

Vergelijking Gecombineerde Leefstijl Interventies



Student: IJfke Schippers 3025565

Begeleider: Sander Blikendaal

Biologie, voeding en gezondheid

Almere

Hoe geschikt zijn de huidige GLI's voor mensen met een lage SES?

Een onderzoek naar de behoeftes van mensen met een lage SES en hoe representatief deze zijn in gecombineerde leefstijlinterventies.

Dronten, 28-04-2023

Afstudeerwerkstuk

Student:	IJ. I. Schippers
Studentnummer:	3025565
Opleiding:	Biologie, voeding en gezondheid
Plaats:	Almere
Datum:	08-06-2023
Afstudeerdocent:	Sander Blikendaal

DISCLAIMER

Dit rapport is gemaakt door een student van Aeres Hogeschool als onderdeel van haar opleiding. Het is geen officiële publicatie van Aeres Hogeschool. Dit rapport geeft niet de visie of mening van Aeres Hogeschool weer. Aeres Hogeschool aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor enige schade voortvloeiend uit het gebruik van de inhoud van dit rapport.

Voorwoord

In dit afstudeerwerkstuk wordt er gekeken naar een mogelijkheid om de gezondheidskloof tussen de gemiddelde Nederlander en Nederlandse inwoners met een lage sociaaleconomische status, te verkleinen. Dit wordt gedaan door een vergelijking te maken tussen de zes gecombineerde leefstijlinterventies die momenteel worden aangeboden en huisartsen patiënten met een lage SES door kunnen verwijzen naar de best aansluitende GLI.

Graag wil ik Sander Blikendaal als begeleider vanuit Aeres Hogeschool bedanken voor de waardevolle bijdrage en feedback. Daarnaast wil ik ook de uitvoerders van de gecombineerde leefstijlinterventies bedanken die hebben meegewerkt door de vragenlijst in te vullen.

Samenvatting

Mensen met een lage SES ervaren vaker gezondheidsproblemen. Een deel van de gezondheidskloof kan gerelateerd worden aan het verschil in leefstijl tussen mensen met een hoge SES en -lage SES. Een GLI kan helpen bij het ontwikkelen van een gezondere leefstijl. Op dit moment zijn er zes GLI's die vanuit de basisverzekering worden vergoed. Cool, SLIMMER, Samen Sportief in Beweging, BeweegKuur, X-Fittt en Keer Diabetes2 Om. Omdat de uitval van mensen met een lage SES hoger ligt bij de GLI's dan gemiddeld wordt er in dit onderzoek gekeken naar de geschiktheid van de GLI's voor mensen met een lage SES.

De zes GLI's zijn eerst algemeen met elkaar vergeleken en vervolgens vergeleken aan de hand van een Multi Criteria Decision Analysis (MCDA). Binnen de MCDA worden zes stappen gebruikt om tot de resultaten te komen. De MCDA bevat zes criteria die belangrijk zijn voor leefstijlverandering bij mensen met een lage SES. De weging van de MCDA is aan de hand van een enquête, die ingevuld wordt door uitvoerders van de GLI's, bepaald. De scores die GLI's krijgen per criteria worden gecombineerd met de weging om te bepalen welke GLI het meest- en het minst aansluit op mensen met een lage SES.

Bij het scoren van de GLI's over de criteria kwamen de BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging gelijkwaardig naar voren. Uit de enquête kwam naar voren dat "Inzetten op motivatie" als belangrijkste gewogen criterium. En "invloed van de doelgroep tijdens de ontwikkeling van de GLI" als minst belangrijk gewogen criterium. Uit de MCDA bleek dat de BeweegKuur het best aansluit op mensen met een lage SES. Gevolgd door SLIMMER en Samen Sportief in Beweging. X-Fittt lijkt het minst goed aan te sluiten op mensen met een lage SES.

In conclusie kan gesteld worden dat de BeweegKuur, Samen Sportief in Beweging en SLIMMER het meest geschikt zijn voor mensen met een lage SES. Keer Diabetes2 Om en X-Fittt zijn het minst geschikt voor mensen met een lage SES. Het advies is dan ook dat verwijzers mensen met een lage SES doorverwijzen naar de BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging. Zij kunnen dan verwijzen naar een van deze drie GLI's die in de buurt wordt uitgevoerd.

Summary

People with low SES are more likely to experience health problems. Part of the health gap may be related to the difference in lifestyle between people with high SES and -low SES. A GLI can help develop a healthier lifestyle. Currently, there are six GLIs that are reimbursed from basic insurance. Cool, SLIMMER, Samen Sportief in Beweging, BeweegKuur, X-Fittt and Keer Diabetes2 Om. Because the dropout rate of people with low SES is higher among the GLIs than average, this study examines the suitability of the GLIs for people with low SES.

The six GLIs were first compared generally and then compared using a Multi Criteria Decision Analysis (MCDA). Within the MCDA, six steps are used to arrive at the results. The MCDA includes six criteria that are important for lifestyle change in people with low SES. The weighting of the MCDA was determined using a survey completed by implementers of GLIs. The scores GLIs receive by criteria are combined with the weighting to determine which GLI connects most- and least-to people with low SES.

In scoring the GLIs across the criteria, the BeweegKuur, SLIMMER and Samen Sportief in Beweging came out equal. The survey revealed "Commitment to motivation" as the most important weighted criterion. And "influence of the target group during the development of the GLI" as the least important weighted criterion. The MCDA showed that the Exercise Cure best suited people with low SES. Followed by SLIMMER and Moving Together Sportily. X-Fittt seems to connect the least well with people with a low SES.

In conclusion, the BeweegKuur, Samen Sportief in Beweging and SLIMMER are most suitable for people with a low SES. Reverse Diabetes2 and X-Fittt are least suitable for people with a low SES. Therefore, the advice is that referrers should refer people with low SES to the BeweegKuur, SLIMMER and Samen Sportief in Beweging. They can then refer to one of these three GLIs that is implemented in the neighborhood.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Summary	4
Lijst met figuren, tabellen en afkortingen.....	7
1. Inleiding	8
1.1 Definitie lage SES	8
1.2 Invloed lage SES op gezondheid	8
1.3 Leefstijlfactoren van mensen met een lage SES.....	9
1.4 Gedragsfactoren van mensen met een lage SES	10
1.5 Gecombineerde leefstijl interventie.....	11
1.6 Onderzoeksvraag.....	12
1.7 Hypothese	13
1.8 Leeswijzer	13
2. Methode	14
2.1 Onderzoeksopzet.....	14
2.2 MCDA.....	15
2.3 Het bepalen van de producten die vergeleken zullen worden	15
2.4 Het bepalen van de criteria waarmee de producten met elkaar vergeleken zullen worden	15
2.5 Het bepalen van scores die horen bij de criteria zodat er per product bepaald wordt in welke mate deze voldoet aan de criteria	15
2.6 Het bepalen van de weging per criterium	15
2.6.1 Vragenlijst.....	15
2.6.2 Doelgroep	16
2.6.3. Resultaten verwerken	16
2.7 Het bepalen van de score per product per criteria	16
2.7.1 Deskresearch	16
2.7.2 Algemene vergelijking Vergelijkingsmatrix	17
2.7.3 Bepaling van de score per product per criteria	17
2.8 Het combineren van de weging en scores van de GLI.....	17
3. Resultaten.....	18
3.1 Algemene vergelijking tussen de zes GLI's	18
3.1.1 Overeenkomsten	18
3.1.2 Verschillen	18
3.2 De mate waarin de zes werkzame elementen verankerd zitten in de opzet van de zes GLI's ...	24
3.3 De GLI's die het meest en minst geschikt zijn voor mensen met een lage SE	25

3.3.1 Kenmerken Respondenten	25
3.3.2 Bepaling weging criteria MCDA	25
3.3.3 Uitslag MCDA.....	26
4. Discussie	27
4.1 Interpretatie resultaten.....	27
4.1.1 De zes werkzame elementen in de opzet van de zes GLI's	27
4.1.2 Verschil van GLI's in geschiktheid voor mensen met een lage SES	27
4.1.3 Hoe geschikt zijn de huidige GLI's voor mensen met een lage SES?	28
4.2 Reikwijdte resultaten	28
4.3 Reflectie en beperkingen.....	28
5. Conclusie en aanbevelingen	30
5.1 Conclusie	30
5.1.1 Beantwoording deelvragen	30
5.1.2 Beantwoording onderzoeksvraag.....	30
5.2 Aanbevelingen	30
5.2.1 Aanbevelingen doelgroep	30
5.2.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek	31
Bronvermelding	32
Bijlages.....	37
Bijlage I: Overzicht GLI's die vergeleken worden	37
Bijlage II: Tabel voor algemene vergelijking GLI's	38
Bijlage III: Criteria van Slijfer uitgediept:.....	38
Bijlage IV: Overzicht scorebepaling van de criteria	40
Bijlage V: MCDA-formulier	46
Bijlage VI: Vragenlijst voor initiatiefnemers GLI's	42
Bijlage VII: Berekening van de weging van de criteria ter illustratie.....	44
Bijlage VIII: onderbouwing score toekenning GLI's	47
Bijlage IX: Individuele weging van de criteria per respondent.....	53

Lijst met figuren, tabellen en afkortingen

Lijst tabellen

Tabel 1 Overzicht van leefstijlfactoren in Nederland waarbij er vergeleken wordt tussen mensen met een lage SES en gemiddeld Nederland

Tabel 2 Overzicht van aantal GLI's per stad in steden met een lage SES (Loketgezondleven, z.d.)

Tabel 3 Algemene vergelijking GLI Cool, BeweegKuur, SLIMMER Samen Sportief in Beweging, X-Fitt en Keer Diabetes2 Om

Tabel 4 Onderbouwing toekenning scores van de criteria per GLI

Tabel 5 De wegingen van de criteria met standaarddeviatie (SD) op basis van de weging van de respondenten uit bijlage VIII

Tabel 6 Eindberekening MCDA waar de weging en scores vermenigvuldigd zijn tot eindscore per GLI

Lijst figuren

Figuur 1 Vergelijking prevalentie chronische ziektes tussen Nederlands gemiddelde, lage SES en hoge SES (CBS,2022)

Figuur 2 Raamwerk voor de invloed van socio-economische en culturele invloeden op de gezondheid (Beard et al., 2009)

Figuur 3 Stroomlijndiagram verwijzing GLI (CZ. z.d.)

Figuur 4 Stroomlijndiagram van de onderzoeksopzet

Lijst afkortingen

BK	BeweegKuur
BRAVO	Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DM	Diabetes mellitus
DM2	Diabetes mellitus type twee
GGD	Gemeente gezondheidsdienst
GLI	Gecombineerde leefstijlinterventie
MCA	Multicriteria analyse
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
SSiB	Samen Sportief in Beweging
WHO	World Health Organization

1. Inleiding

Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) in Nederland hebben een levensverwachting die gemiddeld 4,4 jaar korter is dan de gemiddelde Nederlander (CBS, 2022). Daarnaast kost een huishouden met een lage SES de maatschappij tussen de 9.000 en 16.000 euro meer per jaar dan huishoudens met een hoge SES (Schwartz, Luiten, & Kok, 2021). Deze kosten ontstaan door ziekteverzuim, zorgkosten, uitkeringslasten en criminaliteit. Uit onderzoek van de World Health Organization (WHO) blijkt dat wanneer het verschil in gezondheid wordt verminderd in Nederland, dit tussen de 5 miljard en 67 miljard euro kan op leveren door de stijging van het Bruto Nationaal Product (OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

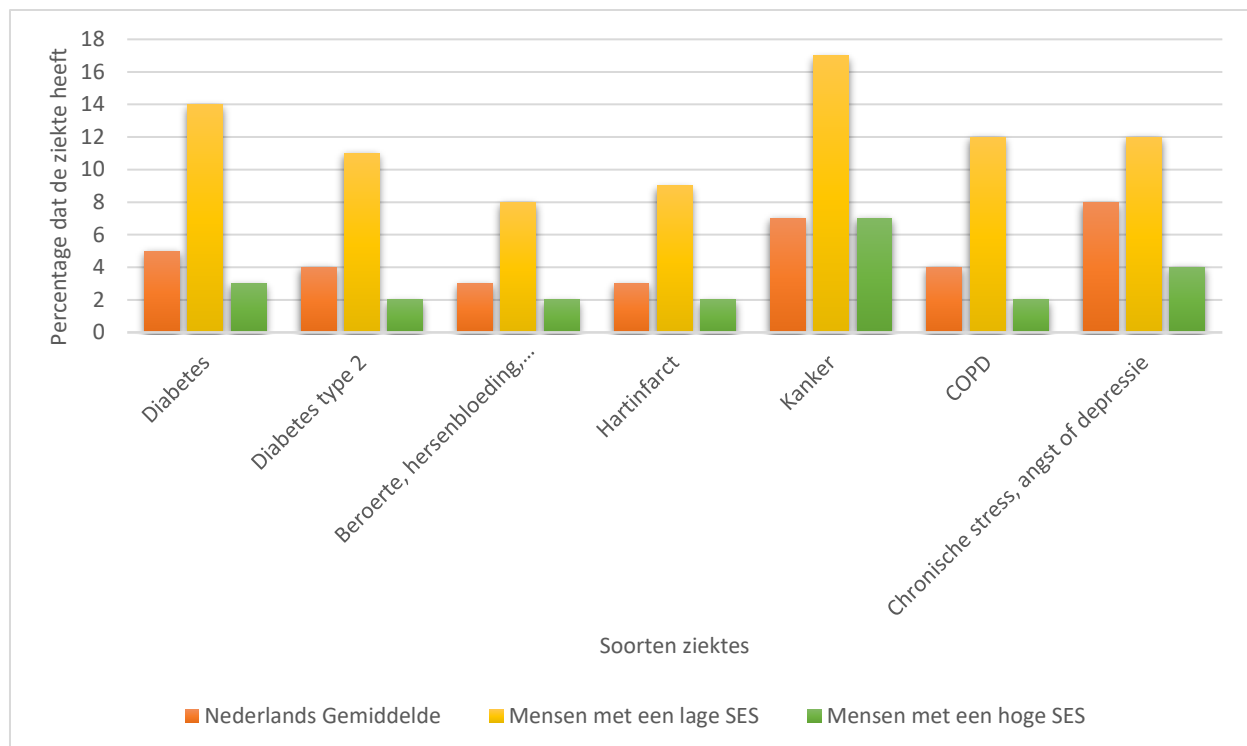
1.1 Definitie lage SES

Bij SES wordt er gekeken naar twee factoren (Schwartz et al., 2021). De eerste factor is het huishoudinkomen. Het huishoudinkomen wordt laag genoemd als dit bij de laagste 30 procent van de huishoudinkomens van Nederland valt. Het huishoudinkomen is afhankelijk van het aantal personen in het huishouden en zijn dit volwassenen of kinderen. Hierbij wordt het inkomen gebruikt van de hoofdkostwinner tussen de 18 en 65. Ten tweede is er gekeken naar opleiding (Schwartz et al., 2021). Alle personen binnen het huishouden moeten maximaal MBO 1 niveau hebben. Als er één iemand is die binnen het huishouden hoger opgeleid is wordt ervan uitgegaan dat deze kennis overdraagt aan de rest van het huishouden. Dit komt omdat hoger opgeleide mensen meer toekomstgericht werken en daarbij gezonder leven of omgaan met mensen die gezonder leven. Als iemand dus valt binnen een huishouden met een inkomen van de laagste 30% van Nederland en binnen dat huishouden niemand hoger opgeleid is dan mbo-niveau 1 heeft deze persoon een lage SES (Schwartz et al., 2021).

