMI). Het BMI wordt uitgerekend door het gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lengte in meters. (NHG, 2010)

Risicogroepen en -factoren
Risicofactoren en -groepen voor gewichtstoename zijn:
- Mensen die stoppen met roken;
- Vrouwen die net bevallen zijn en geen borstvoeding geven;
- Emotioneel eten;
- Ziektebeelden, zoals: hypothyreoïdie en syndroom van down;
- Geneesmiddelen, zoals antidepressiva.
(NHG, 2010)

Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij mensen met een lagere opleiding en bij allochtone Nederlanders. Deze allochtone Nederlanders zijn van Marokkaanse, Surinaamse, Turkse en Antilliaanse herkomst. In alle groepen stijgt overigens de BMI met de leeftijd en als het opleidingsniveau daalt.
(NHG, 2010)

In Nederland zijn 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder laaggeletterd. Deze mensen hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Er is een duidelijke samenhang te zien tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een minder goede gezondheid. Bepaalde ziekten, zoals COPD, kanker, psychische problemen en diabetes, komen vaker voor bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigden.
(Pharos, 2018)

Psychologische factoren
Mensen met overgewicht hebben vaker last van discriminatie en stigmatisering*. Dit gebeurt vooral in de werkomgeving, maar ook als cliënt in de gezondheidszorg. 5 tot 9% van de volwassenen heeft overgewicht en ervaart tegelijkertijd psychische problemen. Mensen met obesitas hebben een verminderde kwaliteit van leven, zijn vaker arbeidsongeschikt en verzuimen vaker op hun werk.
(Volksgezondheideninfo, 2019b)

Uit een onderzoek van Wouters uit 2008 blijken er meerdere psychologische factoren mee te spelen bij mensen met overgewicht die niet sporten. Dit onderzoek is uitgevoerd in twee groepen: sporters en niet-sporters tussen de 18 en 65 jaar met een BMI hoger dan 25. Hieruit blijkt dat angst voor letsel de belangrijkste barrière* is voor niet-sporters. Ook spelen negatieve gedachten over de prognose en het geloof dat overgewicht somatisch* bepaald is een grote rol.

Bij de eetstoornis binge eating disorder is er sprake van herhaalde eetbuien, die een bepaalde spanning opleveren. Psychologische factoren, zoals emotioneel eten, wat men doet als reactie op negatieve gebeurtenissen, kan ook een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. Eetbuiten komen regelmatig voor bij mensen die lijnen en obese individuen.
(NHG, 2010)

Gevolgen en gezondheidsrisico's
Overgewicht en obesitas brengen gezondheidsrisico's met zich mee. Zo is er meer kans op chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten. De belangrijkste risicofactor voor het krijgen van diabetes mellitus type 2 is een grote hoeveelheid buikvet. Van de huidige volwassen Nederlanders van 45 jaar en ouder krijgt naar verwachting 1 op de 3 in de toekomst diabetes type 2." (Diabetes Fonds, z.d. b). De kans op diabetes mellitus wordt onder andere verhoogd door: weinig lichaamsbeweging, overgewicht en ongezond eten (Diabetes Fonds, z.d. a).

Hoe hoger het BMI is, hoe meer kans er is op het krijgen van chronische ziektes. Overgewicht kan ook leiden tot onvruchtbaarheid, zowel bij mannen als vrouwen (Volksgezondheidenzorg, 2019b).

Daarnaast zorgt overgewicht voor een verhoogd risico op een miskraam. Ook is er meer kans op: chronische gewrichtsklachten, slaapapneu*, kanker en galstenen (KNFG, z.d.).

3.3 Het huidige GLI-programma

De deelvraag luidt*: 'Hoe ziet het huidige BeweegKuur GLI-programma eruit?'* Deze vraag kan beantwoord worden door alle relevante gegevens beknopt weer te geven.

De Gecombineerde LeefstijlInterventie (GLI) is een interventie voor mensen met overgewicht* of obesitas*, eventueel in combinatie met co-morbiditeit. Het GLI-programma zit in het Nationaal Preventie Programma. GLI is verzekerde zorg voor mensen met een matig of sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (Zilveren Kruis, 2019). De doorverwijzing om deel te nemen aan het GLI-programma loopt via de huisarts, volgens de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) Standaard Obesitas. Het Rijksinstituut Volksgezondheid en milieu (RIVM) heeft drie soorten interventies* erkend op efficiëntieniveau: COOL, Beweegkuur en SLIMMER. Stichting Gezondheidscentra Nijkerk werkt met het programma 'Beweegkuur', waarvan Huis voor Beweging de ontwikkelaar is. Het *doel* van het BeweegKuur GLI-programma is het bieden van goede begeleiding om de leefstijl te veranderen en hiermee een blijvende gedragsverandering op voeding en bewegen te realiseren.
(Huis voor Beweging, z.d.)

Het programma heeft een duur van twee jaar. Het eerste jaar bestaat uit een begeleidingsfase en het tweede jaar is een onderhoudsfase, met de focus op terugvalpreventie. De doelgroep van de Beweegkuur GLI zijn mensen met een matig of hoog Gewichtsgerelateerd Gezondheidsrisico (GGR).

Volgens de Zorgstandaard* houdt een matig of sterk GGR in:

- Een BMI 25 tot 30 in combinatie met een grote buikomvang (hoger dan 88 cm voor vrouwen, hoger dan 102 cm bij mannen);
- Een BMI 25 tot 30 met normale buikomvang, in combinatie met co-morbiditeit (bijv. risicofactor voor hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2);
- Een BMI hoger dan 30, ook met normale buikomvang.
  (Zilveren Kruis, 2019)

Het programma werkt met de volgende methodes:
* **Bewegen:** het aanzetten tot bewegen en/of het verhogen van de lichamelijke activiteit;
* **Voeding:** verminderen van energie-inname, door een individueel dieet-plan
* **Leefstijl:** motiverende gespreksvoering en ondersteuning van zelfmanagement bij leefstijlaanpassingen
* Coaching door een team zorgverleners.

Sinds 2019 werkt Stichting Gezondheidscentra Nijkerk met het GLI-programma. Er zijn momenteel twee groepen: de eerste groep met zes en de tweede groep met negen deelnemers. De begeleiding van het Gecombineerde Leefstijlprogramma in Nijkerk bestaat uit: één voedingscoach, twee beweegcoaches en één leefstijlcoach. De beweegcoaches doen samen de individuele intakes bij de beweegcoach. De deelnemer kan zelf kiezen bij welke beweegcoach de intake plaats gaat vinden. De begeleiders communiceren via e-mail met de deelnemers. Voor onderlinge communicatie tussen begeleiders wordt Siilo gebruikt, een beveiligde chat omgeving, waarin documenten met elkaar gedeeld worden. Voor simpele of snelle zaken bellen de begeleiders elkaar.

De leefstijlcoach staat centraal bij dit programma, deze coaches doen onder andere de intakes nadat de cliënt is doorverwezen via de huisarts. De intakes van de eerste en tweede groep heeft de leefstijlcoach samen met de voedingscoach gedaan.

Bij de voedingsconsulten wordt samen met de deelnemer een voedingsplan opgesteld. De voedingscoach geeft aan dat de deelnemer *niet* op dieet wordt gezet (Persoonlijke communicatie, 19 november 2019). Bij de beweegconsulten wordt geholpen met het zoeken naar een geschikte sport en wordt het lokale sportaanbod besproken, hier is de Buurtsportcoach bij betrokken.

Dit wordt vormgegeven in:
* **Bewegen**
Jaar 1: één intake, twee groepsbijeenkomsten
Jaar 2: geen
* **Voeding:**
Jaar 1: drie optionele individuele bijeenkomsten, drie groepsbijeenkomsten
Jaar 2: drie optionele individuele bijeenkomsten, drie groepsbijeenkomsten
*** Leefstijl:**
Jaar 1: één intake, drie individuele bijeenkomsten, drie groepsbijeenkomsten
Jaar 2: twee individuele bijeenkomsten, drie groepsbijeenkomsten

Het doel van het programma is om *gedragsverandering* te realiseren. Dit wil Huis voor Beweging bereiken door drie verschillende disciplines te betrekken bij het programma, namelijk: een voedings-, beweeg- en leefstijlcoach.

3.4 Gedragsverandering

Op de website van Huis voor Beweging (2019) staat als volgt: “Voor het realiseren van gedragsverandering en gedragsbehoud maakt de leefstijlcoach gebruik van motiverende gespreksvoering. Daarbij heeft de deelnemer zelf de regie door zelfmanagement en het zelf formuleren van doelen.” Hierbij hoort de volgende deelvraag: *Wat zorgt ervoor dat gedragsverandering daadwerkelijk gerealiseerd wordt?*

Motiverende gespreksvoering (MG) is een directe, cliëntgerichte methode om intrinsieke* motivatie te bevorderen en ambivalentie* te verkennen en op te lossen, waardoor verandering ontstaat. Bij deze methode zijn goed luisteren, open vragen stellen, belemmeringen in kaart brengen, positieve en negatieve elementen behandelen en ongewenst gedrag in het verleden formuleren van groot belang (Veen, 2012). Als de cliënt twijfelt over het huidige gedrag, dan is het mogelijk om een gedragsverandering tot stand te brengen. Motivatie zorgt ervoor dat gedrag volgehouden kan worden, richting krijgt of juist gestopt wordt. Motiverende gespreksvoering is gebaseerd op Evidence-based practice*. De MG-methode is gericht op het voeren van interactie. Motiverende gespreksvoering bestaat uit drie kernwaarden:
1. Samenwerken;
2. Activeren;
3. Autonomie
(Tartuffel, 2019)

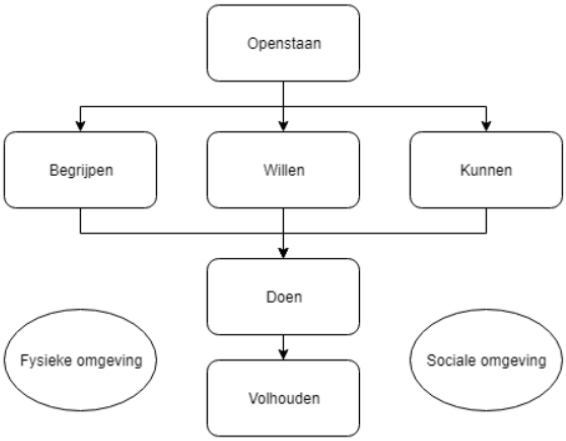
De motivatie van de cliënt is beïnvloedbaar in een consult. Motivatie is afhankelijk van drie factoren:
* Willen: de waarde van verandering zien;
* Kunnen: vertrouwen hebben in de komende verandering;
* Klaar zijn: de cliënt kan prioriteiten stellen.
(Vilans, 2013. Pag. 2)

De motivatie van de deelnemer is dus van groot belang voor het laten slagen van de gedragsverandering. De drie bovenstaande factoren zijn hiervoor van groot belang. Als mensen niet veranderen, kan dat komen door: het écht niet willen, het idee dat de verandering niet tot stand kan

komen of omdat zij ambivalent zijn. Ongeveer één op de drie mensen die gedragsverandering overweegt, voelt zich daar ambivalent over (Veen, 2012, pag. 95).

De leefstijlcoach past tijdens het GLI-programma het gedragsveranderings*model van Balm* toe.

Het gedragsmodel van Marcel Balm uit 2000 bestaat uit drie fases, namelijk: ontdooien, veranderen en bevriezen. In de *ontdooiingsfase* wordt het individu bewust van het gedrag dat momenteel wordt uitgevoerd. Er wordt ingezien dat de verandering toegevoegde waarde kan hebben. Tijdens de fase *veranderen* worden kennis, vaardigheden en attitude vereist. Dit zorgt ervoor dat het individu ander gedrag kan gaan kiezen. In de laatste fase, *bevriezen*, wordt het nieuwe gedrag een onderdeel van de nieuwe leefstijl. Er is nu sprake van een gedragsverandering. In deze drie fases zijn zes onderdelen ontstaan: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen. Bij elk onderdeel kan de gedragsverandering verhinderd worden door stagnering*.



