

BELANGRIJKE FACTOREN WAAR REKENING MEE GEHOUDEN MOET WORDEN BIJ HET STARTEN VAN DE GECOMBINEERDE LEEFSTIJL INTERVENTIE

VANUIT HET SPECIALISTEN EN PATIËNTEN PERSPECTIEF: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK IN NOORD-NEDERLAND

PRAKTIJKONDERZOEK



Student: Anita Ros

Studentnummer: 368818

Scriptiebegeleider/ supervisor: Betsy Weening-Dijksterhuis

Datum/Date: 21 april 2023

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van mijn afstudeerscriptie: 'Belangrijke factoren waar rekening mee gehouden moet worden bij het starten van de Gecombineerde Leefstijl Interventie', geschreven door Anita Ros. Deze is gemaakt in opdracht van Fitwerk Fysiotherapie & Fitness te Groningen en voor de afstudeerperiode van mijn opleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen. Van november 2022 tot en met april 2023 ben ik in gesprek gegaan met patiënten en specialisten over de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI).

Mijn opdrachtgever Fitwerk Fysiotherapie & Fitness wil binnenkort de GLI gaan implementeren in de praktijk. De eigenaar Albert Kremer heeft altijd al een passie gehad voor preventieve zorg en een gezonde leefstijl. Hij was benieuwd met welke dingen hij allemaal rekening moet gaan houden wanneer ze de GLI gaan starten in de praktijk. Zo is het idee van mijn scriptieonderwerp ontstaan. In de literatuur is er al veel bekend over leefstijl maar specifiek over de GLI zijn er niet veel resultaten te vinden. Dit komt omdat deze interventie nog relatief nieuw is. Het was dus interessant om hier onderzoek naar te doen.

Zelf heb ik al enige ervaring opgedaan op het gebied van leefstijl. Ik ben een aantal jaren actief geweest als fitness- en pilatesinstructrice in een sportschool waar ik ook voedings- en trainingsschema's maakte. Verder hou ik er enorm van om lekker veel te sporten en bewegen en dit enthousiasme ook op andere mensen over te brengen. Het onderwerp over gezonde leefstijl lag mij dus wel. Vanwege het vraagstuk van Fitwerk en mijn eigen interesse in dit onderwerp ben ik uiteindelijk mijn afstudeeronderzoek over dit onderwerp gaan doen. De keuze om een kwalitatief onderzoek uit te voeren bij dit onderwerp was omdat de ervaringen van mensen een duidelijk beeld geven over wat ze belangrijk vinden, waar extra op gelet moet worden en welke verbeterpunten er nog zijn.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleidster Betsy Weening-Dijksterhuis bedanken voor de waardevolle feedbackmomenten en het meedenken tijdens mijn afstudeeronderzoek. Ik wil mijn opdrachtgever en tevens stagebegeleider Albert Kremer bedanken voor de prettige samenwerking en het beschikbaar stellen van zijn praktijk voor het onderzoek. Verder wil ik de participanten van dit onderzoek bedanken voor de informatie die ze me hebben gegeven om tot resultaten te kunnen komen. Tot slot wil ik graag mijn vrienden, familie, huisgenoten en vriend enorm bedanken voor de steun die ze me hebben geboden tijdens dit proces.

Anita Ros

Groningen, 21 april 2023

Samenvatting

Inleiding: Er is bekend dat het aantal Nederlanders met overgewicht of obesitas toeneemt. Onderzoek wijst uit dat het implementeren van leefstijlprogramma's een positief effect heeft op deze groep om gezonder te gaan leven. Echter is er over de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) nog weinig bekend aangezien dit programma sinds 2019 in de basisverzekering zit. Dit onderzoek is gestart om erachter te komen met welke belangrijke factoren er rekening gehouden moet worden tijdens het starten van de GLI. Dit is gedaan door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews bij patiënten en specialisten om van verschillende perspectieven informatie te kunnen krijgen.

Methode: In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode door middel van semigestructureerde interviews die met behulp van een interview guide zijn afgenomen. De keuze voor dit type onderzoek is gemaakt omdat de onderzoeksvraag zich richt op welke factoren belangrijk zijn bij het starten van de GLI. De perceptie van individuen geeft hier het beste inzicht op. Aan dit onderzoek hebben twaalf participanten deelgenomen, hieronder vallen zeven patiënten en vijf specialisten. De transcripten van de interviews zijn geanalyseerd door middel van de grounded theory methode (Glaser & Strauss, 1967). Hieruit zijn de resultaten afgeleid.

Resultaten: Er zijn in totaal zeven thema's geïdentificeerd: motivatie, verwachtingen, kennis, milieu, samenwerken, verwijzen en omgeving. Hierin wordt duidelijk dat de sociale omgeving een grote rol speelt in de motivatie en kennis van patiënten. Verder laten de resultaten zien dat de verwachtingen van de specialisten niet zo hoog liggen en dat er nog veel verbeterpunten zijn op het gebied van samenwerken en verwijzen.

Discussie: Het afnemen van semigestructureerde interviews leidt tot data die veel inzicht geeft in de perceptie van participanten. Leefstijlprogramma's moeten worden beschouwd als het belangrijkste element van gewichtsmanagement. Er moet echter wel bewustwording worden gecreëerd dat het halen van de doelstelling van de GLI niet altijd voldoende zal zijn. Verder bewijst de theorie van Azjen dat de omgeving een belangrijke factor is in het bewuste gedrag van mensen.

Conclusie: Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de GLI een werkzaam programma is voor gedragsverandering bij mensen met overgewicht en obesitas. Er zijn een aantal factoren waar rekening mee gehouden moet worden, namelijk de eventuele vervolgopties na de GLI zoals afslankmedicijnen of maagverkleining operaties voor de patiënten met obesitas. De sociale omgeving is een belangrijke factor voor de gedragsverandering en motivatie van patiënten. Tot slot hebben verwijzers meer informatie nodig over de GLI en willen graag een handvat in de vorm van een informatiefolder om dit te kunnen presenteren aan hun patiënten. Vervolgonderzoek in de vorm van een gecontroleerde pilotstudie wordt aangeraden.

Abstract

Introduction: It is known that the number of Dutch people with overweight or obesity is increasing. Research has shown that implementing lifestyle programs has a positive effect on this group to lead a healthier life. However, little is known about the Combined Lifestyle Intervention (GLI) as this program has been in the basic health insurance since 2019. This study was initiated to determine which important factors should be considered when starting the GLI. This was done by conducting semi-structured interviews with patients and specialists to obtain information from different perspectives.

Method: This study used a qualitative research method through semi-structured interviews conducted using an interview guide. This type of research was chosen because the research question focuses on which factors are important when starting the GLI. The perception of individuals provides the best insight into this. Twelve participants took part in this study, including seven patients and five specialists. The transcripts of the interviews were analyzed using the grounded theory method (Glaser & Strauss, 1967), and the results were derived from it.

Results: A total of seven themes were identified: motivation, expectations, knowledge, environment, collaboration, referral, and context. It became clear that the social environment plays a significant role in the motivation and knowledge of patients. Furthermore, the results show that the expectations of specialists are not very high and that there is still much room for improvement in terms of collaboration and referral.

Discussion: Conducting semi-structured interviews leads to data that provides significant insight into the perception of participants. Lifestyle programs should be considered the main element of weight management. However, awareness must be created that achieving the goal of the GLI will not always be sufficient. Furthermore, Ajzen's theory proves that the environment is an essential factor in conscious human behavior.

Conclusion: From the results, it can be concluded that the GLI is an effective program for behavioral change in people with overweight and obesity. Several factors need to be considered, including the possible follow-up options after the GLI, such as weight loss medication or bariatric surgery for patients with obesity. The social environment is an important factor in patient motivation and behavioral change. Finally, referrers need more information about the GLI and would like a tool in the form of an information leaflet to present to their patients. Further research in the form of a controlled pilot study is recommended.

Inleiding

Uit het Nationaal Sportonderzoek (NSO) is gebleken dat 38% van de Nederlanders weinig tot geen motivatie heeft om te sporten (Dool, 2019), 53% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder voldoet niet aan de beweegrichtlijnen en Nederlanders van 4 jaar en ouder zitten gemiddeld 9,1 uur op een dag (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, sd). Verder is bekend dat er van de mensen die in de categorie 'minste sport- en beweegfrequentie' vallen toch 25% behoorlijk gemotiveerd is om te sporten (Dool, 2019). Een kwart van de mensen is dus gemotiveerd om te sporten maar doet het weinig tot niet.

De afgelopen jaren neemt het aantal Nederlanders met overgewicht toe. In 2017 had 48.7% van de bevolking van 18 jaar en ouder een BMI >25 kg/m². Inmiddels is dit meer dan 50% wat betekent dat ongeveer 8,7 miljoen volwassenen in Nederland overgewicht hebben. Bij overgewicht komen allerlei gezondheidsrisico's kijken. Bijvoorbeeld hart-en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, artrose en slaapapneu (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2021).

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie heeft de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) opgesteld voor mensen met een BMI hoger dan 25 gecombineerd met een comorbiditeit of mensen met een BMI hoger dan 30. Dit programma duurt 2 jaar en richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hierbij wordt de focus niet alleen gelegd op gewichtsverlies maar ook op het verbeteren van andere gezondheidsaspecten zoals voeding, beweging en mentale gezondheid. De GLI is in Nederland geïntroduceerd als onderdeel van het Nationaal Preventieakkoord en wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Zorgprofessionals uit verschillende disciplines werken samen om bij de deelnemers een gezonde leefstijl te bereiken die duurzaam is en op lange termijn leidt tot verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, sd)

De opdrachtgever van dit onderzoek, fysiotherapiepraktijk Fitwerk, wil ook graag een GLI-programma gaan aanbieden. De missie van deze praktijk is om voor een deel te functioneren als een buurtgemeenschap waar mensen naar toe kunnen voor sociaal contact, lichamelijke beweging, leefstijl coaching etc. Het doel is door in te zetten op preventieve maatregelen mensen een gezondere leefstijl te kunnen bieden en daarbij gezonder ouder kunnen worden. De praktijk ligt in de gemeente Groningen in het gebied Oud-Zuid, hier is bekend dat 33,5% van de inwoners overgewicht heeft en 9,7% obesitas (Volksgezondheid en Zorg, 2020). De Oosterpoort buurt telt momenteel 4.930 inwoners (Alle Cijfers, 2022). Dat betekent dat ongeveer 1.652 inwoners van de buurt overgewicht heeft en 478 inwoners obesitas. De getallen laten zien dat er genoeg potentiële deelnemers zijn voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie. In deze buurt zit er echter nog geen enkele praktijk die de GLI aanbiedt.