1.2 Invloed lage SES op gezondheid

Naast dat mensen met een lage SES eerder overlijden zijn er ook andere gezondheidsproblemen. Zo komt overgewicht voor bij 60,7% van de mensen met een lage SES. Waar het landelijk gemiddeld van overgewicht 44,5% is (RIVM [Leefstijlmonitor], 2022). Andere ziektes komen ook vaker voor bij mensen met een lage SES: Diabetes type 2, beroerte, kanker, COPD en chronische stress. Zie figuur 1 voor de verschillen van de prevalentie tussen het gemiddelde van de inwoners van Nederland, mensen met een lage SES en mensen met een hoge SES.

Figuur 1 Vergelijking prevalentie chronische ziektes tussen Nederlands gemiddelde, lage SES en hoge SES (CBS, 2022)



1.3 Leefstijlfactoren van mensen met een lage SES

Een deel van de ziektes kan beïnvloed worden door leefstijl en leefomgeving. Zo dragen beweging, vezelinname en suikerhoudende dranken bij aan de ontwikkeling van diabetes type 2 (Li et al., 2008). Overgewicht, vezels, verzadigde vetinname, beweging en psychische stress beïnvloeden beroertes, hersenbloedingen, herseninfarcten en hartinfarcten (Gielen & Landmesser, 2014). Roken, alcoholgebruik en vlees- en groente consumptie beïnvloeden de ontwikkeling van kanker (McCormack & Boffetta, 2011). Roken, fysieke activiteit en voeding heeft invloed op de ontwikkeling van COPD (Ambrosino & Bertella, 2018). En voeding, slaap en beweging beïnvloeden stress en depressie (Lopresti, Hood, & Drummond, 2013). In tabel 1 is het verschil te zien in deze leefstijlfactoren tussen het Nederlands gemiddelde en mensen met een lage SES. Ontspanning en verbinding staan niet in deze tabel doordat deze niet in cijfers uit te drukken zijn zoals de andere leefstijlfactoren. Eerder was al te zien dat mensen met een lage SES veel meer lijden aan chronische stress, angsten en depressie. Hierdoor ervaren zij minder ontspanning (Vossen et al., 2021). Chronische stress wordt veroorzaakt door geldproblemen, een bijstandsuitkering, werkloosheid, slecht wonen, eenzaamheid en verminderde zelfredzaamheid (Pharos, 2022). Voor verbinding is een belemmerende factor dat mensen met een lage SES vaker sociale problematiek ondervinden. Zij trekken zich hierdoor vaker terug en hebben meer lichamelijke klachten (Wadsworth & Achenbach, 2005). In een gemeente zoals Rotterdam waar meer mensen leven met een lage SES zijn ook verschillen te zien dan met het Nederlands gemiddelde. Zij ervaren meer eenzaamheid wat beïnvloed wordt door het aantal sociale contacten en de kwaliteit van de sociale contacten. 47% van de inwoners van Rotterdam ervaart eenzaamheid waar het landelijk gemiddelde op 38% ligt. Daar ligt de sociale participatie dan ook lager (GGD GHOR, 2016).

Tabel 1 Overzicht van leefstijlfactoren in Nederland waarbij er vergeleken wordt tussen mensen met een lage SES en gemiddeld Nederland

	Lage SES	Gemiddeld Nederland	Vershil lage SES ten overstaan van gemiddeld Nederland
Voeding per dag			
Groente	126 gram	143 gram	-17 gram
Fruit	103 gram	112 gram	-9 gram
Suikerhoudende drank	273 gram	242 gram	+31 gram
Beweging			
Richtlijn 1*	38%	47%	-9%
Richtlijn 2**	47%	52%	-5%
Richtlijn 3***	73%	84%	-11%
Wekelijkse sporter	30%	54%	-24%
Slaap			
Slaapduur	7 uur 6 min	7 uur 12 min	-6 min
Slaapproblemen	24%	22%	-2%
Middelen gebruik			
Roken	28%	19%	+9%
Alcohol	64%	78%	-14%
Drugs	5%	10%	-5%

Bronnen voor inhoud tabel: (RIVM & CBS, 2022; RIVM, 2016; RIVM, 2022; Trimbos, 2022; Leone, Van der Poel, Rlgter, Zantinge, & Savelkoul, 2018)

*: Voldoet aan beide beweegrichtlijnen dus zowel de matig intensieve inspanning als de spier- en botversterkende oefeningen.

**: Voldoet aan het onderdeel matig intensieve inspanning. Dit houdt in dat er minstens elke week matig intensieve inspanning gedurende 150 minuten.

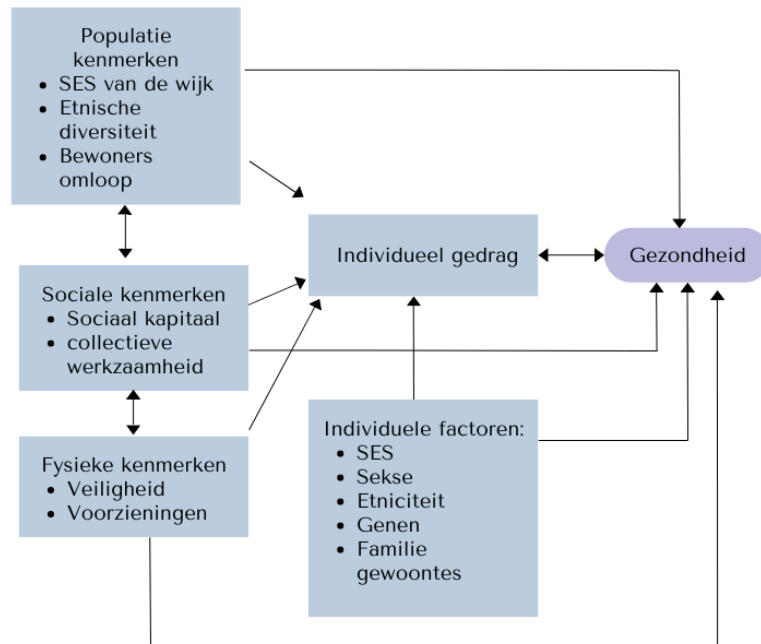
***: Voldoet aan het onderdeel spier- en botversterkende oefeningen. Dit houdt in dat er minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten worden gedaan. Bij ouderen wordt dit gecombineerd met balansoefeningen.

1.4 Gedragsfactoren van mensen met een lage SES

Een leefstijl bestaat uit gebruiken en gedrag. Deze ontstaat onder andere door sociale invloeden. Om deze complexe relaties in beeld te brengen is in figuur 2 een raamwerk te zien van de sociale invloeden uit de directe omgeving. Hierbij wordt er gekeken naar de invloeden op individueel gedrag van mensen met een lage SES. Hier is dan te zien dat niet alleen de SES van de individu maar ook de SES van een wijk invloed hebben op het gedrag en de gezondheid. Dit kan ervoor zorgen dat er minder rolmodellen zijn in hun directe omgeving die een gezonde leefstijl promoten. Ook is er dan weinig steun vanuit de directe omgeving om een gezonde leefstijl verandering te ondergaan (Hoogendoorn & De Hollander, 2015). Bij een leefstijl verandering is het dan ook belangrijk om niet alleen invloed uit te oefenen op het individu maar ook op andere kenmerken zoals het sociaal kapitaal. Wanneer een individu zich aan sluit bij een leefstijltraject als een GLI zal het sociaal kapitaal ook veranderen. Hierbij is te denken aan gezamenlijke participatie en sociale steun (Kenniskbank sport en bewegen, 2021). Daarnaast is er vaak een financiële drempel (Starrin, Åslund, & Nilsson, 2009). Zij hebben minder te besteden, er is schaamte om financiële steun aan te vragen en dit kan ook nog gecombineerd gaan met laag geletterdheid. Dit beïnvloedt allemaal de keuze voor lange-termijn verbintenissen. Daarbij kan laaggeletterdheid ook invloed hebben op de kennis over een gezonde leefstijl en welke gezondheidsvoordelen hieraan verbonden zitten. Daardoor geven zij vaker prioriteit aan andere dingen. Uit het onderzoek van Pepper et al. (2017) blijkt dat mensen met een lage SES impulsiever, minder toekomstgericht en pessimistischer zijn. Zo ontstaat er een voorkeur voor het heden en zullen zij minder keuzes maken waar pas op lange termijn voordeel van blijkt. Wat ook van invloed is de ervaren eigeneffectiviteit. Zij zijn minder gewend om eigen regie te pakken of dingen te

doen waarvan zij denken dat het goed is (Vossen et al., 2021). Dit zorgt ervoor dat zij minder eigen effectiviteit ervaren en het probleem maar ook de oplossing buiten zichzelf zoeken (Jansen, Schuit, & Van der Lucht, 2003).

Figuur 2 Raamwerk voor de invloed van socio-economische en culturele invloeden op de gezondheid (Beard et al., 2009)



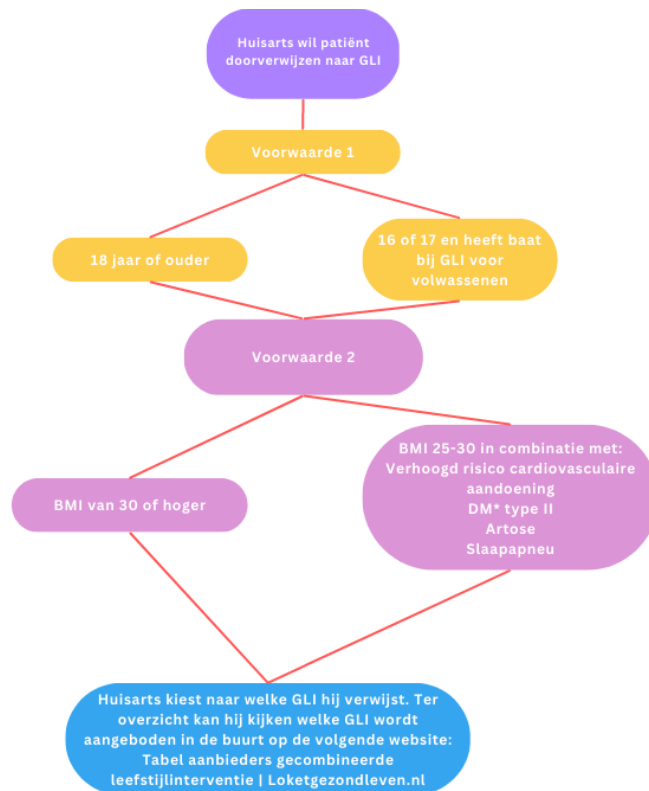
1.5 Gecombineerde leefstijl interventie

Er is een verschil tussen de leefstijlfactoren en de gezondheid van mensen met een lage SES in vergelijking tot de gemiddelde Nederlander. Omdat deze leefstijlfactoren vaak invloed hebben op de gezondheid, zou het dus bevorderlijk zijn om dit te veranderen. Een manier om dit te veranderen is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (RIVM, z.d.). Die is sinds 2019 in de basisverzekering en gaat niet ten koste van het eigen risico. Om hier recht op te hebben is er een BMI hoger dan 30 nodig of een BMI van 25 met co-morbiditeit. Hierbij is er ook een verwijzing van de huisarts nodig om mee te mogen doen. In figuur 3 is te zien hoe iemand vanuit de huisarts verwezen wordt en welke voorwaarden er zijn om verwezen te worden. Veel huisartsen zien ook het nut van GLI in (Bouma, 2018).

Een GLI duurt twee jaar. In die tijd werken volwassenen met overgewicht aan hun leefstijl door het beweeg-, voeding- en gedragspatroon aan te passen ter verbetering van de gezondheid. Het gaat hier dan om een duurzame gedragsverandering die gerealiseerd wordt in de eigen leefomgeving. Het doel hiervan is dat het gezonde gedrag ook voortgezet zal worden wanneer de interventie stopt. Alleen een goedgekeurd GLI komt in aanmerking voor een vergoeding vanuit de basisverzekering. Er zijn zes goedgekeurde interventies: Samen sportief in Beweging, De BeweegKuur, SLIMMER, CoolL, X-Fittt GLI en Keer Diabetes2 Om. Al deze interventies bevatten drie componenten: Een gezond voedingspatroon, meer bewegen en gedragsveranderingstechnieken (Bos, Van Dale, & Leenaars, 2019). Ook bestaan alle interventies uit twee fases. In eerste instantie is er een behandelphase die zich richt op gewichtsverlies en een onderhoudsfase die zich richt op gewichtsbehoud. Wel heeft elke GLI zijn eigen verhouding van de componenten. Dit maakt dat er zes verschillende interventies zijn. In 2022 namen 3050 mensen deel aan een GLI (Oosterhoff, De Weerd, Feenstra, & De Wit, 2022).

Hiervan waren er 2469 bij Cool, 203 bij de BeweegKuur, 149 bij SLIMMER en 18 bij Samen Sportief in Beweging. X-Fittt en Keer Diabetes2 Om vallen pas sinds januari 2023 binnen de basisverzekering. Hierdoor zijn hier nog geen deelname cijfers over. Over de huidige effectiviteit van Samen Sportief in Beweging kan weinig gezegd worden door de kleine getallen van deelname. Doordat er resultaten van drie jaar over deze twee jaar durende interventies, zijn er te weinig gegevens om wat te zeggen over het verschil in effectiviteit.

Figuur 3 Stroomlijndiagram verwijzing GLI (CZ. z.d.)



* diabetes mellitus

1.6 Onderzoeksvraag

De afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar leefstijlinterventies voor lagere sociaaleconomische groepen. In 2010 concludeerde het RIVM dat er destijds geen effectieve interventies waren voor deze groep (Busch & Schrijvers, 2010). Sindsdien is de GLI in de basisverzekering gekomen, waardoor er meer mogelijkheden zijn voor leefstijlverandering. Echter vallen mensen met een lage SES vaker uit bij een GLI-traject dan gemiddeld (Oosterhoff, De Weerd, Feenstra, & De Wit, 2022). Ook blijkt uit onderzoek dat 20% van de huisartsen niet doorverwijst naar een GLI, omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden (Schurink-van 't Klooster, Loya, & Proper, 2019). Hoewel er werkzame elementen van een GLI voor mensen met een lage SES zijn geïdentificeerd, is het nog onduidelijk in hoeverre deze elementen vertegenwoordigd zijn in de huidige GLI's (Slijfer, 2022). In 2019 is onderzocht of de drie GLI's die als eerste in de basisverzekering zaten, toereikend waren voor duurzame gedragsverandering bij mensen met een lage SES (Mulderij, Verkooijen, & Wagemakers, 2019). Dit bleek niet het geval te zijn. Sindsdien zijn er meer GLI's bijgekomen. Om die reden zal er een vergelijking worden gemaakt van de huidige GLI's die vergoed worden vanuit de basisverzekering en zal er gekeken worden hoe deze geschikt zijn voor mensen met een lage SES. Deze algemene vergelijking en geschiktheid voor mensen met een lage SES is vooral voor huisartsen belangrijk. Zij doen de verwijzing naar de GLI en voor hen is het dus belangrijk dat zij een verwijzing doen die zo goed mogelijk aansluit om de behoeftes van de patiënt. Zo kan de

meeste winst behaald worden door de patiënt binnen het GLI-traject. Op basis van deze ontwikkelingen is de volgende hoofdvraag geformuleerd: “Hoe geschikt zijn de huidige GLI's voor mensen met een lage SES?”

