

# De BeweegKuurGLI

## Gecombineerde leefstijlinterventie

### Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie 2021

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : Huis voor Beweging

E-mail : [info@huisvoorbeweging.nl](mailto:info@huisvoorbeweging.nl)

Telefoon : 06 22485922 / 06 53219879



**Website** (van de interventie): [BeweegKuurGLI.nl](https://beweegkuurgli.nl)

### Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Y. Wagemaker / M.Hampsink

E-mail : [yrsa@huisvoorbeweging.nl](mailto:yrsa@huisvoorbeweging.nl) / [monique@huisvoorbeweging.nl](mailto:monique@huisvoorbeweging.nl)

Telefoon : 06 53219879 / 06 22485922

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Y. Wagemaker

Titel interventie: BeweegKuurGLI

Databank(en):

Plaats: Elst

Datum: februari 2024

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

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl) en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	5
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>19</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	21
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>26</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>27</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>33</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

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

De BeweegKuurGLI is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico die wordt uitgevoerd in de eerstelijnszorg. Het bestaat uit 3 programma's afhankelijk van de nodige intensiteit. De leefstijlprogramma's bestaan uit drie componenten: gezonder eten, meer bewegen en gedragsverandering. De begeleiding door verschillende disciplines staat centraal. In een multidisciplinair team werken in het programma de leefstijlcoach, beweegprofessional en de voedingsprofessional nauw samen. Na selectie en screening worden de deelnemers door de leefstijlcoach begeleid bij het maken van een keuze voor een van de programma's. In alle programma's speelt de leefstijlcoach een belangrijke rol als het gaat om gedragsverandering.

Programma 1 is voor deelnemers die onder beperkte begeleiding van een leefstijlcoach zelfstandig kunnen werken aan een beweeg- en voedingsprogramma.

Programma 2 is voor deelnemers die onder begeleiding van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional werken aan een beweeg- en voedingsprogramma.

Programma 3 is voor deelnemers die intensieve begeleiding nodig hebben van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional.

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

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De BeweegKuurGLI is bedoeld voor volwassenen vanaf 18 jaar met een matig gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en een inactieve leefstijl:

- Personen met obesitas (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> )
- Personen met overgewicht (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> ) in combinatie met een risicofactor\* en/of co-morbiditeit\*\*
  - \*Risicofactor: ernstig vergrote buikomvang ( $\geq 102$  cm bij mannen en  $\geq 88$  cm bij vrouwen) of de aanwezigheid van andere risicofactoren voor Hart en Vaatziekten (HVZ)
  - \*\*Co-morbiditeit: DM2, cardiovasculaire aandoeningen, slaapapneu of artrose

## **Doel** – max 50 woorden

Het hoofddoel van de BeweegKuurGLI is:

Deelnemers aan de BeweegKuurGLI hebben na deelname een betere energiebalans doordat zij meer bewegen (A), gezonder eten (B) en door gedragsverandering hun leefstijl hebben aangepast (C). Ze bereiken een gewichtsreductie van > 5%.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Voor gedragsverandering op de leefstijl monitort de leefstijlcoach de voortgang en coacht en begeleidt de deelnemer op generieke en persoonlijke doelen. Hiervoor wordt Motivational Interviewing ingezet. Daarnaast wordt gezocht naar passende beweegactiviteiten in regulier beweegaanbod. De leefstijlcoach werkt nauw samen met beweegprofessionals en voedingsprofessionals.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Voor alle zorgverleners: protocollen, handleidingen en ondersteunende documenten

Voor de deelnemers: een logboek en verschillende coachdocumenten.

Voor nieuwe locaties: begeleidende documenten.

Zie Protocol BeweegKuurGLI met een uitgebreide beschrijving van de gecombineerde leefstijlinterventie.

## Onderbouwing – max 150 woorden

De BeweegKuurGLI is een gecombineerde leefstijlinterventie die zich richt op gedragsverandering op het gebied van lichamelijke activiteit en energie-inname. Met behulp van Motivational Interviewing door de leefstijlcoach wordt de deelnemer begeleid bij het omgaan met belemmerende factoren, het stellen van doelen, het volhouden van de beweegactiviteiten, het aangepaste voedingspatroon en de integratie hiervan in de dagelijkse routine.

Hiermee wordt de deelnemer een gevoel van autonomie gegeven, aangesproken op eigen verantwoordelijkheid en leert zelfstandig met problematiek om te gaan. Het vertrouwen in eigen kunnen wordt hiermee verhoogd. Deze gedragsverandering en gedragsbehoud wordt onderbouwd met de Self-Determination Theory. Deze theorie bestaat uit de componenten autonomie, verbondenheid en competentie. De mate waarin deze drie componenten aanwezig zijn bepalen de mate van motivatie om gedrag te vertonen en vol te houden. Bij de deelnemers aan de BeweegKuurGLI neemt de motivatie toe doordat het vertrouwen in eigen kunnen wordt vergroot. De kans dat gedragsverandering en behoud wordt getoond, neemt hierdoor toe.

In alle programma's hebben de deelnemers de mogelijkheid om mee te doen met groepsgewijze activiteiten. Dit verhoogt de sociale verbondenheid en bevordert intrinsieke motivatie, en blijkt effectief te zijn binnen leefstijlinterventies.

## Onderzoek – max 100 woorden

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

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

Voedingsgedrag is op verschillende punten significant verbeterd: fruit- en groenteconsumptie is toegenomen, de consumptie van snacks en snoep is gedaald. Effecten blijven bestaan een jaar na afloop van de BeweegKuurGLI, maar zijn alleen nog significant voor fruit- en snackconsumptie. Veel deelnemers hebben door de BeweegKuurGLI een passende beweegactiviteit gekozen. Een grote meerderheid (82%) weet die ook in het jaar na de afronding vol te houden. De autonome motivatie voor bewegen is toegenomen.

De leefstijlcoaches vinden het begeleiden naar een gezondere leefstijl, het samenbrengen van mensen, de brede aanpak, coachen van mensen waardevol. Het tweejarige traject zorgt ervoor dat er doelen behaald kunnen worden en aandacht voor de deelnemers kan zijn. De afwisseling tussen groeps- en individuele bijeenkomsten is een goede combinatie. De multidisciplinaire samenwerking is een meerwaarde gegeven de professionals aan. Het is mooi om te zien dat door goede samenwerking de mensen in beweging worden gezet.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De BeweegKuurGLI is bedoeld voor volwassenen vanaf 18 jaar met een matig gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en een inactieve leefstijl:

- Personen met overgewicht (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) in combinatie met een risicofactor\* en/of co-morbiditeit\*\*
  - o \*Risicofactor: ernstig vergrote buikomvang ( $\geq 102$  cm bij mannen en  $\geq 88$  cm bij vrouwen) of de aanwezigheid van andere risicofactoren voor Hart en Vaatziekten (HVZ)
  - o \*\*Co-morbiditeit: DM2, cardiovasculaire aandoeningen, slaapapneu of artrose
- Personen met obesitas  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)

Voor de groep onder 18 jaar en BMI  $>40$  geldt: in overleg met het ministerie, ZN, NZA en de werkgroep GLI landelijk is besloten om tijdelijk deelnemers onder de 18 jaar en deelnemers met een BMI  $>40$  te kunnen includeren aangezien er op dit moment geen andere mogelijkheden zijn voor deze deelnemers. Op het moment dat er een kinderGLI (2024) is en een GLI+ zullen de inclusiecriteria weer zijn als bovenstaande.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

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

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

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

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

Deelnemers kunnen gesignaleerd en geselecteerd worden voor de BeweegKuurGLI binnen de huisartsenzorg, via de leefstijlcoach, beweegprofessional, voedingsprofessional of andere zorgverleners binnen de eerste of tweede lijn. Tevens kan worden doorverwezen door de sport- en beweegaanbieders.

Selectie vindt plaats op basis van screening van BMI en co-morbiditeit gebruik van NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs) en omschrijving van beweeggedrag. Voor zover van toepassing wordt gebruik gemaakt van instrumenten die binnen de huisartspraktijk aanwezig zijn. Beweeggedrag wordt vastgesteld op

basis van de verkorte SQUASH vragenlijst. De leefstijl coach voert de screening uit. De huisarts beslist in alle gevallen of de personen doorverwezen worden naar de BeweegKuurGLI. Hij is medeverantwoordelijk voor screening van de patiënt en screening voor eventuele contra-indicaties. De huisarts baseert zijn advies en beslissing op relevante richtlijnen (NHG, 2013; NHG, 2012; NHG, 2010; Boomsma et al, 2006). Het projectteam BeweegKuurGLI beslist na de intake en positieve advies van de huisarts of de personen worden geïnccludeerd of geëxcludeerd.

### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

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

De eerste opzet van de gecombineerde leefstijlinterventie (2009) is besproken met mensen met overgewicht/ (pre)diabetespatiënten in interviews en focusgroep discussies, zodat de opzet zou voldoen aan de wensen van patiënten (Helmink et al., 2010). Hiervoor zijn drie focusgroep discussies georganiseerd met (pre)diabetici en drie interviews gehouden met patiënten die deelnamen aan een soortgelijke gecombineerde leefstijlinterventie.

1 jaar na de start van de BeweegKuurGLI vindt er een kwalitatieve evaluatie plaats met het lokale projectteam. Om de 2 jaar vindt een procesevaluatie plaats onder deelnemers en uitvoerders. De input door deze beide groepen wordt steeds meegenomen in de doorontwikkeling van de BeweegKuurGLI.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van de BeweegKuurGLI is:

Deelnemers aan de BeweegKuurGLI hebben na deelname een betere energiebalans doordat zij meer bewegen (A), gezonder eten (B) en door gedragsverandering hun leefstijl hebben aangepast (C). Ze bereiken een gewichtsreductie van > 5%.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

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

#### **Subdoelen doelgroep**

##### **A. Meer bewegen**

A1 Deelnemers hebben na deelname een actieve leefstijl aangenomen. Zij bewegen volgens de beweegrichtlijnen (Gezondheidsraad, 2017): minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, verspreid over diverse dagen.

