

Beweeg Kuur

MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING

Doorontwikkeling van de BeweegKuur
voor Overgewicht & Obesitas

Doorontwikkeling van de BeweegKuur voor Overgewicht & Obesitas

J.H.M. Helmink

L.C. van Boekel

S.P.J. Kremers

Contact:

Judith Helmink

Universiteit Maastricht

Judith.Helmink@gvo.unimaas.nl

© Universiteit Maastricht 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Helmink, J.H.M., Van Boekel, L.C. & Kremers, S.P.J. (2010). Doorontwikkeling van de BeweegKuur voor Overgewicht & Obesitas. Universiteit Maastricht.

Dankwoord

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Daarnaast speelde Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) een belangrijke en coöperatieve rol in de uitvoering van dit onderzoek. Speciaal willen wij Femke Visser en alle andere medewerkers van NISB bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Ook willen wij graag Maria van der Sluis, Cor de Haan en Ruud Jonkers van Rescon bedanken voor hun kritische blik op de tekst in dit rapport. Tot slot willen wij natuurlijk alle deelnemers aan de doorontwikkelde BeweegKuur en de zorgverleners heel erg bedanken voor het geven van hun mening en de enthousiaste medewerking.

Inhoudsopgave

Samenvatting	- 1 -
Aanbevelingen	- 3 -
1 Introductie	- 7 -
1.1 Achtergrondinformatie.....	- 7 -
1.2 Preventie van overgewicht en obesitas	- 9 -
1.2.1 Empirie gecombineerde leefstijlinterventies	- 9 -
1.2.2 Empirie van leefstijlinterventies binnen de huisartsenpraktijk.....	- 10 -
1.3 Opzet van de interventie De BeweegKuur	- 11 -
1.4 Het huidige onderzoek.....	- 15 -
1.5 Vraagstellingen onderzoek	- 15 -
2 Methode.....	- 17 -
2.1 Registratieformulieren deelnemers	- 17 -
2.2 Vragenlijst deelnemers.....	- 18 -
2.3 Evaluatievragenlijst na afloop van voedingsvoorlichting.....	- 20 -
2.4 Focusgroepen deelnemers.....	- 21 -
2.5 Interviews zorgverleners	- 22 -
2.6 Focusgroep diëtisten	- 24 -
3 Resultaten.....	- 27 -
3.1 Registratieformulieren deelnemers	- 27 -
3.2 Vragenlijst deelnemers.....	- 29 -
3.2.1 Beoordeling gezondheid en gedrag bij aanvang van de BeweegKuur	- 30 -
3.2.2 Verwachtingen van deelnemers	- 31 -
3.2.3 Verwachtingen over volhouden deelname BeweegKuur	- 32 -
3.2.4 Redenen voor deelname aan de BeweegKuur	- 32 -
3.2.5 Mening over functioneren zorgverleners	- 33 -
3.2.6 Doorverwijzing naar diëtist	- 34 -
3.2.7 Reisafstand tot beweegactiviteit.....	- 34 -
3.2.8 Verwachtingen over de uitstroom na de BeweegKuur.....	- 34 -
3.3 Evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting deelnemers	- 35 -
3.4 Focusgroepen deelnemers.....	- 36 -
3.4.1 Redenen voor deelname aan de BeweegKuur	- 36 -
3.4.2 Voedingsprogramma.....	- 37 -
3.4.3 Beweegprogramma	- 39 -
3.4.4 Verwachtingen van de BeweegKuur	- 40 -
3.4.5 Materialen.....	- 41 -
3.4.6 Overige punten.....	- 42 -
3.5 Interviews zorgverleners	- 42 -

3.5.1 Algemene mening over de BeweegKuur	- 42 -
3.5.2 Verschillen tussen diabetes en overgewicht en obesitas doelgroep	- 45 -
3.5.3 Begeleiding en invoering van de doorontwikkelde BeweegKuur	- 46 -
3.5.4 Weigering deelname en vroegtijdige uitval.....	- 46 -
3.5.5 Scholing en vaardigheden.....	- 47 -
3.5.6 Rol van de huisarts in de BeweegKuur	- 48 -
3.5.7 Rol van de leefstijladviseur in de BeweegKuur.....	- 49 -
3.5.8 Rol van de fysiotherapeut in de BeweegKuur.....	- 52 -
3.5.9 Inclusiecriteria voor de BeweegKuur	- 53 -
3.5.10 Voedingsprogramma	- 54 -
3.5.11 Beweegprogramma.....	- 58 -
3.5.12 Inspannings-ECG.....	- 58 -
3.5.13 Overige punten uit de interviews met zorgverleners	- 59 -
3.6 Evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting diëtisten	- 60 -
3.6.1 Voorbereiding en tijdsduur voedingsvoorlichting	- 60 -
3.6.2 Inhoudelijk.....	- 60 -
3.6.3 Materiaalgebruik	- 61 -
3.6.4 Positieve punten van de voedingsvoorlichting.....	- 61 -
3.6.5 Verbeterpunten.....	- 61 -
4 Conclusie	- 63 -
4.1 Motivatie.....	- 63 -
4.2 Vorm en inhoud van de BeweegKuur.....	- 63 -
4.3 Voedingsprogramma	- 65 -
4.4 Taken zorgverleners	- 67 -
4.5 Verschillen tussen de BeweegKuur diabeten en overgewicht en obesitas	- 67 -
Referenties	- 69 -
Bijlage 1 Algemeen stroomdiagram BeweegKuur.....	- 73 -
Bijlage 2 Vragenlijst deelnemers.....	- 75 -
Bijlage 3 Evaluatievragenlijsten na afloop van voedingsvoorlichting	- 85 -
Bijlage 4 Resultaten registratieformulieren deelnemers.....	- 87 -
Bijlage 5 Resultaten vragenlijst deelnemers.....	- 91 -
Bijlage 6 Resultaten evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting deelnemers.....	- 97 -

Samenvatting

In 2008 werd er onder zorgverleners en deelnemers een onderzoek uitgevoerd naar de bruikbaarheid, waardering en gepercipieerde effectiviteit van de BeweegKuur. Dit onderzoek werd in 2009 voortgezet en toegespitst op volgehouden gedragsverandering. In 2009 werd de BeweegKuur doorontwikkeld voor overgewicht en obesitas. Het huidige onderzoek richtte zich op een evaluatie van deze doorontwikkeling van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas bij zowel zorgprofessionals als deelnemers. Voor dit onderzoek werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit interviews met zorgverleners van vijf pilotlocaties en focusgroepen met diëtisten en deelnemers van dezelfde locaties. Het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek werd uitgevoerd door middel van een vragenlijst voor deelnemers en een evaluatievragenlijst na afloop van voedingsvoorlichtingen voor zowel deelnemers als diëtisten. Tot slot werden de registratieformulieren, welke de leefstijladviseurs voor elke deelnemer hadden bijgehouden, opgevraagd en geanalyseerd.

Deelnemers bleken gemotiveerd om meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten. De belangrijkste redenen voor deelnemers om te besluiten deel te nemen aan de BeweegKuur waren het verbeteren van de conditie, gevolgd door afvallen en de motivatie door de huisarts. Deelnemers zagen de huisarts als een belangrijke motivator bij het besluit om deel te nemen. Uit de interviews met de zorgverleners werd duidelijk dat, mede door de hoge tijdsdruk in de pilot periode, niet alle deelnemers naar de huisarts waren geweest. Zorgverleners vonden dit niet altijd noodzakelijk al gaven zij wel aan dat het belangrijk is dat de huisarts betrokken is bij de BeweegKuur en dat er een terugkoppeling over deelnemers plaats moet vinden met de huisarts. De korte inclusietijd bleek ook nadelige gevolgen te hebben voor het aantal deelnemers dat weigerde deel te nemen of eerder uitstroomde uit de BeweegKuur. Zorgverleners hadden te weinig tijd om deelnemers goed te motiveren en te informeren over het programma. Daarnaast leek de doorverwijzing naar de BeweegKuur voor mensen met overgewicht of obesitas onverwachter te komen dan voor diabetespatiënten. Deze problemen zouden voor een groot deel worden ondervangen bij een natuurlijke instroom. De vragenlijst beweeggedrag in het registratieformulier bleek een onjuiste berekening te hanteren waardoor het beweeggedrag van deelnemers werd overschat. Deze vragenlijst bleek door leefstijladviseurs niet te worden gebruikt als inclusie criterium. Deelnemers hadden soms ook een BMI hoger dan 35 en zorgverleners zagen geen problemen voor deze deelnemers om toch in te stromen in de BeweegKuur.

In de doorontwikkelde BeweegKuur had voeding een belangrijkere rol dan in de eerste prototypes van de BeweegKuur. Het merendeel van de deelnemers werd inderdaad doorverwezen naar een diëtist voor eventueel individuele consulten en groepsvoorlichtingen over voeding. Zorgverleners waren van mening dat een combinatie tussen individuele consulten en voedingsvoorlichtingen goed zou zijn. Het eigen risico bij de zorgverzekering was voor een aantal deelnemers een belemmering om voor een individueel consult naar de diëtist te gaan. De voedingsvoorlichtingen werden positief beoordeeld door de deelnemers. Belemmerende factoren voor deelname aan deze voorlichtingen waren het vroege tijdstip, de tijdsduur en het feit dat het een groepsproces betrof, wat niet voor alle deelnemers een werkbaar vorm is. Deelnemers waardeerden in de voedingsvoorlichting de afwisseling tussen educatie en praktijklessen zoals een kookworkshop. De diëtisten misten een aangepaste toolkit behorend bij de aangepaste BeweegKuur voor overgewicht en obesitas met specifieke informatie over de relatie tussen meer bewegen en voeding. Daarnaast bleek dat het indelen in groepen lastig werd gevonden.

De doorontwikkelde BeweegKuur voor overgewicht en obesitas bleek voor zorgverleners niet heel veel te zijn veranderd ten opzichte van de diabetesdoelgroep. Voeding nam een belangrijkere rol in dan voorheen, vooral voor de diëtist die deelnemers intensiever begeleidde. Zorgverleners zagen toch verschillen in de motivatie tussen beide doelgroepen; diabetespatiënten besloten veelal mee te doen aan de BeweegKuur vanwege de gezondheid en overgewicht en obesitas deelnemers vooral om af te vallen. Overgewicht en obesitas deelnemers waren vaak jonger en hadden al meer pogingen ondernomen om af te vallen en zij waren minder gewend om over leefstijl te spreken, vergeleken met diabetespatiënten. Voor overgewicht en obesitas deelnemers zal de follow-up na een jaar bij de huisarts ook niet altijd gewaarborgd zijn zoals dat bij diabetespatiënten wel is.

Aanbevelingen

Op basis van het huidige onderzoek worden enkele aanbevelingen gemaakt voor verdere implementatie van de doorontwikkelde BeweegKuur voor overgewicht en obesitas.

- o De voedingsvoorlichtingen moeten nader bekeken worden. Zowel het aantal groepen (B en C) en de inclusiecriteria hiervan moeten verder worden uitgewerkt. Op dit moment zijn de inclusiecriteria niet toereikend voor zowel de diëtist als de leefstijladviseur. Ook wordt er aanbevolen om de leefstijladviseur de eerste keer aanwezig te laten zijn bij een voorlichting. Eveneens dient een richtlijn te worden geformuleerd over de tijdsduur van de voedingsvoorlichting, het aantal voedingsvoorlichtingen en het tijdspad waarin de voedingsvoorlichting gegeven wordt.
- o De maximale BMI als exclusie criterium moet nader worden bekeken en de eventuele begeleiding van deze deelnemers door een psycholoog. Zorgverleners gaven aan dat deelnemers met een BMI hoger dan 35 ook in de BeweegKuur mee kunnen doen. De zorgverleners dachten zelf ook goed in te kunnen schatten of deelnemers met een BMI hoger dan 35 mee kunnen doen. Wanneer deelnemers instromen met een BMI boven de 35, kan het nuttig zijn de deelnemer naast de BeweegKuur intensievere psychologische ondersteuning te bieden.
- o Leeftijdsgrens. Momenteel doen er 80+ deelnemers mee. Deze mensen vinden het erg leuk en komen naar alle bijeenkomsten, maar de vraag reist bij welke maximale leeftijd de interventie kosteneffectief is. Dit punt zou meegenomen kunnen worden in de binnenkort op te starten kosteneffectiviteitsstudie naar pakket 3.
- o Natuurlijke instroom. Een relevante vraag die op lijkt te komen tijdens de eerste ervaringen met overgewicht en obesitas is: Hoe verloopt het programma bij de diëtist en de fysiotherapeut wanneer er een natuurlijke instroom is? Stromen dan voldoende mensen in om groepen te laten draaien? In het prototype zou moeten worden beschreven hoe moet worden omgegaan met natuurlijke (trage) instroom.
- o NISB moet overwegen om een voorbeeld contract te maken dat, wanneer daar bij de locaties behoefte aan is, gebruikt kan worden. Deelnemers zouden dit kunnen ondertekenen zodat het programma niet te vrijblijvend blijft.

- NISB moet criteria opstellen over wanneer een deelnemer doorverwezen dient te worden voor een inspannings-ECG. Ook dienen er extra criteria opgesteld te worden voor de leefstijladviseur om de deelnemers in groepen in te delen nu het inspannings-ECG niet meer verplicht is.
- Steep ramp test bij allochtone deelnemers. Aangezien een aanzienlijke groep allochtonen niet kan fietsen, kan de steep ramp test niet worden gebruikt bij deze deelnemers. Op één locatie werd daarom de wandeltest gebruikt. Na een paar weken oefenen lukte het fietsen wel en kon de steep ramp test worden gebruikt. Er moet gekeken worden of deze test de beste methode voor de BeweegKuur is of dat er andere testen gebruikt moeten worden. Ook in het kosteneffectiviteit onderzoek dient rekening te worden gehouden met allochtone deelnemers als het gaat om het gebruik van fietsergometertesten.
- Sommige leefstijladviseurs hadden het idee dat ze deelnemers in het zelfstandige programma weinig konden bieden. Een oplossing hiervoor is om alle deelnemers bij aanvang van de BeweegKuur een korte conditietest te laten doen bij de fysiotherapeut. De leefstijladviseur kan hier dan de verdere training op baseren. Ook kan er na een aantal maanden of een jaar nog een test gedaan worden, waardoor de deelnemer een eventuele verandering kan waarnemen.
- NISB zou een informatiefolder of A4 voor de deelnemers moeten ontwikkelen waarin het programma en de doelen van het programma duidelijk uitgelegd worden. De huisarts, POH of leefstijladviseur kan dit aan de deelnemers meegeven. Dit zou de zorgverleners een goed aanknopingspunt verschaffen voor de introductie van de interventie en voor de deelnemers is het prettig om dit thuis op het gemak door te lezen.
- Materialen moeten ook voor allochtonen die geen Nederlands spreken beschikbaar worden gemaakt in een andere taal.
- Aanpassen prototype en handleidingen naar overgewicht en obesitas. Op veel locaties handelden de zorgverleners verschillend. Op sommige locaties bewogen de deelnemers drie keer per week bij de fysiotherapeut, op andere locaties maar twee keer per week. Het zou goed zijn om op alle locaties het prototype nogmaals door te spreken zodat uniformiteit bestaat tussen de locaties en te monitoren op welke manier de locatie de BeweegKuur uitvoert.

- Toolkit voor diëtisten moet worden aangepast aan overgewicht en obesitas. Daarnaast zou het goed zijn om informatie over de combinatie tussen meer bewegen en voeding hierin op te nemen.
- Het merendeel van de materialen werd door de leefstijladviseurs gebruikt. Alleen van de BeweegScore lijst zagen de leefstijladviseurs geen meerwaarde en deze werd niet altijd gebruikt. Verder vonden de leefstijladviseurs de ICF-BeweegKuur erg nuttig, alleen bleek deze in het begin complex in het gebruik. Belangrijk voor een goed gebruik van de ICF is om de leefstijladviseur te trainen in het gebruik hiervan.
- De vragenlijst Beweeggedrag in het registratieformulier bevatte een foutieve rekenformule, waardoor het beweeggedrag van de deelnemers overschat werd. Deze deelnemers werden wel geïncludeerd, wat er op wijst dat de leefstijladviseurs geen gebruik maakten van de uitkomst van deze vragenlijst met betrekking tot de inclusie. NISB moet bekijken of de vragenlijst Beweeggedrag een goed middel is om het beweeggedrag van deelnemers te bepalen en of leefstijladviseurs dit ook gebruiken om een inschatting te maken voor inclusie. Als de vragenlijst beweeggedrag in de BeweegKuur blijft dient NISB een andere rekenformule in het registratieformulier te verwerken.
- Het merendeel van de zorgverleners gaf aan dat zij behoefte hadden aan een opfriscursus motivational interviewing. Het is belangrijk dat bekeken wordt op welke manier motivational interviewing voor zorgverleners herhaald kan worden.
- De tijdsinvestering van de zorgverleners moet nogmaals bekeken worden. Als de zorgverlener (en dan vooral de leefstijladviseur) de taken goed uit wil voeren, is de tijd die hiervoor begroot is niet voldoende. De projectkosten die nu voor de locaties begroot waren, waren niet toereikend.
- Voor een aantal deelnemers was het eigen risico van de zorgverzekering een belemmering om individueel naar de diëtist te gaan. De diëtisten gaven aan dat een combinatie tussen individuele - en voedingsvoorlichting het beste zou zijn. Om deelnemers die het eigen risico niet willen betalen, niet te benadelen, moet NISB nadenken over een oplossing hiervoor.
- Duidelijkheid naar locaties toe. Het is belangrijk dat de locaties op tijd op de hoogte worden gesteld van onderzoeken. Locaties hadden nu vaak last van tijdsdruk en als ze beter zijn voorbereid kan de tijdsdruk mogelijk worden verlaagd.