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat zijn overeenkomsten en verschillen tussen de zes GLI's?
- In welke mate zijn de zes werkzame elementen verankerd in de opzet van de zes GLI's?
- Welke GLI's zijn het meest en minst geschikt voor mensen met een lage SES?

1.7 Hypothese

De huidige GLI's lijken niet allemaal geschikt te zijn voor mensen met een lage SES. Van alle GLI's wordt verwacht dat Samen Sportief in Beweging het meest geschikt zal zijn voor mensen met een lage SES. Deze GLI is volgens hun website is ontwikkeld voor kwetsbare doelgroepen zoals mensen met een lage SES (Samen Sportief in Beweging (SSIB), 2023). Doordat deze doelgroep er was tijdens de ontwikkeling van de GLI zal verwacht worden dat dit traject beter zal aansluiten. Ook blijkt uit onderzoek van het Erasmus MC dat Samen Sportief in Beweging deelnemers met een lage sociaaleconomische status bereikt en gezondheidseffecten positief veranderd (Mölenberg, Mesch, & Burdorf, 2018). De andere GLI's die zijn opgesteld hebben mensen met overgewicht in het algemeen als doelgroep (Kortleve, 2021). Ook bleek in 2019 dat Cool, BeweegKuur en SLIMMER niet toereikend zijn voor duurzame gedragsverandering bij mensen met een lage SES (Mulderij, Verkooijen, & Wagemakers, 2019). Dit maakt dat Samen Sportief in Beweging beter geschikt lijkt voor deelnemers met beperkte gezondheidsvaardigheden zoals mensen met een lage SES (Mölenberg, Mesch, & Burdorf, 2018).

1.8 Leeswijzer

[Hoofdstuk 1](#) presenteert de aanleiding van het probleem met de hoofdvraag en deelvragen. [Hoofdstuk 2](#) bevat de materiaal en methode waar als eerst de algemene onderzoeksopzet beschreven zal worden. Dit wordt gevolgd door de algemene vergelijking, de vragenlijst en de MCDA. [Hoofdstuk 3](#) omvat de resultaten van het onderzoek. Zowel de algemene vergelijking, de MCDA en de resultaten van de enquête. In [hoofdstuk 4](#) staat de discussie over het belang van het onderzoek, aanbevelingen voor verder onderzoek. En in [hoofdstuk 5](#) staat de conclusie.

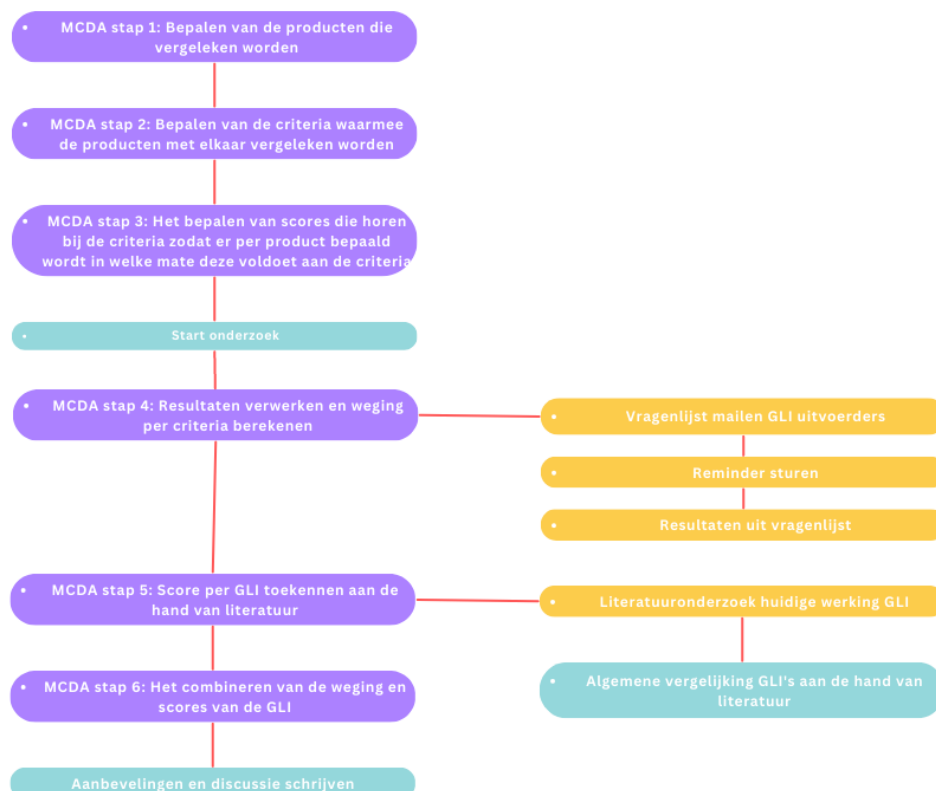
2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het doel van de studie is om een vergelijking te maken tussen de huidige GLI's die aangeboden worden vanuit de basisverzekering. Hierbij is er gekeken naar de mate waarop de GLI's aansluiten bij mensen met een lage SES. Dit is gedaan aan de hand van een Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) (Communities and Local Government Publications, 2009). De stappen van een MCDA zijn als volgt: 1. Het bepalen van de producten die vergeleken zullen worden. 2. Het bepalen van de criteria waarmee de producten met elkaar vergeleken zullen worden. 3. Het bepalen van scores die horen bij de criteria zodat er per product bepaald wordt in welke mate deze voldoet aan de criteria. 4. Het bepalen van de weging per criterium. 5. Het bepalen van de score per product per criteria. 6. Het combineren van de weging en scores van de GLI.

Binnen dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethodes gecombineerd. Aan het begin van het onderzoek zijn de GLI's met elkaar vergeleken aan de hand van literatuuronderzoek. Dit ging om een algemene vergelijking om inzicht te krijgen in het verschil in de werking van de verschillende GLI's. Vervolgens is er aan de hand van de MCDA een vergelijking gemaakt tussen de GLI's op basis van de behoeftes van mensen met een lage SES. De score bepaling voor de GLI's per criteria is bepaald aan de hand van literatuuronderzoek. De weging van de criteria is bepaald aan de hand van een vragenlijst die naar uitvoerders (N=55) van de GLI's is gestuurd. Dit proces wordt geïllustreerd in figuur 4.

Figuur 4 Stroomlijndiagram van de onderzoeksopzet



2.2 MCDA

Een MCDA kan gebruikt worden om een vergelijking te maken op compatibel vermogen op basis van verschillende criteria (Vehbi, Günçe, & Iranmanesh, 2021). Een MCDA is een techniek waarbij de opties op volgorde worden gezet van meest goede optie naar minst goede optie. De opties worden met elkaar vergeleken aan de hand van criteria die aansluiten op de hoofdvraag. Elk criterium heeft ook zijn eigen weging. Niet alle criteria wegen even zwaar mee. De weging per criterium zal ook bepaald moeten worden. Als de weging per criterium is bepaald kan er een score toegekend worden per optie per criterium. De weging en de score zullen gecombineerd worden. Vervolgens zal per optie een totaalwaarde worden berekend. De weging en de score van een criterium worden vermenigvuldigd. Alle zes de vermenigvuldigde cijfers worden bij elkaar opgeteld voor een eindscore per GLI. Hoe hoger de score is hoe beter deze aansluit.

Bij vergelijkend onderzoek naar gezondheidsinterventies is een MCDA een valide en betrouwbare methode (Garcia-Hernandez, 2015). Wel kan het bepalen van de wegingsfactor variabelen met zich meebrengen. Dit wordt vaak gedaan aan de hand van inzichten van de onderzoeker waardoor de MCDA minder betrouwbaar wordt. Dit kan komen door voorkeur van de onderzoeker. In dit onderzoek is dit bepaald door inzichten van meerdere experts van de uitvoering van de GLI. Door de bredere context waarin dit onderzoek plaats vindt is de externe validiteit bevorderd.

2.3 Het bepalen van de producten die vergeleken zullen worden

Er zijn op dit moment zes GLI's die vanuit de basisverzekering zijn aangeboden. Het begon in 2019 met drie opties en die zijn over de afgelopen jaren uitgebreid naar zes zoals in [bijlage I](#) te zien is. Alle zes deze GLI's worden op locatie uitgevoerd en vergoed vanuit de basisverzekering. Hiermee is het online traject van Keer Diabetes2 Om-GLI afgevallen.

2.4 Het bepalen van de criteria waarmee de producten met elkaar vergeleken zullen worden

De GLI's zijn aan de hand van criteria met elkaar vergeleken. Deze criteria zijn geformuleerd door Slijfer (2022). Die heeft in zijn onderzoek de werkzame elementen van GLI's geformuleerd voor mensen met een lage SES. De criteria zijn: Invloed van de doelgroep tijdens de ontwikkeling van de GLI, inzetten op de motivatie van de deelnemers, inspelen op eigeneffectiviteit, samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod, inspelen op groepsgevoel en ervaringsdeskundige. Zie [bijlage II](#) voor verdere uitleg per criteria.

2.5 Het bepalen van scores die horen bij de criteria zodat er per product bepaald wordt in welke mate deze voldoet aan de criteria

Bij elke van de criteria is een schaaloptie voor het toekennen van de punten. Er wordt gebruik gemaakt van een drie-puntschaal (Phillips, 2017). Zo kan een GLI voor een criteria maximaal 3 punten toegewezen krijgen en minimaal 0 punten. De specificaties van deze toewijzingen staan in [bijlage III](#).

2.6 Het bepalen van de weging per criterium

De bepaling van de weging van de criteria van de MCDA is gedaan aan de hand van een vragenlijst. Deze vragenlijst werd afgenomen bij uitvoerders van de GLI's.

2.6.1 Vragenlijst

De uitvoerders van de GLI's hebben een korte vragenlijst ingevuld. Hierbij is eerst uitgevraagd welke GLI zij uitvoeren en in welke stad zij de GLI uitvoeren. Vervolgens zijn zij de zes criteria van waarde gesteld door deze op volgorde te zetten van meest belangrijk naar minder belangrijk. De vragenlijst is via enquête.com uitgezet als link in een mail. Deze mail is naar iedereen die in de doelgroep

omschreven staat gestuurd. Ook is er een reminder verstuurd om de respons waar dat kan hoger te krijgen. De complete vragenlijst is te vinden in [bijlage IV](#). Omdat nog onduidelijk is of een bedrijf meerdere GLI's op hetzelfde moment kan aanbieden is er gekozen om dit als meerkeuze optie te laten invullen.

2.6.2 Doelgroep

De doelgroep van de vragenlijst bestaat uit uitvoerders van de zes GLI's. De uitvoerders zijn leefstijlcoaches die een specifieke GLI uitvoeren. Dit kunnen zij aanvragen bij de GLI-ontwikkelaar die hun de methodiek van de GLI geven. Deze uitvoerders zijn geworven in de volgende gemeentes: Groningen, Enschede, Rotterdam, Maastricht, Wageningen, Heerlen en Kerkrade. Deze Steden hebben volgens het CBS een lage sociaaleconomische status (2019). Door de werving uit steden met een lage SES is de kans groter dat zij ervaring hebben in het werken met een GLI met mensen met een lage SES. In tabel 2 is te zien hoeveel GLI's er per stad zijn aangeboden. Het doel is een respons van 24 GLI's met een gelijke vertegenwoordiging van alle zes de GLI's.

Tabel 2 Overzicht van aantal GLI's per stad in steden met een lage SES (Loketgezondleven, z.d.)

Stad	Aantal aangeboden GLI's
Rotterdam	17
Groningen	11
Enschede	13
Maastricht	7
Wageningen	3
Heerlen	3
Kerkrade	1

2.6.3. Resultaten verwerken

De zes criteria zijn voorgelegd aan de bovengenoemde leefstijlcoaches. Deze hebben de zes criteria op volgorde zetten naar hun eigen inzicht. Hierbij is nummer 1 het meest belangrijk en nummer 6 het minst belangrijk voor toepasbaarheid van GLI's voor mensen met een lage SES. Dit is vervolgens verrekend tot een weging voor de MCDA. Een voorbeeld van deze verwerking is te zien in [bijlage V](#).

2.7 Het bepalen van de score per product per criteria

2.7.1 Deskresearch

Voor de vergelijking van de GLI's is er gebruik gemaakt van Deskresearch (Krul, 2021). Er is gebruik gemaakt van bestaande informatie en gegevens die verzameld zijn tijdens voorgaande studies. Het verschil tussen deskresearch en literatuuronderzoek is dat literatuuronderzoek gericht is op het verkrijgen van theoretische kennis over een onderwerp. Deskresearch wordt gebruikt om verklarende onderzoeksvragen te beantwoorden. Omdat in dit onderzoek is bestaande kennis geïnventariseerd om de score van de GLI te bepalen aan de hand van deskresearch.

Voor deskresearch is er primair gebruik gemaakt van de werkbladbeschrijvingen die op kenniscentrum over bewegen staan (Kenniscentrum Sport en Bewegen, z.d.). Van elke GLI is er een complete werkblad beschrijving die is ontstaan uit wetenschappelijke literatuur van de GLI. In een werkblad beschrijving staan de volgende onderdelen uitgewerkt: doelgroep, doel, aanpak, materiaal, onderbouwing, onderzoek en een samenvatting van de werkzame elementen. De literatuur die vermeld staat in de werkbladbeschrijvingen van de GLI's is waar nodig gebruikt als vervolg stap om verdiepende literatuur te vinden. Vanuit deze literatuur heeft zowel een algemene vergelijking plaats gevonden van de zes GLI's als de scorebepaling per GLI voor de MCDA.

2.7.2 Algemene vergelijking Vergelijkingsmatrix

Voor de basis van de algemene vergelijking is er gebruik gemaakt van de vergelijking van Kortleve (2021). Hij heeft een samenvattende vergelijking opgezet van de vier GLI's die in 2021 in de basisverzekering zaten voor fysiotherapeuten. Hierbij heeft hij de volgende onderdelen bekeken: interventie eigenaar, algemeen doel, specifiek doel, doelgroep, inclusiecriteria, centrale zorgverlener, uitvoerder en competenties, coördinatie, financiering, aanvullende financiering, programmaopzet en bouwstenen. Zie [bijlage VI](#) voor de vergelijkingsmatrix. Zijn vergelijking is aangevuld met de twee GLI's die er sindsdien bij zijn gekomen.

2.7.3 Bepaling van de score per product per criteria

Vanuit de literatuur is er door de onderzoeker bepaald welke score wordt toegekend bij een GLI voor elk criterium. Dit is gedaan op basis van omschrijvingen in de literatuur. Als een onderdeel niet omschreven is in de literatuur kan de GLI hier ook geen hogere score mee krijgen. Deze scores zijn ingevuld in het voorbeeld dat in [bijlage VII](#) staat.

