

De leefstijlcoach: ondersteuning voor de praktijkondersteuner

*Een kwalitatieve studie naar de leefstijlbevorderende werkzaamheden en hieraan  
gerelateerde ondersteuningswensen van praktijkondersteuners in Ede*

door

Hidde Cusveller

21/06/2019



▶ H A N

Sport en Bewegen

## Algemene informatie

### Auteur

Hidde Cusveller

Student nummer: 545424

HC.Cusveller@student.han.nl

+31 6 18 48 19 45

### Stageorganisatie

Fysiopraktijk Veluwe Poort

Eikenlaan 13-1

6711 MA, Ede

0318 651 052

### Contactpersonen

Menno Sportel

Praktijkhouder, fysiotherapeut en manuele therapeut

[msportel@gmail.com](mailto:msportel@gmail.com)

+31 6 19 69 47 74

Michiel van Tiel

Paramedisch fitnessstrainer, gewichtsconsulent en leefstijlcoach i.o.

[michielvantiel@gmail.com](mailto:michielvantiel@gmail.com)

+31 6 15 20 31 39

### Opleiding

Sport- en Bewegingseducatie, afstudeerrichting Sport- en Bewegingsagogie

Expertiseteam Health Promotion & Performance

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen

### Beoordeling

Begeleider en 1<sup>e</sup> beoordelaar: Gwendolijn Boonekamp

2<sup>e</sup> beoordelaar: Dianne van Zuylen

## Voorwoord

Voor u ligt het laatste verslag dat ik voor mijn opleiding *Sport- en Bewegingseducatie* inlever. Ditmaal in de vorm van een onderzoeksverslag, of zoals we dat in de volksmond noemen, een scriptie. Talloze andere verslagen gingen deze scriptie voor, maar weinig daarvan zijn met zo veel toewijding gemaakt als deze. Wanneer mensen het over ‘het laatste loodje’ hebben, dan zullen ze wel een soortgelijke ervaring bedoelen als het schrijven van een scriptie. Weken, of beter gezegd maanden, gingen voorbij gevuld met computerwerk, interviews, gepieker, overleg en meer computerwerk. Alhoewel het tijdbestek voor dit onderzoek beperkt was, voelt het begin van mijn afstudeerperiode al als een lange tijd terug. Dat begin liep niet altijd even soepel, maar ik was vastberaden om er iets van te maken.

En dat is mij gelukt. Na terugkomst van mijn minor in Hong Kong begon ik met een verlaatte start aan mijn afstudeertraject, waarvoor ik last-minute een stageplek had gevonden. Een stageplek regelen vanuit Zuid-Oost Azië is nog niet zo makkelijk, ontdekte ik. Gelukkig had ik met mijn werkgevers en collega fitnessinstructeur al veel ideeën ontwikkeld voor de opzet van een afdeling voor leefstijlcoaching. Concrete stappen waren daarvoor nog niet gezet, totdat ik op terugweg van een kennismakingsgesprek mijn Eureka-momentje had: *“Waarom maak ik daar niet gewoon mijn stage van?”*. Mijn werkgever hoefde er niet lang over na te denken. Waar eerder die week de wanhoop van een ontbrekende stageplek mij nog dwarszat, kon ik nu met hernieuwd enthousiasme weer op school aankomen. Vanaf het eerste studiejaar is “afstuderen” altijd een vrij abstract begrip geweest voor mij: dat is ergens in de toekomst, iets voor “die lui die al verder zijn”. Maar nu was ik aan de beurt. Ergens achterin mijn hoofd kon ik koning Theoden uit *The Lord of The Rings* in dramatische toon horen zeggen: *“So it begins..”*.

In de film *The Two Towers* worden deze woorden gesproken voor een grote veldslag, maar gelukkig hoef ik de vergelijking tussen een veldslag en het schrijven van mijn scriptie niet te maken. Sterker nog, ik heb juist een hoop leerzame en leuke ervaringen gehad tijdens dit proces. De meeste daarvan kwamen voort uit het contact met de respondenten en het enthousiasme dat ik met hun kon delen over mijn onderzoek. Natuurlijk waren er lastige momenten, maar door het eindresultaat voor ogen te houden, ben ik gedurende het hele proces gemotiveerd gebleven. Hoe kon ik ook anders? Ik heb onderzoek mogen doen naar een voor mij interessant en vooral belangrijk onderwerp: het verbeteren van de beschikbare zorg voor mensen met leefstijlgerelateerde gezondheidsklachten.

Voor deze mogelijkheid bedank ik mijn werkgevers Menno Sportel en Sanjin Azabagic. Door hun vertrouwen ben ik in staat geweest mijn grenzen te verleggen en naar mijn dromen toe te werken. Ook bedank ik Gwendolijn Boonekamp, mijn afstudeerbegeleider. Ongeacht tijdzone of persoonlijke situatie, stond zij altijd voor mij klaar. Als ik het heb over klaar staan voor studenten, moet ik ook mijn SLB’er Bart van Gastel bedanken. In geluk en verdriet is Bart altijd een betrokken vriend geweest gedurende mijn opleiding. Tot slot bedank ik mijn vader, Bart Cusveller, en vriendin, Rachel Weijman, voor alle steun die zij mij geboden hebben tijdens mijn afstuderen.

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>ALGEMENE INFORMATIE.....</b>      | <b>2</b>  |
| AUTEUR.....                          | 2         |
| STAGEORGANISATIE .....               | 2         |
| CONTACTPERSONEN.....                 | 2         |
| OPLEIDING.....                       | 2         |
| BEOORDELING.....                     | 2         |
| <b>VOORWOORD .....</b>               | <b>3</b>  |
| <b>SAMENVATTING.....</b>             | <b>6</b>  |
| <b>1. INLEIDING.....</b>             | <b>7</b>  |
| 1.1. ACHTERGROND.....                | 7         |
| 1.2. AANLEIDING .....                | 8         |
| 1.3. ORGANISATIE.....                | 8         |
| 1.4. DOELSTELLING .....              | 9         |
| 1.5. VRAAGSTELLING.....              | 9         |
| 1.6. RELEVANTIE .....                | 10        |
| 1.7. GLOBAAL CONCEPTUEEL MODEL ..... | 11        |
| <b>2. THEORETISCH KADER.....</b>     | <b>12</b> |
| 2.1. BEGRIPSBEPALING .....           | 12        |
| 2.2. AFBAKENING DOELGROEP.....       | 13        |
| 2.3. TOELICHTING VARIABELEN .....    | 13        |
| 2.4. DE LEEFSTIJLCOACH .....         | 17        |
| 2.5. CONCLUSIE.....                  | 19        |
| <b>3. METHODE.....</b>               | <b>21</b> |
| 3.1. ONDERZOEKSSTRATEGIE .....       | 21        |
| 3.2. DOELGROEP .....                 | 21        |
| 3.3. METHODE.....                    | 22        |
| 3.4. INSTRUMENT .....                | 22        |
| 3.5. ONDERZOEKSPROCEDURE .....       | 22        |
| 3.6. KWALITEIT .....                 | 23        |
| 3.7. DATA-ANALYSE .....              | 23        |
| <b>4. RESULTATEN .....</b>           | <b>24</b> |
| 4.1. PREVENTIE.....                  | 24        |
| 4.2. MONITORING.....                 | 24        |
| 4.3. BEGELEIDING.....                | 25        |

|           |                                       |           |
|-----------|---------------------------------------|-----------|
| 4.4.      | VOORLICHTING .....                    | 26        |
| 4.5.      | OVERIG .....                          | 27        |
| 4.6.      | ONDERSTEUNING.....                    | 28        |
| 4.7.      | SAMENVATTING .....                    | 28        |
| <b>5.</b> | <b><u>CONCLUSIE .....</u></b>         | <b>30</b> |
| <b>6.</b> | <b><u>DISCUSSIE .....</u></b>         | <b>31</b> |
| 6.1.      | THEORETISCHE RELEVANTIE .....         | 31        |
| 6.2.      | PRAKTISCHE RELEVANTIE .....           | 33        |
| 6.3.      | BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK.....    | 34        |
| 6.4.      | SUGGESTIES VOOR VERVOLGONDERZOEK..... | 34        |
| <b>7.</b> | <b><u>AANBEVELINGEN.....</u></b>      | <b>36</b> |
| 7.1.      | INHOUD VAN WERKZAAMHEDEN .....        | 36        |
| 7.2.      | VORM VAN WERKZAAMHEDEN .....          | 36        |
|           | <b><u>BIBLIOGRAFIE.....</u></b>       | <b>38</b> |

## Samenvatting

De laatste jaren is de prevalentie van leefstijlgerelateerde ziekte sterk toegenomen. Voor de diagnostiek en behandeling hiervan is de huisartsenpraktijk al jaren het startpunt. Recentelijk zijn er ontwikkelingen in gang gezet om de toenemende prevalentie van leefstijlgerelateerde aandoeningen tegen te gaan. De vraag rijst welke aanpak hiervoor kan aansluiten bij de werkzaamheden van de huisartsenpraktijken.

Het doel van dit onderzoek was om advies te geven aan fysiopraktijk Veluwse Poort over de inrichting van een afdeling voor leefstijlcoaching, zodat deze aansluit bij de werkzaamheden van praktijkondersteuners van huisartsen (POH's) in Ede. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *'Op welke werkzaamheden moet een afdeling voor leefstijlcoaching zich richten om te kunnen ondersteunen in de leefstijlbevorderende werkzaamheden van POH's in Ede?'*

Middels semigestructureerde diepte-interviews zijn de werkzaamheden en ondersteuningswensen van POH's in kaart gebracht in relatie tot hun leefstijlbevorderende werkzaamheden.

Alle respondenten bleken werk te verrichten op de gebieden preventie, monitoring, begeleiding en voorlichting. Preventieve werkzaamheden waren het bespreekbaar maken van en adviseren over leefstijlfactoren. Monitoring van lichaamswaardes werd door alle POH's gedaan. Begeleiding op het gebied van voeding en beweging gebeurde voornamelijk mondeling. Psychologische ondersteuning was in de vorm van motiverende gespreksvoering, positieve gezondheid en doorverwijzing naar een POH-GGZ. Voedings- en bewegingsvoorlichting kwam in de vorm van mondeling advies en doorverwijzing naar websites. Doorverwijzingen waren naar diëtist en fysiotherapeut, conform de NHG-standaard. Ondersteuning in gedragsverandering was wenselijk, evenals specifieke professionaliteit en kennis met betrekking tot voeding en beweging. Groepsaanpak en individueel maatwerk werden gewenst, evenals structuur voor cliënten. Begeleiding in omgang met drempels werd ook wenselijk geacht.

Concluderend dient een afdeling voor leefstijlcoaching zich te richten op gedragsverandering van cliënten met een leefstijlgerelateerd risico, op zowel individueel- als groepsniveau. De overgang tot gedragsverandering en het structureel behoud hiervan zijn hierbij van belang. Er dient met professionaliteit en kennis op het gebied van voeding en beweging gekeken te worden naar de drempels voor deelnemers, met aanvullende voorlichting en passende begeleiding.

De volgende werkzaamheden worden aanbevolen: begeleiding bij gedragsverandering, kennisoverdracht met betrekking tot voeding en beweging, bieden van structuur/handvatten in het proces van gedragsverandering en het leren omgaan met drempels. De organisatie wordt aanbevolen zowel individuele- als groepsaanpak te bieden in leefstijlcoaching.

# 1. Inleiding

## 1.1. Achtergrond

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakte in 2018 bekend dat 50% van de volwassenen (20+) in Nederland met overgewicht kampt (CBS, 2018). Dit aantal is meer dan het dubbele ten opzichte van de eerste metingen in 1981, zegt het CBS. Ook jeugdovergewicht is in Nederland toegenomen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg [CBO], 2008; Nederlands Jeugdinstituut [NJI], z.d.). Overgewicht, obesitas en aan obesitas gerelateerde ziekten zorgen, na roken, voor het meeste verlies van gezondheid onder Nederlanders (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2018). Om deze reden wordt overgewicht gezien als een bedreiging voor de volksgezondheid in Nederland en is er recentelijk een nationaal preventieakkoord opgesteld met maatregelen die moeten gaan bijdragen aan het gezonder maken van Nederland (VWS, 2018). Dit akkoord, genaamd *Een gezonder Nederland*, doelt op het terugdringen van de prevalentie van overgewicht en leefstijlgerelateerde aandoeningen zoals obesitas, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.

Voor signalering, diagnostiek en behandeling van dergelijk leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico is de huisartsenpraktijk het startpunt (Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG], 2010, 2018). Het behandelen van de betreffende leefstijlgerelateerde aandoeningen bestaat uit het adviseren over voeding, beweging en gedrag; hiervoor wordt door praktijkondersteuners van huisartsen (POH's) in bepaalde mate ook begeleiding geboden (NHG, 2010). Of deze begeleiding voor cliënten met leefstijlgerelateerd verhoogd gezondheidsrisico effectief is om blijvende gedragsverandering tot stand te brengen, is te betwijfelen. Onderzoek toont aan dat de adviezen van huisartsen met betrekking tot voeding en beweging niet altijd effectief zijn; met name gebrek aan tijd en specifieke kennis zouden hierin een grote rol spelen (Boomsma & Van Binsbergen, 2001; De Kleijn, 2013; Voogdt-Pruijs et al., 2011; Lakerveld, Bot & Nijpels, 2014; Klumbiene et al., 2006). Ook zijn er voorbeelden van onderzoeken waaruit blijkt dat huisartsen niet altijd beweegadvies geven waar dat wel nodig is (Hinrichs et al., 2011).

Door de huidige ontwikkelingen rondom leefstijlgerelateerde aandoeningen, zijn recentelijk een drietal gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) in het basispakket van de Nederlandse zorgverzekeraars gekomen. Deze interventies richten zich op terugdringen van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico door in te zetten op gedragsverandering en kennisoverdracht bij deelnemers met een verhoogd gezondheidsrisico. Bij deze GLI's wordt begeleiding geboden voor gedrag, beweging en voeding, en is er sprake van psychologische ondersteuning (Zorginstituut Nederland, 2018). Het aantal leefstijlcoaches in Nederland is na deze veranderingen snel toegenomen (Vektis, 2019). Individuele leefstijlbegeleiding, echter, wordt voor alsnog niet vergoed. De vraag rijst hoe leefstijlcoaching op passende wijze geïmplementeerd kan worden in de eerstelijnszorg, als aanvulling op de al bestaande leefstijlbevorderende werkzaamheden van huisartspraktijken.

## 1.2. Aanleiding

De directe aanleiding voor dit onderzoek is de wens van fysiopraktijk 'Veluwse Poort' om een afdeling voor leefstijlcoaching op te zetten. De reden hiertoe is de grote hoeveelheid cliënten met leefstijlgerelateerde klachten die in de praktijk behandeld worden en voor wie enkel fysiotherapie geen afdoende herstel biedt. Begeleiding in voeding, beweging en ontspanning kan deze cliënten helpen om leefstijlgerelateerde klachten bij de oorzaak aan te pakken en daarmee deze klachten te verminderen.

De keuze voor het zelf opzetten van een afdeling voor leefstijlcoaching, in plaats van uitbesteding hiervan, is gemaakt op basis van twee overwegingen. In Ede, waar de fysiopraktijk gevestigd is, werken met ingang van 2019 nog geen (gecertificeerde) leefstijlcoaches met de doelgroep volwassenen (Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland [BLCN], z.d.-b). Uitbesteding van deze begeleiding is daarom niet binnen handbereik. De tweede reden ligt in de specialisaties die de huidige twee beweeginstructeurs bij de Veluwse Poort aan het ontwikkelen zijn en al deels ontwikkeld hebben. Beide beweeginstructeurs, gecertificeerd als paramedisch fitnessinstructeurs, behalen in 2019 en 2020 hun accreditatie als hbo-leefstijlcoach.

Veluwse Poort wilt te werk gaan in het verlengde van de werkzaamheden van praktijkondersteuners van huisartsen in Ede. Deze POH's zijn samen met huisartsen eindverantwoordelijk voor leefstijladvisering na het signaleren van (leefstijlgerelateerd) verhoogd gezondheidsrisico van cliënten (Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG], z.d.).

## 1.3. Organisatie

Fysiopraktijk Veluwse Poort is een praktijk voor fysiotherapie en medische fitness. Met ingang van februari 2019 telt de organisatie veertien medewerkers; tien van deze medewerkers zijn actief als fysiotherapeut, twee als paramedisch fitnessinstructeur en twee als secretaresse (Fysiopraktijk Veluwse Poort, z.d.). De specialisaties binnen de praktijk zijn divers, waardoor er een gevarieerde cliëntengroep kan worden geholpen. Specialisaties binnen de praktijk zijn onder andere orofaciale-, kinder-, manuele-, hipto- en oedeemtherapie. De praktijk heeft een oefenzaal waarin, aanvullend op de behandelingen, onder begeleiding getraind kan worden in het kader van revalidatie en ter bevordering van algehele fysieke gesteldheid.

Binnen de praktijk staat zorg van kwaliteit, met aandacht voor de wens/behoefte van de cliënt, bovenaan de waardenhiërarchie. Hieraan wordt uiting gegeven door tijd te nemen voor iedere cliënt en door elke cliënt in te delen bij een therapeut met een toepasselijke specialisatie. De eerder genoemde oefenzaal is een extra dienst die de praktijk biedt om het herstel van cliënten te bevorderen onder begeleiding van paramedische fitnessstrainers. Hier kunnen cliënten gedurende of na afloop van hun traject bij de fysiotherapeut terecht voor aanvullende training.

De huidige doelgroep van de fysiopraktijk is gevarieerd; cliënten van alle leeftijden worden geholpen met uiteenlopende klachten. Veelvoorkomende behandelingen zijn gericht op stress gerelateerde lichamelijke klachten en herstel na ziekte en/of ongeval. Ook chronische aandoeningen en ouderdomsklachten worden behandeld in de praktijk. Recentelijk is er in de vorm van een hart-, vaat-, en longfysiotherapeut en twee leefstijlcoaches i.o. meer kennis binnen de praktijk gekomen over leefstijlgerelateerde aandoeningen en het begeleiden hiervan; dit opent deuren voor een nieuwe doelgroep om geholpen te worden binnen de praktijk.

### 1.3.1. Missie en visie

Fysiopraktijk Veluwse Poort stelt de behoeften en mogelijkheden van cliënten centraal. Hierbij wil de praktijk hun zorg- en dienstverlening aan laten sluiten op de wensen van de cliënt. Hierbij is een goed evenwicht tussen *evidence based practice* en *clinical expertise* het streven. Kwaliteit van leven staat centraal in de visie van de praktijk: hoog kwalitatieve zorg verlenen met passie voor het vak en betrokkenheid bij de belevingswereld van cliënten. Om cliënten te helpen met herstel en het verhogen van hun kwaliteit van leven, is de Veluwse Poort actief in het samenwerken met andere zorginstellingen. De cliënt kan op deze manier het best geholpen worden; door een ieder te laten doen waar hij of zij goed in is en door samen te werken met verschillende professies in de zorg.

## 1.4. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om advies te geven aan fysiopraktijk Veluwse Poort over de opzet en inrichting van een afdeling voor leefstijlcoaching, zodat deze aansluit bij de werkzaamheden van POH's in Ede. Om tot dit advies te komen wordt vanuit de literatuur gekeken naar de kennis, vaardigheden en werkzaamheden die horen bij de leefstijlcoach als zorgprofessional. Vervolgens wordt onderzocht waaruit de werkzaamheden en ondersteuningswensen van POH's bestaan met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl. De resultaten van het onderzoek worden geanalyseerd om te komen tot een conclusie en advies over de mogelijkheden voor het inrichten voor een afdeling leefstijlcoaching die aansluit op de werkzaamheden van POH's in Ede.

## 1.5. Vraagstelling

Om tot de benodigde kennis te komen voor de doelstelling, zijn vraagstellingen opgezet die de leidraad vormen voor dit onderzoek. Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden is deze opgesplitst in drie deelvragen; een theoretische, empirische en analytische vraagstelling. Deze worden respectievelijk beantwoord in het theoretisch kader, het resultatenhoofdstuk en in de discussie. De centrale vraagstelling wordt beantwoord in de conclusie en luidt als volgt:

*Op welke werkzaamheden moet een afdeling voor leefstijlcoaching zich richten om te kunnen ondersteunen in de leefstijlbevorderende werkzaamheden van POH's in Ede?*

### 1.5.1. Theoretische vraagstelling

*Welke competenties bezit een leefstijlcoach volgens vakliteratuur en welke werkzaamheden horen hierbij?*

### 1.5.2. Empirische vragenstellingen

*Welke werkzaamheden verrichten POH's in Ede met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl?*

*In welke aspecten van hun werk wensen POH's in Ede ondersteuning van een leefstijlcoach?*

### 1.5.3. Analytische vraagstelling

*In welke aspecten van leefstijlbevordering kan de leefstijlcoach meerwaarde bieden, aanvullend op de werkzaamheden van POH's?*

## 1.6. Relevantie

### 1.6.1. Theoretische relevantie

De theoretische relevantie van dit onderzoek is te vinden in de bijdrage die geleverd wordt aan de beschikbare kennis binnen het vakgebied leefstijlcoaching. Door in kaart te brengen waar een afdeling voor leefstijlcoaching aan moet voldoen op basis van de huidige werkzaamheden van lokale praktijkondersteuners, wordt inzicht gegeven in de stappen die voorafgaan aan het opzetten van een afdeling voor leefstijlcoaching. Omdat leefstijlcoaching in Nederland nog in de kinderschoenen staat en omdat de huisartsenzorg al lange tijd in de eerstelijnszorg thuishoort, kunnen lokale onderzoeken zoals deze bijdragen aan een duidelijker beeld van de mogelijke samenwerkingen, aanpak(ken) en uitvoeringen van leefstijlcoaching in Nederland.

### 1.6.2. Maatschappelijke relevantie

De resultaten van het onderzoek zijn ook van maatschappelijke relevantie. De resultaten kunnen bijdragen aan een beter inzicht in het vraagstuk hoe leefstijlgerelateerde ziekten en -aandoeningen in Nederland tegengegaan kunnen worden. Ook kan het advies van dit onderzoek, dat zich richt op de vorm van leefstijlcoaching die binnen de afdeling leefstijlcoaching gegeven dient te worden, direct bijdragen aan het zorgaanbod voor mensen met leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico. Op de lange termijn kan dit onderzoek bijdragen aan het tegengaan van leefstijlgerelateerde ziektes en leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's.

### 1.6.3. Praktische relevantie

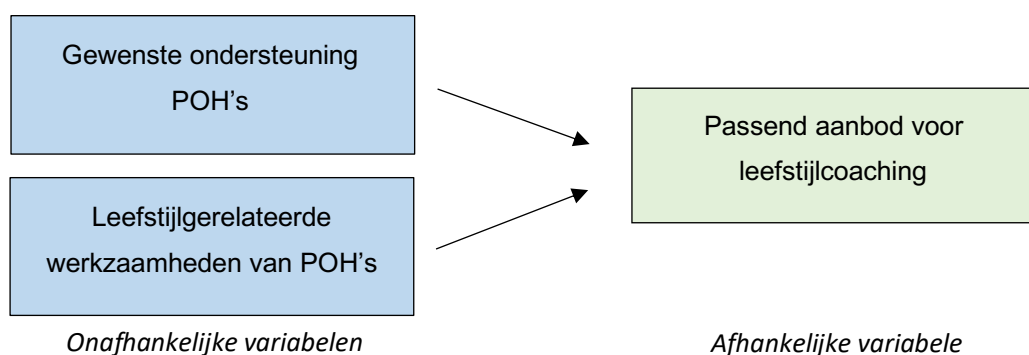
Dit onderzoek is relevant voor het werkveld van de SBE'er, omdat hij/zij op verschillende manieren te maken krijgt met leefstijl. Niet alleen is de SBE'er geschikt om vormen van beweging en fysieke

activiteit te begeleiden, maar ook zijn SBE'ers opgeleid om te coachen op gedragsverandering. SBE'ers kunnen daarom bij uitstek te werk gaan als leefstijlcoach, met name wanneer zij zich middels een minor of opleiding verdiepen in het aspect voeding. Ook als bewegingsagoog komt de SBE'er in aanraking met leefstijlcoaching; beweging is immers een onmisbaar onderdeel van een gezonde leefstijl.

De uitkomst van dit onderzoek geeft SBE'ers inzicht in het vormgeven van een passende aanpak voor leefstijlcoaching. Dit gebeurt door inzicht te geven in de mate van behoefte aan ondersteuning in de leefstijlbevorderende werkzaamheden van de eerstelijnszorg. Omdat de SBE'er competent is in het ontwikkelen van (gezondheids)interventies, is het voor de SBE'er van belang om een kijk te hebben op behoefte naar en invulling van leefstijlgerelateerde aanpakken. Zij kunnen immers zelf voor soortgelijke situaties komen te staan.

### 1.7. Globaal conceptueel model

Op basis van de doelstelling is een voorlopig conceptueel model opgezet van de kernbegrippen die in dit onderzoek bestudeerd worden en het onderlinge verband daartussen (Doorewaard, Kil & Van de Ven, 2016). In dit model worden de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele(n) onderscheiden. De onafhankelijke variabele kan hierbij gezien worden als de oorzaak, waarbij de afhankelijke variabele gezien kan worden als de uitkomstmaat (de invloed van x op y). Onderstaand is het conceptueel voor dit onderzoek weergegeven. In het conceptueel model is de relatie tussen de 'leefstijlgerelateerde werkzaamheden van POH's', 'gewenste ondersteuning POH's' en een 'passend aanbod voor leefstijlcoaching' weergegeven. Dit betekent dat de geschiktheid van het aanbod voor leefstijlcoaching bij fysiopraktijk Veluwse Poort bepaald wordt door de werkzaamheden van POH's in Ede, in combinatie met hun eventuele ondersteuningswensen.



*Figuur 1: Globaal conceptueel model*

## 2. Theoretisch kader

### 2.1. Begripsbepaling

#### 2.1.1. Leefstijlcoaching

Wegens het jonge vak leefstijlcoaching, zijn er weinig tot geen eenduidige definities voor dit begrip/vakgebied te vinden in de literatuur. De definitie voor leefstijlcoaching die in dit onderzoek gehanteerd wordt, is samengesteld uit twee verschillende definities, namelijk die voor 'leefstijl' en 'coaching'.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2018) definieert leefstijl als *“gedrag waarvoor een relatie met goede gezondheid of met gezondheidsproblemen is vastgesteld”*. Voor coaching wordt in dit onderzoek de definitie van de Nederlandse Orde van Beroepscoaches (NOBCO, 2018) gehanteerd. Deze definitie luidt als volgt: *“Coaching is die vorm van professionele begeleiding, waarbij de coach als gelijkwaardige partner de cliënt ondersteunt bij het behalen van zelfgekozen doelen”*. Typerend voor leefstijlcoaching is dat de coach de cliënt bekrachtigt om zelf regie in handen te nemen en actie te ondernemen ten opzichte van de gestelde doelen. De coach 'gidst' de cliënt als het ware naar een gezondere leefstijl, in plaats van het aanbieden van een kant-en-klare oplossing (BLCN, z.d.-a). De gecombineerde definitie van leefstijlcoaching die voor dit rapport gehanteerd wordt is: *Professionele begeleiding waarbij de cliënt ondersteund wordt bij het behalen van zelfgekozen gedragsdoelen die betrekking hebben op leefstijlgerelateerd gedrag (zoals o.a. beweging, voeding en roken)*.

#### 2.1.2. Leefstijlgerelateerde aandoeningen en leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico

Met leefstijlgerelateerde aandoeningen en leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico worden in dit onderzoek lichamelijke dan wel mentale klachten bedoeld die ontstaan zijn of verergerd worden door verwaarlozing van de BRAVO-factoren (Beweging, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning), waarbij met name de factoren beweging en voeding. Voorbeelden hiervan zijn aandoeningen als diabetes type 2, COPD, (ernstig) overgewicht, longkanker, hartinfarct, beroerte en depressie (RIVM, 2012; Hidaka, 2012).

#### 2.1.3. Leefstijladvies

Leefstijladvies wordt onderscheiden van leefstijlcoaching door het ontbreken van daadwerkelijke begeleiding bij advisering. Leefstijladvies kan plaatsvinden bij zorgverleners die geen tijd, expertise of aandacht hebben voor het begeleiden van leefstijlgerelateerde gedragsverandering. Het geven van advies, wat door Van Dale (z.d.), ook wel 'raadgeven' genoemd wordt, kan eenmalig of herhaaldelijk plaatsvinden. Met name (huis)artsen, die geen tijd hebben voor individuele begeleiding, geven leefstijladvies (NHG, 2015).

## 2.2. Afbakening doelgroep

Binnen huisartspraktijken zijn praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen werkzaam. Praktijkverpleegkundigen verlenen verpleegkundige zorg na zelf te hebben geïndiceerd en geredeneerd (Landelijke Huisartsen Vereniging [LHV], 2017). Praktijkondersteuners werken meer volgens protocollen en richtlijnen; zij handelen op basis van de diagnose van de huisartsen. De POH begeleidt dus op zelfstandige basis, maar onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Niet elke praktijkondersteuner voert dezelfde werkzaamheden uit. Er kan namelijk onderscheid gemaakt worden tussen drie vormen van praktijkondersteuning. De voornaamste twee vormen hiervan zijn de POH-S (praktijkondersteuner somatiek) en POH-GGZ (praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg), die zich respectievelijk richten op lichamelijke, chronische aandoeningen en psychische of psychosociale hulp (NIVEL, 2016). Voorbeelden van andere 'subgroepen' van praktijkondersteuners zijn de POH-jeugd, POH-GGZ en POH-ouderenzorg (NIVEL, 2016). In dit onderzoek staan de praktijkondersteuners somatiek centraal; zij hebben te maken met het signaleren en behandelen van (leefstijlgerelateerd) chronische aandoeningen.

## 2.3. Toelichting variabelen

In dit deel van het theoretisch kader worden de variabelen uit het voorlopig conceptueel model uiteengezet om een duidelijker beeld te krijgen van de inhoud van deze variabelen en de relatie tussen de variabelen.

### 2.3.1. Onafhankelijke variabelen

#### *Leefstijlgerelateerde werkzaamheden POH's*

De leefstijlgerelateerde werkzaamheden van praktijkondersteuners worden vanuit de literatuur bekeken om een beeld te krijgen van hun leefstijlbevorderende werkzaamheden. Deze informatie geeft richting aan en input voor de methodische keuzes die gemaakt worden in dit onderzoek.

In het competentieprofiel van de praktijkondersteuner wordt de POH gedefinieerd als verpleegkundige medewerker binnen de huisartsenpraktijk die gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg aanbiedt, met name aan cliënten met een chronische ziekte (LHV, 2017). Hierbij zijn het leren omgaan met beperkingen, de bevordering van zelfredzaamheid en algehele leefstijlbeïnvloeding belangrijke aandachtspunten. Volgens hetzelfde competentieprofiel houden praktijkondersteuners zich vooral bezig met diabetes mellitus type 2, astma/COPD en cardiovasculair risicomangement (LHV, 2017). Cijfers van het NIVEL (2016) laten zien dat ongeveer 80% van de POH's te maken heeft met cliënten met diabetes type 2 en dat 78% te maken heeft met cliënten met hart- en vaatziekte. Hetzelfde NIVEL-rapport geeft inzicht in de kenmerken van de POH; de werkzaamheden bestaan voornamelijk uit periodieke controles van mensen met chronische aandoeningen, voorlichting en educatie tijdens spreekuur of huisbezoek, rapportage in cliëntdossiers of overleg met andere zorgverleners. Kenmerkend voor het werk van de POH is de aandacht voor

leefstijl in hun voorlichtingen: in respectievelijk 74% en 73% van deze consulten wordt er over fysieke beweging en voeding gesproken (NIVEL, 2012). Om achter de precieze taken van de POH op dit gebied te komen en hoe hun taakverdeling met andere zorgverleners in de praktijk is, vraagt om nader onderzoek bij huisartspraktijken (NIVEL, 2012).

POH's somatiek worden opgeleid om cliënten met diabetes, astma en chronische longziekten en (de risicogroep voor) hart- en vaatziekten te begeleiden (NIVEL, 2012). Tevens worden zij opgeleid in gespreksvaardigheden, maar is er nog winst mogelijk op het gebied van motiverende gespreksvoering, wat een belangrijk element van leefstijlcoaching is (NIVEL, 2012; Bijma & Lak, 2012). Waaruit de precieze begeleiding bestaat is niet teruggevonden in vakliteratuur.

### *Dimensies (operationalisering)*

Om de leefstijlgerelateerde werkzaamheden van POH's in Ede meetbaar te maken, worden deze opgedeeld in dimensies. Deze dimensies worden opgesteld aan de hand van het competentieprofiel van de LHV (2017), waarin omschreven wordt dat POH zich bezig houdt met preventie, monitoring, begeleiding, voorlichting en educatie bij cliënten met chronische aandoeningen. De dimensies zijn ook terug te vinden in de NHG-zorgstandaarden voor obesitas, cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en diabetes mellitus type 2 (NHG, 2010, 2012, 2018). De dimensie 'educatie' is in de operationalisering niet meegenomen, omdat educatieve programma's enkel gegeven worden aan kinderen (NHG, 2010). Door de bovenstaande dimensies uit te vragen wordt een beeld geschetst van de werkzaamheden van POH's in Ede in relatie tot het bevorderen van een gezonde leefstijl bij cliënten.

Om de dimensies meetbaar te maken, zijn deze opgedeeld in verschillende topics. Onder de dimensie 'preventie' is de topic die centraal staat de preventieve maatregelen die POH's ondernemen ter preventie van leefstijlgerelateerde chronische aandoeningen; dit komt terug in de zorgstandaard van zowel cardiovasculair risicomanagement als in die van obesitas (NHG, 2010, 2012). Bij de dimensie 'monitoring' staan er twee topics centraal: controles en verwijzingen. Deze topics komen terug in de zorgstandaarden voor obesitas, diabetes mellitus type 2 en CVRM (NHG, 2010, 2012, 2018). In deze zelfde zorgstandaarden voor huisartsen en POH's worden onderwerpen genoemd binnen de dimensies 'begeleiding' en 'voorlichting'; onder begeleiding horen werkzaamheden gerelateerd aan voeding, beweging en psychologische ondersteuning. Daaraan is ook de topic 'tijd' toegevoegd. Deze topic is toegevoegd aan bovenstaande topics om erachter te komen of de POH's voldoende tijd denken te hebben voor hun cliënten. Bij 'voorlichting' wordt er onderscheid gemaakt tussen voorlichting met betrekking tot voeding, beweging en verhoogd risico.

De aanvullende dimensie 'overig' is niet onderbouwd vanuit de NHG-standaard, maar dient ter aanvulling op de eerdere dimensies; er wordt hierbij gekeken naar de voorwaarden voor doorverwijzing naar andere zorgprofessionals en naar de werkzaamheden die POH's verrichten buiten de NHG-dimensies om.

| Kernbegrip                                | Dimensies    | Topics                       |
|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| Leefstijlgerelateerde werkzaamheden POH's | Preventie    | Preventieve maatregelen      |
|                                           | Monitoring   | Meting                       |
|                                           |              | Tijdsduur                    |
|                                           | Begeleiding  | Voeding                      |
|                                           |              | Beweging                     |
|                                           |              | Psychologische ondersteuning |
|                                           | Voorlichting | Voeding                      |
|                                           |              | Beweging                     |
|                                           |              | Verhoogd risico              |
|                                           | Overig       | Andere werkzaamheden         |
|                                           |              | Doorverwijzing               |

*Tabel 1: Dimensies en topics bij onafhankelijke variabele 'Leefstijlgerelateerde werkzaamheden POH's'*

### *Gewenste ondersteuning POH's*

De tweede onafhankelijke variabele, de gewenste ondersteuning die POH's van leefstijlcoaches zouden kunnen krijgen, staat los van de leefstijlgerelateerde werkzaamheden van POH's en is om deze reden een aparte variabele. Deze variabele heeft invloed op het aanbod voor leefstijlcoaching (afhankelijke variabele) dat aangeboden kan worden, door richting te geven aan de werkzaamheden van een leefstijlafdeling. Specifieke onderzoeken naar ondersteuningswensen van praktijkondersteuners ten opzichte van leefstijlcoaching zijn nog niet gedaan. Beschikbare literatuur over de ondersteuningswensen van POH's richt zich met name op de behoefte aan professionele ontwikkeling van deze doelgroep. Deze kunnen een beeld geven van de aspecten van leefstijlbevordering waar POH's ondersteuning in wensen.