Het rekenmodel van het College van Zorgverzekeringen schat in dat de gezondheidswinst van de GLI een gewichtsreductie is van 5%, behaald door 40% van de deelnemers. (Marten Houkes, 2020) Nu is er bekend dat niet iedereen die de GLI start het succesvol afrond. Sommige mensen stoppen wanneer het programma nog loopt en anderen ronden het af maar bereiken niet de resultaten die ze voor ogen hadden. De voornaamste reden van minder effectiviteit in een leefstijlprogramma is slechte therapietrouw. Om dit te voorkomen kunnen gedragstherapeutische strategieën worden toegepast. Dit omvat motiverende gespreksvoering, doelen stellen, terugval preventie etc. (E Burgess, 2017) Er is bekend dat motiverende gespreksvoering en gedrag coaching een significant effect heeft op het vergroten van de fysieke activiteit. (Stephen Barrett, 2018)

Uit bovenstaand onderzoek lijkt het volgen van een leefstijlprogramma effectief te zijn voor mensen met overgewicht en obesitas. Echter is de informatie uit deze onderzoeken buiten Nederland vergaard en waren de programma's niet hetzelfde als de GLI. Aangezien de GLI pas sinds 2019 onder voorwaarden vergoed wordt uit de basisverzekering is er nog weinig onderzoek gedaan over de belangrijke factoren die mee spelen bij het opzetten van het programma. Er is inzicht nodig in de ervaringen omtrent motivatie, samenwerking, effectiviteit etc. om een beeld te krijgen van de behoeften van de patiënten en specialisten om een zo succesvol mogelijk programma op te starten. Semigestructureerde interviews geven mogelijk meer informatie over deze onderwerpen. Er is een kwalitatief onderzoek gestart waarbij twee verschillende doelgroepen zijn geïnterviewd:

- Potentiële patiënten van het programma die voldoen aan de GLI-criteria
- Specialisten die verwijzen naar de GLI of het traject zelf begeleiden

De onderzoeksvraag van dit kwalitatieve onderzoek luidt: Met welke belangrijke factoren vanuit de specialist en patiënt moet rekening worden gehouden tijdens het starten van de Gecombineerde Leefstijl Interventie in Noord-Nederland? Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen mogelijk aanbevelingen komen ten aanzien van het opzetten van de GLI. De opdrachtgever fysiotherapiepraktijk Fitwerk zal als eerste de resultaten van dit onderzoek met de bijbehorende adviezen krijgen zodat de GLI daar opgestart kan worden. Verder hebben andere praktijken in Noord-Nederland die de GLI willen gaan opzetten baat bij de resultaten van dit onderzoek omdat ze het kunnen gebruiken als richtlijn.

Methode

Onderzoek type

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek door middel van semigestructureerde interviews. Er is hiervoor gekozen om de perspectieven van de participerende patiënten en specialisten goed in kaart te kunnen brengen. Dit is gedaan door middel van het analyseren van overeenkomstige antwoorden uit de interviews. Het WMO-diagram is voorafgaand doorgenomen waaruit geconcludeerd werd dat dit onderzoek niet onder WMO-plichtig viel.

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek zijn twee verschillende doelgroepen opgenomen, namelijk patiënten en specialisten. Omdat deze groepen los van elkaar staan zijn er voor beide groepen in- en exclusiecriteria opgesteld voor het bepalen van de onderzoekspopulatie.

Patiënten

Zoals te zien is in tabel 1 was een inclusie criterium dat de participanten een BMI hoger of gelijk aan 25 hebben met een comorbiditeit of een BMI hoger dan of gelijk aan 30. Er is hiervoor gekozen omdat dit mensen zijn die een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger hebben volgens de indicatiecriteria uit de NGH-richtlijn Obesitas en De zorgstandaard Obesitas (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2021). Onder de exclusiecriteria vallen mensen met een BMI lager dan 25 omdat deze doelgroep minder risico loopt op gewicht gerelateerde gezondheidsklachten en daarom minder geschikt is om een leefstijl interventieprogramma te lopen. Verder zijn er geen mensen opgenomen in het onderzoek die niet bekwaam zijn in het lezen en schrijven van de Nederlandse taal. Dit is een exclusie criterium omdat het interview in het Nederlands afgenomen is en het belangrijk is dat de participant begrijpt waar het over gaat om nuttige informatie te kunnen geven.

Specialisten

Het eerste inclusiecriteria is dat de specialist een diploma moet hebben van een medisch gerichte opleiding en ook werkzaam is in dit veld. Hieronder vallen huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten etc. Dit criterium is belangrijk omdat de kennis over het onderwerp ervoor heeft gezorgd dat er bruikbare informatie is vergaard uit de semigestructureerde interviews. Verder is er om huidige werkzaamheid gevraagd omdat de medische wereld constant veranderd en kennis over de actualiteit dus belangrijk is.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria patiënten

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Mensen met een BMI hoger of gelijk aan 25 gecombineerd met een comorbiditeit.	Mensen met een BMI lager dan 25.
Mensen met een BMI hoger of gelijk aan 30.	Mensen die niet bekwaam zijn in het lezen en schrijven van de Nederlandse taal.
Informed Consent doorgelezen en ondertekend.	Leeftijd onder de 18.
Bereid om deel te nemen aan een diepte-interview van 30 minuten.	

Tabel 2. In- en exclusiecriteria specialisten

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Een diploma hebben van een medisch gerichte opleiding en werkzaam zijn in dit veld.	Mensen die niet bekwaam zijn in het lezen en schrijven van de Nederlandse taal.
Bereid zijn om 30 minuten deel te nemen aan een diepte-interview.	Niet bekend zijn met de GLI.
Informed Consent doorgelezen en ondertekend.	

Onderzoeksprotocol

De participanten zijn mondeling en schriftelijk benaderd om mee te doen aan het onderzoek. De patiënten zijn voornamelijk mondeling in de fysiotherapiepraktijk van de opdrachtgever gevraagd om mee te doen. Van de acht benaderde patiënten waren er zeven bereid om mee te doen aan een semigestructureerd interview. Bij de specialisten was het lastiger om contact te leggen omdat zij niet in de praktijk werkzaam zijn. Uiteindelijk zijn er drie leefstijlcoaches, waarvan twee ook fysiotherapeut zijn, en twee praktijkondersteuners geïnterviewd. Zij zijn voornamelijk schriftelijk benaderd via e-mail maar ook mondeling via telefoongesprekken.

Voor de start van de semigestructureerde interviews is er aan elke participant uitleg gegeven over het doel van het onderzoek en de privacy. Dit staat vermeld in de Informed consent (bijlage 1) die door elke deelnemer is ondertekend.

Samenstelling interview guide

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat de resultaten een goede indicatie geven van hoe de geïnterviewde groep denkt over de GLI. De achterliggende meningen van mensen laten zien welke aspecten van de interventie gewaardeerd worden en welke niet. Verder is er om praktische redenen gekozen voor semigestructureerde interviews. In dit onderzoek worden twee doelgroepen benaderd waardoor er geen focusgroep gemaakt kan worden.

Voor het opstellen van de interview guide zijn eerst vier thema's opgesteld per doelgroep:

Patiënten:

- Beweging
- Voeding
- Motivatie
- Verwachtingen

Specialisten:

- Verwijzen
- Samenwerking
- Motivatie
- Verwachtingen

De vragen bij deze thema's zijn afgeleid van de doelstelling van dit onderzoek. Na het terugluisteren en transcriberen van de eerste paar interviews zijn er nog kleine aanpassingen gedaan. Zo zijn er nog enkele vragen toegevoegd. Ook in overleg met de opdrachtgever omdat hij graag specifieke dingen wilden weten. Zo is de uiteindelijke semigestructureerde interview guide voor dit onderzoek samengesteld (bijlage 2).

Bij de patiënten doelgroep is de nadruk gelegd op het uitvragen van de motivatie en verwachtingen. Dit omdat deze het meeste informatie opleveren voor de onderzoeksvraag. De vragen over beweging en voeding worden gesteld om een algehele indruk te kunnen krijgen van de leefstijl van de deelnemer. De vragen worden in deze volgorde gesteld omdat ze zo invloed op elkaar uitoefenen.

Bij de specialisten doelgroep zijn alle thema's van belang bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hierbij is nog wel onderscheid gemaakt in het beroep dat de specialist uitvoert. Bij de praktijkondersteuners is er bijvoorbeeld meer ingegaan op het verwijzen en de samenwerking tijdens de interventie. Bij de fysiotherapeuten en leefstijlcoaches van een GLI-programma is er meer verder gevraagd op samenwerking, motivatie en verwachtingen. Zo kwam de meest nuttige informatie vrij waarmee de onderzoeksvraag uiteindelijk beantwoord kan worden.

Dataverzameling en analyse

De data in dit onderzoek zijn verzameld door middel van een-op-een semigestructureerde interviews waarbij gebruik is gemaakt van een interview-guide. Deze data zijn verzameld in de periode van 26 januari 2023 tot en met 27 maart 2023. De patiënten interviews variëren tussen de 20 en 45 minuten en werden voornamelijk afgenomen in de behandelkamer van de fysiotherapiepraktijk Fitwerk, tevens ook de opdrachtgever. Enkele interviews zijn afgenomen in privé-omgeving bij de participanten thuis. De specialisten interviews variëren van 20 tot 45 minuten en werden afgenomen in de behandelkamer of spreekruimte van de specialist zelf. Er zijn uiteindelijk zeven interviews gedaan met de patiënten doelgroep en vijf interviews met de specialisten doelgroep. De eerste twee patiënten interviews waren aanzienlijk korter dan de andere vijf. Dit komt omdat er na het terugluisteren van deze

interviews nog een paar aanpassingen zijn gedaan en een aantal vragen toegevoegd aan de interview guide. Zo kon er doelgerichter worden onderzocht. Deze eerste twee interviews worden wel geïncludeerd in het onderzoek omdat ze voldoende waardevolle informatie geven die gebruikt kan worden bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Alle interviews zijn opgenomen als audiobestanden, getranscribeerd in Word en daarna gecodeerd in het programma Atlas.ti.

Voor het vergaren van de data is er eerst een conceptuele theorie opgesteld op basis van literatuur over het onderwerp. Daarna is de doelgroep van het onderzoek bepaald en zijn de interviews afgenomen. De informatie uit deze interviews zijn geanalyseerd en hebben geleid tot nieuwe ideeën. Dit is vervolgens gebruikt bij de daaropvolgende interviews. Deze rondes van analyseren zijn herhaald totdat er voldoende informatie vrij was gekomen om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Gezien de periode waarin het onderzoek afgerond moest zijn en het bevatten van twee doelgroepen was volledige saturatie niet haalbaar (Baarda, 2014). Voor het analyseren van de semigestructureerde interviews is gebruik gemaakt van de grounded theory methode (Glaser & Straus, 1967). De volgende stappen zijn daarbij opgevolgd:

1. Open coderen
2. Axiaal coderen
3. Selectief coderen

Bij het open coderen zijn codes toegevoegd aan de zinsdelen (citaten) uit de interviewtranscripten. Uit deze open codes zijn categorieën samengesteld. Uiteindelijk zijn deze axiale categorieën samengevoegd tot een kerncategorie, ook wel een selectieve code genoemd. Hieruit zijn thema's geïdentificeerd die representatief zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De relevante citaten uit de semigestructureerde interviews zijn gebruikt in de resultaten om de gevonden thema's te ondersteunen.

Kwaliteit

In dit kwalitatieve onderzoek is kwaliteit bereikt door het waarborgen van validiteit, betrouwbaarheid, overtuigingskracht en inhoudelijke generaliseerbaarheid.

De validiteit van dit onderzoek is gewaarborgd door de interviews in vertrouwde omgeving af te nemen in een een-op-een gesprek. Hierdoor is voorkomen dat de deelnemer een sociaal wenselijk antwoord geeft op de vragen waardoor vertekening van de resultaten kan ontstaan.

Betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd door het bijhouden van de interviews in audiobestanden, deze zijn woord voor woord getranscribeerd in Word bestanden en daarna meerdere rondes bekeken voor de analyse. Deze bestond uit het luisteren van de audiobestanden, doorlezen van de transcripten en de bevindingen van het coderen vergelijken. Dezelfde codes en thema's kwamen naar voren bij verschillende deelnemers waardoor de overtuigingskracht vergroot werd.

De inhoudelijke generaliseerbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd door de selectie van de onderzoeksdoelgroep zo gelijk mogelijk te krijgen aan de populatie van deelnemers aan de GLI. Er is gezorgd voor variatie in leeftijd, sociale status, economische status etc. Er kan geen uitspraak worden gedaan over alle GLI-deelnemers maar de resultaten geven wel een indicatie over hoe het uit zou kunnen pakken (B.Baarda, 2021).

Resultaten

Kenmerken van participanten

Er zijn voor dit onderzoek in totaal 12 interviews afgenomen. De kenmerken per doelgroep staan hieronder in tabel 3 en tabel 4.

Tabel 3. Kenmerken van participanten in patiënten doelgroep

	Frequentie
Geslacht	
Man	1
Vrouw	6
BMI	
≥ 25	5
≥ 30	2
Leeftijd	
30-40	1
40-50	0
50-60	2
60-70	2
70+	2
Comorbiditeit	
Diabetes	2
COPD	1
Hart- en vaatziekten	2
Geen	2

Tabel 4. Kenmerken van participanten in specialisten doelgroep

	Frequentie
Geslacht	
Man	0
Vrouw	5
Beroep	
Leefstijlcoach	3
Fysiotherapeut	2
Praktijkondersteuner	2
Leeftijd	
30-40	1
40-50	2
50-60	2
Werkzaam met GLI	
Niet	1
≥ 3 maanden	1
≥ 2 jaar	3
GLI-programma	
Cool	2
SLIMMER	1
BeweegKuur	1

Geïdentificeerde thema's

Specialisten

In totaal zijn er bij de data-analyse 141 open codes toegekend. Deze zijn onderverdeeld in elf categorieën (axiale codes) omdat meerdere codes gelinkt waren aan elkaar. Deze categorieën zijn uiteindelijk samengevoegd tot vijf verschillende thema's. Vier van deze thema's waren vooraf opgesteld bij het samenstellen van de interview guide. Het vijfde thema is er extra bij gekomen tijdens de data-analyse omdat dit onderwerp aanzienlijk veel naar voren kwam tijdens de semigestructureerde interviews. Dit thema is 'omgeving' en bevat de categorieën 'omgeving' en 'mensen werven' omdat er vaak naar voren kwam dat bewustwording over de GLI in de omgeving nodig is om de juiste mensen te bereiken. In het thema 'motivatie' zitten de categorieën 'combi GLI en medicijn' (dit was een veel voorkomend motivatiepunt voor mensen) 'kwaliteit van leven > gewichtsverlies' (focuspunt op gewichtsverlies werkt demotiverend omdat dit niet snel gaat, kwaliteit van leven is een betere maatstaf om verschil te merken) 'sociaal' (sociaal contact is één van de belangrijkste determinanten voor motivatie) 'motivatie verhogend' (punten die de motivatie van patiënten verhoogd) en 'motivatie verlagend' (punten die de motivatie van patiënten verlaagd). Het thema 'samenwerken' bevat de categorie 'samenwerking' hierin wordt benoemd wat belangrijk is in de samenwerking tussen specialisten bij de GLI. Het thema 'verwachtingen' bevat de categorieën 'positieve verwachtingen' (factoren die meespelen waardoor mensen verwachten dat het programma gunstige effecten heeft) en 'verlaagd verwachtingen' (factoren die meespelen waardoor mensen hun twijfels trekken bij de effectiviteit van het programma). Het laatste thema 'verwijzen' bevat de categorie 'informatie aan verwijzers' omdat uit de interviews bleek dat het tekort komen aan kennis over de GLI door verwijzers de grootste reden was dat het nog niet altijd soepel verloopt.

In tabel 5 is een overzicht te zien van de thema's met de hoeveelheid open codes en in hoeveel interviews dat thema aan bod is gekomen. In bijlage 3 is het codeboek toegevoegd om een overzicht te hebben van hoe de codes tijdens de analyse zijn samengevoegd tot thema's.

Tabel 5. Overzicht van de specialisten thema's

Thema's	Hoeveelheid open codes	Hoeveelheid axiale codes	Aantal interviews waarin het thema aan bod komt
Omgeving	33	2	5
Motivatie	55	5	5
Samenwerken	15	1	4
Verwachtingen	16	2	5
Verwijzen	25	1	5

Omgeving

Een veelbesproken onderwerp bij de specialisten doelgroep was dat de omgeving veel invloed uitoefent op het eet- en beweegpatroon van mensen. Zo komt naar voren dat het helpt om in de omgeving beweegmogelijkheden aan te bieden en deze te presenteren aan de deelnemers om ze meer te laten bewegen. Bijvoorbeeld een loopchallenge, een wandelgroep, dynamic tennis, gebruik maken van de ommetje app etc. *"Nou we waren begonnen met dynamic tennis. Dan zet ik dat in de groepsapp van, is dat voor iemand wat? Lijkt iemand het leuk? Dan zegt iemand: oh leuk! Nou dan reageert een ander: ik ga met je mee. Dus een aantal gaan daar nu naartoe."* (Specialist 5)

Verder werd er duidelijk dat de economische status een rol speelt in de gezondheid. Ongezonde producten zijn over het algemeen goedkoper dan gezonde producten die in de supermarkt liggen. *"Kijk mensen worden steeds armer, de sportschool betalen is niet voor iedereen meer weggelegd. Er is*

een steeds grotere groep die juist gevoelig is voor cardiovasculaire problemen. Die worden alleen maar armer en armer en de rijkere mensen kunnen zich makkelijker gezond houden.” (Specialist 3).

Ook wordt benoemd dat de voornaamste groep die meedoet aan een GLI-programma uit een laag sociaal milieu komt. Deze mensen zijn over het algemeen lager opgeleid, verdienen minder en hebben slechtere gezondheidsvaardigheden. Er ontbreekt vanaf jongs af aan al een stuk educatie over voeding. *“Het is goed om nu denk ik bij de kinderen te beginnen die op de basisschool zitten. Ga daar beginnen met goede voorlichting en goed eten. Een stukje educatie mist echt op basis- en middelbaar onderwijs en ik denk dat het daar al misgaat.” (Specialist 3).*

Volgens de specialisten is de beste manier om mensen te werven voor het GLI-programma zelf reclame te maken in de omgeving. De bekendheid creëren zorgt ervoor dat mensen ook uit zichzelf kunnen zeggen dat ze graag mee willen doen. *“Ik denk dan van, je moet gewoon eerst veel bekendheid erover maken. Dat mensen uit zichzelf denken van hé ik wil dat graag doen. Natuurlijk mag de huisarts ook wel de verwijzing doen, maar die kan dan het laatste stapje doen. Als mensen het al kennen en de huisarts noemt het ook nog weer dan denk je, oh ja nou daar heb ik al veel over gelezen dat ga ik doen. Dus de bekendheid is denk ik heel belangrijk.” (Specialist 5).* Zo komen de specialisten aan de meeste van hun GLI-deelnemers op het moment.

Verder kwam er naar voren dat er een grote groep mensen die geschikt zou zijn voor de GLI zich niet/ of te laat meldt. Dit kan komen doordat ze op het moment nog geen lichamelijke klachten ondervinden, nog jong zijn etc. *“De mensen met zwaar overgewicht zie ik niet per se, want niet iedereen met obesitas komt in de primaire CVRM omdat ze nog te jong zijn of omdat ze zich nog niet melden bij de huisarts omdat er nog niet zoveel problemen zijn. Pas het moment wanneer er bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes is en mensen echt problemen gaan ervaren met bloeddruk of suiker etc. Kijk dan komen ze bij mij.” (Specialist 3).* Er ontbreekt dus een deel waarvan bekend is dat ze wel in de hoog risicogroep zitten.

De sommige specialisten gaven aan dat de eerste ontmoeting met een patiënt die mogelijk mee gaat doen aan het programma veel tijd in beslag neemt vanwege het geven van veel informatie en motiverende gespreksvoering. Een andere specialist gaf aan dit op één informatiemoment voor meerdere patiënten tegelijkertijd te doen om zo tijd te besparen. Verder bleek dat de oudere generatie vanaf ±60 jaar oud veel minder behoefte heeft om mee te doen aan de GLI omdat ze al jaren hetzelfde doen en niet bereid zijn om dat te veranderen.

Motivatie

De specialisten vertelden dat er sinds een aantal jaren een afslankmiddel op de markt is gebracht. Voor veel patiënten is dit een motivatiepunt om mee te gaan doen aan de GLI. *“Je moet nu eerst een jaar GLI gevolgd hebben voordat je in de aanmerking komt voor dat medicijn. Dus als je het hebt over motivatie, ik krijg nu ook mensen die zeggen ik wil graag dat medicijn, dus ik moet de GLI volgen, dus ik wil me graag aanmelden. Hoe gemotiveerd zijn die mensen? Vallen die uit na een jaar? Dat is best een lastige groep qua motivatie.” (Specialist 4).*

Een ander punt wat naar voren kwam is dat de focus op gewichtsverlies erg demotiverend is omdat dit via leefstijl vaak niet snel gaat. De focus verplaatsen naar kwaliteit van leven werkt beter, hierin zijn sneller resultaten te zien. *“En dan is het dus heel fijn als je kan zeggen, we gaan voor een gezondere kwaliteit van leven. De bloeddruk verlagen, de 6 minuten wandeltest scoren ze veel beter etc. Dus wat dat betreft de kwaliteit van leven. En dat ze uiteindelijk van de 120 kg misschien maar tien kg afvallen, maar dat ze wel een veel beter gevoel over zichzelf hebben.” (Specialist 4).* Het meten van de kwaliteit van leven kan gedaan worden door middel van het positieve gezondheid spinnenweb (bijlage 5). Op basis van de score uit het web kunnen tips gebruikt worden uit het leefstijlroer (bijlage 6).

Een belangrijke factor die naar voren kwam op het gebied van motivatie is sociaal contact. Mensen vinden steun bij elkaar en motiveren elkaar onderling in de GLI-groepen. Er ontstaat een groepsdynamiek en een soort positieve groepsdruk. Dit wordt dus ook zoveel mogelijk ondersteund in de vorm van Whatsapp contact, georganiseerde wandelingen etc. *“dat ze een groepsapp hebben en daar ook dingen in kwijt kunnen. Bijvoorbeeld ik heb nu dit gemaakt, superlekker en gezond. Dat ze in ieder geval wel hun ei kwijt kunnen bij elkaar maar ook bij mij natuurlijk.” (Specialist 2).*

“Wat heel goed werkt is die groepsdynamiek. Dat je dus die groep hebt die steeds hechter wordt en samen successen viert. En dat je zo’n groep leert kennen.” (Specialist 2).

De mensen die zelf initiatief hadden genomen om te starten met de GLI werden door de specialisten als een stuk gemotiveerder beschouwd dan de mensen die alleen meededen op verwijzing van de arts. *“Ik heb zelf het gevoel dat dat de meest gemotiveerde mensen zijn, die echt uit zichzelf contact opnemen. Maar dan moeten ze wel eerst naar de huisarts toe om de verwijzing te regelen. Maar die mensen heb ik het gevoel dat die gemotiveerder zijn dan die door de huisarts, nou ja in overleg natuurlijk wel, min of meer gestuurd zijn.” (Specialist 5).* Andere factoren die de motivatie volgens specialisten positief beïnvloeden zijn een beloningsaspect instellen, haalbare doelen stellen, voortgang laten zien, motiverende gespreksvoering en het aanbieden van voldoende beweeg- en voedselalternatieven.