2.8 Het combineren van de weging en scores van de GLI.

Aan de hand van de literatuur zijn de GLI's gescoord binnen de MCDA. Hieruit blijkt welke score van toepassing is op welke GLI. Vervolgens is de score vermenigvuldigd met de weging. De weging is verkregen uit de inzichten van de uitvoerders van de zes GLI's. Bij elke GLI is er dus per criteria een score en een weging vermenigvuldigd. Alle vermenigvuldigde scores van de GLI zijn bij elkaar opgeteld wat de totaalscore bepaald van de GLI. De totaalscores van de GLI's zijn met elkaar vergeleken en opvolgorde gezet van groot naar klein. Dit is dan representatief voor de mate waarin de GLI aansluit op de behoeftes van mensen met een lage SES. Zo is bepaald welke GLI het best aansluit op de behoeftes van mensen met een lage SES.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten van de algemene vergelijking weergegeven worden. Vervolgens wordt er gekeken naar de mate waarin de zes werkzame elementen verankerd zitten in de huidige GLI's. Afsluitend wordt de weging bepaald van de criteria op basis van de enquête met kenmerken van de onderzoeksgroep. Dit zal bepalen welke GLI het best aansluit op mensen met een lage SES en welke het minst aansluit.

3.1 Algemene vergelijking tussen de zes GLI's

Eerst is er een algemene vergelijking gemaakt tussen de zes GLI's. Er is per thema van Kortleve (2021) gekeken wat de literatuur zei per GLI. Zo zijn in tabel drie overzichtelijk de verschillen en overeenkomsten per thema weergegeven.

3.1.1 Overeenkomsten

Elk traject heeft als doel om met aanpassingen aan de voeding- en beweegpatronen de gezondheid te verbeteren. De meeste hebben als doel hiermee 5%-10% mee af te vallen. Alle GLI's zijn gericht op volwassenen. Bijna alle trajecten hebben een leefstijlcoach die de centrale zorgverlener is. Elke GLI wordt vanuit de basisverzekering vergoed. Elk traject begint met een basisprogramma en dit kan drie tot twaalf maanden duren. Wanneer het basisprogramma korter is, is dit vaak intensiever. Vaak wordt dit gevolgd met het onderhoudsprogramma dat twaalf tot achttien maanden kan duren. Zo hebben alle trajecten een duur van twee jaar.

3.1.2 Verschillen

Het specifieke doel van KDO verschilt volledig, deze wil een daling van 10% van het HbA1c. HbA1c is de geglyceerde vorm van hemoglobine en wordt doorgaans gebruikt ter indicatie van DM2 (Sherwani, Khan, Ekhzaimy, Benabdelkamel, & Sakharkar, 2016). SLIMMER wilt naast een 5%-10% reductie van het gewicht dat het nieuw aangeleerde beweeggedrag zelfstandig volgehouden kan worden. Ook is er een groot verschil tussen de hoeveelheid Inclusie- en Exclusiecriteria die de GLI's hebben. X-Fittt heeft de minste criteria Keer Diabetes2 Om heeft de meeste criteria. Daarnaast is er een groot verschil te zien tussen de hoeveelheid behandelaars die betrokken zijn bij het proces. Cool is de GLI die de minste hoeveelheid behandelaars betreft met alleen de leefstijlcoach en de buurtsportcoach. Samen Sportief in Beweging gebruikt de meeste behandelaars bestaande uit: Leefstijlcoach, Beweegprofessional, Voedingsprofessional, Sportaanbieder, Gemeentelijke Sport en Welzijnspartij. X-Fittt heeft een extra fase toegevoegd in het traject, het begeleidingsprogramma. Ook zitten er in de trajecten grote verschillen in de hoeveelheid bijeenkomsten en de soort bijeenkomsten.

Tabel 3 Algemene vergelijking GLI Cool, BeweegKuur, SLIMMER Samen Sportief in Beweging, X-Fitt en Keer Diabetes2 Om

Interventie	Cool	BeweegKuur (Kenniscentrum sport en bewegen, 2015a)	SLIMMER	Samen Sportief in Beweging (Kenniscentrum sport en bewegen, 2015)	X-Fitt GLI	Keer Diabetes2 Om
Interventie eigenaar	Expertisecentrum Leefstijlinterventies	Huis voor Beweging	GGD Noord- en Oost- Gelderland	Gezonde Leefstijl Company	Formupgrade	Stichting Voeding Leeft
Algemeen doel	Het realiseren van gewichtsvermindering en verbetering van de co-morbiditeit als gevolg van een transitie naar een gezondere leefstijl.	Het realiseren van gezondheidswinst door middel van bewegen en voeding ondersteund met gedragsverandering en zelfmanagement.	Aanpassingen aanbrengen in het voedings- en beweegpatroon van de deelnemer om hiermee obesitas te verminderen.	Een gezond gewicht en dit te kunnen onderhouden door structurele aanpassingen aan hun beweeg- en eetpatroon.	Gewichtsreductie door aanpassingen aan het voedings- en beweegpatroon en het behalen van persoonlijke doelen.	Aan de hand van veranderingen in het voedings- en beweegpatroon de kwaliteit van leven verbeteren
Specifiek doel	Een gewichtsreductie van 5% conform de NHG-richtlijn Obesitas.	Een gewichtsreductie van 5% en de persoonlijk opgestelde doelen.	Een gewichtsreductie van 5-10% Het beweegpatroon aanpassen naar de beweegrichtlijnen. De deelnemers het beweegpatroon zelfstandig kunnen laten volhouden na het afronden van de GLI. Kennis laten maken met het lokale beweegaanbod.	Het is doel is om na een jaar een gewichtsreductie te zien van 5% en een beter ervaren gezondheid. Er wordt verwacht het beweegpatroon aan te passen naar de Nederlandse Norm Gezond bewegen.	Een gewichtsreductie van 5% in de intensieve fase. Een afname van 5% van de middelomtrek. Een verbetering van kwaliteit van leven en dit behouden.	Een daling van 10% van het HbA1c of dit verlagen naar 53 mmol/mol van patiënten met diabetes mellitus type twee (DM2).
Doelgroep	Leeftijd: 18+ Extra: -	Leeftijd: 18+ Extra: Gemotiveerd, voldoet niet aan beweegrichtlijnen	Leeftijd: 40-70 Extra: Verhoogde kan DM2 en/of obesitas	Leeftijd: 18+ Extra: Geschikt lage SES	Leeftijd: 18+ Extra: verhoogde kan co-morbiditeit	Leeftijd: 18+ Extra: DM2
Inclusiecriteria	- Een BMI tussen 25 en 30 in combinatie met co-morbiditeit - BMI hoger dan 30 ongeacht co-morbiditeit - Voldoende motivatie	- Een BMI tussen 25 en 30 in combinatie met co-morbiditeit*. - Een BMI tussen 30 en 35 ongeacht co-morbiditeit - Een BMI tussen 35 en 40 zonder co-morbiditeit.	- 40 tot en met 70 jaar oud - Een verstoorde nuchtere glucose in combinatie met overgewicht (BMI 25-30) - Een BMI 30-40	- Gezondheidsklachten rondom leefstijlproblematiek - Een ongezond beweeg- en eetpatroon - Een slechte gezondheidsbeleving - Een BMI tussen 25-30 i.c.m. co-morbiditeit - Een BMI tussen 30-35 ongeacht co-morbiditeit - Een BMI tussen 35-40 zonder co-morbiditeit - Zich verstaanbaar kunnen maken in het Nederlands	- BMI hoger dan 25 in combinatie met co-morbiditeit - BMI hoger dan 30	- Diagnose DM2 - Gebruik van diabetesmedicatie - BMI hoger dan 25 - Beheersing van de Nederlandse taal dat dit niet een belemmerende factor kan zijn - Tussen de 18 en 80 jaar - Toegang tot internet en email - Gemotiveerd om leefstijl te veranderen.

Exclusiecriteria	- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. - Gedragsproblemen die deelname aan groepstherapie belemmeren. - Een verstandelijke beperking (IQ<80) - Onderliggende psychopathologie met andere behandelbehoeftes - Behandelbare onderliggende oorzaken - Wilsonbekwaamheid zonder toestemming van wettelijke vertegenwoordiging	Naast dat mensen met een BMI boven de 35 geen comorbiditeit ervaren worden er geen exclusiecriteria benoemd.	- Vastgestelde diabetes mellitus - Risicofactoren of comorbiditeit die de deelnemer niet in staat stellen het programma gedurende twee jaar te volgen	- Voldoende motivatie - Morbide obesitas - Ernstige co-morbiditeit - Ernstige psychologische of psychiatrische problematiek die deelname belemmert.	- Adolescenten die niet cognitief en sociaal worden geacht deel te kunnen nemen.	- Ouder dan 80 - Geen medicatiegebruik voor DM2 - Diagnose diabetes mellitus type 1 - Nierinsufficiëntie - Maagverkleining of maagbandje - Eetstoornis - Ernstige COPD (Gold III of IV) - Pancreatitis - Eerdere deelname aan KDO2 - BMI hoger dan 50 - Hartfalen of decompensation cordis (klasse 2 tot en met 4) - Ernstige psychosociale problematiek wat het traject van de deelnemer belemmert
Centrale zorgverlener	Leefstijlcoach	Leefstijlcoach	Casemanager	Leefstijlcoach (Dit kan ook één van de uitvoerende partijen zijn.)	Leefstijlcoach	Eigen zorgverlener die de verwijzing heeft gedaan
Uitvoerder en competenties	<u>Leefstijlcoach:</u> - Intake - Groepsbijeenkomsten - Individuele gesprekken <u>Buurtportcoach:</u> - Geeft sessie over sport ter verbinding lokaal sport aanbod.	<u>Leefstijlcoach:</u> - Persoonlijke begeleiding rondom persoonlijke doelen - Groepsbijeenkomsten <u>Beweegprofessional:</u> - Beweegintake - Opstellen beweegprogramma - Begeleiding lokaal beweegaanbod <u>Voedingsprofessional:</u> - Voedingsintake - Voedingsplan - Groepsvoorlichting over voeding.	<u>Diëtist:</u> - Voedingsintake - Opstellen behandelplan - Individuele consulten - Groepsbijeenkomsten voeding <u>Fysio- of oefentherapeut:</u> - Beweegintake - Opstellen beweegprogramma - Wekelijks groep beweegmoment - Eindgesprek beweegprogramma <u>Casemanager:</u> - Contact fysio- of oefentherapeut en diëtist. - Terugkom moment <u>Buurtportcoach:</u>	<u>Leefstijlcoach:</u> - Algemene intake - Zes groepsbijeenkomsten - Zes individuele gesprekken per deelnemer <u>Beweegprofessional:</u> - Tien groepsbijeenkomsten waarin bewogen wordt. <u>Voedingsprofessional</u> - Acht groepsbijeenkomsten <u>Sportaanbieder:</u> - Vier groepsbijeenkomsten met het lokale sportaanbod. Samen met de gemeentelijke dienst Sport <u>Welzijnspartij</u> - Kan bij groepsactiviteiten betrokken worden voor	<u>Leefstijlcoach:</u> - Individuele gesprekken - kan helpen met het beweegaanbod opstellen als de deelnemer kiest voor individueel sporten. - Groepsbijeenkomsten van verschillende thema's waar de deelnemers bij kunnen aansluiten. <u>Beweegprofessional:</u> - Groepslessen aan binnen het beweegcentrum	<u>Diëtist:</u> - Voedingsworkshops <u>Coach:</u> - Geeft voorlichting over beweging en ontspanning/stressreductie aan de hand van workshops. - individueel casemanagement. <u>Verpleegkundige:</u> - Begeleiding afbouw DM2 medicatie - Houdt de verwijzende zorgverlener op de hoogte van de status van de deelnemer. <u>Programmacoördinator:</u> - Praktische zaken.

			- Overgang beweegprogramma naar lokaal sportaanbod	maatschappelijke ondersteuning.		- Coördineert dat één van de professionals ingeschakeld wordt als progressie achterblijft bij de deelnemer.
Coördinatie	De coördinatie en uitvoering wordt gedaan door de leefstijlcoach.	Coördinatie wordt gedaan door de leefstijlcoach. Uitvoering wordt gedaan door het multidisciplinaire team.	Coördinatie wordt gedaan door de casemanager. Uitvoering wordt gedaan door het multidisciplinaire team.	Uitvoering door samenwerkingsverband van de samenwerkende partijen dat gecoördineerd wordt door de leefstijlcoach.	Door het beweegcentrum dat de groepslessen en groepsbijeenkomsten biedt.	Dit wordt gedaan door de programmacoördinator.
Financiering GLI	De financiering wordt gedaan vanuit de basiszorgverzekering	De financiering wordt gedaan vanuit de basiszorgverzekering	De financiering wordt gedaan vanuit de basisverzekering.	De financiering wordt gedaan vanuit de basiszorgverzekering	De financiering wordt gedaan vanuit de basiszorgverzekering. Het lidmaatschap bij het beweegcentrum wordt gedaan door de deelnemer zelf.	De financiering wordt gedaan vanuit de basiszorgverzekering. Daarnaast betalen de deelnemers zelf 295,- om mee te mogen doen.
Aanvullende financiering	Inzetten van buurtsportcoach voor het verstrekken van informatie over het lokale beweegaanbod.	Inzetten van buurtsportcoach vanuit de gemeente voor overstap naar lokale beweegaanbod.	Inzetten van buurtsportcoach vanuit de gemeente voor overstap naar lokale beweegaanbod.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Programmaopzet	Groepssessies: 16 Individuele sessies: 8 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-8)</u> - Eén intake - Acht groepssessies met verschillende thema's - Twee individuele gesprekken - Eén evaluatiegesprek <u>Onderhoudsprogramma (Mnd 9-24)</u> - Acht groepssessies - Drie individuele gesprekken - Eén eindgesprek	Groepssessies: 21 Individuele sessies: 8 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-12)</u> <i>Leefstijlcoach</i> - Anamnese - Vijf groepsbijeenkomsten - Twee individuele gesprekken <i>Voedingsprofessional</i> - Voedingsintake en opstellen van plan - Drie groepsbijeenkomsten <i>Beweegprofessional</i> - Beweegintake en opstellen beweegplan - Drie groepsbijeenkomsten - Overdracht naar regulier sportaanbod. <u>Onderhoudsprogramma (Mnd 13-24)</u> <i>Leefstijlcoach</i>	Groepssessies: 27 Individuele sessies: 9 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-7)</u> <i>Intake</i> <i>Bewegen</i> - 24 groepslessen - Begeleiding naar lokaal aanbod <i>Voeding</i> - Eén voedingsanalyse en behandelplan - Drie individuele consulten - Eén groepsbijeenkomst <u>Onderhoudsprogramma (Mnd 7-24)</u> - Twee groepsbijeenkomsten - Vier individuele gesprekken - Eén eindgesprek	Groepssessies: 35 Individuele sessies: 6 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-12):</u> - Intake van de leefstijlcoach - Acht groepsbijeenkomsten met de leefstijlcoach - Basiscursus acht weken <i>Bewegen</i> - 16 groepsbijeenkomsten - Zesmaal bij de beweegprofessional - Vier keer als combinatie van de beweegprofessional en sportaanbieder uit de wijk - Zesmaal met de sportaanbieder uit de wijk <i>Voeding</i>	Groepssessies: 5 Individuele sessies: 9 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-3)</u> - Intake met leefstijlcoach <i>Bewegen</i> - Optie 1: Groep - Op vaste tijden met een vaste groep. - Optie 2: Individueel Zelfstandig bewegen met advies van de leefstijlcoach. - Extra bewegen binnen het centrum is mogelijk tegen betaling. - Wordt bijgehouden in de X-Fitt app <i>Voeding</i> - Wordt bijgehouden in de X-Fitt app en bijsturing door leefstijlcoach <i>Coaching</i>	Groepssessies: 20 Individuele sessies: 2 Totale looptijd: 2 jaar <u>Basisprogramma (Mnd 0-6)</u> - Start-tweedaagse met overnachting - Terugkomdag maand één, drie en zes - Tussentijdse belmomenten <u>Onderhoudsprogramma (Maand zeven tot 24)</u> - Maandelijks facultatieve groepsbijeenkomst door diëtist met verpleegkundige of alleen de coach. Hier hebben de deelnemers keuze uit. - Doel om terugval op te vangen - Gedurende deze tijd hebben deelnemers