1 Introductie

Met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is de gecombineerde leefstijlinterventie, genaamd "BeweegKuur", ontwikkeld door Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) (1). De BeweegKuur is een 'tailored' gecombineerde leefstijlinterventie welke focust op het veranderen van fysieke activiteit en eetgedrag vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg. In de periode 2008-2009 is de nadruk van de BeweegKuur gelegd op de preventie en behandeling van diabetes mellitus type 2. Vanaf 2009 is de BeweegKuur doorontwikkeld voor patiënten met overgewicht en obesitas. In samenwerking met ResCon voert de Universiteit Maastricht, in opdracht van NISB, een aantal (proces)evaluaties uit. Deze deelstudies zijn erop gericht te onderzoeken hoe en onder welke voorwaarden de BeweegKuur optimaal geïmplementeerd kan worden. Het huidige rapport beschrijft de studie naar de implementatie van de doorontwikkelde BeweegKuur voor de doelgroep van patiënten met overgewicht en obesitas. In de inleiding zal achtergrondinformatie worden gegeven over overgewicht en obesitas. Daarnaast wordt het nut en de effectiviteit besproken van preventie gericht op overgewicht en obesitas. Tot slot wordt bekeken wat de voor- en nadelen zijn van een gecombineerde leefstijlinterventie vanuit de huisartsenpraktijk. Hierbij zullen voorbeelden worden gegeven van dit soort interventies die in Nederland zijn ontplooid en wat de bevindingen zijn van deze interventies.

1.1 Achtergrondinformatie

Obesitas is een chronische ziekte waarbij een overmatige vetstapeling in het lichaam gezondheidsrisico's met zich meebrengt (2). In Westerse landen stijgt het aantal mensen met overgewicht of obesitas (3). Zo ook in Nederland, waar de prevalentie van obesitas bijna is verdubbeld in het laatste kwart van de vorige eeuw (4). In 2007 had ongeveer de helft van alle Nederlandse volwassenen overgewicht: 51% van de mannen en 40% van de vrouwen van twintig jaar en ouder had een Body Mass Index (BMI) hoger dan 25 kg/m². Ernstig overgewicht of obesitas, waarbij sprake is van een BMI hoger dan 30, komt voor bij 10% van de mannen en 12% van de vrouwen (5). Wanneer de trend ten aanzien van de prevalentie van obesitas zich op dezelfde manier voortzet, zal het percentage volwassenen met obesitas de komende 20 jaar met de helft toenemen (5). De prevalentie overgewicht is, vergeleken met autochtonen, hoger onder (niet-westerse) allochtonen. Obesitas komt meer voor bij mensen met een lager opleidingsniveau dan bij mensen met een hoger opleidingsniveau (5). De Gezondheidsraad onderscheidt diverse risicogroepen voor overgewicht en obesitas: lage sociaal economische status (SES), allochtonen, chronische zieken en gehandicapten, mensen die stoppen met roken,

kinderen met een hoog geboortegewicht of laag geboortegewicht dat wordt gevolgd door een sterke inhaalgroei en tot slot kinderen van ouders met overgewicht of obesitas (6).

Overgewicht of obesitas ontstaat door het niet in evenwicht zijn van de energie-inname en het energiegebruik. Energiegebruik uit zich in werkgerelateerd beweeggedrag, sporten, wandelen en andere lichamelijke activiteiten, terwijl energie-inname gebeurt via de voeding. Gewichtstoename ontstaat door een langdurige, veelal subtiele, onevenwichtigheid in de energiebalans. Hierbij is de energie-inname verhoogd, het energiegebruik verlaagd of is dit een combinatie van beiden. Verschillende factoren beïnvloeden de energiebalans zoals genetische, biologische, psychosociale en omgevingsfactoren. De precieze invloed van genetische factoren op het ontstaan van overgewicht en obesitas is niet duidelijk. Duidelijk is echter wel dat de genetische bouw, distributie van lichaamsvet, activiteit van het basaal rust metabolisme, mate van fysieke activiteit, voedselvoorkeuren, lichamelijke reactie op overeten en de regulatie van honger- en verzadigingsgevoel een rol spelen in de ontwikkeling van overgewicht. Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat Nederlanders onvoldoende bewegen. In 2009 voldeed 56% van de volwassenen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, welke een half uur matig intensieve activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week aanbeveelt. Omgevingsfactoren zijn cruciale determinanten van voeding- en beweeggedrag. Tegenwoordig leven wij in een obesogene omgeving welke verwijst naar een omgeving waarin het individuen gemakkelijk wordt gemaakt veel te eten en inactief te zijn (7).

Overgewicht en obesitas verhogen het risico op de ontwikkeling van verschillende chronische ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten, verschillende soorten kanker, een hoge bloeddruk, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en het slaapapneusyndroom (8, 9). Overgewicht, inactiviteit en overmatig eten spelen, naast erfelijkheid, een belangrijke rol in het ontstaan van diabetes (10). Een gezonde leefstijl met gezonde voeding en voldoende lichamelijke activiteit hebben, naast het feit dat dit invloed heeft via de energiebalans, een direct positieve invloed op het voorkomen van hart- en vaatziekten en diabetes (7). Uit onderzoek van de World Health Organization blijkt dat ongeveer 58% van de diabeten, 21% van de coronaire hartziekten en 8-42% van bepaalde soorten kanker zijn toe te schrijven aan een BMI hoger dan 21 kg/m² (8). Ongeveer 20% van alle mensen die hart- en vaatziekten krijgen, krijgen deze ziekten doordat ze overgewicht hebben. Overgewicht en obesitas kunnen ook leiden tot psychosociale problemen zoals verminderde kwaliteit van leven, depressie en angst- of eetstoornissen.

Naast deze lichamelijke en psychosociale problemen hebben mensen met overgewicht te kampen met sociale vooroordelen, stigmatisering en discriminatie van niet alleen de algemene bevolking maar ook van zorgverleners (8). Mensen met

overgewicht en obesitas zijn daardoor terughoudend in het zoeken van medische hulp. Discriminatie en stigmatisering uiten zich onder andere in hogere premies voor mensen met overgewicht, het bemoeilijken van sociale contacten, een lagere zelfwaardering, een minderwaardigheidscomplex of sociale isolatie (2).

1.2 Preventie van overgewicht en obesitas

Het ministerie van VWS heeft het streven om preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorgverlening te laten worden. Preventie van overgewicht en obesitas is daarom één van de speerpunten van het huidige beleid.

Aangezien overgewicht en obesitas wordt veroorzaakt door een verstoorde energiebalans zal preventie zich moeten richten op het herstellen van deze balans tussen voeding en bewegen (5). In het Nederlands Researchprogramma Gewichtsbeheersing (NHS-NRG) zijn door een multidisciplinair onderzoeksteam richtlijnen opgesteld voor preventie van gewichtsstijging (7). Hieruit blijkt dat, naast het feit dat preventie zich moet richten op zowel gezonde voeding als voldoende bewegen, het belangrijk is om kleine gedragsveranderingen te realiseren bij preventie. Kleine veranderingen in het gedrag of de leefstijl zijn beter vol te houden in het dagelijkse leefpatroon en zijn daarom uiteindelijk effectiever. Een hulpmiddel hierbij is het stellen van realistische doelen zoals kleine veranderingen die routinematig kunnen worden uitgevoerd. Een ander streven van preventie moet zijn dat mensen zich bewust worden van gewichtsstijging aangezien dit vaak geleidelijk verloopt en mensen zich niet bewust zijn van hun eigen voeding- en beweeggedrag. Het geven van advies op maat is eveneens belangrijk zodat mensen zelf de keuze van de gedragsverandering kunnen bepalen. Daarnaast is het belangrijk om de obesogene omgeving waarin mensen leven te veranderen. Een gezonde leefstijl zal makkelijker worden wanneer de omgeving gezonde keuzes bevordert (7).

1.2.1 Empirie gecombineerde leefstijlinterventies

Met gecombineerde leefstijlinterventies worden interventies bedoeld die zowel lichamelijke activiteit als een gezonde voeding bevorderen. Om de prevalentie van diabetes terug te dringen zijn verschillende gecombineerde leefstijlinterventies ontwikkeld: de SLIM studie (11, 12), de Finish Diabetes Prevention Study (DPS) (13) en de Diabetes Prevention Program (DPP) (14). Deze interventies waren primair gericht op het terugdringen van de incidentie van diabetes bij mensen met overgewicht of prediabetes. Dit gebeurde door middel van individuele begeleiding en advies op maat gericht op zowel gezonde voeding als het bevorderen van lichamelijke activiteit.

De SLIM-studie had tot resultaat dat mensen in de interventiegroep significant meer afvielen dan de controlegroep. Ook de bloedglucosespiegel daalde in de interventiegroep terwijl deze in de controlegroep was gestegen (12). De lange termijn

effecten van deze studie zijn eveneens veelbelovend: na drie jaar was de interventiegroep lichamelijk fitter en was het gemiddelde gewicht gedaald ten opzichte van het begin, terwijl bij de controle groep het gewicht ongeveer gelijk was gebleven. Na zes jaar was er een verbetering van de glucose tolerantie en een 30% vermindering in diabetesincidentie (12). Uit de resultaten van de DPS en DPP blijkt eveneens de effectiviteit: de incidentie van diabetes werd in beide studies met 58% verlaagd vergeleken met een controlegroep (13, 14).

Gecombineerde leefstijlinterventies lijken het meest optimaal ter preventie van gewichtsstijging en leefstijlgerelateerde ziekten (15). Zo is gebleken dat effectieve preventie van overgewicht en obesitas bij volwassenen zich moet richten op zowel dieet-, beweeg- als gedragsstrategieën. Een combinatie van interventiemogelijkheden is effectiever ten aanzien van gewichtsbeheersing en eventuele co-morbiditeit dan andere interventies (16). De effectiviteit van motivationele interventies wordt vergroot wanneer ook omgevingsdeterminanten worden meegenomen in de interventie (17).

1.2.2 Empirie van leefstijlinterventies binnen de huisartsenpraktijk

Het betrekken van professionals uit de eerstelijnsgezondheidszorg blijkt nuttig te zijn bij preventie van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Deze professionals moeten in dat geval intensieve ondersteuning bieden bij het aanpassen van de leefstijl, dus zowel het voeding- als beweeggedrag (17). In verschillende landen zijn dan ook leefstijlinterventies vanuit de huisartsenpraktijk opgezet. In deze leefstijlinterventie worden deelnemers veelal door de huisarts doorverwezen naar een programma op maat ('tailoring'), om zo een gezonde leefstijl te bevorderen (18-24). In deze studies wordt zoal gebruik gemaakt van risico communicatie, motivational interviewing en het goed informeren van patiënten over verschillende mogelijkheden om hun leefstijl aan te passen. Dit stelt patiënten in staat om een beslissing te maken op basis van voldoende motivatie en informatie over de interventie (19).

De GOAL-interventie, welke in Finland werd ontwikkeld had patiënten met een minimaal tot gemiddeld risico voor het ontwikkelen diabetes als doelgroep. Deelnemers werden geworven via de huisartsenpraktijk. De interventie bestond uit zes sessies van 90 minuten over een periode van acht maanden, verzorgd door verpleegkundigen, diëtisten en fysiotherapeuten. De sessies waren taak georiënteerd en het stellen van doelen werd tijdens deze sessies toegepast (18, 23). De interventie leidde tot gewichtsverlies en een daling in de BMI welke na drie jaar nog steeds werd gemeten. Deze interventie werd eveneens geïmplementeerd in Australië en beide effectstudies laten positieve resultaten zien waaruit blijkt dat groepscoaching voor leefstijlinterventies effectief kan zijn (18, 25).

De bestaande studies laten zien dat het bevorderen van een gezonde leefstijl via de huisarts haalbaar is, al is het effect op het verhogen van de lichamelijke activiteit bij inactieve individuen klein (24). De resultaten van een leefstijlinterventie zijn onder andere afhankelijk van de intrinsieke motivatie, de eigen-effectiviteit en een actieve rol van de deelnemer (26-28). Daarnaast blijkt dat patiënten eerder deelnemen aan een interventie wanneer de huisarts hen aanmoedigt en hen een gevoel van autonomie geeft (29). De huisarts zou daarom een goed startpunt zijn voor een leefstijlinterventie. Een huisarts ziet zijn patiënten regelmatig en is daardoor op de hoogte van het sociale milieu van deze patiënt (30). Ook kan een huisarts in verschillende consulten terugkomen op de leefstijl en heeft daardoor voldoende tijd om patiënt intrinsiek te motiveren en te zorgen voor een actieve houding welke van belang is bij de deelname aan een leefstijlinterventie. Uit een onderzoek van Swinburn en collega's (22) is echter gebleken dat de tijdsdruk een obstakel is voor huisartsen bij het doorverwijzen van patiënten naar een leefstijlinterventie. Goede training en materialen zouden hierbij nodig zijn om de tijdsinvestering te verlagen. Daarnaast blijkt uit een andere studie dat huisartsen de tijd moeten nemen om deelnemers te overtuigen van het feit dat de interventie goed en veilig is. Daarnaast blijken huisartsen behoefte te hebben aan hulp tijdens de implementatie vanuit de ontwikkelaars van het programma (28).

Tot slot zijn er nog enkele barrières waar rekening mee dient te worden gehouden, blijkt uit een review over "bewegen op recept" (24). Zo zijn een goede tijdsplanning en gunstige openingstijden voor de beweegactiviteiten van belang voor deelnemers. Daarnaast moet de begeleiding tijdens de interventie adequaat zijn en kan een intimiderende sportomgeving een negatieve invloed hebben op deelname aan een leefstijlinterventie. Sociale steun is eveneens van belang bij de beslissing om deel te nemen aan een interventie. Praet en collega's (31) kwamen tot de conclusie dat veel patiënten vroegtijdig uitvallen vanwege het feit dat de intensiteit van het programma niet aansluit bij de capaciteiten of fysieke mogelijkheden van de patiënt.

1.3 Opzet van de interventie De BeweegKuur

In 2008 is door NISB stapsgewijs de BeweegKuur ontwikkeld op basis van literatuur, ervaring met reeds bestaande projecten en gesprekken met expertpanels en de doelgroep. Het doel van de BeweegKuur is om personen (met een hoog risico op) diabetes vanuit de eerste lijn te begeleiden naar een actievere leefstijl. Naar aanleiding van het CVZ-advies aan het ministerie van VWS is eind 2008 besloten om de BeweegKuur door te ontwikkelen voor mensen met overgewicht en obesitas. Het doorontwikkelde prototype van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas is vanaf oktober 2009 in vijf regio's ingevoerd. Dit zijn:

1. Huisartsenpraktijk Baron van Bentincklaan in samenwerking met fysiotherapeutisch centrum Ommen "de Carrousel" te Ommen.
2. Het Huisartsenteam de Keen in samenwerking met fysiotherapiepraktijk van Hoogstraten / JoFib en thuiszorg Thebe Mark en Maasmond, afdeling diëtik te Etten-Leur.
3. Gezondheidscentrum Veldpoort in samenwerking met Livio te Enschede.
4. Huisartsenpraktijk Mozaïek in samenwerking met Fysiotherapiepraktijk Strevelsweg en MoveDis voedings- en bewegingspraktijk te Rotterdam.
5. De Nije Veste in samenwerking met di-eetgezond te Nijkerk.

In bijlage 1 is een algemeen stroomdiagram van de BeweegKuur weergegeven. Het traject van de BeweegKuur is als volgt. De huisarts signaleert, motiveert en verwijst deelnemers met overgewicht of obesitas door naar de leefstijladviseur. De BeweegKuur is bedoeld voor mensen met een (hoog) gezondheidsrisico. Hierbij beperkt de BeweegKuur zich tot mensen met:

1. Mensen met diabetes type 2.
2. Impaired Fasting Glucose (IFG): een nuchtere glucose waarde (in capillair volbloed) hoger of gelijk aan 5.6 maar lager dan of gelijk aan 6 mmol/l ($\geq 5.6 - < 6$). Of een nuchter plasma glucose hoger of gelijk aan 6.1 mmol/l en lager dan 6.9 mmol/l ($\geq 6.1 - < 6.9$).
3. Mensen met een BMI tussen de 25-30 in combinatie met een grote buikomvang en/of in combinatie met comorbiditeit.
4. Mensen met een BMI tussen 30-35 zonder co-morbiditeit ongeacht de buikomvang.

Verder moeten alle deelnemers gemotiveerd zijn voor gedragsverandering en moet er sprake zijn van een inactieve leefstijl. Dit houdt in dat de deelnemer niet voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, waarin men een half uur matig intensief actief is op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

Er zijn ook enkele exclusie criteria voor de BeweegKuur. Mensen met diabetes type 2 met drie of meer diabetes complicaties die het normaal functioneren beperken (zoals hart- en vaatziekten, nefropathie, retinopathie, neuropathie, diabetische ulcus), mensen met diabetes type 2 met ernstige polyfarmacie (>5 therapeutische klassen), diabetes type 2 met hypertensie graad 3 (RR $> 180/110$ mmHG), ernstige inspanningsbeperking ($<70\%$ van de verwachte inspanningscapaciteit) en beperkingen die deelname aan de BeweegKuur onmogelijk maken op inschatting van de huisarts (zoals lichamelijke of psychische beperkingen). De mensen die op basis van de criteria

geëxcludeerd worden van de BeweegKuur kunnen eventueel later na behandeling van de contra-indicatie alsnog instromen in de BeweegKuur (32).