A2 Deelnemers hebben na deelname meer kennis van de beweegmogelijkheden in hun omgeving en blijven na afloop van de BeweegKuurGLI zelfstandig bewegen volgens de beweegrichtlijnen.

##### **B. Gezonde voeding**

B1 Deelnemers hebben na deelname de energie-inname verminderd door een individueel samengesteld voedingsplan na te streven.

B2 Na deelname hebben de deelnemers meer kennis over voeding en gebruiken de deelnemers meer gezonde en minder ongezonde producten volgens de schijf van vijf.

##### **C. (Blijvende) Gedragsverandering**

C1 Deelnemers hebben na deelname meer autonome motivatie om aan hun leefstijl te blijven werken.

C2 Deelnemers hebben na deelname hun eigen effectiviteit en verantwoordelijkheid verhoogd doordat zij in staat zijn persoonlijke doelen op te stellen en die na te streven.

#### D. Subdoel intermediaire doelgroep

De betrokken zorgverleners in de eerstelijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner (POH)/ leefstijlcoach, beweegprofessional, fysiotherapeut, diëtist, voedingsprofessional), lokale sport- en beweegaanbieders, welzijnsmedewerkers en buurtsportcoaches hebben een lokaal netwerk gevormd, gericht op sterke multidisciplinaire samenwerking en solide infrastructuur voor preventie.

### 1.3 Aanpak

#### Opzet van de interventie – max 300 woorden

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

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De BeweegKuurGLI is een fysieke preventieve interventie voor mensen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico die wordt uitgevoerd in de eerstelijnszorg. Het leefstijlprogramma bestaat uit drie componenten; gezonder eten, meer bewegen en gedragsverandering. In een multidisciplinair team werken de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional nauw samen. Deze lokale samenwerking zorgt voor een goed lokaal netwerk, dat een grote rol speelt de voorbereiding, werving en uitrol. Na selectie en screening worden de deelnemers door de leefstijlcoach begeleid bij het maken van een keuze voor een van de programma's. In alle programma's speelt de leefstijlcoach een belangrijke rol als het gaat om gedragsverandering. Hiervoor wordt Motivational Interviewing (zie verder) ingezet.

Programma 1 is voor deelnemers die onder beperkte begeleiding van een leefstijlcoach zelfstandig kunnen werken aan een beweeg- en voedingsprogramma.

Programma 2 is voor deelnemers die onder begeleiding van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional werken aan een beweeg- en voedingsprogramma.

Programma 3 is voor deelnemers die intensieve begeleiding nodig hebben van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional.

#### Opzet BeweegKuurGLI

Fase	Wie	Duur	Programma inhoud
<b>1. Voorbereiding</b>		1-2 maand	
Draagvlak creëren implementatie BeweegKuurGLI/Zorgverzekering	Lokale zorgprofessionals, zorggroepen		
Samenstellen projectteam voor multidisciplinaire samenwerking	Lokale zorgprofessionals, sport- en beweegprofessionals, voedingsdeskundigen vormen samen het projectteam		
Aanmelden bij Huis voor Beweging/ eigenaar BeweegKuurGLI	Projectteam		
Volgen startbijeenkomst BeweegKuurGLI	Projectteam volgt de startbijeenkomst bij Huis voor Beweging		
<b>2. Signalering</b>		continu	



Potentiële deelnemers worden gesignaleerd door lokale (zorg)professionals	Lokale (zorg)professionals		
<b>3. Uittol BeweegKuurGLI</b>			
Werven deelnemers	Deelnemers kunnen zich aanmelden via huisarts en projectteam	continu	
Screening en indiceren van deelnemers op basis van BMI en co-morbiditeit door de huisarts. Na verwijzing door de huisarts volgt de intake bij de leefstijlcoach. De leefstijlcoach bespreekt of deelname gewenst is met het projectteam	Projectteam en huisarts	1 maand	
Deelnemers worden doorverwezen naar één van onderstaande programma's	De keuze van het programma wordt bepaald door wat de deelnemer nodig heeft. Programma 1,2, of 3, Dit wordt besproken tijdens de intake met de leefstijlcoach		
<b>Programma 1.</b>		1 jaar	
Voor deelnemers die onder beperkte begeleiding van een leefstijlcoach zelfstandig kunnen werken aan een beweeg- en voedingsprogramma.	Leefstijlcoach doet intake en begeleidt de deelnemer via motivational interviewing. Gericht op het volhouden van de beweegactiviteiten, het aangepaste voedingspatroon en de integratie hiervan in de dagelijkse routine. <i><u>De intake van dit programma door de leefstijlcoach wordt vergoed vanuit de basiszorg door de zorgverzekeraar van de deelnemer. De deelnemer wordt doorverwezen naar het lokale beweegaanbod.</u></i>		<b>Leefstijlcoach</b> Intake 60 min 6 individuele bijeenkomsten a 30 min. <b>Beweegprofessional</b> 1 keer individueel beweegplan 60 min Zelfstandig bewegen bij lokaal beweegaanbod en/of dagelijks leven.
<b>Programma 2</b>		2 jaar	
Voor deelnemers die onder begeleiding van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional werken aan een beweeg- en voedingsprogramma (BeweegKuurGLIGLI).	Begeleiding van een leefstijlcoach (met o.a Motivational Interviewing) en beweegprofessional (gericht op maken van beweegplan op maat). Volgen van groepslessen van een voedingsprofessional . <i><u>Dit programma wordt volledig vergoed vanuit de</u></i>		<b>Leefstijlcoach</b> Intake 60 min 12 individuele bijeenkomsten a 30 min. <b>Beweegprofessional</b> 1 keer individueel beweegplan 60 min. 2 groepsbijeenkomsten 60 min. Begeleiding lokaal beweegaanbod <b>Voedingsprofessional</b>

	<u>basiszorg door de zorgverzekeraar van de deelnemer.</u>		1 keer individueel voedingsplan 60 min. 6 groepsbijeenkomsten a 60 min.
<b>Programma 3.</b>		2 jaar	
Voor deelnemers die intensieve begeleiding nodig hebben van een leefstijlcoach, beweegprofessional en een voedingsprofessional (begeleid programma).	Uitgebreide begeleiding van een leefstijlcoach en een voedingsprofessional (motivational interviewing). Bewegen onder begeleiding van een beweegprofessional. <u>De uitbreiding van begeleiding van leefstijlcoach, voedingsprofessional en begeleid bewegen binnen dit programma worden niet vergoed vanuit de basiszorg.</u>		<b>Leefstijlcoach</b> Intake 60 min 12 individuele bijeenkomsten a 30 min. <b>Beweegprofessional</b> 1 keer individueel beweegplan 60 min. Eerste 12 weken: 2x pw groepsbijeenkomsten a 60 min. Week 12-16: 2x pw groepsbijeenkomsten + begeleiding lokaal beweegaanbod. Vanaf week 16: bewegen in lokaal beweegaanbod + 3 follow-up bijeenkomsten <b>Voedingsprofessional</b> 1 keer individueel voedingsplan 60 min. 10 groepsbijeenkomsten a 60 min.
<b>4. Nazorgfase</b>	Elke 3 maanden controle/gesprek met POH-er of huisarts. Deelnemers blijven wekelijks bewegen in lokale beweegaanbod.		

#### **Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

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

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

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

#### **Fase 4 nazorg**

Deelnemers volgen na het programma voor onbepaalde tijd een fase van nazorg, waarbij een driemaandelijke controle bij de huisartsenpraktijk wenselijk is. Dit sluit aan bij relevante richtlijnen en standaarden, waarbij eens per jaar een uitgebreide controle op co-morbiditeit plaatsvindt. Ook zijn individuele consulten bij een diëtist mogelijk, vergoed door de reguliere zorgverzekering.

## 2. Uitvoering

### Materialen – max 200 woorden

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

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

- Logboek voor deelnemers: bevat achtergrondinformatie voor deelnemers over voeding, bewegen en gedrag en is bedoeld als ondersteunende tool om de voortgang van deelnemers bij te houden;
- Verschillende 'coachdocumenten' voor bespreking met de zorgprofessionals: bijvoorbeeld ten behoeve van voorkomen terugval, plannen van beweegactiviteiten, sporten en bewegen in de buurt.

Voor zorgverleners zijn onder andere de volgende digitale materialen beschikbaar:

- Implementatie stappenplan: bevat achtergrondinformatie en beschrijft de opzet van de BeweegKuurGLI;
- Handleidingen voor de leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional: beschrijving van het beweeg- en voedingsplan, inclusief ondersteunende documenten;
- Handleiding communicatie met communicatiemiddelen zoals flyers en persbericht;
- Toolkit en presentatie voor leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional: een uitwerking van de verschillende onderdelen voor de individuele- en groepsbijeenkomsten;
- Netwerkwijzer zorg-sport-bewegen voor stimuleren van multidisciplinaire samenwerking.

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

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

De materialen zijn te verkrijgen via de eigenaar Huis voor Beweging.