		- Vier groepsbijeenkomsten - Drie individuele gesprekken <i>Voedingsprofessional</i> - Drie groepsbijeenkomsten <i>Beweegprofessional</i> - Drie groepsbijeenkomsten		- Acht groepsbijeenkomsten voor de basiscursus over voeding - Nazorgtraject van tien maanden: - Drie groepsbijeenkomsten door de leefstijlcoach <u>Onderhoudsprogramma (Mnd 13-24);</u> <i>Leefstijlcoach</i> - Vijf individuele gesprekken met follow-up van de leefstijlcoach - Drie groepsbijeenkomsten door de leefstijlcoach	- Twee individuele gesprekken bij de groep optie. Zes individuele gesprekken bij de individuele optie. - Wekelijks wegen <i>Groep</i> - Minimaal één groepsbijeenkomst bijwonen. <u>Begeleidingsprogramma (Maand vier tot en met twaalf)</u> <i>Bewegen</i> - Minimaal drie keer per week. - Binnen en buiten het beweegcentrum - Wordt bijgehouden in de X-Fitt app. <i>Voeding</i> - Wordt bijgehouden in de X-Fitt app en bijsturing door leefstijlcoach <i>Coaching</i> - Vier individuele consulten - Vier telefonische consulten <i>Groep</i> - Minimaal twee groepsbijeenkomsten bijwonen. <u>Onderhoudsprogramma (Maand dertien tot en met vierentwintig)</u> <i>Bewegen</i> - Minimaal drie keer per week. - Binnen en buiten het beweegcentrum - Wordt bijgehouden in de X-Fitt app. <i>Coaching</i> - Drie individuele gesprekken	toegang tot online community - Via een maandelijks mail geven de deelnemers aan hoe het gaat met het volhouden van het programma.
--	--	---	--	---	---	--

					- Vier telefonische gesprekken <i>Groep</i> - Minimaal twee groepsbijeenkomsten bijwonen <u>Nazorgprogramma</u> Een advies over het traject dat de deelnemer nu zelfstandig gaat doen.	
Bouwstenen	De regie ligt bij de deelnemer. Hierdoor kan deze eigen doelen formuleren op basis van motivatie, aspecten van de gezonde leefstijl, gedragsverandering, persoonlijke doelen en sociale doelen.	Door de nieuwe vergaring van kennis ontstaat bewustwording van de deelnemer. Daarnaast wordt er gewerkt aan de verstoorde energiebalans en ontstaat er vertrouwen in de vaardigheden die nodig zijn voor gedragsverandering.	In het eerste halfjaar wordt er intensief gewerkt aan gedragsverandering. Voor bewegen is dit vooral op groepsniveau. Voor voeding is dit meer op individueel niveau. Ook wordt er gebruik gemaakt van een aantal gedragsmodellen en – theorieën. Stages of Change, Theory of Planned Behaviour, Intervention Mapping en Theoretical Domains Framework.	De factoren om kwetsbare doelgroepen te ondersteunen zijn gebaseerd op bewustzijn, motivatie en actietendens. Door een brug te maken tussen het lokale sportaanbod en de beweegmogelijkheden van de deelnemers probeert de GLI het beweeggedrag te stimuleren.	De deelnemer is aangesloten bij het beweegcentrum waar x-Fittt wordt aangeboden. En doet mee aan het beweegaanbod van het beweegcentrum. Ook worden er in het centrum groepsbijeenkomsten aangeboden met verschillende thema's. De deelnemer kan zelfbepalen naar welke groepsbijeenkomst die gaat. De groep die bij een groepsbijeenkomst is wisselt.	I-Change model Nederlandse Diabetes Federatie voedingsrichtlijnen.

3.2 De mate waarin de zes werkzame elementen verankerd zitten in de opzet van de zes GLI's

Door de scores van de zes criteria toe te kennen aan de zes GLI's, is te zien hoe de werkzame elementen verankerd zitten in de opzet van de zes GLI's. Dit zijn de scores die zijn gebruikt in de MCDA. Deze scores zijn gebaseerd op de omschrijving van de literatuur. Als een criteria niet beschreven stond in de literatuur is deze op het laagst gescoord. Deze scores staan in tabel vier. De onderbouwing van de scoretoekenning per GLI staat in [bijlage VIII](#).

Tabel 4 Onderbouwing toekenning scores van de criteria per GLI

	Invloed van de doelgroep	Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Inspelen op eigeneffectiviteit	Samenwerking tussen de interventie aanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Inspelen op groepsgevoel	Ervaringsdeskundige	Totaal	Percentage van maximaal mogelijke punten (18)
SSiB	2	2	2	3	1	0	10	55,6%
BK	1	3	2	3	1	0	10	55,6%
SLIMMER	2	3	1	3	1	0	10	55,6%
Cool	2	3	2	1	0	0	8	44,4%
X-Fitt	1	1	1	1	1	0	5	27,8%
KDO	1	2	1	1	0	0	5	27,8%

3.3 De GLI's die het meest en minst geschikt zijn voor mensen met een lage SE

3.3.1 Kenmerken Respondenten

Aan de hand van enquêtes is er bepaald wat de waarde is van de weging voor de MCDA. Voor de enquête zijn 55 GLI uitvoerders benaderd. Daarvan hebben vijftien (27,3%) de enquête volledig ingevuld. De respondenten kwamen uit Groningen (N=7, 50%), Rotterdam (N=3, 21%), Wageningen (N=2, 14%), Maastricht (N=1, 7%) en Enschede (N=1, 7%). De GLI's die uitgevoerd werden door de respondenten zijn BeweegKuur (N=6, 40%), Cool (N=3, 20%), X-Fitt (N=3, 20%), Samen Sportief in Beweging (N=2, 13%) en SLIMMER (N=1, 7%). Er zijn geen respondenten van Keer Diabetes2 Om.

3.3.2 Bepaling weging criteria MCDA

Hoe de respondenten de waarde hebben geschat van de zes criteria is te zien in [bijlage IX](#). Dit is te zien per respondent. De respondenten hebben de criteria op volgorde gezet van meest belangrijk naar minst belangrijk. Per respondent heeft het criterium die het meest belangrijk wordt gevonden zes punten toegewezen gekregen. Die het minst belangrijk werd gevonden krijgt één punt toegewezen. Dit is voor alle veertien respondenten gedaan. Het gemiddelde hiervan vormt de weging voor de MCDA. De uitslagen hiervan zijn te zien in tabel zes.

Tabel 5 De wegingen van de criteria met standaarddeviatie (SD) op basis van de weging van de respondenten uit bijlage VIII

	<i>Gemiddelde</i>	<i>SD</i>
Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling van de GLI	2,1	1,4
Inzetten op de motivatie van de deelnemers	4,6	1,2
Inspelen op eigeneffectiviteit	4,5	1,4
Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	3,9	1,4
Inspelen op groepsgevoel	3,1	1,6
Ervaringsdeskundige	2,9	1,7

3.3.3 Uitslag MCDA

De combinatie tussen de score bepaling uit paragraaf 3.2 en de weging bepaling uit de enquête vormen de eindscore die in tabel zes is weergegeven. Uit de tabel blijkt dat BK, SLIMMER en SSiB het hoogste scores als geschiktheid voor mensen met een lage SES. Als de weging op de scores wordt toegepast scoort BK het hoogst van alle GLI's. X-Fittt scoort het laagst voor mensen met een lage SES.

Tabel 6 Eindberekening MCDA waar de weging en scores vermenigvuldigd zijn tot eindscore per GLI

	Invloed van de doelgroep	Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Inspelen op eigeneffectiviteit	Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Inspelen op groepsgevoel	Ervaringsdeskundige	Eindscore
Weging	2,1	4,6	4,5	3,9	3,1	2,9	
1. BK	2,1	13,8	9	11,7	3,1	0	39,7
2. SLIMMER	4,2	13,8	4,5	11,7	3,1	0	37,3
3. SSiB	4,2	9,2	9	11,7	3,1	0	37,2
4. Cool	4,2	13,8	9	3,9	0	0	30,9
5. KDO	2,1	9,2	4,5	3,9	0	0	19,7
6. X-Fittt	2,1	4,6	4,5	3,9	3,1	0	18,2

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de GLI's, die uit de basisverzekering vergoed worden, met elkaar te vergelijken op de mate waarop deze aansluiten bij mensen met een lage SES. Dit is gedaan aan de hand van een algemene vergelijking gevolgd met een MCDA. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd en vergeleken met de literatuur en de hypothese. Afsluitend zullen de sterke punten en beperkingen van het onderzoek worden beschreven.

4.1 Interpretatie resultaten

4.1.1 De zes werkzame elementen in de opzet van de zes GLI's

Het gebruik van de schaalverdeling van Philips (2017) voor het maken van keuzes in behandelmethoden in de medische wereld kan de validiteit van de schaalverdeling van Slijfer (2019) ondersteunen (Gasol et al., 2022). Dit geeft aan dat de schaalverdeling waarschijnlijk relevant is voor het beoordelen van de verankering van werkzame elementen in de opzet van GLI's. De onderzoekster heeft een driepuntschaalverdeling gebruikt voor beoordeling van de GLI's. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze schaalverdeling gebaseerd is op de interpretatie van de onderzoeker, aangezien er geen eerdere wetenschappelijke studies beschikbaar waren op dit gebied. Echter, verdere validatie van de schaalverdeling is nodig door middel van replicatieonderzoek en het vergelijken van de resultaten met andere onafhankelijke meetinstrumenten.

Uit de analyse van de verankering van de werkzame elementen komen drie GLI's gelijkwaardig naar voren: De BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging. In Cool zitten de werkzame elementen minder verankerd. En in Keer Diabetes2 Om en X-Fitt zitten de werkzame elementen het minst verankerd. Dit lijkt ook overeen te komen met het onderzoek van Oosterhoff et al. (2022) waar mensen met een lage SES procentueel gezien vaker instromen bij de BeweegKuur en Samen Sportief in Beweging. Dit suggereert dat deze GLI's beter zijn gestructureerd en geïmplementeerd met betrekking tot de werkzame elementen die in het onderzoek zijn beoordeeld. Het is belangrijk om de specifieke werkzame elementen te identificeren die in deze interventies zijn verankerd en om te bepalen waarom ze succesvoller zijn in vergelijking met de andere GLI's. Het is mogelijk dat deze elementen beter aansluiten bij de behoeften en kenmerken van mensen met een lage SES.

4.1.2 Verschil van GLI's in geschiktheid voor mensen met een lage SES

Uit dit onderzoek blijkt dat GLI-uitvoerders het criterium "Inzet op de motivatie van de deelnemers" het belangrijkste vinden. Gevolgd door "Inspelen op eigeneffectiviteit" en "Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod". Deze wegen in de MCDA dan ook het zwaarst mee. Dit komt overeen met het onderzoek van Alharbi et al. (2017). Die toonde aan dat motivatie de belangrijkste factor is als het gaat om langdurige leefstijlveranderingen. In dit onderzoek was eigeneffectiviteit de een na belangrijkste factor.

De hypothese dat SSiB het meest geschikt zou zijn voor mensen met een laag SES werd niet ondersteund door de resultaten, waarbij BK naar voren kwam als de best geschikte GLI voor deze populatie, ondanks eerdere problemen met langdurige uitval. Dit kan beïnvloed zijn voor de weging die bepaald is door uitvoerders van de GLI. De meeste uitvoerder voeren de BK uit en kunnen met het invullen van de enquête meer hebben gestuurd op wat belangrijk is binnen de BK GLI. Een andere opvallende bevinding is dat er geen respondenten zijn die Keer Diabetes2 Om uitvoeren. Dit kan als reden hebben dat daar minder uitvoerders van zijn en de kans dus kleiner is dat daar een respondent van is. Verder is het opmerkelijk dat de meeste respondenten uit Groningen komen en er geen respondenten zijn uit Heerlen of Kerkrade. Dit kan wijzen op regionale verschillen in de uitvoering van GLI's en de beschikbaarheid van GLI-uitvoerders.

4.1.3 Hoe geschikt zijn de huidige GLI's voor mensen met een lage SES?

De resultaten van een Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) waarin zes GLI's werden vergeleken, geven aan dat BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging de meest geschikte programma's zijn voor mensen met een lage SES. De combinatie van scores en wegingen die is gebruikt om de samengestelde score te bepalen, laat zien dat BeweegKuur de meest geschikte GLI is voor mensen met een lage SES. X-Fittt is de minst geschikte GLI voor mensen met een lage SES. Hoewel BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging het hoogst scoren in geschiktheid voor mensen met een lage SES, is er nog ruimte voor verbetering in alle zes GLI's om beter tegemoet te komen aan deze doelgroep. Met name Samen Sportief in Beweging zou verbeterd kunnen worden door meer aandacht te besteden aan de motivatie van deelnemers en door de groepsgrootte te verkleinen. In het algemeen is het ontwikkelen van GLI's die effectief en toegankelijk zijn voor mensen met een lage SES van cruciaal belang voor het bevorderen van een gezondere levensstijl binnen deze populatie.

4.2 Reikwijdte resultaten

Dit onderzoek ondersteunt verwijzers van GLI's, met name voor mensen met een lage sociaaleconomische status, om hen beter in staat te stellen een passende interventies te kiezen om uitval te verminderen. Het onderzoek biedt een algemene vergelijking van verschillende GLI's, waardoor verwijzers snel inzicht krijgen in de verschillen en overeenkomsten tussen deze interventies. Door deze bevindingen kunnen verwijzers een drempel overwinnen die ze ervaren bij het doorverwijzen van mensen naar GLI's (Schurink-van 't Klooster et al., 2019). Dit kan resulteren in meer mensen die kunnen profiteren van een passende GLI om hun gezondheid te verbeteren.