Wanneer er wordt gekeken naar deze behoeften in relatie tot leefstijlbevorderende werkzaamheden, komt er in meerdere onderzoeken naar voren dat POH's een gebrek ervaren aan begeleidingsvaardigheden met betrekking tot gezondheidsbevordering. Zo bleken praktijkondersteuners verschillende beperkingen te ervaren in leefstijlbegeleiding: te weinig tijd, weerstand van de cliënt en gebrek aan de juiste training (Lambe & Collins, 2010). Alhoewel het belang van gezondheidsbevordering erkent wordt door zowel huisartsen als POH's, hebben zij vaak niet de vaardigheden of het vertrouwen om leefstijl te kunnen bevorderen (Stephoe, Doherty, Kendrick, Rink & Hilton, 1999). De behoefte van praktijkondersteuners om begeleidingsvaardigheden en gezondheidsbevordering te ontwikkelen is er wel, aldus Ross, Bower en Sibbald (1994).

Behoeften die bij POH's geregistreerd werden in relatie tot gewichtsregulatie zijn onder andere: meer tijd, betere faciliteiten en meer kennis en vaardigheden (Mercer & Tessier, 2001). Soortgelijke behoeften met betrekking tot bevordering van fysieke activiteit werden gevonden door McKenna,

Nayler en McDowell (1998), die aantoonen dat huisartsen en hun praktijkondersteuners zich in dit opzicht beperkt kunnen voelen door gebrek aan tijd, middelen en succeservaringen.

Uit een onderzoek uit 2014 bleek dat een deel van de praktijkondersteuners de wens had om hun professionele netwerk uit te breiden, met name in de vorm van multidisciplinaire samenwerkingen (Halcomb, Meadley & Streeter, 2014).

### Dimensies (operationalisering)

De dimensie 'ondersteuning' laat mogelijkheid voor POH's om eventuele ondersteuningswensen te uiten. Deze dimensie is niet opgedeeld in verdere topics, omdat de behoeften van POH's sterk uiteen kunnen lopen op basis van lokale zorgvragen, eisen van de huisartspraktijk, ervaren vaardigheden en zelfvertrouwen (Halcomb, Davidson, Daly, Yallop & Toftler, 2004). Er wordt daarom onderzocht in welke aspecten van leefstijlbevordering POH's ondersteuning wenselijk vinden.

| Kernbegrip                   | Dimensies     | Topics                                          |
|------------------------------|---------------|-------------------------------------------------|
| Gewenste ondersteuning POH's | Ondersteuning | Verschillende aspecten van leefstijlbevordering |

Tabel 2: Dimensies en topics bij onafhankelijke variabele 'Gewenste ondersteuning POH's'

#### 2.3.2. Afhankelijke variabele

##### *Passend aanbod leefstijlcoaching*

De onafhankelijke variabelen die bovenstaand beschreven zijn vormen de input voor de afhankelijke variabele 'een passend aanbod voor leefstijlcoaching'. Een passend aanbod betekent in dit geval de inrichting van een afdeling voor leefstijlcoaching, waarbij de werkzaamheden in het verlengde van de huidige werkzaamheden van POH's in Ede zijn en waarbij ingespeeld wordt op hun ondersteuningswensen

##### *Dimensies (operationalisering)*

Bij het opzetten van een passend aanbod voor leefstijlcoaching wordt er gekeken naar een invulling die aansluit op de werkzaamheden en tekortkomingen van POH's in Ede om een afdeling voor leefstijlcoaching op te zetten die geen werkzaamheden van de POH's uit neemt. De dimensie die hierbij hoort is de mate waarin de afdeling voor leefstijlcoaching aansluit bij de praktijkondersteuners. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de aansluiting op de werkzaamheden en de ondersteuningswensen omdat deze variabelen beide op een andere manier invulling geven aan het uiteindelijke aanbod voor leefstijlcoaching. Zo geven de leefstijlgerelateerde werkzaamheden van POH's enerzijds een idee over de werkzaamheden die de leefstijlcoach bij Veluwe Poort niet hoeft uit te voeren, terwijl anderzijds de gewenste ondersteuning van POH's een idee geven over de werkzaamheden die de afdeling voor leefstijlcoaching wel zou moeten verrichten.

| Kernbegrip                            | Dimensies   | Topics                              |
|---------------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| Passend aanbod voor leefstijlcoaching | Aansluiting | Leefstijlgerelateerde werkzaamheden |
|                                       |             | Gewenste ondersteuning              |

Tabel 3: Dimensies en topics bij afhankelijke variabele 'Passend aanbod leefstijlcoaching'

## 2.4. De leefstijlcoach

Eerder in het theoretisch kader werd de definitie van leefstijlcoaching gegeven: *Professionele begeleiding waarbij de cliënt ondersteund wordt bij het behalen van zelfgekozen gedragsdoelen die betrekking hebben op leefstijlgerelateerd gedrag (zoals o.a. beweging, voeding en roken)*. De leefstijlcoach kan omschreven worden als een professional die mensen begeleidt door het stimuleren van zelfregie in het bevorderen van eigen gezondheid en welzijn (BLCN, 2016). Leefstijlcoaches kunnen werkzaam zijn in verschillende zorgsettingen om cliënten te ondersteunen in het aannemen of volhouden van gezond gedrag.

### 2.4.1. Competenties van de leefstijlcoach

Volgens de Academie voor Leefstijl en Gezondheid (AVLEG) bezit de leefstijlcoach kennis van en inzicht in de integrale begeleiding van cliënten (AVLEG, z.d.). Ook stelt het AVLEG dat adequate begeleiding naar duurzame leefstijlverandering een vereiste competentie is van de leefstijlcoach, samen met kennis van en inzicht in de essentie van coaching. De leefstijlcoach als professional moet aan een aantal competenties voldoen om zijn werk volgens de standaarden uit te kunnen voeren. Deze competenties, zoals omschreven door het AVLEG (z.d) en het BLCN (2016), zijn onderstaand onderverdeeld in vier koppen: coaching, voeding, beweging en gezonde gewoontes.

#### Coaching

Volgens de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland (2016) zijn er negen competenties die de leefstijlcoach eigen zijn op het gebied van coaching. Zo is de leefstijlcoach in staat om een professionele vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt en kan de leefstijlcoach vragen en knelpunten op het gebied van leefstijl en welzijn interpreteren en verhelderen. Dit stelt de leefstijlcoach in staat om cliënten te helpen bij het versterken en onderhouden van hun motivatie om gezonde gewoontes te introduceren en vol te houden. Gedurende dit proces richt de leefstijlcoach zich zonder vooroordelen op de cliënt en helpt de cliënt om tot acties te komen die passend zijn en het welzijn vergroten. Tevens weet de leefstijlcoach om te gaan met weerstand bij cliënten en kan hij aansluiten bij het denkniveau, de persoonlijkheid en de leerstijl van de persoon die begeleid wordt. De leefstijlcoach is in staat om het ontwikkelingsproces van cliënten te overzien en daarin bij te sturen. Ook kan de leefstijlcoach helder aan derden rapporteren over een plan van aanpak en de voortgang en resultaten daarvan.

## Voeding

De AVLEG (z.d.) omschrijft negen competenties die een leefstijlcoach in ieder geval moet bezitten op het gebied van (begeleiding van) voeding. Zo is een leefstijlcoach in staat om voedingsanamneses uit te voeren en data en criteria verzamelen voor verwerking in een leefstijlplan, dat opgesteld is aan de hand van SMAR-doelstellingen. Het herkennen van externe en/of emotionele triggers in eetgedrag hoort ook bij de competenties van een leefstijlcoach, in combinatie met het herkennen van voedingspatronen. Het inzetten, analyseren en beoordelen van tools, zoals bijvoorbeeld een eetdagboek, en het vervolgens kunnen berekenen van de energiebehoefte van de cliënt, mag ook van de leefstijlcoach verwacht worden. De leefstijlcoach is ook in staat om voedselveiligheid te benoemen en in te schatten; ook kan hij/zij voedingsstoffen benoemen met hun bijhorende functies. Het herkennen van verschillende behoeftes op basis van leeftijdsfase, activiteitenpatroon en/of ziekte, speelt een belangrijke rol in het opstellen van eerder genoemde leefstijlplannen.

## Beweging

De AVLEG (z.d.) omschrijft dertien competenties die de leefstijlcoach bezit met betrekking tot de pijler 'beweging'; van deze dertien zijn er zes die niet al onder de 'coaching' competenties vallen die eerder omschreven zijn in dit hoofdstuk. Volgens het AVLEG kan de leefstijlcoach op het gebied van beweging diverse fittesten afnemen en interpreteren, met de cliënt beweegdoelen en beweegredenen benoemen en een trainingsprogramma of beweegplan opstellen voor diverse doelgroepen conform beweegrichtlijnen. Daarnaast heeft de leefstijlcoach inzicht in de belastbaarheid van de cliënt en de bijhorende trainingsconsequenties. Tot slot kan de leefstijlcoach bewegingsbegeleiding bieden voor mensen met een ziekte, aandoening en/of lichamelijke beperking, en kan de leefstijlcoach groepscounseling toepassen in workshops en andere settingen.

## Gezonde gewoontes

Op het gebied van gezonde gewoontes omschrijft het BLCN (2016) zeven competenties. De eerste competentie stelt dat de leefstijlcoach in staat is om zelfstandig een leefstijlanalyse uit te voeren en een leefstijlinterventie te ontwerpen. Daarnaast heeft de leefstijlcoach praktijk georiënteerde basiskennis over biologische en/of medische leefstijlgerelateerde onderwerpen. De leefstijlcoach kan tevens het slaap- en ontspanningspatroon beoordelen van een cliënt en hier adviezen op geven; ook kan de leefstijlcoach vaardigheden en kennis gebruiken op het gebied van contact maken met eigen lichaam. Om dat te doen moet de leefstijlcoach kennis en vaardigheden bezitten op het gebied van stressmanagement. Ook heeft de leefstijlcoach globale kennis over verslaving en over tijd- en energiemangement.

### 2.4.2. Beroepscontext van de leefstijlcoach

Met de competenties die bij de leefstijlcoach horen, kan hij/zijn in meerdere settingen werkzaam zijn. De Nederlandse Beroepsvereniging voor Leefstijlprofessionals (NBLP, 2015) omschrijft vijf beroepscontexten voor leefstijlprofessionals: de sport en vrije tijdssector, het bedrijfsleven, de

zorgsector, intermediairs en overheden/koepelorganisaties. Tevens omschrijft de NBLP (2015) de kerntaken van de leefstijlprofessional:

1. Implementeren van intakefase, analysefase en leefstijlinterventie voor de cliënt
2. Informeren van de cliënt ten aanzien van gezondheidsbevorderende acties d.m.v. bewegings- en/of leefstijlactiviteiten
3. Initiëren en creëren van leefstijlinterventies gericht op het realiseren van gezondheidswinst
4. Vergaren, ontwikkelen en delen van kennis
5. Managen van de bedrijfsvoering van een beweeg- en/of leefstijlorganisatie

Kenmerkend voor de werkzaamheden van de leefstijlcoach is de integrale benadering in het inzichtelijk maken van de samenhang tussen lichaam, geest en zingeving bij de cliënt (BLCN, 2016). De leefstijlcoach zorgt ervoor dat de cliënt zijn doelen kan vertalen naar concrete stappen en vervolgens tot actie overgaat. Wanneer een cliënt meer dan één zorgverlener ziet op het gebied van zijn of haar gezondheid, dan helpt de leefstijlcoach de cliënt om samenhang te vinden in de verschillende leefstijladviezen (BLCN, 2016).

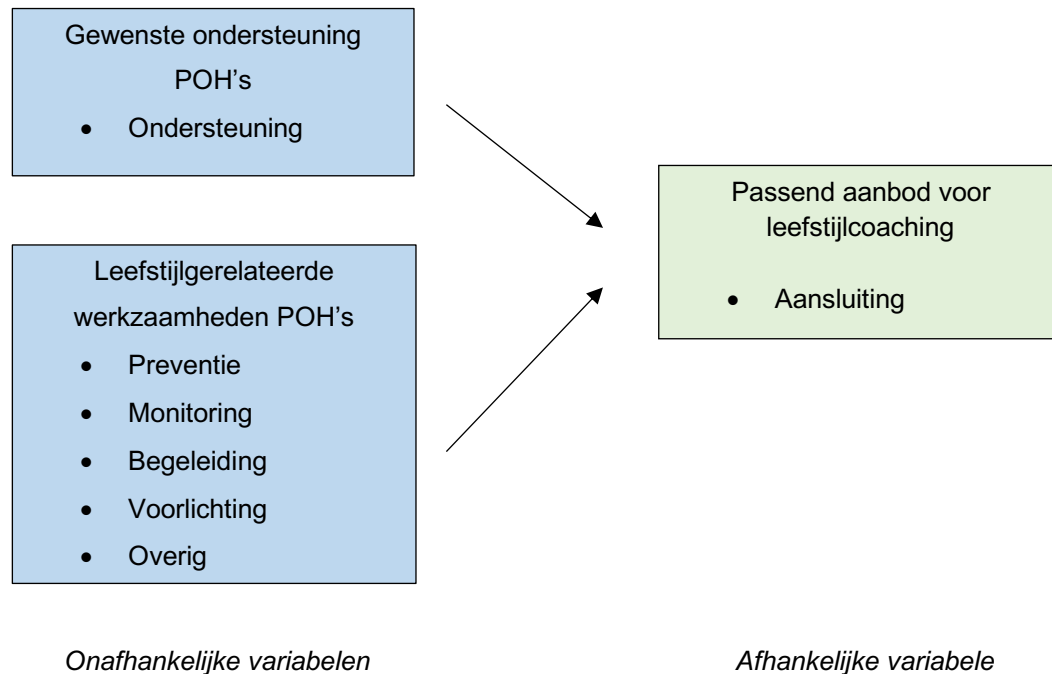
## 2.5. Conclusie

In dit theoretisch kader heeft een begripsbepaling van de variabelen plaatsgevonden en is hun onderlinge verband toegelicht. Daarbij heeft een uiteenzetting plaatsgevonden van de topics die het conceptueel model voor dit onderzoek vormen. Op basis van deze operationalisering kon het definitieve conceptuele model worden opgesteld. Aan de hand van het definitieve conceptuele model kan inzichtelijk gemaakt worden uit welke dimensies de variabelen bestaan en hoe deze elkaar beïnvloeden. Dit is richtinggevend voor de methode van het onderzoek, dat in hoofdstuk 3 besproken wordt. In figuur 2 is het definitief conceptueel model weergegeven.

In het tweede deel van het theoretisch kader is getracht antwoord te geven op de theoretische vraagstelling: *‘Welke competenties bezit een leefstijlcoach volgens vakliteratuur en welke werkzaamheden horen hierbij?’*. Er is op basis van omschrijvingen van het AVLEG, de BLCN en het NBLP getracht tot een competentieomschrijving te komen die een duidelijk beeld geeft van de leefstijlcoach en diens kwaliteiten. Ook is de beroepscontext van de leefstijlcoach omschreven in combinatie met diens voornaamste werkzaamheden.

Samenvattend kan gezegd worden dat de leefstijlcoach verschillende competenties bezit binnen de pijlers voeding, beweging, coaching en gezonde gewoontes. De leefstijlcoach kan op individueel-, groeps-, multidisciplinair- en organisatieniveau gezondheid bevorderen, door zich te richten op leefstijlgerelateerde gedragsverandering voor doelgroepen met een leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico. De leefstijlcoach heeft kennis van methodes en handvaten om de cliënt op weg te helpen in deze gedragsverandering, en is in staat om vragen te beantwoorden en uitleg te geven over leefstijlgerelateerde onderwerpen zoals voeding, beweging, stress en roken. Het analyseren van iemands leefstijl(gedrag) en het verwerken hiervan in een integraal plan van aanpak, onderscheidt de

leefstijlcoach van andere zorgprofessionals. De leefstijlcoach kan met diens veelzijdige aanbod in veel sectoren te werk: de sport en vrije tijdssector, het bedrijfsleven, de zorgsector, intermediairs en overheden/koepelorganisaties. Het werk dat de leefstijlcoach verricht bestaat uit intakes en analyses van een hulpvraag op het gebied van gezonde leefstijl; aansluitend hierop maakt de leefstijlcoach een interventie. De leefstijlcoach kan deze interventie zelf uitvoeren, maar kan er ook voor kiezen delen hiervan uit te besteden aan de diëtist en/of een beweeginstelling. De leefstijlcoach blijft gedurende de interventie de spin in het web bij eventuele multidisciplinaire aanpak voor de cliënt.



*Figuur 2: Definitief conceptueel model*

### 3. Methode

#### 3.1. Onderzoeksstrategie

Omdat er sprake was van een niet eerder onderzochte situatie en omdat leefstijlcoaching een jong vakgebied is, is ervoor gekozen om kwalitatieve resultaten uit de praktijk te verzamelen voor dit onderzoek. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek moesten helpen met het opstellen van een aansluitende aanpak voor leefstijlcoaching op de werkzaamheden van POH's. Om deze reden is dit onderzoek naast kwalitatief ook praktijkgericht: het resultaat van het onderzoek levert een bijdrage aan de beroepspraktijk (Doorewaard et al., 2016). De keuze voor kwalitatief onderzoek is te herleiden naar de vraagstelling, waarin er gevraagd wordt naar de specifieke werkzaamheden van POH's. Omdat er sprake kan zijn van uiteenlopende aanpakken en verschillende ervaringen bij de respondenten werd daarom niet met aantallen gewerkt, maar met dimensies en topics.

#### 3.2. Doelgroep

##### 3.2.1. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor dit onderzoek bestaat uit POH's in Nederland met specialisatie in somatiek. POH's zijn, gebaseerd op een enquête van het NIVEL in 2016, voornamelijk vrouwelijk (96%) en ongeveer de helft van de POH's is 50 jaar of ouder. Naar schatting ligt het aantal werkzame POH's somatiek in Nederland tussen de 5900 en 6700; bij 88% van de huisartspraktijken in Nederland is minstens één POH-somatiek aanwezig (NIVEL, 2016). Veelvoorkomende vooropleidingen van POH's zijn doktersassistente (mbo-niveau) en verpleegkunde (zowel mbo- als hbo-niveau) (NIVEL, 2016).

##### 3.2.2. Onderzoeksgroep

Voor de onderzoeksgroep werden in totaal dertien praktijkondersteuners benaderd, afkomstig van verschillende huisartspraktijken in Ede. De benaderde huisartspraktijken zijn gevestigd in medisch centrum de Veluwe Poort, eerstelijnscentrum Beatrixpark en Kernhem Medisch Centrum. Deze huisartspraktijken zijn geselecteerd op basis van de samenwerkingen die fysiopraktijk Veluwe Poort heeft met deze praktijken en/of de fysieke nabijheid van deze praktijken in relatie tot de fysiopraktijk. De POH's zijn benaderd op basis van hun werk met chronische en/of leefstijlgerelateerde klachten en aandoeningen (POH's somatiek). De praktijken die benaderd werden zijn: Muthu, Michon, Pekkeriet, De Tulp, Ginkel en Vincent en Klaar.

| Onderzoeksgroep | Respondenten |
|-----------------|--------------|
| (N=14)          | (N=6)        |

*Tabel 4: Aantal respondenten ten opzichte van de benaderde onderzoeksgroep*

### 3.3. Methode

Om antwoord te geven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek, werd er gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews. Wegens de kwalitatieve aard van de onderzochte gegevens is er gekozen voor semigestructureerde diepte-interviews. Deze keuze is gemaakt omdat dit onderzoek uitgevoerd wordt bij een relatief kleine populatie, waarbij de verwachting was dat onderlinge verkregen informatie kan verschillen (Jones & Robinson, 2015). De keuze voor semigestructureerd interview is te verklaren door de aard van de onderwerpen en de persoonlijke oriëntatie van het onderzoek: er is met deze methode meer vrijheid om specifiek door te vragen op relevante onderwerpen, ook wanneer hier op voorhand geen vragen over opgesteld zijn (Jones & Robinson, 2015).

### 3.4. Instrument

De vragen waaruit de interviews bestaan (zie bijlage 1) zijn gebaseerd op het (definitief) conceptueel model uit het theoretisch kader. De variabelen 'leefstijlgerelateerde werkzaamheden POH's', 'gewenste ondersteuning POH's' en 'passend aanbod leefstijlcoaching' zijn hiervoor opgedeeld in dimensies en topics. Deze topics zijn in hoofdstuk 2 weergegeven in tabel 1. De topics zijn een uiteenzetting van de dimensies en vormen de leidraad voor de interviews; deze onderwerpen zijn vertaald naar interviewvragen. Door de interviews aan de hand van een gestandaardiseerde interviewchecklist te houden, werd de betrouwbaarheid gewaarborgd. Verdere waarborging van betrouwbaarheid is omschreven in 3.6.1. De vragenlijst is voorafgaand aan de interviews één keer gepre-test om te kijken hoeveel tijd de vragen kostten, of er knelpunten waren en of de onderwerpen logisch op elkaar volgden. Voordat de interviews gehouden werden is de vragenlijst doorgenomen met de opdrachtgevers, om in overleg tot een vragenlijst te komen die aansloot op de dimensies en de doelstelling van het onderzoek.

### 3.5. Onderzoeksprocedure

De doelgroep werd in eerste instantie benaderd door een bezoek te brengen aan de fysieke locaties van de huisartsenpraktijken en te vragen om de contactgegevens van de POH's. Hierbij werd benadrukt dat het ging om een onderzoek vanuit fysiopraktijk Veluwse Poort, omdat de fysiopraktijk bekend is bij deze huisartspraktijken. Tevens werd er een brief achtergelaten die doorgegeven werd aan de POH's (zie bijlage 2). Hierna zijn de POH's ieder afzonderlijk gemaild en/of gebeld en gevraagd voor deelname aan het onderzoek. De achtergrond en inhoud van het onderzoek werden hierbij toegelicht. Bij goedkeuring werd een afspraak ingepland van 20-30 minuten waarin de deelnemers afzonderlijk werden geïnterviewd. Deze interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder en later uitgewerkt en geanalyseerd. De interviews werden gehouden op de werkplek van de POH's. De interviews zijn in april en mei 2019 gehouden. De data en tijdstippen van deze onderzoeken werden in overleg met de respondenten vastgelegd. Alle interviews werden volgens dezelfde checklist gehouden (bijlage 3).

### 3.6. Kwaliteit

#### 3.6.1. Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen, werden alle interviews aan de hand van dezelfde topiclijst gehouden. De interne consistentie is gewaarborgd door de vragen uit het interview vorm te geven aan de hand van de dimensies en topics uit het theoretisch kader. Researcher error, een verschillende aanpak van verschillende onderzoekers, werd voorkomen door uitvoering door één onderzoeker (Jones & Robinson, 2015). Door tijdens de interviews met regelmaat de antwoorden van de respondent terug te koppelen, werd er gecontroleerd of de informatie/antwoorden juist begrepen werd; de respondent kreeg de kans om op of aanmerkingen te maken op zijn of haar antwoord. Het aanhouden van dezelfde interviewchecklist dat bij het meetinstrument is opgesteld waarborgde tevens de betrouwbaarheid van het onderzoek.

#### 3.6.2. Validiteit

##### *Interne validiteit*

De interne validiteit van dit onderzoek is gewaarborgd door de keuze voor wetenschappelijke onderbouwing; in de aanleiding en verdere delen van dit onderzoek is enkel gemaakt van 'peer'-reviewed tijdschriften, overheidspublicaties, vaktijdschriften en boeken/sites van experts. De gemaakte vragenlijst is samengesteld in overleg met een leefstijlcoach i.o. en fysiotherapeut.

##### *Externe validiteit*

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek naar andere situaties is onbekend. Alhoewel de resultaten richting gevend kunnen zijn voor andere organisaties, kan dit onderzoek wegens de kwalitatieve aard en beperkte populatie niet gebruikt worden om te generaliseren naar een grotere populatie.

### 3.7. Data-analyse

Door het transcriberen van de opgenomen interviews en het indelen van de verkregen informatie in topics werden de interviews geanalyseerd (Doorewaard et al., 2016). De resultaten van de interviews zijn verwerkt na het uittypen van de interviews (bijlage 4). De indeling van de resultaten is in bijlage 5 te vinden; hierbij zijn de resultaten uitgewerkt op globaal niveau. De informatie die verkregen is van de respondenten is per vraag geanalyseerd op overeenkomsten en verschillen; hierop werden de uiteindelijke conclusies gebaseerd. De resultaten van het empirisch onderzoek werden vervolgens vergeleken met de resultaten uit het theoretisch onderzoek en er werd onderzocht waar overlap was en conclusies getrokken konden worden. Ook is er middels het concept van invloed-analyse rekening gehouden met de relevantie van bepaalde topics met betrekking tot de afhankelijke variabele. Uiteindelijk kon er op basis van het theoretisch- en empirisch onderzoek een conclusie getrokken worden die de hoofdvraag beantwoordde. Alle respondenten gaven hun goedkeuring voor (anonieme) verwerking en publicatie van hun antwoorden.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de interviews weergegeven. Hierbij zijn de resultaten per dimensie en topic ingedeeld. Naast de weergave van de onderzoeksresultaten wordt er in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de empirische deelvragen van dit onderzoek.

### 4.1. Preventie

#### 4.1.1. Preventieve maatregelen

Onder de respondenten werden verschillende werkzaamheden verricht ter preventie van leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico. Vijf van de zes respondenten maakten kenbaar dat zij advies geven op leefstijlgerelateerde factoren; R2 zei hierover: *“Ik geef adviezen met betrekking tot voeding en beweging, en ook wel stress”*. Drie van de zes respondenten gaf aan bloedonderzoek te doen ter preventie van cardiovasculair risico(verhoging). Twee van deze respondenten gaven tevens aan cholesterol en suikerwaardes te meten ter preventie. Het bepalen van het BMI en het aanpassen van medicatie werd ook door twee mensen genoemd als preventietaak. Een taak die ook door twee van de zes respondenten benoemd werd was de inventarisatie van leefstijlfactoren bij cliënten, zoals R4 zei: *“In elk consult ga ik eigenlijk vragen wat ze aan leefstijl doen.”*. Andere werkzaamheden die de respondenten noemden, die niet overeen kwamen met ieders antwoorden waren: motiverende gespreksvoering, aankaarten van rookgedrag, drempels tot gezond gedrag identificeren, doorverwijzen naar diëtist of fysiotherapeut en stressreductie. R2 gaf nadrukkelijk aan geen workshops en/of presentaties te geven ter preventie: *“Nee, het is puur ik tot de cliënt.”*

### 4.2. Monitoring

#### 4.2.1. Meting

Alle respondenten gaven aan metingen te doen voor het bloedsuikergehalte, het cholesterol en de bloeddruk. Vijf van deze respondenten gaven aan gewicht, lengte en/of BMI te meten. Drie respondenten maten de buikomvang van cliënten. Nierfunctie, urine en hartslag werden ook door drie respondenten genoemd. De metingen die gedaan konden verschillen per tijdstip in het behandeltraject. Zo zei R1: *“Bij ons is dat eigenlijk altijd lengte, gewicht, buikomvang en minimaal één keer per jaar het lab: glucose, cholesterol”*. R6 week deels af van de andere respondenten met metingen van longfunctie, saturatie en vaatonderzoek.

#### 4.2.2. Tijdsduur

Het aantal minuten dat de respondenten per afspraak met cliënten zeiden te besteden varieert tussen 20 en 40 minuten. Zo gaven twee respondenten aan 20 minuten voor een afspraak te hebben, terwijl weer twee anderen aangaven 30 minuten te hebben voor een afspraak. De resterende twee gaven aan 20 of 30 minuten te hebben. Hierop vormde R2 een uitzondering: *“Ik start meestal met 40 minuten, de eerste keer dat ik mensen zie. Als mensen terug willen komen, dan plan ik een half uur.”*. Alle respondenten gaven aan hun cliënten op het gebied van CVRM of diabetes minimaal één keer

per jaar te zien; vijf van de respondenten gaven aan diabetici elk kwartaal te zien. R6 vormde hierin de uitzondering: *“Minimaal eens per jaar”* zei ze, *“Als daar behoeften liggen, of de waardes zijn niet goed, dan vaker”*. Vier andere respondenten gaven ook aan cliënten vaker te zien als daar behoefte aan is vanuit de cliënt, of wanneer de cliënt geen stabiele waardes heeft. Door twee respondenten werden cliënten met een hoge bloeddruk apart benoemd, met minimaal één of twee afspraken per jaar.

### 4.3. Begeleiding

#### 4.3.1. Voeding

Begeleiding op het gebied van voeding kwam bij vier van de zes respondenten in de vorm van advies over voeding. Bij twee respondenten werd het verwijzen naar thuisarts.nl of andere websites benoemd als begeleiding voor voeding. Het opstellen en evalueren van doelen werd door twee respondenten genoemd. Individuele uitzonderingen kwamen in de vorm van het laten bijhouden van een voedingsdagboek bij cliënten, samen met diëtist naar voeding kijken en exploreren wat cliënten al doen op het gebied van voeding. R6 noemde de meeste handelingen bij deze vraag, waarvan het merendeel niet door andere respondenten benoemd werd. Zo zei zij met betrekking tot exploreren van verleden pogingen van de cliënten: *“Ook op het gebied van voeding hebben mensen vaak al heel veel geprobeerd, en dat spreek je dan samen door.”* R3 noemde benoemde het minst aantal handelingen; zij haalde enkel het laten invullen van het voedingsdagboek aan. R5 gaf aan met betrekking tot zowel voeding als beweging geen groepsbegeleiding te bieden. R1 gaf aan *“niet genoeg verstand”* te hebben van voeding.

#### 4.3.2. Beweging

Alle praktijkondersteuners gaven aan het gesprek aan te gaan over beweging met cliënten. Drie van de respondenten benadrukten het belang van beweging of benoemden wat de wetenschappelijke adviezen zijn. Ook drie respondenten zeiden in kaart te brengen wat cliënten al doen aan beweging. Hierin was er verschil in het laten bijhouden van beweeggedrag en het uitvragen van beweeggedrag. Advies op het gebied van beweging werd gegeven door drie van de zes POH's. Twee respondenten gaven aan samen met de cliënt een behandelplan op te stellen. Het bespreken van eerdere pogingen, het meegeven van folders en het aanbieden van FitBits in bruikleen, vormden uitzonderingen op bovenstaande aanpakken. R2 gaf met betrekking tot beweging aan *“niet van alles (te gaan) zitten bedenken wat mensen dan wel kunnen”*.

#### 4.3.3. Psychologische ondersteuning

Motiverende gespreksvoering werd het vaakst genoemd als vorm van psychologische ondersteuning. Daarna werden de doorverwijsmogelijkheid naar een POH-GGZ en de insteek vanuit positieve gezondheid door drie respondenten benoemd. Het stimuleren van zelfmanagement werd door twee respondenten genoemd als vorm van psychologische ondersteuning, evenals het benoemen van een beloning of het complimenteren. De helft van de respondenten gaf aan de cliënten telefonisch te

ondersteunen. R4 zei daarover: *“Ik noem het altijd wel naar de cliënt, bel me op als het niet gaat”*. Een andere methode die werd toegepast door twee respondenten was om cliënten weer in te plannen voor een afspraak, of zoals R6 dat verwoordde: *“Dan laat ik mensen vaker terugkomen”*. Antwoorden die niet door andere respondenten benoemd werden kwamen van R4 en R5. R4 benoemde het belang van (naar de cliënt) benoemen dat het niet erg is om te falen, terwijl R5 zei liever met RET (Rationeel-Emotieve Therapie) te werken dan met Motivational Interviewing. Tijd was een belemmerende factor in het bieden van ondersteuning, zeiden zowel R1 (*“Wij hebben de tijd niet”*) als R6 (*“Je kunt mensen niet elke week terugzien”*). R3 gaf aan niet op slaappatroon in te gaan en het moeilijk te vinden om op stress in te gaan: *“Dat is lastig”*. R4 gaf aan moeite te hebben met het ontdekken van belemmerende factoren voor gedragsverandering: *“Wat houdt hun dan tegen? En om daar achter te komen, dat krijg ik niet altijd voor elkaar.”*

## 4.4. Voorlichting

### 4.4.1. Voeding

Alle respondenten gaven aan voedingsadviezen te geven, waarbij de wijze van advies varieerde tussen de respondenten. Adviezen die genoemd werden bestonden uit: advies op basis van de zorgstandaard en gezonde richtlijnen (R2), mondeling adviseren en het meegeven van schriftelijke voedingsadviezen (R3), het aanhouden van de schijf van vijf (R4), geven van voedingsadviezen en tips (R5) en mondeling/schriftelijk adviseren (R6). R1 had een soortgelijke aanpak als R3, zij werkte voornamelijk met folders en informatieve sites. Zo antwoordde zij: *“Wij verwijzen eigenlijk met name naar een paar sites, daar geven wij de informatie van en soms een print erbij”*. Ook schaarde deze respondent het meegeven van folders onder voorlichting. Vier andere respondenten verwijzen cliënten door naar websites van onder andere *“Thuisarts en het Voedingscentrum, de Hartstichting en het Longfonds”*, aldus R6. Van deze websites werd thuisarts.nl het meest benoemd, gevolgd door de site van het voedingscentrum. R1 gaf aan fysieke modellen te gebruiken bij de voorlichting over voeding. R2 benoemde het uitvragen van wat de cliënt wil op gebied van voeding als werkzaamheid. R4 benoemde ook het uitvragen, maar dan over waar al op gelet wordt binnen het voedingspatroon van de cliënt.

### 4.4.2. Beweging

Alle respondenten gaven aan hun cliënten advies of tips te geven met betrekking tot beweging. Een deel hiervan gaf specifiek aan advies te geven op basis van de beweegnorm en/of de NHG standaard. Twee respondenten gaven aan de cliënt te stimuleren om meer of intensiever te lopen. Een aantal antwoorden die respondenten gaven met betrekking tot voeding, waren ook op beweging van toepassing. Zo werd het doorverwijzen naar thuisarts.nl of andere websites ook bij voorlichting met betrekking tot beweging genoemd. Het meegeven van informatiefolders kwam ook terug. Specifiek uitvragen wat de cliënt wil, werd alleen door R2 gedaan. R4 neemt de intensiteit van de activiteiten van haar cliënten met hun door: *“Ik zeg dan pak gewoon je mobiel erbij en kijk eens van*

*hoe hard loop ik eigenlijk, hoe snel loop ik, en kan ik daar nog iets in verbeteren*". R1 gaf aan *"niet veel verder (te komen) dan intensief wandelen"*.

#### 4.4.3. Verhoogd risico

Om cliënten inzicht te geven in een verhoogd gezondheidsrisico, gebruiken vier respondenten de risicotabellen die gekoppeld zijn aan het cardiovasculair risicoprofiel van de cliënt. R2 omschreef hoe dat in zijn werk gaat: *"Ik ga (het) mensen in ieder geval inzichtelijk maken door het CVRM risicoprofiel te laten zien en uit te leggen wat de scores betekenen en waarom iemand die behaalt"*. Het benoemen en bespreken van het risico(gedrag) werd ook door vier respondenten gedaan. Eén respondent (R3) gaf aan de cliënt soms te confronteren met het risico, of zoals ze zelf zei: *"Ik hou niet van bangmakerij, maar af en toe betrap ik me erop dat ik dat toch doe"*. Andere methodes die gebruikt worden om cliënten inzicht te geven in hun gezondheidsrisico waren het geven van uitleg met behulp van plaatjes en modellen en het meegeven van FitBits om inzicht te geven in het beweegpatroon. Een enkele respondent (R4) benoemde het afnemen van een familieanamnese als methode om de cliënt inzicht te laten verkrijgen, samen met het bespreken van verbeterpunten. R1 gaf aan het BMI en een gezonde buikomvang te benoemen en uit te leggen, samen met het meegeven van folders. R3 liet haar cliënten een beweegdagboek invullen, evenals een voedingsdagboek. Ook liet zij haar cliënten hun motivatie en vertrouwen in relatie tot gedragsverandering in kaart brengen door middel van het stellen van schaalvragen.