Een belangrijke factor die de motivatie negatief beïnvloed is dat wanneer iemand is afgevallen de stofwisseling altijd lager zal blijven dan die van iemand die nooit overgewicht of obesitas heeft gehad. *“Dat betekent eigenlijk dat als ze afgevallen zijn ze altijd beter hun best moeten doen dan een ander.” (Specialist 5).* De specialisten benoemen dat de beweegrichtlijn normaal 150 minuten matig tot intensief bewegen is per week. Iemand die obesitas heeft gehad moet 300 minuten matig tot intensief bewegen per week om niet aan te komen. *“Als je al ziet hoeveel mensen er maar voldoen aan die beweegrichtlijn en dan moeten die mensen die juist helemaal niet veel met bewegen hebben, moeten dus twee keer zoveel bewegen. Dat is natuurlijk wel heel demotiverend.” (Specialist 5).* Andere factoren die een link hadden met verlaagde motivatie van patiënten zijn slechte ervaringen met een dieet in het verleden, lange wachttijd voordat het traject start en de duur van het programma.

Voor de specialisten zou de werkbaarheid van de GLI verbeteren wanneer er een iets homogener groep zou zijn. Omdat de verschillen in de groepen nu soms zo groot zijn is het lastig om die mensen in één groep te coachen omdat ze een andere benadering nodig hebben. Hierdoor wordt een hogere werkdruk gecreëerd wat niet motiverend is voor de specialisten. *“Dus eerlijk gezegd heb ik liever een iets homogener groep. Ik heb wel mensen gehad van 70+ maar als we met die groep willen gaan wandelen of ik heb een circuitje opgezet etc. Dan kunnen zij de helft niet doen. Dan moet ik iets op maat gaan aanbieden, dat wordt natuurlijk heel erg arbeidsintensief.” (Specialist 4).*

Samenwerken

Uit de interviews blijkt dat de praktijken die nauw contact houden met de collega’s die meewerken aan de GLI een veel duidelijkere en succesvollere samenwerking hebben. Deze specialisten geven bijvoorbeeld aan dat ze de inhoud van hun presentaties met elkaar bespreken, maandelijks algemeen overleg bij de huisartsen hebben, zo nodig contact op Whatsapp over de GLI etc. Deze specialisten laten ook blijken enthousiaster te zijn over de GLI. Vanuit de leefstijlcoaches wordt er wel aangegeven dat de afspraken tussen verwijzer en casemanager van de GLI strakker moet. Er worden vaak mensen doorverwezen die nog helemaal niet goed weten wat de GLI inhoudt. *“Nou in de richtlijn staat eigenlijk dat de huisarts de motiverende gespreksvoering moet doen. Die moet het voorwerk doen en kijken naar de motivatie van de patiënt. Maar in de praktijk is het zo dat zij denken, goh deze patiënt zou er wel geschikt voor zijn neem maar eens even contact op met de casemanager van het GLI-programma.” (Specialist 4).*

De geïnterviewde praktijkondersteuners gaven aan dat terugkoppeling over de patiënt die zij verwezen hebben fijn zou zijn, dat gebeurd tot op heden nog te weinig naar hun mening. *“Ik wist ook niet meer wat ik er echt van kon verwachten, en ja ik krijg het ook niet echt teruggekoppeld. Dus ja dat vind ik wel jammer want je wil wel weten waar mensen staan en of ze ook echt progressie maken en dat kreeg ik allemaal niet teruggekoppeld.”* (Specialist 3). Af en toe een overleg inplannen om die patiënten te bespreken zou gewenst zijn.

Verwachtingen

Over het algemeen zijn de verwachtingen over de resultaten van de GLI positief. Er wordt benoemd dat het percentage uitval relatief klein is en de uiteindelijke doelstelling van het programma, 5 à 10% gewichtsverlies, wordt vaak gehaald. Ook geven de specialisten aan dat bijna alle patiënten zich fitter gaan voelen gedurende het traject. Echter geven de specialisten ook aan hun vraagtekens te zetten bij de effectiviteit van het programma. Zoals al eerder benoemd is de hormoonhuishouding bij sommige patiënten zo verstoord dat afvallen en daarna op gewicht blijven erg lastig is. *“Sommige mensen hebben van nature minder darmhormoon of minder signalen vanuit hun GLP1, want we hebben het allemaal van nature in ons maar de ene in meer of mindere mate. En de mensen met mindere mate die zie je vaak ook sneller aankomen. Dat ze meer eten omdat ze het gevoel van verzadiging minder snel krijgen.”* (Specialist 3). Dit is een enorme barrière en zorgt ervoor dat specialisten lagere verwachtingen hebben van de GLI. De uiteindelijke doelstelling van het programma wordt dus vaak gehaald maar specialisten trekken in twijfel of die doelstelling wel voldoende is voor sommige patiënten.

Verder werd in de interviews verteld dat patiënten vaak te hoge verwachtingen hebben van het programma, voornamelijk als het gaat over gewichtsverlies. Volgens de specialisten moeten de patiënten wel een realistisch beeld voor ogen blijven houden. *“Ja dat is natuurlijk niet zoals jij al 20 of 30 jaar overgewicht hebt en je legt de lat zo hoog en je verliest 2 of 3 kilo, dan is dat harstikke mooi. Maar als mensen met hele hoge verwachtingen ergens in stappen dan valt dat altijd tegen. Dus ik denk dat die verwachtingen niet al te hoog moeten worden ingezet.”* (Specialist 3).

Verwijzen

Wat voornamelijk naar voren kwam is dat er nog veel onduidelijkheid is over de GLI bij verwijzers. Huisartsen, medisch specialisten, praktijkondersteuners etc. hebben weinig kennis over de GLI en dat is één van de redenen dat ze weinig verwijzingen doen. Ze kunnen niet goed informatie geven aan de patiënt over het traject waardoor deze, wanneer er wel verwezen wordt, aankomt bij de leefstijlcoach zonder enige kennis waar hij/zij belandt is. Verwijzers geven aan het fijn te vinden om meer informatie te krijgen, met bijvoorbeeld een informatiefolder als ondersteuning. *“Maar ik mis soms wel een soort van handvat van wat kunnen mensen nou precies verwachten. Hoe zit dat traject er nou uit, ik heb niet echt een duidelijke folder of iets waar ik veel informatie uit kan halen. Het zou zo mooi zijn als ik daar echt een goed duidelijk beeld heb van; dit is het plan, zoveel gaat het je kosten en je gaat een doel opstellen. Bijvoorbeeld een gewichtsreductie van 10kg. Een realistisch doel wat je na twee jaar kan halen. Een goed beeld scheppen.”* (Specialist 3).

Meerdere leefstijlcoaches geven aan dat het vaak gebeurt dat medisch specialisten uit het ziekenhuis patiënten eerst langs de huisarts sturen voor een verwijzing naar de GLI. Dit hoeft niet maar veel medisch specialisten zijn zich er niet van bewust dat ze rechtstreeks mogen verwijzen. Voor patiënten is het vervelend dat ze niet meteen naar het juiste loket worden gestuurd omdat ze weer een extra stap moeten zetten om er te komen. *“Mensen kunnen eigenlijk, of de cardioloog dan in dit geval of een internist, die moeten wel rechtstreeks kunnen verwijzen naar ons. Alleen vaak zeggen ze dan ja dat moet toch weer via de huisarts. Terwijl Ernst Kuipers dus heeft gezegd dat dat volgens de richtlijnen helemaal niet hoeft. Dus ze kunnen direct verwijzen vanuit het ziekenhuis.”* (Specialist 2).

Patiënten

In totaal zijn er bij de data-analyse 111 open codes toegekend. Deze zijn onderverdeeld in negen categorieën (axiale codes) omdat deze codes aan elkaar zijn gelinkt. De categorieën zijn samengevoegd tot vier verschillende thema's. Twee van deze thema's waren vooraf opgesteld bij het samenstellen van de interview guide. Namelijk het thema 'motivatie' die de categorieën 'motivatie redenen' (hierin wordt benoemd waarom mensen willen starten met een GLI), 'negatieve invloeden' (deze verlagen de motivatie van de patiënt) en 'positieve invloeden' (deze verhogen de motivatie van de patiënt) bevat. En het thema 'verwachtingen' die de categorieën 'verwachting over werkzaamheid' (hierin wordt benoemd of de patiënten vertrouwen hebben in de werkzaamheid van het programma) en 'verwachting van het programma' (wat de patiënten tijdens het programma verwachten te krijgen aan steun, tips etc.) bevat. Verder zijn er 2 vooraf opgestelde thema's weggefallen, namelijk 'beweging' en 'voeding'. Deze thema's waren voornamelijk opgesteld om een algeheel beeld te krijgen van de leefstijl van de patiënt. Ze voegden echter niet veel toe aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag en zijn daarom weggelaten uit de resultaten. Wel zijn er twee nieuwe thema's ontstaan omdat deze onderwerpen kwamen aanzienlijk veel naar voren tijdens de data-analyse. Het thema 'kennis' wat de categorieën 'gebrek aan kennis' (er kwam naar voren dat het gebrek aan kennis een rol speelt tijdens het ontwikkelen van een ongezonde leefstijl) en 'informatie geven' (door informatie te geven en daarmee de kennis te vergroten zijn patiënten meer geneigd om het programma te starten) bevat. En het thema 'milieu' wat de categorieën 'externe invloeden' (invloeden van buitenaf die meespelen de leefstijl van een patiënt) en 'sociaal contact' (het sociale aspect speelt een grote rol in het doorzettingsvermogen en het plezier wat de patiënten ervaren) bevat.

In tabel 6 is een overzicht te zien van de thema's met de hoeveelheid open codes en in hoeveel interviews dat thema aan bod is gekomen. In bijlage 4 is het codeboek toegevoegd om een overzicht te laten zien van hoe de codes tijdens de analyse zijn samengevoegd tot thema's.

Tabel 6. Overzicht van de patiënten thema's

Thema's	Hoeveelheid open codes	Hoeveelheid axiale codes	Aantal interviews waarin het thema aan bod komt
Motivat	58	3	7
Verwachtingen	19	2	5
Kennis	11	2	6
Milieu	23	2	7

Motivat

In de interviews kwam naar voren dat mensen verschillende motivatie redenen hebben om mee te gaan doen aan een GLI. De voornaamste twee redenen zijn afvallen en fitter worden. *"Mijn grootste doel zou persoonlijk zijn het fitter worden als eerste. Maar wel eigenlijk in combinatie met het afvallen. Want het is en, en. Je wil alles aanpakken. Maar op volgorde zou ik eerst het fitter worden als doel nemen. Het zit in elkaar verweven een beetje."* (Patiënt 5).

Een aantal gaven aan dat ze fitter willen worden/fit blijven met uitzicht op gezond ouder worden aangezien ze al wat op leeftijd waren. Verder noemde een patiënt mentaal welzijn als hoofdmotivat

Het meest voorkomende aspect wat de motivat

al jaren met mijn gewicht. Ik heb eerlijk gezegd me er meer bij neergelegd, ik probeer zo gezond mogelijk te leven, klaar.” (Patiënt 7).