4.3 Reflectie en beperkingen

De MCDA was gebaseerd op de criteria van Slijfer (2022). Dit bevordert de validiteit van het onderzoek. Voordat dit onderzoek was uitgevoerd was het onbekend hoe werkzame elementen voor leefstijlverandering voor mensen met een lage SES verankerd zaten in de zes huidige GLI's die worden aangeboden door de zorgverzekeringen. Ook was er nog geen vergelijking tussen de zes huidige GLI's gemaakt. Dit levert relevante inzichten op voor vervolgonderzoek. En helpt verwijzers van GLI's een betere keuze te kunnen maken tussen de GLI's voor patiënten met een lage SES.

Het reactiepercentage van de enquête van dit onderzoek was 27,3%. Dit valt tussen de 20-30%. Dit wordt als zeer succesvol beschouwt bij online enquêtes waar geen relatie mee is (Korten, 2013). Bij de respondenten was het grootste gedeelte van de BeweegKuur. Dit kan ervoor zorgen dat de resultaten anders zouden zijn dan wanneer er een gelijke verdeling van de GLI's was binnen de respons. Dit zorgt ervoor dat de resultaten minder representatief zijn en dat het onderzoek minder betrouwbaar is. Daarnaast is er gekozen voor de MCDA als methode. Deze methode wordt gebruikt om complexe beslissingen te nemen waarbij meerdere criteria moeten worden afgewogen (De Vasconcelos, De Almeida, & Nobre, 2001). Een van de voordelen van MCDA is dat het een gestructureerde methode biedt om beslissingen te nemen, met behulp van systematische en transparante criteria. Dit kan helpen om subjectiviteit te verminderen en de besluitvorming te verbeteren. Echter, een mogelijke kritiek op het gebruik van MCDA is dat het kan leiden tot een te simplistische weergave van de realiteit. Het is belangrijk om te onthouden dat de criteria die worden gebruikt in MCDA, en dus ook in dit onderzoek, altijd een product zijn van degenen die ze definiëren en selecteren. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten, omdat sommige criteria belangrijker worden geacht dan andere, terwijl dit niet noodzakelijk overeenkomt met de realiteit. Een andere mogelijke kritiek is dat MCDA de neiging heeft om de verschillende criteria te behandelen als onafhankelijk van elkaar, terwijl in werkelijkheid veel criteria met elkaar verweven zijn. Dit kan leiden tot een simplificatie van de besluitvorming en kan belangrijke nuances missen. Kortom, het

gebruik van MCDA in dit onderzoek kan een nuttige methode zijn om de effectiviteit van verschillende GLI-programma's te evalueren. Echter, het is belangrijk om kritisch te blijven over de criteria die worden gebruikt en om de resultaten holistisch te interpreteren.

5. Conclusie en aanbevelingen

Het doel van de studie is om een vergelijking te maken tussen de huidige GLI's die aangeboden worden vanuit de basisverzekering. Hierbij is er gekeken naar de mate waarop de GLI's aansluiten bij mensen met een lage SES. Dit is gedaan worden aan de hand van een Multi Criteria Decision Analysis (MCDA). Op basis van de MCDA is er te zien welke GLI het meest geschikt is voor mensen met een lage SES en welke GLI het minst geschikt is voor mensen met een lage SES.

5.1 Conclusie

5.1.1 Beantwoording deelvragen

Deelvraag 1 was: "Wat zijn overeenkomsten en verschillen tussen de zes GLI's?" De twee GLI's die het meest afwijken zijn KDO en X-Fittt. Dit maakt dan ook dat de inclusie- en exclusiecriteria sterk verschillen X-Fittt en Cool hebben de minste criteria en zijn dus het meest toegankelijk. KDO heeft de meeste criteria en is alleen bedoeld voor een specifieke groep mensen met DM2. Daarna is er een sterke diversiteit in uitvoerders waar Cool en X-Fittt de minste diversiteit hebben en de leefstijlcoach het traject vooral uitvoert.

Deelvraag 2: was "In welke mate zijn de zes werkzame elementen verankerd in de opzet van de zes GLI's?" De werkzame elementen zitten op verschillende manieren verankerd in de opzet van de zes GLI's. Geen GLI heeft mensen met een lage SES betrokken bij de ontwikkeling van de GLI of maakt gebruik van een ervaringsdeskundige. Ook spelen weinig GLI's in op groepsgevoel. Wel heeft de helft van de GLI's deze doelgroep betrokken bij onderzoek naar de effectiviteit van hun GLI. De helft van de GLI's heeft alle punten voor inzet op motivatie van de deelnemers. Twee GLI's hebben hier twee punten op gescoord. X-Fittt scoort hier maar één punt op. Inzetten op eigeneffectiviteit scoort de helft twee punten op en de andere helft één punt. Ook zet de helft van de GLI's volledig in op een transitie naar het lokale beweegaanbod en de andere helft besteed hier geen aandacht aan.

Deelvraag 3 was: "Welke GLI's zijn het meest en minst geschikt voor mensen met een lage SES?" "De geschiktheid van de huidige GLI's voor mensen met een lage SES is afhankelijk van verschillende factoren. Uit de resultaten blijkt dat "Inzetten op de motivatie van de deelnemers" en "Inspelen op eigeneffectiviteit" de belangrijkste factoren zijn volgens de interventie aanbieders. Gevolgd door "Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod" en "Inspelen op groepsgevoel." BK is het meest geschikt voor mensen met een lage SES, terwijl X-Fittt het minst geschikt is.

5.1.2 Beantwoording onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidde als volgt: "Hoe geschikt zijn de huidige GLI's voor mensen met een lage SES?" In conclusie kan gesteld worden dat de BeweegKuur, Samen Sportief in Beweging en SLIMMER het meest geschikt zijn voor mensen met een lage SES. Om beter geschikt te zijn voor mensen met een lage SES kunnen zij aanpassingen maken om de motivatie van deelnemers te vergroten en de samenwerking tussen interventie-aanbieders en lokale sport- en beweegaanbieders te versterken. Ook kunnen de GLI's meer gebruik maken van ervaringsdeskundige. Keer Diabetes2 Om en X-Fittt zijn het minst geschikt voor mensen met een lage SES.

5.2 Aanbevelingen

5.2.1 Aanbevelingen doelgroep

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage SES vaker uitvallen. Het advies is dan ook dat verwijzers mensen met een lage SES doorverwijzen naar de BeweegKuur, SLIMMER en Samen Sportief in Beweging. Zij kunnen dan verwijzen naar een van deze drie GLI's die in de buurt wordt uitgevoerd.

Ook kan de GLI SSiB die gefocust is op mensen met een lage SES kijken hoe zij binnen hun programma beter kunnen inzetten op motivatie en groepsgevoel. Groepsgevoel kan al worden verhoogd als zij een groepsgrootte hanteren van zeven tot tien mensen in plaats van tien tot vijftien. Hiermee zullen zij effectiever zijn voor hun doelgroep.

5.2.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Bij de bepaling van de weging is er een ongelijke verdeling ontstaan van GLI-uitvoerders. Daardoor zouden de resultaten anders kunnen zijn dan wanneer er een meer gelijke verdeling is en elke GLI soort GLI een respons heeft gegeven. Daarom wordt aangeraden dit onderzoek op een grotere schaal uit te voeren. Zo kunnen de respondenten meer tijd hebben om te reageren wat tot een hogere respons kan leiden. Ook zou de MCDA dan door meerdere onderzoekers ingevuld kunnen worden en met elkaar kunnen worden vergeleken om tot een conclusie te komen van de scores. Zo zal dit onafhankelijker worden. Dan kan er gekeken worden of BK dan nog steeds het best aansluit bij mensen met een lage SES.

Ook zou de geschiktheid van de GLI's met een andere onderzoeksmethode onderzocht kunnen worden. Aan de hand van kwalitatief onderzoek onder mensen met een lage SES die mee hebben gedaan aan een GLI. Zo zou er op een andere manier gekeken kunnen worden waar de valkuilen liggen binnen de GLI's voor mensen met een lage SES.

Bronvermelding

- Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., Kirkness, A., & Randall, S. (2017). Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 309–317. <https://doi.org/10.1177/1474515116666475>
- Ambrosino, N., & Bertella, E. (2018). Lifestyle interventions in prevention and comprehensive management of COPD. *Breathe*, 14(3), 186–194. <https://doi.org/10.1183/20734735.018618>
- Beard, J. R., Tomaska, N., Earnest, A., Summerhayes, R., & Morgan, G. (2009). Influence of socioeconomic and cultural factors on rural health. *Australian Journal of Rural Health*, 17(1), 10–15. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.01030.x>
- Bos, V., Van Dale, D., & Leenaars, K. (2019). *Aan de slag met de gecombineerde leefstijlinterventie*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 2 maart 2023, van https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2019-05/190510_011203_120566_Aan_de_slag_met_GLI_V5_TG.pdf
- Bouma, A. J. (2018). *The barrier-belief approach A new perspective of changing behavior in primary care* (PhD-Proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen.
- Bukman, A. J., Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., Ter Beek, J., Hiddink, G. J., & Feskens, E. J. M. (2017). Is the success of the SLIMMER diabetes prevention intervention modified by socioeconomic status? A randomised controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 129, 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.05.002>
- Busch, M. C. M., & Schrijvers, C. T. M. (2010). Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen (RIVM Rapport 270171002). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 22 februari 2023, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171002.pdf>
- CBS. (2022, 4 maart). CBS Statline. Gezondheid en zorggebruik: persoonskenmerken. Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://opendata.cbs.nl/statline/>
- CBS-a. (2022, 9 november). Zorguitgaven (brede definitie). Geraadpleegd op 15 februari 2023, van https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorguitgaven_brede_definitie
- Communities and Local Government Publications. (2009). *Multi-criteria analysis: a manual* (978-1-4098-1023-0). *Communities and Local Government*. Geraadpleegd op 5 juni 2023, van https://eprints.lse.ac.uk/12761/1/Multi-criteria_Analysis.pdf
- CZ. (z.d.). *Stroomlijndiagram verwijzing GLI*. Geraadpleegd op 2 maart 2023, van <https://www.cz.nl/-/media/zorgaanbieder/actueel/gecombineerde-leefstijlinterventie/stroomschema-verwijzing-gli-tbv-huisartsen.pdf>
- Garcia-Hernandez, A. (2015). A Note on the Validity and Reliability of Multi-Criteria Decision Analysis for the Benefit–Risk Assessment of Medicines. *Drug Safety*. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0344-2>
- Gasol, M., Paco, N., Guarga, L., Bosch, J. A., Pontes, C., & Obach, M. (2022). Early Access to Medicines: Use of Multicriteria Decision Analysis (MCDA) as a Decision Tool in Catalonia (Spain). *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1353. <https://doi.org/10.3390/jcm11051353>

- GGD Rotterdam-Rijnmond. (2018). Feitenkaart Trends in sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Rotterdam. GGD Rotterdam-Rijnmond. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/49/sociaaleconomische-status-van-huishoudens-in-nederland>
- GGD GHOR. (2016, 26 april). Gezondheid in sociaal domein. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.gezondheidinsociaaldomein.nl/uw-gemeente/rotterdam/?demografie=1>
- Gielen, S., & Landmesser, U. (2014). The Year in Cardiology 2013: cardiovascular disease prevention. *European Heart Journal*, 35(5), 307–312. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh551>
- Hoogendoorn, M. P., & De Hollander, E. L. (2015). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen (2016–2021). RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 22 februari 2023, van <https://www.rivm.nl/publicaties/belemmeringen-en-drijfveren-voor-sport-en-bewegen-bij-ondervertegenwoordigde-groepen>
- Jansen, J., Schuit, A. J., & Van der Lucht, F. (2003). Tijd voor gezond gedrag. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=6N15E2Hp2MoC&oi=fnd&pg=PA5&dq=impact+lage+ses+op+gedrag&ots=NLEPND6XMz&sig=fbCfTzRvzcp2scr9ZukbAr2awVk#v=onepage&q=impact%20lage%20ses%20op%20gedrag&f=false>
- Keer Diabetes2 Om. (2022, 1 februari). *Over ons - Keer Diabetes2 Om*. Geraadpleegd van <https://keerdiabetesom.nl/over-ons/>
- Kenniscentrum Sport en Bewegen. (z.d.). *Kenniscentrum Sport & Bewegen - Kennis over sport en bewegen*. Geraadpleegd van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/>
- Kennisbank sport en bewegen. (2021). *De sociaaleconomische waarde van sporten en bewegen*. Kennisbank sport en bewegen. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10390&m=1624516264&action=file.download>
- Korten, J. (2013). *Onderzoek naar de behoeftes van business developers* (Bachelor Scriptie). TU Twente.
- Kortleve, V. (2021, 7 mei). *Vergelijking GLI's 2021*. Geraadpleegd op 12 april 2023, van <https://www.viaperspectief.nl/?s=gli>
- Krul, A. (2021, 25 oktober). Hoe voer je deskresearch uit? Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/deskresearch/>
- Larson, R. W., & Rusk, N. (2011). Intrinsic Motivation and Positive Development. *Elsevier eBooks*, 89–130. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-386492-5.00005-1>
- Leefstijl en Positieve Gezondheid. (z.d.). Geraadpleegd op 26 januari 2023, van <https://gezondheidinonderwijs.nl/leefstijl-en-positieve-gezondheid/>
- Leone, S., Van der Poel, A., Rigter, L., Zantinge, E., & Savelkoul, M. (2018). Slechte slaap: een probleem voor de volksgezondheid? Trimbos. RIVM. Geraadpleegd op 15 februari 2023,

- van <https://www.trimbos.nl/docs/af1626-slechte-slaap-een-probleem-voor-de-volksgezondheid.pdf>
- Loket gezond leven. (2023). *Interventies zoeken*. Geraadpleegd op 7 april 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>
- Loketgezondleven. (z.d.). *Tabel aanbieders gecombineerde leefstijlinterventie*. Geraadpleegd op 12 april 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie/erkende-gli-basisverzekering/tabel-gli-aanbieders>
- Lopresti, A. L., Hood, S., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>
- Makkink, M., Van Amstel, J., Verheij, T., & Wagemakers, M. A. E. (2021). Procesevaluatie X-Fittt GLI. WUR. Geraadpleegd op 29 mei 2023, van <https://library.wur.nl/WebQuery/wurpubs/607702>
- McCormack, V., & Boffetta, P. (2011). Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low- and middle-income countries. *Annals of Oncology*, 22(11), 2349–2357. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq763>
- Mölenberg, F., Mesch, A., & Burdorf, A. (2018). *Effectstudie Samen Sportief in Beweging, een gecombineerde leefstijl interventie gericht op lagere sociaal economische groepen*. GGD. Erasmus Medisch Centrum. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.cephir.nl/rapporten/Effect-studie-SSiB-Erasmus-MC-2018.pdf>
- Mulderij, L. S., Verkooijen, K. T., & Wagemakers, A. (2019). Gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES? *Tsg - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0225-7>
- Mulderij, L. S., Wagemakers, A., & Verkooijen, K. T. (2022). Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van deelnemers aan X-Fittt 2.0 – een GLI voor mensen met een lage sociaaleconomische status. *Tsg - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 100(2), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00346-x>
- OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *State of Health in the EU Netherlands Country Health Profile 2017* (9789264283503). European Commission. OECD Publishing. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283503-en>
- Oosterhoff, M., De Weerd, A. C., Feenstra, T., & De Wit, A. (2022). *Jaarrapportage monitor GLI 2022* (RIVM-2022-0172). RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://www.rivm.nl/publicaties/jaarrapportage-monitor-gli-2022-stand-van-zaken-gecombineerde-leefstijlinterventie#:~:text=Uit%20de%20cijfers%20van%20najaar,23.000%20personen%20eraan%20zouden%20beginnen>
- Pepper, G., Corby, D. H., Bamber, R., Smith, H. M., Wong, N., & Nettle, D. (2017). The influence of mortality and socioeconomic status on risk and delayed rewards: a replication with British participants. *PeerJ*, 5, e3580. <https://doi.org/10.7717/peerj.3580>