### Locatie en type organisatie – max 200 woorden

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

De BeweegKuurGLI is een gecombineerde leefstijlinterventie ingebed in de eerstelijnszorg en wordt ingezet vanuit een multidisciplinair team. De begeleiding door zorgverleners kan plaats vinden in en rondom de praktijk van de huisarts, beweegprofessional, voedingsprofessional, sport- en beweegaanbieders of welzijnsorganisaties. Voor de groepsessies is er een ruimte nodig waarin groepen in beweging kunnen worden begeleid. Voor de individuele sessies volstaan vaak de bestaande ruimtes van de professionals. De BeweegKuurGLI kan op alle locaties in Nederland geïmplementeerd indien de juiste ruimte aanwezig is. Vaak wordt er ook ruimte gehuurd bij een andere organisatie.

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

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

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

De BeweegKuurGLI wordt uitgevoerd door de volgende professionals die samen het projectteam vormen:

- Huisarts en/of een praktijkondersteuner van de huisarts.
- Leefstijlcoach, de spin in het web van de lokale professionals en aanspreekpunt voor deelnemer.
- Beweegprofessional. In programma 3 is dit een fysiotherapeut, In programma 1 en 2 kan het naast een fysiotherapeut ook een fitness instructeur, een buurtsportcoach, personal trainer zijn, indien voldaan wordt aan de competentie eisen.
- Voedingsprofessional, meestal diëtist.

- De leefstijlcoach en beweegprofessional of de leefstijlcoach en voedingsprofessional kunnen verenigd zijn in één persoon.
- Lokale sport- en beweegaanbieders.

Huisarts, beweegprofessional en voedingsprofessional hebben als basis hun professionele competenties op minimaal HBO niveau. De HBO leefstijlcoach kan ook een fysiotherapeut of diëtist met aanvullende leefstijlcoach competenties zijn. Mogelijkerwijs kan het dat 1 persoon 2 rollen heeft (leefstijlcoach en bijvoorbeeld fysiotherapeut).

De leefstijlcoach heeft een centrale rol in de begeleiding van de deelnemer en de ondersteuning bij gedragsverandering en moet in staat zijn als spin in het web van zorgverleners en andere betrokkenen op lokaal niveau te fungeren. De beweegprofessional en voedingsprofessional hebben kennis van bewegen met overgewicht, kunnen gerichte adviezen geven met betrekking tot bewegen respectievelijk voeding, hebben inlevingsvermogen en kunnen deelnemers motiveren.

Voor alle professionals van lokale projectteam geldt dat zij kennis hebben van inhoud en opzet van de BeweegKuurGLI, Motivational Interviewing, multidisciplinair samenwerken en gedragsverandering.

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

De lokale projectteams die de BeweegKuurGLI gaan uitvoeren moeten verplicht deelnemen aan de startbijeenkomst BeweegKuurGLI van Huis voor Beweging. De startbijeenkomst bestaat uit 1 dagdeel. In de training worden de volgende onderdelen behandeld:

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

Na het volgen van de startbijeenkomst wordt een licentie afgegeven. In de licentie-overeenkomst is de kwaliteitsbewaking vastgelegd. Alle geschoolde professionals ontvangen een certificaat op naam dat is verbonden aan de licentie van de organisatie. Ondersteuning en advisering vindt plaats tijdens de looptijd van de BeweegKuurGLI. Elke maand is er een intervisie waar professionals gratis bij kunnen aansluiten als zij vragen hebben. Na 1 jaar voert Huis voor Beweging een kwalitatieve procesevaluatie uit onder de professionals. Uniformiteit in de aanpak tussen de professionals wordt nagestreefd door het volgen van het programma en inhoud van de bijeenkomsten.

Deelnemers aan gecombineerde leefstijl interventies (waaronder de BeweegKuurGLI) kunnen (na toestemming van de deelnemers) worden geregistreerd in het GLI-register. Hiermee wordt het mogelijk gemaakt om onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit van GLI's.

Alle zorgprofessionals en deelnemers binnen de BeweegKuurGLI worden elke 2 jaar benaderd door Huis voor Beweging om deel te nemen aan een landelijke procesevaluatie, om inzicht te krijgen in knelpunten en verbeterpunten van de BeweegKuurGLI in de praktijk. Daarnaast vindt jaarlijks een aantal werkbezoeken (gesprekken op locatie) plaats waarin de voortgang en uitvoering wordt besproken.

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

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

Essentieel voor een goede uitvoering van de BeweegKuurGLI zijn:

Organisatorische randvoorwaarden:

- Multidisciplinaire samenwerking: het verbinden van verschillende zorgdisciplines sport, zorg en welzijn staat centraal.

Borgen van financiering door het lokale projectteam. Programma 2 wordt sinds 2019 gefinancierd door de zorgverzekeraars in de basiszorg. Programma 3 wordt vanuit aanvullende zorgverzekering van deelnemers. Daarnaast bieden gemeenten of andere organisaties financieringsmogelijkheden

- aan voor de verschillende programma's (1, 2, 3) van de BeweegKuurGLI.

Contextuele randvoorwaarden

- Aanpassen van gecombineerde leefstijlinterventie aan lokale situatie: de BeweegKuurGLI dient aangepast te kunnen worden aan processen binnen de lokale situatie, maar dit mag niet ten koste gaan van de werkzame elementen.
- Borging van de drie componenten bewegen, voeding en gedragsverandering: alle rollen van zorgverleners moeten zijn ingevuld (programma 2 en 3).
- Een goede verbinding tussen zorg en lokaal sportaanbod, door deelname van sportaanbieders aan netwerk en/of betrokkenheid van een buurtsportcoach. Dit maakt een goede doorstroom van zorg naar sport en bewegen mogelijk.

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

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

Huis voor Beweging is landelijke interventie eigenaar en verzorgt de startbijeenkomst BeweegKuurGLI voor de lokale projectteams. Tijdens de startbijeenkomst wordt de implementatie van de BeweegKuurGLI uitvoerig besproken en worden alle vragen beantwoord. Huis voor Beweging begeleidt en ondersteunt de projectteams bij de implementatie van de BeweegKuurGLI door middel van telefonische ondersteuning, werkbezoeken en het aanleveren van relevante documenten zoals data van het GLI-register. Tevens organiseert Huis voor Beweging bijscholing voor de opgeleide professionals en maandelijkse intervisies, en zit bij de landelijke overleggen van de GLI vanuit het ministerie.

In de digitale documenten achter de inlog voor professionals op de website van Huis voor Beweging is een implementatieplan opgenomen over het uitrollen van de BeweegKuurGLI. Dit is een werkdocument en wordt aangevuld met de nieuwste ontwikkelingen.

Voor het implementeren van de BeweegKuurGLI op regionaal en lokaal niveau zijn veel documenten ontwikkeld. Een belangrijke eigenschap van de BeweegKuurGLI is dat de interventie zo ontwikkeld is dat deze in potentie in alle locaties in Nederland te implementeren is, mits aan randvoorwaarden wordt voldaan. Dit betekent ook dat het protocol in sommige gevallen richtlijnen bevat die aangepast kunnen worden aan de lokale situatie. Regionale zorggroepen (overkoepelende organisaties van bijvoorbeeld huisartsen) hebben de afgelopen jaren kennis ontwikkeld van de BeweegKuurGLI. Zij worden vaak betrokken bij de uitvoer en ondersteuning van de BeweegKuurGLI.

### **Kosten** – max 200 woorden

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

Binnen de BeweegKuurGLI zijn de volgende kostenposten te onderscheiden:

- Personeelskosten voor directe begeleiding van de deelnemers; de uitvoer door leefstijlcoach, voedingsprofessional en beweegprofessional
- Indirecte kosten voor begeleiding van de deelnemers
- Organisatiekosten zoals opzetten netwerken, overleggen, samenwerking externe partijen

- Overheadkosten, zoals materialen, huur ruimte, printen logboeken deelnemers, formulieren deelnemers ect.

*Het overzicht en de invulling van de uitvoeringsuren van de verschillende professionals verschillen per programma en worden beschikbaar gesteld na het volgen van de startbijeenkomst.*

Programma 1: De uitvoeringskosten voor de interventie BeweegKuurGLI in programma 1 zijn de kosten voor de uitvoerende uren van de leefstijlcoach (4 uur) + de uren voor het begeleiden naar het lokale beweegaanbod door de buurtsportcoach (2 uur) per deelnemer.

Programma 2: Dit programma van de BeweegKuurGLI wordt sinds 2019 gefinancierd door de zorgverzekeraars in de basiszorg. Er worden contractenafgesloten met de zorgverzekeraars. Binnen veel regio's vindt dit plaats via de tussenkomst van een zorggroep. De uitvoeringskosten van het programma uitgaande van 12 deelnemers en exclusief voorbereiding:

- Leefstijlcoach individuele sessies 7 uur per deelnemer (84 uur)
- Voedingsprofessional individuele sessies (12 uur) en groepsessies (6 uur)
- Beweegprofessional individuele sessies (12 uur) en groepsessies (2 uur)

Deze kosten van dit programma vallen binnen de basiszorg. De leefstijlcoach is degene die de intake, behandel fase en onderhoudsfase per deelnemer kan declareren. Het bedrag dat beschikbaar is binnen het opstartprogramma per deelnemer is in 2023 vastgesteld op €1179,32.

De kosten voor de BeweegKuurGLI binnen de basiszorg zijn beschreven in een apart Excel document voor de uitvoerende professionals en wordt beschikbaar gesteld tijdens de startbijeenkomst.

Programma 3: Voor het uitbreiden en opplussen van de BeweegKuurGLI naar het begeleid bewegen is financiering uit gemeentelijke gelden (buurtsportcoach), provinciale gelden of subsidies vereist. De financiering hangt af van de wensen van de deelnemers en de mogelijkheden per gemeente. Gekeken wordt in 2023 naar de GALA en SPUK regelingen, waar financieringsmogelijkheden zijn.