De leefstijladviseur coacht, begeleidt en motiveert de deelnemer de rest van het traject en bepaalt welk beweegprogramma het beste bij de deelnemer past. Het vaststellen van het soort beweegprogramma waaraan de deelnemer mee gaat doen, gebeurt op basis van vier criteria. De eerste is de aanwezigheid van een startdrempel voor bewegen. De tweede is de aanwezigheid van inspanningsbeperkingen volgens Inspannings-ECG. Het volgende punt is de aanwezigheid van nevenpathologie en als laatste criterium de aanwezigheid van bewegingsgerelateerde klachten. Als geen van de criteria van toepassing is, begint de deelnemer in het zelfstandige beweegprogramma. In het opstartprogramma wordt begonnen wanneer er sprake is van een startdrempel en/of een inspanningsbeperking boven 90 en kleiner dan 100% van de verwachte inspanningscapaciteit. In het begeleid beweegprogramma start een deelnemer wanneer er sprake is van een inspanningsbeperking kleiner dan 90% van de verwachte inspanningscapaciteit en/of nevenpathologie en/of bewegingsgerelateerde klachten (32).

De deelnemers die in het reguliere aanbod instromen, zelfstandig bewegen of bewegen bij een beweegaanbieder in de wijk (zelfstandig beweegprogramma), worden tijdens het traject door de leefstijladviseur begeleid. Samen met de leefstijladviseur wordt er een beweegactiviteit gezocht die past bij de deelnemer. Op basis van het calorieverbruik van de deelnemer stelt de leefstijladviseur een beweegplan op. De deelnemer komt regelmatig terug bij de leefstijladviseur om zijn beweeg- en voedingsgedrag te bespreken. Bij de overige twee programma's worden de deelnemers doorgestuurd naar de fysiotherapeut. In het opstartprogramma bewegen de deelnemers een maand onder begeleiding van de fysiotherapeut. De fysiotherapeut maakt een beweegplan en helpt de deelnemer, samen met de leefstijladviseur, te zoeken naar een beweegaanbod dat bij deze persoon past. Zowel de leefstijladviseur als de fysiotherapeut ziet de deelnemers uit deze setting terug voor follow-up consulten. In het begeleide beweegprogramma bewegen de deelnemers in groepsverband drie maal per week gedurende vier weken. Na deze vier weken wordt de training teruggebracht naar 2 keer per week. Na drie maanden moet de deelnemer op een niveau zijn waar hij/zij uit kan stromen naar het lokale beweegaanbod. Tijdens deze bijeenkomsten bij de fysiotherapeut ligt het accent op kracht, duur en intervaltraining. Een cursus motiverende gespreksvoering (33) is aan (bijna) alle leefstijladviseurs en fysiotherapeuten gegeven en is integraal onderdeel van de deskundigheidsbevordering van de professionals die betrokken zijn bij de implementatie van de BeweegKuur. Uiteindelijk is de bedoeling van de BeweegKuur dat alle deelnemers in het reguliere beweegaanbod terecht komen (1, 32)

Naast het beweegaanbod worden alle deelnemers doorverwezen naar een groepsvoorlichting over voeding. Het doel van die voedingsvoorlichting is het aannemen van een verantwoord en gezond voedingspatroon. Specifiek voor mensen met overgewicht of obesitas wordt het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet nagestreefd, dat leidt tot verbetering van het eetgedrag. De begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist. De leefstijladviseur verleent follow-up op de adviezen van de diëtist. Bij het voedingsprogramma is onderscheid te maken tussen een B en een C groep. De B groep is gericht op mensen met overgewicht of obesitas voor wie relatief weinig hulp bij voeding geïndiceerd is en het gaat vooral om kennisvermeerdering, het verbeteren van vaardigheden en het leren omgaan met hoogrisico situaties. De groep bestaat uit minimaal 10 en maximaal 15 personen. De C groep is gericht op mensen met overgewicht of obesitas voor wie relatief veel hulp bij voeding geïndiceerd is. In de C groep ligt de nadruk op de controle eetgedrag en drang om te eten, het lotgenoten contact en in beperkte mate om kennisvermeerdering. Deze groep bestaat uit minimaal 6 en maximaal 8 mensen. Ook is er nog een A groep, maar deze is in dit onderzoek niet meegenomen. Deze groep is specifiek gericht op mensen met diabetes en een gestoord nuchtere glucose. Hier gaat het om kennisvermeerdering met aandacht voor diabetes in relatie tot voeding en bewegen, het verbeteren van vaardigheden en omgaan met hoogrisico situaties. De leefstijladviseur maakt tijdens de intake een inschatting naar welk voedingsprogramma de deelnemer doorverwezen wordt. De diëtist kijkt of deze indeling wenselijk is. Indien er een verschil bestaat tussen de inschatting van de leefstijladviseur en diëtist, wordt dit opnieuw bekeken door de zorgprofessionals en de deelnemer wordt doorverwezen naar de best passende voedingsvoorlichting.

De criteria voor het indelen in de voedingsvoorlichting is als volgt. Het eerste criterium is diabetes of gestoord nuchtere glucose. Het volgende criteria is co-morbiditeit. Onder co-morbiditeit worden ziektes en aandoeningen verstaan die ontstaan ten gevolge van jarenlang overgewicht of obesitas. Het derde criterium is dieetgeschiedenis. Indien de deelnemer voldoet aan één van de drie criteria moet er doorverwezen worden naar de diëtist voor een individueel consult. Daarin wordt een individueel behandelplan opgesteld. De deelnemer stroomt dan in programma C in. De leefstijladviseur geeft de deelnemer een eetdagboek mee die de deelnemer invult en meeneemt naar het consult met de diëtist. Als geen van de criteria van toepassing zijn, stromen de deelnemers in groep B in. Hier is een individueel consult niet verplicht. De individuele consulten worden niet uit de BeweegKuur gelden betaald, maar vanuit de reguliere zorgvergoedingen. De voedingsvoorlichting bestaat uit acht bijeenkomsten (32).

De leefstijladviseur binnen de BeweegKuur is in de meeste gevallen een praktijkondersteuner. In twee pilotregio's was dit echter niet het geval. In zowel Nijkerk

als Ommen wordt de rol van leefstijladviseur vervuld door een fysiotherapeut. In Rotterdam is één van de drie leefstijladviseurs een diëtist. In deze regio's is een extra stap aan het prototype toegevoegd. De deelnemer gaat eerst naar de praktijkondersteuner, die de motivatie van de patiënt peilt en het cardiovasculaire risicoprofiel in kaart brengt. Vervolgens wordt de deelnemer doorverwezen naar de leefstijladviseur. De deelnemers gaan niet in alle gevallen langs de huisarts.

1.4 Het huidige onderzoek

In oktober 2009 is het doorontwikkelde prototype voor overgewicht en obesitas in vijf regio's ingevoerd. De huidige pilotstudie volgde de implementatie van de BeweegKuur in deze vijf pilot regio's. Het doel van dit onderzoek is de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas te testen op de bruikbaarheid, waardering van zowel de zorgverleners als de deelnemers en de gepercipieerde effectiviteit. Voor het theoretisch kader van dit onderzoek verwijzen we u naar Helmink en collega's (34). Dit kader is gebaseerd op de Theory of Planned Behaviour (35), Social Cognitive Theory (36) en de implementatie theorieën van Rogers, Grol en Wensing, Paulussen en collega's (37-40). Het onderzoek heeft zowel een kwalitatief als kwantitatief karakter. Naast de evaluatie van de doorontwikkelde BeweegKuur worden in een apart rapport de resultaten van een evaluatie met alle ROS-adviseurs betrokken bij de implementatie van de BeweegKuur gerapporteerd.

1.5 Vraagstellingen onderzoek

1. Wat vinden deelnemers en verschillende professionals dat er nodig is aan:
 - nieuwe materialen?
 - aanpassing van bestaande BeweegKuur materialen?
2. Hoe werkt het prototype BeweegKuur overgewicht in de praktijk? En wat moet volgens verschillende professionals worden aangepast?
3. Wat zijn voor de verschillende zorgprofessionals de ervaren belemmerende en bevorderende factoren bij de invoer van de BeweegKuur overgewicht?

2 Methode

Voor het onderzoek naar de implementatie van de doorontwikkelde BeweegKuur werd gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. In dit hoofdstuk zal eerst het registratieformulier van de deelnemers worden besproken, gevolgd door de vragenlijst voor deelnemers en een beschrijving van de evaluatievragenlijsten over de voedingsvoorlichting. Vervolgens wordt er een beschrijving van de focusgroepen die met deelnemers zijn gehouden gegeven. Daarna volgt een beschrijving van de interviews met zorgverleners van de pilot-locaties en van een focusgroep met diëtisten. In tabel 1 staat weergegeven welke methoden in het huidige onderzoek zijn gebruikt bij de verschillende doelgroepen.

Tabel 1: Overzicht gebruikte onderzoeksmethoden

Deelnemers	Zorgprofessionals
Registratieformulieren over deelnemers, verkregen via de leefstijladviseurs	Interviews met verschillende zorgprofessionals
Vragenlijst deelnemers bij instroom in de BeweegKuur	Focusgroep met diëtisten van alle pilot-locaties
Evaluatievragenlijst na afloop van voedingsvoorlichtingen voor deelnemers	Evaluatievragenlijst voor diëtisten na afloop van voedingsvoorlichtingen
Focusgroep met deelnemers op drie verschillende pilot-locaties	

2.1 Registratieformulieren deelnemers

De verschillende leefstijladviseurs hielden voor alle deelnemers een registratieformulier bij. Hierin werden gegevens bijgehouden zoals demografische kenmerken van de deelnemer, data van de verschillende intake- en follow-up consulten, gewicht, lengte en BMI tijdens de verschillende consulten, nevenpathologie, resultaten van de inspannings-ECG, doelen van de desbetreffende deelnemer, het beweeggedrag en bijvoorbeeld ook de motivatiescore gedurende de BeweegKuur. Het beweeggedrag werd in het registratiesysteem van de leefstijladviseur onderverdeeld in licht/matig intensieve activiteiten (bv huishoudelijke activiteiten (zoals koken, afwassen, strijken); wandelen; zittende/staande activiteiten op het werk met af en toe lopen) en zwaar intensieve activiteiten (bv sporten zoals fitness; lopend werk of werk waarbij regelmatig zware lasten moeten worden gedragen). De gegevens van deze registratieformulieren werden gebruikt om de karakteristieken van de deelnemers te beschrijven.

De registratieformulieren werden begin mei 2010 opgevraagd bij de leefstijladviseurs van de verschillende pilot-locaties. Aangezien de datum van instroom van deelnemers verschilde, heeft niet elke deelnemer hetzelfde aantal consulten bij de leefstijladviseur gehad. Hierdoor verschilde het aantal meetmomenten in de registratieformulieren tussen de deelnemers.

2.2 Vragenlijst deelnemers

De deelnemers die zijn ingestroomd in de BeweegKuur ontvingen van de leefstijladviseur een vragenlijst na afloop van het intakegesprek. Tijdens de intake vulden de deelnemers een informed consent formulier in. Bij de vragenlijst zat een antwoordenvolop om de ingevulde vragenlijst gratis te retourneren naar de Universiteit Maastricht. Onder alle respondenten werden twee cadeaubonnen van €50 verloot. In totaal hadden 36 deelnemers de vragenlijst ingevuld. Bij het opzetten van de vragenlijst werd gebruik gemaakt van de theory of planned behaviour, social cognitive theory, en theorieën over implementatie van Rogers, Grol en Wensing en Paulussen en collega's (35-40) (zie Helmink en collega's (41)). De vragenlijst voor deelnemers is bijgevoegd in bijlage 2.

De vragenlijst startte met enkele vragen over demografische kenmerken zoals geboortedatum, geboorteland, opleidingsniveau, burgerlijke staat en werksituatie. Daarna kwamen vragen over de lengte en het gewicht. Middels de korte versie van de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (42) werd het beweeggedrag van de respondenten gemeten. De outliers bij het beweeggedrag werden gehercodeerd naar het 95^e percentiel. Dit hield in dat voor zowel zware als matige lichamelijke inspanning twee outliers werden gehercodeerd naar respectievelijk 2 en 4 uur per week.

De vragenlijst bevatte een aantal items om te achterhalen hoe respondenten hun eigen gezondheid en leefstijl op dit moment ervoeren. De respondent werd gevraagd een cijfer te geven voor de algemene gezondheid op een schaal van 0 (heel erg ongezond) tot 10 (heel erg gezond). Eveneens werd gevraagd hoe respondenten zich voelden ten opzichte van andere mensen met hetzelfde geslacht en leeftijd. Dit werd gemeten met drie stellingen op een schaal van 1 (heel erg ongezond / heel erg dik / helemaal niet actief) tot 5 (heel erg gezond / heel erg dun / heel erg actief). De eigen beoordeling van de leefstijl werd gemeten met twee stellingen: 'Ik heb het idee dat ik gezond eet / voldoende beweeg'. Deze vragen werden gesteld op een 5-puntsschaal van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5).

De attitude en verwachtingen van deelnemers ten opzichte van de BeweegKuur werden gemeten met behulp van 25 stellingen. Zo gingen enkele stellingen over het feit dat de BeweegKuur een opstapje was om meer te gaan bewegen of gezonder te gaan eten. Ook werd gevraagd of de BeweegKuur voor de deelnemers een stok achter de deur was om hun leefstijl te veranderen. Daarnaast gingen de stellingen in op het belang dat deelnemers hechten aan informatievoorziening ('Ik vind het belangrijk om informatie over voeding te krijgen'), begeleiding en betrokkenheid van zorgverleners ('Ik vind het belangrijk dat de leefstijladviseur op de hoogte is van mijn persoonlijke situatie') of over veranderingen die de BeweegKuur bij de deelnemers teweeg kan brengen ('Ik ga me fitter of gezonder voelen'). Deze vragen werden gesteld op een 5-puntsschaal van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5).

De verwachtingen over de inhoud van de BeweegKuur werden gemeten met 14 stellingen. Deze stellingen achterhaalden bijvoorbeeld in hoeverre een doorverwijzing van de huisarts de deelnemers had gemotiveerd, of de professionele begeleiding zorgde voor een veilig gevoel bij het bewegen en voor steun om gezonder te gaan eten en in hoeverre deelnemers verwachtten dat het hen zal lukken om te starten met de BeweegKuur en deze ook te blijven volgen. Deze stellingen werden eveneens gesteld op een 5-puntsschaal van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5).

Om te achterhalen om welke redenen deelnemers hadden besloten om deel te nemen aan de BeweegKuur werden de respondenten gevraagd de drie belangrijkste redenen aan te kruisen. De mogelijke redenen die werden gegeven varieerden van het krijgen van een recept van de huisarts tot 'ik wil afvallen', 'gezonder worden' of 'mijn medicijngebruik terug dringen'. Daarnaast werd de respondenten gevraagd wie hen het meeste had gemotiveerd om te beginnen met de BeweegKuur. Hierbij konden respondenten kiezen uit: ikzelf, huisarts, leefstijladviseur, partner, familie, vrienden, collega's of iemand anders.

Het functioneren van de huisarts en de leefstijladviseur in de ogen van de respondenten werd gemeten met verschillende stellingen en vragen. Allereerst werd respondenten gevraagd de samenwerking tussen de huisarts en de leefstijladviseur te beoordelen op een 5-puntsschaal van 'slecht' (1) tot 'zeer goed' (5) en een antwoordmogelijkheid 'weet ik niet'. Twaalf stellingen gingen in op de mening van de respondenten over de huisarts en de leefstijladviseur. Gevraagd werd bijvoorbeeld in hoeverre deelnemers zich gesteund en op het gemak voelden bij beide zorgverleners en of zij hen konden motiveren voor deelname en voldoende aandacht voor de deelnemers hadden. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5) en daarbij de mogelijkheid om 'niet van toepassing' te antwoorden.

Enkele vragen werden gesteld om te achterhalen of respondenten waren doorverwezen naar de diëtist en of zij in het verleden ook al bij een diëtist waren geweest en of dit hen destijds had geholpen. Daarnaast kregen respondenten de mogelijkheid aan te geven waarom een diëtist in het verleden hen eventueel niet had geholpen. Een volgende vraag had betrekking op de reisafstand die respondenten bereid waren te overbruggen voor deelname aan de BeweegKuur. Antwoordmogelijkheden varieerden van 'loop- of fietsafstand', 'goed met de auto of openbaar vervoer te bereiken' of 'dat maakt mij niet uit'.

De volgende twaalf stellingen in de vragenlijst gingen over de verwachtingen en intenties van de respondenten na afloop van de BeweegKuur. Willen respondenten na de BeweegKuur ook blijven bewegen, gezond blijven eten, bewegen met mensen met dezelfde gezondheid of leeftijd. Daarnaast gingen enkele stellingen in op de

mogelijkheden die respondenten verwachtten te hebben om hun leefstijl te behouden wanneer zij uitstromen uit de BeweegKuur. Verwachtten zij dat er dan voldoende mogelijkheden zijn om te blijven bewegen en verwachtten zij verdere begeleiding van een diëtist of voedingsdeskundige of iemand die hen helpt te zoeken naar een beweegactiviteit. Deze stellingen werden gesteld op een 5-puntsschaal met antwoordmogelijkheden variërend van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5).

Voor het meten van de motivatie van deelnemers om meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten werden een viertal vragen gesteld. Direct na de vragen over de hoeveelheid lichamelijke activiteit, werd respondenten gevraagd in hoeverre zij gemotiveerd waren om meer te gaan bewegen. Deze vraag werd gesteld op een schaal van 'helemaal niet gemotiveerd' (0) tot 'heel erg gemotiveerd' (10). Ook werd respondenten gevraagd op een 10-puntsschaal in hoeverre zij er vertrouwen in hadden dat zij hierin zouden slagen. Dezelfde twee vragen werden eveneens gesteld voor gezonder eten.