Figuur 3: het model van Balm (Balm, 2000)

Bij het aansturen is het belangrijk dat het individu *openstaat* voor de verandering. Door iemand te prikkelen en nieuwsgierig te maken, ontstaat er belangstelling voor gedragsverandering. In het onderdeel *begrijpen* gaat het om creëren van inzicht in de nieuwe werkwijze en het goed informeren van de achtergrond hiervan. De persoon kan zelf uitleggen wat de nieuwe werkwijze is en hoe deze uitgevoerd gaat worden. Ook is het van belang dat degene gemotiveerd is om te veranderen (*willen).* Het gaat om een afwegingsproces, waarbij voordelen en nadelen van het nieuwe gedrag worden afgewogen. Het individu moet in staat *kunnen* zijn om de gedragsverandering vast te houden. Deskundigen gaan ervan uit dat mensen nieuw gedrag toepassen, als: het nieuwe gedrag begrepen wordt, er genoeg motivatie is en als zij in staat zijn om het nieuwe gedrag uit te voeren.

Het nieuwe gedrag zou een blijvend onderdeel moeten worden voor het individu. Het is daarbij belangrijk dat de juiste technieken en maatregelen genomen worden. Het individu moet kunnen vooruitlopen op risicosituatie en nadenken waarom er teruggevallen wordt in het oude gedrag. Als het individu dit kan vaststellen, kan er gecorrigeerd worden en de nieuwe werkwijze weer oppakken. (Balm, 2000)

3.4 Vanuit het oogpunt van de Stichting

Door diverse gesprekken met de directie van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk aan te gaan, is duidelijk geworden wat de bedoeling is van het Beweegkuur GLI-programma. Één van de doelen van de stichting is (extreem) overgewicht reduceren. Zoals de directeur Zorg vertelt: “Wij willen chronische ziekten voorkomen. Overgewicht zorgt voor meer kans op chronische ziekten.” (Persoonlijke communicatie, 12 december 2019).

Naar aanleiding van meerdere gesprekken met de Directeur Zorg, kan er antwoord gegeven worden op de volgende deelvraag: *‘Wat is de bedoeling van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk met het GLI-programma?’*

Bij de Beweegkuur vallen er mensen buiten de inclusiecriteria*, bijvoorbeeld door een te hoog BMI, bepaalde ziektes of op psychisch vlak. Stichting GC-Nijkerk wil breder denken en een programma

bieden dat voor iedereen geschikt is. Door maatwerk te bieden kan iedereen geholpen worden. Er kan bijvoorbeeld gegroepeerd worden door een programma op maat aan te bieden, wat aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van een bepaalde groep mensen. Bij de overweging om de interventie aan te bieden wordt gekeken wat het kost en wat het oplevert. Dit vormt samen de business case.

Er zijn vier doelen met betrekking tot chronische zorg vanuit het Quadruple Aim (zie figuur 3) zijn:
1. Kosten beheersbaar houden;
2. De gezondheid van de bevolking bevorderen;
3. Verbeteren tevredenheid van de patiënt over de eigen gezondheid;
4. Verbeteren beleving van zorgverleners.

Figuur 4: Quadruple Aim (Intramed, z.d.)

De Stichting werkt vanuit de Quadruple aim doelstellingen. Met betrekking tot chronisch zieke patiënten wil de Stichting het volgende bereiken:
- Preventie (voorkomen is beter dan genezen);
- Leefstijl aanpassen;
- Gedragsverandering realiseren (Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag);
- Persoonsgerichte zorg.

Voor patiënten die al diabetes hebben, kan het GLI programma meerdere voordelen hebben: bloedsuiker gaat omlaag, van insuline spuiten naar medicijnen slikken en andere co-morbiditeiten voorkomen, zoals: oog-, nier- hart- en vaatziekten.

Overgewicht en obesitas vergroten de kans op chronische ziekten (Loketgezondleven, 2018). Uit onderzoek dat Jansen en Heijmans in 2012 publiceerden blijkt dat drie op de vijf chronisch zieken kampen met overgewicht. De deelvraag luidt: *'Levert het huidige GLI-programma het resultaat wat Stichting Gezondheidscentra Nijkerk wil bereiken?'*

Over het resultaat van de eerste groep valt nog weinig te zeggen, omdat deze groep halverwege is. Uit gesprekken met begeleiders blijkt dat niet alle deelnemers het programma snappen, er vaak afwezigen zijn bij groepsconsulten en motivatie vasthouden aandachtspunten zijn. De tweede groep is midden 2019 van start gegaan. De directie van de Stichting heeft het gevoel dat de resultaten niet optimaal behaald kunnen worden, doordat het BeweegKuur GLI-programma kaders omvat. Ook huisartsen geven aan dat vanuit hun perspectief te weinig wordt gedaan aan het vasthouden van intrinsieke* motivatie. De directie en huisartsen vinden beide dat hier een extra professional, zoals een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) bij betrokken moet worden. Dit is een zorgprofessional die patiënten ondersteunt bij psychische problemen.

3.5 Interne evaluatie

3.5.1 Intakes en afwijzingen

Huisartsen geven aan dat weinig te weten over de inhoud van het BeweegKuur GLI-programma. De huisarts geeft in het interview aan vooral op de motivatie van de patiënt te letten. De leefstijlcoach vertelt in het interview: "Van de eerste groep heb ik 6 van de 10 deelnemers afgewezen. Mijn collega heeft ook een deel van de intakes gedaan, zij had er nog meer. In de tweede groep waren dit er 15, waarvan 7 door zijn." De leefstijlcoach denkt dat dit komt doordat de patiënten tijdens de doorverwijzing niet goed geïnformeerd worden (Persoonlijke communicatie, 25 november 2019).

Op de Huisartsen Groep (HAGRO) vergaderingen en de Zorgraad wordt GLI besproken, maar hier zijn alleen praktijkhoudende huisartsen aanwezig, waardoor waarnemende huisartsen dit niet meekrijgen. De Zorgraad is een groep met meerdere disciplines uit de geïntregreerde eerstelijnszorg. De Zorgraad geeft goedkeuring aan het beleid.

De geïnterviewde huisartsen geven beiden aan dat zij niet verder betrokken hoeven te worden tijdens het traject, maar dat dit wel interessant zou zijn voor de praktijkondersteuners van de huisartsen (POH's). De POH-somatiek ondersteunt cliënten met chronische aandoeningen, zoals diabetes en COPD. De POH-GGZ ondersteunt de cliënten met psychische problemen. Huisartsen zouden het fijn vinden om terugkoppeling te ontvangen van de GLI-begeleiders, zodat het dossier van de patiënt compleet is. In een interview zegt de huisarts: "Ook zouden de praktijkondersteuners huisartsen (POH) kunnen helpen bij de casefinding*, waardoor de huisarts alleen goedkeuring hoeft te geven." Het programma omvat volgens de huisartsen te weinig begeleiding bij het vasthouden van motivatie. Hier zouden zij graag een psycholoog of een POH GGZ voor willen inzetten.

De informatie voor deze deelvraag is verkregen uit diverse interviews. Deze zijn te vinden in Bijlage 4.

3.5.2 Sociaal domein

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft als voorwaarde van een GLI-programma een verbinding te leggen tussen zorg en het sociale domein. Om blijvende gedragsverandering te realiseren, zijn er naast de zorg ook andere partners uit het sociale domein nodig. Bijvoorbeeld bij het lokale sport- en beweegaanbod in de wijk (Schaars, 2019). De leefstijlcoach geeft aan: "Tijdens de intake bij de leefstijlcoach worden er vragen gesteld aan de deelnemer over het sociaal domein. Ik heb bijvoorbeeld ook iemand verwezen naar Sigma voor vrijwilligerswerk, vanwege eenzaamheid en weinig doel in haar leven. Wij proberen de achterliggende problemen ook te zien, maar dit is best lastig." (Persoonlijke communicatie, 7 januari 2020). Eenzaamheid kan leiden tot depressie en een verhoogd risico op Alzheimer en hartziekten. Ook kan eenzaamheid de oorzaak zijn van ongezond gedag: weinig bewegen, minder gezond eten en meer gebruik van verslavende middelen. De gevolgen van de genoemde oorzaken geven meer kans op overgewicht, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten (Eenzaamheid.nl, z.d.).

Hieruit blijkt dat begeleiders verwijzen naar de samenwerkingspartners op het gebied van sociaal domein. De minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft dit tevens als voorwaarde voor het aanbieden van een GLI-programma.

3.5.3 Eigen draai

De communicatie tussen de begeleiders en deelnemers verloopt niet altijd soepel. Het GLI-programma bevat dan ook veel zelfregie en -management. Drie GLI-begeleiders die meedoen vanuit Stichting Gezondheidscentra Nijkerk zijn geïnterviewd. De deelvraag die hierbij hoort is: *"Hoe denken de GLI-begeleiders over het huidige GLI-programma?"*

De GLI-begeleiders geven aan dat de interventie statisch en onduidelijk kan zijn. De begeleiders geven tevens aan dat er deelnemers zijn met mentale- of cognitieve problemen, waardoor niet alles onthouden of begrepen wordt. Uit een onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau in samenwerking met de Radboud Universiteit (2018) blijkt dat laagopgeleiden vaker kampen met overgewicht dan hoogopgeleiden. Laaggeletterdheid staat in relatie met onder andere cognitieve en mentale problematiek (Heiden, 2015).

De beweegcoach voelt zich niet altijd even betrokken bij het tweejarige programma. Deze coach is vooral in het begin van belang. De beweegcoach vertelt in het interview: “Ik zie alleen de kop en ik mis de staart.” De beweegcoach is alleen in het eerste jaar betrokken bij het programma. Ook geven de GLI-begeleiders graag een eigen draai aan het programma, omdat het volgens hen af en toe best statisch kan zijn. De voedingscoach geeft wel aan dat een eigen draai aan het programma geven veel tijd kost en dit niet geïncludeerd kan worden bij de Zorgverzekeraar. De voedingscoach geeft ook aan dat er vertrouwd wordt op het Beweegkuur GLI-programma, omdat het Evidence Based Practice is.

In de eerste periode van het BeweegKuur GLI programma (begin 2019) verliep de communicatie met betrekking tot de doorverwijzing minder soepel. Dit kwam doordat het systeem waarmee de huisartsen werken, ZorgMail, niet optimaal werkte.

De teamleider van de buurtsportcoaches in Nijkerk geeft aan dat structurele beweging onder begeleiding een belangrijk aspect is voor een succesvol GLI-programma (Persoonlijke communicatie, 9 december 2019).

De communicatie verloopt niet soepel, door onder andere mentale- en cognitieve problemen van de deelnemers. Een eigen draai geven aan het programma kan een oplossing zijn van een stuk duidelijkheid en overzicht.

3.5.4 Veranderingen en uitbreidingen

De directie geeft aan meerdere wensen van uitbreiding te hebben en te twijfelen over het huidige programma. Hierbij hoort de volgende deelvraag: *“Welke wensen van uitbreiding van het GLI-programma zijn er?”* Deze veranderingen en wensen komen voor uit diverse gesprekken de GLI-begeleiders en de directie.

De begeleiders geven aan dat het doel van het programma goed is en zeggen toekomst te zien in het verbeteren van leefstijl. Wel geven de begeleiders een aantal verbeterpunten aan, zoals:
* Preventief werven: momenteel wordt het Beweegkuur GLI-programma vooral aangeboden door de huisarts, als de patiënt voor andere klachten naar de dokter gaat. De bedoeling van het werven is dat patiënten uit zichzelf naar de huisarts gaan, om meer informatie te vragen over het programma en zich aan te melden.
* De groepsconsulten dichter op elkaar plannen: dit is belangrijk voor de groepsbinding;
* Gratis bewegen blijven promoten: begeleiders willen ook meer gebruik gaan maken van een buurtsportcoach;
* Eigen bijdrage terugbrengen: wanneer een deelnemer zich niet op tijd afmeldt zonder geldige reden, moet een bijdrage betaald worden. Ook zouden begeleiders graag een eigen bijdrage vooraf het programma zien, om motivatie te stimuleren;
* Beweging aanbieden onder begeleiding van een deskundige, zoals een fysiotherapeut of personal trainer;
* Duidelijk communiceren: documenten zijn statisch, moeilijk en onduidelijk. Dit geven de deelnemers zelf ook aan.