#### 4.5. Overig

##### 4.5.1. Andere werkzaamheden

Twee respondenten gaven aan geen andere werkzaamheden te doen dan de werkzaamheden die al besproken waren. De antwoorden van de andere vier respondenten varieerden hierin van het geven van een goed voorbeeld tot deelname aan een diabetes hardloophwedstrijd. Zo gaf R3 als voorbeeld: *"Er zijn een heleboel cliënten die weten dat ik op de fiets naar het werk kom"* en zei R6: *"Dat we nu dan die challenge gaan doen, dus (dat we) ook ons proberen te richten op met elkaar bewegen"*. R2 noemde haar werkzaamheden in het stoppen met roken spreekuur, terwijl R1 omschreef hoe zij bij haar in de praktijk preventief naar ouderen toegaat, om indicatoren voor een verhoogd gezondheidsrisico tijdig te herkennen. Het ophangen van posters met een preventieve boodschap in de wachtkamer werd ook door R1 genoemd als overige werkzaamheid.

##### 4.5.2. Verwijzingen

Wanneer POH's doorverwijzen naar een specialist, verschilt per situatie en per respondent. Vier van de zes respondenten gaf aan bij (nieuwe) diabetescliënten direct door te verwijzen naar de diëtist. Eén van deze respondenten gaf aan dit ook te doen in gevallen van ondervoeding en overgewicht. De respondenten die niet aangaven direct door te verwijzen naar de diëtist gaven aan de cliënten door te verwijzen wanneer ze dit zelf aanvragen. In totaal werd deze reden door vier respondenten genoemd. Drie respondenten gaven aan door te verwijzen wanneer de situatie te "complex" wordt en/of wanneer

er meer nodig is dan de POH in huis heeft. Het doorsturen naar de fysiotherapeut werd gedaan in gevallen van perifeer vaatlijden, COPD en wanneer er behoefte is aan een extra duw in de rug. Andere redenen tot doorverwijzing die genoemd werden, waren ongewenst effect van medicijnen (R1, doorverwijzing internist), overmatig alcoholgebruik (R2, doorverwijzing huisarts) en wanneer de cliënt hulp nodig heeft over te gaan tot meer beweging (R4, fysiotherapeut). Geen van de respondenten gaf aan door te verwijzen naar een leefstijlcoach.

#### 4.6. Ondersteuning

Alle respondenten gaven aan ondersteuning van een leefstijlcoach wenselijk te vinden. Hierbij varieert de wens aan ondersteuning van brede, overkoepelende kwaliteiten tot specifieke handelingen. Vier respondenten gaven aan ondersteuning van een leefstijlcoach te wensen met betrekking tot gedragsverandering bij cliënten. R1 zei hierover: *“Wat ik persoonlijk mis, is dat mensen het allemaal wel weten, maar er niet toe komen”*. R6 uitte onder andere de behoefte aan gedragsbehoud; *“Met name gedragsbehoud op de lange termijn voort kunnen zetten”*.

De helft van de respondenten gaf aan ondersteuning van een leefstijlcoach te kunnen gebruiken in de vorm van cliëntenbegeleiding door iemand met professionaliteit en kennis op het gebied van voeding en beweging. Waar sommige praktijkondersteuners een rol zagen voor de leefstijlcoach voor groepsaankpak, werd ook individuele begeleiding op maat genoemd. De leefstijlcoach als doorverwijsmogelijkheid werd door twee respondenten expliciet benoemd. De leefstijlcoach kon ook structuur bieden voor cliënten in het proces van gedragsverandering, volgens twee respondenten. Twee andere respondenten gaven aan op alle gebieden van hun werk ondersteuning te kunnen gebruiken van een leefstijlcoach. Zo gaf R2 aan: *“Dus eigenlijk op alle gebieden van mijn werk zou ik ze naar een leefstijlcoach kunnen verwijzen...”* en gaf R3 als antwoord op de vraag op welke vlakken zij ondersteuning van een leefstijlcoach zou kunnen gebruiken: *“Bij alle aspecten van mijn werk”*.

Het herkennen van drempels/belemmerende factoren voor de cliënt, de cliënt helpen met ideeën om te gaan bewegen en het bieden van aanvullende begeleiding wanneer een uitleg over leefstijl voor de cliënt niet volstaat, werden ook genoemd als wenselijke vormen van ondersteuning. Andere wensen die door enkele POH's werden genoemd waren: het herhalen van adviezen, het maken (en evalueren) van een veranderplan, kijken hoe de thuissituatie van een cliënt is en het bereiken van mensen met een lage SES.

#### 4.7. Samenvatting

De resultaten van dit onderzoek dienen als antwoord op de empirische vraagstellingen: *“Welke werkzaamheden verrichten POH's in Ede met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl?”* en *“In welke aspecten van hun werk wensen POH's in Ede ondersteuning van een leefstijlcoach?”*.

Dit onderzoek toonde aan dat alle respondenten werkzaamheden verrichten in relatie tot preventie, monitoring, begeleiding en voorlichting. Preventieve werkzaamheden kwamen sterk overeen in het bespreekbaar maken van en adviseren over leefstijlfactoren. Monitoring van risico gerelateerde lichaamswaardes werd door alle POH's gedaan en bij allen minimaal één keer per jaar. Begeleiding op het gebied van voeding en beweging gebeurde voornamelijk mondeling, met eventueel bijhouden van eet-/of beweeggedrag. Psychologische ondersteuning kwam voornamelijk in de vormen van positieve gezondheid, motiverende gespreksvoering en doorverwijzing naar een POH-GGZ. Voedings- en bewegingsvoorlichting kwam in de vorm van advies en doorverwijzing naar websites. Bij beweging werd de beweegnorm aangehouden. Verhoogd risico werd inzichtelijk gemaakt door risicotabellen te laten zien aan de cliënt en door risicogedrag te benoemen. Overige werkzaamheden verschilden per POH, maar waren in alle gevallen minimaal. Doorverwijzingen waren veelal naar diëtist en fysiotherapeut conform de NHG-standaard en met name in geval van diabetes- en CVM-clënten.

Verschillende respondenten gaven specifiek aan bepaalde werkzaamheden niet te (kunnen) doen: het geven van workshops en/of presentaties, bedenken wat mensen kunnen doen op het gebied van beweging, het bieden van groepsbegeleiding en het bespreken van slaaphygiëne. Ook werd aangegeven door sommige respondenten dat zij moeite hadden met het begeleiden op gebied van stress en het identificeren van belemmerende factoren tot gedragsverandering. Gebrekkig verstand over voeding werd ook genoemd door een respondent. Tijd om iemand vaker te zien werd gezien als een beperking.

Uit de resultaten bleek ook dat ondersteuning door een leefstijlcoach door alle POH's wenselijk werd geacht, met name in relatie tot gedragsverandering. De professionaliteit en kennis op de gebieden voeding en beweging bleek een welkome ondersteuning te zijn voor POH's. Zowel groepsaanpak en individueel maatwerk werden benoemd als werkzaamheden van de leefstijlcoach die de POH's zou kunnen dienen. Het bieden van structuur aan cliënten bleek ook een wens te zijn van POH's. Het begeleiden van de omgang met belemmerende factoren in gedragsverandering werd ook wenselijk geacht.

## 5. Conclusie

In de aanleiding van dit onderzoek kwam de vraag naar voren welke aanpak voor leefstijlcoaching het best aansluit op de huidige werkzaamheden van POH's en door hun gewenste ondersteuning hierin. Om hierachter te komen geeft dit onderzoek antwoord op de centrale vraagstelling: *'Op welke werkzaamheden moet een afdeling leefstijlcoaching zich richten om te kunnen ondersteunen in de leefstijlbevorderende werkzaamheden van POH's in Ede?'* Als leefstijlbevordering gezien wordt als een traject voor cliënten met leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico, dan blijken POH's zich vooral bezig te houden met meting, advisering, voorlichting en (in beperkte mate) begeleiding. De leefstijlcoach kan daarbij aansluiten met activiteiten gericht op gedragsverandering op zowel individueel- als groepsniveau. Hierbij is begeleiding gewenst die structuur geeft aan het proces van gedragsverandering van de cliënt, door bijvoorbeeld een hogere frequentie van consulten en het aanleren van handvaten voor gedragsbehoud. Zowel de overgang tot verandering als het behoud van gedragsverandering zijn aandachtspunten binnen deze invulling. De specifieke professionaliteit en kennis op het gebied van voeding en beweging is een meerwaarde die respondenten herkennen in het beroep van de leefstijlcoach ten opzichte van hun eigen werkzaamheden. Op basis van werkzaamheden die POH's zeiden niet te doen, kan de leefstijlcoach ook ondersteuning bieden door aanvullende taken te doen zoals workshops/presentaties geven en het bespreken van slaaphygiëne. Hetzelfde geldt voor het begeleiden op gebied van stress. Er was tevens behoefte aan identificering van belemmerende factoren voor deelnemers. Het vaststellen van risico, het meten van lichaamswaardes en preventief advies hoeven geen taken te zijn voor de leefstijlcoach; aanvullende voorlichting over gezondheidsrisico wel.

## 6. Discussie

### 6.1. Theoretische relevantie

Uit dit onderzoek is gebleken dat invulling van een afdeling leefstijlcoaching zich dient te richten op begeleiding bij gedragsverandering van cliënten met een leefstijlgerelateerd risico op zowel individueel- als groepsniveau, met hierbij extra aandacht voor gedragsbehoud. In het theoretisch kader werden de werkzaamheden van POH's onderverdeeld en toegelicht, evenals die van leefstijlcoaches. De relevantie van de onderzoeksresultaten met betrekking tot de topics zoals deze in de NHG-standaarden waren gevonden, is groot: alle POH's verrichtten werkzaamheden binnen de vooraf opgestelde topics. Alhoewel de werkzaamheden bij de respondenten op bepaalde gebieden verschilden, waren er veel overeenkomsten te vinden in de antwoorden van de POH's. Dit suggereert dat de praktijkondersteuners veelal conform de NHG-standaard werken, maar dat hiervan afgeweken wordt afhankelijk van richtlijnen binnen de huisartsenpraktijk, persoonlijke voorkeur en/of specifieke kennis van POH's.

De resultaten van dit onderzoek geven in combinatie met het theoretisch kadereen antwoord op de analytische deelvraag: *“In welke aspecten van leefstijlbevordering kan de leefstijlcoach meerwaarde bieden, aanvullend op de werkzaamheden van POH's?”*.

Uit de resultaten bleek dat ondersteuning door een leefstijlcoach wenselijk werd geacht, met name in relatie tot gedragsverandering. Deze behoefte komt overeen met de literatuur, waaruit bleek dat POH's vaak niet de vaardigheden of het vertrouwen om leestijl te kunnen bevorderen (Steptoe, Doherty, Kendrick, Rink & Hilton, 1999). Uit het theoretisch kader bleek dat gedragsverandering één van de voornaamste werkzaamheden is van de leefstijlcoach, zoals omschreven onder de competentie *coaching* (BLCN, 2016). Op dit gebied kan de leefstijlcoach op passende wijze ondersteuning bieden aan POH's op het gebied van leefstijlgerelateerde gedragsverandering.

Daarnaast spraken meerdere respondenten de behoefte uit aan ondersteuning door een professional met kennis en professionaliteit op de gebieden voeding en beweging. Uit de literatuur kwamen deze behoeften ook naar voren; meer kennis en vaardigheden op het gebied van gewichtsregulatie en bevordering van fysieke activiteit waren gewenst bij POH's (Mercer & Tessier, 2001; McKenna, Nayler en McDowell, 1998). Ook hier is een overlap te zien van de behoeften van de POH's met de kwaliteiten van de leefstijlcoach. Onder de competenties *voeding* en *coaching* in het theoretisch kader, is omschreven hoe de leefstijlcoach juist op deze vlakken weet te informeren, adviseren en begeleiden (AVLEG, z.d.).

Groepsaankpak en individueel maatwerk werden ook benoemd als werkzaamheden van de leefstijlcoach die de POH's zouden kunnen dienen, wat wederom aansloot op de competenties van de leefstijlcoach zoals deze in het theoretisch kader omschreven werden. De leefstijlcoach kan namelijk aansluiten bij het denkniveau, persoonlijkheid en leerstijl van de persoon die begeleid wordt

en de leefstijlcoach kan groeps counseling toepassen in workshops en andere settings (BLCN, 2016; AVLEG, z.d.). Deze behoefte werd ook gevonden in de literatuur, waaruit bleek dat POH's een gebrek ervaren aan de juiste training op het gebied van leefstijlbegeleiding (Lambe & Collins, 2010).

Hetzelfde geldt voor overlap in de wens van POH's om structurele begeleiding te bieden aan cliënten, waarbij er omgegaan wordt (en hulp geboden wordt) met belemmerende factoren voor gedragsverandering.

Wanneer de onderzoeksresultaten vergeleken worden met de competenties en werkzaamheden van de leefstijlcoach, blijkt dat de leefstijlcoach op een aantal vlakken meerwaarde biedt ten opzichte van het werk van POH's. De voornaamste onderscheiding is te vinden in de competentie *coaching* van de leefstijlcoach. Waar de POH's met name bezig zijn met monitoring, advisering en voorlichting, heeft de leefstijlcoach de kennis, vaardigheden en tijd om iemand te begeleiden in het proces naar een betere gezondheid (BLCN, 2016). Het gebrek hieraan bij POH's kan een verklaring zijn voor de uitgesproken behoefte aan ondersteuning van gedragsverandering bij cliënten.

Ook op de gebieden van voeding en beweging kan de leefstijlcoach meerwaarde bieden voor de praktijkondersteuner. Waar de POH's voornamelijk beweegrichtlijnen aan blijken te houden of door te verwijzen naar de fysiotherapeut, is de leefstijlcoach in staat de diepte in te gaan met de cliënt op het gebied van beweging door het uitvoeren en analyseren van fittesten, opstellen van beweegplannen en inschatten van trainingsconsequenties (AVLEG, z.d.). Het stellen van beweegdoelen en het benoemen van beweegredenen is iets wat POH's en leefstijlcoaches beiden doen.

Op het gebied van voeding waren er verschillende werkzaamheden die overlappen: informeren/adviseren over gezonde voeding en het stellen en evalueren van doelen (AVLEG, z.d.). De meerwaarde van de leefstijlcoach op het gebied van voeding komt in de vorm van voedingsanamneses, het verwerken hiervan in leefstijlplannen, het berekenen van energiebehoefte en het herkennen van behoeftes naar aanleiding van leeftijd, activiteitsgehalte en/of ziekte. Evenals bij beweging, gaat de leefstijlcoach grondiger te werk bij deze determinant dan de POH. De leefstijlcoach biedt tevens meerwaarde in gezondheidsbevordering door aandacht te besteden aan tijd- en energiemangement van cliënten en het contact maken met het eigen lichaam (BLCN, 2016).

Ook het beoordelen van slaap- en ontspanningspatroon kan een bijdrage leveren aan de gezondheid van de cliënt; iets wat POH's niet zeiden te doen. Wel werd er door een aantal POH's aandacht besteed aan stressmanagement, wat ook behoort tot de werkzaamheden van de leefstijlcoach (BLCN, 2016).

## 6.2. Praktische relevantie

Het doel van dit onderzoek was om advies te geven aan fysiopraktijk Veluwse Poort over de inrichting van een afdeling voor leefstijlcoaching, zodat deze aansluit bij de werkzaamheden van POH's in Ede. De resultaten en aanbevelingen (zie hoofdstuk 7), zijn niet alleen relevant voor de verdere ontwikkeling van fysiopraktijk de Veluwse Poort, maar ook voor de ontwikkeling van het werkveld 'leefstijlcoaching' en het toekomstperspectief van de SBE'er als gezondheidsprofessional.

De resultaten van dit onderzoek bevestigen de behoefte die fysiopraktijk Veluwse Poort registreerde binnen de eerstelijnszorg: dat er groeiende behoefte is aan specifieke begeleiding met betrekking tot leefstijlcoaching. Praktijkondersteuners van huisartsen in Ede, blijkt uit dit onderzoek, hebben ondersteuning nodig om hun cliënten tot gezond gedrag te laten komen. De leefstijlcoach lijkt de geschikte professional te zijn voor deze hulpvragen. De resultaten van dit onderzoek zijn van belang, omdat hiermee inzicht verkregen wordt in een potentiële wisselwerking tussen fysiopraktijken, leefstijlcoaches en praktijkondersteuners, om in samenwerking mensen naar een gezonde leefstijl te helpen. Voor fysiopraktijk Veluwse Poort kan het advies dat hierop volgt richting geven aan de opzet van een afdeling voor leefstijlcoaching, zodat deze afdeling een passende plek krijgt binnen de eerstelijnszorg. Dit stelt de Veluwse Poort in staat om een grotere bijdrage te leveren aan de gezondheidsbevordering in Ede, door zowel haar eigen cliënten beter te kunnen helpen als door het helpen van cliënten van praktijkondersteuners.

Voor het jonge werkveld van het leefstijlcoaching-beroep, geven de resultaten van dit onderzoek weer wat de kijk is van de beroepsbeoefenaars die al een lange tijd met dezelfde doelgroep werken. De praktijkervaringen van deze POH's met betrekking tot leefstijlgerelateerde gezondheidsbevordering zijn waardevol voor het vormgeven van de werkzaamheden van de leefstijlcoach anno 2019. Met de huidige ontwikkelingen rondom de gecombineerde leefstijlinterventies en opleidingen tot leefstijlcoach, groeit de behoefte aan een duidelijke afbakening van het beroep (en de werkzaamheden van) de leefstijlcoach. De resultaten van dit onderzoek dragen hieraan bij door uit te lichten welke werkzaamheden al gedaan worden (die daarom niet gedaan hoeven worden) en wat er nog niet gedaan wordt (waar kansen liggen voor werkzaamheden). Ook bleek uit dit onderzoek dat er behoefte is aan (o.a.) individuele begeleiding; iets wat momenteel niet vergoed wordt door verzekeraars.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de SBE'er, omdat deze resultaten een beeld geven van de behoeftes die ervaren worden door praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken, die veel mensen met leefstijlgerelateerde klachten behandelen. Dit beeld is van invloed op het toekomstperspectief van de SBE'er: niet alleen blijkt uit dit onderzoek dat het handelen van de POH niet altijd volstaat om mensen aan te zetten tot gezonde leefstijlbevordering, maar juist ook dat hierdoor behoefte is aan een professional met verstand op het gebied van coaching, beweging en voeding. De SBE'er is, bij het moment van diplomering, al gespecialiseerd in twee van deze gebieden. Wanneer de SBE'er zich middels een minor of post-hbo opleiding weet te verdiepen in

voeding, is hij/zij bij uitstek geschikt om als leefstijlcoach te werk te gaan. En daar, blijkt uit dit onderzoek, is behoefte aan.

### 6.3. Beperkingen van het onderzoek

Ondanks de grote relevantie van dit onderzoek, dient de lezer rekening te houden met een aantal beperkingen in het onderzoek. Een van deze beperkingen is de omvang van de onderzoeksgroep, die in totaal zes respondenten telde. Alhoewel er dertien praktijkondersteuners benaderd zijn voor dit onderzoek, zijn er wegens vakantie, beschikbare tijd en verlof maar zes respondenten daadwerkelijk geïnterviewd. De externe validiteit van dit onderzoek blijft daardoor beperkt; er kan niet aangenomen worden dat de uitkomsten van dit onderzoek voor POH's in het algemeen gelden.

Een tweede beperking van dit onderzoek is de onbekendheid van de perceptie en/of behoefte van de doelgroep volwassene met een leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico. De onderzoeksresultaten geven een goed beeld van de manier waarop een afdeling voor leefstijlcoaching aan kan sluiten op de werkzaamheden van POH's, maar zeggen niets over in hoeverre deze werkzaamheden aansluiten bij de behoeften van cliënten.

Tot slot is er, wegens de semigestructureerde aard van de interviews in dit onderzoek en de beperkte tijdsduur van de interviews, niet op alle onderwerpen even diep in kunnen gaan bij de respondenten. Om deze reden is het mogelijk dat de ene respondent een uitgebreider antwoord heeft kunnen geven op een bepaalde vraag dan een andere respondent. Dit kan de indruk wekken dat een bepaalde respondent meer werkzaamheden verricht binnen een bepaald onderwerp dan een andere respondent, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn.

### 6.4. Suggesties voor vervolgonderzoek

Verder onderzoek met een grotere onderzoeksgroep is noodzakelijk om te ontdekken of de resultaten van dit onderzoek gelden voor de gehele doelgroep van praktijkondersteuners somatiek in Nederland. Voor de fysiopraktijk specifiek zou dit gedaan kunnen worden onder alle POH's in Ede, omdat dit het cliëntengebied van de organisatie beslaat. Hierbij wordt gesuggereerd om het uitvragen van de werkzaamheden, in tegenstelling tot bij het huidige onderzoek, deels kwantitatief te doen. Hiermee kan gemakkelijker in kaart worden gebracht welke werkzaamheden van de POH's conform de NHG-standaard zijn en op welke manieren zij hiervan afwijken. De vragen met betrekking tot de ondersteuning dienen dan nog wel op kwalitatieve wijze te worden uitgevoerd, deze zijn namelijk sterk persoonlijk georiënteerd.

Een vervolgonderzoek dient te worden uitgevoerd om na te gaan aan welke voorwaarden een samenwerking moet voldoen tussen POH en leefstijlcoach; hiermee kan in kaart gebracht worden waar de precieze grenzen van elkaars professioneel handelen liggen en in welke gevallen doorverwezen wordt naar elkaar.

Om het aanbod voor leefstijlcoaching (nog) beter te laten aansluiten op de hulpvraag van cliënten met een leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico, is een vervolgonderzoek naar de behoeften van deze doelgroep op het gebied van leefstijlbevordering ook gewenst.

Een vierde vervolgonderzoek naar de grenzen van het professioneel handelen van de leefstijlcoach in relatie tot diëtisten en gedragsprofessionals is tevens wenselijk. Een dergelijk onderzoek kan dienen om in kaart te brengen op welke punten de leefstijlcoach kan/moet doorverwijzen. Ook kan zo'n onderzoek helpen een effectievere samenwerking tot stand te brengen tussen de afdeling leefstijlcoaching en deze professionals, door te ontdekken welke werkzaamheden mogelijk dubbel gedaan worden.

## 7. Aanbevelingen

Op basis van de conclusie zijn in dit hoofdstuk aanbevelingen opgesteld voor de invulling van een afdeling voor leefstijlcoaching binnen fysiopraktijk Veluwse Poort. Dit advies bestaat uit aanbevelingen over zowel de vorm als de inhoud van de werkzaamheden waarop de afdeling zich het best kan richten.

### 7.1. Inhoud van werkzaamheden

Fysiopraktijk Veluwse Poort wordt aanbevolen om binnen een afdeling voor leefstijlcoaching de volgende werkzaamheden uit te voeren: begeleiding bij gedragsverandering, kennisoverdracht met betrekking tot voeding en beweging, het bieden van structuur/handvaten in het proces van gedragsverandering en het leren omgaan met belemmerende factoren. Onderstaand zijn de aanbevelingen weergegeven, met daarbij een tijdsplanning voor de uitvoering. Het volgen van deze tijdsplanning voorkomt dat de aanbevelingen uit- of afgesteld worden. Om deze werkzaamheden structureel in te bedden in de organisatie, wordt aanbevolen om:

- In de periode juli-augustus te bepalen welke theorieën, coachings- en gedragsveranderingsmodellen gebruikt gaan worden voor de gedragsbegeleiding binnen de afdeling. Dit wordt aanbevolen aan de leefstijlcoaches binnen fysiopraktijk Veluwse Poort om evidence-based handelen en eenvormigheid binnen de afdeling te waarborgen.
- De grenzen van het professioneel handelen van de leefstijlcoach af te bakenen met betrekking tot het begeleiden en adviseren over voeding, beweging en stress. Om tot deze grenzen te komen wordt de leefstijlcoaches aanbevolen om in de periode augustus-september in gesprek te gaan met fysiotherapeuten binnen de eigen praktijk en diëtisten en psychologen/psychotherapeuten in Ede om inzichtelijk te maken op welk punt kennisoverdracht en begeleiding overgedragen dienen te worden.
- Eén of beide leefstijlcoaches verantwoordelijk te stellen om in de periode juli-september een afdelingsplan op te stellen, waarin bovenstaande werkzaamheden vastgelegd worden. Ook kunnen de visie en missie, werkwijze, producten, samenwerkingen, promotie en communicatie worden beschreven, zodat er doelgericht naar de start van de werkzaamheden gewerkt kan worden.

### 7.2. Vorm van werkzaamheden

Uit dit onderzoek bleek dat er volgens POH's zowel behoefte is aan een groepsaanpak als aan een individuele aanpak met betrekking tot leefstijlcoaching. Er wordt daarom aanbevolen om beide aanpakken aan te bieden binnen de fysiopraktijk, om de werkzaamheden zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de gewenste ondersteuning vanuit POH's.

Een voor de hand liggende groepsaanpak zou een gecombineerde leefstijlinterventie kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld Coaching op Leefstijl (CoolL), welke door leefstijlcoaches gegeven kan worden (Loket Gezond Leven, 2018). Hierbij dient rekening gehouden te worden met het organisatorische

draagvlak dat vereist is voor een GLI: personeel, materiaal, accommodatie, tijdsduur en voorbereidend administratief werk zijn factoren om rekening mee te houden.

Om inrichting te geven aan de vorm van individuele aanpak, wordt aanbevolen om een leefstijlproduct te ontwikkelen op basis van de werkzaamheden die in 7.1. omschreven zijn. Dit product kan aangeboden worden aan cliënten, inclusief bewegingsmogelijkheden bij de fysiopraktijk. De praktijk wordt aanbevolen om na afronding van het afdelingsplan (september 2019) te beginnen met de werkzaamheden rondom individuele leefstijlcoaching. Omdat individuele leefstijltrajecten niet vergoed worden vanuit de zorgverzekering, zal er in de eerste maanden van deze werkzaamheden een prijs gehanteerd moeten worden voor dit product. Hierdoor zal een deel van de doelgroep kunnen afvallen wegens deze financiële drempel; een zorg die ook door een van de respondenten werd uitgedrukt.

Om deze financiële drempel weg te nemen bij mensen met een lager inkomen, wordt aanbevolen het aanbieden van een groepsaankpak vanaf het eerste kwartaal van 2020 te doen. Deze aanbeveling is op basis van de ontwikkeling van nieuwe GLI's, zoals bijvoorbeeld healthyLIFE, die met ingang van 2020 toegelaten zullen worden tot de basisverzekering (Stichting Ecsplora, 2019). Dit is van belang, omdat er ook in de keuze voor groepsbegeleiding gekeken dient te worden naar de overeenkomst tussen werkzaamheden die aansluiten op de behoeften en werkzaamheden van POH's en werkzaamheden die bij de groepsinterventie horen. Naar verwachting is er met ingang van het nieuwe jaar meer keuze uit groepsaankpakken die vergoed worden, wat de kans vergroot op het vinden van een aanpak die vergoed wordt én aansluit bij de werkzaamheden van POH's zoals deze in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

## Bibliografie

- Academie voor Leefstijl en Gezondheid. (z.d.). *Leefstijlcoach; de post-hbo opleiding tot leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 29 mei 2019, van <https://avleg.nl/leefstijlcoach/>
- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (z.d.-a). *Hoe werkt een leefstijlcoach?* Geraadpleegd op 11 maart 2019, van <https://www.blcn.nl/hoe-werkt-een-leefstijlcoach/>
- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland. (z.d.-b) *Zoek een leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://www.blcn.nl/zoek-een-leefstijlcoach/?by=&search=ede>
- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland. (2016, maart). *Het profiel van de hbo leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.blcn.nl/wp-content/uploads/2016/04/Het-profiel-van-de-hbo-leefstijlcoach-versie-1.0.pdf>
- Bijma, M., Lak, M. (2012). *Leefstijlcoaching; Kernvragen bij gedragsverandering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boomsma, L., Van Binsbergen, J. (2001, december). Is voedingsvoorlichting door de huisarts zinvol? *Huisarts en Wetenschap*, (44)13, 43-47. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://doi.org/10.1007/BF03082324>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, juli). *100 duizend volwassenen hebben morbide obesitas*. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/100-duizend-volwassenen-hebben-morbide-obesitas>
- De Kleijn, M. J. J. (2013, mei). Leefstijladviezen. *Bijblijven*, (29)5, 23-36. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://doi.org/10.1007/s12414-013-0051-9>
- Doorewaard, H., Kil, A., Van de Ven, A. (2016). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek; een praktische handleiding*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Fontana, A., Frey, J. (1998). Interviewing: the art of science. *Handbook of Qualitative Research*, 361-376. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <http://jan.ucc.nau.edu/~pms/cj355/readings/fontana%26frey.pdf>
- Fysiopraktijk Veluwe Poort. (z.d.). *Medewerkers*. Geraadpleegd op 26 februari 2019, van <https://www.fysiopraktijkveluwsepoort.nl/Medewerkers>

- Halcomb, E., Davidson, P., Daly, J., Yallop, J., Tofler, G. (2003, juli). Australian nurses in general practice-based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (3), 135-147. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.877.7231&rep=rep1&type=pdf>
- Halcomb, E., Meadley, E., Streeter, S. (2014, december). Professional development needs of general practice nurses. *Contemporary Nurse*, (32)1, 201-210. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.32.1-2.201>
- Hidaka, B. H. (2012, november). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, (140)3, 205-14. Geraadpleegd op 11 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244375?dopt=Abstract>
- Jones, I., Robinson, T. (2015). *Onderzoeksmethoden voor Sportstudies* (derde editie). New York: Routledge.
- Klumbiene, J., Petkeviciene, J., Vaisvalacvicius, V., Miseviciene, I. (2006, februari). Advising overweight persons about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health*, (30), 1-6. Geraadpleegd op 21 februari 2019, van <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-30>
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Geraadpleegd op 14 februari 2019, van [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/obesitas-diagnostiek-en-behandeling-van-obesitas\\_0.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/obesitas-diagnostiek-en-behandeling-van-obesitas_0.pdf)
- Lakersveld, J. Bot, S., Nijpels, G. (2014, februari). De effectiviteit van leefstijlinterventies in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap*, (2), 64-67. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://www.henw.org/artikelen/de-effectiviteit-van-leefstijlinterventies-de-eerste-lijn>
- Lambe, B., Collins, C. (2010, april). A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family Practice*, (27)2, 219-223. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://academic.oup.com/fampra/article/27/2/219/509183>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (2017, april). *Rapport: POH transitie*. Geraadpleegd op 2 april 2019, van <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj49bLvyrHhAhXQKIAKHUzkAgAQFjAFegQIABAB&url=https%3A%2F%2Fwww.lhv.nl%2Fservice%2Fpraktijkondersteuner-competentieprofiel-en-eindtermen-poh-&usq=AOvVaw0h-XBP8goNdfUlapDcWMem>

- Loket Gezond Leven. (2018, september). *Cool (Coaching op Leefstijl)*. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1800053>
- McKenna, J., Naylor, P. J., McDowell, N. (1998, april). Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *British Journal of Sports Medicine*, (32), 242-247. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/32/3/242.full.pdf>
- Mercer, S. W., Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioner' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, (59)4, 248-53. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664735>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, november). *Nationaal preventieakkoord; naar een gezonder Nederland*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). *Leefstijladvisering algemeen (volledige tekst)*. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/65425>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2010). *NHG-Standaard Obesitas*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas#idp584880>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2012). *NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement*. Geraadpleegd op 30 april 2019, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement#idp6138912>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015). *NHG-Zorgmodules Leefstijl*. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/images/thema/nhg-zorgmodules\\_leefstijl\\_03092015.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/nhg-zorgmodules_leefstijl_03092015.pdf)
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2018). *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2*. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2#idm1243744>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Overgewicht; erkende interventies*. Geraadpleegd op 14 februari 2019, van <https://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies>

- Nederlandse Beroepsvereniging voor Leefstijlprofessionals. (2015). *Beroepsprofiel Leefstijlprofessional; Gezond in Beweging*. Geraadpleegd op 29 mei 2019, van <http://www.nblp.nl/wp-content/uploads/2015/11/Beroepsprofiel-NBLP.pdf>
- Nederlandse Orde van Beroepscoaches. (2018, juni). *Over NOBCO*. Geraadpleegd op 11 maart 2019, van <https://www.nobco.nl/over-nobco>
- NIVEL. (2012). *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Geraadpleegd op 2 april 2019, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kennisvraag-poh-def.pdf>
- NIVEL. (2016). *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Geraadpleegd op 2 april 2019, van [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport\\_analyse\\_arbeidsmarkt\\_POH.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_analyse_arbeidsmarkt_POH.pdf)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2012, augustus). *Rapport: Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status?* Geraadpleegd op 20 maart 2019, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171004.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018, december). *De Leefstijlmonitor verzorgt de gegevensverzameling op het gebied van leefstijlgerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen en voeding*. Geraadpleegd op 11 maart 2019, van <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>
- Ross, F. M., Bower, P. J., Sibbald, B. S. (1994, januari). Practice nurses: characteristics, workload and training needs. *British Journal of General Practice* (44)378, 15-18. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://bjgp.org/content/44/378/15/tab-pdf>
- Stephoe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E., Hilton, S. (1999, april). Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Family Practice*, (16)2, 158-163. Geraadpleegd op 17 juni 2019, van <https://academic.oup.com/fampra/article/16/2/158/480187>
- Stichting Ecsplere. (2019, januari). *HealthyLIFE; multidisciplinaire ketenaanpak voor kwetsbare ouderen (Infographic)*. Gelezen: Auteur.
- Van Dale. (z.d.). *Betekenis 'advies'*. Geraadpleegd op 12 maart 2019, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/advies#.XlfJFS2ZPVo>

Voogdt-Pruis, H. R., Van Ree, J. W., Gorgels, A. P., Beumans, G. H. (2011, juli). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: a comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, (48)7, 798-807. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21176903?dopt=Abstract>

Vektis. (2019, januari). *Gecombineerde leefstijlinterventies steeds vaker aangeboden*. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van <https://www.vektis.nl/nieuws/gecombineerde-leefstijlinterventie-op-steeds-meer-plekken-aangeboden>

Zorginstituut Nederland. (2018, februari). *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/standpunten/2018/02/21/standpunt-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-bij-overgewicht-en-obesitas/Addendum+bij+de+duiding+van+het+Zorginstituut+Preventie+bij+overgewicht+en+obesitas+-+de+gecombineerde+leefstijlinterventie.pdf>

## Bijlage 1: Vragenlijst interviews

### Vragen met betrekking tot leefstijlgerelateerde werkzaamheden POH's

#### *Preventie*

- 1) Welke preventieve werkzaamheden voert u uit met betrekking tot leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's/aandoeningen bij volwassenen?

#### *Monitoring*

- 2) Welke metingen voert u uit bij cliënten met leefstijl- of gewichtsgelateerd verhoogd gezondheidsrisico?
- 3) Hoe vaak plant u hiervoor controleafspraken in en hoe lang duren deze afspraken?

#### *Begeleiding*

- 4) Op welke terreinen begeleid u volwassenen met een verhoogd gezondheidsrisico (voeding/bewegen/ .....)? En waaruit bestaat die begeleiding? (Intake, afspraken, advies, handvaten)
- 5) Op welke manieren biedt u psychologische ondersteuning aan de cliënten? Waar bestaat deze ondersteuning uit?