2.3 Evaluatievragenlijst na afloop van voedingsvoorlichting

De diëtisten werd gevraagd om na afloop van de voedingsvoorlichtingen een evaluatievragenlijst uit te delen voor de deelnemers om te achterhalen wat hun mening was over de bijeenkomst. Daarnaast werd aan de diëtisten gevraagd of zij zelf na elke voedingsvoorlichting een evaluatievragenlijst in wilden vullen om ook hun mening te horen over de voedingsvoorlichting. De evaluatievragenlijsten konden de diëtisten na afloop in een antwoordenvolp retour sturen. Ondanks meerdere herinnering e-mails had slechts een enkele diëtist de evaluatievragenlijsten consequent uitgedeeld na afloop van de voedingsvoorlichting. In totaal werden voor de deelnemers N=52 vragenlijsten ingevuld van vier verschillende locaties. De evaluatievragenlijst voor de diëtisten werd door N=2 diëtisten ingevuld van twee verschillende locaties. De evaluatievragenlijsten voor zowel deelnemers als diëtisten staan weergegeven in bijlage 3.

De evaluatievragenlijst voor diëtisten bevatte vragen met betrekking tot de voorbereidingstijd en materialen die zij hierbij nodig hadden of gemist hadden. Ook de tijd die zij nodig hadden voor de voedingsvoorlichting werd bevroagd en of dit voor hen voldoende of juist onvoldoende was. Vervolgens werd de diëtisten gevraagd welke thema's werden besproken en wat zij de goede en minder goede punten vonden van de voedingsvoorlichting. Tot slot werd diëtisten gevraagd wat zij een volgende keer eventueel anders zouden doen en of zij nog overige opmerkingen hadden.

De evaluatievragenlijst van de deelnemers omvatte een 11-tal stellingen met betrekking tot de voedingsvoorlichting die zij hadden bijgewoond. Zo werd ondermeer gevraagd of deelnemers de voorlichting nuttig of juist overbodig vonden en of zij er iets

van geleerd hadden en of de informatie goed te begrijpen was. Een aantal stellingen ging in op het groepsproces. Zo werd deelnemers gevraagd of zij het fijn vonden om in een groep over voeding te praten en of de groep hen stimuleerde om gezonder te gaan eten. Een andere stelling was: 'Deze bijeenkomst helpt mij om gezonder te gaan eten'. Ook werd deelnemers gevraagd of zij het idee hadden dat de diëtist individuele aandacht had voor hen. Om te achterhalen of deelnemers de voorkeur gaven aan een individueel consult werd de volgende stelling opgenomen: 'Ik heb liever een gesprek alleen met de diëtist dan in een groep'. Tot slot gingen twee stellingen in op de inhoud van de voedingsvoorlichting: 'De onderwerpen in de bijeenkomst sluiten goed aan op mijn verwachtingen' en 'De besproken thema's uit de bijeenkomst kan ik thuis toepassen'. Al deze stellingen werden gesteld op een 5-puntsschaal met antwoordmogelijkheden variërend van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5). Volgend op de stellingen werden enkele open vragen gesteld waarbij deelnemers aan konden geven wat zij goede en/of slechte punten vonden van deze voedingsvoorlichting en hoe deze verder verbeterd zou kunnen worden. De deelnemers werd ook gevraagd een rapportcijfer te geven aan de voedingsvoorlichting en op het einde van de evaluatievragenlijst was er ruimte voor overige opmerkingen.

2.4 Focusgroepen deelnemers

Op drie pilot-locaties werd een focusgroep georganiseerd voor deelnemers aan de doorontwikkelde BeweegKuur. De focusgroepen werden voorafgaand of na afloop van een voedingsvoorlichting gehouden. Het aantal deelnemers tijdens de focusgroepen was in twee gevallen vijf deelnemers en in één geval zes deelnemers. Voor deelname aan de focusgroep ontvingen de deelnemers een vergoeding in de vorm van een cadeaubon. De focusgroepen werden, na toestemming van de deelnemers, opgenomen en letterlijk uitgetypt waarna de belangrijkste bevindingen gerapporteerd konden worden.

Tijdens de focusgroepen werd deelnemers allereerst gevraagd waarom zij mee deden aan de BeweegKuur en wat hun reactie was op de vraag om deel te nemen aan een kuur terwijl zij niet ziek waren. Tevens werd gevraagd wat zij over het algemeen goede en minder goede punten vonden van de BeweegKuur, of de opzet en informatie van de BeweegKuur duidelijk was voor hen en wat zij dachten dat de BeweegKuur tot een succes maakte. De volgende vragen hadden betrekking op de voedingsvoorlichting en individuele consulten. Zo werd gevraagd hoe vaak de deelnemers bij een individueel consult en/of voedingsvoorlichting waren geweest en wat hierbij hun voorkeur had. Daarnaast werd gevraagd wat zij minder goede punten vonden van het voedingsprogramma, wat de mening was over de inhoud van de voedingsvoorlichting en of ze het fijn vonden in een groep voorlichting te krijgen. Ook werden enkele vragen gesteld over het aantal en de frequentie van de voedingsvoorlichtingen en of er behoefte

was aan het betrekken van de partner bij het voedingsprogramma. Daarna werd het beweegprogramma behandeld met de vraag hoe de deelnemers de begeleiding van alle zorgverleners ervoeren, wat voor beweegactiviteiten de deelnemers waren gaan ondernemen en of ze in een groep of individueel zijn gaan bewegen. Ook werd gevraagd of deelnemers al plannen hadden voor het bewegen nadat de begeleiding bij de fysiotherapeut afliep en wat zij van het aantal zorgverleners binnen de BeweegKuur vonden. Deelnemers werd tevens gevraagd of zij de combinatie tussen het voeding- en beweegprogramma haalbaar vonden en of zij dachten dit een jaar vol te houden.

Tot slot werden er nog enkele vragen gesteld om de mening van de deelnemers te peilen over de eigen bijdrage en/of het opmaken van het eigen risico als gevolg van de individuele consulten bij de diëtist. Ook het logboek en het eetdagboek werden in deze focusgroepen geëvalueerd met de vraag of deze toereikend en bruikbaar waren voor de deelnemers en wat hieraan eventueel verbeterd zou kunnen worden.

2.5 Interviews zorgverleners

Om de succes- en knelpunten van de doorontwikkelde BeweegKuur voor overgewicht en obesitas te achterhalen werden 15 verschillende zorgverleners geïnterviewd in januari tot en met maart 2010. De geïnterviewde zorgverleners kwamen uit alle vijf pilot-locaties waar de doorontwikkelde BeweegKuur in 2010 werd ingevoerd. Van deze interviews waren er zes met één of meerdere leefstijladviseur(s), vier met een fysiotherapeut(en), vier met een huisarts en één interview met een praktijkondersteuner. De functie van leefstijladviseur werd op twee locaties vervuld door de praktijkondersteuner, op één locatie door zowel praktijkondersteuners als een diëtist, en op twee locaties door (een) fysiotherapeut(en). Drie interviews vonden telefonisch plaats en drie interviews werden gehouden met twee zorgverleners (die dezelfde functie vervulden binnen de BeweegKuur) tegelijkertijd.

Voor de interviews werd deels gebruik gemaakt van de interviewschema's welke werden gebruikt bij eerdere onderzoeken naar de BeweegKuur in 2008 en 2009 (34, 41). De interviews werden opgenomen met toestemming van de geïnterviewde zorgverleners, waarna ze letterlijk werden uitgetypt. Vervolgens hebben twee onderzoekers de interviews per thema gestructureerd en de belangrijkste resultaten hieruit afgeleid.

De volgende thema's werden in de interviews behandeld. De interviews startten met de algemene vraag of de zorgverleners konden aangeven of er nog knelpunten, of juist heel goede punten, waren binnen de BeweegKuur, na hier al twee jaar mee te hebben gewerkt. Vervolgens werd gevraagd wat de mening was over de doorontwikkeling van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas. Hierbij werd tevens ingegaan op mogelijke verschillen en overeenkomsten tussen beide doelgroepen zoals motivatie, belastbaarheid, gezondheid en redenen om niet deel te nemen. Ook werd de

zorgverleners gevraagd of de werkwijze was veranderd binnen de doorontwikkelde Beweegkuur en of zij beschikten over voldoende kennis en vaardigheden om met de overgewicht en obesitas doelgroep te werken en wat hierin verbeterd zou kunnen worden. Om te achterhalen hoe de invoering van de doorontwikkelde Beweegkuur verliep, werd de zorgverleners gevraagd naar de mening over de begeleiding van zowel NISB als de ROS bij deze invoering en of zorgverleners het prototype voor overgewicht en obesitas hadden ontvangen en in hoeverre dit toereikend was voor hen. De zorgverleners werd allemaal gevraagd in hoeverre de inclusiecriteria voor de doorontwikkelde Beweegkuur en de verschillende programma's toereikend was. Enkele vragen in het interview gingen in op redenen waarom deelnemers weigerden deel te nemen aan de Beweegkuur of vroegtijdig uitvielen. Ook werd daarbij gevraagd om welke aantallen het hier ongeveer ging en hoe deze mensen eventueel nog gemotiveerd konden worden om deel te nemen. Alle zorgverleners werd gevraagd hun mening te geven over het inspannings-ECG en in hoeverre zij dachten dat de patiëntveiligheid zal worden aangetast wanneer er geen inspannings-ECG meer wordt gemaakt. Aangezien het voedingsprogramma in de doorontwikkelde Beweegkuur een grotere rol speelt werd alle zorgverleners een aantal vragen hierover voorgelegd, zoals de reactie van deelnemers op dit programma, in hoeverre de combinatie tussen voeding en beweging haalbaar was voor deelnemers, en in welke vorm voedingsadvies het beste gegeven kon worden (aantal en duur van voedingsvoorlichtingen en het nut van individuele consulten).

Aan elke zorgverlener werd een aantal vragen gesteld met betrekking tot hun eigen functie: wat waren de precieze taken van deze zorgverlener en was dit gewijzigd bij de doorontwikkeling, wat was de mening over de eigen rol binnen de Beweegkuur, hoe verliep de intake die ze hadden met deelnemers en was hier voldoende tijd voor, hoe verliep de verwijzing van en naar andere zorgverleners binnen de Beweegkuur en tot slot hoe de samenwerking tussen alle zorgverleners verliep. Ook werd gevraagd of de zorgverleners follow-up consulten planden met de deelnemers en of dit in de doorontwikkelde Beweegkuur anders ging dan voor diabetespatiënten, die meer in het medische circuit zaten vergeleken met overgewicht en obesitas patiënten. Een aantal vragen ging specifiek in op de rol van de huisarts: zagen zorgverleners belang in van een bezoek van de deelnemers aan de huisarts, kon de huisarts patiënten motiveren om deel te nemen, kwam de huisarts terug op het gedrag in vervolgsconsulten en tot slot de mening van de huisarts over het multidisciplinaire overleg tussen zorgverleners. Aan de leefstijladviseur werd ook een aantal specifieke vragen gesteld zoals: wat werd tijdens de intake besproken, welke materialen werden hierbij gebruikt, waren deze toereikend en werden er doelen opgesteld met de deelnemers. Ook werd gevraagd hoe het zelfstandige beweegprogramma verliep en of de sociale kaart toereikend was. De fysiotherapeuten kregen enkele vragen over de testen die zij gebruikten tijdens de intake en hoe de

beweegprogramma's er bij de fysiotherapeut er in de praktijk uit zagen en hoe de uitstroom richting het lokale beweegaanbod verliep. Tot slot werd aan alle zorgverleners gevraagd wat hun verwachtingen waren van de uitstroom van de deelnemers na afloop van de BeweegKuur. Tot slot konden zorgverleners ook aangeven of er nog overige punten waren die tijdens het interview nog niet naar voren waren gekomen.

2.6 Focusgroep diëtisten

In februari 2010 organiseerde NISB een intervisiebijeenkomst voor de leefstijladviseurs en diëtisten van de pilot-locaties die werkten met de doorontwikkelde BeweegKuur. Tijdens deze bijeenkomst werd er een focusgroep gehouden met vijf diëtisten, van elke locatie één. Het gesprek werd opgenomen na toestemming van de diëtisten. De focusgroep werd letterlijk uitgetypt en per thema geordend zodat de belangrijkste resultaten naar voren kwamen.

De diëtisten werd gevraagd naar hun mening over het voedingsprogramma binnen de BeweegKuur. De focusgroep startte met vragen over de voorbereiding die de diëtisten troffen voor de voedingsvoorlichtingen en de materialen: hoeveel voorbereidingstijd was er nodig, welke thema's werden besproken, welke materialen werden gebruikt en tot slot de vraag of de inhoud van de voedingsvoorlichting eventueel werd aangepast aan de groep. De vragen die hierop volgden hadden betrekking op de vorm van de voedingsvoorlichtingen en gingen bijvoorbeeld dieper in op de tijdsduur en het tijdpad, het ideale aantal personen per groep volgens de diëtisten, de inclusiecriteria voor de verschillende groepen en de manier waarop de informatie aan de deelnemers werd gepresenteerd door de diëtisten. Daarna werd de vraag gesteld hoe deelnemers reageerden op de voedingsvoorlichtingen en of er veel afmeldingen waren, wat daar mogelijke redenen voor zouden kunnen zijn en hoe diëtisten daar mee omgingen. Ook werd diëtisten gevraagd naar hun mening over het feit dat de voedingsvoorlichting in een groep plaats vond. Was dit volgens de diëtisten effectief en welke rol speelde eventuele schaamte hierin? Zagen diëtisten een meerwaarde in het betrekken van eventuele partners in het voedingsprogramma? Werden de voedingsvoorlichtingen geëvalueerd met de deelnemers? Ook werd diëtisten gevraagd op welke manier voedingsvoorlichtingen vorm zouden kunnen krijgen bij natuurlijke instroom van deelnemers, dus niet met het starten van een groep deelnemers op één en hetzelfde moment.

Daarna volgden enkele vragen die betrekking hadden op de individuele consulten bij de diëtist: wat was de frequentie en de opkomst bij individuele consulten en kozen deelnemers hier bewust voor omdat zij dit prettiger vonden? Waren er deelnemers die door het individuele consult over een drempel gingen en daardoor besloten naar de voedingsvoorlichtingen te gaan? Waarom dachten diëtisten dat individuele consulten effectief zijn en wat was de mening die zij terug hoorden van deelnemers over deze

consulten? De mening van de diëtisten werd gevraagd over het eetdagboek en wat hieraan verbeterd zou kunnen worden en ook of zij het idee hadden dat deelnemers de informatie begrepen en of zij ook echt gemotiveerd waren om iets aan de voeding te veranderen.

Tot slot werden enkele vragen gesteld over de combinatie tussen het beweeg- en voedingsprogramma. Dachten diëtisten dat het qua belasting voor de deelnemers haalbaar was en waren zij van mening dat beide gedragingen van nut waren in deze interventie? Welke verbeterpunten zien zij in de combinatie tussen bewegen en voeding en werd er tijdens de voedingsvoorlichtingen ook ingegaan op het effect van bewegen op de voeding en de combinatie hiervan?

3 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste resultaten van het onderzoek naar de doorontwikkeling van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas. Als eerste worden de resultaten uit de registratieformulieren voor deelnemers behandeld. Daarna komen de vragenlijsten voor deelnemers aan de BeweegKuur aan bod. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen uit de interviews met de zorgverleners beschreven. Tot slot worden de bevindingen uit de focusgroepen voor diëtisten en deelnemers besproken.

3.1 Registratieformulieren deelnemers

De registratieformulieren werden door de leefstijladviseurs ingevuld voor alle deelnemers die instroomden in de BeweegKuur. Eind april 2010 werden de registratieformulieren opgevraagd bij de verschillende leefstijladviseurs en in totaal waren 87 deelnemers ingestroomd in de doorontwikkelde BeweegKuur. De verdeling van de deelnemers per regio en programma is te zien in tabel 2 en 3. Een opmerking hierbij is dat in één regio werd gekozen om alleen te starten met voedingsprogramma C.

Tabel 2: Aantal deelnemers per regio

	N	%
Totaal	87	
Enschede	22	25.3
Etten-Leur	8	9.2
Nijkerk	17	19.5
Ommen	20	23.0
Rotterdam	20	23.0

Tabel 3: Verdeling deelnemers over de programma's

	N	%		N	%
Beweegprogramma			Voedingsprogramma		
Zelfstandig programma	21	25.3	Voedingsprogramma B	56	72.7
Opstart programma	22	26.5	Voedingsprogramma C	21	27.3
Begeleid programma	40	48.2			

Noot: Niet alle deelnemers zijn gestart in het beweeg- en / of voedingsprogramma en van enkele deelnemers is onbekend in welke programma zij zijn gestart

Van de deelnemers was tweederde deel vrouw. De gemiddelde leeftijd was 54.3 jaar (SD=13.5). In tabel 4 zijn de overige demografische kenmerken van de deelnemers weergegeven. Van de 87 deelnemers die waren begonnen aan de BeweegKuur zijn 12 deelnemers (13.8%) vroegtijdig uitgevallen wegens verschillende redenen zoals ziekte of persoonlijke omstandigheden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat niet alle leefstijladviseurs deelnemers die weigerden te starten of al in een vroeg stadium zijn uitgevallen registreerden. Bij een aantal deelnemers is onduidelijk of zij nog steeds deelnemen of dat zij zijn afgehaakt.