De wensen van uitbreiding zijn:
* Een leefstijlgroepssessie laten invullen door een POH-GGZ, om een stuk mentale ondersteuning te bieden;
* Een buurtsportcoach die de deelnemers begeleidt en gesubsidieerd wordt vanuit de gemeente;
* Een bewegings-kortingskaart aanbieden voor deelnemers, zodat deelnemers in de buurt van Nijkerk met korting kunnen sporten, waardoor het aantrekkelijk wordt;
* De psycholoog betrekken bij het traject, zodat de professional mee kan denken over de deelnemer en hen begeleiding bieden waar mogelijk.

De wens van uitbreiding die in elk interview terugkomt, extern en intern, is mentale ondersteuning bieden. De leefstijlcoach vindt dat er te weinig aandacht gegeven wordt aan mentale ondersteuning, terwijl mensen met overgewicht vaak psychische problemen hebben. De literatuur bevestigt het argument van de leefstijlcoach. “Pas als je de achterliggende oorzaak aanpakt, kun je je eetpatroon blijvend veranderen” (Govers, in Radar+, z.d). Psychologische factoren, zoals emotioneel eten, wat men doet als reactie op negatieve gebeurtenissen, kan ook een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. Eetbuiten komen regelmatig voor bij mensen die lijnen en obese individuen. e
(NHG, 2010)

3.6 Externe evaluatie

Er zijn drie externe partijen telefonisch gesproken. De informatie is verkregen uit de telefonische interviews. Met deze informatie kan er antwoord gegeven worden op de deelvraag: *“Hoe denken relevante externe partijen over het GLI-programma?”*

Er is een projectleider van het Beweegkuur GLI-programma gesproken uit Weert. In 2019 is ook daar de eerste groep GLI-deelnemers gestart. Deze groep bevat 7 tot 12 deelnemers. De tweede groep is net gestart aan het traject. De GLI-begeleiders maken een whatsapp-groep aan met de deelnemers, zo wordt daar gecommuniceerd. De deelnemers kunnen twee keer per week sporten en themabijeenkomsten bezoeken. De themabijeenkomst heet: ‘Leefstijl als medicijn’, dit is een cursus over een gezondere leefstijl die aansluit op het GLI-programma. Deze themabijeenkomsten worden door de deelnemer zelf bekostigt. In deze gemeente sturen de praktijkondersteuners huisartsen (POH) geschikte personen door naar het GLI-programma.

In Nieuwegein zijn momenteel twee groepen met het BeweegKuur GLI-programma bezig. Ook zijn er al plannen voor groep 3. In de zomer zijn de begeleiders druk bezig geweest met werven en is er veel contact geweest met een ander gezondheidscentrum. In Nieuwegein is een projectleider aanwezig die dit programma leidt. De begeleiders duiden altijd aan dat de POH-GGZ van belang kan zijn, dit moet de deelnemer zelf subsidiëren. De diëtiste vindt de richtlijnen van de BeweegKuur niet fijn en geeft graag een eigen draai aan het programma. Ook is de planning aangepast. De motivatie van de eerste groep is verminderd ten opzichte van het begin van het traject.

De communicatie met deelnemers verloopt via een whatsappgroep, maar ook via e-mail en telefoon. Elk kwartaal is er een begeleiders-overleg. In de Roerdomp, het gezondheidscentrum in Nieuwegein, staat een grote banner bij de ingang met de BeweegKuur GLI erop. Ook communiceren de begeleiders uit Nieuwegein de BeweegKuur in de nieuwsbrief en via flyers. Ook heeft de diëtist een interview gehouden voor de plaatselijke krant. De voedingscoach zou graag meer contactmomenten willen, begeleiding bij beweging in de vorm van groepsconsulten en positievere leefstijlsessies.

In Veendam zijn twee groepen met de Beweegkuur GLI bezig, waarvan de derde groep gaat starten in januari 2020. Doordat er veel aan werving wordt gedaan, gaan mensen vanuit zichzelf naar de huisarts voor meer informatie en een doorverwijzing. De werving en promotie komt onder andere

vanuit Menzis, dit is de grootste verzekering in de regio. Menzis heeft een promotiefilmpje gemaakt over de Gecombineerde LeefstijlInterventie. Er is samenwerking met de fysiotherapeut afgesloten, zodat de deelnemers van het programma met korting kunnen sporten. Er wordt gecommuniceerd via bijeenkomsten, een besloten facebookpagina en e-mail. De begeleiders komen vaak bij elkaar, ongeveer één keer per maand. De begeleiders uit Veendam geven hun eigen draai aan het programma, omdat het programma volgens hen vrij statisch kan zijn. Zij geloven in interactief en praktische groepsbijeenkomsten, zodat de deelnemers elkaar motiveren.

3.7 Ervaringen deelnemers

Om een beter beeld te krijgen van het GLI-programma en de deelnemers, is er een groepsbijeenkomst van de tweede groep bijgewoond met de beweegcoach. De tweede groep bestaat uit tien deelnemers en is net begonnen aan het GLI-programma. Deze les stond in het teken van voorstellen en elkaar leren kennen. De deelnemers konden na afloop opmerkingen en onduidelijkheden aangeven. De deelnemers van de tweede groep geven aan dat het introductieboekje te moeilijk is. Ook snapt een deel niet dat het programma al begonnen is.

De eerste groep deelnemers is bijna halverwege het programma. Om de ervaringen van de GLI-deelnemers te pijlen, is er een enquête uitgezet. Met behulp van dit meetinstrument kan de volgende deelvraag beantwoord worden: ‘Zijn cliënten tevreden over het GLI-programma?’ Aan het eerste programma doen zes deelnemers mee. Op de enquête hebben drie van de zes deelnemers gereageerd. Uit de enquête blijkt dat de verwachting vooraf is: het krijgen van een betere leefstijl, afvallen, ondersteuning krijgen en structureel beter leven. Achteraf blijkt dat de deelnemers het programma anders verwacht hadden. Twee deelnemers geven aan dat er te weinig aandacht is voor bewegen, de andere deelnemer vindt het ‘prima’. Alle drie de deelnemers begrijpen het programma en vinden de samenwerking van de begeleiders goed. De cijfers die de deelnemers geven aan de inhoud van het programma zijn tweemaal een 8 en eenmaal een 5. De deelnemers geven alle drie zowel positieve als negatieve aspecten aan van het programma.

4. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevinden besproken en wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek.

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: “*Hoe kan Stichting Gezondheidscentra Nijkerk het GLI-programma het best aanbieden aan cliënten, zodat gedragsverandering op langere termijn behouden wordt?*”

De doelen van Stichting Gezondheidscentra Nijkerk rondom chronische zorg is om chronische ziekten te voorkomen en wanneer deze al aanwezig zijn de gezondheid te bevorderen. Door onder andere in te zetten op leefstijlinterventies, zoals de BeweegKuur GLI, hoopt de Stichting deze doelen te bereiken.

De Stichting wil echter iedereen met (extreem) overgewicht helpen. Dit wil de Stichting doen door maatwerk te bieden (Persoonlijke communicatie, 12 december 2019).

Één huisarts geeft aan niet veel te weten over de inhoud van het BeweegKuur GLI-programma. Uit gesprekken met de leefstijlcoach blijkt overigens dat meer dan de helft van de doorverwezen cliënten wordt afgewezen.

Het programma bevat veel zelfregie, de begeleiders geven aan dat deelnemers hier veel moeite mee hebben. De begeleiders geven ook aan dat deelnemers het programma niet goed begrijpen. De beweegcoach geeft aan dat er sprake is van mentale- en cognitieve problematiek bij een aantal deelnemers, waardoor onder andere niet alles onthouden of begrepen wordt. Zowel interne als externe GLI-begeleiders geven hierdoor graag een eigen draai aan het Beweegkuur GLI-programma.

De leefstijlcoach van het programma geeft aan een stuk begeleiding te missen bij het bewegen. In de enquête geven deelnemers aan extra begeleiding te willen met betrekking tot bewegen. De beweegcoach geeft aan: “Deelnemers moeten nu op eigen initiatief gaan sporten, maar weten vaak niet goed wat zij moeten doen. Ik zie hierdoor veel blessures ontstaan.” (Persoonlijke communicatie, 30 oktober 2019). Vanuit de literatuur blijkt dat de doelgroep van de GLI extra reden heeft om beter begeleid te worden. Uit onderzoek van Wouters uit 2008 blijkt dat angst voor letsel de belangrijkste barrière* is voor niet-sporters. Ook spelen negatieve gedachten over de prognose en het geloof dat overgewicht somatisch* bepaald is een grote rol.

De wens van uitbreiding die in elk interview terugkomt, extern en intern, is mentale ondersteuning bieden. “Pas als je de achterliggende oorzaak aanpakt, kun je je eetpatroon blijvend veranderen” (Govers, in Radar+, z.d). Psychologische factoren, zoals emotioneel eten, wat men doet als reactie op negatieve gebeurtenissen, kan ook een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. De achterliggende oorzaak moet eerst aangepakt worden, voordat er een gedragsverandering plaats kan vinden. (NHG, 2010)

Vanuit meerdere oogpunten wordt het GLI-programma momenteel niet als effectief genoeg gezien. Er moeten veranderingen plaatsvinden om gedragsverandering op lange termijn te realiseren. De aanbevelingen die voortvloeien uit deze conclusie worden in hoofdstuk 6 omschreven.

<u>Vervolgonderzoek</u>
De directie van Stichting GC-Nijkerk gaat naar aanleiding van de adviezen en de Business case beslissen of er wordt doorgegaan met het programma en welke aanpassingen hierbij nodig zijn. De business case wordt door de algemeen directeur opgesteld.

In de toekomst kan er contact opgenomen worden met relevante externe partijen. Huis voor Beweging is de aanbieder van het huidige Beweegkuur programma. De gewonnen informatie en kwalitatieve gegevens kunnen aanleiding zijn voor Huis voor Beweging om de Beweegkuur interventie aan te passen. Het Zilveren Kruis zorgt voor de inkoop van het programma en is daarom relevant om te contacteren. Begeleiders zouden graag meer subsidie ontvangen, om beweging te promoten en aan te bieden. Een buurtsportcoach uit Nijkerk heeft aangegeven hierin te willen meedenken. Hiervoor is de Gemeente Nijkerk een belangrijke partij om contact mee op te nemen. Door deze partijen te contacteren kunnen er in de toekomst grote stappen genomen worden.

5. Discussie

In de discussie staan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek centraal. Er wordt verder ingegaan op de gebruikte meetinstrumenten.

5.1 Barrières

Hieronder is een overzicht van barrières van dit onderzoek. Deze barrières zijn voordat het onderzoek van start is gegaan opgesteld.

Barrière	

Tijd van afname	Heeft de tijd van afname invloed gehad op hetgeen wat de respondenten ingevuld hebben?
Te weinig respondenten	Is het onderzoek wel betrouwbaar als de helft van de GLI-deelnemers de enquête heeft ingevuld?
Doelgroep	Zijn er relevante mensen geïnterviewd?
Literatuur	Zijn de bronnen die gebruikt zijn recent en betrouwbaar?
Wet en regelgeving	Mag de onderzoeker deelnemers of externe relevante partijen zomaar contacten? Mogen er namen genoemd worden van geïnterviewden?

Figuur 5: barrières

4.2 Validiteit per onderzoeksmethode

In deze sub-paragraaf worden diverse onderzoeksmethode onder de loep genomen. Hierbij worden de betrouwbaarheid, barrières en methoden besproken.