De uitvoeringskosten van dit programma uitgaande van 12 deelnemers en exclusief voorbereiding:

- Leefstijlcoach individuele sessies (7 uur per deelnemer = 84 uur),
- Voedingsprofessional individuele sessies (12 uur) en groepsessies (10 uur)
- Beweegprofessional individuele sessies (12 uur) en groepsessies (15 uur)
- Bewegen in het lokale beweegaanbod (na 13 weken: 2 keer per week)

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

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

In 2022 had de helft van de Nederlanders van 18 jaar of ouder overgewicht: 35 procent had matig overgewicht en 15 procent had ernstig overgewicht (obesitas). Het percentage volwassenen met matig en ernstig overgewicht is in de afgelopen 5 jaar niet veranderd sinds. Overgewicht komt meer voor onder mannen dan onder vrouwen: 53 procent van de mannen en 47 procent van de vrouwen heeft overgewicht. Bij mannen is het met 41 procent vaker matig overgewicht dan bij vrouwen (31 procent). Ernstig overgewicht daarentegen komt meer voor bij vrouwen. Bijna 17 procent van de vrouwen en 12 procent van de mannen heeft hiermee te maken (CBS 2022).

Groepen met een hoger dan gemiddeld risico voor het ontwikkelen van overgewicht en obesitas zijn mensen met een lage sociaal economische status (SES) en mensen met migratie achtergrond (CBS 2021). Personen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse migratieachtergrond hebben vaker obesitas dan mensen zonder migratieachtergrond. Van de personen met een Antilliaanse achtergrond is 22% obees tegen 11% bij personen met een Nederlandse achtergrond. Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen van de eerste generatie kampen vaker met obesitas dan de tweede generatie. De redenen waarom deze groepen een verhoogd risico hebben zijn niet altijd specifiek aan te geven (Mackenbach, (2015). Met betrekking tot leefstijl en de relatie tot sociaaleconomische verschillen wordt gesuggereerd dat er verschillende redenen voor aan te geven zijn. Ten eerste geldt een financieel aspect, met minder mogelijkheden om gezond voedsel te kopen en deel te nemen aan sportactiviteiten. Ten tweede wordt genoemd dat psychosociale stress bij deze groepen kan leiden tot onveilig gedrag. Een andere factor die genoemd wordt is de invloed van de omgeving.

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

Onafhankelijk van overgewicht en lichaamssamenstelling heeft ook inactiviteit een grote invloed op diverse chronische aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 (Craig et al., 2012; Lee et al., 2012). Het percentage Nederlanders dat onvoldoende beweegt verschilt per leeftijdsgroep. In 2022 voldeed 54 % van de groep 18 – 64 jarigen en 67% van de 65 plussers niet aan de beweegrichtlijnen (CBS, 2022).

In 2021 had 5% van de volwassenen diabetes type 2. Het percentage 18-plussers dat deze vorm van diabetes had was drie keer hoger onder degenen met matig overgewicht (6 procent), en zes keer hoger onder mensen met obesitas (12 procent) dan onder degenen zonder overgewicht (2 procent). Diabetes type 2 komt meer voor bij mensen met (ernstig) overgewicht dan bij hun leeftijdsgenoten zonder overgewicht (CBS 2022).

De gevolgen van overgewicht en inactiviteit resulterend in chronische aandoeningen hebben naast effect op de kwaliteit van leven ook effecten op de druk en kosten voor de maatschappij. De totale kosten van overgewicht en obesitas bij volwassenen in Nederland zijn bijna €11.500 per volwassene met overgewicht/obesitas per jaar. Dit leidt tot een totale kostenpost voor Nederland van ruim €79 miljard per jaar (Hecker, J., Freijer, K., Hiligsmann, M. et al, 2022).

## Oorzaken – max 400 woorden

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

Overgewicht ontstaat door een **verstoorde energiebalans**. Hierbij is de energie-inname via voeding verhoogd en/of het energieverbruik door lichamelijke activiteit verlaagd. Deze energie-inname en gebrek aan beweging is erkend als de belangrijkste oorzaken van de toename van overgewicht en obesitas (WHO 2021, Slater et al., 2009; B. A. Swinburn et al., 2009). Het ontwikkelen van overgewicht hangt verder af van o.a. **genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren** (Gezondheidsraad, 2010; Larsen et al., 2013; Van der Valk et al. 2018, Visscher et al., 2012, Visscher et al., 2013,). De combinatie van overgewicht, inactiviteit en overmatig eten spelen (naast erfelijkheid) een rol bij het ontstaan van diabetes en andere chronische aandoeningen (Poortvliet et al., 2007).

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

Voor zowel voedingsgedrag als lichamelijke activiteit is aangetoond dat veel mensen zich er niet van bewust zijn hoeveel en ongezond zij eten en hoe weinig zij bewegen (Gezondheidsraad, 2010). Voldoende **kennis** over voeding en bewegen in het algemeen en **bewustwording** van het eigen voedings- en beweeggedrag is dan ook een noodzakelijke eerste stap voor gedragsverandering.

Hogere intrinsieke **motivatie**, en **self-efficacy** zijn belangrijke factoren voor langer durende gewichtscontrole en beter beweeggedrag (Teixeira et al, 2015). Een gebrek hieraan zal een beperking vormen voor het duurzaam veranderen van gedrag.

---

## Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De BeweegKuurGLI pakt de volgende factoren aan:

- verstoorde energiebalans door geringe fysieke activiteit en/of hoge energie-inname (subdoelen A1, A2, B1, B2)
- kennis over voeding en bewegen (subdoelen A2 en B2)
- gebrek aan motivatie om gedrag te kunnen veranderen (subdoel C1)
- te weinig vertrouwen (self-efficacy) in het kunnen veranderen van het gedrag (subdoel C2)
- te weinig bewustwording (subdoel C2)
- multidisciplinaire aanpak en samenwerking (dit is een essentiële randvoorwaarde voor een effectief programma (doel D)).

## Verantwoording – max 1000 woorden

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

### **Multidisciplinaire aanpak (doel D)**

In alle programma's van de BeweegKuurGLI is multidisciplinaire samenwerking een essentieel onderdeel. De verschillende (zorg)professionals vormen een lokaal netwerk, waarbinnen deelnemers geworven en gescreend worden en waar ook de intake van de deelnemers plaatsvindt. Ook de doorstroming naar regulier sport- en beweegaanbod wordt bevorderd door een goed functionerend lokaal netwerk.

Een multidisciplinaire aanpak heeft de grootste kans op blijvende gedragsverandering (NHG, 2010). Het is cruciaal voor therapietrouw dat zorgverleners eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen (Spikmans & Aarsen, 2005). Een coördinerende zorgverlener, zoals de



leefstijlcoach bij de BeweegKuurGLI, die overzicht houdt over alle vorderingen van de deelnemer, en die contact heeft met alle andere betrokken professionals, werkt bevorderend voor de deelnemer.

### **Verstoorde energiebalans (fysieke activiteit en energie inname (subdoelen A1, A2, B1 en B2)).**

Afhankelijk van de screening en de behoefte van de deelnemers, stromen de deelnemers door naar 1 van de 3 programma's. In programma 1 kunnen de deelnemers onder begeleiding van een leefstijlcoach zelfstandig werken aan hun leefstijl. Met behulp van adviezen van de leefstijlcoach wordt de vorm van bewegen zoveel mogelijk geïntegreerd in het dagelijks leven.

In programma 2 en 3 van de BeweegKuurGLI is er continue aandacht voor bewegen en voeding door de intensieve samenwerking van de professionals; leefstijlcoach, beweegprofessional en voedingsprofessional. De begeleiding van de verschillende professionals is gericht op het vergroten van kennis en bewustwording op het gebied van bewegen (beweegprofessional en leefstijlcoach) en voeding (voedingsprofessional en leefstijlcoach). Dit gebeurt in de verschillende bijeenkomsten en gesprekken, individueel op maat en groepsbijeenkomsten met andere deelnemers.

In alle programma's begeleidt de leefstijlcoach de deelnemer in het traject bij het omgaan met de belemmerende factoren en het volhouden van de beweegactiviteiten en het voedingspatroon. Motivational Interviewing (zie onder voor toelichting) wordt ingezet om een plan op maat te maken. In programma 1 doet de deelnemer dat samen met de leefstijlcoach. In programma 2 en 3 zorgen de leefstijlcoach, beweegprofessional en de voedingsprofessional samen met de deelnemer hiervoor. Deze combinatie van interventies zorgt ervoor dat de BeweegKuurGLI effectief werkt om de leefstijl te veranderen blijkt uit eerder onderzoek: een interventie om de leefstijl te veranderen blijkt het meest effectief als deze een combinatie van leefstijlinterventies bevat die gericht zijn op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventueel het toevoegen van psychologische gecombineerde leefstijlinterventies voor gedragsverandering (NHG, 2010; CVZ, 2009, Bemelmans et al, 2008). Verschillende gecombineerde leefstijlinterventies zijn bewezen effectief in gewichtsreductie van deelnemers en het verlagen van de incidentie van diabetes type 2, zowel op de korte als lange termijn (DPPRG, 2009; Knowler, 2002; Lindstrom et al., 2013; Mensink et al., 2003; Roumen et al., 2008); Tuomilehto et al., 2001;

### **Gebrek aan motivatie (subdoel C1) en vertrouwen (subdoel C2) in veranderen gedrag.**

De BeweegKuurGLI is een leefstijlinterventie die zich richt op gedragsverandering op het gebied van lichamelijke activiteit en energie-inname. Hiervoor moet de gecombineerde leefstijlinterventie aangrijpen op determinanten die van belang zijn voor het aannemen en behouden van een gezonde leefstijl. De componenten van de Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985; 2000) kunnen gebruikt worden om de gecombineerde leefstijlinterventie te onderbouwen. De Self-Determination Theory bestaat uit de componenten autonomie (handelen vanuit eigen keuze en motivatie), verbondenheid (de ervaren sociale steun) en competentie (het gevoel het gedrag te kunnen vertonen, vertrouwen in eigen kunnen). De mate waarin deze drie componenten aanwezig zijn bepalen de mate van motivatie om gedrag te vertonen en vol te houden. Bij toenemende intrinsieke motivatie is de kans dat gedrag wordt vertoond en behouden groter. Daarnaast neemt de zelf-determinatie toe bij toenemende intrinsieke motivatie.