Tabel 4: Lichamelijke parameters bij aanvang BeweegKuur (bron: registratieformulieren)

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreading
Lengte (m)	83		1.68	0.1	1.50-1.91
Gewicht (Kg)	86		91.8	16.6	65-140
Body Mass Index (kg/m ²)	82		32.4	4.0	22-43
BMI 25-30	22	27.2			
BMI 30-35	41	50.6			
BMI >35	18	22.2			
Buikomvang (cm)	70		107.3	10.9	88-136
Bloeddruk					
Bovendruk (mmHG)	70		140.6	17.7	100-180
Onderdruk (mmHG)	70		82.7	11.2	60-120

Bij aanvang van de BeweegKuur werd het gezondheidprofiel van de deelnemers in kaart gebracht. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4 en 5. Hieruit bleek dat 17.2% van de deelnemers diabetes was, 8.3% COPD had en 3.4% een CVA gebeurtenis of interventie had meegemaakt. Van de deelnemers had een vijfde een morbide obesitas (BMI > 35). In totaal werd bij iets meer dan de helft van de deelnemers een inspannings-ECG afgenomen. Bij 30.1% van de deelnemers werd een inspanningsbeperking geregistreerd en 35.5% had last van bewegingsgerelateerde klachten. Een derde van de deelnemers had weinig ervaring met bewegen en 14.3% wist niet hoe zelfstandig te bewegen. Van de deelnemers had 12.7% weinig kennis over bewegen (eventueel in combinatie met diabetes) en hetzelfde aantal was bang om te bewegen. Een gebrek aan vertrouwen en inzicht in de eigen mogelijkheden werd geregistreerd bij iets meer dan een kwart van de deelnemers.

Tabel 5: Gezondheidsprofiel van deelnemers bij aanvang van de BeweegKuur (bron: registratieformulieren)

	N	%		N	%
Diabetes Mellitus type 2			Uitkomst ECG		
Nee	72	82.8	< 70%	3	3.4
Ja	15	17.2	70-90%	19	21.8
COPD GOLD > 0			90-100%	4	4.6
Nee	55	91.7	>100%	21	24.2
Ja	5	8.3	Geen ECG uitkomst	40	46.0
Morbide Obesitas BMI > 35			Inspanningsbeperkingen		
Nee	52	81.2	Nee	58	69.9
Ja	12	18.8	Ja	25	30.1
CVA gebeurtenis of interventie			Weinig ervaring bewegen		
Nee	84	96.6	Nee	36	66.7
Ja	3	3.4	Ja	18	33.3
Hypertensie			Beperkte wandelcapaciteit en fysieke deconditionering		
Nee	18	27.7	Nee	34	56.7
Ja	47	72.3	Ja	26	43.3
Dyslipidemie			Niet weten hoe zelfst. bewegen		
Nee	21	72.4	Nee	48	85.7
Ja	8	27.6	Ja	8	14.3

Tabel 5: Gezondheidsprofiel van deelnemers bij aanvang van de BeweegKuur (bron: registratieformulieren)

	N	%		N	%
Artose		Gebrek kennis bewegen / diabetes			
Nee	25	67.6	Nee	48	87.3
Ja	12	32.4	Ja	7	12.7
Slaapapneu		Gebrek inzicht & vertrouwen in eigen mogelijkheden			
Nee	28	87.5	Nee	61	72.6
Ja	4	12.5	Ja	23	27.4
Psychische aandoening		Bewegingsgerelateerde klachten			
Nee	25	80.6	Nee	43	64.2
Ja	6	19.4	Ja	24	35.8
Eerdere pees / gewrichtsklachten		Bang om te bewegen			
Nee	35	56.5	Nee	62	87.3
Ja	27	43.5	Ja	9	12.7
Gebruik NSAID's					
Nee	62	89.9			
Ja	7	10.1			

Van de deelnemers had iets meer dan de helft (56.3%) een tweede consult bij de leefstijladviseur gehad op het moment dat de registratieformulieren werden geretourneerd. Het tweede consult vond gemiddeld 10.3 weken (SD=4.9) na het eerste consult plaats. Van de deelnemers kwam 26.4% toe aan een derde consult en 1 deelnemer had een vierde consult. De tijd tussen het 2^e en 3^e consult was gemiddeld 6.0 weken (SD=2.3) en de deelnemer die een 4^e consult had, had deze afspraak 5 weken na het 3^e consult.

Tijdens het eerste intakeconsult werden de motivatie en redenen van deelname van de deelnemers gemeten. De motivatie om meer te gaan bewegen was bij aanvang gemiddeld 7.6 (SD=1.2) op een schaal van 1 tot 10 en de motivatie om gezonder te gaan eten was gemiddeld 7.0 (SD=1.4). Voor 62.8% van de deelnemers was afvallen het hoofddoel van de BeweegKuur en voor 19.8% was dit de gezondheid. Het krijgen van een betere conditie was voor 11.6% van de deelnemers het belangrijkste doel.

Bij het 2^e consult werd de voortgang voor zowel voeding als beweging gerapporteerd op een schaal van 1 'slecht' tot 6 'zeer goed'. Voor voeding was de gemiddelde score 3.8 (SD=1.2) en voor bewegen was dit iets hoger met een gemiddelde van 4.0 (SD=1.2). Bij het derde consult was de gemiddelde score voor de voortgang in voeding 3.5 (SD=1.3) en voor bewegen was dit gemiddeld 3.8 (SD=1.5). De overige resultaten van de registratieformulieren staan vermeld in de tabellen in bijlage 4.

3.2 Vragenlijst deelnemers

De vragenlijst werd door 36 deelnemers geretourneerd uit vijf verschillende regio's. Het totale aantal deelnemers aan de doorontwikkelde BeweegKuur was te achterhalen aan de hand van de registratieformulieren. Dit betekent dat 41.4% van het totale aantal

deelnemers in de doorontwikkelde BeweegKuur de vragenlijst heeft ingevuld en opgestuurd. In tabel 6 zijn de achtergrondkenmerken van deze respondenten weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 59.3 jaar (SD=11.5). Meer dan de helft van de respondenten was vrouw (55.6%). De BMI van de respondenten was gemiddeld 31.5 kg/m². Alle deelnemers hadden een BMI van boven de 25. In totaal had 41.7% overgewicht met een BMI tussen de 25 en 30, 41.7% obesitas met een BMI tussen de 30 en 35 en 16.7% had een BMI hoger dan 35. Dit wijkt af van de resultaten uit het registratieformulier vanwege het feit dat niet alle deelnemers een vragenlijst hebben ingevuld en het hier zelfrapportage betrof.

Tabel 6: Lengte, gewicht, BMI en lichamelijke activiteit van de respondenten

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreading
Lengte (m)	36		1.70	0.1	1.56-1.89
Gewicht (kg)	36		91.3	17.9	67-166
Body Mass Index (kg/m ²)	36		31.5	4.7	25.7-49.0
BMI 25-30	15	41.7			
BMI 30-35	15	41.7			
BMI > 35	6	16.6			
Zwaar lichamelijke inspanning (uur/week)	30		0.3	0.7	0-2
Matig lichamelijke inspanning (uur/week)	29		1.1	1.9	0-8
Wandelen (uur/week)	27		2.8	3.0	0-12
Zitgedrag (uur/dag)	21		6.6	2.9	2-14

De respondenten rapporteerden gemiddeld ongeveer 20 minuten per week zwaar lichamelijk actief te zijn en per week iets meer dan een uur matige lichamelijke inspanning. Gemiddeld rapporteerden de respondenten 24 minuten per dag te wandelen en zaten zij gemiddeld 6.6 uur per dag. In bijlage 5 staan de overige resultaten van de vragenlijst voor deelnemers weergegeven.

3.2.1 Beoordeling gezondheid en gedrag bij aanvang van de BeweegKuur

De eigen algemene gezondheid werd door de respondenten beoordeeld met een gemiddelde van 6.7 (SD=1.1) op een schaal van 0 tot 10. Als respondenten naar anderen kijken met dezelfde leeftijd en geslacht voelde 26.5% zich ongezonder en 23.5% voelde zich juist gezonder. Het overige deel van de respondenten (50.0%) voelde zich "normaal" dus niet gezonder of ongezonder in vergelijking met anderen. Wel voelde het merendeel van de respondenten (61.8%) zich dik als ze naar anderen keken met dezelfde leeftijd en geslacht. In totaal vond 3.0% zichzelf helemaal niet actief ten opzichte van anderen, 45.5% voelde zich een beetje actief en 51.5% voelde zich wel actief in vergelijking met anderen van dezelfde leeftijd en geslacht.

Op de stelling 'Ik heb het idee dat ik gezond eet', reageerde het merendeel (59.4%) van de respondenten dat zij inderdaad vonden dat zij gezond aten. Een klein deel van de respondenten (9.4%) vond niet dat zij gezond aten en 31.2% van de respondenten reageerde neutraal op deze stelling. Iets meer dan een kwart van de respondenten (30.0%) vond dat zij voldoende bewogen, 33.3% reageerde neutraal en 36.7% dacht niet voldoende te bewegen.

Respondenten waren gemotiveerd om meer te gaan of blijven bewegen bleek uit een gemiddelde score van 7.5 (SD=1.0) op een schaal van 0 tot 10. Men had er ook vertrouwen in dat dit daadwerkelijk zal lukken met een gemiddelde score van 7.5 (SD=1.1) wederom op een schaal van 0 tot 10. De motivatie om gezonder te gaan of blijven eten was ook hoog met een gemiddeld van eveneens 7.5 (SD=1.2) en het vertrouwen om hierin te slagen was gemiddeld 7.5 (SD=1.2).

3.2.2 Verwachtingen van deelnemers

In de vragenlijst stonden een aantal stellingen met betrekking tot de verwachtingen die deelnemers hadden bij de start van de BeweegKuur. In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten hiervan besproken. In bijlage 5 is een complete weergave van de resultaten van deze stellingen te vinden.

Bijna alle respondenten (97.0%) waren het eens met de stelling dat de BeweegKuur een opstapje was om meer te gaan bewegen. In totaal vond 78.1% van de respondenten de BeweegKuur ook een opstapje om gezonder te gaan eten. Daarnaast was het merendeel (91.2%) van mening dat de BeweegKuur een stok achter de deur was om te blijven bewegen en dat het een stok achter de deur was om gezonder te gaan eten (85.3%). De verwachtingen wat betreft de groepsbinding waren ook positief: 63.6% vond het fijn om samen met anderen te bewegen en 55.9% vond het fijn om samen met anderen over voeding te praten. Het merendeel van de respondenten (78.8%) verwachtte echter ook veel individuele aandacht te krijgen tijdens de BeweegKuur. Met de stelling dat deelnemers met een doel kunnen gaan bewegen in de BeweegKuur was 93.8% van de respondenten het eens, eveneens met de verwachting om doelbewust gezonder te gaan eten in de BeweegKuur (78.2%).

Van de respondenten verwachtte 71.9% te gaan bewegen met plezier en 72.7% verwachtte meer te gaan bewegen in de vrije tijd. Daarnaast dacht het merendeel van de respondenten dat zij gezonder zullen worden (77.3%) en zich beter zullen gaan voelen door de BeweegKuur (79.4%). Ook dacht 85.3% van de respondenten dat zij zich fitter ging voelen: 84.9% dacht gewicht te verliezen en 75.0% dacht zich prettiger te gaan voelen in het eigen lichaam. Iets minder dan de helft (42.5%) van de respondenten dacht echter last te gaan krijgen van pijn en/of blessures. Daarnaast verwachtte meer

dan een derde van de respondenten dat zij minder schaamtegevoelens zouden krijgen door het deelnemen aan een beweegprogramma (36.6%).

Respondenten vonden duidelijkheid over het programma en de inhoud hiervan belangrijk. Zo bleek dat 80.7% duidelijkheid wilde over de inhoud van het programma en 72.7% vond het belangrijk om voldoende informatie te hebben over voeding. Voor beweging vond 81.9% het belangrijk om voldoende informatie te krijgen. Van de respondenten vond 66.7% het nog onduidelijk hoe de BeweegKuur er precies uit ging zien. Uit een andere stelling bleek dat 81.8% van de respondenten het fijn zou vinden om tijdens de BeweegKuur door dezelfde persoon te worden begeleid. Tweederde deel van de respondenten (65.7%) vond het belangrijk om in de buurt mee te kunnen doen met beweegprogramma's. Met betrekking tot de leefstijladviseur vond het merendeel (87.9%) het belangrijk dat deze persoon op de hoogte was van de activiteiten die respondenten ondernamen binnen de BeweegKuur en ditzelfde percentage vond dat de leefstijladviseur op de hoogte moest zijn van hun persoonlijke situatie. Daarnaast gaf 80.6% van de respondenten aan dat zij het belangrijk vonden om zelf mee te kunnen beslissen welk beweegprogramma ze gingen doen. De professionele begeleiding in de BeweegKuur zorgde er voor dat 87.9% zich veilig voelde om te bewegen en dat 82.4% zich gesteund voelde om gezonder te gaan eten. Bijna iedereen (87.5%) vond het motiverend dat de huisarts hen had doorverwezen om te gaan bewegen. Tot slot vond 66.6% van de respondenten de BeweegKuur passen bij henzelf. Als men de BeweegKuur eerst uit kon proberen zou 60.6% van de respondenten eerder deelnemen.

3.2.3 Verwachtingen over volhouden deelname BeweegKuur

In de vragenlijst werden enkele stellingen opgenomen met betrekking tot het volhouden van de BeweegKuur en het gedragsbehoud na afloop van het programma. Van de respondenten verwachtte 91.4% dat het zal lukken om te beginnen met de BeweegKuur. Voor aanvang van de BeweegKuur verwachtte 77.2% dat het hen zal lukken om de gehele BeweegKuur te blijven volgen. Ongeveer een vierde deel (24.2%) van de respondenten verwachtte door het postuur problemen te kunnen krijgen om de gehele BeweegKuur te volgen. Daarnaast verwachtte 80.0% van de respondenten ook na de BeweegKuur te blijven bewegen en 71.4% verwachtte dat het hen zal lukken om ook gezonder te blijven eten. Zonder doorwijzing naar de BeweegKuur dacht 34.3% dat het ook zal lukken om meer te gaan bewegen. Voor gezonder eten dacht 42.4% dat dit ook zou lukken zonder de doorverwijzing naar de BeweegKuur.

3.2.4 Redenen voor deelname aan de BeweegKuur

In de vragenlijst werd de respondenten gevraagd aan te geven wat voor hen de drie meest belangrijke redenen waren voor deelname aan de BeweegKuur. Hieruit bleek dat

het krijgen van een betere conditie voor 52.8% van de respondenten een reden was om deel te nemen aan de BeweegKuur. Daarnaast werd afvallen (52.8%) ook vaak genoemd als belangrijke reden voor deelname, evenals de motivatie door de huisarts (30.6%). De andere redenen die respondenten aangaven voor hun deelname aan de BeweegKuur zijn te vinden in tabel 10 van bijlage 5.

Bovendien gaf iets minder dan de helft van de respondenten (43.2%) aan dat de huisarts degene was die hen het meeste had gemotiveerd om te beginnen met de BeweegKuur. Ook de leefstijladviseur werd vaak genoemd als persoon die respondenten had gemotiveerd om deel te nemen aan de BeweegKuur (34.1%). Voor 9.1% van de respondenten was een andere zorgverlener belangrijk geweest in de motivatie om te beginnen, zoals de diëtist, praktijkverpleegkundige, ondersteunende arts of doktersassistente. De overige 13.7% gaf aan dat zichzelf een belangrijke motivator waren om deel te nemen aan de BeweegKuur.

3.2.5 Mening over functioneren zorgverleners

De samenwerking tussen de leefstijladviseur en de huisarts werd door twee derde van de respondenten als goed of zeer goed bestempeld. De overige respondenten (33.3%) wisten niet in hoeverre de samenwerking tussen huisarts en leefstijladviseur goed was.

Het merendeel van de respondenten was tevreden over de rol van de huisarts in de BeweegKuur. Zo voelde 88.6% zich op het gemak bij de huisarts, 85.7% had het idee dat de huisarts veel aandacht voor hen had tijdens het gesprek over de BeweegKuur, 88.6% voelde zich serieus genomen door de huisarts en 87.1% voelde zich gesteund door de huisarts. Voor 80.0% van de respondenten maakte het feit dat de huisarts hen had doorverwezen het nog belangrijker om de leefstijl aan te passen. Dit bleek eerder ook al uit het feit dat de huisarts een belangrijke motivator was voor deelname aan de BeweegKuur. Voor iets meer dan een derde van de respondenten (35.5%) kwam het onverwacht dat de huisarts over het gewicht begon tijdens het consult. Voor 29.1% kwam dit niet onverwacht en iets meer dan een derde van de respondenten reageerde neutraal op deze stelling.

Over de leefstijladviseur was het merendeel van de respondenten positief. Bijna alle respondenten (94.3%) vonden dat de leefstijladviseur zorgde voor motivatie om deel te nemen aan de BeweegKuur. Daarnaast voelde 91.4% zich op het gemak bij de leefstijladviseur en 88.6% voelde zich gesteund door de leefstijladviseur. Het merendeel (91.7%) had het idee dat de leefstijladviseur aandacht had voor hen en hen ook serieus nam.

3.2.6 Doorverwijzing naar diëtist

Het merendeel van de respondenten (78.8%) werd doorverwezen naar een diëtist. Iets meer dan de helft (52.8%) was al eens in het verleden bij een diëtist geweest en van deze respondenten had 38.9% het idee dat de begeleiding hen destijds niet had geholpen. Redenen die werden gegeven waarom de begeleiding van een diëtist hen in het verleden niet had geholpen waren: het onderliggende probleem werd niet opgelost, men deed zelf weinig aan het veranderen van het eetgedrag of een misverstand of communicatiefout zorgde voor weinig resultaat.