Deelvraag 2: Wat zorgt ervoor dat gedragsverandering daadwerkelijk gerealiseerd wordt?
Type onderzoek: Literatuuronderzoek
Barrières: Relevantie, betrouwbaarheid bronnen en actualiteit.

Bronnen worden geraadpleegd wanneer:

- De context in relatie staat met het onderwerp van dit onderzoek;
- De bronnen actueel zijn, maximaal tien jaar oud*;
- Er een hoog niveau van taalgebruik is.

*Er zijn driemaal bronnen ouder dan tien jaar gebruikt. Één van deze bronnen komt uit 2000, maar dit gedragsveranderingsmodel wordt nog steeds gebruikt door de leefstijlcoach gebruikt. De andere twee bronnen zijn wetenschappelijke onderzoeken, waarbij gedrag en overgewicht besproken wordt.

De literatuur voor dit onderzoek komt voornamelijk van diverse organisaties, zoals: Nederlandse Huisartsen Genootschap, Centraal Bureau Statistiek, Loket Gezondleven, Huis voor Beweging en Ministerie Gezondheid, Welzijn en Sport. Kwantitatief onderzoek is vooral gebruikt bij de probleemanalyse, het theoretisch kader en om deelvraag 2 te beantwoorden.

Deelvraag 4: Hoe denken de GLI-begeleiders over het huidige GLI-programma?
Deelvraag 7: Welke wensen van uitbreiding van het GLI-programma zijn er?
Type onderzoek: semi-gestructureerd interview
Barrières: wet en regelgeving, doelgroep, tijd van afname

Er is zijn twee topiclijsten opgesteld: één voor de GLI-begeleiders en één voor de huisartsen. Er zijn twee huisartsen en drie van de vier begeleiders gesproken. Dit is gedaan omdat de huisarts een andere functie heeft in het programma dan een begeleider. De onderwerpen en vragen zijn zo opgesteld, dat de antwoorden helpen om de deelvragen te beantwoorden. Deze deelvragen zijn *open* vragen, die beantwoord kunnen worden nadat GLI-begeleiders en een aantal huisartsen geïnterviewd zijn. De topiclijsten bestaan uit onderwerpen met daaronder vragen. Er is gekozen om een aantal vragen op te stellen, om zo vergelijkingsmateriaal te hebben met de andere geinterviewden. Er is genoeg ruimte om door te vragen, maar als er te ver wordt afgeweken van de

topiclijst, grijpt de interviewer in. De namen van de begeleiders en huisartsen zijn niet weergegeven, slechts het beroep of de functie in het GLI-programma.

Deelvraag 5: Hoe denken relevante externe partijen over het huidige GLI-programma?
Type onderzoek: telefonische enquête, semi-gestructureerd
Barrières: wet en regelgeving, doelgroep, tijd van afname

Er is gekozen om relevante externe partijen, die ook de BeweegKuur GLI aanbieden te contacteren. Door externe partijen te interviewen, kan er gekeken worden of er sprake is van correlatie* bij bepaalde onderwerpen. De gegevens zijn verkregen via Huis voor Beweging, de aanbieder van de Beweegkuur GLI-interventie. De vragen zijn *semi-gestructureerd,* zodat er ruimte is om door te vragen. De vragen zijn (bijna) hetzelfde als bij de interne begeleiders. De vraag over werving is toegevoegd, omdat dit een intern aandachtspunt is. Het is extern uitgevraagd, om inspiratie op te doen voor de werving in Nijkerk.

Deelvraag 6: Zijn cliënten tevreden over het huidige GLI-programma?
Type onderzoek: mixed method vragenlijst
Barrières: tijd van afname, wet en regelgeving, respons

De vragenlijst is verstuurd in december. Er hebben echter slechts 3 van de 6 deelnemers de vragenlijst ingevuld. Bovendien was het niet mogelijk om een groepsconsult van de eerste groep te bezoeken in de onderzoeksperiode. Door de wet Algemene Verordering Gegevensbescherming (AVG) mag de leefstijlcoach van het GLI-programma niet zomaar de e-mailgegevens verstrekken voor onderzoek. De deelnemers moeten de leefstijlcoach toestemming geven om de gegevens te verstrekken voor de online-vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit een Word- en een Google Forms versie. De deelnemer kan zelf kiezen welke versie er ingevuld wordt. De deelvraag is een *gesloten* vraag, maar de bedoeling van deze vraag is een 'omdat' toe te voegen. De vragenlijst bestaat uit negen vragen met verschillende soorten enquêtevragen, namelijk: schaal-, open- en dichotome vragen. Deze enquête bevat veel dichotome vragen die volgen naar een open vraag. Dit zorgt voor de uitleg van het ingevulde antwoord, dit kan lang of kort zijn. Deelnemers hebben in de open vragen meningen goed uitgelegd, waardoor er veel informatie uit het antwoord gehaald kan worden.
De resultaten van de enquête kunnen minder valide zijn doordat de helft van de deelnemers de vragenlijst hebben ingevuld. Dit is een risico waarmee van tevoren rekening is gehouden. Desondanks is er aan de wet en regelgeving voldaan. Deze deelvraag draagt gedeeltelijk bij aan de hoofdvraag, omdat de meningen meegenomen worden bij de aanbevelingen die worden gegeven. Het is daardoor vooral van belang voor de deelnemers zelf om hun mening te delen.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven, die voortvloeien uit de conclusie.

De aandachtpunten uit de conclusie worden meegenomen naar de aanbevelingen. Er hebben zich bovendien verschillende gesprekken en interviews plaatsgevonden, met hierin diverse meningen. De aanbevelingen geven antwoord op de hoofdvraag: "*Hoe kan Stichting Gezondheidscentra Nijkerk het GLI-programma het best aanbieden aan cliënten, zodat gedragsverandering op langere termijn behouden wordt?*"

De volgende punten zouden graag toegevoegd worden aan het programma, om het programma zo effectief mogelijk te maken:

1. Deelnemers aanzetten tot bewegen
   Het lokale sportaanbod wordt tijdens het groepsconsult met de beweegcoach uitgelegd door

de buurtsportcoach. Ook kunnen deelnemers naar het Beweegloket gaan om informatie en advies te vragen over het sportaanbod in de buurt. Er wordt echter niet vaak gekozen om bij een sportclub te sporten. Een Externe GLI-begeleiders werkt met een speciaal sportabbonement bij de fysiotherapeut. Hierin krijgen de deelnemers persoonlijke, passende begeleiding, waardoor onder andere blessures voorkomen worden. Als er al klachten aanwezig zijn, kunnen deze tegelijkertijd verholpen worde, of kan er een passende oplossing gezocht worden. Uit de literatuur blijkt namelijk dat angst voor letsel de grootste barrière is voor mensen vanaf een BMI >25 om niet te sporten (Wouters, 2008). De deelnemers bekostigen het sporten zelf, maar krijgen hierbij korting omdat er deelgenomen wordt aan het GLI-programma. Ook kan er een algemene kortingskaart aangeboden worden aan mensen die deelnemen aan het GLI-programma. Hierdoor kan de deelnemer voordelig sporten. Deze kortingskaart zou dan ingezet kunnen worden, om sporten bij een club te promoten.

2. Meer begeleiding bij bewegen
   Deelnemers geven aan behoefte te hebben aan meer begeleiding bij bewegen. De buurtsportcoaches hebben in het GLI-programma een coördinerende rol. De teamleider van de buurtsportcoaches in de Gemeente Nijkerk geeft aan hierover in gesprek te willen gaan. De teamleider geeft aan te willen meedenken aan de opzet en uitvoering hiervan.
3. De praktijkondersteuners Huisartsen (POH's) helpen bij casefinding
   De twee geïnterviewde huisartsen geven aan niet verder betrokken te willen zijn bij de inhoud van het GLI-programma. De huisartsen geven echter wel aan dat dit wel interessant zou zijn voor de praktijkondersteuners van de Huisartsen. Ook zouden de POH's bijvoorbeeld kunnen helpen bij casefinding rondom het GLI-programma. Mensen met chronische klachten gaan regelmatig naar een POH-Somatiek. De POH-Somatiek kan in het consult informatie geven over het GLI-programma. De doorverwijzing moet echter wel via de huisarts. Als er voldoende motivatie is bij de cliënt, kan er deelgenomen worden aan het GLI-programma.
4. (Preventief) Werven van toekomstige deelnemers
   De doorverwijzing voor het deelnemen aan het Beweegkuur GLI-programma verloopt via de huisarts. De geïnterviewde huisartsen (2019) geven aan dat cliënten de huisarts vooral voor andere klachten bezoeken, in plaats van voor het GLI-programma. De flyers liggen momenteel in de wachtkamers en lagen voorheen ook bij de huisarts. Ook zijn de flyers verouderd, bevatten ze veel tekst en onduidelijke informatie. Als de flyer vernieuwd is, kan deze aan de POH's en huisartsen gegeven worden, om als informatiemateriaal mee te geven aan de patiënt. Op de wachtschermen wordt een filmpje weergegeven, die erg op de flyer lijkt. Ook dit promotiemateriaal bevat veel tekst. In het Gezondheidscentrum in Nieuwegein staat bij de ingang een roll-up banner van het BeweegKuur GLI-programma. Ook zijn er in Nieuwegein meerdere artikelen in de krant verschenen, met interviews en informatie over het programma. Een banner trekt de aandacht van de bezoeker, geeft de voedingscoach uit Nieuwegein aan. Ook zou het voor de naamsbekendheid van het programma in Nijkerk goed zijn om mensen via de krant te informeren over het BeweegKuur GLI-programma.
5. Mentale ondersteuning bieden
   Zowel interne als externe begeleiders van het Beweegkuur GLI-programma geven aan dat er een stukje mentale ondersteuning mist in het programma. Een diëtiste en schrijfster vertelt: "Pas als je de achterliggende oorzaak aanpakt, kun je je eetpatroon blijvend veranderen" (Govers, in Radar+, z.d). De leefstijlcoach en beweegcoach vertellen beiden dat niet iedereen het in zich heeft om motivatie vast te houden, maar hier begeleiding bij nodig heeft (Persoonlijke communicatie, 25 november 2019). De Zorgverzekeringswet vergoedt alle eerstelijns zorg, waaronder POH GGZ en POH-Somatiek vallen (Zorgwijzer, 2019). Het is van

belang dat de POH's geïnformeerd zijn over het programma. Dit kan bijvoorbeeld door een presentatie te geven over de inhoud van het GLI-programma, de werkwijze en hoe het ervoor staat. Zowel de interne huisartsen als begeleiders zijn het erover eens dat er één groepsconsult en één individueel consult moet komen die ondersteuning biedt op sociaal-, mentaal- en psychisch vlak. De leefstijlcoach merkt op dat mensen met (extreem) overgewicht vaak mentale problemen hebben en ziet deze ondersteuning als houvast voor de deelnemer (Persoonlijke communicatie, 25 november 2019). Dit kan in plaats van een andere groeps- of individuele sessie, maar zou liever toegevoegd worden in het programma. De POH GGZ zou dit kunnen oppakken, dit is eerstelijnszorg en wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De cliënt is al doorgestuurd via de huisarts, waardoor er geen extra doorverwijzing naar de POH GGZ nodig is. Het toevoegen van een POH-GGZ is laagdrempelig en een belangrijk aspect rondom het realiseren van gedragsverandering.

6. Maatwerk bieden
   Volgens de begeleiders is niet iedereen geschikt voor een programma dat veel zelfregie bevat. Door groepen te maken op bijvoorbeeld: chronische longziekten en diabetes, kan er lotgenotencontact ontstaan. Zo ontstaan er groepen met bepaalde behoeften, waar de begeleiders rekening mee kunnen houden. Een vraagstuk hiervan is *hoe* huisartsen en begeleiders hierop gaan groeperen.