#### *Voorlichting*

- 6) In welke vormen geeft u voorlichting over voeding en beweging?
- 7) Hoe maakt u de cliënt bewust van verhoogd gezondheidsrisico?

#### *Overig*

- 8) Zijn er andere werkzaamheden op het gebied van leefstijlbevordering die u uitvoert, die we nog niet behandeld hebben?
- 9) Op welk punt in het behandeltraject verwijst u cliënten door naar voedings-, bewegings- of gedragsspecialist?
- 10) Bij welke aspecten van uw werk zou u ondersteuning van een leefstijlcoach wenselijk vinden?

## Bijlage 2: Brief naar POH's LEEFSTIJLCOACHING VELUWSE POORT



EIKENLAAN 13-1  
6717 MA  
06 18 48 19 45  
[LEEFSTIJLCOACHING@FYSIOPRAKTIJKVELUWSEPOORT.NL](mailto:LEEFSTIJLCOACHING@FYSIOPRAKTIJKVELUWSEPOORT.NL)

### **Beste praktijkondersteuner(s) somatiek bij huisartsenpraktijk [...],**

Bij Fysiotherapiepraktijk Veluwe Poort zijn we bezig met het opzetten van een afdeling voor leefstijlcoaching. Onze ervaren paramedische fitnessinstructeurs behalen dit jaar hun diploma's in bewegingsagogie en leefstijlcoaching op Hbo-niveau en gaan zich binnen onze praktijk inzetten voor het verminderen van leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico en -ongemak bij cliënten.

De gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) lijken de laatste maanden trend te vormen in de beschikbare aanpakken voor leefstijlcoaching in Nederland. Wij zijn benieuwd naar hoe wij onze afdeling voor leefstijlcoaching het best kunnen laten aansluiten bij collega-zorgverleners in de eerstelijnszorg en of deze GLI's hiervoor een passende invulling zijn. Om deze reden wil ik in het teken van mijn scriptie, namens de Veluwe Poort, onderzoek doen naar de leefstijl bevorderende werkzaamheden van POH's in Ede. Het doel van dit onderzoek is om een beeld te vormen van de werkzaamheden van de POH in het kader van leefstijlbevordering en om te kijken hoe onze afdeling voor leefstijlcoaching zou kunnen fungeren als ondersteuning van deze werkzaamheden.

Middels deze brief wil ik u graag uitnodigen om deel te nemen aan mijn onderzoek. Het betreft een interview van 15-20 minuten gericht op uw werkzaamheden omtrent het bevorderen van een gezonde leefstijl bij volwassenen met een leefstijl- of gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Later deze week zal ik met u contact opnemen om te vragen een afspraak hiervoor in te plannen met mij. Voor meer informatie of eventuele vragen kunt u bij mij terecht via bovenstaande contactgegevens.

Met vriendelijke groet,

**Hidde Cusveller**

*Paramedisch fitnessinstructeur, bewegingsagoog i.o. en afstudeerstagiair leefstijlcoaching bij Fysiopraktijk Veluwe Poort*

## Bijlage 3: Interviewchecklist

Het interviewchecklist dat onderstaand is opgesteld wordt aangehouden bij alle interviews. Hierdoor is niet alleen de betrouwbaarheid hoger (elke respondent krijg dezelfde vragen), maar ook biedt het structuur voor de interviewer.

### *Vorbereiding*

- Brief (bijlage 4) rondbrengen naar POH praktijk
- Telefonisch of via de mail vragen voor medewerking

### *Uitvoering interview*

- Kennis maken en voorstellen (opleiding, werk, onderzoek)
- Toelichting onderzoek (duur, doel, doelgroep en gewenst resultaat)
- Toestemming voor opnemen en verwerking antwoorden (anonimiseren)
- Interview (zie onderstaande interviewtechnieken voor uitvoering; protocol was om het interview middels de vooropgestelde topiclijst/vragenlijst uit te voeren)
- Afronding en dank voor deelname
- Vervolgproces toelichten
- Vragen of respondent belangstelling bij het rapport heeft
- Afsluiting

De interviews worden gehouden volgens interviewtechnieken zoals deze door Hannabus (1996) en Fontana en Frey (1998) zijn omschreven. Deze elementen die terugkomen in de interviews zijn:

- Vermijden van het stellen van gesloten vragen
- Vermijden van dubbele ontkenningen en/of geladen uitdrukkingen
- Tijdens de interviews geen oordeel laten doorschemeren in reactie tot het antwoord van de geïnterviewde
- Voorkomen van afdwalen
- Niet afwijken van introductie, volgorde van vragen of verwoording van vragen (tenzij hier een goede reden voor is)
- Vermijd het suggereren van antwoorden, persoonlijke kijk mag niet duidelijk zijn voor de geïnterviewde

## Bijlage 4: Transcripts

|     |                                               |
|-----|-----------------------------------------------|
| 1.  | Preventieve maatregelen (preventie)           |
| 2.  | Controles (monitoring)                        |
| 3.  | Voeding (begeleiding)                         |
| 4.  | Beweging (begeleiding)                        |
| 5.  | Psychologische ondersteuning (begeleiding)    |
| 6.  | Tijdsduur (begeleiding)                       |
| 7.  | Vormen van voorlichting (voeding en beweging) |
| 8.  | Beweging (voorlichting)                       |
| 9.  | Verhoogd risico (voorlichting)                |
| 10. | Andere werkzaamheden                          |
| 11. | Doorverwijzing                                |
| 12. | Ondersteuning                                 |

### Interview met respondent 1

Woensdag 24 april, 16:30

Duur: 30 minuten en 30 seconden

#### **Vraag 1**

R1: Ja, ik zie met name ook natuurlijk alleen de chronisch zieken, dus wij hebben dus wat mensen die al indicatie hebben diabetes of CVRM (cardiovasculair) en de long- of ASTMA/COPD mensen. Dus dat zijn wel de doelgroepen die wij als POH zien en waar we dus de mee doen. Met name kijk je een keer per jaar, meeste mensen laten bloedprikken, met name voor de CVRM, dus dan kijk je met name naar het cholesterol, naar de suikers, ook wel eens medicijngebruik of hun nierfunctie<sup>2</sup>.

Maar wij zitten met name erg op cholesterol en op glucose en gewicht, meten, overgewicht en daarin heb je dus met name de preventie: het bekijken van hoe zit iemand erin, wat doet iemand er al aan<sup>1</sup>.

Interviewer: Dus mensen die al gediagnosticeerd zijn krijgen een jaarlijkse meting?

R1: Ja, en diabetes cliënten komen een keer in het kwartaal<sup>6</sup>, tenzij ze heel stabiel zijn.

Interviewer: Doel je bij CVRM ook op overgewicht?

R1: Ja, we hebben in ieder geval een programma waar we dus mensen uit ons medisch programma volgen, daar komen mensen uit die risico lopen<sup>1</sup>. Hoge bloeddruk of hoog cholesterol, overgewicht ook wel maar het is niet zo dat ze altijd alleen met overgewicht bij ons komen. Die mensen zitten ook wel bij de huisartsen. Het is wel met name bij deze praktijk dat er wel aandacht wordt besteed aan mensen met overgewicht. Dat zeker. En je ziet het heel veel bij diabetes natuurlijk.

Interviewer: Zijn er ook werkzaamheden preventief voor doelgroepen zoals obesitas? Proberen jullie die wel in te sluiten bij wijze van pre diagnose?

R1: Ja zeker, en wanneer cliënten roken maar geen diabetes hebben of geen CVRM, maar wel bij de huisarts komen voor iets anders, is het altijd wel dat het roken aangekaart wordt<sup>1</sup>: dat wordt bij ons

wel geregistreerd en soms worden deze cliënten ook naar ons als POH gestuurd voor het stoppen met roken programma<sup>1</sup>. Dat stukje doen wij ook.

Interviewer: Dus de huisarts maakt hier een melding van?

R1: Ja de huisarts vraagt er naar en dit noteren ze, zodat we weten welke cliënten er roken. Bij ons zijn dames met zwangerschapsdiabetes ook gevolgd.

Interviewer: Oké, dus wel degelijk wat preventieve werkzaamheden

R1: Ja zeker, en er zal ook vast nog wel wat missen, maar goed ik zit hier natuurlijk ook nog maar een jaar, dus ik weet ook nog niet helemaal alles.

### Vraag 2:

R1: Nou bij ons is dat eigenlijk altijd lengte, gewicht, buikomvang en minimaal één keer per jaar het lab: glucose, cholesterol<sup>2</sup>, dat meten we sowieso.

Interviewer: En hoe vaak zijn de metingen, van gewicht bijvoorbeeld?

R1: Bij de diabetes is dat elk kwartaal, en bij de CVRM ligt het er een beetje aan. Sommige mensen komen één keer per jaar minimaal<sup>6</sup>, maar er zijn ook mensen die je intensiever ziet omdat de bloeddruk niet goed gereguleerd is, maar ook als mensen een verhoogd cholesterol hebben en niet direct aan de medicijnen willen, dan spreek je eerder af en spreek je interventies af. Dan zie je elkaar vaker en zet je ze vaker op de weegschaal.

Interviewer: Oké, dus bij uitzonderingen zijn er met hogere regelmaat afspraken aan het begin van het traject

R1: Ja.

### Vraag 3

R1: Bij diabetes elk kwartaal, tenzij de cliënten heel goed gereguleerd zijn en met name dan de mensen die diabetes hebben zonder medicatie of daar weer van af zijn. Die zien we één keer per half jaar<sup>6</sup>. Insuline cliënten sowieso elk kwartaal.

Interviewer: En bij CVRM?

R1: Beetje afhankelijk van de situatie. Minimaal één keer per jaar<sup>6</sup>, maar je hebt ook mensen die je bijvoorbeeld wel 4 keer per jaar ziet. Dat is als het bloed niet zo goed te reguleren is of sommige mensen vinden het fijn om een stok achter de deur te hebben als ze een doel hebben gesteld en een jaar te lang vinden. Maar dat laten we soms ook een beetje aan de cliënt over; het is in samenspraak<sup>6</sup>.

Interviewer: Is het zo dat hoe hoger het risico ingeschat wordt, hoe meer afspraken er gemaakt worden?

R1: Ja dat ligt er een beetje aan. Voor de CVRM heb je de preventieve en de secundaire screening. Je ziet dat mensen met secundaire vaker gezien worden, maar dat is ook omdat ze niet goed ingesteld zijn. Maar het is niet altijd zo dat er bij een hoger risico perse om de drie maanden gezien wordt, maar het is wel vaak zo<sup>6</sup>. Dat koppelt zich wel.

Interviewer: En bij longrisico, hoe monitoren jullie dat?

R1: Ja dat is iets minder vast, het is niet dat we daar ook bloed bij prikken of zoiets, het is ook een beetje naar geleide van klachten. De meeste astma cliënten doen een keer per jaar een longfunctietest<sup>6</sup> maar dit is net als bij COPD ook afhankelijk van wat voor klachten iemand heeft. We hebben mensen die elke drie maanden komen en mensen die een keer per jaar komen. Dat is niet zo strak als de diabeten of mensen met CVRM. We doen alles volgens de NHG-standaarden, natuurlijk wijk je daar wel eens vanaf, maar in principe doen we het volgens de NHG-standaard<sup>6</sup>.

#### Vraag 4

R1: We hebben altijd een vast lijstje dat we langs gaan: we vragen naar het rookgedrag, de voeding, alcohol, stress, beweging<sup>4</sup>. Dan meten we de bloeddruk en gewicht<sup>2</sup>, dat rijtje gaan we altijd langs. Dan is het ook net waar er behoefte aan is, waarin je ze begeleid. Dus soms heb je een gesprek over de voeding<sup>3</sup>, en soms gaat het over de stress en soms gaat het over bewegen<sup>4</sup>. Dus dat is een beetje wisselend. En ook welke afspraken je maakt met wat voor doel iemand stelt. Die begeleiding heb je ook: dat je de doelen evalueert<sup>3,4</sup>.

Interviewer: Je noemde de gesprekken, is dat de voornaamste vorm van begeleiding?

R1: Bij ons eigenlijk wel, of doorverwijzen. Want wij hebben voor de meeste mensen in principe 20 minuten of een half uur<sup>6</sup>, dus dat doen we in gesprekken. Alleen bij de diabetes doen we één keer in het jaar de voetcontrole. Dus dat is dan een ander onderzoekje.

Interviewer: Dus als ik je goed begrijp is de begeleiding afhankelijk van de hulpvraag?

R1: Ja het is altijd een beetje afstemmen op de cliënt. Wil iemand wel iets horen of niet? Sommigen zijn echt heel geïnteresseerd en willen alle uitleg en je hebt ook mensen die zoiets hebben van ik weet het wel maar.. Wij proberen wel heel vaak motiverende gesprekstechnieken toe te passen<sup>5</sup> om erachter te komen waar zit iemand.

#### Vraag 5

R1: Wij doen veel motiverende gespreksvoering en ook wel zelfmanagement<sup>5</sup>. Deze praktijk heeft ook wel de visie van wat mensen zelf kunnen doen moeten ze ook vooral zelf blijven doen. We zijn nu ook met positieve gezondheidszorg<sup>5</sup> bezig dus dat beginnen we steeds meer toe te passen. En om daar naar te kijken en om ook te kijken hoe iemand moet leven als diabeet en hoe dat voor die persoon is. Dat zijn de gesprekstechnieken die wij proberen toe te passen.

Interviewer: Komt het ook wel eens voor dat je het idee hebt dat dat niet volstaat? Of dat er behoefte is aan meer of andere begeleiding?

R1: Nou, wat we wel missen. Tenminste wat ik persoonlijk mis, is dat mensen het allemaal wel weten, maar er niet toe komen<sup>12</sup>. Dus dan kun je nog zo veel motiverende gespreksvoering toepassen of zelfmanagement, maar ze blijven hangen. Die hebben echt gewoon structuur nodig, maar met name ook iemand die ze meeneemt<sup>12</sup>. Er zijn ook mensen die namelijk aangeven dat ze wel weer eerder willen komen, gewoon om even de stok achter de deur te hebben. Maar wij kunnen niet altijd met ze mee en kunnen ze ook niet elke week uitnodigen. Dus echt dat stukje begeleiding en 1 op 1 begeleiding, maar ik denk ook groepsbegeleiding<sup>12</sup>. Dat kan denk ik ook goed werken.

Interviewer: Waar ligt dat dan precies aan?

R1: Wij hebben de tijd niet. Een half uur is al best luxe voor deze mensen. En dan heb je nog dat als je echt alles wilt bespreken is het alsnog te kort. En dan hebben we wel de vrijheid om bij sommige mensen te zeggen dat ze een keer eerder terugkomen, maar niet bij iedereen.

Interviewer: Is 30 minuten de standaard afspraak?

R1: Eigenlijk 20, maar wij nemen vaak 30. Maar in principe 20.<sup>6</sup>

Interviewer: Je noemde motivational interviewing; is dat jullie voornaamste manier van psychologische ondersteuning?

R1: Ja ik denk het wel, samen met het ondersteunen van zelfmanagement.

#### Vraag 6:

R1: Wij verwijzen eigenlijk met name naar een paar sites, daar geven wij de informatie van en soms een print erbij. Ook raden wij aan om op de site van huisarts of voedingscentrum te kijken, daar geven wij ook folders en apps van mee. Ook de hartstichting en de diabetesstichting en longfonds. Dat zijn eigenlijk de ondersteunende voorlichtingssites die wij gebruiken. En we hebben onze eigen modellen die we gebruiken voor uitleg, dat helpt, maar om het mensen mee te geven hebben we een selectie van deze sites.<sup>7</sup>

Interviewer: En als we het dan hebben over verschillende vormen, zijn dat dan de voornaamste?

R1: Nou meestal lezen wij het wel met ze<sup>7</sup>, of leggen het uit, en zeggen we dat hetzelfde verhaal ook op de site staat. Dus dat ze het wel terug kunnen vinden. Op huisarts.nl kunnen we het samen doornemen en uitleggen wat bedoeld wordt, en dan geven we de print mee. Wat we welk vaak doen met diabeten of longmensen die moeten puffen of iets dergelijks, dan doen we dat voor. Maar voor bewegen, sporten we niet samen met de cliënten. We gaan nu wel met de nationale diabetes challenge meedoen met de cliënten, dat zijn we nu gestart

Interviewer: Waarom hebben jullie geen specifieke voorlichting voor beweging?

R1: Eigenlijk is dat een goede vraag. We hebben wel dat we zeggen: de norm is 30 minuten per dag intensief bewegen, zoals volgens de NHG standaarden<sup>8</sup>. En verder komen we eigenlijk niet. Wel dat intensief bewegen even je versnelling iets anders zetten op je fiets is, of extra de trap op, maar daar blijft het eigenlijk bij. Geen sites.

R1: Long-/Astma cliënten zien we ook wel. Daarbij zitten we ook wel op leefstijl, maar dat is met name natuurlijk het stoppen met roken. Dat merken we dat speelt en ook wel gewicht, bij astma zie je dat ook zeker. De longcliënten hebben soms ook wel eens ondergewicht, bij COPD zie je dat we daar wat vaker aan besteden.

#### Vraag 7

R1: We hebben de risico tabellen die we kunnen laten zien bij mensen<sup>9</sup>. Dus met name is dat voor hart- en vaatziekten dus daar kunnen we ze in meenemen om eens even te kijken in welke score ze uitkomen. Die laten we dan wel zien. Op basis van de bloeddruk, cholesterol kun je zien in welke zone de cliënt uitkomt. Ook het BMI is iets waar je iets over kan zeggen en kan benoemen wat een gezonde buikomvang is en met roken laten we vaak zien wat het risico is bij roken en bij niet roken<sup>9</sup>. Zo proberen we het wel inzichtelijk te maken

Interviewer: Volstaan deze werkzaamheden ook om de cliënt hiermee bewust te maken? Welke andere dingen proberen jullie?

R1: Je hebt wel eens mensen die terugkomen en dat er niks veranderd is, ook al is er gezegd dat we anders gaan eten en meer gaan bewegen. 3 maanden later komen ze dan terug en is er niks gebeurd. Dan proberen we erachter te komen waarom. Er zijn ook mensen die zeggen dat ze nergens last van hebben en het nut er niet van inzien, maar er zijn ook mensen die zeggen ik wil wel maar ik heb de moed niet, of weer wat anders. Daar is wel verschil in. Ook echt mensen die wel gemotiveerd zijn maar die het niet alleen lukt, maar je hebt ook mensen die niet gemotiveerd raken.

Interviewer: Passen jullie de aanpak dan iets aan?

R1: Nou, **we blijven eigenlijk wel stimuleren en elke keer benoemen wat het risico is<sup>9</sup>**. Daarbij blijven we wel benoemen dat het zelfrisico is en dat als de cliënt er niks aan veranderd, dat het niet voor de POH gedaan hoeft te worden. De cliënt is de enige die het kan veranderen. Pak je het op, dan pak je het op, maar we blijven het zeggen en we blijven het vragen, dat wel. **Soms probeer je wel eens een andere vorm van voorlichting, of een andere folder, of heb je die sportschool wel eens geprobeerd, of daar doen ze dat<sup>9</sup>**. Dat probeer je wel, maar het moet uit de mensen zelf komen, dan lukt het. Ik kan wel 10 dingen op tafel leggen, maar als ze die 10 dingen meenemen en thuis in de prullenbak gooien, maar als ze het zelf verzinnen, dat werkt veel beter.

Interviewer: En hebben jullie de tijd om dat met ze door te nemen?

R1: Niet altijd. Soms kun je wel een vervolgafspraken maken. Maar niet altijd.

### Vraag 8

R1: Ik denk dat je daarmee al een heel eindje bent. Wel **in de wachtkamer proberen we wat dingen op te hangen om mensen geprikkeld te laten worden zoals "drink ik voldoende"<sup>1,10</sup>**. Dat is niet alleen voor de mensen met chronische zorg, maar ook voor anderen. Wat we ook doen is **preventief naar de ouderen toe gaan<sup>1,10</sup>**. Dat stukje zijn we nu aan het oppakken. Dat is dus dat een collega preventieve huisbezoeken gaat doen. Om bijvoorbeeld bij een diabeet thuis te kijken hoe de koelkast eruit ziet. Maar we beginnen met de ouderen. Die krijgen huisbezoek en een inventarisatie over hoe het gaat en of ze het redden, ergens hulp bij kunnen gebruiken en naar de medicatie kijken.

Interviewer: Is dat omdat zij wegens hun leeftijd een verhoogd risico hebben?

R1: Ja, de kwetsbare groep gaan we als eerst benaderen. Maar met name ook ter preventie. Om valgevaar te voorkomen, ondervoeding. Er zijn namelijk ook veel ouderen thuis die denken dat het allemaal goed gaat, en waarvan we geen idee hebben hoe het met ze gaat. En dat is nu de bedoeling om die mensen eens in kaart te brengen.

Interviewer: En o.a. op het gebied van voeding en beweging?

R1: Ja voeding, beweging en ook vooral sociaal. We doen veel met Makander en kijken of ze ergens anders naar toe kunnen (bijvoorbeeld eetgroepjes of maatjes). Dus heel veel op sociale cognitief, en dat nemen we ook altijd wel mee in onze gesprekken. Wij zien natuurlijk ook veel ouderen met diabetes; hierbij kijken we ook of alles wel aankomt bij de cliënt.

Interview: Maar dat valt dus nog niet binnen de standaardwerkzaamheden?

R1: Nee, dat is nu voor ouderen de standaard aan het worden, dat we ze opzoeken.

### Vraag 9

R1: Ook wel als je signaleert dat hier gewoon echt meer nodig is dan wij kunnen<sup>11</sup>. Met name op psychisch vlak denk ik. Diëtist doen we sowieso altijd als iemand beginnend diabeet is<sup>11</sup>. Gaan ze altijd voor de eerste keer naar de diëtist. Of iemand moet echt niet willen. Ook op eigen verzoek, maar we blijven het ook aanbieden. Als iemand wilt afvallen vragen we “Goh heb je een idee hoe je dat wilt doen”? en is “is het misschien een idee dat je eens met de diëtiste gaat praten”. Dus er zijn wel mensen die daar gebruik van maken, maar er zijn ook mensen die dat een te hoge drempel vinden, die willen het niet of zeggen “dat weet ik allemaal wel”. Dus we proberen het wel heel veel te stimuleren om ze door te verwijzen<sup>11</sup>, we doen het ook heel laagdrempelig. Eén bezoek kan ook prima zeggen we dan, neem het eetpatroon eens met haar door, want ikzelf heb daar gewoon niet genoeg verstand van over alle calorieën, eiwitten. Ook mensen met ondervoeding verwijzen we altijd door. Mensen met overgewicht ook<sup>11</sup>, maar niet iedereen wilt. De podotherapeut doen we ook met diabetes, met name podotherapie als ze probleemvoeten hebben of als er uit de score komt dat ze erheen moeten. Als mensen over bewegen zelf aangeven van “ik wil wel wat, maar..” De kosten spelen bij veel mensen ook een rol. Sportschool vinden ze dan te duur, fysio vinden mensen ook te duur. En dat is ook weer een te hoge drempel. “Zoveel klachten hebben we nou ook weer niet”. Er zijn hier best wat mensen die naar de fysio gaan alleen voor het beweegprogramma, maar dan moeten ze wel betalen. Sommigen vinden sportschool ook al te duur.

Interviewer: Bij diabetes noem je heel duidelijk dat als iemand prediabeet is, dan sturen we hem door naar de diëtist. Zijn er ook zulke duidelijke richtlijnen of triggers voor bijvoorbeeld overgewicht, bij BMI > 25?

R1: Niet zo heel strak. Maar wel met mensen met verhoogd BMI, wordt wel echt geadviseerd. Maar niet zo strak als bij de diabetes.

Interviewer: En psychologische ondersteuning noemde je ook?

R1: Ja, met name gaan ze altijd wel eerst naar de POH-ggz. Dat blijft dan bij ons in de eerstelijns. Zij doet dan de screening of het een kort traject is en zit er meer bij, dan worden ze doorverwezen naar de psycholoog. En als ze denken dat mensen vastlopen met hun ziekte of met het omgaan met, dan verwijzen we laagdrempelig. Eigenlijk alles wel vind ik, hoor. We verwijzen ook wel eens door naar de internist, als we bijvoorbeeld vastlopen met medicijnen<sup>11</sup>, of als er problemen zijn, of als mensen vaatproblemen hebben, die gaan dan ook naar de internist of vaatchirurg.

Interviewer: En als iemand nodig moet afvallen, al bij de diëtist geweest is, gedragspsycholoog eventueel geweest, zijn er dan andere bellen waar jullie nog aan trekken?

R1: Dat heb ik zelf niet zo meegemaakt nog, meestal loopt ergens dan wel een lijntje waarbij winst te halen is. Anders is het vooral de POH-ggz die doorverwijst naar een ander traject. Maar dat is meer bij mensen die dan uit de tweedelijns komen, die hebben dan soms nog wel een heel revalidatietraject. Dan komen ze wel eens bij ons nog, maar hebben ze al wel iets vanuit de tweedelijns meegekregen. Dat zie je dan nog wel eens, dat ze dan teruggaan naar dat programma. Maar wij als POH verwijzen verder eigenlijk niet door.

### Vraag 10

R1: Ik denk het stukje groepsbegeleiding en ook de continuïteit<sup>12</sup>. Wij zien ze en moeten nog meerdere dingen doen. Maar echt het stukje begeleiden, wat intensiever begeleiden<sup>12</sup>, en ook wat ik prettig zou vinden, is een vast persoon waar we ze naartoe kunnen verwijzen<sup>12</sup>. Dan weet je ook een

beetje wat ze daar gaan doen en dat je dat van elkaar weet. Dat als je daarheen gaat, dan kun je dat en dat verwachten, dan kun je mensen veel makkelijker doorverwijzen en enthousiaster maken.

Interviewer: Zijn er nog andere dingen waarbij je denkt dat er echt meerwaarde zou zijn?

R1: Ook een stukje professionaliteit<sup>12</sup>, **wij komen niet veel verder dan intensief wandelen**. Dus welke bewegingen goed zijn voor mensen om af te vallen, welke oefeningen moet je wel en niet doen, daarin zijn wij niet geschoold. Het is echt meer dat wij alleen maar zeggen: beweging is goed voor iemand. En welke bewegingen van belang zijn of welke krachttraining je moet doen, daar hebben wij ook de tijd en kennis niet voor<sup>12</sup>. Het blijft toch wel een breed iets, waar wij niet heel diep op ingaan. Dan verwijzen wij door naar een diëtist. Welke oefening juist is om van buik vet af te komen, daar weten wij niet genoeg van

Interviewer: Dus tijd en kennis, zijn er nog meer?

R1: Het groepsgevoel<sup>12</sup>, dat mensen ook weten dat ze ergens naartoe gaan waar ze meerdere deelgenoten hebben. Dat kan stimulerend zijn, dat ze weten dat ze elke week ergens moeten zijn. Ik merk ook dat er heel veel mensen financieel niet zoveel te besteden hebben en die dan wel eens tegen de kosten van een sportschool oplopen. Dat stukje vergoeding spreekt hun heel erg aan, dat van "we kunnen gratis naar een leefstijlcoach", dat zien ze dan zitten. Maar dat is ook een groot probleem denk ik.

## Interview met respondent 2

Donderdag 24 april, 12:00

Duur: 32 minuten en 14 seconden

### **Vraag 1**

R2: Wat preventie betreft: ik zie groepen mensen die bij mij komen met óf ze willen een keer een 'APK-tje' waarbij we een bloedonderzoek doen, cholesterol meten, suiker meten<sup>1</sup>. Dat zijn de voornaamste waar we dan naar kijken. Dan meet ik bloeddruk, ik vraag dan natuurlijk uit waarom mensen dat willen, waarom ze komen bij mij. En ik doe dan inderdaad ook een BMI-bepaling en vraag inderdaad naar leefstijl<sup>1</sup>. "Hoe zit het qua voeding, opname van vet?" Ik heb natuurlijk de uitslag van het cholesterol bijvoorbeeld en de suiker. Vragen of er problemen in de familie voorkomen. Ik stel dan een cardiovasculair risicoprofiel op<sup>1</sup>. Dat stel ik op en daarvanuit geef ik inderdaad adviezen met betrekking tot voeding en beweging en ook wel stress<sup>1</sup>. Stressreductie eventueel, ik vraag dat in ieder geval allemaal uit<sup>1</sup>. Op die manier ben ik met preventie bezig.

Interviewer: Als ik het goed begrijp vragen mensen dat zelf aan?

R2: Ja, ook zie ik natuurlijk mensen die al bekend zijn met een aandoening. Diabetes, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk. En daar ga je natuurlijk met name ook op leefstijl zitten, om die aandoeningen met complicaties te voorkomen<sup>1</sup>. Maar soms kunnen de adviezen een verandering in leefstijl teweegbrengen dat de mensen van hun diabetes afkomen of van hun hoge bloeddruk. Dat gaat dan ook weer over voeding en beweging en ook stressreductie, want stress speelt een enorme rol in hoe mensen leefstijl richting geven.

Interviewer: Klopt het dat er geen workshops of presentaties bij jouw preventieve werkzaamheden horen?

R2: **Nee, het is puur ik tot de cliënt.**

### Vraag 2

R2: Dat is BMI bepalen, buikomvang<sup>2</sup>. Als er overgewicht is. Bloeddruk, cholesterol, glucosebepalingen<sup>2</sup>, dat zijn ze wel denk ik.

Interviewer: Voor het BMI, doe je de lengtemeting<sup>2</sup> zelf?

R2: Ja, die pak ik er altijd bij. Want meestal klopt het niet met wat mensen zeggen.

### Vraag 3

R2: Mensen die uit zichzelf een keer komen om een risicoprofiel op te stellen, dat kan een eenmalig iets zijn<sup>6</sup>. Zijn er echt afwijkingen in het cholesterol bijvoorbeeld, dan adviseer ik mensen om bijvoorbeeld na een half jaar, als ze leefstijl volgen, als ze iets ermee willen, om die bepaling nog een keer te doen en nog een keer te praten over hun leefstijl. Of de veranderingen gelukt zijn, van meer bewegen of naar de sportschool gaan of noem maar op. Dus dat hangt ook een beetje van de persoon af wat hij of zij wil<sup>6</sup>. Dus het is niet zo dat ik die mensen dan elk jaar weer terug zie. Of ze moeten een dermate hoog risico hebben dat ze door kunnen stromen in bijvoorbeeld de ketenzorg, en dan zie ik ze wel vaker.

Interviewer: Verschilt het dan nog per diagnose hoe vaak je iemand wel of niet ziet?

R2: Ja, bij diabetes bijvoorbeeld, die mensen zie ik sowieso in het begin vrij vaak. Dat hangt ook van hun suikergehalte af dus die kan ik wel om de zes weken zien, maar ik verwijs ze dan natuurlijk ook naar een diëtiste. Maar ik hou dan wel in de gaten hoe hoog de glucose is en of leefstijlverandering lukt. Ik geef zelf ook wel adviezen qua voeding, maar de diëtist kan nog iets meer de diepte in met mensen. Het hangt van de situatie af, de glucosewaarden, van hoe vaak zie ik dan iemand.

Interviewer: Is daar een gemiddelde aan te plakken? Voor bijvoorbeeld overgewicht, CVRM en diabetes?

R2: Nee dat hangt er vanaf. Diabetes is echt een aandoening die ik standaard zie, of elke 3 maanden, of 1 keer per jaar<sup>6</sup>. Hangt weer van heel veel factoren af natuurlijk. Maar met regelmaat. Mensen zonder haat en vaatziekten en zonder diabetes, of die bijvoorbeeld overgewicht hebben, als die echt een verhoogd risico hebben, dan zie ik ze in ieder geval 1 keer per jaar. Dat kan ook vaker zijn, als mensen meer adviezen van mij nodig hebben, maar ik probeer die mensen ook altijd te verwijzen natuurlijk naar een diëtiste bijvoorbeeld. Of naar iemand op sportgebied. Maar dat kan ook wandelen of fietsen zijn. Want thuis kunnen veel meer dingen dan dat je gelijk naar een sportschool moet. Maar daar is ook niet echt een gemiddelde voor te zeggen, het hangt er vanaf wat de cliënt tegenover mij wil<sup>6</sup>, die zegt misschien wel ik heb hartstikke veel aan deze adviezen, ik ga er wat mee doen. Dan zeg ik goh, kom je over een jaar nog een keer terug, of ik maak die afspraak al even. Om zo te kijken of het allemaal lukt, of na een halfjaar. Dus er is niet echt te zeggen hoe vaak ik dat doe, als de persoon aan een bezoek van mij genoeg heeft, dan zie ik ze soms helemaal niet meer terug. En anderen zie ik jaren achtereen.

Interviewer: Is het aan het begin aan te geven hoe het traject verloopt? Maar als je geen vervolgspraken maakt is het lastig te zeggen. Geeft de cliënt dat dan zelf aan?

R2: Ja, eigenlijk wel. Als je verhoogd risico loopt en ik heb adviezen gegeven, sommige mensen zeggen dan van oké, ik kan hier wat mee en die willen dan ook niet terug. En een ander die zegt wel graag terug te willen komen en ik adviseer dat ook altijd wel om te verifiëren of dat allemaal lukt natuurlijk. Dus mijn inzet is wel om die mensen vaker te zien. Ik laat het wel van die persoon afhangen, want ik heb daar niet allemaal zeggenschap in natuurlijk.

Interviewer: En de lengte van zo'n afspraak?

R2: Ik start meestal met 40 minuten, de eerste keer dat ik mensen zie<sup>6</sup>. Want dan wil ik heel veel uitvragen natuurlijk. Want er kan van alles aan de hand zijn waarom mensen komen, en daar zitten hele verhalen, hele geschiedenissen soms achter, waarom mensen bij jou komen. Dus dat probeer ik in een gesprek naar boven te krijgen.

Interviewer: Je zegt de eerste afspraak is wat langer, hoe zit dat daarna?

R2: Als mensen terug willen komen en we hebben beleid bepaald hebben (wat is belangrijk, wat wil jij, wat ga je doen), dan plan ik een half uur<sup>6</sup>. Maar eigenlijk nooit korter.

#### Vraag 4

R2: Qua leefstijl is dat natuurlijk erg breed. Ik kijk eerst naar wat ziet iemand eigenlijk als een probleem, want dat is natuurlijk belangrijk om naar boven te halen. Ik kan natuurlijk wel zeggen als ik een probleem zie, maar dat kan voor die persoon heel anders zijn. Ik probeer dan natuurlijk wel iemand zo ver te krijgen door een stukje motivational interviewing<sup>5</sup>, dat hij ook wel de problemen zo inziet, van ik heb overgewicht en dat hangt samen met voeding en beweging. Maar het zit inderdaad op voeding, op beweging, op stress hantering en dan ook wel op lab waarde uitslagen<sup>3,4</sup>.

Interviewer: En roken?

R2: Ooh natuurlijk! Roken, vanzelfsprekend. Dat komt zeker aan de orde bij zo'n risicoprofiel opstellen. Dat komt eigenlijk bij iedereen naar voren, maar ik vergeet hem nu. Want dat is een van de grootste risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Interviewer: En alcohol?

R2: Ook, dat komt ook aan de orde. Maar als ik een risicoprofiel opstel hoort de alcoholvraag er wel bij, maar die wordt niet inzichtelijk gemaakt. Ken je dat? Bij dat profiel opstellen, dat roken, leeftijd, ratio van cholesterol en de bloeddruk van de bloeddruk zijn eigenlijk de vier pijlers waarop je een risico kan bepalen. Daarnaast qua leefstijl komen bewegen, alcoholgebruik en voeding naar voren.

Interviewer: En hoe ziet die begeleiding eruit? Je noemde net al intake bijvoorbeeld. Wat komt daar nog meer bij kijken?