3.2.7 Reisafstand tot beweegactiviteit

Respondenten werd gevraagd naar hun mening over de reisafstand tot de beweegactiviteit die zij ondernamen binnen de BeweegKuur. Het grootste deel van hen (66.6%) was van mening dat deze op fiets- of loopafstand moest zijn. Voor 16.7% van de respondenten maakte het niet uit hoe ver de reisafstand was, terwijl eveneens 16.7% van mening was dat de beweegactiviteit met de auto of het openbaar vervoer bereikbaar moest zijn.

3.2.8 Verwachtingen over de uitstroom na de BeweegKuur

De respondenten werd ook gevraagd naar hun verwachtingen over beweging en voeding na afloop van de BeweegKuur. Hieruit bleek dat het merendeel (88.9%) van de respondenten wil blijven bewegen en gezond wil blijven eten na afloop van de BeweegKuur. Daarnaast werd de respondenten gevraagd in welke vorm zij wilden bewegen na afloop van het programma. Iets minder dan de helft (43.6%) van de respondenten wilde blijven bewegen in een groep en 36.4% wilde alleen gaan bewegen. De helft van de respondenten wilde gaan bewegen met mensen van de eigen leeftijd en 41.1% wilde bewegen met mensen die dezelfde gezondheid hebben. Blijven bewegen met mensen met hetzelfde postuur bleek minder belangrijk: 23.5% zou dit wel willen en 29.4% gaf aan dit niet te willen.

Over de mogelijkheden om te bewegen na de BeweegKuur waren de respondenten positief. Een klein gedeelte (15.6%) zei niet te weten waar ze naar toe zouden moeten om te bewegen, terwijl 43.8% hier wel al een idee over had. Het merendeel (52.9%) wilde echter wel worden geholpen bij het zoeken naar een mogelijkheid om te blijven bewegen en 26.5% zei hierbij geen hulp te willen. Over het aanbod om te blijven bewegen waren de respondenten positief: 87.5% vond dat er genoeg mogelijkheden waren. Iets meer dan de helft (54.6%) van de respondenten zou willen blijven bewegen bij een beweegbegeleider die opgeleid is om mensen zoals hen te

begeleiden. Het houden van hulp van een voedingsbegeleider of diëtist na een jaar BeweegKuur bleek minder gewild: 33.3% wilde dit wel terwijl 39.4% dit niet wilde.

3.3 Evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting deelnemers

In totaal werden 55 evaluatievragenlijsten van deelnemers geretourneerd uit vier verschillende regio's (tabel 7). In een aantal regio's zijn de evaluatievragenlijsten na verschillende voedingsvoorlichtingen verspreid. Hierdoor hebben enkele deelnemers meerdere malen een evaluatievragenlijst ingevuld en zijn de vragenlijsten vooral door de deelnemers in Enschede ingevuld. De resultaten van de evaluatievragenlijst staan weergegeven in bijlage 6.

Tabel 7: Aantal respondenten per regio

	N	%
Enschede	40	72.7
Etten-Leur	5	9.1
Nijkerk	4	7.3
Ommen	6	10.9

Van de respondenten vond 88.9% de bijeenkomst heel nuttig en 11.5% was het eens met de stelling dat de bijeenkomst overbodig was. De inhoud van de bijeenkomst werd ook positief beoordeeld: 75.5% dacht iets te hebben geleerd, 90.4% vond de verstrekte informatie goed te begrijpen, 88.9% dacht de besproken thema's goed thuis toe te kunnen passen en iets meer dan de helft (61.1%) vond dat de onderwerpen in de bijeenkomst goed aansloten bij de verwachtingen. Op de vraag of deelnemers liever een gesprek alleen met de diëtist wilden reageerde één derde positief en iets meer dan een derde (35.2%) was het hier niet mee eens. Het merendeel van de deelnemers (81.5%) was het eens met de stelling dat de bijeenkomst helpt om gezonder te gaan eten. Dit alles resulteerde in een gemiddeld rapportcijfer voor de bijeenkomsten van 7.4 (SD=0.9)

In de open vragen werd deelnemers gevraagd positieve punten en verbeterpunten voor de desbetreffende bijeenkomst te benoemen. Deelnemers hadden een aantal positieve punten over het groepsproces. Zo vonden ze het fijn om problemen van anderen te horen, ervaringen uit te wisselen, en van elkaar te kunnen leren. Daarnaast gaven deelnemers aan het fijn te vinden dat het voedingsprogramma in groepsverband is zodat ze het niet alleen hoeven te doen. De inhoud van de bijeenkomst werd ook een aantal keer benoemd bij de positieve punten: de deelnemers vonden de bijeenkomst leerzaam en de informatie was duidelijk en gaf deelnemers nieuwe inzichten. Daarnaast werd het vragen stellen en de praktische tips gewaardeerd door deelnemers. Tot slot werden er nog enkele algemene positieve punten genoemd zoals de gezelligheid en openheid tijdens de bijeenkomsten en het feit dat iedereen zichzelf kon zijn en er geen sprake was van dwang.

Naast de positieve punten gaven deelnemers ook een aantal verbeterpunten aan. Zo was de inhoud niet voor elke deelnemer relevant en nieuw waardoor het soms veel herhaling was. Ook hadden de bijeenkomsten nog niet voor iedereen het gewenste resultaat tot gevolg. Het groepsproces kon ook verbeterd worden door niet altijd dezelfde mensen aan het woord te laten en te stimuleren dat iedereen een inbreng heeft en de aandacht wordt verdeeld. Daarnaast gaven enkele deelnemers aan zich te schamen om hier te zitten en het moeilijk te vinden om zich open op te stellen. Tot slot vonden deelnemers het tijdstip van de bijeenkomsten voor werkende mensen niet altijd prettig en was de groep in een aantal gevallen te groot. De tijd was soms ook te kort. Een andere deelnemer gaf aan vier bijeenkomsten ook wel voldoende te vinden. De ruimte die werd gebruikt voor de bijeenkomsten zou volgens één respondent ook groter moeten zijn. Een andere deelnemer maakte bij de vragenlijst de opmerking dat de privacy wel in de groep zou moeten blijven omdat de zaken die worden besproken erg persoonlijk zijn.

3.4 Focusgroepen deelnemers

Ongeveer de helft van de deelnemers aan de focusgroepen was ingedeeld in het zelfstandige beweegprogramma en de andere helft bewoog in het opstart- of het begeleide beweegprogramma. De deelnemers waren op één locatie in december of begin januari gestart terwijl op een andere locatie alle deelnemers pas begin februari waren gestart. Op één locatie hadden de deelnemers het voedingsprogramma bijna afgerond en waren de deelnemers net gestart of moesten nog starten met het beweegprogramma.

3.4.1 Redenen voor deelname aan de BeweegKuur

Over het algemeen waren de belangrijkste redenen voor deelname aan de BeweegKuur het voorkomen van ziektes en of complicaties, afvallen en het willen veranderen van de leefstijl. Een deelnemer zei over de reden van deelname: *“Ik kreeg de kans om mee te doen omdat de groep nog niet vol was en anders komt het er toch niet van om die laatste kilo`s kwijt te raken. Nu heb ik een stok achter de deur, en nu ga ik er gewoon voor.”* Gezondheidsproblemen zoals een hoge bloeddruk of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten waren ook een veelgenoemde reden voor deelname. Eén deelnemer zei hierover: *“Ik wil nu nog iets aan mijn leefstijl doen anders krijg ik suikerziekte”*. Andere redenen voor deelname waren: gezonder willen leven, verbeteren van de conditie, beter leren eten, geen medicijnen willen gebruiken en lekker en sportief bezig zijn. Tot slot gaven enkele deelnemers aan over de streep te zijn getrokken om deel te nemen: *“Mij hebben ze gewoon over de streep getrokken. De doktersassistente is er over begonnen en toen dacht ik laat ik het maar eens doen. Ook vanwege de goede begeleiding die je krijgt bij de BeweegKuur”*.

De vraag om deel te nemen aan de BeweegKuur kwam voor de meeste deelnemers niet onverwacht en zij besloten veelal meteen deel te nemen. Voor een enkeling kwam de vraag wel onverwacht doordat zij telefonisch werden benaderd om deel te nemen. Dit was echter geen belemmering om te besluiten deel te nemen aan de BeweegKuur. Een deelnemer zei hier over: *“Nou, het overviel me. Op vrijdagmorgen werd ik opeens gebeld en toen heb ik maar gezegd dat ik mee doe”*.

3.4.2 Voedingsprogramma

Het voedingsprogramma verschilde per locatie qua indeling, inhoud en vorm. Op één locatie werden de voedingsvoorlichtingen twee keer per week gegeven in een tijdsbestek van in totaal 3 weken. De voedingsvoorlichtingen bestonden hier elke week uit twee theorielessen van elk één uur en twee praktijklessen een uur waarbij deelnemers zelf kookten. Op de andere locaties waren de acht bijeenkomsten meer verdeeld over het jaar en werd de voedingsvoorlichting eens in de 2 tot 4 weken gepland. De voorlichtingen duurden ongeveer één tot anderhalf uur. Uit de focusgroepen kwam vooral naar voren dat deelnemers tevreden waren over het voedingsprogramma op de manier zoals die hen werd voorgelegd op een locatie. Als deelnemers weten wat zij kunnen verwachten, dan houden zij daar rekening mee. Dat vinden ze dan ook vaak werkbaar en prettig, zo bleek uit de focusgroepen.

Deelnemers waren tevreden over de tijdsduur van de voedingsvoorlichtingen die verschilde per locatie van één uur tot twee uur. De deelnemers van de locatie waarbij de voedingsvoorlichtingen in korte tijd heel intensief werden aangeboden waren hier erg tevreden over. Een kanttekening die hierbij gemaakt dient te worden is dat de meeste deelnemers op deze locatie nog niet gestart waren in het beweegprogramma en daardoor meer tijd hadden voor het voedingsprogramma. Eén deelnemer van deze locatie vertelde hierover: *“Na de voedingsvoorlichtingen heb je dan toch nog de individuele afspraken. En dan eens in de zoveel maanden nog een keer een bijeenkomst om te kijken hoe het is gelopen, dat zou wel fijn zijn”*. Voor deze locatie zou een terugkomdag een suggestie zijn om de deelnemers ook na langere tijd nog te motiveren gezond te blijven eten. De deelnemers van de andere locaties, waar de voedingsvoorlichtingen verspreid over het jaar waren gepland, vonden dit juist prettig. Een deelnemer maakte hier wel een kanttekening bij: *“Ik zou de voorlichting toch het liefst eens in de twee weken krijgen. Dan blijf je toch wat gemotiveerder om ook door te gaan, denk ik, dan eens in de maand.”* Het leek vooral belangrijk dat deelnemers vooraf duidelijk weten hoe lang de voedingsvoorlichtingen zullen duren en in welke frequentie deze worden gegeven en wat zij hier van kunnen verwachten. Tot slot gaven op één locatie de deelnemers uit het opstart- en begeleidde beweegprogramma aan dat de combinatie tussen drie keer per week bewegen en voedingsvoorlichting vooral in het begin veel was. Een suggestie die

hier werd gegeven was om één keer bewegen bij de fysiotherapeut te laten vervallen in de weken dat een voedingsvoorlichting is gepland. Voor de deelnemers uit het zelfstandige beweegprogramma was de belasting minder problematisch.

Ongeveer de helft van de deelnemers aan de focusgroepen was al eens bij een diëtist geweest in het verleden. Op één locatie gingen alle deelnemers ook naar de diëtist voor een individueel consult. Op de andere locaties was dit wisselend. Hier gingen enkelen wel naar een individueel consult en anderen volgden alleen de voedingsvoorlichting. Redenen om niet naar een individueel consult te gaan waren: het verbruiken van het eigen risico, de voedingsvoorlichting alleen was toereikend genoeg, verwachting dat een individueel consult niet veel invloed zal hebben of dat zij in het verleden al individueel contact hadden gehad met een diëtist. Eén deelnemer zei over het individuele consult: *“Ik heb wel eens bij een diëtist gezeten en dan hoor je wat wel en niet mag. Ja, je zit daar alleen en ze is echt op jou gericht. En nou zit je in een groep dat vind ik wat prettiger.”* Andere deelnemers vonden individuele consulten bij de diëtist wel een goede aanvulling op de voedingsvoorlichtingen en zij zagen dit als een goede stok achter de deur. Een opmerking die een deelnemer daarbij maakte was: *“Ik vind dat je tijdens een individueel consult beter afspraken maakt dan dat je in zo`n groep zit. Je maakt tijdens de voedingsvoorlichting geen definitieve afspraken. Dat komt er individueel beter uit dan in de groep.”* Daarnaast vonden deelnemers het fijn dat ze tijdens een individueel consult vragen konden stellen voor de eigen situatie. De combinatie tussen voedingsvoorlichtingen en individuele consulten lijkt de voorkeur te krijgen. Deelnemers gaven hierbij aan dat zij het prettig vinden om zelf mee te kunnen beslissen over het aantal individuele consulten en de tijdsplanning van deze afspraken.

Over de inhoud van de voedingsvoorlichtingen zijn de meeste deelnemers erg tevreden. Deelnemers vonden het fijn om informatie te krijgen over een gezond eetpatroon en deze informatie was ook voldoende en goed toe te passen in het dagelijkse leven. Voor een aantal deelnemers was de informatie al wel bekend, maar toch fungeerden de voedingsvoorlichtingen voor hen als een stok achter de deur. Daarnaast vonden deelnemers het prettig om de leefstijl met anderen te kunnen vergelijken. Een enkeling hoopte nog meer nieuwe informatie te krijgen. Een andere deelnemer gaf aan dat er tijdens de voedingsvoorlichtingen te veel gehamerd werd op de dingen die niet mogen of niet goed zijn. Deze persoon zei hier het volgende over: *“Er wordt bij de diëtist veel te veel gehakt op de ziektes die je kunt krijgen en veel minder waarom wij onze leefstijl aan moeten passen: om gezonder en bewuster te gaan eten”.* Deze mening werd niet door de andere deelnemers gedeeld al waren zij wel van mening dat het prettig was om meer praktische informatie te krijgen zoals goede vervangers van ongezonde producten en wat een goed ontbijt zou zijn. Deelnemers uit één focusgroep zouden het ook fijn vinden om meer informatie te krijgen over gezonde voeding in combinatie met

meer bewegen en wat goed is om te eten na afloop van het sporten. De gezelligheid was een belangrijk aspect van de voedingsvoorlichtingen voor veel deelnemers. Tot slot vonden deelnemers het fijn om afwisseling te hebben tussen theorie en praktijk. Een bezoek aan een supermarkt of een kookworkshop vonden deelnemers dan ook een goede afwisseling binnen de voedingsvoorlichtingen.

Alle deelnemers waren tevreden over de groepsgrootte waarin de voedingsvoorlichtingen werden gegeven. De grootte van de groepen verschilde op de locaties van een C groep van 3 personen tot een groep B bestaande uit 10-12 personen. Eén deelnemer vertelde over de kleine groep bestaande uit drie personen: *“Ik vind het wel fijn dat het een kleine groep is dan kan je het overal over hebben en van allerlei vragen stellen, dat is juist wel leuk!”*. De deelnemers die voedingsvoorlichting volgden in grotere groepen vonden dit geen probleem en juist wel gezellig. Deelnemers vonden het niet bezwaarlijk wanneer er nieuwe personen aan zouden sluiten in de groep bij de voedingsvoorlichtingen. Echter, hierbij werd aangegeven dat groepsbinding en gezelligheid wel belangrijk is. De verwachting was dat dit minder het geval zou zijn wanneer er telkens nieuwe personen aanhaakten tijdens de voedingsvoorlichtingen. Er bestond bij de deelnemers geen behoefte om de partner te betrekken in het voedingsprogramma. Een enkeling nam de partner wel mee naar de individuele consulten.

3.4.3 Beweegprogramma

De deelnemers uit de focusgroepen waren verdeeld over de drie verschillende beweegprogramma's in de BeweegKuur. De deelnemers in het zelfstandige beweegprogramma waren uiteenlopende beweegactiviteiten gaan doen: wandelen, fietsen, nordic-walken, zwemmen en dansen. Eén deelnemer in het zelfstandige beweegprogramma gaf aan erg teleurgesteld te zijn over het beweegaanbod in de BeweegKuur en vond het jammer dat alleen over voeding werd gesproken. *“Ik vind de BeweegKuur een verkeerde benaming, want ik beweeg hier niet dat doe ik zelfstandig. Het is alleen maar praten over eetgewoontes, ik ben op het verkeerde been gezet. Als er in dit jaar alleen over voeding wordt gepraat dan denk ik dat ik een keer afhaak”*. Voor enkele deelnemers in het zelfstandige beweegprogramma bestond er behoefte aan duidelijke informatie over het programma en de mogelijkheid om samen te sporten met anderen.

De deelnemers die al waren gestart in het opstart- en begeleidde beweegprogramma waren heel positief over het beweegprogramma bij de fysiotherapeut. De begeleiding vonden zij erg goed. Eén deelnemer zei hier over: *“De fysiotherapeut ziet alles, ook als het niet goed gaat. Ook als ondersteuning als je er een paar keer niet bent geweest. Ik had het een tijdje geleden moeilijk en dan word ik gebeld en dat heb ik soms*

toch wel even nodig". Een aantal deelnemers had al besloten om na drie maanden begeleiding bij de fysiotherapeut te blijven bewegen omdat de begeleiding goed is en zij die setting kennen. De kosten zijn vergelijkbaar met een sportschool. Op één locatie was er bij de fysiotherapeut onvoldoende ruimte om na de begeleiding te blijven bewegen. De deelnemers waren hier van plan om bij een goedkope sportschool te gaan trainen of meer te gaan wandelen en of fietsen. Een aantal deelnemers had nog geen plannen gemaakt voor het bewegen na afloop van het opstart of begeleid beweegprogramma.