- Petosa, R. L., & Smith, L. H. (2014). Peer Mentoring for Health Behavior Change: A Systematic Review. *American journal of health education*, 45(6), 351–357. <https://doi.org/10.1080/19325037.2014.945670>
- Pharos. (2022, 3 november). Chronische/toxische stress en Gezondheid. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.pharos.nl/infosheets/chronische-toxische-stress-en-gezondheid/>
- Phillips, L. S. (2017). Best Practice for MCDA in Healthcare. *Springer eBooks*, 311–329. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47540-0_16
- Pijl, H. (2020). *Werkblad beschrijving interventie Keer Diabetes2 Om*. Kenniscentrum Sport en Bewegen. Geraadpleegd op 29 mei 2023, van [https://odata-v3.interventiedatabase.nl/InterventionService.svc/Bijlages\(42718L\)/\\$value](https://odata-v3.interventiedatabase.nl/InterventionService.svc/Bijlages(42718L)/$value)
- Renes, R. J., Ronteltap, A., & Bukman, A. J. (2018). *Bijblijven*. *Bijblijven*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/12414.1876-4916>
- Reerink, N. (2010). *De ontwikkeling van een preventieve interventie: inspelen op de wensen van de doelgroep met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling* (Masterscriptie). Universiteit Twente.
- RIVM. (z.d.). Gecombineerde leefstijlinterventie. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie>
- RIVM. (2016, december). Richtlijnen. Voedselconsumptiepeiling. Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://www.waarnederland.nl/resultaten/voedingsmiddelen/richtlijnen>
- RIVM. (2022, 12 september). Roken onder volwassenen. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/roken-onder-volwassenen>
- RIVM [Leefstijlmonitor]. (2022, 12 december). Overgewicht | Opleiding. Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/opleiding>
- RIVM & CBS. (2022, 12 september). Bewegen. RIVM. Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/bewegen>
- Samen Sportief in Beweging (SSIB). (2023, 10 januari). *Professional (GLI) - Samen Sportief in Beweging (SSIB)*. Geraadpleegd van <https://www.samensportiefinbeweging.nl/professionals-gli/>
- Schaller, M. (2022). *Hoe sport- en beweeggedrag onder kwetsbaren beïnvloeden? Organiseer een lokaal Life Goals Festival!* (Masterscriptie). Universiteit Utrecht.
- Schurink-van 't Klooster, T. M., Loyen, A., & Proper, K. I. (2019). *Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners* (DOI 10.21945/RIVM-2019-0034). *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://rivm.openrepository.com/bitstream/handle/10029/623089/2019-0034.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schwartz, T., Luiten, W., & Kok, L. (2021). *Gezondheidsproblemen personen met een lage sociaal-economische status* (978-90-5220-114-6). *SEO*. SEO Economisch onderzoek. Geraadpleegd

- op 17 maart 2023, van <https://www.seo.nl/publicaties/gezondheidsproblemen-personen-met-een-lage-sociaal-economische-status/>
- Sherwani, S. I., Khan, H. A., Ekhzaimy, A., Benabdelkamel, H., & Sakharkar, M. K. (2016). Significance of HbA1c Test in Diagnosis and Prognosis of Diabetic Patients. *Biomarker Insights*, 11, BMI.S38440. <https://doi.org/10.4137/bmi.s38440>
- Slijfer, R. (2022). *Werkzame leefstijlinterventies voor jongvolwassenen met een lage sociaaleconomische status*. University of Groningen.
- Starrin, B., Åslund, C., & Nilsson, K. W. (2009). Financial Stress, Shaming Experiences and Psychosocial Ill-Health: Studies into the Finances-Shame Model. *Social Indicators Research*, 91(2), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9286-8>
- Trimbos. (2009). Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcohol op de ontwikkeling van 16-18-jarige. Trimbos-instituut.
- Trimbos. (2022, 9 oktober). Cijfers alcoholgebruik volwassenen. Geraadpleegd op 15 februari 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol-in-cijfers/cijfers-alcoholgebruik-volwassenen/>
- Van der Wouw, A. (2009). Bouwen aan zelfvertrouwen. *Sportgericht*, 4, 18–20. Geraadpleegd van http://www.sportzorg.nl/_asset/_public/Files/Zelfvertrouwen.pdf
- Van Ee, T., & Ter Horst, L. (2019). *Finding the preferred artificial reef type for tourist divers on St. Eustatius* (Bachelorscriptie). Van Hall Larenstein University of Applied Sciences.
- Van Rinsum, C. E., Gerards, S. M. P. L., Rutten, G. E. H. M., Van De Goor, I., & Kremers, S. P. J. (2018). Coaching op leefstijl (Cool): Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie. *Maastricht University*. Geraadpleegd van <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/coaching-op-leefstijl-cool-eindrapportage-van-een-implementatie-e>
- Vehbi, B. O., Günçe, K., & Iranmanesh, A. (2021). Multi-Criteria Assessment for Defining Compatible New Use: Old Administrative Hospital, Kyrenia, Cyprus. *Sustainability*, 13(4), 1922. <https://doi.org/10.3390/su13041922>
- Verkooijen, K. (2019). *X-Fittt 2.0. CGL*. Wageningen University. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van [https://odata-v3.interventiedatabase.nl/InterventionService.svc/Bijlages\(42483L\)/\\$value](https://odata-v3.interventiedatabase.nl/InterventionService.svc/Bijlages(42483L)/$value)
- Vossen, E., Carlier, B., van Hees, S., & Oomens, S. (2021). Blijven werken met psychische klachten en een lage sociaaleconomische status. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 37(2), 205–232. <https://doi.org/10.5117/tva2021.2.006.voss>
- Wadsworth, M. E., & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the Link Between Low Socioeconomic Status and Psychopathology: Testing Two Mechanisms of the Social Causation Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1146–1153. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.6.1146>
- Walker, A. (2016). Challenges in Using MCDA for Reimbursement Decisions on New Medicines? *Value in Health*, 19(2), 123–124. <https://doi.org/10.1016/j.ival.2016.02.001>

Bijlages

Bijlage I: Overzicht GLI's die vergeleken worden

Naam GLI	Datum van erkenning van effectiviteit	Korte omschrijving
Samen sportief in Beweging (SSiB)	10-09-2020	Er is een begeleidingsfase van een jaar en een onderhoudsfase van een jaar. Deze worden beide gedaan door een leefstijlcoach. In de begeleidingsfase wordt ook 8 weken lang 2x per week geleerd over geleerd over bewegen en 1x op gezond eten.
De BeweegKuur (BK)	01-10-2015	Een programma waarbij een leefstijlcoach coacht naar eigen doelen. Hierbij wordt deze ondersteund door beweegprofessionals en voedingsprofessionals.
SLIMMER	08-01-2018	Een voedings- en beweegprogramma van zes maanden waarna deelnemers naar het lokale sportaanbod worden begeleid met ondersteuning van monitoringsmomenten. Dit wordt uitgevoerd door een huisartsenpraktijk, diëtisten, fysiotherapeuten, leefstijlcoaches en lokaal sportaanbod.
Cool	04-09-2018	De huidige leefstijl van de deelnemer staat centraal. Gedurende het hele traject zal de leefstijl naar een eigen geformuleerd doel worden omgezet met behulp van een leefstijlcoach.
X-Fittt	19-05-2022	Een GLI die bestaat uit vier fases: intensieve fase, begeleidingsfase, onderhoudsfase en nazorgfase. Dit wordt uitgevoerd in een beweegcentrum waar een leefstijlcoach aanwezig is.
Keer Diabetes2 Om (KDO)	13-12-2022	Een intensief leefstijlprogramma van 6 maanden met een nazorg traject van 18 maanden. Dit wordt begeleid door intern opgeleide mensen bij KDO.

Bijlage II: Criteria van Slijfer uitgediept:

Criteria geformuleerd door Slijfer	Toelichting
Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling van de GLI	Invloed van de doelgroep op de GLI is belangrijk voor verschillende redenen: het werkt verbindend, kan helpen bij cultuursensitiviteit, zo sluit de GLI beter aan op de behoeftes van mensen met een lage SES, de wensen en behoeftes van mensen met een lage SES kunnen beter worden vervuld, ook kan er dan getest worden of de GLI goed aansluit bij mensen met een lage SES (Reerink, 2010).
Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Bij het ontwikkelen van motivatie en uitvoering van nieuwe gezonde gewoontes of het afleren van ongezonde gewoontes zoals roken lijkt implementatie intentie effectief te zijn voor mensen met een lage SES volgens Renes, Ronteltap, & Bukman (2018). Dit begint met bewustwording. Zo komt dissonantie naar voren die zij voor zichzelf hebben vermeden, afgezwakt of hebben er andere eigen opvattingen over. Er moet dus begonnen worden met bewustwordingsinformatie. Dit moet wel aansluiten op het niveau van de doelgroep. Vervolgens worden hier haalbare gedragsaanbevelingen aan toe gevoegd. Uit eindelijk leidt dit tot implementatie-intenties. Dit is het concretiseren van het nieuwe voornemen.
Inspelen op eigeneffectiviteit	De drie factoren die eigeneffectiviteit beïnvloeden zijn: directe en indirecte ervaring met de taak, verbale overtuiging en emotionele ontspanning (Van der Wouw, 2009). Bij directe ervaring met de taak gaat erom dat de deelnemers al eerder bezig zijn geweest met leefstijl veranderende taken. Als dit toen ook gelukt is zal dit meer vertrouwen geven tijdens de GLI. Dit kan ook door de deelnemers zelf ervaren worden tijdens de GLI. Als zij dan zelf bezig zijn om de leefstijl stapsgewijs aan te passen. Elke keer dat zij een positieve ervaring hebben dat het lukt om de leefstijl te veranderen zal hun eigen effectiviteit groter worden. Indirecte ervaring met de taak gaat niet om het zelf ervaren van succes maar het bespreken, na denken over of van andere horen. Als in groepsessies andermans succes worden besproken of door de cliënt zelf wordt benoemd hoe zij succesvol een stap naar een gezondere leefstijl kunnen nemen zal dit de eigen effectiviteit vergroten. Verbale overtuiging zijn uitlatingen van de coach of mede coachees. Wanneer er een compliment wordt gegeven wordt door de coach of coachee is het belangrijk dat deze binnenkomen bij de coachee. Het werkt dan ook om deze te laten opschrijven zodat de coachee deze op een ander moment ook erbij kan pakken. Naar de overtuiging van andere kan een affirmatie ook worden gebruikt. Dit is een positieve zelfsuggestie waarmee het eigen gedrag wordt bevestigd. Vaak is dit één zin. Hoe vaker dit herhaald wordt hoe meer de coachee erin zal geloven. Emotionele spanning gaat vooral om de spanning die ontstaat door de interpretatie van de situatie door de coachee. Zo kan de coach de coachee helpen anders naar een situatie te kijken. Zo kan er emotionele spanning worden verminderd. Hiernaast is het ook mogelijk om ontspanningstechnieken aan te leren. Er kan dan gedacht worden aan progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback.
Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Mensen die aan een GLI deelnemen moeten in hun eigen woon-/leefomgeving gaan bewegen. Dit heeft als doel om niet in het (para)medische circuit te blijven hangen. Wanneer deelnemers bewegen als leuke activiteit ervaren in plaats van een medische handeling is de kans groter dat het onderdeel wordt van het dagelijkse leven. Gemeentelijke sportbedrijven of sportservice-organisaties

	hebben hier vaak een belangrijke rol in. Om die reden is het belangrijk dat de interventieaanbieder een samenwerking heeft met het lokale sport- en beweegaanbod. Zij helpen niet alleen met de kennis over het aanbod maar ook over mogelijke financiële steun die er vanuit de gemeente wordt aangeboden (Bos et al., 2019).
Inspelen op groepsgevoel	Bij het inspelen op groepsgevoel kan er gescoord worden op groepsgrootte, groepssamenstelling en het gevoel van verbondenheid. Als er gekeken wordt naar mensen met een lage SES lijkt de voorkeur te liggen bij groepen tussen de zeven tot tien mensen (Slijfer, 2022). Bij groepssamenstelling lijkt het beter te werken als de groep meer homogeen qua conditie, kennisniveau, leeftijd etc. (Slijfer, 2022). Dit heeft invloed op het zelfvertrouwen van de deelnemers. Om het groepsgevoel te stimuleren wordt er gekeken naar het samen beoefenen van sport (Schaller, 2022).
Ervaringsdeskundige	Ervaringsdeskundige kunnen van toegevoegde waarde zijn bij gecombineerde leefstijlinterventies (Petosa & Smith, 2014). Dit komt onder andere door de vergrote sociale support om eigen gezondheidsdoelen te bereiken. Daarbij kan het helpen met mogelijkheden in de omgeving die beter kunnen aansluiten op de persoonlijke behoeftes en fungeren als positief rolmodel.

Bijlage III: Overzicht scorebepaling van de criteria

Criteria	Specificatie	Schaal
Invloed van de doelgroep tijdens de ontwikkeling	Zijn mensen met een lage SES betrokken geweest bij het ontwikkelen van GLI?	Er zijn 3 opties: 1 = Er is tijdens de ontwikkeling geen contact geweest met mensen met een lage SES 2 = Mensen met een lage SES waren onderdeel van de doelgroep tijdens het onderzoek naar de effectiviteit van de GLI 3 = Mensen met een lage SES waren onderdeel tijdens de ontwikkeling van de GLI als het onderzoek naar de effectiviteit van de GLI
Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Intrinsieke motivatie is volgens Larson & Rusk (2011) de basiswens van elk mens om drie basis behoeftes te vervullen: Autonomie – De regie om zelf te bepalen over het eigen leven. Competentie – iets doen waar iemand goed in is. Relatie – iets zinvol doen en waardering voelen. Hieruit ontstaan drie vragen voor tijdens de GLI: 1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol?	Op elk van de onderdelen zijn 3 respons mogelijkheden: 1 = Ja 0 = Nee
Inspelen op eigeneffectiviteit	De drie factoren die eigeneffectiviteit beïnvloeden zijn: directe en indirecte ervaring met de taak, verbale overtuiging en emotionele ontspanning (Van der Wouw, 2009). 1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de	Op elk van de onderdelen zijn 3 respons mogelijkheden: 1 = Ja 0 = Nee

	deelnemers tijdens groepssessies behandeld? 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback?	
Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Hoe is de samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod geregeld vanuit de GLI	De drie mogelijkheden zijn: 1= Er is geen samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod. 2= Er is begeleiding naar het lokale beweegaanbod. 3= Er is naast begeleiding naar het lokale beweegaanbod ook sportaanbieders uit de wijk aan bod komen tijdens de begeleidende fase van het GLI-traject.
Inspelen op groepsgevoel	Bij het inspelen op groepsgevoel zijn er drie elementen waar dit uit bestaat: 1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrote uit zeven tot tien mensen. 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd?	Op elk van de onderdelen zijn 2 respons mogelijkheden: 1 = Ja 0 = Nee
Ervaringsdeskundige	Is er een ervaringsdeskundige die minimaal 3 bijeenkomsten aanwezig is?	0= Nee 1= Bij 1 bijeenkomst 2= Bij 2 bijeenkomsten 3= Bij 3 bijeenkomsten of meer.