R2: Ja, ik ga dan ook benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn<sup>3,4</sup>, van wat wordt er nou geadviseerd echt qua beweging, hoe vaak in de week en hoe lang. Dertig minuten vijf dagen in de week bijvoorbeeld, wat bewegen betreft<sup>4</sup>. En roken natuurlijk nul. Dus ik bespreek die wetenschappelijke richtlijnen en verwijs ook vaak naar thuisarts.nl om daar wat over te lezen<sup>3,4</sup>. Ook wat roken betreft natuurlijk. Ik geef een stoppen met roken advies en geef natuurlijk aan dat ik daar begeleiding in kan geven, ook medicamenteuze begeleiding. Dat traject geef ik aan en verwijs ze dan ook naar thuisarts.nl of stevoral, ik verwijs mensen naar sites zodat ze daarop wat kunnen lezen als ze willen. En daar staan natuurlijk ook allemaal richtlijnen over voeding, over stoppen met roken, over bewegen. Ook als er echt sprake is van overmatig alcoholgebruik, dan verwijs ik mensen ook toch nog wel heel vaak terug naar de huisarts<sup>11</sup>. Om daar een gesprek aan te gaan en om te kijken is er echt alcoholverslaving aan de orde. Dan komen ze ook wel vaak bij de POH-ggz terecht. Want dat is niet mijn expertise. Ik suggereer wel vaak een stopweek met alcohol en vraag uit wat ze daarvan vinden, waarom wel, waarom niet, maar problemen zoals alcoholisme en zo dan verwijs ik eerst terug naar de huisarts.

### Vraag 5

R2: **Motivational Interviewing<sup>5</sup>** dat werkt heel goed om mensen dat inzicht te bieden. Ik probeer in ieder geval zaken naar boven te halen en te kijken wat leeft er bij iemand, wat is er aan de hand. En **van daaruit kun je een stukje positieve gezondheid toepassen<sup>5</sup>**. Maar dat is meer een begeleidingsstukje in de eerste gesprekken waarin je dingen vast moet stellen. Dan ga je daar ook niet direct mee beginnen, want je wilt informatie naar boven halen. Van daaruit helpt het soms al heel erg als ik kan aangeven van “joh ik kan me voorstellen dat je hoge bloeddruk hebt”, of “ik merk dat emotie eten een rol speelt bij jou”. **Daar spendeer ik eigenlijk wel heel veel tijd en energie aan, want ik denk echt dat daar een basis ligt voor problemen.** Waarom hebben mensen dan overgewicht, waarom wordt er alcohol gebruikt. Waarom lukt het niet om me te stoppen met roken. Dan moet je echt naar de basis om te kijken naar waar komt dat dan vandaan. En als we dan samen duidelijk hebben of er een dieper iets aan ten grondslag ligt, **dan geef ik weer adviezen over de mogelijkheid tot bezoek aan POH-ggz en die geeft daar adviezen in<sup>5,11</sup>**. Of ik kan fysio, of huisarts inschakelen, maar die POH-ggz is heel laagdrempelig, namelijk binnen de huisartsenpraktijk. Dat neem ik dan zeker mee. En als mensen dan weer bij mij komen is dat een van de eerste dingen waar ik dan met ze over begin, omdat dat voor mij een bewezen iets is dat vandaan uit groeien allemaal problemen.

Interviewer: dus met betrekking tot psychologische ondersteuning vooral Motivational Interviewing en uitvragen waar een eventuele diepere gelegen bron van gedrag is. En afhankelijk daarvan, doorverwijzen naar de POH-ggz, en anders zelf aan de slag blijven.

R2: Ja, eigenlijk wel.

### Vraag 6

Interviewer: Wat je hierover al benoemd hebt, was: **enerzijds advies op basis van de standaard en gezonde richtlijnen, doorverwijzen naar de websites waar de informatie is.**

R2: Ja, eigenlijk wel. **Ook wel heel erg uitvragen wat de cliënt wil,** over wat ik zo belangrijk vind. Maar het gaat er met name om waar de persoon staat en wat hij/zijn zelf nu heel graag wilt. Dat is het denk ik wel.

### Vraag 7

R2: Wat ik daaraan kan toevoegen; **ik ga mensen in ieder geval inzichtelijk maken door het CVRM risicoprofiel te laten zien en uit te leggen wat de scores betekenen en waarom iemand die behaald<sup>9</sup>. Je kunt ook via thuisarts.nl adviseren dat mensen zelf dat risico invullen<sup>9</sup>.** Dan geeft het hen ook gelijk inzicht van “ik zou misschien daar wat aan kunnen doen door leefstijlverandering” en **alleen erover praten landt vaak niet bij mensen<sup>9</sup>**. Dus laten zien, of ze zelf iets laten doen, helpt veel beter. Dus dat pak ik er altijd bij. Dat je iets laat zien, waardoor het duidelijker wordt. Ik zie ook mensen totaal veranderen **door mensen te complimenteren door met positieve gezondheid te werken<sup>5</sup>**. Ik zeg dan, goh je bent wel 30kg aangekomen, maar hoe heb je dan voorkomen dat dit 40kg is geworden. Of wat goed dat je geen 40 kg bent aangekomen, hoe heb je dat voor elkaar gekregen? Zo probeer ik het meer om te draaien. Maar dat is een leerproces voor mij, om niet in problemen te praten, maar in oplossingen. En de keren dat me dat lukt, zie ik gelijk verandering bij de cliënt.

### Vraag 8

R2: **De stoppen met roken spreekuren<sup>10</sup>**, waar mensen die willen stoppen met roken bij mij komen. Ik begeleid mensen daarin. Dat is eigenlijk wel belangrijk. Ik vergeet het al die tijd te zeggen.

### Vraag 9

R2: Dat ligt aan de aandoening die mensen hebben. Als mensen bijvoorbeeld COPD hebben en weinig bewegen, dan verwijs ik ze sowieso naar een fysiotherapeut<sup>11</sup>. Dat doe ik dan veel sneller, omdat die aandoening erachter ligt. Of mensen hebben bijvoorbeeld vaatlijden, wat ik vast heb gesteld door een enkel arm index, dan verwijs ik ze natuurlijk ook voor looptraining naar een fysiotherapeut<sup>11</sup>. Het ligt dus een beetje aan de aandoening hoe snel ik mensen verwijs<sup>11</sup>. Als ik een diabetes binnenkrijg, is het eerste wat ik doe, verwijzen naar de diëtist<sup>11</sup>.

Interviewer: Dus afhankelijk van de aandoening als ik het goed begrijp?

R2: Ja, dan ga ik veel sneller verwijzen.

Interviewer: Eerder bespraken we dat je er soms gaandeweg in het traject achter komt dat iemand meer specifieke zorg nodig heeft, bijvoorbeeld op het gebied van stress, hoe zou je dat punt omschrijven? Dat is dan niet direct aan het begin. Maar naarmate je de cliënt beter leert kennen.

R2: Ik kan er soms in het eerste gesprek al wel samen met de cliënt achter komen, dat de problemen veel dieper liggen. Dan geef ik wel gelijk te kennen dat er een POH-ggz in de huisartsenpraktijk is waar men gewoon een afspraak bij kan maken. En dan zeg ik, nou daar moet je dan maar even over nadenken, want ze raken soms ook wel een beetje overrompeld met alle info, maar ik geef dat wel direct aan. Dat die persoon er is en dat ze daarbij terecht kunnen, maar daar zit vaak ook wel een stukje weerstand van "maar ik ben toch niet gek" en noem maar op, maar ik opper dat wel direct. Dat het voor hun vrij is om daar een afspraak te maken zonder tussenkomst van arts. En soms moeten mensen ernaar toe groeien. Soms komt het niet zover, dan willen mensen het niet. De persoon moet het doorverwijzen ook willen. Ik doe niks als iemand dat niet wilt. Dan werkt dat toch niet. Maar ik opper alles altijd wel, ook qua beweging. Dat ze bij de fysiotherapie bewegingsprogramma's kunnen volgen, dat geldt voor diabetes natuurlijk ook, dat opper ik allemaal wel. Ik maak dus wel gebruik van allerlei verschillende disciplines die er zijn, ik ga dat niet allemaal zelf binnen mijn kamer houden<sup>11</sup>.

#### Vraag 10

R2: Ik denk dat bij elke cliënt die bij mij binnenkomt, leefstijl het eerste is wat om de hoek komt kijken. Ik denk met name als mensen zeggen een andere vorm van leefstijlbegeleiding te willen dan dat ik hier aan de tafel kan geven<sup>12</sup>, dus een actievere vorm zoals bijvoorbeeld sporten bij de fysio, of de leefstijlcoach die alle mogelijkheden gaat bespreken van alle vormen van beweging bij iemand. Als mensen zelf niet op een idee kunnen komen of ze hebben allerlei beperkingen<sup>12</sup>, dan ga ik niet van alles zitten bedenken wat mensen dan wel kunnen, dan geef ik ze dat zelf mee om zich daar in te verdiepen, of dan zou ik ze mooi naar de leefstijlcoach kunnen verwijzen. Van he, die kan mooi met je meedenken.

Interviewer: Dus op het gebied van beweging met name?

R2: Ik weet niet helemaal zeker of de leefstijlcoach.. Nou, ja die zal beslist ook naar voeding kijken. Stress mogelijk ook. Dus eigenlijk op alle gebieden zou ik ze naar een leefstijlcoach kunnen verwijzen<sup>12</sup>, behalve stoppen met roken lijkt me. Ik denk dat ik die dan zelf moet doen, daar ben ik weer in geschoold. Maar ik zou daar langer over na moeten denken of meer bewust van moeten worden in mijn spreekuren, van he de leefstijlcoach is misschien wel de eerste mogelijkheid. Want van daaruit, de leefstijlcoach kan nog veel gerichtere adviezen geven dan ik, want ik ben heel algemeen, en jij bent veel specifiek straks.

Interviewer: Denk je dat tijd daarin ook een factor is?

R2: Nee, dat speelt helemaal geen rol. Ik heb gebrek aan kennis in dat opzicht<sup>12</sup>. Want als ik de kennis zou hebben zou ik zeggen “kom nog een keer een half uur terug”. Ik kan net zoveel mensen inplannen als ik wil. Maar ik heb de kennis niet, of onvoldoende.

### Interview met respondent 3

Donderdag 25 april, 13:00

Duur: 33 minuten en 6 seconden

#### **Vraag 1**

R3: Ik denk het totaalpakket. En het bewegen, en de voeding, en het gewicht<sup>1</sup>. Dat is iets tastbaars voor de mensen. Want bij het ontwikkelen van suikerziekte zijn dat toch de speerpunten waar je vanuit gaat. Gewichtsvermindering geeft toch een verbetering van de suikers. Er zitten veel mensen tegenover mij die een gestoorde glucosetolerantie hebben, waarbij je dus echt gaat zeggen van: voeding is belangrijk, bewegen is belangrijk<sup>1</sup>.

Interviewer: Dus dat is met betrekking tot prediabeten?

R3: Bijvoorbeeld ja. En zo is het bij hart- en vaatziekten anders, die mensen hebben al een event gehad en je wilt dan voorkomen. Dan ga je ook weer uitleggen hoe belangrijk het is dat ze bewegen, juist omdat dat er een heleboel mensen zijn die dan bang zijn om te bewegen<sup>1,4</sup>. Daar ga je dan weer uitleg over geven.

Interviewer: En hoe verschilt dat van voorlichting?

R3: Als je dus echt pre-diabetes hebt, dan ga je echt gericht op de diabetes kijken wat er met de bloedsuiker gebeurt, ga je daar voorbeelden bij zoeken. Bij hart- en vaatziekten, als er een hartaanval geweest is, dan ga je veel meer de kant van het hart op; zuurstofrijk bloed, je gezondheid, buiten.

Interviewer: En bij overgewicht bijvoorbeeld?

R3: Ik denk niet dat er preventief heel veel mensen doorgestuurd worden hier in de praktijk met overgewicht. Alleen als ze dat zelf vragen, en dan kom je dan op dat stukje leefstijlcoaching. Er zijn dus een aantal mensen die ik heb mogen begeleiden, die bij de huisarts aan hebben gegeven dat ze eigenlijk wel wat gewicht zouden willen verminderen of leefstijl willen aanpassen. Maar praat je dan over preventie?

Interviewer: Op het gebied van overgewicht in dat geval eenmaal niet meer, want dat is dan al zover. Maar mensen die prediabeet zijn hebben soms ook overgewicht.

R3: Ja, en daar is dan heel veel winst te behalen.

Interviewer: Oké dus we hebben voor preventieve werkzaamheden, als ik het goed begrepen heb, prediabetes, mensen na een event hart-/vaatziekte.

R3: Ja, en dan de mensen, dat zijn er best wel veel, mensen die een hoge bloeddruk hebben. En daarbij is de leefstijl ook altijd aan de orde.

Interviewer: En bestaan de preventieve werkzaamheden uit..?

R3: Ze staan hier altijd op de weegschaal, dus het BMI wordt altijd berekend, en dan leg je uit dat bij een BMI van 30 of hoger er meer kans is op het risico op hart- en vaatziekten, dus op die manier probeer je toch de motivatie bij die mensen te enthousiasmeren om het gewicht naar beneden te krijgen<sup>1</sup>. Door middel van de voeding en beweging, wel altijd die combinatie<sup>1</sup>. Als je alleen wat op de voeding gaat doen dan verlies je vetmassa, maar je spiermassa wil je ook behouden, dus het bewegen hoort er gewoon bij.

## Vraag 2

R3: De weegschaal is een belangrijke<sup>2</sup>. Buikomvang ben ik een beetje vanaf gestapt. Wel mee begonnen, maar toen dacht ik ja, de ene houdt zijn buik in, de ander die zucht, de ander zet zijn buik uit. Dus dat is altijd lastig om de plek te bepalen waar je dat moet berekenen.

Interviewer: En andere vormen van metingen?

R3: Bloeddruk<sup>2</sup> altijd, hartslag<sup>2</sup>. Mensen waarbij je denkt dat er juist ondergewicht is in plaats van overgewicht pak je toch ook een meetlint voor de armomtrek<sup>2</sup>. Bloedprikken<sup>2</sup> elk jaar en vaker als dat nodig is.

## Vraag 3

R3: De CVRM-cliënten die heel stabiel zijn die zien we 1 keer per jaar<sup>2</sup>. De diabetes cliënten in principe 4 keer per jaar, tenzij de heel goed in gesteld zijn, dan 1 keer per 4 maanden<sup>2</sup>. Een heel enkele, 1 keer per half jaar. De mensen met hart- en vaatziekten in principe 4 keer per jaar, tenzij het ook weer heel stabiel is, dan ga je naar een keer per halfjaar<sup>2</sup>. Het is voor de mensen vaak al heel duidelijk: weegschaal, bloeddruk en dan hier pakken we het metertje. Dat is voor hun niets nieuws. Bij de suikermetingen doen we ook altijd een glucosemeting<sup>2</sup>.

Interviewer: Dus als ik het goed begrijp is er dus een standaard, of eigenlijk een norm, voor bepaalde diagnoses. En voor CVRM is dat een keer per jaar, tenzij er aanleiding is tot vaker. En bij diabetes 4 keer? En vaker als het nauwer gemonitord moet worden?

R3: Ja. Als je net met de insuline gaat beginnen dan zie je de mensen heel vaak en je telefoneert heel veel.

Interviewer: Zijn er ook mensen die jij behandelt met overgewicht of obesitas, die jij ook vakere momenten ziet in een jaar?

R3: Ja, de mensen die ik als leefstijlcoach zie. Die komen hier en dan gaan we bepaalde afspraken maken. En dan vullen ze een lijst in en dan maken ze een voedingsdagboek<sup>3</sup>, en zo gaan we van een keer per 2 weken naar een keer per 4 en 6 weken. Maar net hoe het loopt allemaal. Ik spits dat liever op de cliënt toe dan dat ik zeg van het moet allemaal prima volgens het boekje. Dat gaat gewoon niet.

Interviewer: Reken je dat tot werkzaamheden die je als POH-s uitvoert? Of meer gerelateerd aan de leefstijlqualiteiten die jij ook hebt?

R3: Dat loopt gewoon door elkaar heen. Er zijn natuurlijk mensen die puur en alleen overgewicht hebben en daarom bij mij komen, of daarvoor doorgestuurd worden. We hebben wel eens een ambulancebroeder gehad die vroeg, "leefstijlcoaching, daar doe jij toch wat in?", dat had hij van een collega gehoord. En zo op die manier komen ook mensen binnen. Maar er zijn ook mensen die ik dan één keer per jaar de GTT's (glucose tolerantie test) meet. Dus die mensen die zie je dan misschien niet elk jaar, maar je spreekt ze in ieder geval. Daar ligt natuurlijk een heleboel winst. Als die mensen

afvallen en meer bewegen, dan is de ontwikkeling van suikerziekte, die er misschien aan zit te komen, toch terug te draaien. Het loopt dus door elkaar heen.

Interviewer: Ik kan me voorstellen dat sommige mensen met prediabetes ook baat hebben bij zo'n aanpak, stel je dat ook voor?

R3: Ja, maar de diabetes cliënten, zeker de nieuwe diabetes cliënten, daarbij hebben we gewoon de afspraak dat die naar de diëtiste gaan<sup>11</sup>. Dus dan heb je dat stukje al getackeld. En vandaag heb ik nog een meneer die al langer, naar zijn idee heeft hij geen diabetes omdat hij geen medicijnen heeft, maar de eerste interventies zijn de leefstijl is hem uitgelegd. Dat heeft hij tot nu toe goed gedaan, maar nu verliest hij het. Die heb ik dus naar beneden gestuurd; "Ga nou eens beneden kijken of u onder begeleiding toch weer het sporten oppakt". Ik hoop dat hij dat gedaan heeft.

Interviewer: Hoe lang duurt zo'n afspraak meestal?

R3: Ik heb gewoon voor alle cliënten een half uur<sup>6</sup>. Dat wordt veel te lastig om de een 20 en de andere 30 te plannen. Ik heb voor iedereen een half uur en dat is dan lang niet altijd nodig, maar ik heb altijd van alles te doen. Dus die tijd komt vol.

#### Vraag 4

R3: Dat is voeding, beweging, gedragsverandering, dat is stoppen met roken<sup>3,4</sup>. Alcohol vind ik wat lastiger. Slapen niet, ik geef ze wel adviezen, maar daar blijft het dan bij. Voorlichting, educatie. Dat hoort gewoon bij je takenpakket. Ik vind persoonlijke begeleiding ook heel belangrijk, dat je je toespitst en de cliënt centraal zet. Waar is hij? Hoever is hij in het traject? Is hij al toe aan verandering, gedragsverandering? Of blijf je daar nog even voor. Uitleg is dan weer belangrijk. Terugvalpreventie is ook een belangrijk onderwerp, wat ik altijd lastig vind om te bespreken, maar wat ik toch altijd wel doe<sup>5</sup>. Op een gegeven moment moet je dat toch wel benoemen. Een stukje beloning zal ik altijd benoemen<sup>5</sup>.

Interviewer: En omgaan met stress?

R3: Dat is lastig hé.

#### Vraag 5

R3: Maar dat komt wel aan de orde. Zeker. Want bij het bepalen van het risicoprofiel, is stress één van de items, ik werk altijd met BRAVO. En dan ontspanning en optimaal gewicht heb ik daarvan gemaakt, twee o's. Dus die ontspanning komt altijd aan de orde. Maar ik zeg altijd het is zo moeilijk om daar een cijfer aan te geven. Om op die manier benoem ik het wel en gaan de mensen ook wel, merk ik, vrijuit praten<sup>5</sup>. Is het dan nodig, dan benoem ik altijd de POH-ggz<sup>5</sup>, want zij heeft ervoor geleerd.

Interviewer: Betekent dat dat er een bepaalde mate is van ondersteuning die jij biedt, en dat het daarna de POH-ggz is?

R3: Dat gaat eigenlijk heel gevoelsmatig. Er zijn ook mensen die zeggen, er was pas nog een meneer die zei, ja maar dat heb ik helemaal niet nodig, ik heb jou. Wat hij vertelde allemaal dat klonk ook heel bekend dus dan snap ik ook dat hij denkt, ik kom af en toe bij haar en dan praten we erover. Dan is dat ook goed. Maar er zijn ook dingen dat ik echt zeg "Is het niet wat om de POH-GGZ te overwegen?". Ze zijn vrij in die keuze, ik laat ze daar ook vrij in. Ik mag ook graag meeveren. We werken hier ook met de 4DKL, maar het is dan wel vaak zo dat ik de 4DKL meegeef en ook een

afpraak maak bij de POH-GGZ. Ik ben gewoon geen psycholoog, zo is mijn opleiding niet. Dus schoenmaker blijf bij je leest, je moet niet op de verkeerde stoel gaan zitten.

#### Vraag 6

R3: Ik geef ze voedingsadviezen mee<sup>7</sup>, eventueel als ze dat wensen. We hebben thuisarts.nl, daar kunnen ze zelf op kijken<sup>7</sup>. Verder geef ik ze niet heel veel papier mee, dan denk ik van dat komt bij het oud papier terecht.

Interviewer: Dus je noemt doorverwijzen naar de website, flyer af en toe. Mondeling hebben we daarvoor al besproken.

R3: Voedingsadviezen mondeling en schriftelijk meegegeven<sup>7</sup>, beweegadviezen<sup>8</sup> meegeven.

#### Vraag 7

R3: De eetmeter<sup>9</sup> gebruiken we bij voeding, kijken wat de veranderingen zijn, hoe gaat het. Qua bewegen hebben we papieren van onder andere Becel, daar kun je precies invullen als je per 10 minuten bewogen hebt<sup>9</sup>. Om op die manier toch mensen te motiveren om te bewegen. De FitBit<sup>9</sup>, we hebben nu 4 FitBits die we mogen uitlenen aan mensen. Dat is via de HNVG gegaan. De stappentellers op de telefoon leggen we aan mensen uit, dus op die manieren proberen we dat aan mensen duidelijk te maken<sup>9</sup> en krijg je ook weer terug, van dit en dat werkt wel of niet. Ook in ieder geval door de risico-inventarisatie te doen<sup>9</sup>; dan zeg ik altijd van, alle risicofactoren op hart- en vaatziekten die neem ik met u door. Een aantal zijn er beïnvloedbaar, een aantal niet. Via de scoremeter krijg je dan een prachtig risico, en daar kun je verder mee praten. Dat laat ik dan zien.

Interviewer: En volstaat dat?

R3: Dat verschilt natuurlijk. Ik bedoel he, mensen die verder ontwikkeld zijn die hebben daar minder moeite mee dan mensen die minder goed ontwikkeld zijn. Maar over het geheel genomen geeft dat wel inzicht. Het is ook echt een grafiek, waarbij je tegen de mensen zegt: "U stopt bijvoorbeeld met roken", dan kun je dat aankruisen en dan loopt de grafiek anders. En dat verschil kunnen ze dan zien. Dat vind ik heel inzichtelijk en ik heb het idee dat de cliënten dat ook wel vinden.

Interviewer: Zijn er andere technieken die u gebruikt om de cliënt te laten inzien dat er een verhoogd risico is bij bepaald gedrag?

R3: Bij het stoppen met roken doen we ook een score van hoe hoog ligt de motivatie op een schaal van 0 tot 10 en hoe is het vertrouwen op een schaal van 0 tot 10<sup>9</sup>. Met overgewicht hebben we een mevrouw die ook cliënt hoge bloeddruk is, die heeft echt morbide obesitas, die heb ik wel geconfronteerd met het wordt morbide want ze werkt in de gezondheidszorg. Ik hou niet van bangmakerij, maar af en toe betrap ik me erop dat ik dat toch doe. Maar dan weet ik wel wie ik voor me heb.

#### Vraag 8

R3: Ik probeer het goede voorbeeld te geven<sup>10</sup>. Er zijn een heleboel cliënten die weten dat ik op de fiets naar het werk kom. Dat hoor ik van hen terug; ze zien mij binnenkomen met een regenjas en weet ik het wat aan. Maar ze hebben het daar wel over. Ik krijg regelmatig te horen "Ben je op de fiets?", ja, altijd. Goed voorbeeld doet goed volgen. Ik probeer toch wel zo veel mogelijk hetgeen ik hier uitdraag ook zelf te doen en ik deel dat ook wel met cliënten. Ik denk dat dat wel zijn vruchten afwerpt. En ik denk ook wel eens aan het opzetten van een wandelgroep voor cliënten uit de praktijk, die ideeën heb ik wel eens.

### Vraag 9

R3: Dat is gevoelsmatig<sup>11</sup>. Ik denk niet dat daar een vaste richtlijn voor is hier binnen deze praktijk. Ik heb al gezegd, nieuwe diabetescliënten zijn gaan die sowieso naar de diëtiste. Daarnaast geef ik ze ook altijd wel de keus van, er kan op beweging begeleiding zijn. Beatrixpark of hier beneden worden dan wel benoemd. Cliënten die suikerziekte hebben en overgaan op insuline gaan ook altijd naar de diëtiste. Dat is standaard. En dan zijn er ook toch wel een aantal cliënten die zelf vragen om een verwijzing naar de diëtiste<sup>11</sup>, en dat wordt altijd gehonoreerd.

Interviewer: Dus sommige diagnoses zijn standaard, sommige op gevoel en sommige op aanvraag?

R3: Ja. En bij beweging sturen we standaard door (naar de fysio) in het geval van perifeer arterieel vaatlijden<sup>11</sup>.

### Vraag 10

R3: Bij alle aspecten van mijn werk<sup>12</sup>. Je voelt je fitter, je voelt je prettiger, je hele stofwisseling, het heeft effect op alles. Leefstijl gaat zo door alles heen en met alles mee, dat het dom zou zijn om daar geen gebruik van te maken<sup>12</sup>. Ik vraag me alleen af of die GLI dat allemaal goed gaat lukken. Dat vraag ik me af. Veel mensen met overgewicht, en dan heb ik het niet over alle comorbiditeit, zitten toch in een lagere sociaal economische klasse. Hoe bereik je die, en hoe motiveer je die, gaat dat lukken? Daar ligt de uitdaging. Die ligt op jou schoot. Nou is maar de vraag of elke cliënt suikerziekte met overgewicht, wat er natuurlijk heel veel zijn, voor die GLI in aanmerking komt. Waar ga je beginnen? Begin je dan juist bij de mensen die wel overgewicht hebben en verder helemaal niets, want die mensen maken meer kans op het ontwikkelen van suikerziekte. Waar ga je beginnen, vraag ik mijn af.

## Interview met respondent 4

Dinsdag 14 mei, 11:30-12:00

Duur: 27 minuten en 53 seconden

### Vraag 1

R4: In elk consult van CVRM of diabetes, dat zijn eigenlijk de grootste groep mensen die ik zie, ga ik eigenlijk vragen wat ze aan leefstijl doen<sup>1</sup>. Als je ziet dat daar problemen of struggelingen in zijn of je ziet dat er toch te weinig bewogen wordt naar de norm, of met voeding dat daar aanpassingen in nodig zijn, vooral met diabetes kun je met voeding best wel veel doen, ga ik daar wel in adviseren<sup>1</sup>. Ik vraag ook vaak aan mensen wat ze zelf willen doen, want ik vind het eigenlijk wel belangrijk dat mensen zelf met een idee komen, omdat ze zelf ermee aan de gang moeten gaan. Dus ik kan heel leuk zelf heel veel vertellen, maar ik vraag altijd eerst aan mensen, nou wat heb je zelf al gedaan aan voeding, wat wil je bereiken, wat is je doel eigenlijk<sup>1</sup>, en daar haak ik op in. Ik merk dat ik dat veel leuker vind dat als ik een heel verhaal zit te vertellen en ik weet dat als ze de deur voorbij zijn en dat ze de helft alweer vergeten zijn. Dus dat je wel aansluit bij hun wensen en behoeften en ook wat kan, want sommige mensen zijn ook heel actief aan het werk, terwijl anderen met pensioen zijn dus die hebben vaak wat meer ruimte om wat anders te proberen of te bewegen. Dus eigenlijk een stukje motiverende gespreksvoering<sup>5</sup> wat ik daar in doe.

Interviewer: Ook ter preventie?

R4: Ja om al wel te voorkomen. Ik hou altijd wel de risicotabel erbij, die leg ik altijd aan mensen uit<sup>9</sup>. En dat ze qua leeftijd zo lang mogelijk moeten proberen in het groen te blijven en dat is lastig; op een gegeven moment gaat iedereen het rode in als je de 70 bereikt hebt, maar om dan toch te proberen je risico zo laag mogelijk te houden op het gebied van hart- en vaatziekten. Preventief ben ik altijd wel adviserend bezig.

Interviewer: En dat helpt om het inzichtelijk te maken ook voor de cliënt?

R4: Ja, van waarom doe ik het eigenlijk en waar is het belangrijk voor.

Interviewer: En preventief is dan mensen met verhoogd risico of prediabetes?

R4: Ja, eigenlijk mensen die al diabetes hebben daar ben ik ook nog wel preventief mee bezig op het gebied van hart- en vaatziekten. Dat je kijkt naar hoe je het risico op hart- en vaatziekten zo laag mogelijk kan houden. Met mensen met diabetes is dat natuurlijk wel moeilijker, want die hebben 15 jaar die je bij de leeftijd op moet tellen, dus je zit dan al snel in rood. Dus die ga je dan al snel behandelen met medicijnen<sup>1</sup>, zeker voor het cholesterol komt er wel vaak een behandeling bij, maar op het gebied van CVRM ben je al heel snel preventief bezig. Er zijn wel veel mensen die ik zie die nog geen hart- en vaatziekten hebben gehad, maar die ik wel jaarlijks zie.

Interviewer: En als je zegt adviezen, motivational interviewing en mensen zelf met een aanpak laten komen. Maak je dan ook afspraken?

R4: Dat hangt er wel vanaf in hoeverre mensen ertoe bereid zijn. Ik vind het wel een lastige doelgroep omdat veel mensen een keer per jaar komen, hoe ga je dat dan inzetten, dat is best lastig. Ik heb zelf zoiets van als ik ze een keer per jaar zie en ik ga een doel met ze opstellen, dan ga ik ze niet over een jaar pas terugzien. Dat vind ik veel te lang, dan is de rek eruit. Dus die ga ik dan vaker zien, dat bespreek ik dan met de cliënt, wat hij wilt. En dan te bespreken van hoe het verloopt en of er nog ergens ondersteuning bij nodig is, of er een verwijzing voor de diëtist<sup>11</sup> nodig is om eens te kijken naar de voeding. Hier werkt ook een diëtist twee keer in de maand, dan kun je ook wel laagdrempelig zeggen van kijk eens even naar de voeding en kijk even over mijn schouder mee<sup>3</sup>. Ik weet wel wat, maar zij weet veel meer.

## Vraag 2

R4: Als ik ze nieuw zie, is het altijd gewicht, lengte, buikomtrek, bloeddruk<sup>2</sup>. Dat zijn de metingen die ik doe.

Interviewer: Cholesterol ook?

R4: Ja, cholesterol wel. Dat gaat via het bloedonderzoek. Cholesterol, suiker, nierfunctie, urine<sup>2</sup>, dat zijn standaard metingen voor het CVRM. En dan doen we bloeddrukcontrole, hartslag<sup>2</sup> meet ik ook altijd even. En dan gewicht, lengte, buikomtrek.

R4: En dan vervolg ik het wel jaarlijks<sup>7</sup>. Lengte niet, lengte doe ik een keer per twee jaar<sup>7</sup>. Hangt er ook een beetje vanaf hoe jong iemand is. Als ze ouder zijn dan gaan ze toch wat krimpen. Maar bloeddruk is elke controle, gewicht doe ik één keer per half jaar. Mensen met diabetes zie ik elke drie maanden<sup>7</sup>, dus ga ik niet elke drie maanden gewicht doen, tenzij er natuurlijk een doel aan vast zit om af te vallen. Dus dat hangt een beetje af van wat het doel is van komst.

## Vraag 3

R4: Dat is gewoon afgesproken binnen de diabetescontrole. Vier keer per jaar<sup>7</sup>. Dat zijn standaardcontroles dus die mensen die ik regelmatig, waarvan één keer per jaar de arts ze ziet. Eigenlijk zie ik ze dan 3 keer per jaar.

Interviewer: Hoe zit dat met CVRM of obesitas?

R4: Mensen met obesitas komen niet in die zin gelijk bij mij. Dat hangt er een beetje van af of ze meer risico's hebben om binnen CVRM te vallen. Als je alleen maar obesitas hebt pas je niet gelijk binnen het CVRM-gebied, als je nog heel jong bent. Dat hangt er een beetje van af. Ik zie wel veel mensen met CVRM met ook obesitas. CVRM is eigenlijk als het stabiel is één keer per jaar, hebben ze verhoogd bloeddruk dan zie ik ze twee keer per jaar en als er doelen zijn of als ze aan leefstijl willen werken dan zie ik ze wel vaker, dan probeer ik ze elke drie maanden te zien<sup>7</sup>.

Interviewer: Zijn het dan de uitzonderingen die daar van afwijken?

R4: Ja, in samenspraak met de cliënt.

Interviewer: Ook als er hogere nood is of sprake is van een minder stabiele situatie?

R4: Als er echt een hele verhoogde bloeddruk is die ze niet onder controle krijgen dan zie ik ze soms wel maandelijks<sup>7</sup>, dan is het wel vaker ja. Maar met voeding probeer ik eigenlijk altijd wel dat ze naar de diëtiste gaan, daar probeer ik wel naar toe te werken. Omdat ze dan even een goede basis meekrijgen en dat ik dan wel in de achtergrond aanwezig ben, dan kijk ik ook even hoe vaak de diëtiste ze ziet. Ik kijk dan hoe pak je het als cliënt weer verder op en lukt het ook om het op te pakken. Want als iemand een soort vinger aan de pols houdt, is het natuurlijk makkelijk, maar als die controles wegvallen, hoe gaat iemand dan thuis verder? En waar loop je dan tegen aan en heb je nog begeleiding nodig.

#### Vraag 4

R4: Begeleiding met stoppen met roken. Op gebied van voeding dan. Bloeddruk, cholesterol, om die beter onder controle te krijgen. Beweging vind ik wel lastiger, op zich help ik daar wel mee en geef ik daar wel adviezen in wat ze kunnen doen aan beweging<sup>4</sup>. Mensen denken heel vaak bij beweging van dan moet ik naar een sportschool, dat is natuurlijk niet meer aan de orde. Daar geef ik wel adviezen in, maar ik heb niet veel mensen die ik daarin begeleid, in beweging<sup>4</sup>.

R4: Met stoppen met roken heb je echt een kant en klaar pakket dat je met mensen volgt, dan stel je ook echt een doel en zet je een stopdatum neer en ga je met die cliënt afspraken maken hoe vaak bel ik of belt u naar mij. Met mensen voeding stel ik wel met mensen een doel op, zoals ik wil bijvoorbeeld een gewichtsafname van 5 kilo hebben, dan kijken we ook wel of het realistisch is<sup>3</sup>, ik houd altijd die 5-10% aan, dat we wel een realistisch doel opstellen. En daar stellen we doelen mee samen, hoe vaak zien we elkaar en hoe vaak is nodig aan controles, is ene belletje al genoeg of is op controle komen ook voldoende. Ik kijk echt met de cliënt naar wat de cliënt wil.

#### Vraag 5

R4: Ik noem het altijd wel naar de cliënt, van bel me op als het niet gaat<sup>5</sup>. Ik vraag me af in de praktijk of mensen dat echt doen, het is natuurlijk best wel een drempel denk ik om te zeggen als het niet lukt, dus ik vind het wel fijn om voor mezelf een herinnering erin te zetten om de cliënt op te bellen tussendoor van "hoe gaat het?", "lukt het allemaal? Of "heb je nog hulp nodig?"<sup>5</sup>, dat je voor je zelf een reminder hebt. Soms benoem ik even van ik kan over een paar maanden terugbellen om te kijken hoe het gaat, dan heb je een gesprek en als je merkt dat het niet loopt dan zou ik die cliënt wel even terug willen zien<sup>5</sup> om te bespreken "waarom dan niet?" en "waarom lukt het niet?" en of ik ergens mee kan helpen.