De meningen waren verdeeld over de vraag of deelnemers het fijner vonden om in een groep of individueel te bewegen. Een aantal deelnemers vond bewegen in groepsverband fijner doordat dit zorgde voor een verplichting en omdat het heel gezellig was. Een enkeling vond het te duur om te (blijven) bewegen bij de fysiotherapeut en koos daarom voor een combinatie tussen individueel sporten en in groepsverband bij de fysiotherapeut. Andere deelnemers vonden het fijner om niet aan tijden gebonden te zijn en gingen liever individueel sporten wanneer zij tijd hadden.

Het beweegprogramma vonden de deelnemers over het algemeen het leukste onderdeel van de BeweegKuur. Deelnemers gaven echter wel aan dat zij de combinatie tussen voeding en bewegen binnen de BeweegKuur noodzakelijk vinden. Een respondent zei hier over: *"Het één kan niet zonder het ander, het hoort bij elkaar"*.

3.4.4 Verwachtingen van de BeweegKuur

Uit de focusgroep bleek dat de BeweegKuur voor deelnemers een succes zou zijn wanneer men is afgevallen en het streefgewicht wordt bereikt. Andere deelnemers vonden de BeweegKuur een succes wanneer zij een gezondere leefstijl vol kunnen houden. Deze deelnemers merkten nu al dat zij zich fitter en of gezonder zijn gaan voelen. Dit willen zij daarom proberen vol te houden. Eén deelnemer zei hier over: *"Ik voel het aan mijn eigen lichaam. Ik kreeg mijn suiker nooit op pijn en nu is me dat wel gelukt dus ik zie er echt het nut van in"*.

Deelnemers hadden het streven en de hoop dat zij de gezondere leefstijl volhouden ook na afloop van de BeweegKuur. Wel hadden zij twijfels of ze dit ook daadwerkelijk vol konden houden: *"Ik vind het wel heel moeilijk om het steeds vol te houden"*. Een andere deelnemer zei hier over: *"Ik wil het eigenlijk niet zien als een dieet maar meer dat het normaal wordt, zonder dat je het gevoel hebt dat je dingen niet mag. Daar wil ik het liefste naar toe, dat dit normaal wordt"*. Deelnemers gaven aan dat zij moeilijkheden zien in het volhouden van het gedrag zowel als de begeleiding minder zal worden na drie maanden als na een jaar wanneer alle begeleiding weg zal vallen. Eén deelnemer zei over de begeleiding van een jaar het volgende: *"Ik vind het wel fijn dat we nog een jaar lang contact hebben met de diëtiste en met de leefstijladviseur, dat je een*

soort controle hebt. Want anders ben ik wel bang dat je dan toch weer terug gaat vallen”.

3.4.5 Materialen

Het logboek werd heel wisselend gebruikt door de deelnemers. Voornamelijk de deelnemers in het zelfstandige beweegprogramma lijken meer nut te zien in het bijhouden van een logboek. Een deelnemer zei hier over: *“Ik vind het wel handig om te kijken wat ik nu allemaal doe”*. Het logboek werd bij deze deelnemers ook besproken met de leefstijladviseur. Een aantal deelnemers in het opstart- en begeleide beweegprogramma hield tijdens het sporten bij de fysiotherapeut de oefeningen bij die werden gedaan en zij zagen daarom minder nut in het gebruik van het logboek. Deze deelnemers wilden het logboek misschien wel gaan gebruiken als ze meer zelfstandig gaan bewegen wanneer de begeleiding minder wordt. Een andere deelnemer was niet van plan om het logboek te gebruiken: *“Om alles op te schrijven dat is niks voor mij. Dan ga ik bijhouden hoe lang ik heb gelopen en dan vergeet ik het uiteindelijk nog als ik het op wil schrijven”*. Een aantal deelnemers had nog niet in het logboek gekeken en werd ook niet gestimuleerd om het te gebruiken: *“Ik heb er wel in gekeken en ik heb het meegenomen als we een gesprek hadden. Maar dan gebruik ik het eigenlijk niet.”* Op één locatie hadden een aantal deelnemers nog geen logboek ontvangen. De inhoud van het logboek werd goed beoordeeld door de deelnemers die het logboek gebruikten. Praktische voorbeelden van bijvoorbeeld een goed ontbijt of tussendoortje zou een goede aanvulling zijn in het logboek. Over het algemeen staat er voldoende en nuttige informatie in het logboek.

Een eetdagboek werd door enkele deelnemers bij gehouden. Deze deelnemers vonden het ook nuttig omdat het zorgde voor bewustwording van alles wat je eet. Een deelnemer zei hier over: *“Het is goed om na te denken wat je allemaal eet”*. Deelnemers gaven aan dat zij het wel fijn zouden vinden om feedback te krijgen op het eetdagboek. Dit zou bijvoorbeeld een advies kunnen zijn wat zij zouden kunnen veranderen aan de voeding of wat zij juist goed doen. Nu werd er vaak niet meer gekeken naar het voedingsdagboek. Een deelnemer die geen eetdagboek bij wilde houden zei hier over: *“Ik weet toch wel wat ik eet zonder dat ik allemaal op te schrijven iedere dag”*. Op één locatie reageerden deelnemers argwanend op het idee om het voedingsgedrag bij te houden en waren zij dan ook niet van plan om een eetdagboek in te vullen.

Het zou goed zijn als deelnemers gestimuleerd werden in het gebruik van het logboek zodra zij zelfstandig gaan bewegen. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens follow-up consulten te vragen naar het logboek en dit samen met de deelnemer te bekijken en hier feedback op te geven. Daarnaast lijken praktische voorbeelden van gezonde voeding een goede aanvulling van de informatie in het logboek. Bespreking van het eetdagboek lijkt

ook een goede stimulans voor deelnemers. Als zij een eetdagboek invullen vinden ze het prettig om daarna concrete tips te krijgen hoe zij de voeding verder kunnen verbeteren en te horen wat zij momenteel al goed doen.

3.4.6 Overige punten

De eigen bijdrage voor beweegactiviteiten bleek geen probleem te zijn. Op één locatie met veel allochtone deelnemers, waren voldoende goedkope sportscholen. Eén vrouwelijke deelnemer gaf aan liever met andere vrouwen te bewegen en hield hier rekening mee bij het kiezen van de sportschool. Op de andere locaties vormde de eigen bijdrage geen probleem. Het inleveren van eigen risico voor een individueel consult bij de diëtist was echter soms wel een struikelblok voor deelnemers. Zij kozen er dan voor om niet naar een individueel consult bij een diëtist te gaan, mede omdat zij daar niet veel meerwaarde in zagen. De deelnemers vonden dat er voldoende mogelijkheden waren in het lokale beweegaanbod.

3.5 Interviews zorgverleners

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de interviews met de zorgverleners besproken. Eerst komen de verbeterpunten van de BeweegKuur aan bod. Dit wordt gevolgd door de mening van de zorgverleners over de doorontwikkeling naar overgewicht en obesitas. Daarnaast worden de werkzaamheden van de huisarts, leefstijladviseur, diëtist en fysiotherapeut met betrekking tot de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas besproken.

3.5.1 Algemene mening over de BeweegKuur

De zorgverleners die al enkele jaren werkten met de BeweegKuur voor diabetes werd gevraagd of zij nog verbeterpunten hadden voor zowel de BeweegKuur voor diabetes als de doorontwikkelde BeweegKuur. Daarna werd zorgverleners gevraagd wat hun mening was over de doorontwikkeling. De zorgverleners gaven de volgende verbeterpunten aan voor de BeweegKuur:

- o *Tijdsbestek*: vanuit NISB lag er een hoge tijdsdruk, waardoor deelnemers snel geïncorporeerd moesten worden.
- o *Motivatie van deelnemers*: alleen 'motivational interviewing' (MI) was niet genoeg voor het motiveren van de deelnemers. De deelnemer zelf moest ook gemotiveerd zijn om het gedrag te kunnen veranderen en daarom was het belangrijk dat deelnemers goed gemotiveerd werden door de zorgverleners voordat ze als deelnemer aan de BeweegKuur instroomden. Dit was vanwege de tijdsdruk soms lastig te realiseren.

- *Financiering*: als je de BeweegKuur als leefstijladviseur goed uit wilt voeren, dan worden niet alle uren vergoed. Ook zijn de begrote projectkosten niet toereikend. Op een aantal locaties steken zorgverleners veel eigen tijd in de uitvoer van de BeweegKuur, waardoor de interventie op die locaties goed loopt.
- *Eigen bijdrage deelnemers bewegen*: voor sommige deelnemers was de eigen bijdrage van 15 euro per maand bij de fysiotherapeut een struikelblok waardoor ze niet wilden deelnemen. Dit was vooral het geval bij mensen met een lage sociaal economische status. Voor andere deelnemers kon een eigen bijdrage echter een goede motivator zijn om vol te houden.
- *Eigen bijdrage deelnemers diëtist*: zeker aan het begin van het jaar kan het eigen risico wat aan de zorgverzekering vast zit een belemmering vormen om niet naar de diëtist te gaan. Zeker voor overgewicht en obesitas deelnemers, die niet per sé kosten maken in de gezondheidszorg. Een aantal zorgverleners gaf aan dat een aantal deelnemers hierdoor niet op individueel consult bij de diëtist wilden, omdat ze dan het eigen risico kwijt raakten. In de focusgroep van diëtisten kwam naar voren dat het voedingsprogramma idealiter een combinatie zou zijn tussen voedingsvoorlichting in de groep en individuele consulten. De deelnemers voor wie het eigen risico een nadeel is, zouden in dat geval een minder goed voedingsprogramma krijgen dan de deelnemers die het wel kunnen betalen.
- *Indelen in groepen/aantallen*: op papier waren de groepen voor het beweegprogramma mooi beschreven, maar in praktijk was dit anders. Met enkele jaren ervaring werden de zorgverleners hier wel kundiger in. Zorgverleners gaven aan dat de inclusiecriteria niet helemaal strikt werden gebruikt, omdat zij inmiddels zelf een goede inschatting konden maken of iemand geschikt zal zijn voor het zelfstandig beweegprogramma. Doordat dit een pilot was, moesten deelnemers soms in een bepaalde groep geplaatst worden om aan de aantallen te komen.
- *Programma 1 (zelfstandig beweegprogramma)*: een aantal leefstijladviseurs (die geen fysiotherapeut zijn) gaven aan dat ze het idee hadden dat ze bij programma 1 de deelnemers weinig konden bieden. Als idee had één van de leefstijladviseurs om alle deelnemers aan programma 1 een korte conditietest bij de fysiotherapeut te laten doen bij aanvang van de BeweegKuur. De deelnemer weet dan wat het conditieniveau was bij aanvang. Daarnaast kan dit motiverend werken als deelnemers een test moeten doen. Na een jaar (of eerder) kan er dan weer een test gedaan worden. Dan kan de deelnemer een eventuele vooruitgang waarnemen.
- *Het programma is voor de deelnemers niet 'bindend' genoeg*: in één regio vonden de zorgverleners het programma voor de deelnemer te 'vrijblijvend', met een lage opkomst bij de voedingsvoorlichtingen tot gevolg. Daarom hadden deze zorgverleners besloten om met de deelnemers een soort contract op te stellen waaruit blijkt dat de

deelnemers de intentie hebben om aan het gehele programma mee te doen. Wanneer blijkt dat dit op deze locatie goed werkt, zou NISB kunnen overwegen om dit op meerdere locaties aan te bieden.

- *Aantal personen per programma:* aan het begin van de pilot (2008) konden veel mensen in het begeleid beweegprogramma terecht. Dit aantal werd echter steeds kleiner. Op één locatie waren er veel deelnemers die juist geschikt zijn voor dit programma. Op deze locatie was het zelfstandig en opstart programma in de praktijk minder bruikbaar, veelal omdat het allochtone deelnemers betrof waarbij meer begeleiding was vereist. De beste resultaten op deze locatie werden dan ook geboekt bij het begeleid beweegprogramma.
- *Gegevensoverdracht:* een aantal zorgverleners noemde als verbeterpunt de gegevensoverdracht tussen zorgverleners. Via de mail kon dit eigenlijk niet, vanwege de bescherming van patiëntgegevens. Een web-based programma zou dan ook gewenst zijn.
- *Sociale kaart:* In de meeste regio's was de sociale kaart inmiddels naar tevredenheid van de zorgverleners. In een enkele regio nog niet. Voor allochtone vrouwen leek dit met name moeilijker te zijn. Op één locatie waren volgens de zorgverleners de sportscholen speciaal voor vrouwen heel duur of er was een wachtlijst.
- *Leeftijdsgrens:* Momenteel doen er in regio's ook mensen van boven de 80 jaar mee. De vraag reist of de BeweegKuur ook voor deze groep is bedoeld en of het programma ook hierbij nog effectief is.
- *Testen:* een fysiotherapeut gaf aan dat de steep ramp test niet altijd geschikt was voor de deelnemers. Het was een heel praktische test, maar wel 'natte vinger werk' volgens deze fysiotherapeut. De test was in zijn ogen niet erg betrouwbaar. Het geeft wel een indicatie en daar gaat het om. Als er geen bètablokkers gebruikt werden, dan deed deze fysiotherapeut wel eens de astrand-test.
- *Steep ramp test:* voor allochtonen die niet kunnen fietsen was deze test niet geschikt. Een wandeltest was dan wel een optie.

Zorgverleners werd vervolgens gevraagd naar hun mening over de doorontwikkeling van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas. Alle zorgverleners waren het er over eens dat het goed was om de BeweegKuur door te ontwikkelen voor mensen met overgewicht of obesitas. Een zorgverlener zei hierover: *"Een heel goede doorontwikkeling. Het is een doelgroep die je altijd al meer zou willen laten sporten en nu kun je ze concreet iets aanbieden."* Een andere zorgverlener over de doorontwikkeling: *"De deelnemers in de overgewicht en obesitas groep hebben vaak het gevoel dat ze op meerdere gebieden gefaald hebben, zowel op het gebied van bewegen als voeding. Het is goed om deze mensen iets te bieden."* Ook gaf een zorgverlener aan dat het format van de BeweegKuur goed 'staat', en dat het daardoor ook goed doorontwikkeld kan worden naar andere

doelgroepen. Een andere zorgverlener had meer van de doorontwikkeling verwacht, omdat deelnemers met een BMI hoger dan 35 niet geïncludeerd werden vanwege de inclusiecriteria. Deze zorgverlener was van mening dat de meeste winst juist bij deze mensen met een hogere BMI te behalen is.

3.5.2 Verschillen tussen diabetes en overgewicht en obesitas doelgroep

Enkele verschillen werden geobserveerd tussen de overgewicht en obesitas groep en de diabetes groep. Veel zorgverleners gaven echter aan dat er vooral veel overeenkomsten waren. Het leek dat het lichaamsbeeld een grotere rol speelde bij de overgewicht en obesitas deelnemers. Een ander verschil was dat diabetes patiënten zich meer bewust waren van het feit dat ze iets aan de gezondheid willen doen, bijvoorbeeld het medicijngebruik minderen. Bij de overgewicht of obesitas deelnemers was dit minder het geval. Ook hadden overgewicht of obesitas deelnemers vaker zonder succes afvalpogingen ondernomen en waren daardoor bang dat dit ook niet zou gaan lukken. Daarnaast deden de deelnemers aan de overgewicht en obesitas pilot vaker mee om af te vallen, terwijl de diabetes meededen vanwege de gezondheid. Een ander verschil was de leeftijd van de deelnemers. De overgewicht en obesitas deelnemers waren over het algemeen jonger dan de diabetes. Daardoor konden ze tijdens het bewegen ook meer (en sneller) belast worden. Het verschil in motivatie van de deelnemers verschilde per locatie. Op één locatie leken de overgewicht en obesitas deelnemers minder gemotiveerd dan de diabetes. Maar dit kon ook veroorzaakt zijn door de tijdsdruk van includeren. De deelnemers moesten relatief snel instromen, waardoor ze niet optimaal gemotiveerd konden worden. In een andere praktijk leken de overgewicht en obesitas deelnemers juist meer gemotiveerd dan de diabetesgroepen, vooral om deel te nemen aan de voedingsvoorlichting. Bij de overgewicht en obesitas groep was er ook sprake van een grotere dieetgeschiedenis. Een ander verschil was het feit dat de diabetes het eetpatroon meer op orde leken te hebben vergeleken bij de overgewicht en obesitas deelnemers. Het laatste verschil was dat diabetes vier keer per jaar op consult komen en gewend zijn om iets over leefstijl te horen. De overgewicht en obesitas groep was dit echter niet gewend. Soms viel het bij deze overgewicht of obesitas deelnemers dan verkeerd om over leefstijl te beginnen. In dit geval zou de zorgverlener meer tijd nodig hebben om de deelnemer hier op voor te bereiden, maar in de pilot was de tijdsdruk erg hoog. Ondanks de verschillen waren er ook veel overeenkomsten tussen beide groepen. Over het algemeen dachten beide patiëntengroepen dat ze niet echt ziek waren, of ze voelden zich niet ziek.