Overige verbeterpunten zijn:

- Eigen draai geven aan het programma: doordat het programma statisch kan zijn en in groepsconsulten een stuk interactie mist, kunnen de coaches een eigen draai geven aan het programma. Dit kan gedaan worden door interactieve vormen toe te voegen, duidelijk communiceren en een introductieboekje aanpassen naar een lager taalniveau;
- Groepsconsulten dichter op elkaar plannen; deelnemers en begeleiders zouden dit graag zien, om groepsbinding te stimuleren. De kans op een hechte groepsband is groter en deelnemers kunnen elkaar hierdoor motiveren.
- Informatiebijeenkomsten organiseren voor huisartsen en POH's: de huisartsen geven aan de niet veel te weten over de inhoud van de BeweegKuur GLI. De huisartsen geven aan dat de POH's de huisartsen kunnen ondersteunen bij de casefinding*. De informatie over het BeweegKuur GLI-programma wordt vooral op de Huisartsen Groep (HAGRO) gecommuniceerd, waar niet alle huisartsen bij aanwezig zijn. Om meerdere disciplines te bereiken zou de GLI toegelicht kunnen worden op een voorjaars- of najaarsbijeenkomst.

Bronvermelding

Autoriteit persoonsgegevens. (z.d.). *Zorgverleners en de AVG*. Geraadpleegd op 13 januari 2020, van https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg

Balm, M. (2000). *Gedragsverandering.* Geraadpleegd op 19 december 2019, van https://marcelbalm.nl/wp-content/uploads/2019/05/20180404-Gedragsmodel-Balm.pdf

Beweegkuur. (2019a). *Document Beweegkuur voor diëtist.* Geraadpleegd op 19 november 2019, van 03_Dietist_V05def.pdf

Beweegkuur. (2019b). *Document Beweegkuur voor de fysiotherapeut.* Geraadpleegd op 19 november 2019, van 02_Beweegprofesional_V03def.pdf

Beweegkuur. (2019c). *Document Beweegkuur voor de leefstijlcoach.* Geraadpleegd op 19 november 2019 van 01_Leefstijlcoach_V10def.pdf

Brug, J., Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* Uitgeverij: van Gorcum.

Diabetes Fonds. (z.d. a) *Diabetes in cijfers.* Geraadpleegd op 21 november 2019, van https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-algemeen/diabetes-in-cijfers

Diabetes Fonds. (z.d. b) *Diabetes type 2.* Geraadpleegd op 21 november 2019, van https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/soorten-diabetes/diabetes-type-2

Eenzaamheid.nl (z.d.). *Gevolgen van eenzaamheid.* Geraadpleegd op 16 januari 2020, van https://www.eenzaam.nl/over-eenzaamheid/gevolgen-van-eenzaamheid

Europese Patiëntenacademie. (24 augustus 2015). *Inclusiecriteria.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://www.eupati.eu/nl/glossary/inclusiecriteria/

GGZ Standaarden (2019). *Co-morbiditeit.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/inleiding

Govens, E. (z.d.). *RADAR+ Online: 5 deskundigen over obesitas*. Geraadpleegd op 17 januari 2020, van https://www.radarplus.nl/psyche-en-gezondheid/article/1815/5-deskundigen-over-obesitas

Heiden, I., & Rademakers, J. (2015). *Laaggeletterdheid en gezondheid*. Geraadpleegd van https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-laaggeletterdheid-en-gezondheid.pdf

Huis voor Beweging. (2019). Geraadpleegd op 16 december 2019, van https://www.huisvoorbeweging.nl/zorg-welzijn/interventies/beweegkuur-gli/

Intramed. (z.d.). *Quadruple aim.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://www.intramed.nl/nieuws/durf-innoveren-en-naar-client-kijken/quadruple-aim/

Jansen, D., & Heijmans, M. (2012, 3 mei). *Overgewicht onder chronisch zieken*. Geraadpleegd op 7 januari 2020, van https://www.henw.org/artikelen/overgewicht-onder-chronisch-zieken

KNFG. (z.d.). *Gli presentatie.* [PDF-document]. Geraadpleegd op 6 januari 2020, van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/beweegzorg/gli-presentatie-20181002_def_zonder-animaties-en-notities.pdf

Loket Gezondleven. (2018). *Cijfers en feiten overgewicht*. Geraadpleegd op 19 november 2019, van https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/overgewicht/cijfers-en-feiten-overgewicht

Loket Gezondleven. (2016). *Bevorderen gezond gedrag.* Geraadpleegd op 28 november 2019, van https://www.loketgezondleven.nl/vraagstukken/bevorderen-gezond-gedrag

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Nationaal Preventie Akkoord*. Geraadpleegd op 19 november 2019, van nationaal-preventieakkoord.pdf

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Overgewicht en psychische problemen.* Geraadpleegd op 19 november 2019, van https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260701006.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019, 17 december). *Zvw-kompas*. Geraadpleegd op 14 januari 2020, van https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-kompas

Nederlandse Huisartsen Genootschap. (z.d.). NHG Standaarden. Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas

Nederlandse zorgautoriteit. (2019, 12 maart). *Gecombineerde leefstijlinterventie komt op gang.* Geraadpleegd op 5 december 2019, van https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/12/03/gecombineerde-leefstijlinterventie-komt-op-gang

Schaars, D. (2019, 19 februari). *Gecombineerde leefstijlinterventie in de basisverzekering.* Geraadpleegd op 27 november 2019, van https://www.allesoversport.nl/artikel/gecombineerde-leefstijl-interventies-gli-in-de-basiszorgverzekering/

Schriel, P. (2019, 25 januari). *5 fasen van gedragsverandering.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://patrickschriel.nl/2015/01/28/de-5-fasen-van-gedragsverandering/

Skipr. (2019, 4 december). *Gecombineerde leefstijlinterventie komt op gang.* Geraadpleegd op 5 december 2019, van https://www.skipr.nl/nieuws/gecombineerde-leefstijlinterventie-komt-op-gang/

Sociaal Cultureel Planbureau. (2018, 10 juli). *Opleidingsverschillen in gezondheidsgedrag*. Geraadpleegd op 16 januari 2020, van https://www.scp.nl/Nieuws/Opleidingsverschillen_in_gezondheidsgedrag

Stevens, J. (z.d.). *Intrinsieke motivatie vergroten.* Geraadpleegd op 17 december 2019, van https://www.desteven.nl/leerdoelen/leidinggevende-manager/motiveren/intrinsieke-motivatie-vergroten-medewerkers

Stigma. (z.d.). *Wat is stigma.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/kennis/over-stigma/

Stichting Gezondheidscentra Nijkerk. (z.d.). *Onze aanpak.* Geraadpleegd op 18 november 2019, van https://www.gc-nijkerk.nl/over-gc-nijkerk/

Tiggelaar, B. (2019, 5 juni). *Gedragsaanpassing de grote horde bij verandering.* Geraadpleegd op 27 november 2019, van https://www.managementimpact.nl/verander-management/artikel/2019/06/ben-tiggelaar-gedragsaanpassing-de-grote-horde-bij-verandering-10111907

Veen, van der M., Goijarts, R. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal agogisch werk* (eerste druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum Houten.

Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek* (zesde druk). Nederland: Boom.

Vilans. (2013). *Motiverende gesprekstechnieken.* Geraadpleegd op 15 december 2019, van https://www.vilans.nl/docs/producten/Motiverende_gesprekstechnieken.pdf

Voedingscentrum. (Z.d.). *Overgewicht.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx

Volksgezondheid.info. (2016). *Overgewicht regionaal.* Geraadpleegd op 19 november 2019, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/regionaal-internationaal/regionaal#node-overgewicht-ggd-regio

Volksgezondheid.info (2019b). *Gevolgen van overgewicht.* Geraadpleegd op 19 november 2019, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/gevolgen#!node-samenhang-met-ziekten

Volksgezondheid.info. (2019a). *Overgewicht | Cijfers & Context*. Geraadpleegd op 19 november 2019, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-volwassenen

Zilveren Kruis. (2019). *Inkoopbeleid 2019 Gecombineerde Leefstijl Interventie*. Geraadpleegd op 13 november 2019, van inkoopbeleid-gli-2019-2.pdf

Zorgstandaard Diabetes. (Z.d.). *Zorgstandaard, richtlijnen en protocollen.* Geraadpleegd op 13 december 2019, van http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/verschil-zorgstandaard-richtlijn-protocol/

Zorgwijzer. (2019, 2 oktober). *Zorgverzekeringswet (Zvw): wat is het?* Geraadpleegd op 10 januari 2020, van https://www.zorgwijzer.nl/faq/zorgverzekeringswet

Bijlage 1. Zoekplan

Gebruikte bronnen	Google Scolar Verhoeven (2016). *Wat is onderzoek* Centraal Bureau Statistiek Nederlandse Huisartsen Genootschap
Zoektermen	1. Overgewicht 2. Preventieakkoord 3. Nationaal 4. Probleem 5. Volksgezondheid 6. Gezondheid 7. Beweegkuur 8. Body Mass Index (BMI) 9. Prevalentie 10. Programma 11. Preventie 12. Regionaal 13. Diabetes 14. Positief 15. Reduceren 16. Interventie 17. Integraal 18. Zorgstandaard 19. Chronisch 20. Psychisch 21. Literatuur 22. Co-morbiditeit 23. Obesitas 24. Stigmatisering 25. Leefstijl 26. Risico's 27. Samenwerking 28. Communicatie 29. Zelfregie 30. Zorgverlener 31. Inclusiecriteria 32. Belang 33. Motivatie 34. Psychologie 35. Elementen 36. Belemmeringen 37. Doelgericht 38. Communicatie 39. Laaggeletterdheid 40. Huisartsengenootschap 41. Factoren 42. Wet 43. Privacy 44. Zorgverzekering

	45. Eenzaamheid 46. Hoogopgeleiden
Termen combineren	1. Overgewicht AND probleem 2. Overgewicht AND preventie 3. Overgewicht AND gezondheid 4. BMI AND overgewicht 5. Volksgezondheid OR preventieakkoord 6. Nationaal AND preventieakkoord 7. Positief AND gezondheid 8. Gezondheid AND interventie 9. Interventie AND overgewicht 10. Psychisch AND gezondheid 11. Leefstijl AND risico's 12. Zorgstandaard AND obesitas 13. Regionaal OR Nationaal 14. Co-morbiditeit AND overgewicht 15. Samenwerking AND zorgverlener 16. Motivatie AND psychologie 17. Leefstijl AND motivatie 18. Communicatie AND Zorgverlener 19. Communicatie AND Cliënt 20. Motivatie AND elementen 21. Inclusiecriteria AND Beweegkuur 22. Overgewicht AND reduceren 23. Co-morbiditeit AND gezondheid 24. Diabetes AND co-morbiditeit 25. Samenwerking AND Zorgstandaard 26. Psychologie AND Overgewicht 27. Laaggeletterdheid AND Overgewicht 28. Privacy OR wet 29. Laagopgeleiden AND Overgewicht

Bijlage 2. Begrippenlijst

Ambivalentie	Tegenstrijdige gevoelens (Veen, 2012).
Barrière	Hindernis, belemmering (Dale, van. 2019).
Casefinding	Het zoeken naar risicofactoren of beginnen afwijkingen bij cliënten die om een andere reden de arts bezoeken.
Co-morbiditeit	Het hebben van één of meer aandoeningen, naast de hoofddiagnose (GGZ Standaarden, 2019).
Correlatie	“Wederzijdse relatie.” (Dale, van. 2019)
Evidence based practice	Bewezen wetenschappelijk onderzoek (Verhoeven, 2016)
Extrinsieke motivatie	Motivatie vanuit invloeden van buitenaf (Stevens, z.d.).
Inclusiecriteria	Kenmerken waaraan potentiële deelnemers aan moeten voldoen om deel te nemen aan een onderzoek of programma (Europese Patiëntenacademie, 2015).
Integraal	Een geheel (Dale, van. 2019).
Interventies	Tussengreep, doelbewuste ingreep (Dale, van. 2019).
Intrinsieke motivatie	Motivatie die vanuit het individu zelf komt (Stevens, z.d.).
Mixed method	Kwalitatief en kwantitatief onderzoek worden gecombineerd (Verhoeven, 2016).
Overgewicht	Er is te veel overtollig vet in het lichaam aanwezig. Het lichaamsgewicht en de lichaamslengte zijn niet meer in evenwicht (Voedingscentrum, z.d.)
Preventie	Het voorkomen van (Dale, van. 2019)
Stigmatisering	“Stigmatisering is een proces waarin een groep personen negatief wordt gelabeld, veroordeeld en uitgesloten.” (Stigma, z.d.)
Zorgstandaard	Beschrijft de norm waaraan multidisciplaire zorg voor mensen met een chronische ziekte aan moet voldoen (Zorgstandaarddiabetes, z.d.).