Een aantal andere aspecten die de motivatie van patiënten kunnen verlagen zijn slechte mentale staat, geen plezier ervaren van bewegen en de duur van het programma te lang vinden. Verder geeft de oudere generatie (60+) over het algemeen aan dat ze weinig motivatie hebben om zo laat in hun leven nog een grote verandering aan te gaan die veel energie kost. *“Niet zozeer met afvallen en dingen ontzeggen. Dat is het ook een beetje, mijn dingen moeten ontzeggen. Ik heb nu 70 jaar lang mijn best gedaan, ik vind het eigenlijk wel goed. Kijk want ik zou denken voor mijn dochter bijvoorbeeld, zij is nog jong dan kan het makkelijker. Die mentale kracht kan zij nog opbrengen.” (Patiënt 7).*

Volgens de patiënten kan een leefstijlcoach de motivatie verhogen door geboekte resultaten te laten zien. De patiënten vinden het fijn om de voortgang zwart op wit te zien omdat ze dan duidelijk zien waar ze het voor doen. Ook wordt er benoemd dat het fijn zou zijn om deze resultaten zelf thuis nog te kunnen inzien door middel van een blad of app. *“Ik ben zelf geheel gemotiveerd weer door feedback waar ik kan altijd terug naar kan kijken. Dus als er een app is met je progressie of wat, iets waar ik het terug kan zien, voel ik me meer verantwoordelijk als het op beeld is voor mij.” (Patiënt 4).* Naast het zien van de progressie vinden ze het ook motiverend dat ze zich fitter beginnen te voelen in hun lichaam.

Patiënten benoemen dat het laten weten aan de omgeving waar ze mee bezig zijn helpt zodat ze steun kunnen krijgen en mensen rekeningen met hen kunnen houden. Ook het uitreiken en hebben van contact via bijvoorbeeld Whatsapp door de leefstijlcoach en groepsleden wordt ook benoemd als een motiverende factor. *“Want dan dringen zich oude patronen steeds op en dan moet je hulp vragen hè. Dan appte ik even; ik heb een slechte dag, of heb je nog tips en dan gaf zij even wat tips van nou probeer even wat meer van dat te eten of probeer even dat. Dus dan moet je echt hulp vragen en mensen niet alleen laten worstelen.” (Patiënt 6).*

Echter kunnen mensen in de omgeving ook juist een negatieve invloed hebben op de leefstijl. Bijvoorbeeld wanneer er tijdens een verjaardag ongezonde dingen worden aangeboden of wanneer de partner niet mee gaat in de leefstijlveranderingen. *“Ja ik heb ook een poos koolhydraatarm gekookt, 2 jaar. Toen ben ik 3 kilo afgevallen, maar mijn man wordt daar zo chagrijnig van, die wil gewoon eten. Die smeekt bijna om een gehaktbal dan. Die kan daar helemaal niet tegen.”*

Verwachtingen

De verwachtingen zijn dat de eerste periode, ongeveer 6 weken, van de GLI het zwaarste gaat zijn omdat er dan gewend moet worden aan alle veranderingen. Patiënten verwachten veel steun te krijgen tijdens hun proces van de leefstijlcoach en groepsleden en ze verwachten informatie te krijgen. Bijvoorbeeld informatie over hoe het traject ingedeeld is. *“Ik wil een beetje meer erachter hebben van oké, als ik echt mijn hele leven ga veranderen zeg maar dat moet voor mij een basis zijn van: Waarom of wat ga ik dan doen en waarom werkt het?” (Patiënt 4).*

Over de verwachtingen van werkzaamheid van de GLI zijn de meningen erg verdeeld. Te zien is dat patiënten die in het verleden negatieve ervaringen hebben gehad met diëten de werkzaamheid van de GLI lager inschatten dan de patiënten zonder negatieve ervaringen. Er zijn patiënten die geloven dat er na 2 jaar daadwerkelijk gedragsverandering en gewichtsverlies is opgetreden. Anderen denken dat een groot deel gaat uitvallen en dat de kans op terugval in het oude gedrag heel groot is. *“Laat ik het zo zeggen, ik weet dat ik dat misschien 2 jaar volhoud misschien nog niet eens. Ik weet dat ik ooit met zoiets bezig ben geweest, toen ben ik ook afgevallen. Toen dacht ik oh ja zo werkt dat, maar daarna had het geen effect meer. Dat was toen een aantal maanden. Toen voelde ik me ook wel goed maar het had geen effect meer na het traject.” (Patiënt 7).*

Kennis

Er werd benoemd dat de educatie over een gezonde leefstijl vroeger erg slecht of niet eens aanwezig was. Hierdoor hebben veel patiënten een ongezonde leefstijl aangenomen. *“Ja ook onze generatie is heel erg opgegroeid met suiker, overal zat suiker in. Ik kreeg al als baby een lepeltje met suiker als ik een beetje vervelend was. Zijn gewoon letterlijk en figuurlijk zoethoudertjes. En daar ben ik mee opgegroeid.”* (Patiënt 6). Uit sommige interviews wordt bevestigd dat de gezondheidsvaardigheden inderdaad laag zijn. Deze patiënten hebben daadwerkelijk niet door welke dingen ze ‘fout’ doen.

Er wordt benoemd dat informatie geven in de omgeving over de GLI goed zou zijn, zo wordt er wat meer bewustzijn gecreëerd. Patiënten vinden het prettig om informatie te krijgen over voorgaande resultaten en het beloop van het traject. *“Iets van een informatiefolder zou ik wel fijn vinden. En ik zou het ook goed vinden om te zien hoe het bij vorige mensen is gegaan die het hebben gevolgd. Dus voorgaande mensen, en resultaten zien.”* (Patiënt 4).

Milieu

Uit de interviews is gebleken dat een aantal externe factoren invloed uitoefenen op de leefstijl van patiënten. De onderwerpen covid-19, kosten en het weer komen naar voren. Sommige patiënten zijn tijdens de covid-19 lockdowns flink aangekomen, hebben nog steeds minder sociale contacten dan voorheen en/of het mentale welbevinden is naar beneden gegaan.

Een aantal patiënten spreken hun ontevredenheid uit over de kosten van bepaalde voedingsproducten. De kosten hebben invloed op de leefstijlkeuzes die sommige patiënten maken. *“Als in dat er te veel aanbod is, te veel zoete dingen. Dat er op groente en fruit ook geen BTW moet zitten. Dat mensen denken dat kan ik wel betalen, en niet cola kopen. Ik denk dat dat soort dagelijkse boodschappen, dat dat een stuk goedkoper moet worden.”* (Patiënt 7). Verder wordt er nog door een aantal patiënten benoemd dat het weer invloed heeft op hun beweeggedrag. In de zomer wordt er meer bewogen dan in de koudere maanden van het jaar.

Een externe factor die invloed uitoefent op de deelname van de patiënt is de locatie waar de GLI wordt aangeboden. Er wordt meerdere malen benoemd dat het wel een vereiste is dat de GLI in de buurt zit.

Het sociale contact wat ontstaat in een groep wordt als erg plezierig beschouwd. Patiënten bouwen onderling een band op en ervaren steun aan elkaar. Er is hier van tevoren ook vaak behoefte aan. *“Ik zou het wel leuk vinden om mensen te spreken. Lijkt me leuk en gezellig om contact te hebben. Ik ken nog niemand hier, ik ben net verhuisd. Lijkt me een leuke manier om meer mensen te leren kennen.”* (Patiënt 2).

“Dat je dan ook de ervaringen van anderen hoort. Je ben altijd zo alleen met dit he. Ik zou het erg fijn vinden als ik wat steun kon krijgen van anderen die in hetzelfde schuitje zitten.” (Patiënt 1).

Discussie

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag: Met welke belangrijke factoren vanuit de specialist en patiënt moet rekening worden gehouden tijdens het starten van de Gecombineerde Leefstijl Interventie in Noord-Nederland? Om deze vraag te beantwoorden worden verschillende aspecten besproken. De thema's die het meeste geïdentificeerd zijn tijdens de data-analyse zijn motivatie, verwachtingen, kennis, milieu, samenwerken, verwijzen en omgeving. Bij de twee doelgroepen kwamen veel van de resultaten overeen. De belangrijkste punten die bij de specialisten doelgroep naar voren kwamen zijn de werkzaamheid van de GLI, betrekken van de sociale omgeving en informatie aan verwijzers. Bij de patiënten doelgroep is voornamelijk duidelijk geworden wat ze belangrijk vinden bij het volgen van een GLI-programma en welke omliggende aspecten nog verbetering nodig hebben.

Beschouwing op de resultaten

De resultaten laten zien dat de specialisten hun twijfels trekken bij het doel van de GLI. De doelstelling van het programma, 5 tot 10% gewichtsverlies, wordt vaak gehaald maar voor een gedeelte van de patiënten is dit niet voldoende. Deze groep bevat voornamelijk patiënten met obesitas en zij vallen via verandering van leefstijl niet voldoende af om de gezondheidsrisico's drastisch te verlagen. Dit komt mogelijk doordat ze van nature tekort hebben aan GLP1 en/of dat de stofwisseling altijd lager zal blijven. De verwachtingen van afvallen bij het programma moeten dus niet te hoog worden ingezet. Specialist benoemen dat een vervolgstap zoals een maagverkleining of afslankmedicijn kan helpen om verder af te vallen. De GLI is wel een essentieel onderdeel om mensen informatie te geven en meer te laten bewegen. Het zorgt voor een goede basis en daadwerkelijke verandering van leefstijl. Patiënten die het afslankmedicijn of een maagverkleining nemen moeten namelijk wel hun ongezonde gewoontes afdelen anders zal het resultaat maar gering zijn. Het geeft dus een aanvulling op elkaar en in sommige gevallen is de GLI volgen zelfs verplicht.

Eerder onderzoek bevestigt deze bevindingen. Zo concluderen Marwan El Ghoch et al. in de studie 'CHALLENGES AND NEW DIRECTIONS IN OBESITY MANAGEMENT: LIFESTYLE MODIFICATION PROGRAMMES, PHARMACOTHERAPY AND BARIATRIC SURGERY' dat alle gezondheidsprofessionals die te maken hebben met obesitas leefstijlmodificatie programma's in een multidisciplinaire setting moeten beschouwen als het belangrijkste element van gewichtsmanagement. De gezondheidsprofessionals moeten zich echter wel bewust zijn dat er patiënten zijn met nonresponsbias die ook meedoen aan deze programma's. Zij kunnen dit combineren met afslankmedicijnen en/of bariatrische chirurgie zoals een maagband of een gastric bypass. Deze ingrepen moeten niet op zichzelf worden beschouwd als de oplossing voor gewichtsverlies. In de literatuur is nog aanvullend onderzoek nodig over obesitas aangezien bepaalde onderwerpen, zoals kwaliteit van leven, nog niet voldoende zijn onderzocht. Ook de lange-termijn effecten van maag verkleinende operaties moeten nader worden onderzocht, mogelijk in een randomised controlled trial (Marwan El Ghoch, 2019).

Belangrijk om na te gaan is dat niet elke patiënt geschikt is voor een maag verkleinende operatie, er zitten een aantal strenge eisen aan. Daarbij komt dat een deel niet vergoed wordt door de verzekering en het economische aspect dus ook een rol gaat spelen. Afslankmedicijnen die nu in Nederland verkrijgbaar zijn worden vrijwel nooit vergoed, zijn zeer prijzig en ook hier zitten eisen aan.