De leefstijlcoach zorgt ervoor dat deelnemer en zorgverlener samenwerken en dat zelfmanagement van de deelnemer ondersteund wordt. De deelnemer wordt een gevoel van autonomie gegeven, aangesproken op eigen verantwoordelijkheid en leert zelfstandig met problematiek om te gaan. Het vertrouwen in eigen kunnen (self-efficacy) wordt verhoogd. De deelnemer houdt de regie en geeft richting aan de inzet van beschikbare zorg. Hiervoor krijgt de deelnemer relevante kennis. Leefstijlcoach helpt de deelnemer met opstellen van doelen.

In alle programma's hebben de deelnemers de mogelijkheid om mee te doen met groepsgewijze activiteiten. Dit verhoogt de sociale verbondenheid en bevordert intrinsieke motivatie (RIVM, 2008), en blijkt effectief te zijn binnen leefstijlinterventies (Laatikainen et al., 2007; Absetz et al., 2009).

Coaching en ondersteuning gericht op gedragsverandering en behoud daarvan, is een belangrijk element in de BeweegKuurGLI. Hierbij wordt Motivational Interviewing (zie hieronder) toegepast, een methode om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en hen aan te zetten tot gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2012; Rollnick et al., 2009; Miller & Rollnick, 2008). Daarnaast wordt gewerkt middels activerend leren en activerende werkvormen passend bij de doelgroep. Activerend leren is een methode om

deelnemers aan te moedigen hun leerproces in handen te nemen en zo actief te leren en op weg te gaan naar gedragsverandering. Activerend leren verhoogt de leerwinst en motivatie van deelnemers.

### **Onvoldoende kennis en bewustwording, inzicht in eigen gedrag (subdoelen C1,C2, A2, B2)**

Gecombineerde leefstijlinterventies in de eerste lijn die gewichtsverlies als doel hebben en zich binnen de gecombineerde leefstijlinterventie richten op het vergroten van de kennis en vaardigheden als basis voor gedragsverandering blijken effectief (Faruqi et al. 2015). Voor effecten op korte termijn zijn vooral de gedragsveranderingstechnieken, het stellen van doelen en het monitoren van eigen gedrag van belang. Hiervoor wordt in alle programma's Motivational Interviewing ingezet: gesprekstechnieken door getrainde zorgprofessionals om deelnemers te helpen hun problemen te onderkennen en hen aan te zetten tot gedragsverandering (Miller 2004; Miller & Rollnick, 2008, Miller & Rollnick 2012). Tijdens de gesprekken wordt in de BeweegKuurGLI gefocust op de intrinsieke motivatie en autonomie van de deelnemer en een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en deelnemer (coöperatie). Er wordt uitgegaan van de eigen motivatie van de deelnemer en de doelen die de deelnemer heeft. Door open vragen te stellen, te luisteren en te reflecteren, wordt de deelnemer aangemoedigd om eigen argumenten voor verandering naar voren te brengen (evocatie). Er wordt gestuurd op het zelf laten ontdekken wat de discrepantie is tussen eigen gedrag en gewenst gedrag en hoe met kleine, concrete en haalbare veranderingen het gewenste gedrag gerealiseerd kan worden. Het vermijden van dwang en het bevorderen van een gevoel van controle dragen bij aan het vergroten van de intrinsieke motivatie voor gedragsverandering. Tot slot is motiverende gespreksvoering een benadering die de intrinsieke motivatie van een persoon om gedragsverandering te bereiken versterkt. Het gaat erom personen te ondersteunen bij het identificeren van hun eigen redenen om gezondere keuzes te maken en hen te helpen hun eigen doelen te formuleren (Barett et al., 2018)

Uit diverse studies blijkt dat MI een effectieve strategie is voor gedragsverandering (Smith et al., 1997; Bowen et al., 2003; Resnicow, 2001; Miller, 2004; Greaves et al., 2008). Toevoeging van gedragsinterventies aan dieet- en bewegingsinterventies verbetert de resultaten van deze interventies tot 5% (Hartmann-Boyce et al., 2018).

De leefstijlcoach speelt in de BeweegKuurGLI een centrale rol. Doordat de leefstijlcoach onderdeel is van multidisciplinair team, kan de leefstijlcoach ervoor zorgen dat kennis over bewegen en voeding bij de deelnemers terecht komt. De deelnemers stellen samen met de leefstijlcoach doelen. Dit is een goede methode om deelnemers meer bewust te laten worden en hun verantwoordelijkheid te verhogen, zodat gedragsverandering geïnitieerd wordt (Estabrooks et al., 2005; Shilts et al., 2004), ook bij mensen met overgewicht (Pearson, 2012). Daarnaast kan het samen opstellen van doelen en monitoren van de voortgang met een leefstijlcoach extra bijdragen aan gewenste uitkomsten (Newnham-Kanas et al. 2008; Van Zandvoort et al., 2009).

## 4. Onderzoek

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

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

*Actueel bereik en doorontwikkeling van de BeweegKuurGLI*

De BeweegKuurGLI is tussen in 2011 en 2019 op minimaal 155 locaties in heel Nederland toegepast. In 2017-2019 heeft een doorontwikkeling plaatsgevonden. De BeweegKuurGLI wordt sinds 2019 uitgevoerd binnen de basiszorg door heel Nederland en binnen verschillende organisaties. De organisaties waar de BeweegKuurGLI draait zijn:

- Fysiotherapiepraktijken
- Diëtistenpraktijken
- Leefstijlpraktijken
- Sportcentra
- Gezondheidscentra
- Samenwerkingsverbanden

De BeweegKuurGLI verstrekt op dit moment (in 2023) 225 licenties en wordt op 286 locaties uitgevoerd. De monitor Gecombineerde Leefstijl Interventie 2023 (RIVM 2023) geeft aan dat op basis van declaratiegegevens 17.461 deelnemers de BeweegKuurGLI volgen/hebben gevolgd in programma 2 en 3.

Onderstaande procesevaluaties (in volgorde van nieuw naar oud) hebben er onder andere toe geleid dat locaties meer flexibiliteit hebben gekregen in de wijze van uitvoering, waarbij richting wordt gegeven aan de wijze hoe gecoacht wordt en welke middelen daarbij gebruikt worden, en is er keuzevrijheid ten aanzien van de inspanningstest. Ook is de mogelijkheid geschapen om de functie van leefstijlcoach te laten vervullen door een beweegprofessional. Motivational Interviewing is op basis van de evaluaties in de loop van de tijd belangrijker geworden. Daarnaast is er doorontwikkeling geweest in de beschikbare materialen.

Uit de evaluatie van 2020-2022 komt naar voren dat de professionals het declaratieproces ingewikkeld vinden. Een ander aandachtspunt is de multidisciplinaire samenwerking, een werkzaam element in de BeweegKuurGLI. Hoe beter de samenwerking verloopt hoe makkelijker de uitvoer van de BeweegKuurGLI. Komende jaren worden deze 2 punten gemonitord. Daarnaast zal wederom een procesevaluatie onder deelnemers en uitvoerders plaats gaan vinden in 2024.

1.

- a) Procesevaluatie uitvoerende professionals, betrokken bij BeweegKuurGLI. Huis voor Beweging, 2023
- b) Kwalitatief onderzoek onder leefstijlcoaches. Interview met 19 leefstijlcoaches van 19 verschillende locaties in de periode van 2020-2022.  
Kwalitatief onderzoek onder professionals werkzaam bij een zorggroep, die 19 GLI-teams begeleiden in 2023.
- c) De leefstijlcoaches vinden uitvoeren van de BeweegKuurGLI leuk (70% geeft een 8). Het begeleiden naar een gezondere leefstijl, het samenbrengen van mensen, de brede aanpak, coachen van mensen werden specifiek genoemd. Het tweejarige traject zorgt ervoor dat er doelen behaald kunnen worden en aandacht voor de deelnemers kan zijn. De afwisseling tussen groeps- en individuele bijeenkomsten is een goede combinatie. De multidisciplinaire samenwerking is een

meerwaarde gaven de professionals aan. Het is mooi om te zien dat door goede samenwerking de mensen in beweging worden gezet.

De Zorggroep speelt een rol bij het maken van samenwerkingsafspraken. Hierbij worden de afzonderlijke zorgverleners gestimuleerd om samen te werken. Dit komt ten goede aan de uitvoering van de BeweegKuurGLI.

Verbeterpunten die de leefstijlcoaches noemen zijn dat er meer tijd zou moeten zijn voor de contacten met de deelnemers. De begeleiding en contactmomenten zijn erg belangrijk voor de deelnemers en het voorkomen van uitvallen. Onderdelen als declaraties bij zorgverzekeraars zou minder tijd mogen kosten. De zorggroep geeft ook aan dat het declaratieproces vrij ingewikkeld is. Daarnaast geven zij aan dat er soms moeizame samenwerking is tussen de teamleden van de verschillende beroepsgroepen. Multidisciplinaire samenwerking is een belangrijk werkzaam element in de BeweegKuurGLI. Hier moet altijd op worden ingezet.