Bijlage 3. Vragenlijsten

Bijlage 3A. Vragenlijst deelnemers

Enquête tevredenheid Beweegkuur GLI deelnemers

Beste Beweegkuur GLI-deelnemer, bedankt dat u mee wilt doen aan dit onderzoek. Het gecombineerde leefstijlprogramma (GLI) loopt nu bijna een jaar en daarom zouden wij graag weten hoe u dit ervaren heeft. Alvast bedankt voor uw deelname!

1. **Mag ik uw gegevens gebruiken voor een onderzoek? De gegevens worden gebruikt voor een onderzoek naar het GLI-programma.** *Maak het passende antwoord geel.*
   A. Ja
   B. Nee

2. **Wat verwachtte u, voordat u begon, van het Beweegkuur GLI-programma?**
   ……
   ……

3. **Wat vindt u nu van het GLI-programma?**
   ……
   ……

4. **Wat vindt u van de samenwerking tussen de begeleiders?**
   ……
   ……

5. **Begrijpt u het programma?** *Maak het passende antwoord geel.*
   A JA
   B NEE

5B. Als u NEE heeft ingevuld bij vraag 5 *Begrijpt u het programma*, vul dan deze vraag ook in: Wat is er onduidelijk?

……

6. **Heeft u behoefte aan meer begeleiding tijdens het traject?** *Maak het passende antwoord geel.*
   A. JA
   B. NEE

7. Als u bij vraag 6 antwoord A ingevuld heeft, vul dan deze vraag in:

Op welk gebied zou u extra begeleiding nodig hebben? En waarom?

……

……

8. Heeft het programma effect voor u gehad tot nu toe? *Markeer het passende antwoord geel.*

A. JA

B. NEE

8B. Als u bij vraag 8 'NEE' heeft ingevuld, vul dan deze vraag in: Hoe komt dat denkt u?

……

……

8C. Als u bij vraag 8 'JA' heeft ingevuld, vul dan deze vraag in: Wat voor effecten?

……

……

9. Welk cijfer zou u het GLI-programma geven? *Omcirkel het gewenste antwoord.*

SLECHT 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 GOED

10. Zou u het GLI-programma aanbevelen aan vrienden of kennissen? Waarom?

……

……

11. Heeft u verder nog opmerkingen of vragen? Laat dan uw vraag en e-mailadres achter:

……

……

Bijlage 3B. Topiclijst huisartsen

Inleiding
- Voorstellen
- Tijd
- Doel
- Opnemen en anonimiteit
- Tutoyeren

Algemeen

1. Wil je kort toelichten wat jouw functie is in het GLI-programma?

Inhoud

Verwijzen

2. Is elke huisarts op de hoogte over het GLI-programma en weten zij wat dit programma inhoudt?

3. Als huisarts verwijs je mensen door. Wanneer doe je dit?

2A) Hebben jullie hier onderling contact over?

2B) Waar let je op als je mensen doorverwijst? (gezondheid of motivatie?)

Patiënten

4. Zijn patiënten enthousiast als u over het programma begint?

4A) Kennen mensen het programma?

4B) Komen mensen ook uit zichzelf?

5. Snappen mensen hoe het programma werkt?

Communicatie

6. Hoe ervaar je de communicatie met de GLI-begeleiders?

Betrokkenheid

7. Voel je je betrokken bij het traject?

JA: Waarom?

NEE: Hoe zou dit anders kunnen?

8. Wat vind je van de inhoud van het GLI-programma?

Afbakening

9. Waar loop je tegenaan?
10. Wat zou er beter of anders kunnen?

Bijlage 3C. Topiclijst begeleiders

Inleiding
- Voorstellen
- Tijd
- Doel
- Opnemen en anonimiteit
- Tutoyeren

Algemeen

1. Wil je kort toelichten wat jouw functie is in het GLI-programma?

Inhoud

Intakes en afwijzingen

2A. Doe jij de intakes?

2B. Hoe gaat dit te werk?

3A. Worden er veel mensen afgewezen?

3B. Waarom worden er veel mensen afgewezen?

4. Zie je verschil tussen groep 1 en groep 2?

Communicatie

5A. Hoe ervaar je de communicatie onderling tussen de begeleiders?

5B. Hoe communiceer je met de deelnemers?

Zelfmanagement

6. Wat verwachtte de deelnemers van het programma voordat zij begonnen?

7. Hoe reageren de deelnemers op de zelfregie die zij krijgen?

Inhoud

8. Wat vind je van de inhoud van het GLI-programma?

9A. Wat zou je anders willen in het GLI programma?

9B. Hoe zou je dit willen aanpakken?

Bijlage 3D. Vragenlijst externe GLI-begeleiders

Inleiding
- Voorstellen
- Doel onderzoek

1. Waar werkt u momenteel?
2. Wat is uw functie in het Beweegkuur GLI-programma?

3. Is er veel vraag naar het GLI-programma bij jullie gezondheidscentra?
4. Hoeveel deelnemers en groepen hebben jullie momenteel bij het GLI-programma?
5. Worden er veel deelnemers afgewezen?

6. Wat verwachtte deelnemers toen zij met het BeweegKuur GLI-programma startte?
7. Begrijpen jullie deelnemers de inhoud het GLI-programma?

8. Hoe communiceren jullie met de GLI-deelnemers?
9. Hoe communiceren jullie onderling als GLI-begeleiders?

10. Wat doen jullie momenteel aan het werven van GLI-deelnemers?

11. Waar lopen jullie tegenaan?
12. Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Bijlage 4. Interviews

Bijlage 4A. Interview A

Interview A wordt afgenomen bij een leefstijlcoach en begeleid het GLI-programma in Nijkerk

Interviewer = I
Respondent = R

(I) "Ik heb wat vragen opgesteld, zodat we een gesprek aan kunnen gaan over het GLI-programma, een soort informeel interview. Ik denk dat we hier ongeveer 30 minuten bezig mee zijn. Ik heb mij verdiept in het GLI-programma en weet wie hierbij betrokken zijn."
(R) "Ik ben in principe de leefstijlcoach. Deelnemers kunnen zelf de fysiotherapeute kiezen. Elke deelnemer wordt door drie begeleiders begeleid."
(I) "**Uit hoeveel deelnemers bestaat de groep?"**
(R) "Momenteel hebben wij een groep van negen, maar er zijn er een paar afgehaakt. Nu bestaat de eerste groep uit zes, de tweede groep heeft net de intakes gehad en bestaat uit tien deelnemers."
(I) "**De intake is dus alleen bij de leefstijlcoach?"**
(R) "Ja, in eerste instantie wel. Daarna wordt gekeken of ze geschikt zijn om door te stromen naar het programma. Als dat zo is, dan krijgen zij ook een intake bij de diëtiste en de fysiotherapeut."
(I) "**En de intake moet volgens de kaders van de Beweegkuur GLI gebeuren?"**
(R) "Ja, sowieso vraag ik wat de mensen allemaal doen (beweegscore formulier) en we bespreken de gezondheid en of ze meer willen bewegen. Zijn er belemmeringen? Maar ook het lichamelijke en financiële plaatje. En of ze gemotiveerd zijn: dat is een van de belangrijkste dingen. Daarbij weeg ik de mensen ook"
(I) "**En dan stel je samen een doel op?"**
(R) "Ja, ieder doel is anders. Wat wil je bereiken? De een wil voorkomen om ziektes te voorkomen, geen medicatie te hoeven slikken of om simpelweg af te vallen."
(I) "**De doelen zijn dus heel breed eigenlijk?"**
(R) "Ja, heel uiteenlopend."
(I) "**Hoe ervaar je de communicatie tussen de begeleiders onderling?"**
(R) "Ja heel goed! We gebruiken Zorgmail en Siilo, een soort beveiligde whatsapp. Af en toe ook per mail, als het geen inhoudelijke dingen zijn."
(I) "**Worden er veel mensen afgewezen?"**
(R) "Van de eerste groep heb ik er 6 van de 10 afgewezen. Mijn collega heeft ook een deel van de intakes gedaan, zij had er wel wat meer. In de tweede groep waren dit er 15, waarvan 7 door zijn."
(I) "**Je ziet dat het bekender wordt, klopt dat?"**
(R) "Ja Klopt en steeds meer mensen zijn bekend met het programma. We weten nu beter welke doelgroep bij ons past."
(I) **Ik las in de notulen van de vergadering tussen de GLI-begeleiders dat de eerste groep geen homogene groep was. Merk je dat dat invloed heeft op de groepsband?**
(R) "Ja dat is wel lastig, ze hebben niet echt een groeps klik. De opkomst is niet altijd even goed. Terwijl de data ver van tevoren gecommuniceerd wordt."
(I) **We zijn bijna op de helft van het programma, zijn de deelnemers nog gemotiveerd om hun doel te bereiken?**
(R) "Een deel van de groep is echt wel gemotiveerd om hun doel te bereiken en een deel heeft veel plannen, maar in de uitvoering kan wel meer gebeuren. Dit kan wel iets fanatieker."
(I) **Het programma bevat veel zelfregie, hoe reageren de deelnemers hierop?**
(R) "De deelnemers vinden dit erg moeilijk. Ik merk dat ze het lastig vinden *hoe* ze moeten beginnen en wat ze moeten doen qua beweging. Ga iets doen wat leuk is en niet omdat het moet. Maar goed daarin merk je dat ze zelf moeten nadenken. Het sporten zelf zit niet bij het pakket in, dit is daarom een groot stuk zelfregie. Bij de intake is dat lastig om in te schatten, maar daarna krijg je wel een