Werkzame elementen GLI voor mensen met een lage SES

Voor mijn afstudeerwerkstuk onderzoek ik welke GLI's het best geschikt zijn voor mensen met een lage SES. Omdat u ervaring hebt met het uitvoeren van een GLI ben ik benieuwd welke werkzame elementen u het belangrijkste vindt en welke werkzame elementen u minder belangrijk vindt. Er zal vertrouwelijk om worden gegaan met uw gegevens. Deze worden alleen gebruikt om de inzichten te verkrijgen over GLI's vanuit een uitvoerende kant. Deze gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

* Welke GLI voert u uit?

- ☐ Samen Sportief in Beweging
- ☐ De beweegkuur
- ☐ SLIMMER
- ☐ Cool
- ☐ X-Fittt GLI
- ☐ Keer Diabetes2 Om

Waar voert u deze GLI uit?

- ☐ Groningen
- ☐ Enschede
- ☐ Rotterdam
- ☐ Maastricht
- ☐ Wageningen
- ☐ Heerlen
- ☐ Kerkrade

* Uit onderzoek is gebleken dat de zes elementen die u hier ziet van belang zijn om uitval van deelnemers met een lage SES zo veel mogelijk te beperken. Ik wil vragen of u naar eigen inzicht de elementen wilt rangschikken van meest belangrijk naar minst belangrijk.

Invloed van de doelgroep
tijdens de ontwikkeling van
de GLI

Inzetten op de motivatie van
de deelnemers

Inspelen op eigeneffectiviteit

Samenwerking tussen de
interventieaanbieder en het
lokale sport- en
beweegaanbod

Inspelen op groepsgevoel

De aanwezigheid van een
ervaringsdeskundige tijdens
het GLI traject

Bijlage V: Berekening van de weging van de criteria ter illustratie

De belangrijkste criteria zal 6 punten toegewezen krijgen en de minst belangrijke zal 1 punt toegewezen krijgen door een leefstijlcoach. Dit zal van elke leefstijlcoach genoteerd worden. Uiteindelijk zullen deze punten bij elkaar worden opgeteld en gedeeld worden door 6. Het gemiddelde zorgt dan voor de weging. Zo zal er per criteria een weging ontstaan die gebruikt zal worden voor het berekenen van de eindscore van elke GLI.

Belangrijkste Criteria	6 punten
Nummer 2	5 punten
Nummer 3	4 punten
Nummer 4	3 punten
Nummer 5	2 punten
Minst belangrijk	1 punt

Criteria	Coach GLI 1	Coach GLI 2	Coach GLI 3	Coach GLI 4	Coach GLI 5	Coach GLI 6	Punten	Weging
Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling van de GLI	6	5	6	5	6	5	33	5,5
Inzetten op de motivatie van de deelnemers	5	4	5	4	5	4	27	4,5
Inspelen op eigeneffectiviteit	4	3	4	3	4	3	21	3,5
Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	3	2	3	2	3	2	15	2,5
Inspelen op groepsgevoel	2	1	2	1	2	1	9	1,5
Ervaringsdeskundige	1	6	1	6	1	6	21	3,5

Bijlage VI: Tabel voor algemene vergelijking GLI's

Interventie	Cool	BeweegKuur	SLIMMER	Samen Sportief in Beweging	X-Fittt GLI	Keer Diabetes2 Om
Interventie eigenaar						
Algemeen doel						
Specifiek doel						
Doelgroep						
Inclusiecriteria						
Centrale zorgverlener						
Uitvoerder en competenties						
Coördinatie						
Financiering GLI						
Aanvullende financiering						
Programmaopzet						
Bouwstenen						

Bijlage VII: MCDA-formulier

	Invloed van de doelgroep	Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Inspelen op eigen effectiviteit	Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Inspelen op groepsgevoel	Ervaringsdeskundige	Eindscore
Weging							
SSiB							
BK							
SLIMMER							
Cool							
X-Fittt							
KDO							

Bijlage VIII: onderbouwing score toekenning GLI's

	Invloed van de doelgroep	Inzetten op de motivatie van de deelnemers	Inspelen op eigeneffectiviteit	Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod	Inspelen op groepsgevoel	Ervaringsdeskundige
SSiB	De doelgroep was niet betrokken bij de eerste ontwikkeling van de GLI maar wel bij de evaluaties en onderzoeken naar de GLI. (Los, Van Hal, & Spits, 2020)	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? Nee er is geen ruimte voor de coachee om zijn of haar eigen doel te bepalen (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Ja de coachee breidt zijn eigen vaardigheden uit binnen het traject om zo een gezondere leefstijl aan te namen (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Ja dit wordt tijdens de intake vastgesteld (Los, Van Hal, & Spits, 2020)	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groepsessies behandeld? Ja (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Ja (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Dit wordt niet benoemd (Los, Van Hal, & Spits, 2020)	Er is bewust gekozen om een transitie te doen van het beweegaanbod van de GLI naar het lokale beweegaanbod met behulp van de beweegprofessionaal en gemeentelijke middelen zoals een buurtsportcoach. (Los, Van Hal, & Spits, 2020)	1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrote uit zeven tot tien mensen. Nee uit minimaal 10 personen tot 15 personen (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Dit wordt niet benoemd (Los, Van Hal, & Spits, 2020) 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Ja er wordt met dezelfde groep in groepsverband bewogen (Los, Van Hal, & Spits, 2020)	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie. (Los, Van Hal, & Spits, 2020)

BK	Nergens wordt tijdens de ontwikkeling of onderzoek naar de werking van de GLI benoemd dat mensen met een lage SES betrokken zijn. (Wagemaker, 2018)	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? Ja dit wordt gedaan tijdens de intake (Wagemaker, 2018) 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Ja er wordt namelijk ervaren door de deelnemers waar de discrepantie ligt. Zo leert de deelnemer welke vaardigheden hij heeft en waar ruimte ligt om te groeien om het doel te behalen. (Wagemaker, 2018) 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Ja dit wordt tijdens de intake vastgesteld (Wagemaker, 2018)	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groepssessies behandeld? Ja (Wagemaker, 2018) 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Ja (Wagemaker, 2018) 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Dit wordt niet benoemd. (Wagemaker, 2018)	Er is naast begeleiding naar het lokale beweegaanbod ook sportaanbieders uit de wijk aan bod komen tijdens de begeleidende fase van het GLI-traject. (Wagemaker, 2018)	1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrootte uit zeven tot tien mensen. Dit wordt niet benoemd (Wagemaker, 2018) 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Dit wordt niet benoemd (Wagemaker, 2018) 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Ja er wordt in dezelfde groep bewogen op beweegmomenten (Wagemaker, 2018)	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie. (Wagemaker, 2018)
----	---	---	--	--	---	--

SLIMMER	Er is onderzoek gedaan naar verschil in effectiviteit voor deze GLI tussen mensen met een lage SES en hoge SES. Er is geen significant verschil gevonden (Bukman et al., 2017).	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? Ja de coachee stelt eigen doelen tijdens de intake van zowel het beweeg- als voedingsplan (Duijzer, Ter Beek, & Haveman-Nies, 2018). 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Ja er wordt gekeken naar welke vaardigheden zij hebben om tot succes te komen en hoe hun eigen vaardigheden een valkuil kunnen vormen (Duijzer et al., 2018). 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Ja dit wordt tijdens de verwijzing vastgesteld (Duijzer et al., 2018).	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groepssessies behandeld? Ja dit wordt gedaan door feedback en reflectie tijdens de groepssessies (Duijzer et al., 2018). 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Dit wordt niet benoemd in de beschrijving (Duijzer et al., 2018). 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Dit wordt niet benoemd in de beschrijving (Duijzer et al., 2018).	Er is naast begeleiding naar het lokale beweegaanbod ook sportaanbieders uit de wijk aan bod komen tijdens de begeleidende fase van het GLI-traject (Duijzer et al., 2018).	1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrote uit zeven tot tien mensen. Dit wordt niet benoemd (Duijzer et al., 2018), 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Dit wordt niet benoemd (Duijzer et al., 2018). 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Ja de beweeglessen in de eerste zeven maanden worden gezamenlijk uitgevoerd (Duijzer et al., 2018).	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie (Duijzer et al., 2018).
---------	---	--	--	---	---	---

Cool	Mensen met een lage SES worden omschreven als onderdeel van de doelgroep tijdens het onderzoek naar de effectiviteit van de GLI (Van Rinsum, Gerards, Rutten, Van De Goor, & Kremers, 2018).	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? Ja dit wordt tijdens de intake gedaan (Philippens & Janssen, 2018) 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Er wordt gekeken wat het huidige gedrag is en hoe dit stapsgewijs aangepast kan worden naar het doel (Philippens & Janssen, 2018) 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Ja dit wordt tijdens de intake bepaald (Philippens & Janssen, 2018)	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groepsessies behandeld? Ja binnen de groepsessies worden ervaringen gedeeld (Philippens & Janssen, 2018) 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Dit wordt niet benoemd (Philippens & Janssen, 2018) 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Ja er is een sessie over het belang van ontspanning binnen de leefstijl en daar wordt één van deze technieken besproken om toe te passen (Philippens & Janssen, 2018)	1= Er is geen samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod. De buurtsportcoach kan uitgenodigd worden om te vertellen over bewegen. Maar is er niet voor een transitie naar het lokale beweegaanbod (Philippens & Janssen, 2018)	1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrote uit zeven tot tien mensen. Dit wordt gedaan met tien tot twaalf mensen (Philippens & Janssen, 2018) 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Dit wordt niet benoemd (Philippens & Janssen, 2018) 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Er is alleen een sessie over bewegen maar er wordt niet samen gesport (Philippens & Janssen, 2018)	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie. (Philippens & Janssen, 2018)
------	--	---	--	--	---	---

X-Fittt	Er is tijdens de ontwikkeling geen contact geweest met mensen met een lage SES Er is tijdens de ontwikkeling en in onderzoek naar X-Fittt geen contact geweest met mensen met een lage SES. Wel is er onderzoek gedaan naar een variant van X-Fittt voor mensen met een lage SES (Makkink, Van Amstel, Verheij, & Wagemakers, 2021).	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? Er worden met de deelnemer korte- en lange termijn doelen opgesteld (Makking & Van Amstel, 2022). 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Wordt niet benoemd (Makking & Van Amstel, 2022). 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Wordt niet benoemd (Makking & Van Amstel, 2022).	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groeps sessies behandeld? De deelnemers wisselen ervaringen uit (Makking & Van Amstel, 2022). 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Dit wordt niet benoemd (Makking & Van Amstel, 2022). 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Dit wordt niet benoemd (Makking & Van Amstel, 2022).	Er is geen samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod. Het volledige beweegtraject is in het beweegcentrum (Makking & Van Amstel, 2022).	1. Groeps grootte Bestaat de groepsgrootte uit zeven tot tien mensen. De groepsbijeenkomsten mogen niet groter zijn dan tien mensen (Makking & Van Amstel, 2022). 2. Groeps samenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Dat wordt niet beschreven (Makking & Van Amstel, 2022). 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Dit hoeft niet. Er kan gekozen worden voor sporten in groepsverband. Maar is geen vaste groep (Makking & Van Amstel, 2022).	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie (Makking & Van Amstel, 2022).
---------	--	--	---	--	---	--

KDO	Er is tijdens de ontwikkeling geen contact geweest met mensen met een lage SES Nergens wordt deze doelgroep benoemd in de ontwikkeling en het onderzoek (Pijl, 2020).	1. Bepaald de coachee zijn of haar eigen doel? De deelnemer volgt een algemeen programma waar geen persoonlijke doelen worden gebruikt (Pijl, 2020). 2. Worden de vaardigheden die de coachee al heeft gebruikt tijdens de GLI? Omdat er volgens het I-Change model gebruik gemaakt moet worden van huidige vaardigheden om te kunnen veranderen kan dit gesteld worden (Pijl, 2020). 3. Ervaart de coachee het traject als zinvol? Dit wordt geconstateerd tijdens het inschrijf proces (Pijl, 2020).	1. Worden directe positieve ervaringen van de leefstijlveranderingen van de deelnemers tijdens groeps sessies behandeld? Tijdens het groepsprogramma staat het vergaren van kennis centraal en niet het uitwisselen van ervaringen (Pijl, 2020). 2. Wordt er tijdens de GLI gebruikt gemaakt van positieve affirmaties? Dit wordt niet benoemd (Pijl, 2020). 3. Wordt er gebruik gemaakt van 1 of meerdere van de volgende technieken: progressieve relaxatie, autogene training, meditatie of biofeedback? Er worden vormen van ontspanningsoefeningen gebruikt waaronder meditatie (Pijl, 2020).	1= Er is geen samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod. Er is geen overgang of contact met buurtsportcoach (Pijl, 2020).	1. Groepsgrootte Bestaat de groepsgrote uit zeven tot tien mensen. Wordt niet benoemd (Pijl, 2020). 2. Groepssamenstelling Is de groep homogeen samengesteld SES-niveau? Wordt niet benoemd (Pijl, 2020). 3. Het gevoel van verbondenheid Wordt sporten door de groep in groepsverband uitgevoerd? Er wordt niet groepsmatige bewogen (Pijl, 2020).	Er is niet omschreven dat er een ervaringsdeskundige aanwezig is bij een sessie (Pijl, 2020).
-----	---	---	---	---	--	--

Bijlage IX: Individuele weging van de criteria per respondent

Criterion 1: Invloed van de doelgroep tijdens ontwikkeling van de GLI

Criterion 2: Inzetten op de motivatie van de deelnemers

Criterion 3: Inspelen op eigeneffectiviteit

Criterion 4: Samenwerking tussen de interventieaanbieder en het lokale sport- en beweegaanbod

Criterion 5: Inspelen op groepsgevoel

Criterion 6: Ervaringsdeskundige

	Criterion 1	Criterion 2	Criterion 3	Criterion 4	Criterion 5	Criterion 6
1	1	5	4	3	6	2
2	3	5	2	6	1	4
3	2	3	6	1	5	4
4	2	4	5	3	1	6
5	2	6	5	4	3	1
6	1	6	5	4	2	3
7	1	6	5	3	4	2
8	1	5	2	6	4	3
9	4	5	6	2	3	1
10	1	3	4	5	6	2
11	1	4	6	3	2	5
12	3	6	5	4	1	2
13	2	4	6	5	3	1
14	6	5	2	4	3	1
15	1	2	4	5	3	6