Al deze aspecten moeten meegenomen worden bij het starten en uitvoeren van een GLI-programma om realistische verwachtingen te hebben en voldoende informatie te kunnen bieden over de opties. Er is aanvullend onderzoek nodig over de combinatie van de GLI met maag verkleinende operaties en/of afslankmedicijnen om een uitspraak te kunnen doen over de lange termijneffecten hiervan.

Uit de resultaten blijkt dat sociaal contact een belangrijke factor is voor de motivatie van patiënten en het plezier wat ze ervaren. Ze vinden steun bij elkaar en er ontstaat ook een sociale druk om de juiste keuzes te maken. The theory of planned behavior geeft een onderbouwing over hoe de sociale contacten invloed uitoefenen op het bewuste gedrag van een persoon. In deze theorie wordt gesteld dat bewust gedrag direct voortkomt uit de intentie om dit gedrag te vertonen. De intentie wordt bepaald door drie elementen: attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. De subjectieve norm gaat over datgene wat de persoon denkt dat anderen – in zijn directe omgeving – vinden van het (uit te voeren) gedrag en hoe zij hierover oordelen. Wanneer de persoon denkt dat anderen het gedrag als normaal of goed beschouwen, is de kans groter dat de persoon het gedrag bewust zal vertonen (Ajzen, 1991). Tijdens het volgen van een GLI wordt er van de patiënten verwacht dat ze een gedragsverandering ondergaan op het gebied van leefstijl. Meer bewegen, gezonder eten etc. Volgens de theorie van Ajzen is de kans groter dat de patiënten dit gewenste gedrag gaan vertonen omdat de omgeving, waaronder de specialisten die meewerken aan een GLI en de groepsgenoten vallen, dit als goed beschouwen.

De waargenomen gedragscontrole gaat over de mate waarin de persoon gelooft dat het gedrag eenvoudig uit te voeren is. De omgevingsfactoren kunnen dit gedrag bevorderen of belemmeren (Ajzen, 1991). Wanneer er een omgeving wordt gecreëerd met veel aanbod van bijv. sport zal het voor een patiënt eenvoudiger worden om te gaan sporten. Hierdoor wordt de kans groter dat hij/zij dit daadwerkelijk gaat doen.

Deze punten bewijzen dat de sociale omgeving een hele belangrijke determinant is wanneer het gaat over het bewuste gedrag van een patiënt die meedoet aan een GLI.

Uit de resultaten bleek dat er een doelgroep is die geschikt zou zijn voor de GLI maar zich niet op tijd meldt. Dit komt vaak omdat ze nog jong zijn en op die leeftijd nog geen lichamelijke klachten ondervinden van hun overgewicht. De specialisten vinden het belangrijk om deze groep wel zoveel mogelijk bij de GLI te betrekken aangezien het een preventief programma is en ingrijpen voordat de klachten komen gunstiger is. Een manier om deze mensen te kunnen bereiken is via reclame maken in de omgeving. Bekendheid over de GLI zorgt ervoor dat mensen erover na gaan denken en zich mogelijk gaan melden om mee te doen. Ook hier speelt de theory of planned behaviour mee aangezien het aanbod van de GLI in de omgeving het voor mensen makkelijker zal maken om mee te doen. De kans dat ze het gaan uitvoeren vergroot hierbij ook.

Een ander punt wat duidelijk werd in de resultaten is dat verwijzers weinig kennis hebben over de GLI. Huisartsen, medisch specialisten en praktijkondersteuners willen graag extra informatie over het traject zodat ze weten welke patiënten geschikt zouden zijn om te verwijzen. Ook geven ze aan dat een informatiefolder handig zou zijn om te kunnen presenteren aan de patiënten. Op deze manier wordt er niet zonder uitleg door verwezen en zal de samenwerking soepeler verlopen. Het is dus aan te raden dat de GLI uitvoerende praktijk goed contact onderhoudt, informatie uitwisselt en een informatiefolder opstelt voor de verwijzers.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de opdrachtgever omdat de vergaarde resultaten duidelijke factoren aangeven waarmee rekening gehouden moet worden tijdens het starten van de GLI. Deze factoren zijn belicht, onderbouwd met literatuur en er is advies over gegeven. Naast dat de resultaten voor de opdrachtgever relevant zijn zullen andere praktijken die de GLI gaan uitvoeren ook baat hebben bij de informatie in dit onderzoek.

Beschouwing op de methode

De keuze voor kwalitatief onderzoek heeft veel nuttige resultaten opgeleverd. Door gebruik te hebben gemaakt van semigestructureerde interviews is een unieke kijk verkregen op het perspectief van patiënten en specialisten over de GLI.

De participanten hebben allemaal een grote bijdrage geleverd aan het verkrijgen van informatie voor dit onderzoek. De ervaringen en wensen die besproken zijn leverden duidelijke resultaten op. Alle interviews zijn door de onderzoeker zelf afgenomen. Hierdoor kon de interpretatie van de transcripten beter worden uitgevoerd omdat de onderzoeker nog herinneringen had aan het gesprek. Mede door lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen kon een duidelijker beeld worden geschept over hoe het geïnterpreteerd moest worden. Echter door gelimiteerde tijd betekende dit dat de onderzoeker minder interviews kon afnemen en dus minder data kon verzamelen dan wanneer anderen dit hadden gedaan. Er zijn uiteindelijk 12 interviews geanalyseerd.

Er is bij de selectie van patiënten gelet op variatie in leeftijd, comorbiditeit, achtergrond etc. Echter waren 6 van de 7 geïnterviewde patiënten vrouwen. Mogelijk waren de uitkomsten anders geweest als de verhouding meer verdeeld was. In vervolgonderzoek zou het verstandig zijn om het geslacht mee te nemen bij het selecteren van de patiënten.

Bij het verwerken van de resultaten werden vooraf opgestelde theorieën bevestigd. Onder andere dat motiverende gespreksvoering een positief effect heeft op het vergroten van fysieke activiteit. Echter ontstonden er ook een aantal nieuwe theorieën die van tevoren niet waren opgesteld. Deze zijn verder onderzocht en onderbouwd door middel van literatuur. Deze onderwerpen dragen bij aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag maar hebben nog aanvullend onderzoek nodig.

Tijdens het transcriberen van de interviews bleek dat de onderzoeker niet altijd voldoende heeft doorgevraagd. Over bepaalde onderwerpen had meer informatie verkregen kunnen worden. Verder heeft de onderzoeker soms de participant woorden in de mond gelegd door zelf al te veel informatie te vertellen over de vraag. Hierdoor kan de mening van de participant beïnvloed worden. Voor vervolgonderzoek zou het aan te raden zijn dat de onderzoeker niet zijn/haar eigen mening mag laten doorschemeren zodat de resultaten betrouwbaarder zijn.

Een nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de onderzoeker nooit helemaal objectief kan zijn. Hij/zij heeft namelijk de rol van het analyseren en interpreteren van de data. Hoe de onderzoeker deze data interpreteert is subjectief en kan daardoor nooit exact worden gerepliceerd. Wanneer een andere onderzoeker de analyse op zich zou nemen kan de data sterk verschillen. Om dit onderzoek wel zo objectief mogelijk te maken heeft de onderzoeker zo veel mogelijk af gezien van zijn/haar eigen meningen, oordelen, vooroordelen, wensen en overtuigingen. De werkelijkheid zelf laten spreken en accepteren.

Tijdens dit onderzoek is geen saturatie bereikt. Bij de interviews presenteerde zich elke keer nog nieuwe bruikbare informatie. Er is niet door gegaan tot saturatie vanwege de gelimiteerde tijd die aan het onderzoek zat verbonden. Het onderzoeken van twee verschillende doelgroepen nam veel tijd in beslag aangezien de onderzoeker zelf alle interviews heeft afgenomen en alles alleen heeft verwerkt. Hierdoor is na vijf specialist interviews en zeven patiënt interviews een stop gezet op het houden van interviews ondanks dat saturatie nog niet was bereikt. Tijdens de analyse is wel gebleken dat een groot aantal van de codes een link met elkaar hadden en in verschillende interviews zijn benoemd.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien met welke belangrijke factoren rekening gehouden moet worden tijdens het starten van de GLI in Noord-Nederland. Bij de specialistendoelgroep en de patiëntendoelgroep zijn er samen zeven thema's geïdentificeerd namelijk: motivatie, verwachtingen, kennis, milieu, samenwerken, verwijzen en omgeving. Een aantal van deze thema's zijn bij beide doelgroepen geïdentificeerd en hadden overlap met elkaar. De resultaten van dit onderzoek impliceren dat de GLI een goed en werkzaam programma is voor het veranderen van de leefstijl bij mensen met overgewicht en obesitas. De belangrijkste factoren zijn: effectiviteit en vervolgstappen, sociale omgeving en informatie aan verwijzers. Bij de effectiviteit en vervolgstappen is het belangrijk dat de praktijk die de GLI uitvoert op de hoogte is van de vervolgstappen die mogelijk nodig zullen zijn bij een aantal deelnemende patiënten. De sociale omgeving is een belangrijke factor voor de gedragsverandering en motivatie van patiënten. Tot slot hebben verwijzers meer informatie nodig over de GLI en willen graag een handvat in de vorm van een informatiefolder om dit te kunnen presenteren aan hun patiënten.

Vervolgonderzoek in de vorm van een gecontroleerde pilotstudie wordt aangeraden. Bij dit kwantitatieve onderzoek zal een meting voorafgaand aan het onderzoek moeten worden gedaan, eventueel een tussentijdse meting en een nameting.

Literatuurlijst

- Alle Cijfers. (2022, Januari 1). *Statistieken buurt Oosterpoort*. Opgehaald van allecijfers.nl: <https://allecijfers.nl/buurt/oosterpoort-groningen/>
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 179-211.
- B.Baarda, E. T. (2021). Kwaliteit van de Analyse. In E. T. B.Baarda, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (pp. 276-281). Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B. H. (2014). Title: Research. This Is It! : Guidelines How to Design, Perform and Evaluate Quantitative and Qualitative Research. In B. Baarda, *Title: Research. This Is It! : Guidelines How to Design, Perform and Evaluate Quantitative and Qualitative Research* (pp. 127 - 170). Groningen: Noordhoff.
- Barney G. Glaser, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. In A. L. Barney G. Glaser. Chicago: Aldine Transaction.
- Dool, R. v. (2019, Februari). *Motivatatie volwassenen om te sporten en bewegen*. Opgehaald van kennisbanksportenbewegen.nl: <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=9307&m=1547116020&action=file.download>
- E. Burgess, P. H. (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 105-114.
- International Library of Medicine. (sd). *Motivation*. Opgehaald van PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009042>
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2021, Juni 23). *Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)*. Opgehaald van knkf.nl: <https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/kwaliteit/gli/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli>
- Marten Houkes, M. (2020, Januari 23). *Nederlandse overheid wil overgewicht aanpakken, maar werkt dit wel?* Opgehaald van Fit.nl: <https://www.fit.nl/gezondheid/gecombineerde-leefstijlintervenntie#:~:text=elk%20jaar%20doen%20meer%20dan,door%2040%25%20van%20de%20deelnemers>.
- Marwan El Ghoch, R. F. (2019, Mei 23). *CHALLENGES AND NEW DIRECTIONS IN OBESITY MANAGEMENT: LIFESTYLE MODIFICATION PROGRAMMES, PHARMACOTHERAPY AND BARIATRIC SURGERY*. Opgehaald van Journal of population therapeutics and clinical pharmacology: <https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/599/525>
- National Library of Medicine. (1966). *prevention and control*. Opgehaald van Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/81000517>
- National Library of Medicine. (1968). *Volunteer*. Opgehaald van PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68014838>

National Library of Medicine. (2010). *Specialization*. Opgehaald van Pubmed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68013038>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (sd). *Cijfers en feiten sport en bewegen*. Opgehaald van Loketgezondleven.nl: <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/sport-en-bewegen/cijfers-en-feiten-sport-en-bewegen>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (sd). *Gecombineerde leefstijlinterventie*. Opgehaald van Loketgezondleven.nl:
<https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie>

Stephen Barrett 1, S. B. (sd).