beter beeld. Na de intake bij mij gaan ze door naar de intake van de beweegcoach en dan hebben de deelnemers zelf een beter beeld hoe ze het gaan aanpakken. We hadden het erover om misschien na de intake van de leefstijlcoach, om dan een POH GGZ of psycholoog in te zetten."
(I) "Goed om te horen, daar kom ik zo op terug."
(I) **Je ziet vaak dat mensen die overgewicht hebben, vaak lager geschoold of laaggeletterd zijn. Merk je dat dit in de weg staat soms**?
(R)"Ja dit is wel een dingetje, vooral in de communicatie. Mensen begrijpen soms de mailtjes niet."
(I) **Hoe zou jij ervoor kunnen zorgen dat de communicatie beter wordt?**
(R) "We noemen alle data duidelijk en herhalen het. De afspraken en data staan op een papiertje en deze geven we dan ook mee. Ook wordt dit uitgelegd bij de intake. Verder denk ik dat we makkelijker kunnen communiceren in onze mail en duidelijk vermelden waar de afspraken plaatsvinden.
(I) **We hadden het net al even over de zelfregie, heb je hier concrete voorbeelden van?**
(R) "Mensen moeten het zelf echt gaan doen. Als je kijkt naar bewegen, ze moeten zelf iets vinden wat bij hun past. Ze kunnen hier hulp bij vragen aan een beweegcoach en het beweegloket. Ik zou graag iedereen 'aannemen' voor het programma, maar ik moet wel het idee krijgen dat ze dit zelf willen en kunnen aanpakken."
(I) **De beweging wordt dus niet vergoedt, zou je dit wel graag willen veranderen?**
(R) "Heel graag, dat zou top zijn. Vooral de eerste fase, bijvoorbeeld aan de hand van de fysiotherapeut. Dan hebben ze een basis en bouwen ze dit goed op. Doe het in kleine stapjes.
(I) **Merk je dat de deelnemers tevreden zijn over het programma?**
(R) **"**Vooral bij de eerste groep dachten veel mensen dat zij gratis mochten sporten, maar dat is niet de insteek. Mensen hebben dan dus een verkeerde verwachting van het programma. In het tweede programma hebben wij gelijk vermeld dat het zonder gratis sporten is."
(I) **Dus jullie hebben er wel van geleerd?**
(R) "Ja zeker!"
(I) **Loop je verder nog ergens tegenaan?**
(R) **"**Een stukje GGZ ondersteuning zou heel fijn zijn.."
(I) **Zou je dan willen dat de stichting dit vergoedt of dat mensen dit zelf moeten betalen?**
(R) "De stichting denk ik, dan is de drempel veel lager. Maar voor gedragsverandering is dit heel belangrijk denk ik."
(I)**Hoe zou jij dit aanpakken?**
(R) "Extra duidelijkheid, gratis beweging promoten en sowieso heel veel duidelijkheid overal: op papier, mail en telefoon. Er zou bijvoorbeeld een gesprek van de leefstijlcoach naar de POH GGZ of psycholoog kunnen gaan. Of extra erbij: dat kan ook. Dat durf ik niet helemaal te zeggen. Maar ik zie er wel echt een goede aanvulling in. Ook zou ik graag wat extra beweging aanbieden, vooral de mensen met klachten. Zij hebben echt extra begeleiding nodig."
(I) **Heb je verder nog aanvullingen?**
(R) "Nee, ik denk dat ik zo alles wel gezegd heb. Anders kan ik je dat altijd mailen."
(I) "Ik zal nog even toelichten wat wij zelf in gedachte hebben. Wij denken dat het GLI-programma een programma is met veel kaders en weinig intensieve begeleiding, sommige mensen hebben dit wel nodig. Wij willen preventief denken en voorkomen dat mensen ziek worden. Dit willen we doen door breed te kijken naar gezondheid: de positieve gezondheid van Machteld Huber."
(R) "Ja, mooi! Maar als we naar het preventieve toe willen, moet de drempel lager worden. Mensen gaan nu naar de huisarts als zij klachten krijgen. Moeten huisartsen daar actiever op werven? Dat mensen weten dat ze dat programma kunnen volgen."

Bijlage 4B. Interview B

Interview B wordt gehouden met de beweegcoach bij het GLI-programma in Nijkerk. Ook biedt zij extra leefstijlbegeleiding buiten het GLI-programma om, als mensen hier behoefte aan hebben.

Interviewer = I
Respondent = R

(I) ”**Je werkt al wat langer met de Beweegkuur, is er veel veranderd de afgelopen jaren?**
(R) “Er is heel veel veranderd, er waren meerdere programma’s: veel begeleiding, begeleidend of zelfstandig. Echter bleek dit te veel geld te kosten. De rol van de diëtiste en de leefstijlcoach zijn het belangrijkst nu.”
(I) “**Help jij de deelnemers dan ook om ze aan het bewegen te krijgen?”**
(R) “Ja, ze hebben een individueel consult, die hoort bij het GLI-programma en twee groepsconsulten. Ik help ze bij het kiezen van een sport en geef ze advies hierover. Morgen is de eerste groepsbijeenkomst, hier is ook een buurtsportcoach bij. Dit uur staat centraal voor vragen en een stukje leefstijl. Na deze bijeenkomst zie ik ze niet meer individueel, dit vind ik zelf een erg mank punt van het programma.”
(I) “**Dus daar zal je wel verandering in willen zien?”**
(R) “Voor een aantal wel ja, sommigen hebben al jaren niet gesport. Dit is erg lastig om op te pakken. Mensen durven ook niet altijd in een nieuwe groep te komen, hier hebben zij vaak hulp bij nodig. Maar dit zit eigenlijk niet in het programma.”
(I) “**Als jij de deelnemers spreekt, hoe reageren zij op de zelfregie?**
(R) “Ze zijn allemaal al bij de leefstijlcoach geweest, dus ze weten hoe het werkt. Voor de meesten vind ik dat dit redelijk past. Maar er zijn er wel een aantal die twijfelachtig zijn, want zij hebben veel valkuilen gehad of dat het afvallen mislukt is. Het zit vaak mentaal, er gaat vaak iets vooraf. Mensen zoeken excuses, of begrijpen het écht niet. Dan herhalen we de boel en hopen we dat het kwartje wel valt.”
(I) “**Ik hoorde van de leefstijlcoach dat er veel mensen afgewezen worden.”**
(R) “Klopt, die horen dus eigenlijk niet in het zelfstandige programma thuis, meer in het oude programma twee of drie (begeleidend), die er niet meer zijn... Daar is gewoon geen geld voor. Dit blijft een probleem. Mensen kunnen begeleiding krijgen, maar moeten dit zelf betalen.”
(I) “**Loop je soms ook tegen de communicatie met deelnemers aan?”**
(R) “Een aantal mensen hebben cognitieve of mentale problemen, waardoor ze meer moeite hebben om te snappen hoe het traject eruit ziet. Je moet blijven herhalen en alles duidelijk vertellen.”
(I) “**Merk je dat het aanpassen van de communicatie lukt?”**
(R) “O, ik heb geen moeite met de communicatie. Ik heb hier genoeg scholing voor gedaan.”
(I) **Zie je verschil tussen groep één en groep twee?**
(R) “Ja, groep één is twijfelachtig en heeft ook al wat uitstroom gehad. Groep twee is een homogene groep, meer dan groep één dat is. Het groepsgevoel is er meer bij groep twee, dat gevoel heb ik nu al.”
(R) “Het idee van de groepsbijeenkomst van morgen, is een soort kennismaking. Het doel is dat de deelnemers zich veilig voelen om iets te zeggen.”
(I) **Merk je dat de deelnemers van de eerste groep nog steeds gemotiveerd zijn?**
(R) “Ik zie ze niet echt meer, dan zie je gelijk het probleem van dit traject. Dit vind ik wel echt een beperking. Ik mis de kop en de staart, ik zie alleen de kop. Wel sturen we naar elkaar de samenvattingen van consulten, foto’s van aanwezigen en dergelijke. Dit is wel handig opzich. Dit doen we via Siilo, dat is een beveiligde app.”
(I) **Zijn er verder nog dingen waar je tegenaan loopt?**
(R) “Nou, voor sommigen is het pakket gewoon te klein. Je mist dan toch wel een psycholoog of maatschappelijk werker. En het is jammer dat het probleem onder andere op bewegen ligt, maar hier geen aandacht aan besteed wordt. Mensen verwachten meer dan dat ze krijgen. Dus zij moeten

beter ingelicht worden."
(I) "**Als jij GLI+ zou aanbieden, hoe zou je dat dan voor je zien?"**
"- Groepsconsulten dichter op elkaar plannen: voor de groepsbinding. Of bijvoorbeeld met zijn allen sporten.
- De mogelijkheid om mentale ondersteuning aan te bieden: of dat nou POH GGZ of een maatschappelijk werker is maakt niet uit. Of dat zorgverleners uit de GGZ weten wat de GLI is en daar een groepsconsult aan wijden.
- En meer beweging, zoals drie of vier keer individueel. Desnoods kijken of de buurtsportcoaches meer kunnen doen, door een subsidie aan te vragen bij de gemeente.
- Een eigen bijdrage voor het traject terugbrengen, dan zit er een stukje commitment aan vast. Ook als zij niet goed afmelden, dat daar een stukje kosten aan vast gaat zitten.
- Meer werving aanbieden, door bijvoorbeeld een filmpje te maken die getoond kan worden op de schermen in de wachtkamer en de bibliotheek. Deze kan ook op de website gezet worden."

Bijlage 4C. Interview C

Interview C wordt gehouden onder een voedingscoach/leefstijlcoach in het GLI-programma in Nijkerk.
Interviewer = I
Respondent = R

(I) **"Kan je kort iets vertellen over je functie in het GLI-programma?"**
"Samen met een collega doe ik het leefstijlgedeelte, dus wij doen samen ook de intakes. De groepsconsulten doen wij dan ook samen. Ik ben ook de diëtist, dus ik zie iedereen ook voor het voedingsstuk."
(I) "**Jij doet dus ook de intakes. Heb je veel mensen afgewezen?"**
(R) "We zijn nu natuurlijk met de tweede groep bezig. Maar bij de eerste groep heb ik wel wat mensen afgewezen. De verwijzing was soms een beetje onduidelijk, wie mag er wel en wie niet? In het begin hebben we het merendeel geïncludeerd hoor."
(I) "**Waarom worden ze dan afgewezen?"**
(R) "De BeweegKuur is opgesteld vanuit het Huis voor Beweging en die moeten voldoen aan bepaalde richtlijnen. Zij hebben een lijst gemaakt met punten waar de deelnemers zich aan moeten voldoen. We hebben voornamelijk mensen niet geïncludeerd die niet in het programma paste, omdat er bijvoorbeeld mentaal meer speelde. Of ze konden niet bij de groepsbijeenkomsten zijn."
(I) "**Groep twee is net gestart natuurlijk, ik heb zelf een groepsconsult met de beweegcoach bijgewoond. Ik heb alleen groep twee gezien, is er een groot verschil tussen groep een en twee?**"
(R) "Ik denk zeker dat er een verschil is. We waren zoekende naar hoe we de groep zouden gaan indelen. Doordat wij ervaring op hadden gedaan, wisten wij bij groep twee beter hoe we het moesten indelen. Ik denk dat groep twee gemotiveerder is, maar dit kan natuurlijk nog afzwakken. Mensen denken dat het programma gratis is en dat is best lastig. Willen ze het echt? Of willen ze het proberen omdat het een gratis programma is?"
(I) "**En hoe is de communicatie met de begeleiders onderling?"**
(R) "Ja heel goed. We hebben een Siilo app, waarmee we veilig communiceren. Verder bel ik regelmatig met de andere leefstijlcoach. Ook met de beweegcoaches gaat het goed. We evalueren ook regelmatig samen."
(I) "**De mensen die geschikt zijn voor de BeweegKuur worden via de huisarts doorgestuurd naar jullie. Merken jullie dat er soms ook 'niet in de doelgroep vallende' mensen worden doorgestuurd?"**
(R) "Helaas wel ja.."
(I) "**Waar merk je dat aan?"**
(R) "Vooral aan dat mensen al niet in de inclusie criteria vallen. Soms hebben ze een veel te hoog BMI of ze beheersen de Nederlandse taal niet. We willen de mensen graag helpen, maar het programma bevat veel leeswerk, dus dit is gewoon niet mogelijk."