Interviewer: En zijn er ook momenten dat cliënten dat zelf aangeven?

R4: Niet als ik ze niet zie. In de consulten wel, als je er naar vraagt dan wel. Ik merk wel dat mensen het lastig vinden om te zeggen "het lukt niet", terwijl ik denk dat het bij niemand gelijk 100% lukt om

het doel te behalen, want je gedrag speelt mee. En als je dat ook naar mensen benoemd dat het niet erg is om te falen en dat je daar juist weer van leert<sup>5</sup>, die ervaring kun je meenemen naar de volgende keer. Mensen vinden het toch echt falen als ze weer zijn begonnen, terwijl ik niet anders verwacht dan dat ze nog een keer beginnen. Zeker als je heel veel sigaretten per dag rookt, en dan in een keer moet stoppen, vind ik het niet heel verassend dat je dan nog een keer begint. Maar dat moet je wel benoemen denk ik naar cliënten, om te voorkomen dat die drempel heel hoog wordt om te bellen dat het niet lukt.

R4: Soms heb je daar wel te weinig tijd voor, dat vind ik wel eens lastig. Tijdsgebrek daaraan. Want je moet natuurlijk best veel, zeker met diabetescontrole, je moet ook nog een voetcontrole, je moet lab uitwerken, bloeddruk, je moet kijken of mensen allemaal binnen de richtlijnen netjes in hun waarden zitten, mensen komen soms ook met een verhaal binnen wat ze hebben meegemaakt. Dus zo'n 20 minuten gesprek<sup>7</sup> is heel kort om dan te beginnen met motivational interviewing. Als je diabetes hebt en je hebt ook nog een doel, dan is 20 minuten wel echt te kort.

#### Vraag 6

R4: Ik haak altijd in op wat ze al doen, dus als ik kijk naar beweging dan is het natuurlijk een half uur per dag, 5 dagen in de week<sup>8</sup>. Dus wat doen ze al, sommige mensen zeggen "ik wandel", wandelen is wel heel breed. De een sjokt een beetje achter z'n hond aan en de ander heeft een stevige pas, dus ik zeg altijd wel, hou die 5 kilometer per uur aan, dat je echt wel licht verhoogde activiteit hebt. Tegenwoordig heeft iedereen een mobiel dus ik zeg dan pak gewoon je mobiel erbij en kijk eens van hoe hard loop ik eigenlijk, hoe snel loop ik, en kan ik daar nog iets in verbeteren<sup>8</sup>. Fietsen, tuinieren zijn natuurlijk ook mooie vormen van bewegen.

Interviewer: En bij voeding?

R4: Bij voeding wel een beetje de schijf van vijf aanhouden<sup>7</sup>, dat hangt er een beetje van af waarvoor ze komen<sup>7</sup>. Diabetes vergt wel een andere voedingsaanpak dan CVRM, en dan kijk ik ook van waar let je al zelf op en dan zoutgebruik, vetgebruik, groente, fruit, vezels en eiwitten, wat eet je<sup>7</sup>. Ik geef vaak wel internetsites mee dat ze thuis kunnen nalezen<sup>7</sup>, want folders.. Heel veel mensen kunnen nu gewoon op internet, dus ik geef altijd of voedingscentrum, thuisarts.nl<sup>7</sup> mee om gewoon eens na te lezen van wat kan ik doen aan mijn verhoogde cholesterol en zijn er nog dingen die ik aan kan pakken.

#### Vraag 7

R4: Door middel van die kaart, die risicokaart<sup>9</sup>. En ik neem altijd familieanamnese ook af<sup>9</sup> om te kijken of er ook in de voorgeschiedenis nog hart- en vaatziekten zijn, dan heb je natuurlijk meer risico. Je hebt ook meewegende factoren die meespelen dus buikontrek die verhoogd is, of overgewicht, verminderd lichaamsbeweging, dus die pak je er altijd wel bij en daar bespreek je van wat is het risico op hart- en vaatziekten<sup>9</sup>. Valt dat boven de 10% uit, dan ga je met de cliënt in gesprek over welke punten er zijn om te verbeteren<sup>9</sup>.

Interviewer: En dat helpt mensen wel om een beetje begrip te krijgen voor het risico dat zij lopen?

R4: Ja, je ziet wel dat de ene het sneller oppakt dan de ander, maar sommigen zegt dat cijfertje eigenlijk helemaal niks, maar je probeert ze wel wat meer daarvoor open te stellen en te laten begrijpen waarom ik iets doe.

#### Vraag 8

R4: Nee<sup>10</sup>

### Vraag 9

R4: Bij elke nieuwe diabeet, die stuur ik door naar een diëtist<sup>11</sup>. Waarbij het net zeg maar diabetes is vastgesteld. Voor de rest, als ik denk diegene doet best wel wat aan voeding, hij valt niet af, beweegt veel, cholesterol gaat niet echt naar beneden en ik vind het een beetje een moeilijk verhaal worden en ik kan er niet de vinger achter krijgen wat er nu is, dan stuur ik wel vaak gewoon door naar de diëtist<sup>11</sup>. Of als mensen zelf zeggen "ik zou graag naar een diëtist willen"<sup>11</sup>, dan doe ik ze ook al wel sneller naar de diëtist, om daar eens te kijken.

Interviewer: En bij bewegen?

R4: Dat moet ik zeggen dat ik dat eigenlijk nog te weinig doe, om ze door te verwijzen naar de fysio. Ik zie ook best veel ouderen, dus in die zin stuur ik ouderen wel sneller naar de fysio toe. Om gewoon eens die spierkracht (te verbeteren)<sup>11</sup>. Ik merk dat mensen gewoon sowieso te weinig bewegen, dus dan denk ik ga eerst eens zelf aan de gang voor je naar de fysio gaat.

### Vraag 10

R4: Bij mensen die het wel weten, maar die gewoon het niet op kunnen pakken<sup>12</sup>. Door te veel weerstand of teveel coping of hoe je met gedrag omgaat, dat het eigenlijk teveel smoesjes gebruik is om het maar niet te doen. Die mensen weten echt wel hoe het werkt. En dat zijn ook vaak mensen die echt vaak bij een diëtist zijn geweest, die het niet lukt om het verder thuis op te pakken. Dat zijn mensen die echt wel thuis passen binnen ondersteunende begeleiding vind ik.

Interviewer: Dus als ik het goed begrijp binnen de gedragsverandering?

R4: Ja, echt binnen de gedragsverandering<sup>11</sup>. Dat vind ik wel lastig, want daar heb je als POH gewoon echt weinig tijd voor<sup>11</sup>. Je hebt echt wel ruimte voor wat uitzonderingen, om die wat vaker te zien, maar eigenlijk valt CVRM gewoon onder 1 of 2 keer per jaar een controle, meer niet. Meer krijg je ook niet voor betaalt. Je kunt wel uitzonderingen maken, maar dat houdt natuurlijk wel een keertje op. En dat je ze één keer in het halfjaar eigenlijk ziet, of een keer in de drie maanden, kan soms ook weinig zijn voor mensen die een goede opstart nodig hebben.

Interviewer: Dus met name de psychologische ondersteuning, motivatie?

R4: Ja, en ga er maar eens achter komen waarom mensen die stappen elke keer niet kunnen maken<sup>11</sup>. Wat houdt hun dan tegen? En om daar achter te komen dat krijg ik niet altijd voor elkaar. En dan ben ik ook niet altijd de aangewezen persoon om dat helemaal uit te zoeken.

Interviewer: En als we het hebben over beweging, voeding? Denk je dat het in het verlengde van jouw werkzaamheden ondersteuning zou kunnen bieden?

R4: Ja dat denk ik wel ja. Als je een uitleg krijgt van wat je zou kunnen doen, maar je merkt dat dat te weinig is voor de cliënt<sup>11</sup>, dan kun je ze wel gewoon doorverwijzen naar jullie. Ik denk ook wel dat dat een aanvulling kan zijn, zeker wel. Ik vind het heel fijn dat het er komt. Ik ben wel heel benieuwd naar een beetje die randvoorwaarden die er zijn en om de drempel wat lager te krijgen en omdat er misschien ook wel ruimte is voor individuele begeleiding, dat zou wel mooi zijn<sup>10</sup>. Dat het niet alleen maar groepsbegeleiding is, misschien komt daar nog wel een variant op.

## Interview met respondent 5

Dinsdag 20 mei, 15:30-16:00

Duur: 24 minuten en 34 seconden

### **Vraag 1**

R5: Wij hebben hier dus een spreekuur voor mensen met hart- en vaatziekten en voor de diabetes, stoppen met roken<sup>1</sup>. In die spreekuren komt allemaal leefstijl aan bod. Wat we aanbieden is dat we altijd eerst inventariseren of iemand voldoende beweegt<sup>1</sup>, daar heb je natuurlijk ook je normen voor; minimaal een half uur per dag vijf dagen in de week intensief bewegen. Als iemand dat niet wil of niet kan, dan ga je natuurlijk kijken naar waarom lukt dat niet<sup>1</sup>. Als het komt door versleten knieën dan kun je wel doorverwijzen naar de fysiotherapeut, maar dan wordt het heel ingewikkeld. Als iemand er open voor staat, dan proberen wij wel te zorgen dat die norm gehaald wordt. De huisarts Gelderse vallei heeft ons nu een aantal FitBits uitgeleend, om mensen te stimuleren om inzicht te krijgen in hun beweegpatroon<sup>9</sup>, die zijn we nu ook wel aan het uitlenen. Dus welke preventieve werkzaamheden.. We proberen de norm te halen, en als dat niet genoeg is proberen we mensen zover te krijgen dat dat wel lukt. En dan op het gebied van beweging, maar ook op het gebied van voeding<sup>1</sup>.

Interviewer: Dus je zegt analyse van het beweeggedrag, kijken of er mogelijkheden zijn waar nog rekening mee moet worden gehouden daarnaast..

R5: Ja, stoppen met roken komt aan bod. Dat is natuurlijk ook leefstijl. Iedereen proberen van het roken af te krijgen, daar kunnen we ook spreekuren voor aanbieden. Dat doen we zelf. Maar zodra mensen echt iets met bewegen willen, kunnen we eigenlijk alleen de FitBits aanbieden om te kijken of ze voldoende bewegen en dan zelf bijvoorbeeld de doelen bepalen<sup>4</sup>. Maar als mensen daarin echt een enorme steun in de rug nodig hebben, dan verwijzen we naar de fysiotherapeut<sup>11</sup>.

Interviewer: En met voeding, is dat net zo stapsgewijs? Een analyse?

R5: Mensen komen vaak bij ons en hebben dan bloed geprikt, dus dan hebben we ook inzicht in hoe het cholesterol is en dergelijken, en dan geven we (daar) zelf tips voor<sup>1</sup>. Willen mensen echt afvallen, dan verwijzen we ze door naar de diëtist<sup>11</sup>.

### **Vraag 2**

R5: Bloeddruk, gewicht, lengte<sup>2</sup>, dus dan weet je ook de BMI<sup>2</sup>. Allerlei laboratorium onderzoek. Bloed en de urine<sup>2</sup>, ook om de nierfunctie te bepalen. Cholesterol, vetten, bloedsuiker en nierfunctie<sup>2</sup>. Dat zijn de dingen die je eigenlijk bij een jaarcontrole voor zowel diabetes als hart- en vaatziekten doet. Lengte, gewicht komt bij iedere cliënt aan bod, en de bloeddruk<sup>2</sup>. Hartslag<sup>2</sup> ook, maar die heeft een wat mindere functie. Maar heeft iemand een onregelmatige hartslag, dan is dat natuurlijk wel even belangrijk, dus nee hartslag zit er ook bij.

### **Vraag 3**

R5: Nou mensen die diabetes hebben en mensen die een event hebben doorgemaakt, dus bijvoorbeeld een herseninfarct, of een hersenbloeding, of hartinfarct, die zien we vier keer per jaar<sup>6</sup>. Tussen de twee en vier keer per jaar als ze goed zijn ingesteld<sup>6</sup>, twee keer en anders vier keer per jaar. Diabeten altijd vier keer per jaar. Mensen die preventief komen omdat ze een hoge bloeddruk hebben, en daarvoor medicijnen, maar die nog niet een event hebben gehad, dus primaire preventie, die mensen zien we één keer per jaar<sup>6</sup>.

Interviewer: En hoelang duren die afspraken?

R5: 20 minuten<sup>6</sup>, maar als dat te kort is, want iemand die één keer per jaar komt voor jaarcontrole en je moet en leefstijl en de lab uitslagen bespreken, dat is gewoon echt heel erg doorwerken, dan kun je er ook voor kiezen om te zeggen “Ik wil graag met u nog even verder praten over uw leefstijl” en dat je ze bijvoorbeeld nog eens terug laat komen. Dan krijgt ie gewoon weer een nieuwe afspraak van 20 minuten, of we lopen gewoon uit<sup>6</sup>. Dan loop je gewoon 10 minuten uit, net hoe je spreekuur loopt op dat moment.

Interviewer: Zijn dat soort gevallen dan de uitzonderingen, en op gevoel?

R5: Dat is vooral als je mensen goed kent, dus als je iemand met diabetes al 5 jaar kent, dan ken je iemand en dan heb je aan 20 minuten al heel gauw genoeg, want dan heb je al een heel langdurig traject van contactmomenten. Bij primaire preventie is dat toch vaak niet zo. We zijn hier ook met twee POH's die allebei hetzelfde doen, dus als ze de ene keer bij Ineke komen, en dan andere keer bij mij, dan duurt het twee jaar voordat ze misschien mij weer zien. En dan is 20 minuten eigenlijk gewoon veel te kort, wil je echt iets bereiken.

#### Vraag 4

R5: Nou bij bewegen en bij voeding is de begeleiding van ons minimaal<sup>3,4</sup>. Als we echt het gevoel hebben van iemand moet verwezen worden, dan verwijzen we echt naar de fysiotherapeut of naar de diëtist. Stoppen met roken begeleiden doen we zelf. Daar hebben we echt een stoppen met roken spreekuur voor. En dat is op individuele basis, dus iemand die komt gewoon en we maken samen een plan van aanpak van hoe vaak wil je komen, welke begeleiding wil je.

Interviewer: Oké, dus niet in groepen?

R5: Nee, we doen geen groepsbegeleiding. Helemaal van niks. Niet van de diabetes en niet van de CVRM, niks.

Interviewer: Dus de begeleiding die jij wel biedt, zijn metingen, analyse, tot een bepaalde mate advies geven en dat is dan de begeleiding die jij biedt aan de mensen totdat je het over geeft aan de volgende professional?

R5: Ja, of aan de mensen zelf natuurlijk. Wij geven natuurlijk voedingsadvies naar aanleiding van cholesterol<sup>3</sup>, er zijn mensen die daar heel enthousiast mee aan de gang gaan en het ook lukt. Wij geven adviezen om te stoppen met roken en mensen gaan dat doen, bij wijze van spreken. Mensen gaan proberen vaker de fiets te pakken, in die zin begeleid je wel, maar dat wordt natuurlijk heel ingewikkeld wanneer je iemand maar één keer per jaar ziet, snap je? Dus vaak maken we ook wel extra afspraken als we heel intensief met leefstijl aan de gang gaan.

#### Vraag 5

R5: Ik denk te weinig. Ik denk dat dat heel weinig in ons pakket past<sup>5</sup>, want als iemand zegt: “Ik weet dat ik te zwaar ben, maar ik ben heel gelukkig zo en ik wil er niks aan doen”, dan is de huisartsenzorg natuurlijk geen bemoeizorg. Dus het enige wat wij kunnen doen is noteren dat iemand niet wilt, maar daar houdt het wel een beetje op. Iemand die ook bij ons komt en zegt “Ik wil niet stoppen met roken”, tja, ik ga niet trekken aan een dood paard, dat werkt gewoon niet. Zo zit de huisartsenzorg niet in elkaar. Als mensen niet op komen dagen, wij blijven niet eindeloos achter mensen aanbellen van “Je moet komen”, we doen echt ons best wel, maar tot op zekere mate.

Interviewer: Is er wel eens sprake van het maken van doelstelling of een afspraak hebt voor voeding of bewegen?

R5: Ja, dat zetten we dan in het dossier en daar komen we dan de keer erna op terug.

Interviewer: Het zou bijvoorbeeld ook kunnen, dat in de tussentijd wanneer je elkaar één keer in een lange periode ziet, dat je bijvoorbeeld een **belletje doet hoe het gaat**.

R5: **O ja dat doe we zeker, dat doen we zeker**<sup>6</sup>. Maar gewoon geheel individueel.

Interviewer: Oké, want dat zou wel geschaard kunnen worden onder een stukje ondersteuning in dat proces.

R5: Nee daar heb je ook wel gelijk in, dat gebeurt ook wel. **Mensen die bijvoorbeeld de FitBit meekrijgen, die bel ik altijd na een week om een behandelplan te maken samen**<sup>4</sup>, van “Hoe veel heb je dan bewogen?” en “Zou het leuk zijn om wat meer stappen te doen?”. **We laten toch ook wel heel veel initiatief bij de mensen zelf**<sup>5</sup>, ook gewoon omdat er geen tijd is om iedereen terug te bellen.

Interviewer: Dus zo veel mogelijk **zelfregie stimuleren**<sup>5</sup>?

R5: Ja, dat sowieso.

Interviewer: **En motivational interviewing**<sup>5</sup>?

R5: **Ja, dat gebruiken we ook wel**<sup>5</sup>. Zeker, vooral bij stoppen met roken. **Maar dan gebruik ik ook liever de RET, ken je die? Rationeel emotief therapie**<sup>5</sup>, dat is meer dat je mensen probeert te laten zien dat ze op een aparte manier denken, bijvoorbeeld met stoppen met roken, zolang mensen heel erg positief over de sigaret blijven denken, gaat het stoppen niet lukken. Dus probeer meer in te spelen van “Heb je wel door hoe positief je over die sigaret denkt?” en “Hoe kun je die gedachte dan ombuigen?”. Die methode schijnt veel effectiever te zijn, zolang je denkt dat snoep lekker is en gezond is, ga je niet stoppen met snoepen, maar zodra je denkt van dat verhoogt mijn bloedsuiker enorm, en dat is slecht voor me.. Ik probeer dus meer op die manier mensen te beïnvloeden.

## Vraag 6

R5: **Nou wij geven soms folders mee**<sup>7,8</sup>, **wij verwijzen naar thuisarts.nl**<sup>7,8</sup>, dat vinden wij een hele belangrijke website omdat die door en voor huisartsen is geschreven. Voor de cliënt maar wel door de huisartsen. Er is op internet natuurlijk heel veel rommel, zoals je ziet hebben we een enorme kast met voorlichtingsmateriaal, dat wordt ook echt gebruikt. Het is niet zo dat dat allemaal ligt te verstoffen. Sommige folders wel, maar over het algemeen zijn we wel van de folders. Eigenlijk op die manier.

Interviewer: Zou je bepaalde adviezen, aan het begin noemde je tips, scharen onder voorlichting?

R5: **Tips zijn ook voorlichting, ja**<sup>7,8</sup>.

Interviewer: Zijn er dan bepaalde dingen die altijd terugkomen? Voor voeding of beweging? Of is dat sterk afhankelijk van de situatie van de cliënt?

R5: Nou ja, **bijvoorbeeld voedingsadviezen bij cholesterol zijn eigenlijk altijd hetzelfde**<sup>7</sup>, eten van vette vis, ongezouten noten, dat soort dingen. Zo’n folder stoppen met roken, vanwege de hoge bloeddruk, van de hartstichting, die geven we heel erg veel mee. Het zijn natuurlijk wel heel vaak dezelfde dingen die je zegt, dat is wel zo.

Interviewer: Dus websites noem je, folders, voorlichtingsmateriaal en verbaal advies of tips?

R5: Ja, verbaal.

### Vraag 7

R5: Door vooral heel veel uitleg te geven<sup>9</sup>. Bijvoorbeeld iemand heeft bloed geprikt en weet niet eens wat cholesterol is. Door gewoon uit te leggen wat het is en waarom het belangrijk is, ja. Je moet gewoon echt heel veel vertellen en uitleggen, bijvoorbeeld mensen die hun inhalatiepufjes niet nemen omdat ze gewoon niet weten hoe het werkt, wat het is, waarom ze het hebben. Gewoon veel uitleggen.

Interviewer: En, lukt dat met de uitleggen om ze inzicht te geven?

R5: Ja, dat lukt zeker.

Interviewer: Er zijn ook wat voorbeelden van anderen die daarvoor een risicotabel laten zien

R5: Ja, dat doen we ook. Risicotabel laten we zien<sup>9</sup>, maar er komt nu net een nieuwe standaard aan, dus die tabel.. Ja ga je nou de oude of de nieuwe doen. Je kunt ook gewoon vertellen dat je zoveel verhoogd risico hebt, maar ja dat soort getallen dat doet mensen niet zo veel. Als je eerst gewoon uitlegt waarom iemand een bepaald middel gebruikt en waarom het belangrijk is om de bloeddruk op verschillende manieren aan te vliegen en dat ze dus soms wel drie middelen nodig hebben, dat spreekt soms wel meer aan dan zo'n risicotabel.

Interviewer: Dus met name in gesprek dat je mensen inzicht probeert te geven.

R5: Ja, met name in gesprek.

### Vraag 8

R5: Ik denk het niet, nee<sup>10</sup>. Ik zou het echt even zo niet weten.

Interviewer: Mocht je er nog op komen, dan kunnen we daar op terug komen.

### Vraag 9

R5: Als mensen willen afvallen, dan ga ik daar gewoon niet aan beginnen<sup>11</sup>. Dat is gewoon mijn vakgebied niet. En mensen hebben dan ook gelijk veel meer vertrouwen in een diëtist, dus nee daar ga ik echt niet zelf aan beginnen<sup>11</sup>. Met beweging hebben we ze gewoon niks te bieden. We kunnen wel, wat ik wel vaak doe, veel mensen denken "Oh ik moet naar een sportschool" en dan zeg ik van "Nee, dat is niet zo, je moet gewoon je schoenen aandoen en elke dag een stukje lopen en soms even 5 minuten meer"<sup>8</sup>, maar kijk een fysiotherapeut kan vaak wel veel beter inzichtelijk maken wat iemand kan en hoe kun je je doelen iets verleggen. Ik kan wel tegen iemand zeggen "Ga lekker wandelen en probeer dat elke week 5 minuten uit te breiden", dat doen we ook wel, maar dat soort adviezen komen wel vaak veel minder binnen dan dat ze gewoon even drie maanden onder begeleiding van een fysio gaan sporten.

Interviewer: Ja, als het uitbesteed wordt.

R5: Kijk, we hebben natuurlijk maar 20 minuten, ik heb ook geen 20 minuten de tijd om alleen maar over bewegen te praten. Zo'n consult is veel te kort. Dus daar zitten echt beperkingen bij ons. Ik zou het heel fijn vinden als wij echt een adres krijgen om te verwijzen dat echt geïntegreerde leefstijl interventie wordt toegepast, dat je iemand verwijst en dat ze niet alleen met het bewegen aan de

slag gaan maar dat er ook gekeken wordt naar de voeding en naar al het dat ze nog meer te bieden hebben<sup>12</sup>.

**Vraag 10:**

R5: Heel wenselijk. Ik zou dat heel wenselijk vinden als dat heel laagdrempelig hier in de buurt kwam en dat wij ook hele korte lijnen hebben, dat wij jullie kennen, dat jullie ons kennen, dat we gewoon ook daar heel makkelijk naar kunnen verwijzen<sup>12</sup>.

Interviewer: Je noemde daarvoor integrale benadering; welke aspecten vallen onder integraal?

R5: Nou er was vandaag iemand op het spreekuur en die zij "Ja, ik beweeg bij de fysio en daar word ik ook altijd gewogen". Dus iemand die én het bewegen én het eten gewoon samen begeleid<sup>12</sup>, het heeft natuurlijk alles met elkaar te maken. Dat zou ik heel prettig vinden. Dat wij gewoon iemand daarheen kunnen verwijzen, dat we zeker weten dat alles aangepakt wordt. Je stuurt nu soms wel eens mensen met de diëtist, maar je weet ook dat ze de hele dag op de bank zitten. En als ze dan weer apart naar een fysiotherapeut moeten, tja.

Interviewer: Die lijntjes zijn niet kort genoeg dan?

R5: Dat is een beetje lastig te beoordelen, ik werk hier pas vier maanden, dus ik ken hier de collega's nog helemaal niet. Maar wat ik weet van Utrecht is dat het heel belangrijk is om echt een goede samenwerking te hebben met de diëtist en met de fysiotherapeut, om echt dat samen aan te pakken.

Interviewer: Ja, en om het in de juiste lijnen te laten lopen. Dat de ene niet wat anders gaat doen dan de ander.

R5: Nee, en dat je geen dingen dubbel gaat doen.

Interviewer: En bijvoorbeeld een stukje gedrag? Gedragsbegeleiding of behoud?

R5: Ja, maar dat heeft alles te maken met leefstijlverandering. Het begint bij het gedrag veranderen<sup>12</sup>.

Interviewer: Dus dat zou ook onderdeel zijn van de integrale aanpak?

R5: Ja.

Interviewer: Nog dingen daar aan te voegen?

R5: Nee, ik niet.

**Interview met respondent 6**

Vrijdag 24 mei, 12:30-13:00

Duur: 23 minuten en 31 seconden

**Vraag 1**

R6: Ik doe inderdaad een deel van het cardiovasculaire spreekuur<sup>1</sup>, waarbij ik het laatste jaar niet zo heel veel mensen meer zie voor de primaire preventie, wel wat voor de secundaire preventie; mensen die al hart- en vaatziekten hebben doorgemaakt. Dat komt gewoon omdat we een taakverdeling hier in de praktijk hebben, dus ik doe vooral CVRM spreekuur en ik doe de longen en

de diabetes, waarbij Lucy ook de diabetes steeds meer over gaat nemen. Maar goed, mensen die al voor hun longen bij mij komen zie ik dus nog steeds inderdaad voor hart- en vaatziekten met secundaire preventie, dus je wilt voorkomen dat het nog een keer gebeurt<sup>1</sup>. En ik zie een hele grote groep insulineafhankelijke diabeten, en dan wil je natuurlijk ook de risico's op hart- en vaatziekten zo veel mogelijk voorkomen en voorkomen dat de diabetes erger wordt.

Interviewer: En welke stappen horen daarbij?

R6: Deels aanpassen van de medicatie<sup>1</sup>. In overleg met de huisarts. En een heel groot deel gericht op de leefstijl, dus dat je met mensen inderdaad bespreekt van wat ze zelf al weten qua leefstijl<sup>1</sup>, wat het risico zou kunnen verlagen om het nog een keer te laten gebeuren<sup>1</sup>. En als mensen het op prijs stellen, daar adviezen in geven<sup>1</sup>. Of doorverwijzen naar diëtiste of fysiotherapie, beweegadviezen<sup>1</sup>, algehele gezonde voeding geven we zelf al mee<sup>1</sup>. Ja, dus schijf van vijf<sup>1</sup>, maar soms ook wel gericht bijvoorbeeld bij hypertensie is het zoutgebruik.

Interviewer: En uit welke delen bestaat dat? Je noemde voeding, beweging, zijn er nog meer dingen die jullie meenemen daarin?

R6: Ja, een stuk spanning inderdaad, stressreductie<sup>1</sup>. Toch ook wel een beetje van wat voor een leven heb je qua regelmaat, dag/nacht ritme, hoe slaap je, dat soort dingen inderdaad<sup>1</sup>.

## Vraag 2

R6: Sowieso de bloeddruk, de suiker, soms vaatonderzoek, doppler<sup>2</sup>. En bij de astma/COPD, daar heb ik het eigenlijk nog niet over gehad, maar ik zie ook best een grote groep longcliënten die ook, of te dun, of te dik zijn. En daar richt je je natuurlijk ook een beetje op obesitas en met astma, als je het regelmatig benauwd hebt, daar wordt je astma niet beter van zeg maar. En soms zie je ook nog wel eens, ik doe ook longfunctieonderzoek<sup>2</sup>, als mensen dan afvallen dat ineens hun longen dan ruimer wordt of dat de longfunctie dan opknapt. Dus dat doe ik ook.

Interviewer: Dus op een rijtje; bloeddruk noemde je, gewicht..

R6: Gewicht<sup>2</sup> heb ik niet genoemd, maar doe ik ook natuurlijk. Bloedsuiker. Soms vaatonderzoek<sup>2</sup>. En soms longonderzoek.

Interviewer: Bloedsuiker is bloedonderzoek?

R6: Bloedsuiker prik ik hier en ik geef soms een labformulier mee voor een algeheel bloedonderzoek<sup>2</sup> wat ze bij het laboratorium moeten laten afnemen.

Interviewer: Hartslag ook?

R6: Ja, hartslag<sup>2</sup> ook. En soms zuurstofgehalte<sup>2</sup>, bij mensen die benauwd zijn, de saturatie.

## Vraag 3

R6: Sowieso eens per jaar, minimaal eens per jaar<sup>6</sup>. Bij alle cliënten die goed onder controle zijn en met wie het eigenlijk gewoon goed en stabiel gaat, zowel medisch als algeheel welbevinden zeg maar. Die één keer per jaar. En dan algeheel bloedonderzoek, bloeddruk, pols, gewicht, eventueel bloedsuiker. Als daar behoeften liggen, of de waardes zijn niet goed, dan vaker<sup>6</sup>. En dat kan variëren van zes weken, tweewekelijks zelfs, soms laat ik mensen na twee weken al even terugkomen, zes weken, of drie maanden<sup>6</sup>.

Interviewer: Dus als uitgangspunt, iedereen minimaal één keer per jaar en afhankelijk van hoe stabiel de situatie is?

R6: Ja, en ook wat we besproken hebben zeg maar, ook als iemand aangeeft van “Nou ik wil over 3 maanden 5 kilo afgevallen zijn, want ik ga meer aan de slag met bewegen en gezondere voeding”, dan zeg ik altijd van vindt u het prettig om over drie maanden te vertellen of het beter gaat. Of om nog eventjes hier te komen wegen en meten. En dan komen ze dus terug. En soms zeggen mensen van “Doe maar over een half jaar”, dat vind ik ook goed.

Interviewer: En dat is voor die groepen hetzelfde? CVRM, diabetes en long?

R6: Ja.

#### Vraag 4

R6: Een deel inderdaad adviezen<sup>3,4</sup>. Een deel ook, een groot deel ook, heel erg exploreren van wat doen mensen al, en wat zien ze zelf zitten<sup>3,4</sup>. Ook op het gebied van voeding hebben mensen vaak al heel veel geprobeerd, en dat spreek je dan samen door<sup>3</sup>. Ik geef mensen ook wel folders mee<sup>3</sup>. Maar eigenlijk ook alleen als daar behoefte aan is, want anders verdwijnt het ergens in een hoekje. Adviezen van thuisarts.nl gebruiken we veel<sup>3</sup>. Adviezen van de schijf van vijf zeg maar, de boekjes van de Hartstichting, van het Astmafonds<sup>3</sup>.

Interviewer: Dus dat is vooral voeding?

R6: Ja voeding, maar ook beweging. Beweging, de boekjes van de Hartstichting<sup>4</sup>. Advies van 30 minuten bewegen per dag<sup>4</sup>, dat soort dingen staan ook op thuisarts.nl<sup>4</sup>.

Interviewer: Dus vaak op basis van de norm of thuisarts?

R6: Ja, ja.

Interviewer: Eerder noemde je stressreductie, op welke momenten besteed je daar aandacht aan?

R6: Eigenlijk ook wel in al die consulten. Vaak als je een bloeddruk meet vertellen mensen ook al van “Oh zal wel te hoog zijn, want ik ben gestrest”, of “Ik heb een moeilijke periode gehad”, dus de bloeddruk leidt vaak tot een gesprek over de stress, maar ook al is die bloeddruk prima of komen ze voor de longen, dan maak je altijd wel een praat hoe het over het algemeen gaat. Slaap vind ik ook altijd een hele belangrijke, van hoe uitgerust ben je. Dan kom je ook wel op dat stukje stress en ontspanning.

#### Vraag 5

R6: In de weerstand daar probeer ik wel zelf een beetje mee aan de gang te gaan. Misschien wel leuk om te vertellen dat we hier in de praktijk ook heel veel bezig zijn met positieve gezondheidszorg<sup>5</sup>, daar heb je vast wel eens van gehoord.

Interviewer: Ja, gelukkig noemen meerdere POH's dat. Dat hoor je steeds vaker.

R6: Ja, dus ook een beetje wat voor relatie heb je met de cliënt, heb je al een veranderingsbereide cliënt, dan kan je heel goed samen exploreren van “Wat kun je gaan doen?”. Heb je dat nog niet, zitten mensen echt nog in die klaagtypische sfeer, zo van “Ik heb overal last van”, dan ga je dat meer uitvragen en “Wat zou je willen?” en “Waar hoop je op?” en daar komen gewoon, merk ik nu al, hele leuke reacties op. Daar kun je al een heel stuk weerstand mee overwinnen. Als er echt life events

zijn gebeurd, of je merkt dat mensen echt in de knoop zitten, dan hebben we hier een hele fijne collega POH-GGZ, en daar verwijs ik ook echt wel naar door<sup>5</sup>.

Interviewer: Dus psychologische ondersteuning: doorverwijsmogelijkheid, positieve gezondheid, zijn er ook gesprekstechnieken die je gebruikt?

R6: Nou ja, dat is ook wel vanuit die positieve gezondheid, maar inderdaad ook de motiverende gespreksvoering<sup>5</sup>. Alleen die pas je vooral toe als mensen al veranderingsbereid zijn.

Interviewer: Oké, dus dat is vooral afhankelijk van de fase.

R6: Ja.

Interviewer: En wanneer er bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt, of er is een doel gesteld?

R6: Dan laat ik mensen vaker terugkomen<sup>5</sup>, dat was wat je net ook vroeg zeg maar. Dat is een aanleiding om mensen vaker terug te laten komen, zodat ze zelf ook willen.

Interviewer: Gebeurt dat ook wel eens telefonisch?

R6: Ja, ja. Stukje evaluatie inderdaad. En niet iedereen vindt het, zeker de jonge mensen die nog aan het werk zijn, om elke keer hier op de praktijk te komen. Dus inderdaad, dan doe je het telefonisch<sup>5</sup>. En wat we nog helemaal niet besproken hebben, maar waar we ook veel aandacht aan besteden, is stoppen met roken. En daar doe ik ook inderdaad heel veel telefonisch in. Vroeger was het altijd van "Als je stopt met roken, dan moet je niet de rest ook aan willen pakken, dan wordt het veel te veel", maar vaak is het juist als je een combinatie ja, en daar komen we wel steeds meer achter.

#### Vraag 6

R6: Mondeling<sup>6,7</sup>, maar ook schriftelijk inderdaad, soms adviezen op papier mee<sup>6,7</sup>. Wat ik ook heel vaak doe, wat ik nog niet besproken heb met jou, is dat wat we bespreken, het plannetje dat mensen maken, dat ik dat opschrijf tijdens het gesprek<sup>3,4</sup>. Dan zeg ik ook "Vind je het goed als wat je verteld, het plannetje dat je nu maakt, dat ik dat opschrijf?". Dat vinden mensen vaak heel fijn en heb je iets om mee te geven. Dat zijn hun eigen woorden en ik schrijf dan ook "doel" en "wanneer" en "welke acties" en "wie kan je daarbij helpen", dat is ook vaak heel belangrijk. En dan geef ik dat mee naar huis en ik krijg dan terug van mensen dat ze daar echt wel regelmatig nog naar kijken<sup>3,4</sup>.

Interviewer: Zou je dat scharen onder voorlichting? Of vorm van begeleiding?

R6: Meer begeleiding denk ik. En op gebied van voorlichting inderdaad meer de thuisarts en het voedingscentrum, de Hartstichting en het longfonds<sup>6,7</sup>. Dat zijn eigenlijk de hoofdmoten die ik gebruik. Ik geef mensen inderdaad ook van de site van het gezondheidscentrum<sup>6,7</sup>, dat.