2.

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

3.

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

4.

- a) Helmink, J.H.M., Kremers, S.P., Van Boekel, L.C., Van Brussel-Visser, F.N., Preller, L., De Vries, N.K. Universiteit Maastricht, NISB (2013). The BeweegKuurGLI programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people.
- b) Er is een procesevaluatie gedaan om de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de BeweegKuurGLI te onderzoeken. Hiervoor zijn 3 focusgroep discussies met deelnemers (N=16) van de BeweegKuurGLI gehouden, 15 interviews met zorgprofessionals betrokken

bij de BeweegKuurGLI, en één focusgroep discussie met voedingsprofessionals (N=5) betrokken bij de BeweegKuurGLI.

- c) Over het algemeen waren zowel deelnemers als zorgprofessionals tevreden met de uitvoerbaarheid van de BeweegKuurGLI. Beide partijen waren ook gemotiveerd om betrokken te zijn in het programma, en vonden over het algemeen dat de BeweegKuurGLI voldeed aan hun verwachtingen. De multidisciplinaire aanpak en de combinatie van het stimuleren van fysieke activiteit en het aannemen van een gezond voedingspatroon werden als grootste succesfactoren beschouwd.

5.

- a) Hartog, F. den, Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. (2012) Een gedeelde passie voor gezonder leven. Onderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuurGLI en Gecombineerde Leefstijl Gecombineerde leefstijlinterventies. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- b) Het betreft een onderzoek hoe netwerkvorming binnen de BeweegKuurGLI is vormgegeven en wat de successen, knelpunten en resultaten zijn. Hiertoe zijn 12 interviews gehouden met coördinatoren van netwerken, waarvan 8 regionaal en 4 lokaal, en zijn er 4 focusgroepen gehouden met netwerken, waarvan 2 regionaal en 2 lokaal.
- c) Op lokaal niveau bestaat het netwerk uit de leefstijlcoach, praktijkondersteuner, beweegprofessional/fysiotherapeut en voedingsprofessional. Succesfactoren zijn gezondheidswinst van deelnemers, goede onderlinge samenwerking, een sociale kaart, goede kwaliteit van zorg, ondersteuning door ROS, positieve imago van netwerk en sportaanbod tegen gereduceerd tarief. Knelpunten zijn gebrekkige doorstroom van deelnemers naar lokaal beweegaanbod, onduidelijkheid over rolverdeling, gebrekkige communicatie-infrastructuur, ontbrekende financiering, werving van deelnemers en geprotocolleerde werkwijze. Uit het onderzoek blijkt dat de regionale en lokale netwerken de implementatie van de BeweegKuurGLI bevorderen.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

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

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

Beschrijf per onderzoek:

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

1.

- a) Berendsen, B. Measurement and promotion of physical activity. Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care. Maastricht University, 2016.
- b) Gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek gericht op het verschil in effecten tussen twee versies van de BeweegKuur. Dertig eerstelijns gezondheidszorglocaties werden gerandomiseerd in de controle conditie ('opstart') of de experimentele conditie ('begeleid bewegen') om contaminatie tussen deelnemers en zorgverleners te voorkomen. Fysieke activiteit, eetgedrag en gezondheidsparameters van de deelnemers werden gemeten gedurende de één-jarige interventie, en het behoud werd gedurende het tweede jaar gemeten. Fysieke activiteit en eetgedrag werden ieder half jaar gerapporteerd aan de hand van vragenlijsten. Gezondheidsparameters (o.a. BMI, bloeddruk en fitheid) werden jaarlijks gemeten door de zorgverleners.

- c) Uit de evaluatie blijkt dat de extra groepsbegeleiding in het programma met 'begeleid bewegen' (nu programma 3) niet heeft geleid tot extra effecten op fysieke activiteit, eetgedrag en gezondheid, ten opzichte van het 'opstart' programma (nu programma 2). De verwachte effecten van de groepsvorming, de langdurige ervaring met beweging en begeleiding door de fysiotherapeut werden niet gevonden. Desondanks wandelden deelnemers van beide programma's meer en verbeterde eetgedrag na een jaar deelname, en dat bleef behouden na een jaar zonder begeleiding. Daarbij daalde gewicht en buikomvang van beide groepen deelnemers significant één en twee jaar na de start.
- 2.
- a) Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur. Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C., van der Sluis, M.E. & Kremers, S.P.J., Universiteit Maastricht, 2011.
- b) In deze studie zijn vragenlijsten aan het begin van de BeweegKuur en één jaar na afloop van de BeweegKuurGLI met elkaar vergeleken (N=129). Hierbij is dus gebruik gemaakt van zelf-gerapporteerde data.
- c) Meer dan de helft van de deelnemers gaf aan tijdens de BeweegKuur gezonder zijn te gaan eten en meer te zijn gaan bewegen, en dit één jaar na de BeweegKuur nog steeds vol te houden. De motivatie om te gaan of blijven bewegen daalde echter onder de deelnemers, evenals het vertrouwen daarin. Het zelf-gerapporteerde gewicht daalde ook, van 91.0 naar 89.0 kg. Er werd een verwaarloosbaar effect gevonden op BMI ( $d=-0.12$ ). De tijd besteed aan zware lichamelijke activiteit nam toe ( $d=0.44$ ), evenals de tijd besteed aan wandelen ( $d=0.47$ ). Ook de tijd besteed aan matige lichamelijke activiteit was verhoogd, terwijl het zitgedrag nauwelijks was veranderd. BMI en leeftijd bleken voorspellers voor motivatie en vertrouwen om te gaan of blijven bewegen, waarbij een lagere BMI en leeftijd bij aanvang zorgden voor hogere motivatie en vertrouwen één jaar na afloop. Van de respondenten gaf 68.3% aan een vaste beweegactiviteit te hebben, waarbij fietsen, fitness, wandelen en zwemmen het meest genoemd werden.
- 3.
- a) One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. BioMed Research International (in press). Schutte B.A.M., Haveman-Nies A., Preller L. Wageningen Universiteit en Research Center, NISB, 2015.
- b) Voor deze effectstudie naar enkele gezondheidsindicatoren zijn baseline en follow-up data tot het einde van de BeweegKuur van deelnemers (N=2397), verdeeld over programma 1, 2 en 3, gebruikt. Metingen zijn gedaan voor en direct na de BeweegKuur. Lichamelijke activiteit is alleen na afloop van de BeweegKuur gemeten met een gevalideerde vragenlijst. Data van 200-500 deelnemers waren geschikt voor analyse.
- c) Er werd een middelgroot dalend effect gevonden op gewicht, BMI en middelomtrek ( $d= -0.59$ ,  $d= -0.59$  en  $d= -0.67$  respectievelijk). Ook werd er een klein dalend effect gevonden op bloedglucoselevels en systolische en diastolische bloeddruk ( $d= -0.26$ ,  $d= -0.21$  en  $d= -0.28$ ). Er werd een stijgend effect gevonden op tijd besteed aan lichte tot matige fysieke activiteit en op intensieve fysieke activiteit ( $d=0.19$  en  $d=0.26$ ). In dit onderzoek is ook gekeken naar verschillen tussen subgroepen in de BeweegKuur. Deelnemers jonger dan 55 jaar hadden meer gewichtsverlies ( $d=-0.34$ ). Deelnemers met een BMI boven de 35 bij aanvang hadden een grotere afname in gewicht en middelomvang ( $d=-0.46$  en  $d=-0.30$ ). Deelnemers van het begeleid beweegprogramma (nu programma 2) hadden een grotere afname in buikomvang ( $d=-0.31$ ). Deelnemers die zes of meer consulten met de leefstijlcoach hadden, hadden een grotere reductie in gewicht en middelomvang ( $d=-0.15$  en  $d= -0.24$ ).
- 4.
- a) The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. Rutten, G. M., Meis, J. J., Hendriks, M. R., Hamers, F. J., Veenhof, C., & Kremers, S. P., Universiteit Maastricht, NIVEL, 2014.
- b) Voor deze studie is een analyse uitgevoerd naar de verandering in de kwaliteit van motivatie in de eerste vier maanden van de BeweegKuur. Data over de motivatie voor lichamelijke activiteit en een gezond voedingspatroon van de deelnemers werd verzameld via vragenlijsten bij aanvang van de

BeweegKuur en vier maanden later, waarbij de antwoorden op deze vragenlijsten met elkaar zijn vergeleken. Van 298 deelnemers waren data beschikbaar voor analyse.

- c) De analyse liet zien dat er na vier maanden een verschuiving was opgetreden in de richting van een meer autonome motivatie voor fysieke activiteit. Deze verschuiving komt overeen met de doelstelling van de BeweegKuur. Na vier maanden daalden de a-motivatie en externe regulatie voor lichamelijke activiteit ( $d=0.23$  en  $d=0.16$ ). Geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie namen toe ( $d=0.36$  en  $d=0.33$ ). Ten aanzien van een gezond voedingspatroon daalde alleen externe motivatie significant ( $d=-0.13$ ). De positieve motivationele verschuiving trad dus niet op voor een gezond voedingspatroon. Wel blijkt dat deelname aan het opstart- of het begeleid beweegprogramma (nu programma 2 en 3) ook voorspellend is voor een positieve motivationele verschuiving.

1.

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

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

2.