(I) “**Het doorverwijzen gaat dus niet helemaal goed?”**
(R) “Nee, vooral in het begin niet. Dit ging toen via ZorgMail en toen kwamen de doorverwijzingen niet goed bij ons aan. Ik zou heel graag een soort VitalHealth achtige omgeving hebben, waar het makkelijker gaat.”
(I) “**De leefstijlcoach gaf aan dat veel mensen het programma niet begrijpen. Hoe pak jij dit aan?”**
(R) “Door vanaf het begin nog duidelijker te zijn over wat het programma inhoudt. En hoe het vervolg er dan ook uit gaat zien. We proberen aan te geven dat ze het startdocument goed door moeten lezen. Soms mail ik ze dan ook nog om een soort reminder te sturen.”
(I) “**Jij bent natuurlijk ook voedingscoach. Dan stel je dus een voedingsplan op, hoe gaat dat te werk?”**
(R) “Het document is inderdaad erg statisch, dit document verandert ook steeds. Ik vraag eerst wat achtergrond informatie en leg duidelijk uit dat ze niet op dieet worden gezet. We willen in twee jaar werken naar een gezond, gevarieerd eetpatroon en daarin neem ik dan de schijf van vijf mee. Bijna niemand haalt de normale richtlijnen. Ik kijk vooral naar wat ze nu eten en welke tussenstapjes ze moeten maken om gezonder te eten.”
(I) “**Hoeveel individuele sessies zijn er?”**
(R) “Één voedingsintake, dit is een uur. Zij kunnen meer sessies volgen bij mij, maar dit gaat vanuit de eigen verzekering. Maar tijdens de leefstijlsessies benoem ik ook altijd eten en drinken. Deelnemers vragen zich dan wel eens af of het een leefstijl of voedingsconsult is. Misschien is dit ook een punt van aandacht. Het zou mooi zijn als Birgit, zij neemt mij over, alleen de voeding gaat doen, Wilga en Hester de beweging en Melissa de leefstijl.”
(I) “**Het programma bevat veel zelfregie, hoe gaan deelnemers hiermee om?”**
(R) “In het begin merk ik dat ze erg gemotiveerd zijn, maar daarna zwakt het steeds meer af. Zelfdiscipline is natuurlijk wel iets wat je van nature wel of niet hebt. We proberen te richten op wat er goed gaat en het positief te benaderen. De mensen die meedoen worstelen vaak al hun hele leven met overgewicht. Sommige mensen missen wel veel begeleiding. De bijeenkomsten mogen wat dichter op elkaar, iets minder aan de richtlijnen houden. Het begin zou heel intensief kunnen zijn en daarna wat minder bijeenkomsten. Het zou zo fijn zijn om alleen een GLI-groep te hebben die zich alleen daar mee bezig houden. Zo kunnen zij zich beter focussen. De tijden kunnen dan ook aangepast worden, want daar kregen we veel klachten over.”
(I) “**Wat vind je verder van de inhoud van het GLI-programma?”**
(R) “Ik vind het mooi dat voeding, beweging en leefstijl aan bod komt. Er valt natuurlijk altijd iets te verbeteren. De formulieren en PowerPoints zijn wel fijne documenten. Ik vind de documenten voor ons en voor de deelnemers we erg statisch. De documenten worden de hele tijd aangepast en daardoor werd het erg onduidelijk.”
(I) “**En passen jullie de documenten echt aan voor de deelnemers? Of lever je gewoon aan wat je krijgt?”**
(R) “We kunnen niet van alles aanpassen, want uit onderzoek is gebleken dat dit werkt. Wel voeg ik wel eens iets relevants toe.”
(I) “**Wat zou je verder willen veranderen aan dit programma?”**
(R) “Ik denk de regelmaat van de afspraken. Ruimte voor meer aantekeningen in de documenten. En wellicht een GLI-groep waardoor er meer tijd is voor de professionals, omdat het er nu maar naast gedaan wordt. Ik ben er gemiddeld wel twee uur per week mee bezig, maar als een bijeenkomst is ben ik daar wel langer mee bezig.”
(I) “**Vind je het wel leuk om begeleider te zijn?”**
(R) “Ja, ik vind het super leuk. Het heeft echt wel toegevoegde waarde. Ik zie daar ook echt de toekomst in.”

Bijlage 4D. Interview D

Interview D is afgenomen onder een huisarts in de praktijk de Nije Veste. Huisartsen verwijzen potentiële deelnemers voor het GLI-programma door.

(I) **"Wil je jouw functie met betrekking tot GLI kort toelichten?"**
(R) "Ik denk vooral een casefinding uitvoeren. Dat je goed kijkt welke mensen hiervoor in aanmerking voor komen. Ze komen zelden voor de GLI, het gaat vaak om co-morbiditeiten of kleine klachten."
(I) "**Let je dan ook echt op de doelgroep die de BeweegKuur voorschrijft? Of let je dan meer op gezondheidsperspectief? "**
(R) "Ik let zeker op motivatie, maar dat is wel heel lastig in te schatten. Ze geven vaak sociaal wenselijke antwoorden. Vaak hebben ze ook verkeerde verwachtingen, dat komt denk ik omdat het allemaal nog nieuw is. Dat kan ook komen doordat wij als huisartsen niet goed weten wat er van hun verwacht wordt. Hoe ziet zo'n programma eruit? Er is zeker contact geweest, vooral over de inclusiecriteria, maar minder over echt de inhoud van het programma. Eerlijk gezegd is de inhoud mij nog steeds niet echt duidelijk. Ik heb nog niet veel mensen doorverwezen, ik kan me sowieso één vrouw herinneren. Zij had echt verwacht dat ze aan de hand werd genomen. Het is inderdaad heel zelfstandig. Er is zeker een grote groep die dit programma kan gaan doen. Ik vraag me af of deze groep kan deze verantwoordelijkheid aan kan, omdat het erg veel discipline vergt. Het zijn mensen die weinig bewegen, ongezond eten en lage gezondheidsvaardigheden hebben."
(I) "**Kunnen de POH's jullie hierbij helpen? Door bijvoorbeeld te helpen met de doorverwijzing?"**
(R) "Ik weet niet of zij doorsturen momenteel, maar ze kunnen wel helpen met een stukje casefinding uit te voeren. Wij maken de verwijzing, maar zij kunnen zeker helpen om het te signaleren. Ik weet ook niet of de POH's iets weten over het GLI-programma. Ik neem aan wel goed, want ze hebben ook mails met de inclusiecriteria."
(I) "**Als je mensen inlicht over het GLI-programma, hoe reageren ze er dan op?"**
(R) "Ze reageren meestal positief, maar soms ook 'dat is niets voor mij'. Patiënten komen dan niet terug om het er nogmaals over te hebben. Weinig mensen weten dat het programma bestaat."
(I) "**Je vertelde dat mensen verwachten dat zij ook begeleiding krijgen bij het sporten. Mensen begrijpen het programma dus niet goed. Hoe ga je hiermee om?"**
(R) "Ik denk dat dat primair ligt, doordat wij als huisartsen het niet goed uitleggen. Ik zou zelf heel veel behoefte hebben aan een folder, die kunnen we dan overhandigen en dan kan de patiënt dit thuis nog even doorlezen. Nog even over de werving, ik denk ook dat het veel meer in ons, ik spreek even voor alle huisartsen, systeem moet komen hoor. Ik denk er soms ook te weinig aan om het voor te stellen aan mensen. Ik vergeet de doelgroep soms en moet altijd de doelgroep opzoeken."
(I) "**Hoe ervaar jij de communicatie tussen de GLI-begeleiders?"**
(R) "Ik heb geen contact met hun over de deelnemers. Ik zou het erg leuk vinden om terugkoppeling te ontvangen. Ik zou dit graag via een systeem zien, net zoals de fysio's nu doen. Het is ook goed voor het dossier van de patiënt en handig om te weten voor de huisarts. Je kunt dan terugkijken hoe het toen gegaan is."
(I) "**Zou jij meer betrokken willen worden bij het traject van de patiënt?"**
(R) "Nee, ik denk het niet. Ik zou het wel heel goed vinden als een POH-GGZ hierbij zou helpen."
(I) "**Wat vind je verder van het GLI-programma?"**
(R) "Ik ken het gewoon niet zo goed... Dat vind ik wel lastig. Ik denk dat ik niet de enige ben, het wordt vaak alleen besproken op de HAGRO en de Zorgraad, maar hier zijn niet alle zorgprofessionals bij. Ik zou het fijn vinden als het bijvoorbeeld meegenomen wordt naar een najaars- of voorjaarsbijeenkomst."
(I) "**Wat zou er nog beter kunnen?"**
(R) "De informatievoorzieningen, ik zou dat wel fijner vinden. Gewoon een overzichtelijk en kort document met alles erin. Ik zou ook graag flyers hebben hier, zodat ik ze mee kan geven. En de terugkoppeling kan beter, voor in het dossier."

Bijlage 4E. Interview E

Interview E wordt gehouden met een huisarts die tevens in de ZorgRaad zit.

Interviewer = I
Respondent -= R

(I) "Jullie staan iets verder van het programma dan de begeleiders. Kan je voor mij kort toelichten wat je functie is tijdens en in het GLI-programma?"
(R) "Ik kom op mijn spreekuur patienten tegen die overgewicht hebben waarvoor ik mij soms opper en adviseer ik hen om mee te doen aan het programma."
(I) "Dus de patiënten komen eigenlijk voor andere klachten naar de huisarts?"
(R) "Meestal wel, maar soms ook omdat ze dit pakket willen. Ze zijn dan al met hun leefstijl bezig en hebben al over het programma gehoord."
(I) "Ik heb ook een interview gehad met een andere huisarts. Zij vond het lastig wat de inhoud van het programma precies is. Jij zit als huisarts in de Zorgraad. Heb je een soort overkoepelende functie?"
(R) "Ik weet meer dan de andere huisartsen, omdat ik heb geholpen met de implementatie en ik zit in de Zorgraad, dus hoor ook van alles van het management."
(I) "Heb je het idee dat alle huisartsen op de hoogte zijn van het programma?"
(R) "Uhm, nu blijkt dat dit niet zo is. Er is een aantal keer over verteld maar dit wordt niet goed onthouden. Ik vind het belangrijk dat de inclusiecriteria makkelijker omschreven wordt, dit was vrij ingewikkeld. Ik heb voorgesteld om dit aan te passen om het de huisartsen makkelijker te maken. De verzekeraar zet eerst een heel streng programma neer, maar past dit steeds aan qua criteria. Dit is heel vervelend. "
(I) "Heb je al vaak mensen doorverwezen?"
(R) "Ik denk ongeveer 6 mensen nu."
(I) "Je vertelde net dat mensen ook voor het programma naar jou toe komen. Heb je dit vaak gehad?"
(R) "Dit was in het begin vooral, want het Zilveren Kruis promootte dit veel. Er belden ook mensen vanuit andere gemeenten."
(I) "Waar let je op als je mensen doorverwijst?"
(R) "Of de mensen gemotiveerd zijn en hoe het beweegpatroon nu is. De mensen moeten hun leefstijl willen veranderen, niet alleen de voeding bijvoorbeeld want dan zouden ze ook naar de diëtist toe kunnen. Ook of de mensen kunnen functioneren in een groep."
(I) "Als jij patiënten inlicht over het programma, begrijpen zij het programma?"
(R) "Wat ik begrepen heb niet. Mensen verwachten dat zij gratis kunnen bewegen. Ik probeer altijd uit te leggen dat dit niet het geval is."
(I) "Hoe is de communicatie met de begeleiders?"
(R) "Ik doe een verwijzing, maar ik hoor niks terug."
(I) "Dus je krijgt geen terugkoppeling?"
(R) "Nee.."
(I) "Zou je dit wel willen?"
(R) "Ja! Ik wil via mijn computersysteem een verwijsbriefje sturen, maar dit kwam niet goed aan. De motivatie wordt minder als je drie keer achter de verwijzing aan moet gaan. Ik wil tijdens mijn consult dit gelijk kunnen versturen. Ik zie dit als een soort 'valse start', want dit werkte niet goed. Gelukkig gaat dit nu beter en werkt het systeem goed."
(I) "Voel je je betrokken bij het traject?"

(R) “Nee, maar dat is juist goed. Ik verwijs alleen door. Echter zou ik dat stukje terugkoppeling wel leuk vinden.”

(I) “Zou je het fijn vinden om informatie van de patiënt in het patiëntendossier te hebben over het GLI-programma?”

(R) “Ja, dat zou heel fijn zijn. Zo kan ik zien dat de patiënt meedoet en kan ik vragen hoe het gaat. De patiënt voelt zich dan gehoord.”

(I) “Wat zou je anders willen in het GLI-programma?”

(R) “Leefstijl en voeding staat centraal, maar ik vind dat er te weinig gedaan wordt aan motivatie vasthouden. Dit kan gedaan worden onder psychologische begeleiding, maar dit biedt het programma niet. Dit zouden wij kunnen invullen door groepslessen, maar ook door bijvoorbeeld de psycholoog te betrekken bij het programma. “

Bijlage 5. Flyer

Figuur 6: flyer BeweegKuur