#### Vraag 7

R6: Tot voorheen hadden we de risicoscore<sup>9</sup>, dan zie je in het dossier van de cliënt waar iemand zit, en daar worden met name medische dingen in benoemd; het cholesterol, de bloeddruk, de leeftijd, waar zit iemand in die tabel. Dat is altijd heel handig want dan zie je inderdaad groen, geel en rood, welke zone zit je. Dat snapt iedereen<sup>9</sup>, dat werkt als een topje. Alleen nu met de nieuwe standaard is dat minder inzichtelijk. Aan de ene kant ook fijn want nu heeft die leefstijl, en de voorgeschiedenis en wat je al door hebt gemaakt in je familie een veel belangrijkere plek. Maar daardoor is het wel soms wat lastiger om dat inzichtelijk te maken voor de cliënt, en wij zijn daar als POH's nog wel een beetje zoekende in<sup>12</sup>. Van "Oh ja, we hebben nu die nieuwe standaard, hoe werkt die precies?",

maar goed, ik leg altijd aan de cliënten uit “Weet u welke dingen het risico op hart- en vaatziekten vergroten?”<sup>9</sup> en vaak weten mensen al een heleboel dingen, en daar waar ze het niet weten vraag ik “Mag ik u vertellen wat wij daarover weten en wat de wetenschap daarover uitgezocht heeft” en dan vul je aan.

Interviewer: Verbaal vooral?

R6: Ja, vooral mondeling<sup>9</sup>.

Interviewer: Ik zie daar wat modelletjes staan, worden die ook wel eens gebruikt?

R6: Ja, absoluut<sup>9</sup>. Longen sowieso met de invloed van roken. Maar ook inderdaad deze met aderverkalking. Maar deze vind ik toch ook wel leuker eigenlijk, dat je makkelijk kan zien. Dit is de normale, deze met een beetje vet erin en wat krijg je dan: beschadigingen en uiteindelijk kans op bloedpropjes. Dit werkt heel goed ook voor mensen. En daar hebben we ook plaatjes van, ik heb zo’n map met plaatjes die ik ook aan mensen kan laten zien<sup>9</sup>.

### Vraag 8

R6: Dat we nu dan die challenge gaan doen (diabetes run), dus ook ons proberen te richten op met elkaar bewegen<sup>10</sup>. De drempel verlagen, dus gewoon in de wijk, op je eigen tempo. We merken vaak een drempel is om naar de sportschool te gaan, of naar fysiotherapeut of naar een diëtist.

Interviewer: Dan blijft dat lijntje iets korter, met mensen die hier al zijn.

R6: Ja, en verder denk ik dat ik het meeste al verteld heb. Inderdaad een plannetje maken met mensen en dat ook op schrift meegeven. Ja. Volgens mij heb ik het meeste wel verteld.

### Vraag 9

R6: Ik bespreek het als het mij verstandig lijkt. Dus met name als mensen zelf veel geprobeerd hebben en het lukt niet. Of het lukt niet om gezond gedrag vol te houden<sup>11</sup>. Ze lopen er tegenaan, of de gezondheidsrisico’s nemen erg toe, dan bespreek ik “Zou het iets voor u zijn om een keer naar een diëtiste of naar de fysio, of naar de leefstijlcoach te gaan?”. Dus dan komt het een beetje van mij uit, maar dan verwijs ik ook alleen maar door als de cliënt daarvoor toestemming geeft en enigszins gemotiveerd is<sup>11</sup>, en ik verwijs ook door als mensen er zelf naar vragen<sup>11</sup>. Dan vraag ik wel “Wat heb je zelf al geprobeerd?” zodat je dat ook in de verwijzing kan zeggen. Maar als mensen heel gericht een vraag hebben, dan kan ik wel algemene adviezen geven, maar die mensen willen daar dieper op door, dus hupsakee.

Interviewer: Dus op vragen van de cliënt, wanneer jij inschat dat er echt verhoogd risico is, of als het gedrag te moeilijk is?

R6: Ja, als het lastig is om het gedrag vol te houden en mensen daar last van hebben<sup>11</sup>.

Interviewer: En dat verschilt dan per individu.

R6: Ja, maar motivatie van de cliënt vind ik wel heel belangrijk.

Interviewer: En zijn er ook standaard cues, waarbij je gelijk doorverwijst naar?

R6: Officieel wel. Als mensen overgaan op insuline, dan moet je ze eigenlijk naar een diëtist verwijzen, maar mensen hebben vaak zo’n ontzettende weerstand daartegen, dat ik soms ook wel

gewoon maar mensen op insuline zet en het zelf maar met algemene adviezen probeer<sup>11</sup> en dan wel bespreekbaar maak van “Het zou verstandig zijn om naar de diëtiste te gaan, want er verandert nu wel wat, want u gaat insuline spuiten”. Dat kan kortdurend, dus ik probeer dat wel laagdrempelig dan in te steken, maar niet iedereen wil dat. Soms hebben mensen ook een slechte ervaring ermee, dus ik kan wel willen dat iemand er naartoe gaat.. Fysiotherapie zit hem ook vaak met kosten, met vergoedingen, dat wordt niet altijd vergoed<sup>11</sup>. Diëtist wel, als mensen in de ketenzorg zitten, dus die drempel is daar al uit, want anders wil er helemaal niemand meer. Maar inderdaad de fysiotherapie is soms nog wel eens lastig<sup>11</sup>.

Interviewer: En bij de POH-GGZ? Daar had je het eerder over.

R6: Oja, daar verwijs ik inderdaad ook wel. Ik vraag het sowieso aan mensen, als ze veel last hebben van stress, heeft u voldoende steun uit uw omgeving, of zou u het fijn vinden om hier wat dieper op door te gaan met onze praktijkondersteuner die daar wat meer aandacht aan besteed. En soms zeggen mensen ook wel van “dat doe ik bij jou toch ook?”, maar ieder z’n expertise, dus ja als mensen dan zeggen dat ze dat prettig vinden dan verwijs ik laagdrempelig door. Maar voor gedragsondersteuning.. Meer de omgang met tegenslagen en stress. Maar niet zozeer om gedrag vol te houden.

Interviewer: Is daar een doorverwijslijn?

R6: Nou ja, nu dan wellicht de leefstijlcoach. En dan doen we vooral nu dan toch heel veel zelf. En de fysiotherapie en de diëtist, is wel goed om te zeggen, zie ik als kortdurende ondersteuning. Meer zodat je leert hoe je zelf aan de slacht kan, een soort boost inderdaad. Waarmee je dan aan de slag kan, en dan het volhouden..

#### Vraag 10

R6: Nou dat, gedragsbehoud. Gezond gedragsbehoud<sup>12</sup>.

Interviewer: Alleen gedragsbehoud?

R6: Dat vooral, en misschien ook toch wel meer afspraken maken met de cliënt over hoe ze het individuele traject gaan invullen zeg maar<sup>12</sup>. Een stukje groep ook wel, van elkaar stimuleren<sup>12</sup>. Dat is ook heel fijn dat jullie daar als leefstijlcoaches meer mee aan de gang zouden gaan, maar daarnaast ook zorg op maat<sup>12</sup>, wat we eigenlijk ook doen. Maar ik merk inderdaad ook: we krijgen best wel wat tijd, maar dat de tijd soms te kort is. Je kunt mensen niet elke week terugzien. En dat kunnen jullie misschien ook niet, dat weet ik ook niet, maar misschien wel kortdurend eventjes. Waarbij je mensen net eventjes over die hobbel heen helpt, waardoor ze het wat langer volhouden en ook meekijken van hoe gaat het in de thuissituatie<sup>12</sup>. Daar toch nog even wat meer aandacht aan besteden. Wij hebben ook dat medische stuk.

Interviewer: Want hoeveel tijd hebben jullie voor een gesprek?

R6: 20 tot 30 minuten, dat wisselt een beetje<sup>6</sup>. En daarbij moeten we dan dus ook inderdaad die bloedsuiker meten, en de bloeddruk en de medicijnen bespreken. Daar moet al heel veel gebeuren.

Interviewer: Dus meer dan gedragsbehoud. Mogelijk groepsbegeleiding zei je ook, helpen met doelen stellen, afspraken maken.

R6: Ja, en een plan maken en evalueren<sup>12</sup>.

Interviewer: Zouden dat alle dingen zijn?

R6: Gewoon de adviezen herhalen<sup>12</sup>, nog meer kijken naar wat voor de cliënt vol te houden is. Dus met name gedragsbehoud op de lange termijn voort kunnen zetten<sup>12</sup>.

## Bijlage 5: Onderzoeksresultaten

### Dimensie: Preventie

| Topic                   | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Samengevat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preventieve maatregelen | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- “Met name kijk je een keer per jaar, meeste mensen laten bloedprikken, met name voor de CVRM, dus dan kijk je met name naar het cholesterol, naar de suikers, ook wel eens medicijngebruik of hun nierfunctie”</li><li>- “Maar wij zitten met name erg op cholesterol en op glucose en gewicht, meten, overgewicht en daarin heb je dus met name de preventie: het bekijken van hoe zit iemand erin, wat doet iemand er al aan”</li><li>- “Ja, we hebben in ieder geval een programma waar we dus mensen uit ons medisch programma volgen, daar komen mensen uit die risico lopen”</li><li>- “Wanneer cliënten roken maar geen diabetes hebben of geen CVRM (...), is het altijd wel dat het roken aangekaart wordt”</li><li>- “Soms worden deze cliënten ook naar ons als POH gestuurd voor het stoppen met roken programma”</li></ul> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bloedprikken bij mensen met CVRM, diabetes en longcliënten</li><li>- Controleren cholesterol, suikerwaardes, medicijngebruik en nierfunctie</li><li>- Volgen van cliënten met risico</li><li>- Aankaarten van rookgedrag</li><li>- Doorsturen naar stoppen met roken programma</li></ul> |
|                         | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- “Wat preventie betreft: ik zie groepen mensen die bij mij komen met óf ze willen een keer een ‘APK-tje’ waarbij we een bloedonderzoek doen, cholesterol meten, suiker meten”</li><li>- “Ik doe dan inderdaad ook een BMI-bepaling en vraag inderdaad naar leefstijl”</li><li>- “Ik stel dan een cardiovasculair risicoprofiel op”</li><li>- “Ik geef adviezen met betrekking tot voeding en beweging en ook wel stress”</li><li>- “Ik vraag dat (voeding, beweging, stressreductie) in ieder geval allemaal uit”</li><li>- “Nee, het is puur ik tot de cliënt” Geen workshops en/of presentaties</li></ul>                                                                                                                                                                                                                              | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bloedonderzoek</li><li>- Meten cholesterol en suikerwaardes</li><li>- BMI-bepaling</li><li>- Opstellen van risicoprofiel CVRM</li><li>- Advies op leefstijlgerelateerde factoren</li></ul>                                                                                               |

---

**R3:**

- "Ik denk het totaalpakket. En het bewegen, en de voeding, en het gewicht"
- "Zeggen van: voeding is belangrijk, bewegen is belangrijk"
- "Uitleggen hoe belangrijk het is dat ze bewegen, juist omdat er een heleboel mensen zijn die dan bang zijn om te bewegen"
- "De weegschaal, dus het BMI wordt altijd berekend, en dan leg je uit dat bij een BMI van 30 of hoger er meer kans is op het risico op hart- en vaatziekten, dus op die manier probeer je toch de motivatie bij die mensen te enthousiasmeren om het gewicht naar beneden te krijgen"

**R3:**

- Advies over voeding en bewegen
- BMI-bepaling
- Uitleggen wat verhoogd risico inhoudt

---

**R4:**

- "In elk consult van CVRM of diabetes (...), ga ik eigenlijk vragen wat ze aan leefstijl doen."
- "Als je ziet dat (...) er toch te weinig bewogen wordt naar de norm, of met voeding dat daar aanpassingen in nodig zijn (...), ga ik daar wel in adviseren."
- "Ik vraag altijd eerst aan mensen, nou wat heb je zelf al gedaan aan voeding, wat wil je bereiken, wat is je doel eigenlijk?"
- "Dus die ga je dan al snel behandelen met medicijnen"

**R4:**

- Uitvragen van leefstijlfactoren
- Advies over voeding
- Motiverende gespreksvoering
- Opstellen en bespreken risicoprofiel CVRM
- Medicijnen voorschrijven

---

**R5:**

- "Wij hebben hier dus een spreekuur voor mensen met hart- en vaatziekten en voor de diabetes, stoppen met roken"
- "Wat we aanbieden is dat we altijd eerst inventariseren of iemand voldoende beweegt."
- "Als iemand dat niet wil of niet kan, dan ga je natuurlijk kijken naar waarom lukt dat niet"
- "We proberen de norm te halen, en als dat niet genoeg is proberen we mensen zover te krijgen dat dat wel lukt. En dan op het gebied van beweging, maar ook op het gebied van voeding"

**R5:**

- Spreekuur stoppen met roken
- Inventarisatie van beweeggedrag
- Drempels identificeren voor gezond gedrag
- Richting de gezonde normen sturen

---

**R6:**

- "Ik doe inderdaad een deel van het cardiovasculaire spreekuur"
- "Maar goed, mensen die al voor hun longen bij mij komen zie ik dus nog steeds inderdaad voor hart- en vaatziekten met secundaire preventie, dus je wilt voorkomen dat het nog een keer gebeurt"
- "Deels aanpassen van de medicatie"

**R6:**

- Cardiovasculair spreekuur
  - Aanpassingen medicatie
  - Kennis bij cliënt uitvragen
  - Bespreken risico verlagende mogelijkheden
-

- 
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Dus dat je met mensen inderdaad bespreekt van wat ze zelf al weten qua leefstijl, wat het risico zou kunnen verlagen om het nog een keer te laten gebeuren”</li> <li>- “Doorverwijzen naar diëtiste of fysiotherapie, beweegadviezen, algehele gezonde voeding geven we zelf al mee”</li> <li>- Ja, een stuk spanning inderdaad, stressreductie. (...) Wat voor een leven heb je qua regelmaat, dag/nacht ritme, hoe slaap je, dat soort dingen inderdaad”</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doorverwijzen naar diëtist of fysiotherapeut</li> <li>- Algemeen voedingsadvies geven</li> <li>- Stressreductie</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

#### **Overeenkomsten:**

Onder de respondenten werden verschillende handelingen gedaan ter preventie van leefstijlgerelateerd gezondheidsrisico. Vijf van de zes respondenten maakten kenbaar dat zij advies geven op leefstijlgerelateerde factoren; R2 zei hierover: *“Ik geef adviezen met betrekking tot voeding en beweging, en ook wel stress”*. Drie van de zes respondenten gaf aan bloedonderzoek te doen ter preventie van cardiovasculair risico(verhoging). Twee van deze respondenten gaven tevens aan cholesterol en suikerwaardes te meten te preventie. Het bepalen van het BMI en het aanpassen van medicatie werd ook door twee mensen genoemd als preventietaak. Een taak die ook door twee van de zes respondenten benoemd werd was de inventarisatie van leefstijlfactoren bij cliënten, zoals R4 zei: *“In elk consult ga ik eigenlijk vragen wat ze aan leefstijl doen.”*

#### **Verschillen**

Andere werkzaamheden die de respondenten noemden, die niet overeen kwamen met elkaars antwoorden waren: motiverende gespreksvoering, aankaarten van rookgedrag, drempels identificeren van gezond gedrag, doorverwijzen naar diëtist of fysiotherapeut en stressreductie.

---

## Dimensie: Monitoring

| Topic            | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                 | Samengevat                                                                                                                                                                                     |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Controles</i> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bij ons is dat eigenlijk altijd lengte, gewicht, buikomvang en minimaal één keer per jaar het lab: glucose, cholesterol”</li> <li>- “Dan meten we de bloeddruk en gewicht”</li> </ul> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengte</li> <li>- Gewicht</li> <li>- BMI</li> <li>- Buikomvang</li> <li>- Glucose</li> <li>- Cholesterol</li> <li>- Bloeddruk</li> </ul>   |
|                  | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “BMI bepalen, buikomvang”</li> <li>- “Bloeddruk, cholesterol, glucosebepalingen”</li> <li>- “Ja, die (lengtemeting) pak ik er altijd bij”</li> </ul>                                   | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengte</li> <li>- Gewicht</li> <li>- BMI</li> <li>- Buikomvang</li> <li>- Glucose</li> <li>- Cholesterol</li> <li>- Bloeddruk</li> </ul>   |
|                  | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “De weegschaal is een belangrijke”</li> <li>- “Bloeddruk altijd, hartslag.”</li> <li>- “Meetlint voor de armomtrek”</li> <li>- “Bloedprikken”</li> </ul>                               | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewicht</li> <li>- BMI</li> <li>- Armomtrek</li> <li>- Glucose</li> <li>- Bloedprik (glucose, cholesterol)</li> <li>- Bloeddruk</li> </ul> |

---

**R4:**

- “Als ik ze nieuw zie, is het altijd gewicht, lengte, buikontrek, bloeddruk”
- “Dat gaat via het bloedonderzoek. Cholesterol, suiker, nierfunctie, urine”
- “En dan doen we bloeddrukcontrole, hartslag”

**R4:**

- Lengte
- Gewicht
- Buikomvang
- Glucose
- Bloeddruk
- Nierfunctie
- Urine
- Hartslag
- Cholesterol

---

**R5**

- “Bloeddruk, gewicht, lengte, dus dan weet je ook de BMI”
- “Bloed en de urine, ook om de nierfunctie te bepalen”
- “Cholesterol, vetten, bloedsuiker en nierfunctie”
- “Lengte, gewicht komt bij iedere cliënt aan bod, en de bloeddruk”
- “Hartslag ook”

**R5**

- Lengte
- Gewicht
- BMI
- Glucose
- Bloeddruk
- Nierfunctie
- Urine
- Hartslag
- Cholesterol

---

**R6:**

- “De bloeddruk, de suiker, soms vaatonderzoek, doppler”
- “Ik doe ook longfunctieonderzoek”
- “Gewicht”
- “Soms vaatonderzoek”
- “Ik geef soms een labformulier mee voor een algeheel bloedonderzoek”
- “Ja, hartslag ook. En soms zuurstofgehalte.”

**R6:**

- Bloeddruk
- Glucose
- Vaatonderzoek
- Longfunctie
- Hartslag
- Saturatie
- Labonderzoek (nierfunctie, cholesterol)

---

**Overeenkomsten:**

Alle respondenten gaven aan metingen te doen voor het bloedsuikergehalte, het cholesterol en de bloeddruk. Vijf van deze respondenten gaven aan gewicht, lengte en/of BMI te meten. Drie respondenten maten de buikomvang van cliënten. Nierfunctie, urine en hartslag werden ook door drie respondenten genoemd.

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Verschillen</b><br/> De metingen die gedaan konden verschillen per tijdstip in het behandeltraject. Zo zei R1: <i>“Bij ons is dat eigenlijk altijd lengte, gewicht, buikomvang en minimaal één keer per jaar het lab: glucose, cholesterol.”</i><br/> R6 week deels af van de andere respondenten met metingen van longfunctie, saturatie en vaatonderzoek.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tijdsduur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bij de diabetes is dat elk kwartaal”</li> <li>- “Sommige mensen (bij de CVRM) komen één keer per jaar minimaal”</li> <li>- “Mensen die diabetes hebben zonder medicatie (...) die zien we één keer per half jaar”</li> <li>- “De meeste astma cliënten doen een keer per jaar een longfunctietest”</li> <li>- “We doen alles volgens de NHG-standaarden”</li> <li>- “Want wij hebben voor de meeste mensen in principe 20 minuten of een half uur”</li> </ul> | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes cliënten komen één keer in het kwartaal</li> <li>- CVRM cliënten komen minimaal één keer per jaar</li> <li>- Astma cliënten doen één keer per jaar de longfunctietest</li> <li>- Wij hebben voor de meeste mensen in principe 20 minuten of een half uur</li> <li>- Tijdsduur afhankelijk van wens cliënt</li> <li>- Tijdsduur afhankelijk van (succes van) proces</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mensen die uit zichzelf een keer komen om een risicoprofiel op te stellen, dat kan een eenmalig iets zijn”</li> <li>- “Diabetes is echt een aandoening die ik standaard zie, of elke 3 maanden, of 1 keer per jaar”</li> <li>- “Het hangt er vanaf wat de cliënt tegenover mij wil”</li> <li>- “Ik start meestal met 40 minuten, de eerste keer dat ik mensen zie. (...) Als mensen terug willen komen (...), dan plan ik een half uur.”</li> </ul>           | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes cliënten komen één keer in het kwartaal</li> <li>- Tijdsduur afhankelijk van wens cliënt</li> <li>- 40 minuten voor de eerste afspraak</li> <li>- 30 minuten voor normale afspraken</li> </ul>                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>R3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “De CVRM-clieënten die heel stabiel zijn die zien we 1 keer per jaar”</li> <li>- “De diabetes cliënten in principe 4 keer per jaar, tenzij de heel goed in gesteld zijn, dan 1 keer per 4 maanden”</li> <li>- “De mensen met hart- en vaatziekten in principe 4 keer per jaar, tenzij het ook weer heel stabiel is, dan ga je naar een keer per halfjaar”</li> <li>- “Ik heb gewoon voor alle cliënten een half uur”</li> </ul>                                | <p><b>R3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes cliënten en hart-/vaatcliënten komen één keer in het kwartaal</li> <li>- Mensen met verhoogd risico komen minimaal één keer per jaar</li> </ul> <p>30 minuten voor elke cliënt</p>                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>R4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mensen met diabetes zie ik elke drie maanden”</li> <li>- “Dat is gewoon afgesproken binnen de diabetescontrole. Vier keer per jaar”</li> <li>- “CVRM is eigenlijk als het stabiel is één keer per jaar, hebben ze verhoogd bloeddruk dan zie ik ze twee keer per jaar en als er doelen zijn of als ze aan leefstijl willen werken dan zie ik ze wel vaker, dan probeer ik ze elke drie maanden te zien”</li> <li>- “Dus zo’n 20 minuten gesprek”</li> <li>- “Als er echt een hele verhoogde bloeddruk is die ze niet onder controle krijgen dan zie ik ze soms wel maandelijks”</li> </ul> | <p><b>R4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes cliënten komen één keer in het kwartaal</li> <li>- CVRM cliënten komen minimaal één keer per jaar</li> <li>- Hoge bloeddruk cliënten komen minimaal twee keer per jaar</li> <li>- Frequentie consulten in overleg met cliënt</li> <li>- 20 minuten voor elke cliënt</li> </ul> |
| <p><b>R5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nou mensen die diabetes hebben en mensen die een event hebben doorgemaakt, dus bijvoorbeeld een herseninfarct, of een hersenbloeding, of hartinfarct, die zien we vier keer per jaar. Tussen de twee en vier keer per jaar als ze goed zijn ingesteld, twee keer en anders vier keer per jaar. Diabeten altijd vier keer per jaar. Mensen die preventief komen omdat ze een hoge bloeddruk hebben, en daarvoor medicijnen, maar die nog niet een event hebben gehad, dus primaire preventie, die mensen zien we één keer per jaar”</li> <li>- “20 minuten”</li> </ul>                      | <p><b>R5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes cliënten vier keer per jaar</li> <li>- CVRM cliënten secundaire preventie vier keer per jaar</li> <li>- Primaire preventie bij hoge bloeddruk één keer per jaar</li> <li>- 20 minuten per afspraak</li> </ul>                                                                  |
| <p><b>R6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Minimaal eens per jaar”</li> <li>- “Als daar behoeften liggen, of de waardes zijn niet goed, dan vaker”</li> <li>- “En dat kan variëren van zes weken, tweewekelijks zelfs, soms laat ik mensen na twee weken al even terugkomen, zes weken, of drie maanden”</li> <li>- “20 tot 30 minuten, dat wisselt een beetje”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>R6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimaal eens per jaar voor alle cliënten</li> <li>- Meer metingen bij verkeerde waardes of aanvraag</li> <li>- 20 tot 30 minuten per afspraak</li> </ul>                                                                                                                               |

---

**Overeenkomsten en verschillen:**

Het aantal minuten dat de respondenten aan een afspraak met een cliënten besteedden varieerde tussen de 20 en 40 minuten. Zo gaven twee respondenten aan 20 minuten voor een afspraak te hebben, terwijl weer twee anderen aangaven 30 minuten te hebben voor een afspraak. De resterende twee gaven aan 20 of 30 minuten te hebben. Hierop vormde R2 een uitzondering: *“Ik start meestal met 40 minuten, de eerste keer dat ik mensen zie. Als mensen terug willen komen, dan plan ik een half uur.”*. Alle respondenten gaven aan hun cliënten op het gebied van CVRM of diabetes minimaal één keer per jaar te zien; vijf van de respondenten gaven aan diabetici elk kwartaal te zien. R6 vormde hierin de uitzondering: *“Minimaal eens per jaar”* zei ze, *“Als daar behoeften liggen, of de waardes zijn niet goed, dan vaker”*. Vier andere respondenten gaven ook aan cliënten vaker te zien als daar behoefte aan is vanuit de cliënt, of wanneer de cliënt geen stabiele waardes heeft. Door twee respondenten werden cliënten met een hoge bloeddruk apart benoemd met minimaal één of twee afspraken per jaar.

---

## Dimensie: Begeleiding

| Topic   | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Samengevat                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Voeding | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Soms heb je een gesprek over de voeding”</li> <li>- “Die begeleiding heb je ook: dat je de doelen evalueert”</li> <li>- “Want ikzelf heb daar gewoon niet genoeg verstand van over alle calorieën, eiwitten.”</li> </ul>                                | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soms heb ik een (advies)gesprek over de voeding</li> <li>- Doelen evalueren</li> </ul>                                                                                                                                               |
|         | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Maar het (begeleiding) zit inderdaad op voeding...”</li> <li>- “Benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn”</li> <li>- “Ik (...) verwijs ook vaak naar thuisarts.nl om daar wat over te lezen”</li> <li>- “Uitvragen wat de cliënt wil”</li> </ul> | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn</li> <li>- Verwijzen naar thuisarts.nl of andere websites</li> </ul>                                                                                                                 |
|         | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Dan vullen ze (cliënten) een lijst in en dan maken ze een voedingsdagboek”</li> <li>- “Dat (begeleiding) is voeding, beweging...”</li> </ul>                                                                                                            | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voedingsdagboek laten bijhouden</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |
|         | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Laagdrempelig zeggen van kijk eens even naar de voeding en kijk even over mijn schouder mee”</li> <li>- “Met mensen, voeding, stel ik wel met mensen een doel op”</li> </ul>                                                                            | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samen met diëtist naar voeding kijken</li> <li>- Met cliënt doel opstellen</li> </ul>                                                                                                                                                |
|         | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bij voeding is de begeleiding van ons minimaal”</li> <li>- “Wij geven natuurlijk voedingsadvies naar aanleiding van cholesterol”</li> <li>- “Nee, we doen geen groepsbegeleiding. Helemaal van niks.”</li> </ul>                                        | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voedingsadvies</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            |
|         | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Een deel inderdaad adviezen”</li> <li>- “Exploreren van wat doen mensen al, en wat zien ze zelf zitten”</li> <li>- “Ook op het gebied van voeding hebben mensen vaak al heel veel geprobeerd, en dat spreek je dan samen door”</li> </ul>               | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advies geven</li> <li>- Exploreren wat mensen doen en wat ze zien zitten</li> <li>- Verleden pogingen bespreken</li> <li>- Folders meegeven (harstichting, astmafonds)</li> <li>- Thuisarts.nl</li> <li>- Schijf van vijf</li> </ul> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik geef mensen ook wel folders mee”</li> <li>- “Adviezen van thuisarts.nl gebruiken we veel”</li> <li>- “Adviezen van de schijf van vijf zeg maar, de boekjes van de Hartstichting, van het Astmafonds”</li> <li>- “Het plannetje dat mensen maken, dat ik dat opschrijf tijdens het gesprek. (...) En dan geef ik dat mee naar huis en ik krijg dan terug van mensen dat ze daar echt wel regelmatig nog naar kijken”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan cliënt opschrijven en meegeven</li> </ul>                                                                      |
|          | <p><b>Overeenkomsten:</b><br/> Begeleiding op het gebied van voeding kwam bij vier van de zes respondenten in de vorm van advies over voeding. Bij twee respondenten werd het verwijzen naar thuisarts.nl of andere websites benoemd als begeleiding voor voeding. Het opstellen en evalueren van doelen werd door twee respondenten genoemd.</p> <p><b>Verschillen:</b><br/> Individuele uitzonderingen kwamen in de vorm van het laten bijhouden van een voedingsdagboek bij cliënten, samen met diëtist naar voeding kijken en exploreren wat cliënten al doen op het gebied van voeding. R6 noemde de meeste handelingen bij deze vraag, waarvan het merendeel niet door andere respondenten benoemd werd. Zo zei zij, met betrekking tot exploreren van verleden pogingen van de cliënten: <i>“Ook op het gebied van voeding hebben mensen vaak al heel veel geprobeerd, en dat spreek je dan samen door.”</i> R3 noemde de minste handelingen; zij haalde enkel het laten invullen van het voedingsdagboek aan.</p> |                                                                                                                                                              |
| Beweging | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “We hebben altijd een vast lijstje dat we langs gaan: (...) beweging.”</li> <li>- “Dus soms heb je een gesprek over voeding (...) en soms gaat het over bewegen”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beweeggedrag uitvragen</li> <li>- Gesprek aangaan over bewegen</li> </ul>                         |
|          | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ja, ik ga dan ook benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn. Dertig minuten vijf dagen in de week bijvoorbeeld, wat bewegen betreft.”</li> <li>- “Het (begeleiding) zit inderdaad op voeding, op beweging (...)”</li> <li>- “Dus ik bespreek die wetenschappelijke richtlijnen en verwijs ook vaak naar thuisarts.nl”</li> <li>- “Als mensen zelf niet op een idee kunnen komen of ze hebben allerlei beperkingen, dan ga ik niet van alles zitten bedenken wat mensen dan wel kunnen, dan geef ik ze dat zelf mee om zich daar in te</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn</li> <li>- Verwijzen naar thuisarts.nl</li> </ul> |

---

verdiepen, of dan zou ik ze mooi naar de leefstijlcoach kunnen verwijzen.”

---

**R3:**

- “Uitleggen hoe belangrijk het is dat ze bewegen, juist omdat dat er een heleboel mensen zijn die dan bang zijn om te bewegen”
- “Voeding, beweging (...). Voorlichting. Educatie. Dat hoort gewoon bij je takenpakket.”
- “Ik geef ze wel adviezen, maar daar blijft het dan bij.”
- “Qua bewegen hebben we papieren van o.a. Becel, daar kun je invullen als je per 10 minuten bewogen hebt. Om op die manier toch mensen te motiveren tot bewegen.”

**R3:**

- Belang van beweging benadrukken
- Meegeven van bewegingsadviezen
- Cliënt laten bijhouden van beweeggedrag

**R4:**

- “Ik geef daar wel adviezen in wat ze kunnen doen aan beweging”
- “Daar geef ik wel adviezen in, maar ik heb niet veel mensen die ik daarin begeleid, in beweging”
- 

**R4:**

- Advies geven over beweging

**R5:**

- “Nou bewegen en bij voeding is de begeleiding van ons minimaal”
- “Maar zodra mensen echt iets met bewegen willen, kunnen we eigenlijk alleen de FitBits aanbieden om te kijken of ze voldoende bewegen en dan zelf bijvoorbeeld de doelen bepalen.”
- “Ja (bij afspraken of doelstellingen) dat zetten we dan in het dossier en daar komen we dan de keer erna op terug. “

**R5:**

- FitBits aanbieden om inzicht te geven in beweeggedrag
  - Doelstellingen en afspraken maken
  - Behandelplan maken voor uitbreiden loopgedrag
-

- “Mensen die bijvoorbeeld de FitBit meekrijgen, die bel ik altijd na een week om een behandelplan te maken samen”

#### **R6:**

- Advies van 30 minuten bewegen per dag
- “Een deel inderdaad adviezen”
- “Exploreren van wat doen mensen al, en wat zien ze zelf zitten”
- “Ik geef mensen ook wel folders mee”
- “Adviezen van thuisarts.nl gebruiken we veel”
- “De boekjes van de Hartstichting, van het Astmafonds”
- “Het plannetje dat mensen maken, dat ik dat opschrijf tijdens het gesprek. (...) En dan geef ik dat mee naar huis en ik krijg dan terug van mensen dat ze daar echt wel regelmatig nog naar kijken”

#### **R6:**

- NNGB adviseren
- Exploreren wat mensen doen en wat ze zien zitten
- Verleden pogingen bespreken
- Folders meegeven (harstichting, astmafonds)
- Thuisarts.nl
- Plan cliënt opschrijven en meenemen

#### **Overeenkomsten:**

Alle praktijkondersteuners gaven aan het gesprek aan te gaan over beweging met cliënten. Drie van de respondenten benadrukken het belang van bewegen of benoemen wat de wetenschappelijke adviezen zijn. Ook drie respondenten zeiden in kaart te brengen wat iemand al doet aan beweging. Hierin was er verschil in het laten bijhouden van beweeggedrag en het uitvragen van beweeggedrag. Advies op het gebied van beweging werd gegeven door drie van de zes POH's. Twee respondenten gaven aan een behandelplan op te stellen samen met een cliënt.

#### **Verschillen:**

Het bespreken van verleden pogingen en het meegeven van folders waren samen met het aanbieden van FitBits in bruikleen uitzonderingen op bovenstaande aanpakken, die bij meerdere respondenten overeen kwamen.