- a) Projectnummer 123000002. (concept-) Eindverslag ZonMw, H. Savelberg et al., Effectiveness and cost effectiveness of package 3 of the BeweegKuur. Universiteit Maastricht, 2015.
- b) Het onderzoek vergeleek de effectiviteit van programma 3 ten opzichte van programma 2. Er waren 411 deelnemers in het onderzoek geïnccludeerd, waarvan 164 in de controlegroep (programma 2) en 247 in de experimentele groep (programma 3).
- c) Het volgen van programma 3 leverde een significant verschil op in de afname van de buikomvang ten opzicht van programma 2 op 12 maanden ( $-6,9$  versus  $-2,9$  cm), maar niet op 24 maanden. Het volgen van programma 3 leverde geen significant hogere leefstijlverbetering met programma 2, de verschillen worden daarom samen aangegeven voor programma 2 en 3. De volgende parameters verbeterden significant op 12 en/of 24 maanden. Wandeltijd in minuten per week ( $d=+0,2$  op zowel 12 en 24 maanden). Volgens opgaaf van de deelnemers en omgerekend volgens de aanwijzingen in het protocol van de beweegprofessional zou de beweegdosis door wandelen omgerekend uitkomen op gemiddeld ongeveer 2100 kcal per week. Andere maten op fysieke activiteit verbeterden maar niet significant. Voedingsgedrag verbeterde voor aantal stuks fruit per week ( $d=+0,2$  op zowel 12 en 24 maanden), groenteconsumptie in eetlepels per week ( $d=+0,2$  op 12 maanden, niet significant op 24 maanden), Consumptie van vette snacks ( $-0,3$  en -

0,4 op respectievelijk 12 en 24 maanden), en consumptie van snoep ( $d=-0,3$  op 12 maanden, niet significant op 24 maanden).

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

Functionele capaciteit verbeterde voor tijd om op te staan (TUGT) op 12 maanden ( $d=-0,2$ ), maar niet op 24 maanden.

Geen verbeteringen waren te zien op 12 of 24 maanden voor Tijd besteed aan matig tot zware activiteit, zittijd, consumptie van kant en klaar maaltijden, handknijpkracht, valk-test, en VO<sub>2</sub>-waarde.

Onderzoek naar andere gecombineerde leefstijlinterventies in Nederland en daarbuiten.

3.

- a) Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., ter Beek, J., Hiddink, G. J., & Feskens, E. J., 2014
- b) SLIMMER Diabetes Voorkomen. Er is gekeken of er veranderingen zijn in uitkomstmaten bij deelnemers van de pilot studie (N=31). Hiervoor zijn resultaten van baseline metingen en metingen na 10 maanden (einde gecombineerde leefstijlinterventie) met elkaar vergeleken.
- c) Er werden kleine negatieve effecten gevonden op lichaamsgewicht, BMI en middel- en heupomtrek ( $d= -0.2 - -0.34$ ). Er werd een middelgroot positief effect gevonden op nuchter plasma glucose ( $d=0.51$ ), terwijl dit negatief zou moeten zijn. De systolische en diastolische bloeddruk daalden allebei ( $d=-0.36$  en  $d=-0.74$ ), en het aantal dagen waarop deelnemers fysiek actief waren en de VO<sub>2</sub>max stegen ( $d=0.49$  en  $d=0.58$ ).

4.

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

5.

- a) Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L., & Nijpels, G. 2013.
- b) De Hoorn Preventie Studie. Er is gekeken of er veranderingen zijn in risicoscores voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2 en veranderingen in fysieke activiteit, voedingsgedrag en roken zijn bij deelnemers. Hiervoor zijn de baseline resultaten vergeleken met de resultaten na 6 en 12 maanden (einde gecombineerde leefstijlinterventie). Daarnaast zijn de verschillen in resultaten tussen gecombineerde leefstijlinterventie (N=314) en controlegroep (N=308) met elkaar vergeleken.
- c) Er waren geen verschillen in de risicoscores voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2 tussen de gecombineerde leefstijlinterventie en controlegroep na 6 en 12 maanden. Een verhoogde fruitinname in de controlegroep was significant verschillend van de gecombineerde leefstijlinterventiegroep op zes maanden, maar dit verschil verdween na 12 maanden. Er waren ook



geen verschillen tussen de gecombineerde leefstijlinterventie en controlegroep ten aanzien van fysieke activiteit, groente-inname en roken na 6 en 12 maanden. De gecombineerde leefstijlinterventie was dus niet effectiever dan het verkrijgen van folders met gezondheidsinformatie.

6.

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

7.

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

8.

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

9.

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

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

Op inhoudelijk niveau:

- Werken middels activerend leren en activerende werkvormen passend bij de doelgroep. Activerend leren is een methode om deelnemers aan te moedigen hun leerproces in handen te nemen en zo actief te leren en op weg te gaan naar gedragsverandering. Activerend leren verhoogt de leerwinst en motivatie van deelnemers.
- Goede screening op motivatie voor deelname. Intrinsieke motivatie is een belangrijke factor.
- De gecombineerde aanpak van voedings- en beweeggedrag, en focus op blijvende gedragsverandering.
- Toepassen van coaching door middel van Motivational Interviewing om gedragsverandering te bereiken en te behouden.
- Een voldoende intensief programma. Onder meer bestaande uit 7 of meer consulten bij de leefstijlcoach gedurende een jaar.
- Het werken met een op het individu toegesneden voedings- en beweegplan binnen het programma, rekening houdend met persoonlijke belemmeringen en mogelijkheden.
- Goede begeleiding in het zoeken en begeleiden naar een of meer passende beweegactiviteiten door de leefstijlcoach samen met de buurtsportcoach en lokale beweegaanbieders. En tenminste enige begeleiding bij de eerste beweegactiviteiten.
- Beschikbaarheid van sportaanbod toegesneden op fysieke mogelijkheden van deelnemers.

Op organisatorisch niveau:

- Multidisciplinaire samenwerking binnen het lokale projectteam is een must. Hiermee is het tevens een randvoorwaarde.
- Een coördinerende zorgverlener binnen een organisatie (leefstijlcoach).
- Een goede verbinding tussen zorg en het lokale sportaanbod.
- De mogelijkheid om de uitvoering aan te passen aan de lokale situatie met in acht neming van andere werkzame elementen.

## 6. Aangehaalde literatuur

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

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

Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (23 juni 2014). *Neemt het aantal mensen met overgewicht toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.*

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

Barrett, S., Begg, S., O' alloran, ., & ingsle , M. (2018). Integrated Motivational Interviewing and Cognitive Behaviour Therapy for Lifestyle Mediators of Overweight and Obesity in community-dwelling Adults: A Systematic Review and Meta-analyses. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6062-9>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Dijk, M. van & Wigger, S. (2012). *Van zorg naar sport en bewegen: interviews met zorgverleners en sportaanbieders over de doorstroom van BeweegKuurGLI-deelnemers vanuit de eerstelijns gezondheidszorg naar het lokale sport- en beweegaanbod*. Ede, NISB. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2013/van-zorg-naar-sport.-interviews-met-zorgverleners-en-beweegaanbieders.pdf>
- DPPRG (Diabetes Prevention Program Research Group) (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*, 374, 1677-1686.
- Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., ter Beek, J., Hiddink, G. J., & Feskens, E. J. (2014). Feasibility and potential impact of the adapted SLIM diabetes prevention intervention in a Dutch real-life setting: the SLIMMER pilot study. *Patient education and counseling*, 97, 101-107.
- Eindverslag ZonMw (2014). *Monitoringonderzoek naar programma 1 en 2 BeweegKuurGLI*. Projectnummer 123000003. ZonMw.
- Estabrooks, P.A., Nelson, C.C., Xu, S., King, D., Bayliss, E.A., Gaglio, B., et al. (2005). The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *Diabetes Educ*, 31, 391-400.
- Faruqi N., Spooner C., Joshi C. et al. (2015). Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. *BMC Obesity*. 2015; 2: 6.
- Gezondheidsraad (2010). *Door dik en dun 2010*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatie nr. 2010/08.
- Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: gezondheidsraad. Publicatie nr. 2015/24.
- Gezondheidsraad (2017). *Beweegrichtlijnen 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatie nr. 2017/08.
- Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., ... & Daly, M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 58, 535-540.
- Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Piernas, C., Koshiaris, C., Velardo, C., Salvi, D., & Jebb, S. A. (2018). Cognitive and behavioural strategies for weight management in overweight adults: results from the Oxford Food and Activity Behaviours (OXFAB) Cohort study. *PLOS ONE*, 13(8), e0202072. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202072>
- Hartog, F. den, Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. (2012) *Een gedeelde passie voor gezonder leven. Onderzoek naar netwerken rondom de BeweegKuurGLI en Gecombineerde Leefstijl Gecombineerde leefstijlinterventies*. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University.
- Hecker, J., Freijer, K., Hilgsmann, M. et al. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. *BMC Public Health* 22, 46 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12449-2>
- Helmink, J. H. M., Meis, J. J., de Weerd, I., Visser, F. N., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. J. (2010). Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuurGLI programme. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 7:49.
- Helmink, J. H. M., Van Boekel, L.C., Kremers, S. P. J. (2010b) *Implementatie van de BeweegKuurGLI in de regio. Evaluatie onder ROS-adviseurs*. Maastricht, Universiteit Maastricht.
- Helmink, J. H. M., Kremers, S. P. J. van Brussel-Visser, F. N., de Vries N. K. (2011a); Sitting Time and Body Mass Index in Diabetics and Pre-Diabetics Willing to Participate in a Lifestyle Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(9):3747-3758. doi:10.3390/ijerph8093747.
- Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C. & Kremers, S.P.J. (2011). *Implementatie van de BeweegKuurGLI: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2010*. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2012/onderzoek/rapport-implementatie-van-de-BeweegKuurGLI-monitorstudie-onder-zorgverleners-universiteit-maastricht-2011.pdf>

- Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C., van der Sluis, M.E. & Kremers, S.P.J. (2011). *Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuurGLI: Rapportage van de resultaten van een follow-up meting bij deelnemers*. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van <http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2012/onderzoek/rapport-lange-termijn-evaluatie-onder-deelnemers-aan-de-BeweegKuurGLI-2011.pdf>
- Helmink, J.H.M., Kremers, S.P., Van Boekel, L.C., Van Brussel-Visser, F.N., Preller, L., De Vries, N.K. (2013). The BeweegKuurGLI programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. *Fam Pract*, 29 Suppl 1, i68-i74.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M. , Walker, E. A., Nathan, D. M.; Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*, 346, 393.
- Laatikainen, T., Dunbar, J. A., Chapman, A., Kilkkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, S., Philpot, B., Absetz, P., Bunker, S., O'Neil, A., Reddy, P., Best, J. D., Janus, E. D. (2007). *Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project*. BMC Public Health. 2007 Sep 19;7:249.
- Laatikainen, T., Philpot, B., Hankonen, N., Sippola, R., Dunbar, J. A., Absetz, P., ... & Vartiainen, E. (2012). Predicting changes in lifestyle and clinical outcomes in preventing diabetes: the Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. *Preventive medicine*, 54, 157-161.
- Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 47.
- Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L., & Nijpels, G. (2012). *Process evaluation of a lifestyle intervention to prevent diabetes and cardiovascular diseases in primary care*. Health promotion practice, 1524839912437366.
- Larsen, B., Strong, D. R., & Linke, S. E. (2013). *The association between family and friend integration and physical activity: results from the NHIS*. International Journal of Behavioral Medicine, 21(3), 529–536. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9318-x>
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380, 219-229.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Ilanne-Parikka, P., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., ... & Tuomilehto, J. (2013). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*, 56, 284-293.
- Mackenbach JP (2105). *Socioeconomic inequalities in health in high income countries: the facts and the options*. In: Oxford textbook of Global Public Health. Oxford, Oxford University press.
- Mensink, M., Corpeleijn, E., Feskens, E. J., Kruijshoop, M., Saris, W. H., de Bruin, T. W., & Blaak, E. E. (2003). Study on lifestyle-intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): design and screening results. *Diabetes research and clinical practice*, 61, 49-58.
- Michie, S., et al., *Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression*. Health Psychology.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in service to health promotion. *Am J Health Promot*, 18(3), A1-A10.
- Miller, W.R & Rollnick, S. (2008). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor de bereiden op verandering*. Ekklesia.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: The Guilford Press.
- NDF (2015). *NDF Voedingsrichtlijnen voor diabetes type 1 en 2*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).
- NDF (2010). *Routeplanner diabetespreventie*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Binnengehaald 8 december 2014 van <http://www.eerstelijnsprotocollen.nl/dynmedia/572345813171689592fd5be4d71bc550>
- Newnham-Kanas, C., Irwin, J.D. & Morrow, D. (2008). Life coaching as an intervention for individuals with obesity. *Int J Evid Based Coach Mentor*, 6, 1-12
- NHG (2010). *NHG-Standaard Obesitas*. Huisartswet 2010, 55, 609-625.
- NHG (2012). *Standaard Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening)*. Huisarts Wet 2012, 55, 14-28.
- NHG (2013). *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening)*. Huisarts Wet 2013, 56, 512-525.
- Ocké, M.C. & Kromhout, D. (2004). *Voeding in relatie tot gezondheid en ziekte*. In: *Ons eten gemeten: Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Binnengehaald op 3 december van <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/8860/1/270555007.pdf>
- Pierson, E.S. (2012). Goal setting as a health behaviour change strategy in overweight and obese adults: A systematic literature review examining intervention components. *Patient Education and Counseling*, 81, 32-42.
- Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M. & Baan, C.A. (2007). *Diabetes in Nederland: omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst*. Bilthoven: RIVM.
- Preller, L., *Generieke werkzame elementen van Gecombineerde leefstijlinterventies en duurzame uitvoerbaarheid*. 2016.
- Raaijmakers, L.G.M., Helmink, J.H.M., Hamers, F.J.M. & Kremers, S.P.J. (2012). *Implementatie en continuering van de BeweegKuurGLI: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2011*. Maastricht: Universiteit Maastricht. Binnengehaald 9 december 2014 van [http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2012/onderzoek/definitief-rapport-bk-monitor-2011\\_03-05-2012.pdf](http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2012/onderzoek/definitief-rapport-bk-monitor-2011_03-05-2012.pdf)
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., & Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1686-1693.
- RIVM (2014). *Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 4.18, 1 oktober 2014*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2021). Overgewicht volwassenen. 2021. <https://www.volksgezondheidzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie>. Geraadpleegd op: 3 aug 2020.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg*. Ekklesia.
- Roumen, C., Corpeleijn, E., Feskens, E. J. M., Mensink, M., Saris, W. H. M., & Blaak, E. E. (2008). Impact of 3 year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. *Diabetic medicine*, 25, 597-605.
- Rutten, G. M., Meis, J. J., Hendriks, M. R., Hamers, F. J., Veenhof, C., & Kremers, S. P. (2014). The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 86.
- Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., ... & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010). Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). *Diabetes care*, 33, 2146-2151.

- Samdal, G.B., et al., Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2017. 14(1): p. 42.
- Schutte B.A.M., Haveman-Nies A., Preller L. (2015) *One-Year Results of the BeweegKuurGLI Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings*. BioMed Research International.
- Shilts, M.K., Horowitz, M. & Townsend, M.S. (2004). Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behaviour change: a review of the literature. *Am J Health Promot*, 19, 81-93.
- Slater, J., Green, C. G., Sevenhuysen, G., Edginton, B., O'Neil, J., & Heasman, M. (2009). The growing Canadian energy gap: more the can than the couch? *Public Health Nutrition*, 12(11), 2216–2224. <http://doi.org/10.1017/S1368980009990309>; 10.1017/S1368980009990309.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: a pilot study. *Diabetes care*, 20, 52-54.
- Spikmans, F., & Aarsen, C. (2005). *Naar vraaggestuurde dieetzorg, Motivational Interviewing*. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland.
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity.
- Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*. 2015;13:84. doi:10.1186/s12916-015-0323-6.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.
- Valk, E.S., Akker, E.L.T., Savas, M., Kleinendorst, L., Visser, J.A., Van Haelst, M.M., Sharma, A.M., Rossum, E.F.C. (2018). A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/obr.12836>:
- Vermunt, P. W. A., Milder, I. E. J., Wielaard, F., de Vries, J. H. M., Baan, C. A., van Oers, J. A. M., & Westert, G. P. (2012). A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 29, e223-e231.
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (28 november 2012) *Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht
- Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van & Zantinge, E.M. (25 september 2014) *Overgewicht samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Binnengehaald 2 december 2014 van <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht
- Visscher, T., Kremers, S. & Kromhout, D. (2007). *Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing*. Binnengehaald op 3 december 2014 van <http://www.fontysmediatheek.nl/w/images/9/95/NHS-NRGRichtlijnenGewichtsbeheersing.pdf>
- Visscher, T.L.S., Rissanen, A., Seidell, J.C., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., et al. (2004). Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach. *Arch Intern Med*, 164, 1413-1420.
- VWS (2011). *Gezondheid dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid*. Den Haag: VWS. Binnengehaald op 5 december van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>
- Wagemakers, A., Den Hartog, F. & Vaandrager, L. (2011). *Van vonkjes naar vuurtjes: pilot evaluatie netwerkvorming rondom de BeweegKuurGLI*. Gezondheid en Maatschappij, Wageningen Universiteit.

Binnengehaald 13 januari 2015 van <http://www.BeweegKuurGLI.nl/documenten-2012/onderzoek/evaluatieverslag-netwerkvorming-rondom-de-BeweegKuurGLI-08-06-2011.pdf>

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

WHO. (2017). World Health Organization. Noncommunicable diseases. October 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

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



## 7. Praktijkvoorbeeld

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

Succesvolle BeweegKuurGLIGLI (programma 2) bij ZorgSaam

Bij ZorgSaam in Nijverdal is gestart met een incompany teamtraining van Huis voor Beweging voor alle medewerkers van ZorgSaam. Het onderwerp was: 'van therapeut naar coach'.

"Wij willen als organisatie uitstralen dat we gaan voor een gezonde en actieve leefstijl. Ook voor de therapeuten die niet betrokken zijn bij de BeweegKuurGLIGLI is het een mooie werkwijze en methodiek. Na het volgen van de teamtraining hebben we de starttraining BeweegKuurGLIGLI gevolgd en omarmden we het gedachtengoed.

In oktober 2021 zijn we gestart met de eerste groep deelnemers BeweegKuurGLIGLI. De achtste groep start na de zomervakantie en ook deze groep is al bijna vol."

[Lees hier het hele verhaal](#)

Succesverhaal Sportcentrum LEEF!

Het begon allemaal in 2018. Het jaar waar we ons gingen verdiepen in de wereld van de Gecombineerde Leefstijlinterventie. De GLI, kort gezegd, zou vanaf januari 2019 vanuit de basisverzekering vergoed gaan worden, mits er een doorverwijzing vanuit de huisarts was afgegeven. Geheel nieuw en een ingewikkelde klus om het te doorgronden en een keuze te maken. Maar we waren er snel uit. Het zou de BeweegKuurGLIGLI worden omdat er met deze bewezen effectieve interventie met drie verschillende professionals wordt gewerkt te weten; de leefstijlcoach, diëtist en fysiotherapeut. Allen hbo opgeleid en goed in staat om mensen met een complex overgewicht probleem te helpen om gezonder te gaan leven.

[Lees hier het hele verhaal](#)