Stephen Barrett, S. B. (2018, Oktober 5). *Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses*. Opgehaald van Pubmed:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30290793/>

Thesaurus of Psychological Index Terms. (1972). *Life Style*. Opgehaald van PubMed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008019>

Volksgezondheid en Zorg. (2020). *Regionaal, Overgewicht, Obesitas*. Opgehaald van vzinfo.nl:
<https://www.vzinfo.nl/overgewicht/regionaal/obesitas>

Bijlage 1: Informed consent

Groningen,

Geachte heer/mevrouw,

Vanuit de opleiding Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen ben ik bezig met mijn Afstudeeronderzoek. Hierbij wordt uw deelname gevraagd en uitleg gegeven over dit onderzoek.

Waar gaat het onderzoek over?

Het onderzoek is gericht op specialisten en potentiële deelnemers van een preventief leefstijlprogramma. Er wordt uitgevraagd wat de motivatie is om mee te doen en wat er nodig is om dit op te starten. Door het afnemen van interviews worden punten die overlap hebben met elkaar gelinkt, met die resultaten wordt duidelijk wat belangrijk is om het programma te kunnen starten.

Wat betekent dit voor u?

Het interview kan bij de fysiotherapiepraktijk Fitwerk plaatsvinden maar het mag ook via (video)bellen. Er zullen meerdere onderwerpen behandeld worden gedurende het interview, waarbij vragen opgesteld zijn. Tijdens het interview kan er doorgevraagd worden op de informatie die gegeven wordt door de deelnemers, om zo een volledig beeld te krijgen van de ideeën en motivaties. Het interview zal tussen de 20 en 30 minuten duren.

Uw deelname aan de studie blijft beperkt tot het toestemming verlenen voor het interview dat zal plaatsvinden. De audio van het interview zal opgenomen worden. Deze opname wordt uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek en zal na 3 maanden verwijderd worden. De informatie wordt anoniem in het onderzoek verwerkt.

Werkt u mee?

Door dit formulier te ondertekenen, geeft u te kennen dat u akkoord gaat met het meewerken aan het interview. U geeft aan op de hoogte te zijn van het feit dat de informatie die u geeft vertrouwelijk is en zal blijven.

Ook na ondertekening behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking. Uw besluit omtrent deelname aan het onderzoek zal nu en in de toekomst op geen enkele wijze invloed hebben op de behandeling door uw fysiotherapeut.

Hopende op uw medewerking aan dit onderzoek,
Met vriendelijke groet,

Anita Ros

Met het ondertekenen van dit formulier geef ik aan voldoende op de hoogte te zijn gebracht over het onderzoek en stem ik toe vrijwillig te participeren in het onderzoek

Naam

Datum

.....

Handtekening

.....

Bijlage 2: Interview guide

Interview guide deelnemers

Beweging

- Hoe is uw beweeggedrag op het moment (frequentie, intensiteit etc.)
- Zou u meer willen bewegen dan u nu doet? Zo ja/nee waarom?
- Ervaart u plezier van sporten/bewegen of doet u het omdat het 'moet'?

Voeding

- Kan u mij vertellen wat u gemiddeld dagelijks consumeert aan voedsel?
- Bent u tevreden over uw voedingspatroon? Zo ja/nee waarom?
- Wat zou u aan uw voedingspatroon willen veranderen?

Motivatie

- Wat motiveert u om mee te gaan doen aan een leefstijlprogramma? (Gezondheid, uiterlijk etc.)
- Wat is er voor u nodig om deze motivatie hoog te houden?
- Denkt u dat een leefstijlcoach daarbij kan helpen? Kan een app daarbij helpen?

Verwachtingen

- Wat zijn uw verwachtingen bij een leefstijl interventie?
- Wat verwacht u van de begeleiding?
- Wat verwacht u van het uiteindelijke eindresultaat?

Interview guide specialisten

Verwijzen

- Wanneer/waarom zou je iemand verwijzen naar de GLI?
- Hoe doen jullie dit nu?
- Hoe zou dit nog beter kunnen?

Samenwerking

- Hoe en met wie werken jullie samen aan de GLI?
- Hoe hebben jullie dit opgezet?
- Hebben jullie multidisciplinair overleg, zo ja hoe doen jullie dit?

Motivatie

- Waarom ben je begonnen met de GLI/doorverwijzen naar de GLI?
- Wat vind je zelf van de GLI?
- Hoe motiveer je mensen om mee te gaan doen?

Verwachtingen

- Hoe verwacht je dat het traject loopt?
- Verwacht je dat het succesvol is?

Bijlage 3: Codeboek specialisten

Open codes	Axiale codes	Thema's	Groundedness
	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	6
o Afslankmiddel en motivatie	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
o Afslankmiddel is motivatie om mee te doen	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
o Afslankmiddel niet eeuwige optie	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
o Combi GLI en maagverkleining	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
o Leefstijl en GLP1	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
o Stagnatie demotiverend	o Combi GLI en medicijn	Motivatatie	1
	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	25
o Duidelijkheid naar verwijzers toe	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Extra stap om bij GLI te komen	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Flowchart maken voor verwijzers	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Folder met gezondheidswinst	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Gebruikt veel oude systeem en implementeert GLI bijna niet	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Handvat verwijzer mist	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Huisarts heeft weinig GLI-kennis	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o In gesprek met verwijzers	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Informatie uitwisselen met praktijkondersteuner	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Mogelijk door vele stappen deelnemer mislopen	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Motiveren komt niet uit verwijzer	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Onduidelijkheid bij verwijzing	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Onwetendheid over doorverwijzen	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Onwetendheid over GLI	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Vaak vanuit ziekenhuis eerst langs huisarts	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Vanuit ziekenhuis verwijzen moet strakker	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o verwijzen naar GLI zit nog niet in het hoofd	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	2
o Verwijzing vanuit ziekenhuis mag direct naar GLI	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Verwijzing vanuit ziekhuis gebeurt te weinig	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o Via verwijzing geen kennis over GLI	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
o weinig doorverwijzen naar GLI	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	3
o Weinig verwijzingen	o Informatie aan verwijzers	Verwijzen	1
	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	8
o Cijfers in vorm van KVL laten zien	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Gewichtsverlies is ondergeschikt	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Leefstijlroer en positieve gezondheid combi	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Patiënten leggen lat te hoog	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Positieve gezondheid spinnenweb	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Positieve gezondheid web	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Shift van afvallen naar KVL	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
o Tips uit leefstijlroer	o Kwaliteit van leven > gewichtsverlies	Motivatatie	1
	o Mensen werven	Omgeving	13
o Bekendheid zeer belangrijk	o Mensen werven	Omgeving	1
o Facebookpagina	o Mensen werven	Omgeving	1

o Generatie onder de 50 is makkelijker mee te krijgen	o Mensen werven	Omgeving	1
o Hoog risicogroep meldt te laat	o Mensen werven	Omgeving	1
o Informatieavond	o Mensen werven	Omgeving	1
o Meeste deelnemers door eigen reclame	o Mensen werven	Omgeving	1
o Melden pas met klachten	o Mensen werven	Omgeving	1
o Mensen bereiken via reclame	o Mensen werven	Omgeving	1
o Mensen zich te laat	o Mensen werven	Omgeving	1
o Motiverend gesprek kost veel tijd	o Mensen werven	Omgeving	1
o Oudere generatie wil niet veranderen	o Mensen werven	Omgeving	1
o oudere mensen willen niet meedoen	o Mensen werven	Omgeving	1
o Zelf naambekendheid creëren	o Mensen werven	Omgeving	1
	o Motivatie verhogend	Motivatie	17
o Beloning	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Bewegingsaspect belangrijk	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Combi leefstijl met medicijn	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Combi voeding&bewegen gunstig	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Doelen stellen	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Eigen initiatief meer motivatie	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Eigen initiatief voor GLI	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Enthousiasme werkt motiverend	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Extra gesprek	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o ingaan op excuses en het positieve ervan laten inzien	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o motiveren van de gezondheid	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o punten waar tegenop wordt gezien uitleggen	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Vetpercentage laten zien	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Voeding alternatieven aanbieden	o Motivatie verhogend	Motivatie	2
o Zelf initiatief meer gemotiveerd	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
o Zelf inzien voor motivatie	o Motivatie verhogend	Motivatie	1
	o Motivatie verlagend	Motivatie	13
o Blijft altijd meer moeite	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o De duur van het traject schrikt patiënten af	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Erg gemêleerde groep lastig	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Extra nodige moeite is demotiverend	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Het woord diëtist schrikt mensen af	o Motivatie verlagend	Motivatie	2
o lange wachttijd is niet gunstig	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Liever homogenere groep	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Motivatie heeft een relatie met de duur van het traject	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Op maat te arbeidsintensief	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Referentiekaders anders	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Slechte ervaringen	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
o Via verwijzing minder gemotiveerd	o Motivatie verlagend	Motivatie	1
	o Omgeving	Omgeving	20
o Aanbod in groepsapp zetten	o Omgeving	Omgeving	1
o Aanbod sport in gemeente	o Omgeving	Omgeving	1
o Aanbod voedsel slecht	o Omgeving	Omgeving	1
o Activiteit buiten GLI organiseren is motiverend	o Omgeving	Omgeving	1
o Beweging aanbieden	o Omgeving	Omgeving	1
o Educatie mist	o Omgeving	Omgeving	1