#### *Psychologische ondersteuning*

#### **R1:**

- “Wij proberen wel heel vaak motiverende gesprekstechnieken toe te passen om erachter te komen waar zit iemand”
- “Wij doen veel motiverende gespreksvoering en ook wel zelfmanagement”
- “Deze praktijk heeft ook wel de visie van wat mensen zelf kunnen doen moeten ze ook vooral zelf blijven doen”
- “We zijn nu ook met positieve gezondheidszorg bezig dus dat beginnen we steeds meer toe te passen”

#### **R1:**

- Motiverende gespreksvoering
- Zelfmanagement
- Positieve gezondheidszorg

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Maar wij kunnen niet altijd met ze mee en kunnen ze ook niet elke week uitnodigen. Wij hebben de tijd niet”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik probeer dan natuurlijk wel iemand zo ver te krijgen door een stukje motivational interviewing”</li> <li>- “Motivatiaoanl interviewing, dat werkt heel goed om mensen dat inzicht te bieden”</li> <li>- “En van daaruit kun je een stukje positieve gezondheid toepassen”</li> <li>- “Daar (emotie) spendeer ik eigenlijk wel heel veel tijd en energie aan, want ik denk echt dat daar een basis ligt voor problemen”</li> <li>- “Door mensen te complimenteren door met positieve gezondheid te werken”</li> </ul>                                                                            | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivational Interviewing</li> <li>- Positieve gezondheid</li> <li>- Aankaarten doorverwijsmogelijkheden naar POH GGZ</li> <li>- Aandacht besteden aan de rol van emotie</li> <li>- Complimenteren</li> </ul> |
| <p><b>R3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Terugvalpreventie is ook een belangrijk onderwerp, wat ik altijd lastig vind om te bespreken, maar wat ik toch altijd wel doe”</li> <li>- “Een stukje beloning zal ik altijd benoemen”</li> <li>- “Op die manier benoem ik het (ontspanning) wel, merk ik, vrijuit praten. Dan benoem ik altijd de POH-GGZ”</li> <li>- “Slapen niet”</li> <li>- “Dat is lastig hé” (omgaan met stress)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | <p><b>R3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugvalpreventie</li> <li>- Benoemen van beloning</li> <li>- Aankaarten doorverwijsmogelijkheid POH GGZ</li> </ul>                                                                                           |
| <p><b>R4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Dus eigenlijk een stukje motiverende gespreksvoering wat ik daar in doe”</li> <li>- “Ik noem het altijd wel naar de cliënt, bel me op als het niet gaat”</li> <li>- “Ik vind het wel fijn om voor mezelf een herinnering erin te zetten om de cliënt op te bellen van (...) “Heb je nog hulp nodig?””</li> <li>- “Als je merkt dat het niet loopt dan zou ik die cliënt wel even terug willen zien”</li> <li>- “Dat je ook naar mensen benoemd dat het niet erg is om te falen”</li> <li>- “Wat houdt hun dan tegen? En om daar achter te komen dat krijg ik niet altijd voor elkaar.”</li> </ul> | <p><b>R4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheid bieden tot telefonisch contact</li> <li>- De cliënt bellen om te controleren hoe het gaat</li> <li>- Terugkomafpraak inplannen</li> <li>- Benoemen dat falen niet erg is</li> </ul>              |

---

**R5:**

- "Ik denk dat dat heel weinig in ons pakket past"
- "Dat doen we zeker (een belletje)"
- "We laten toch ook wel heel veel bij de mensen zelf"
- "Ja dat gebruiken we ook wel (motivational interviewing)"
- "Maar dan gebruik ik ook liever de RET (...), Rationeel emotieve therapie"

**R5:**

- Bellen ter controle
- Zelfmanagement
- Motivational Interviewing
- RET

---

**R6:**

- "Dat we hier in de praktijk ook heel veel bezig zijn met positieve gezondheidszorg"
- "Als er echt life events zijn gebeurd, of je merkt dat mensen echt in de knoop zitten, dan hebben we hier een hele fijne collega POH-GGZ, en daar verwijs ik ook echt wel naar door"
- "Maar inderdaad ook de motiverende gespreksvoering"
- "Dan laat ik mensen vaker terugkomen"
- "Dus inderdaad, dan doe je het telefonisch"
- "Je kunt mensen niet elke week terugzien"

**R6:**

- Positieve gezondheidszorg
- Aankaarten doorverwijsmogelijkheid POH-GGZ
- Motiverende gespreksvoering
- Mensen terug laten komen na het maken van afspraken
- Telefonisch contact

---

**Overeenkomsten:**

Motiverende gespreksvoering werd het vaakst genoemd als vorm van psychologische ondersteuning (n=4). Daarna werden de doorverwijsmogelijkheid naar een POH-GGZ (geestelijke gezondheidszorg) en de insteek vanuit positieve gezondheid beiden door drie respondenten benoemd. Het stimuleren van zelfmanagement werd door twee respondenten genoemd als vorm van psychologische ondersteuning, evenals het benoemen van een beloning of het complimenteren (n=2). De helft van de respondenten (n=3) gaf aan de cliënten telefonisch te ondersteunen. R4 zei daarover: *"Ik noem het altijd wel naar de cliënt, bel me op als het niet gaat"*. Een andere methode die werd toegepast door twee respondenten was om cliënten weer in te plannen voor een afspraak, of zoals R6 dat verwoordde: *"Dan laat ik mensen vaker terugkomen"*.

**Verschillen:**

Antwoorden die niet door andere respondenten benoemd werden kwamen van R4 en R5. R4 benoemde het belang van benoemen (naar de cliënt) dat het niet erg is om te falen, terwijl R5 zei liever met RET-therapie te werken (Rationeel-emotieve therapie) dan met Motivational Interviewing.

---

## Dimensie: Voorlichting

| Topic   | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Samengevat                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Voeding | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Wij verwijzen eigenlijk met name naar een paar sites, daar geven wij de informatie van en soms een print erbij. Ook raden wij aan om op de site van thuisarts of voedingscentrum te kijken, daar geven wij ook folders en apps van mee. Ook de hartstichting en de diabetesstichting en longfonds. Dat zijn eigenlijk de ondersteunende voorlichtingssites die wij gebruiken. En we hebben onze eigen modellen die we gebruiken voor uitleg”</li> <li>- “Nou meestal lezen wij het wel met ze, of leggen het uit”</li> </ul> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwijzen naar sites (thuisarts.nl of voedingscentrum.nl)</li> <li>- Meegeven folders of apps</li> <li>- Uitleg van de informatie uit folders/websites</li> <li>- Modellen gebruiken voor uitleg</li> </ul>                                         |
|         | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Enerzijds advies op basis van de standaard en gezonde richtlijnen”</li> <li>- “Doorverwijzen naar de websites waar de informatie is”</li> <li>- “Ook wel heel erg uitvragen wat de cliënt wil”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advies op basis van de standaard</li> <li>- Doorverwijzen naar websites waar informatie staat</li> <li>- Uitvragen wat de cliënt wil</li> </ul>                                                                                                     |
|         | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik geef ze voedingsadviezen mee”</li> <li>- “We hebben thuisarts.nl, daar kunnen ze zelf op kijken”</li> <li>- “Voedingsadviezen mondeling en schriftelijk meegeven”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meegeven van mondelinge en schriftelijke voedingsadviezen</li> <li>- Verwijzen naar thuisarts.nl</li> </ul>                                                                                                                                         |
|         | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij voeding wel een beetje de schijf van vijf aanhouden, dat hangt er een beetje van af waarvoor ze komen.</li> <li>- Dan kijk ik ook van waar let je al zelf op en dan zoutgebruik, vetgebruik, groente, fruit, vezels en eiwitten, wat eet je. Ik geef vaak wel internetsites mee dat ze thuis kunnen nalezen.</li> <li>- Heel veel mensen kunnen nu gewoon op internet, dus ik geef altijd of voedingscentrum, thuisarts.nl</li> </ul>                                                                                     | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schijf van vijf aanhouden</li> <li>- Uitvragen waar al op gelet wordt met betrekking tot zout, vet, groente, fruit, vezels en eiwitten</li> <li>- Doorverwijzen naar websites waar informatie staat (thuisarts.nl en voedingscentrum.nl)</li> </ul> |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nou wij geven soms folders mee”</li> <li>- “Wij verwijzen naar thuisarts.nl”</li> <li>- “Tips zijn ook voorlichting, ja”</li> <li>- “Bijvoorbeeld voedingsadviezen bij cholesterol zijn eigenlijk altijd hetzelfde”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meegeven informatiefolders</li> <li>- Doorverwijzen naar thuisarts.nl</li> <li>- Tips geven</li> <li>- Voedingsadviezen</li> </ul>                                            |
|                 | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mondeling, maar ook schriftelijk inderdaad, soms adviezen op papier mee”</li> <li>- “Thuisarts en het voedingscentrum, de Hartstichting en het longfonds”</li> <li>- “Ik geef mensen inderdaad ook van de site van het gezondheidscentrum”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mondeling adviseren</li> <li>- Schriftelijk adviseren</li> <li>- Websites van thuisarts.nl, voedingscentrum, hartstichting, longfonds meegeven, gezondheidscentrum</li> </ul> |
|                 | <b>Overeenkomsten:</b><br><p>Alle respondenten behalve R1, gaven aan voedingsadviezen te geven. De wijzen van advies varieerde tussen de respondenten, adviezen die genoemd werden bestonden uit: advies op basis van de standaard en gezonde richtlijnen (R2), het meegeven van mondelinge en schriftelijke voedingsadviezen (R3), het aanhouden van de schijf van vijf (R4), voedingsadviezen en tips (R5) en mondeling/schriftelijk adviseren (R6). De respondent die zei geen advies zei te geven (R1), werkte voornamelijk met folders en informatieve sites. Zo antwoordde zei: <i>“Wij verwijzen eigenlijk met name naar een paar sites, daar geven wij de informatie van en soms een print erbij”</i>. Ook benoemde deze respondent het meegeven van folders onder voorlichting te scharen. Vier andere respondenten verwijzen cliënten door naar websites van onder andere <i>“Thuisarts en het Voedingscentrum, de Hartstichting en het Longfonds”</i>, aldus R6. Van deze websites werd thuisarts.nl het meest benoemd (n=5), gevolgd door de site van het voedingscentrum (n=3).</p> |                                                                                                                                                                                                                                   |
|                 | <b>Verschillen:</b><br><p>R1 gaf aan fysieke modellen gebruiken bij de voorlichting over voeding. R2 benoemde het uitvragen van wat de cliënt wil op gebied van voeding als werkzaamheid. R4 benoemde ook het uitvragen, maar dan over waar al op gelet wordt binnen het voedingspatroon van de cliënt.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Beweging</i> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “We hebben wel dat we zeggen: de norm is 30 minuten per dag intensief bewegen, zoals volgens de NHG standaarden”</li> <li>- “En verder komen we eigenlijk niet”</li> <li>- “Wij komen niet veel verder dan intensief wandelen”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beweegnorm uitleggen</li> </ul>                                                                                                                                               |
|                 | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ja, eigenlijk wel” (advies op basis van standaard, gezonde richtlijnen, doorverwijzen naar de websites)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adviseren op basis van standaard en gezonde richtlijnen</li> </ul>                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - "Ook wel heel erg uitvragen wat de cliënt wil"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | - Uitvragen wat cliënt wil                                                                                                                                                                                                       |
| <b>R3:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R3:</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| - "Beweegadviezen meegeven"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - Beweegadviezen meegeven                                                                                                                                                                                                        |
| <b>R4:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R4:</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Of je ziet dat er toch te weinig bewogen wordt naar de norm, of met voeding dat daar aanpassingen in nodig zijn, vooral met diabetes kun je met voeding best wel veel doen, ga ik daar wel in adviseren."</li> <li>- "Ik haak altijd in op wat ze al doen, dus als ik kijk naar beweging dan is het natuurlijk een half uur per dag, 5 dagen in de week"</li> <li>- "Dus ik zeg altijd wel, hou die 5 kilometer per uur aan, dat je echt wel licht verhoogde activiteit hebt"</li> <li>- "Ik zeg dan pak gewoon je mobiel erbij en kijk eens van hoe hard loop ik eigenlijk, hoe snel loop ik, en kan ik daar nog iets in verbeteren"</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beweegnorm uitleggen</li> <li>- Uitleggen wat licht verhoogde activiteit is m.b.t. lopen</li> <li>- Intensiteit van activiteiten doornemen</li> <li>- Adviseren naar de norm</li> </ul> |
| <b>R5:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R5:</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- "We kunnen wel, wat ik wel vaak doe, veel mensen denken "Oh ik moet naar een sportschool" en dan zeg ik van "Nee, dat is niet zo, je moet gewoon je schoenen aandoen en elke dag een stukje lopen en soms even 5 minuten meer"</li> <li>- "Nou wij geven soms folders mee"</li> <li>- "Wij verwijzen naar thuisarts.nl"</li> <li>- "Tips zijn ook voorlichting, ja"</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënten aansporen meer te lopen</li> <li>- Meegeven informatiefolders</li> <li>- Doorverwijzen naar thuisarts.nl</li> <li>- Tips geven</li> </ul>                                      |
| <b>R6:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R6:</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Mondeling, maar ook schriftelijk inderdaad, soms adviezen op papier mee"</li> <li>- "Thuisarts en het voedingscentrum, de Hartstichting en het longfonds"</li> <li>- "Ik geef mensen inderdaad ook van de site van het gezondheidscentrum"</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mondeling adviseren</li> <li>- Schriftelijk adviseren</li> <li>- Websites van thuisarts.nl, voedingscentrum, hartstichting, longfonds meegeven, gezondheidscentrum</li> </ul>           |
| <b>Overeenkomsten:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                  |

Alle respondenten gaven aan hun cliënten advies of tips te geven met betrekking tot beweging. Een deel hiervan (n=3) gaf specifiek aan advies te geven op basis van de beweegnorm en/of de NHG standaard. Twee respondenten gaven aan de cliënt te stimuleren om meer of intensiever te lopen. Een aantal antwoorden die respondenten gaven met betrekking tot voeding, waren ook op beweging van toepassing. Zo werd het doorverwijzen naar thuisarts.nl of andere websites ook bij voorlichting m.b.t. beweging genoemd (n=2). Het meegeven van informatiefolders kwam ook terug (n=1).

#### **Verschillen:**

Specifiek uitvragen wat de cliënt wil, werd alleen door R2 benoemd. R4 neemt de intensiteit van de activiteiten van haar cliënten met hun door: *“Ik zeg dan pak gewoon je mobiel erbij en kijk eens van hoe hard loop ik eigenlijk, hoe snel loop ik, en kan ik daar nog iets in verbeteren”*.

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verhoogd risico | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “We hebben de risico tabellen die we kunnen laten zien bij mensen”</li> <li>- “Ook het BMI is iets waar je iets over kan zeggen en kan benoemen wat een gezonde buikomvang is en met roken laten we vaak zien wat het risico is bij roken en bij niet”</li> <li>- “We blijven eigenlijk wel stimuleren en elke keer benoemen wat het risico is”</li> <li>- “Soms probeer je wel eens een andere vorm van voorlichting, of een andere folder, of heb je die sportschool wel eens geprobeerd, of daar doen ze dat”</li> <li>- “En we hebben onze eigen modellen die we gebruiken voor uitleg”</li> </ul> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laten zien van risicotabellen</li> <li>- Benoemen BMI en gezonde buikomvang</li> <li>- Herhaald benoemen van het risico</li> <li>- Meegeven folders</li> <li>- Modellen voor uitleg</li> </ul> |
|                 | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik ga mensen in ieder geval inzichtelijk maken door het CVRM risicoprofiel te laten zien en uit te leggen wat de scores betekenen en waarom iemand die behaald. Je kunt ook via thuisarts.nl adviseren dat mensen zelf dat risico invullen”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laten zien (en uitleggen) van risicoprofiel</li> <li>- Mensen zelf een risicoprofiel laten invullen op thuisarts.nl</li> </ul>                                                                 |
|                 | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik ga mensen in ieder geval inzichtelijk maken door het CVRM risicoprofiel te laten zien en uit te leggen wat de scores betekenen en waarom iemand die behaald”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De eetmeter invullen en doornemen</li> <li>- Beweegdagboek laten bijhouden</li> <li>- FitBit meegeven</li> <li>- Doornemen risicofactoren op hart- en vaatziekten</li> </ul>                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Je kunt ook via thuisarts.nl adviseren dat mensen zelf dat risico invullen”</li> <li>- “Bij het stoppen met roken doen we ook een score van hoe hoog ligt de motivatie op een schaal van 0 tot 10 en hoe is het vertrouwen op een schaal van 0 tot 10”</li> <li>- “Ik hou niet van bangmakerij, maar af en toe betrap ik me erop dat ik dat toch doe”</li> <li>- “Qua bewegen hebben we papieren van onder andere Becel, daar kun je precies invullen als je per 10 minuten bewogen hebt”</li> <li>- “De FitBit”</li> <li>- “De stappentellers op de telefoon leggen we aan mensen uit, dus op die manieren proberen we dat aan mensen duidelijk te maken”</li> <li>- “Door de risico-inventarisatie te doen”</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schaalvragen invullen voor motivatie en vertrouwen in verandering</li> <li>- Cliënt confronteren met risico</li> <li>- Qua bewegen hebben we papieren van onder andere Becel, daar kun je precies invullen als je per 10 minuten bewogen hebt</li> <li>- De FitBit</li> <li>- De stappentellers op de telefoon uitleggen</li> </ul> |
| <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Door middel van die kaart, die risicokaart”</li> <li>- “Ik neem altijd familieanamnese ook af”</li> <li>- “Daar bespreek je van wat is het risico op hart- en vaatziekten”</li> <li>- “Valt dat boven de 10% uit, dan ga je met de cliënt in gesprek over welke punten er zijn om te verbeteren”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laten zien (en uitleggen) van risicokaart</li> <li>- Familieanamnese afnemen</li> <li>- Bespreken van risico op hart- en vaatziekten</li> <li>- Verbeterpunten bespreken</li> </ul>                                                                                                                                      |
| <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “(FitBits) om mensen te stimuleren om inzicht te krijgen in hun beweegpatroon”</li> <li>- “Door vooral heel veel uitleg te geven”</li> <li>- “Risicotabel laten we zien”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FitBits meegeven om inzicht te krijgen in beweegpatroon</li> <li>- Uitleg geven</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tot voorheen hadden we de risicoscore. (...) Dat is altijd heel handig want dan zie je inderdaad groen, geel en rood, welke zone zit je. Dat snapt iedereen”</li> <li>- “Ik leg altijd aan de cliënten uit “Weet u welke dingen het risico op hart- en vaatziekten vergroten?””</li> <li>- “Ja, vooral mondeling”</li> <li>- “Ja, absoluut (gebruik van modellen in uitleg)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risicotabel</li> <li>- Uitvragen en uitleg van risicogedrag</li> <li>- Middels plaatjes en modellen uitleg geven</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |

- 
- “En daar hebben we ook plaatjes van, ik heb zo’n map met plaatjes die ik ook aan mensen kan laten zien”
- 

**Overeenkomsten:**

Om cliënten inzicht te geven in een verhoogd gezondheidsrisico, gebruiken vier respondenten de risicotabellen die gekoppeld zijn aan het cardiovasculair risicoprofiel van de cliënt. R2 omschreef hoe dat in zijn werk gaat: *“Ik ga (het) mensen in ieder geval inzichtelijk maken door het CVRM risicoprofiel te laten zien en uit te leggen wat de scores betekenen en waarom iemand die behaald”*. Het benoemen en bespreken van het risico(gedrag), werd ook door vier respondenten gedaan. Eén respondent (R3) gaf aan de cliënt soms te confronteren met het risico, of zoals ze zelf zei: *“Ik hou niet van bangmakerij, maar af en toe betrap ik me erop dat ik dat toch doe”*. Andere methodes die gebruikt worden om cliënten inzicht te geven in hun gezondheidsrisico waren het geven van uitleg met behulp van plaatjes en modellen (n=2) en het meegeven van FitBits om inzicht te geven in het beweegpatroon (n=2).

**Verschillen:**

Een enkele respondent (R4) benoemde het afnemen van een familieanamnese als methode om de cliënt inzicht te verkrijgen, samen met het bespreken van verbeterpunten. R1 gaf aan het BMI en een gezonde buikomvang te benoemen en uit te leggen, samen met het meegeven van folders. R3 liet haar cliënten een beweegdagboek invullen, evenals een voedingsdagboek. Ook laat zij haar cliënten schaalvragen invullen voor motivatie en vertrouwen in verandering.

---

## Dimensie: Overig

| Topic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Andere werkzaamheden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>R1:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R1:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Wel in de wachtkamer proberen we wat dingen op te hangen om mensen geprikkeld te laten worden zoals “drink ik voldoende””</li> <li>- “Wat we ook doen is preventief naar de ouderen toe gaan. Dat stukje zijn we nu aan het oppakken. Dat is dus dat een collega preventieve huisbezoeken gaat doen.”</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ophangen van posters in wachtkamer voor bewustwording</li> <li>- Preventief naar kwetsbare ouderen toegaan</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R2:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R2:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “De stoppen met roken spreekuren”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stoppen met roken spreekuur</li> </ul>                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R3:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R3:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik probeer het goede voorbeeld te geven”</li> <li>- “Er zijn een heleboel cliënten die weten dat ik op de fiets naar het werk kom”</li> </ul>                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het goede voorbeeld geven</li> </ul>                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R4:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R4:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nee”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen</li> </ul>                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R5:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R5:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik denk het niet, nee”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen</li> </ul>                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>R6:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>R6:</b>                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Dat we nu dan die challenge gaan doen (diabetes run), dus ook ons proberen te richten op met elkaar bewegen”</li> </ul>                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes run challenge met cliënten</li> </ul>                                                                        |
| <b>Overeenkomsten en verschillen:</b><br>Twee respondenten gaven aan geen andere werkzaamheden te doen dan de werkzaamheden die al besproken waren. De vier andere respondenten gaven aan wel iets te doen buiten de al besproken werkzaamheden. De antwoorden van de respondenten varieerden hierin van het geven van een goed voorbeeld tot deelname aan een diabetes hardloophwedstrijd. Zo gaf R3 als voorbeeld: <i>“Er zijn een heleboel cliënten die weten dat ik op de fiets naar het werk kom”</i> , en zei R6: <i>“Dat we nu dan die challenge gaan doen, dus (dat we) ook ons proberen te richten op met elkaar bewegen”</i> . R2 noemde het werkzaamheden in het stoppen met roken spreekuur, terwijl R1 omschreef hoe zij bij hun in de praktijk preventief naar ouderen toegaan, om indicatoren voor een verhoogd gezondheidsrisico tijdig te herkennen. Het ophangen van posters in de wachtkamer werd ook genoemd als overige werkzaamheid van R1. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Doorverwijzing</i> | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Als je signaleert dat hier gewoon echt meer nodig is dan wij kunnen”</li> <li>- “Diëtist doen we sowieso altijd als iemand beginnend diabeet is”</li> <li>- “Ook op eigen verzoek, maar we blijven het ook aanbieden”</li> <li>- “Ook mensen met ondervoeding verwijzen we altijd door. Mensen met overgewicht ook”</li> <li>- “We verwijzen ook wel eens door naar de internist, als we bijvoorbeeld vastlopen met medicijnen”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>R1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer er meer nodig is dan POH kan doen</li> <li>- Bij diabetes, ondervoeding, overgewicht direct doorverwijzen naar diëtist</li> <li>- Doorverwijzing naar internist als medicijnen niet het gewenste effect hebben</li> <li>- Op eigen verzoek van cliënten</li> </ul>   |
|                       | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ook als er echt sprake is van overmatig alcoholgebruik, dan verwijs ik mensen ook toch nog wel heel vaak terug naar de huisarts”</li> <li>- “Als mensen bijvoorbeeld COPD hebben en weinig bewegen, dan verwijs ik ze sowieso naar een fysiotherapeut”</li> <li>- “Of mensen hebben bijvoorbeeld vaatlijden, wat ik vast heb gesteld door een enkel arm index, dan verwijs ik ze natuurlijk ook voor looptraining naar een fysiotherapeut”</li> <li>- “Het ligt dus een beetje aan de aandoening hoe snel ik mensen verwijs”</li> <li>- “Als ik een diabeet binnenkrijg, is het eerste wat ik doe, verwijzen naar de diëtist”</li> <li>- “Ik maak dus wel gebruik van allerlei verschillende disciplines die er zijn, ik ga dat niet allemaal zelf binnen mijn kamer houden”</li> </ul> | <b>R2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- COPD en vaatlijden wordt direct doorverwezen naar fysiotherapeut</li> <li>- Bij diabetes wordt direct doorverwezen naar diëtist</li> <li>- Afhankelijk van de aandoening wordt er sneller doorverwezen</li> <li>- Overmatig alcoholgebruik naar huisarts verwezen</li> </ul> |
|                       | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ja, maar de diabetes cliënten, zeker de nieuwe diabetes cliënten, daarbij hebben we gewoon de afspraak dat die naar de diëtiste gaan”</li> <li>- “Dat is gevoelsmatig”</li> <li>- “Daarnaast geef ik ze ook altijd wel de keus van, er kan op beweging begeleiding zijn”</li> <li>- “Cliënten die suikerziekte hebben en overgaan op insuline gaan ook altijd naar de diëtiste”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij diabetes wordt direct doorverwezen naar diëtist</li> <li>- Wanneer cliënten zelf aangeven doorverwezen te willen worden</li> <li>- Bij vaatlijden direct doorsturen naar fysiotherapeut</li> </ul>                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- “En dan zijn er ook toch wel een aantal cliënten die zelf vragen om een verwijzing naar de diëtiste, en dat wordt altijd gehonoreerd”</li> <li>- “Beweging sturen we standaard door (naar de fysio) in het geval van perifeer arterieel vaatlijden”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Elke nieuwe diabeet, die stuur ik door naar een diëtist”</li> <li>- “Als (...) ik vind het een beetje een moeilijk verhaal worden en ik kan er niet de vinger achter krijgen wat er nu is, dan stuur ik wel vaak gewoon door naar de diëtist”</li> <li>- “Als mensen zelf zeggen “ik zou graag naar een diëtist willen””</li> <li>- “Ik zie ook best veel ouderen, dus in die zin stuur ik ouderen wel sneller naar de fysio toe. Om gewoon eens die spierkracht (te verbeteren)”</li> </ul> | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elke (nieuwe) diabetescliënt wordt doorgestuurd naar een diëtist</li> <li>- Doorsturen naar diëtist bij complexe situaties</li> <li>- Ouderen doorsturen naar fysio voor betering spierkracht</li> <li>- Bij aanvraag van cliënt zelf</li> </ul> |
| <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Willen mensen echt afvallen, dan verwijzen we ze door naar de diëtist.”</li> <li>- “Als mensen willen afvallen, dan ga ik daar gewoon niet aan beginnen. (...) En mensen hebben dan ook gelijk veel meer vertrouwen in een diëtist, dus nee daar ga ik echt niet zelf aan beginnen.”</li> <li>- “Maar als mensen daarin (beweging) echt een enorme steun in de rug nodig hebben, dan verwijzen we naar de fysiotherapeut”</li> </ul>                                                         | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer cliënten willen afvallen</li> <li>- Wanneer cliënten hulp nodig hebben bij overgaan tot meer beweging</li> </ul>                                                                                                                         |
| <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Dus met name als mensen zelf veel geprobeerd hebben en het lukt niet. Of het lukt niet om gezond gedrag vol te houden”</li> <li>- “Dan verwijs ik ook alleen maar door als de cliënt daarvoor toestemming geeft en enigszins gemotiveerd is”</li> <li>- “Ik verwijs ook door als mensen er zelf naar vragen</li> <li>- “Als het lastig is om het gedrag vol te houden en mensen daar last van hebben”</li> </ul>                                                                             | <b>R6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als het cliënten niet lukt gedrag vol te houden</li> <li>- Bij toestemming (en motivatie) van cliënt</li> <li>- Wanneer cliënt erom vraagt</li> </ul>                                                                                            |

- 
- “Als mensen overgaan op insuline, dan moet je ze eigenlijk naar een diëtist verwijzen, maar mensen hebben vaak zo’n ontzettende weerstand daartegen, dat ik soms ook wel gewoon maar mensen op insuline zet en het zelf maar met algemene adviezen probeer”
  - “Fysiotherapie zit hem ook vaak met kosten, met vergoedingen, dat wordt niet altijd vergoed”
  - “Maar inderdaad de fysiotherapie is soms nog wel eens lastig”
- 

**Overeenkomsten en verschillen:**

Wanneer POH's doorverwijzen naar een andere specialist, verschilde per situatie en per respondent. Vier van de zes respondenten gaf aan bij (nieuwe) diabetescliënten direct door te verwijzen naar de diëtist. Eén van deze respondenten gaf aan dit ook te doen in gevallen van ondervoeding en overgewicht. De respondenten die niet aangaven direct door te verwijzen naar de diëtist gaven aan de cliënten door te verwijzen wanneer ze dit zelf aanvragen. In totaal werd deze reden door vier respondenten genoemd. Drie respondenten gaven aan door te verwijzen wanneer de situatie te “complex” wordt en/of wanneer er meer nodig is dan de POH in huis heeft. Het doorsturen naar de fysiotherapeut werd gedaan in gevallen van perifeer vaatlijden (n=2), COPD (n=1) en wanneer er behoefte is aan een extra duw in de rug (n=1). Andere redenen tot doorverwijzing die genoemd werden, waren ongewenst effect van medicijnen (R1, doorverwijzing internist), overmatig alcoholgebruik (R2, doorverwijzing huisarts) en wanneer de cliënt hulp nodig heeft over te gaan tot meer beweging (R4, fysiotherapeut). Geen van de respondenten gaf aan door te verwijzen naar een leefstijlcoach.

## Dimensie: Ondersteuning

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Ondersteuning</i> | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Wat ik persoonlijk mis, is dat mensen het allemaal wel weten, maar er niet toe komen”</li> <li>- “Die hebben echt gewoon structuur nodig, maar met name ook iemand die ze meeneemt”</li> <li>- “Dus echt dat stukje begeleiding en 1 op 1 begeleiding”</li> <li>- “Ik denk het stukje groepsbegeleiding en ook de continuïteit”</li> <li>- Maar echt het stukje begeleiden, wat intensiever begeleiden”</li> <li>- “Wat ik prettig zou vinden, is een vast persoon waar we ze naartoe kunnen verwijzen, dan kun je mensen veel makkelijker (...) enthousiaster maken</li> <li>- “Ook een stukje professionaliteit”</li> <li>- “En welke bewegingen van belang zijn of welke krachttraining je moet doen, daar hebben wij ook de tijd en kennis niet voor”</li> <li>- “Het groepsgevoel, dat mensen ook weten dat ze ergens naartoe gaan waar ze meerdere deelgenoten hebben”</li> </ul> | <p><b>R1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënten weten wel wat ze moeten doen, maar komen er niet toe</li> <li>- Cliënten hebben structuur nodig en iemand die ze daarin meeneemt (continuïteit)</li> <li>- 1-op-1- begeleiding</li> <li>- Groepsbegeleiding</li> <li>- Een vast persoon waar naar doorverwezen kan worden</li> <li>- Meer professionaliteit en kennis op vlakken van beweging en voeding</li> </ul> |
|                      | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik denk met name als mensen zeggen een andere vorm van leefstijlbegeleiding te willen dan dat ik hier aan de tafel kan geven, dus een actievere vorm zoals bijvoorbeeld sporten bij de fysio, of de leefstijlcoach die alle mogelijkheden gaat bespreken van alle vormen van beweging bij iemand”</li> <li>- “Als mensen zelf niet op een idee kunnen komen of ze hebben allerlei beperkingen”</li> <li>- “Dan zou ik ze mooi naar de leefstijlcoach kunnen verwijzen, (...) die kan met je meedenken”</li> <li>- “Dus eigenlijk op alle gebieden zou ik ze naar een leefstijlcoach kunnen verwijzen, behalve stoppen met roken lijkt me”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>R2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als mensen zeggen een andere vorm van leefstijlbegeleiding te willen dan POH kan geven</li> <li>- Als mensen zelf niet op een idee kunnen komen (om te gaan bewegen)</li> <li>- Op alle gebieden zou ik naar een leefstijlcoach kunnen verwijzen (behalve roken)</li> <li>- Meer kennis op vlakken van beweging en voeding</li> </ul>                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Want van daaruit, de leefstijlcoach kan nog veel gerichtere adviezen geven dan ik, want ik ben heel algemeen, en jij bent veel specifiek straks.”</li> <li>- “Ik heb gebrek aan kennis in dat opzicht.”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bij alle aspecten van mijn werk”</li> <li>- “Leefstijl gaat zo door alles heen en met alles mee, dat het dom zou zijn om daar geen gebruik van te maken”</li> <li>- “Veel mensen met overgewicht, en dan heb ik het niet over alle comorbiditeit, zitten toch in een lagere sociaal economische klasse. Hoe bereik je die, en hoe motiveer je die, gaat dat lukken? Daar ligt de uitdaging.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>R3:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij alle aspecten van mijn werk</li> <li>- Bereiken van doelgroep in lage SES</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |
| <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bij mensen die het wel weten, maar die gewoon het niet op kunnen pakken”</li> <li>- “Ja, echt binnen de gedragsverandering. Dat vind ik wel lastig, want daar heb je als POH gewoon echt weinig tijd voor”</li> <li>- “Ga er maar eens achter komen waarom mensen die stappen elke keer niet kunnen maken”</li> <li>- “Als je een uitleg krijgt van wat je zou kunnen doen, maar je merkt dat dat te weinig is voor de cliënt”</li> <li>- “Ik ben wel heel benieuwd naar een beetje die randvoorwaarden die er zijn en om de drempel wat lager te krijgen en omdat er misschien ook wel ruimte is voor individuele begeleiding, dat zou wel mooi zijn”</li> </ul> | <b>R4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als mensen het wel weten, maar het niet oppakken</li> <li>- Binnen gedragsverandering</li> <li>- Wanneer een uitleg over wat de cliënt kan doen te weinig is</li> <li>- Uitvragen waar de drempels liggen voor de cliënt</li> <li>- Ruimte voor individuele begeleiding</li> </ul> |
| <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ik zou het heel fijn vinden als wij echt een adres krijgen om te verwijzen dat echt geïntegreerde leefstijl interventie wordt toegepast, dat je iemand verwijst en dat ze niet alleen met het bewegen aan de slag gaan maar dat er ook gekeken wordt naar de voeding en naar al het dat ze nog meer te bieden hebben”</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>R5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwijsmogelijkheid integrale benadering van gezondheid</li> <li>- Laagdrempelig</li> <li>- Begeleiding door iemand met kennis van voeding en beweging</li> </ul>                                                                                                                  |

- 
- “Ik zou dat heel wenselijk vinden als dat heel laagdrempelig hier in de buurt kwam en dat wij ook hele korte lijnen hebben, dat wij jullie kennen, dat jullie ons kennen, dat we gewoon ook daar heel makkelijk naar kunnen verwijzen”
  - “Dus iemand die én het bewegen én het eten gewoon samen begeleid”

---

**R6:**

- “Gezond gedragsbehoud”
- “Meer afspraken maken met de cliënt over hoe ze het individuele traject gaan invullen zeg maar”
- “Een stukje groep ook wel, van elkaar stimuleren daarnaast ook zorg op maat”
- “Waarbij je mensen net eventjes over die hobbel heen helpt, waardoor ze het wat langer volhouden en ook meekijken van hoe gaat het in de thuissituatie”
- “Een plan maken en evalueren”
- “De adviezen herhalen”
- “Met name gedragsbehoud op de lange termijn voort kunnen zetten”

---

**R6:**

- Gezond gedragsbehoud
- Afspraken met cliënt over invulling traject
- Groepsaankpak
- Zorg op maat
- Mensen aanzetten tot gedragsverandering en langer volhouden van gedrag
- Meekijken hoe het gaat in de thuissituatie
- Plan maken en evalueren
- Adviezen herhalen

---

**Overeenkomsten:**

Alle respondenten gaven aan ondersteuning van een leefstijlcoach wenselijk te vinden. De vlakken waarop de behoeften aan ondersteuning zich uitten, kwamen bij enkele respondenten uiteen, maar waren tevens van grote variatie. Hierbij varieerden de antwoorden tussen overkoepelende kwaliteiten en specifieke handelingen. Vier respondenten gaven aan ondersteuning van een leefstijlcoach te wensen met betrekking tot gedragsverandering bij cliënten; R1 zei hierover: *“Wat ik persoonlijk mis, is dat mensen het allemaal wel weten, maar er niet toe komen”*. R6 uitte onder andere de behoefte aan de andere kant van gedragsverandering: gedragsbehoud; *“Met name gedragsbehoud op de lange termijn voort kunnen zetten”*. De helft van de respondenten (n=3) gaf aan ondersteuning van een leefstijlcoach te kunnen gebruiken in de vorm van cliënten begeleiding door iemand met professionaliteit en kennis op gebieden voeding en beweging. Waar sommige praktijkondersteuners een rol zagen voor de leefstijlcoach voor groepsaankpak (n=2), werd ook individuele begeleiding op maat genoemd (n=3). De leefstijlcoach als doorverwijsmogelijkheid werd door twee respondenten expliciet benoemd. De leefstijlcoach kon ook structuur bieden voor cliënten, volgens twee respondenten. Twee andere respondenten gaven aan op alle gebieden van hun werk ondersteuning te kunnen gebruiken van een leefstijlcoach. Zo gaf R2 aan: *“Dus eigenlijk op alle gebieden van mijn werk zou ik ze naar een leefstijlcoach kunnen verwijzen...”* en gaf R3 als antwoord op de vraag op welke vlakken zij ondersteuning van een leefstijlcoach zou kunnen gebruiken: *“Bij alle aspecten van mijn werk”*.

---

**Verschillen:**


---

---

Het in kaart brengen van drempels (n=1), de cliënt helpen met ideeën om te gaan bewegen (n=1) en het bieden van aanvullende begeleiding wanneer een uitleg over leefstijl voor de cliënt niet volstaat (n=1), werden ook genoemd als wenselijke vormen van ondersteuning. Andere redenen die door enkele POH's werden genoemd waren: het herhalen van adviezen, het maken (en evalueren) van een veranderplan, kijken hoe de thuissituatie van een cliënt is en het bereiken van mensen met een lage SES.

---