o Educatie nodig	o Omgeving	Omgeving	1
o Geld speelt rol	o Omgeving	Omgeving	1
o Gemeente beweegaanbod	o Omgeving	Omgeving	1
o Gros houdt niet van fitness	o Omgeving	Omgeving	1
o Kosten spelen rol in voeding	o Omgeving	Omgeving	1
o Kosten zorgen voor differentiatie	o Omgeving	Omgeving	1
o Loop challenge	o Omgeving	Omgeving	1
o Niet afhankelijk maken	o Omgeving	Omgeving	1
o Ommetje app	o Omgeving	Omgeving	1
o Ommetje app (2)	o Omgeving	Omgeving	1
o Slechte gezondheidsvaardigheden	o Omgeving	Omgeving	1
o Sport en spel	o Omgeving	Omgeving	1
o Sport opties aanbieden	o Omgeving	Omgeving	1
o Sportaanbod in de wijk	o Omgeving	Omgeving	1
	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	6
o gedrag veranderd	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
o kans op terugval wordt klein geschat bij dit programma	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
o Klein percentage uitval	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
o kleine kans op terugval in oude gedrag	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
o verandering van gedrag	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
o wordt beschouwd als goed programma omdat het niet alleen op korte termijn oplost	o Positieve verwachtingen	Verwachtingen	1
	o Samenwerking	Samenwerken	15
o al vooraf bestaande samenwerking	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Bewustwording bij huisartsen	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Duidelijke communicatie	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Geen terugkoppeling	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Gezamenlijke vergadering	o Samenwerking	Samenwerken	1
o GLI-casemanager werft motivatie	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Groepswhatsapp met GLI-werknemers	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Huisarts moet motivatie werven	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Inhoud op elkaar afstemmen	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Maandelijks overleg staat vast	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Nauw contact	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Onduidelijke samenwerking	o Samenwerking	Samenwerken	1
o overleg met diëtist	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Overleg over inhoud	o Samenwerking	Samenwerken	1
o Terugkoppeling	o Samenwerking	Samenwerken	1
	o Sociaal	Motivatatie	9
o Groepsapp biedt ondersteuning	o Sociaal	Motivatatie	1
o Groepsdynamiek belangrijk	o Sociaal	Motivatatie	1
o Groepsdynamiek werkt motiverend	o Sociaal	Motivatatie	1
o Motivatie door groepsapp	o Sociaal	Motivatatie	1
o ontstaan van groepsdynamiek	o Sociaal	Motivatatie	1
o Positieve groepsdruk	o Sociaal	Motivatatie	1
o Sociaal contact	o Sociaal	Motivatatie	1
o Sociale leven invloed op eten	o Sociaal	Motivatatie	1
o Whatsapp contact	o Sociaal	Motivatatie	1
	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	10

o Afvallen door leefstijl gaat niet snel	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Hormonen verstoord	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Lagere stofwisseling	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Minder darmhormoon	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Niet blijven proberen	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Te rooskleurig	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Verstoorde hormonen	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Verwachtingen niet te hoog	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Vetcellen blijven altijd meer	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1
o Vraagtekens over effectiviteit	o Verlaagd verwachtingen	Verwachtingen	1

Bijlage 4: Codeboek patiënten

Open codes	Axiale codes	Thema's	Groundedness
	o Externe invloeden	Milieu	11
o Buitenstaander kan motiveren	o Externe invloeden	Milieu	1
o Corona periode heeft invloed gehad	o Externe invloeden	Milieu	1
o Corona periode invloed	o Externe invloeden	Milieu	1
o Dichtbij belangrijk	o Externe invloeden	Milieu	1
o Kosten spelen rol	o Externe invloeden	Milieu	1
o Locatie dichtbij	o Externe invloeden	Milieu	1
o Locatie heeft invloed	o Externe invloeden	Milieu	1
o Ritme weg door omstandigheden	o Externe invloeden	Milieu	1
o Seizoen heeft invloed	o Externe invloeden	Milieu	1
o Weer heeft invloed	o Externe invloeden	Milieu	1
o Weer heeft invloed op bewegen	o Externe invloeden	Milieu	1
	o Gebrek aan kennis	Kennis	5
o Educatie verbeterd	o Gebrek aan kennis	Kennis	1
o Educatie was slecht	o Gebrek aan kennis	Kennis	1
o Heeft niet door dat ze slecht eet	o Gebrek aan kennis	Kennis	1
o Snapt niet waarom afvallen niet lukt	o Gebrek aan kennis	Kennis	1
o Verkeerd beeld	o Gebrek aan kennis	Kennis	1
	o Informatie geven	Kennis	6
o Bekendheid in omgeving	o Informatie geven	Kennis	1
o Feiten voorleggen	o Informatie geven	Kennis	1
o Informatiefolder	o Informatie geven	Kennis	1
o Lange termijn voor houden	o Informatie geven	Kennis	1
o Onderhoud	o Informatie geven	Kennis	1
o Stap kleiner maken	o Informatie geven	Kennis	1
	o Motivatie redenen	Motivatie	18
o Afvallen is doel	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Beweegt voldoende maar wil meer ritme	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Energieker willen voelen	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Fit blijven met visie op toekomst	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Fitter willen voelen is motivatie	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Fitter worden en afvallen	o Motivatie redenen	Motivatie	1

o Fitter worden was doel	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Gezondheid is reden om voeding aan te passen	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Gezondheid is reden voor sport	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Lichamelijke klachten reden tot verandering	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Meer energie hebben	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Mentaal aspect als motivatiereden	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil afvallen	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil fit worden	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil fitter worden	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil meer afvallen	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil meer bewegen	o Motivatie redenen	Motivatie	1
o Wil van snaaien af	o Motivatie redenen	Motivatie	1
	o Negatieve invloeden	Motivatie	19
o Afvallen lukt niet	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Bang voor falen	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Duur programma negatief	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Emotie invloed op bewegen	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Geen behoefte om nu nog te veranderen	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Geen energie	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Geen energie om te starten	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Geen plezier in fitness	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Mentaal belangrijk aspect	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Negatieve ervaring met afvallen	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Negatieve ervaring met sport	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Oudere leeftijd negatieve invloed	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Partner heeft negatieve invloed op diëten	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Psychische toestand heeft invloed	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Slechte ervaring	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Slechte gewoontes	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Te grote stap	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Te weinig energie	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Van nature geen plezier in sporten	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
o Wil nu niet veranderen	o Negatieve invloeden	Motivatie	1
	o Positieve invloeden	Motivatie	21
o App contact	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Beweging invloed op geestelijk welzijn	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Fitter worden is plezierig	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Heeft sporten leuk leren vinden	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Jongere leeftijd makkelijker	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Mensen zijn bewuster dan vroeger	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Oefeningen voor thuis	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Omgeving laten weten	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Omgeving vertellen	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Overzicht voor thuis	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Progressie zien	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Resultaten terugzien in app	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Resultaten thuis inzien gunstig	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Resultaten zien	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Thuis feedback kunnen zien is positief	o Positieve invloeden	Motivatie	1
o Tips krijgen	o Positieve invloeden	Motivatie	1

o Uitreikend zijn	o Positieve invloeden	Motivatatie	1
o Vind bewegen leuk	o Positieve invloeden	Motivatatie	1
o Voedingssupplementen kunnen gunstig zijn	o Positieve invloeden	Motivatatie	1
o Zelfde soort groep fijn	o Positieve invloeden	Motivatatie	1
o Zo snel mogelijk resultaat	o Positieve invloeden	Motivatatie	1
	o Sociaal contact	Milieu	12
o Behoeftte aan steun	o Sociaal contact	Milieu	1
o Groep geeft een band	o Sociaal contact	Milieu	1
o Groep geeft steun	o Sociaal contact	Milieu	1
o Groep kan reden zijn voor motivatie	o Sociaal contact	Milieu	1
o Hulp vragen	o Sociaal contact	Milieu	1
o Nauw contact eerst 6 weken	o Sociaal contact	Milieu	1
o Sociaal aspect	o Sociaal contact	Milieu	1
o Sociaal contact is fijn	o Sociaal contact	Milieu	1
o Sociaal contact maakt plezieriger	o Sociaal contact	Milieu	1
o Thuis contact	o Sociaal contact	Milieu	1
o Van elkaar leren	o Sociaal contact	Milieu	1
o Verantwoordelijkheid gevoel door groep	o Sociaal contact	Milieu	1
	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	11
o Lage verwachtingen	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Negatieve ervaring	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Negatieve ervaringen	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Negatieve verwachting	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Positief over werkzaamheid	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Positief over werkzaamheid (2)	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Positieve relatie met eten gekregen	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Twijfelt aan werkzaamheid	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Veel motivatie nodig voor succes	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Verwacht dat het werkt	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
o Verwacht veel uitval	o Verwachting over werkzaamheid	Verwachtingen	1
	o Verwachting van programma	Verwachtingen	8
o Eerste 6 weken het moeilijkste	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Informatie en sturing	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Resultaten van voorgangers zien	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Stok achter de deur	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Verwacht duidelijkheid in informatie	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Verwacht steun van groep	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Wil achterliggende redenen weten	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1
o Wil niet te lieve aanpak	o Verwachting van programma	Verwachtingen	1

Bijlage 5: Positieve gezondheid spinnenweb

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID

- Zorgen voor jezelf
- Je grenzen kennen
- Kennis van gezondheid
- Omgaan met tijd
- Omgaan met geld
- Kunnen werken
- Hulp kunnen vragen



DAGELIJKS
FUNCTIONEREN



MEEDOEN

- Sociale contacten
- Serieus genomen worden
- Samen leuke dingen doen
- Steun van anderen
- Erbij horen
- Zinnige dingen doen
- Interesse in de maatschappij



LICHAAMSFUNCTIES

- Je gezond voelen
- Fitheid
- Klachten en pijn
- Slapen
- Eten
- Conditie
- Bewegen



MENTAAL
WELBEVINDEN

- Onthouden
- Concentreren
- Communiceren
- Vrolijk zijn
- Jezelf accepteren
- Omgaan met verandering
- Gevoel van controle



ZINGEVING

- Zinvol leven
- Levenslust
- Idealen willen bereiken
- Vertrouwen hebben
- Accepteren
- Dankbaarheid
- Blijven leren



KWALITEIT VAN LEVEN

- Genieten
- Gelukkig zijn
- Lekker in je vel zitten
- Balans
- Je veilig voelen
- Hoe je woont
- Rondkomen met je geld

© Institute for Positive Health (IPH) | iph.nl | Gespreksinstrument 1.0



Bijlage 6: Het Leefstijlroer

Het Leefstijlroer

Voeding

- Eet minimaal 250 gram groenten en 2 stuks fruit per dag
- Eet zo min mogelijk suiker en andere snelle koolhydraten
- Eet vers en onbewerkt (geen pakjes of zakjes)
- Eet drie volwaardige maaltijden per dag, zo min mogelijk tussendoortjes
- Drink voldoende (1,5 tot 2 liter) water, koffie en (kruiden)thee
- Eet onverzadigde vetten zoals (extra vierge) olijfolie en noten
- Eet veel plantaardig en dierlijke producten met mate
- Rook niet, gebruik geen drugs en drink zo min mogelijk alcohol
- Stop met calorieën tellen

Zingeving

- Geniet van het leven
- Bepaal je persoonlijke doelen en missie
- Focus op wat goed gaat
- Wees dankbaar voor de goede dingen
- Blijf jezelf ontwikkelen

Ontspanning

- Ga elke dag naar buiten
- Zoek een ontspannende activiteit of hobby
- Zet je smartphone vaker uit
- Leeg je hoofd door mindfulness of meditatie
- Vermijd te veel stress
- Luister naar je lichaam



Beweging

- Beweeg 30 - 60 minuten per dag (10.000 stappen)
- Sport twee keer per week
- Gebruik een stappenteller of fit-app
- Zoek iemand om samen mee te sporten of te bewegen
- Ga op de fiets naar het werk of maak een lunchwandeling
- Neem de trap in plaats van de lift

Sociaal

- Breng tijd door met dierbaren
- Investeer in vriendschappen
- Maak ook fysiek contact
- Bouw een sterk sociaal netwerk op
- Omring je met mensen die je energie geven

Slaap

- Zorg voor een koele en geventileerde slaapkamer
- Drink geen cafeïne voor het slapen gaan
- Zorg voor een regelmatig slaappatroon
- Slaap 7 tot 8 uur
- Zet twee uur voor het slapen gaan alle beeldschermen uit

 **Arts en Leefstijl**
Voor de zorg van morgen