3.5.3 Begeleiding en invoering van de doorontwikkelde BeweegKuur

Allereerst werd zorgverleners gevraagd wat de mening was over de introductie vanuit NISB over de doorontwikkeling van de BeweegKuur. De zorgverleners vonden de korte toelichting van NISB over de veranderingen in de interventieopzet en inhoud belangrijk bij aanvang van de doorontwikkeling. Maar men was van mening dat de verandering niet erg groot was. Voor nieuwe praktijken zou het wel goed zijn als NISB aanwezig is bij een toelichting over de invoering van de doorontwikkelde BeweegKuur. Dit kan ook voor de motivatie van de zorgverleners goed zijn. Een zorgverlener zei hierover: *“Dat je weet waarvoor je het allemaal doet”*. Mondelinge toelichting vanuit NISB of de ROS was daarom wel gewenst. Je kreeg als zorgverlener veel grote bestanden van NISB en deze werden opgeslagen, maar er was te weinig tijd om het te lezen. Een zorgverlener zei hierover: *“Het is toch wel belangrijk om mondelinge toelichting te krijgen. Dat werkt heel verhelderend, dat de verschillen even kort toegelicht worden.”*

Over het algemeen vonden de zorgverleners de begeleiding vanuit NISB en de ROS goed. Aan het begin van de pilot voor diabetes in 2008, was deze begeleiding een stuk minder en werd als minder ervaren. Uit de interviews kwam naar voren dat het voor zorgverleners belangrijk is dat er één aanspreekpunt is waar zij terecht kunnen voor vragen.

Tijdens de interviews werden zorgverleners ook gevraagd naar de mening over het prototype. Niet alle zorgverleners hadden het doorontwikkelde prototype voor overgewicht en obesitas gezien, vooral de huisartsen en de fysiotherapeuten niet. Maar de zorgverleners gaven aan deze ook niet te missen omdat er voor hen niet veel was veranderd. De zorgverleners die wel een prototype hadden gehad vonden dit toereikend. Eén leefstijladviseur gaf aan dat de handleiding wel geüpdate moest worden. Hier stond nu het inspannings-ECG nog in. Door alle veranderingen was het belangrijk om een recente versie van de handleiding te hebben. Een leefstijladviseur gebruikte de handleiding ook altijd bij consulten om te kijken of alles besproken was. Een andere leefstijladviseur gaf aan dat het fijn zou zijn als er een checklist (lieft digitaal) kwam van alle punten die je tijdens de intake en follow-up consulten zou moeten bespreken. Dit kan vooral voor een beginnende leefstijladviseur bruikbaar zijn.

3.5.4 Weigering deelname en vroegtijdige uitval

De zorgverleners werd gevraagd naar de verschillende redenen waarom deelnemers weigerden deel te nemen aan de BeweegKuur. Het eerste punt was de tijdsdruk bij de zorgverleners. Omdat de deelnemers zo snel in moesten stromen, hadden de huisarts en POH te weinig tijd om motivational interviewing goed toe te passen. Een andere huisarts gaf aan dat het voor hen geen gunstige tijd was om te includeren. Vanwege de grieprik

hadden de huisartsen en POH weinig tijd om aan de inclusie van de BeweegKuur te besteden. Wanneer hier meer tijd voor was geweest, hadden huisartsen en/of POH de deelnemers beter kunnen motiveren en er vaker op terug kunnen komen. Een andere reden voor deelnemers om niet deel te nemen was de eigen bijdrage bij de fysiotherapeut. Daarnaast zag een aantal deelnemers het groepsproces niet zitten, waardoor zij deelname weigerden. De laatste reden was de tijdsinvestering voor de deelnemer. De overgewicht en obesitas deelnemers waren over het algemeen jonger dan de diabeten en werkten nog. Het was voor een aantal van deze deelnemers moeilijk om alle onderdelen in te plannen tijdens werktijd. Ook voor mensen met kinderen was het moeilijker om oppas te vinden en deel te nemen aan de BeweegKuur.

Zorgverleners werd vervolgens gevraagd hoe deze deelnemers eventueel te motiveren zouden zijn. De zorgverleners verwachtten dat bij een natuurlijke instroom, wanneer de BeweegKuur in de basisverzekering komt, dit makkelijker zal zijn. Dan kan de zorgverlener vaker op de leefstijl terug komen en de deelnemer rustig voorbereiden en motiveren voor de BeweegKuur. Een ander punt om deelnemers te motiveren was het bewust maken van het feit dat men ongezond leeft. Bijvoorbeeld een conditietest waaruit blijkt dat de deelnemer beperkte capaciteiten heeft kan hierbij bruikbaar zijn.

Ook werd zorgverleners gevraagd hoe zij handelen als deelnemers vroegtijdig dreigden uit te vallen. In dat geval belden de zorgverleners hen na en probeerden de deelnemers er weer opnieuw bij te betrekken. Een zorgverlener gaf aan dat het misschien goed zou zijn om exit-gesprekken uit te voeren, zodat de zorgverleners leren van redenen waarom de deelnemer uitvalt.

3.5.5 Scholing en vaardigheden

De meeste zorgverleners hadden het idee dat zij goed geschoold waren. Een aantal professionals had toch nog behoefte aan scholing of informatie over de volgende onderwerpen. Eén leefstijladviseur had behoefte aan meer informatie over mensen met extreem overgewicht. Psychologische problemen kunnen hierbij een rol spelen en hier zouden leefstijladviseurs informatie over willen ontvangen. Een andere leefstijladviseur had behoefte aan criteria wanneer een inspannings-ECG eventueel toch nog gemaakt moet worden. In de handleiding voor de leefstijladviseur staat nu (volgens een leefstijladviseur) dat de huisarts en de leefstijladviseur samen een inschatting maken van de inspanningsbeperkingen. Deze leefstijladviseur gaf aan dat hier dan echt nog scholing voor nodig was. Eén fysiotherapeut vertelde dat de scholing voor diabeten erg fijn was en zou ook zeker deelnemen als dit er ook voor overgewicht en obesitas kwam. Wel was het dan belangrijk dat bij de scholing de kwaliteit gewaarborgd bleef. Een fysiotherapeut vertelde dat de scholing in 2008 drie dagen duurde en dat dit heel goed was. Het programma is meer dan alleen trainen en testen afnemen. Nu is de training nog maar

één dag en de fysiotherapeut denkt dat dit de kwaliteit kan verlagen. Tot slot hadden twee leefstijladviseurs de opleiding tot leefstijladviseur gevolgd. Zij waren eerder al actief als fysiotherapeut in de BeweegKuur. Beiden vonden de cursus tot leefstijladviseur niet zinvol als je al met het programma hebt gewerkt.

Motivational interviewing werd door alle zorgverleners als heel erg belangrijk ervaren en men paste deze gesprekstechniek altijd toe. De meeste zorgverleners hadden de cursus gevolgd (of in een eerdere opleiding gehad), alleen de huisartsen niet allemaal. Het merendeel van de geïnterviewden gaf ook aan nog wel een opfriscursus te willen volgen. Een zorgverlener zei hierover: *“We hebben vorig jaar een opfriscursus gehad en dan merk je toch dat je de dingen die goed gaan veel gebruikt, maar de andere aspecten meer links laat liggen. Ik denk dan ook dat het niet verkeerd is om dit ieder jaar op te frissen.”*

3.5.6 Rol van de huisarts in de BeweegKuur

Allereerst werd nagegaan bij de zorgverleners of deelnemers daadwerkelijk naar de huisarts gingen voordat zij instroomden in de BeweegKuur. Over het algemeen gingen de deelnemers in deze pilot bij de huisarts langs. Maar ze gingen niet eerst naar de huisarts en dan naar de leefstijladviseur, zoals dat in het prototype staat voorgeschreven. De deelnemers werden door de POH of leefstijladviseur geselecteerd en vervolgens teruggestuurd naar de huisarts. De POH of leefstijladviseur had altijd een terugkoppeling met de huisarts over de deelnemers.

De zorgverleners vonden het ook belangrijk dat de deelnemers naar de huisarts gingen. Voor een deelnemer kon het een opsteker zijn dat de huisarts hem of haar doorverwees. Ook gaf een leefstijladviseur (die fysiotherapeut was) aan dat het belangrijk was omdat de huisarts een inschatting kan maken van de gezondheid van de deelnemer. De leefstijladviseur zei hierover: *“Ik vind het heel belangrijk dat de deelnemer ook naar de huisarts gaat. Wij zijn geschoold op het bewegingsapparaat en de huisarts op het inwendige. Daardoor vind ik het heel belangrijk dat de huisarts zijn goedkeuring geeft, want voor hetzelfde geld ga je aan de slag met iemand die een tijdbom is.”* De leefstijladviseurs die POH waren en de POH'ers die samen werkten met een leefstijladviseur (die fysiotherapeut was), vonden het niet noodzakelijk dat alle deelnemers naar de huisarts gingen. Zij zagen de deelnemers net zo vaak als de huisarts en konden ook een goede inschatting maken. Wel was er dan een goede terugkoppeling met de huisarts over de deelnemers. Een andere leefstijladviseur vond het belangrijk dat de huisarts bij de BeweegKuur betrokken bleef. Eén huisarts gaf ook aan dat het van waarde was dat de huisarts de deelnemer ziet en bekrachtigt dat het goed is voor de deelnemer. Het was vooral afhankelijk van de locatie of de deelnemer altijd langs de huisarts ging.

Zorgverleners kregen ook de vraag voorgelegd of zij dachten dat de huisarts de deelnemers ook daadwerkelijk kan motiveren. Door de korte tijd van includeren hadden de POH en huisarts weinig tijd om de deelnemers echt te motiveren voor zij bij de leefstijladviseur kwamen. Dit was bij de diabetes BeweegKuur (2008) wel het geval. Voor veel patiënten kon het bezoek aan de huisarts voor extra motivatie zorgen. Een andere leefstijladviseur gaf aan dat zowel diabeten als overgewicht en obesitas deelnemers over het algemeen slecht gemotiveerd waren. Bij een natuurlijke instroom heb je meer tijd om ze te “bewerken” en er vaker over te beginnen zodat ze geleidelijk aan gemotiveerd raken. Eén huisarts gaf aan nog zoekende te zijn hoe de deelnemer gemotiveerd moest worden: *“Je hebt één gesprek de kans en het volgende moment is misschien pas een paar maanden later als de deelnemer weer op consult komt”*.

Tot slot werd gevraagd of in vervolggconsulten bij de huisarts werd terug gekomen op de deelname aan de BeweegKuur. Dit was wisselend. Vaak kwam het door tijdgebrek dat de huisartsen hier niet aan toekwamen. Wel probeerden de huisartsen terug te komen op leefstijl in de consulten met de deelnemer. Een POH gaf aan dat het goed zou zijn als er in het computersysteem dat in de praktijk wordt gebruikt, een codering voor de BeweegKuur komt, zodat de huisarts duidelijk in beeld heeft staan dat het een (oud) BeweegKuur deelnemer betreft. Een leefstijladviseur gaf aan dat bij de jaarcontrole met diabeten bij de huisarts, leefstijl een vast onderdeel was van het consult. Bij overgewicht en obesitas werd dit een stuk moeilijker aangezien zij geen vaste controle bij de huisartsenpraktijk hadden.

3.5.7 Rol van de leefstijladviseur in de BeweegKuur

Allereerst werd nagegaan hoe de intake verliep bij de verschillende leefstijladviseurs. De leefstijladviseurs hadden de intake iets veranderd ten opzichte van de intake met diabetes patiënten. Er was nu meer aandacht voor voeding en tijdens de intake gaven de leefstijladviseurs uitleg over het programma. Veel deelnemers gingen er vanuit dat ze drie maanden bij de fysiotherapeut gingen bewegen wanneer zij deelnamen aan de BeweegKuur, maar dit was niet in alle gevallen zo. Sommige deelnemers waren dan erg teleurgesteld wanneer ze niet bij de fysiotherapeut gingen bewegen. Een toevoeging op de intake zou een informatieformulier of folder vanuit NISB zijn waarin de BeweegKuur en het daarbij behorende beweeg- en voedingsprogramma duidelijk uitgelegd wordt. Een leefstijladviseur zei hierover: *“Ik merk dat er bij de overgewicht en obesitas deelnemers nog veel onduidelijkheid is. Bij de BeweegKuur denken ze allemaal dat ze bij de fysiotherapeut gaan bewegen. Dan is het heel moeilijk om ze nog te motiveren als ze naar het zelfstandig beweegprogramma moeten. Een folder waarin de programma’s duidelijk uitgelegd worden kan hierbij helpen.”* Bij de locaties waar de leefstijladviseur

geen POH was, vulde de POH een doorverwijsformulier in waar het medicijngebruik, beweeggedrag en verwijzing naar diëtist op stond.

Eén leefstijladviseur gaf aan de intake in sommige gevallen in tweeën te delen bij mensen die nog wat meer tijd nodig hadden om gemotiveerd te raken. Dan bracht de leefstijladviseur de eerste keer alles in kaart en gaf al wat informatie en de tweede afspraak was dan de echte intake voor de BeweegKuur. Een reden hiervoor was dat de deelnemers vaak al bij de leefstijladviseur waren geweest en daarna naar de huisarts gingen. In het prototype staat dat de deelnemer via de huisarts naar de leefstijladviseur gaat, waar de huisarts de deelnemer al 'warm' maakt voor deelname. Omdat deze stap dan wordt overgeslagen, kan het goed zijn om de intake in tweeën te delen. De meeste leefstijladviseurs hadden aan 60 minuten genoeg tijd voor de intake, maar hielden nooit tijd over. Eén leefstijladviseur, die fysiotherapeut is, nam iets meer tijd maar testte de deelnemers dan ook meteen. Op de locaties waar naast de leefstijladviseur ook een POH betrokken was, duurde de intake bij de POH ongeveer een half uur. De meeste leefstijladviseurs hadden nog geen follow-up consulten gehad ten tijde van de interviews, maar dachten dat ze voldoende zouden hebben aan de voorgeschreven tijd. Er werd geprobeerd om bij follow-up consulten de richtlijnen uit het prototype aan te houden.

Leefstijladviseurs werd tevens gevraagd of zij doelen op stelden met de deelnemer. Dit bleek afhankelijk te zijn van het programma waarin de deelnemer was ingedeeld. In het zelfstandig beweegprogramma probeerden de leefstijladviseurs wel meteen duidelijke doelen met de deelnemer op te stellen. In de programma's bij de fysiotherapeut werden de doelen pas later opgesteld. Een leefstijladviseur gaf aan dat er tijdens de intake niet altijd genoeg tijd was om doelen op te stellen, en dat werd doorgeschoven naar een volgend consult. Daarnaast bleek dat de doelen van de zorgverlener vaak niet zo hoog waren als die van de deelnemer. De deelnemers hadden vaak als doel om veel af te vallen. Dit probeerden de leefstijladviseurs dan te nuanceren, zodat het ook haalbare doelen waren. De leefstijladviseurs kwamen in de vervolgconsulten ook terug op de opgestelde doelen.

Aan de leefstijladviseurs werden enkele vragen over de materialen gesteld om te achterhalen of de materialen gebruikt werden en in hoeverre deze ook geschikt waren voor de doorontwikkelde BeweegKuur. Als eerste de *BeweegScore lijst*. Deze werd niet door alle leefstijladviseurs gebruikt. Eén leefstijladviseur gebruikte de lijst en vond het ook nuttig. De andere leefstijladviseurs gebruikten de lijst af en toe, maar deden er verder niets mee. Deze lijst werd als niet heel relevant beoordeeld.

Het volgende materiaal was de *Vragenlijst Beweeggedrag*. Deze lijst werd door alle leefstijladviseurs gebruikt en deze vonden zij ook handig. *"Door er mee te werken leer je ook door te vragen aan de deelnemers of ze ook echt zoveel bewegen als ze*

aangeven". Een leefstijladviseur gaf ook aan dat het fijn is dat deze lijst digitaal in het registratieformulier is opgenomen.

Vervolgens de *ICF-BeweegKuur*. Hier leek een verschil te zijn tussen de leefstijladviseurs die fysiotherapeut zijn en leefstijladviseurs die POH zijn. Fysiotherapeuten waren gewend aan het werken met de ICF en gebruikten dit standaard. Zij gebruikten dan ook niet het formulier maar alle punten van de ICF kwamen wel ter sprake. Ook kwamen zij hier in vervolgspraken op terug. De leefstijladviseurs die POH waren, vonden dit formulier aan het begin heel complex. Nu ze er veel mee werkten vonden zij het prettiger om hier mee te werken. Meestal werd het formulier alleen bij de intake gebruikt. Eén leefstijladviseur gaf de uitgewerkte ICF-BeweegKuur ook mee naar de fysiotherapeut, omdat alle informatie over de deelnemer in het formulier te vinden was. Eén leefstijladviseur (die dit jaar pas begonnen was) wist niet wat de ICF was en gebruikte het ook niet. Een andere leefstijladviseur gaf aan het formulier complex te vinden en gebruikte het bijna niet.

Het volgende materiaal is *het logboek* voor deelnemers. Hier waren de meningen over verdeeld. De leefstijladviseurs vonden het handig, maar niet alle deelnemers gebruikten het. Een leefstijladviseur vertelde het fijn te vinden deelnemers iets mee te kunnen geven. De leefstijladviseurs proberen deelnemers te motiveren om het logboek mee naar de consulten en bijeenkomsten te nemen. Het gebruik van het logboek leek te verschillen per deelnemer. De één was heel fanatiek en een ander had geen interesse in het gebruik hiervan. Twee leefstijladviseurs die werkten met allochtone deelnemers gaven aan dit logboek bijna niet te gebruiken. De allochtone deelnemers begrepen het logboek niet en hadden dan iemand nodig die het hen uitlegt en alles opschrijft. De leefstijladviseurs betwijfelden of het gebruik van het logboek verhoogd zou worden wanneer deze vertaald zou worden naar de moedertaal van de deelnemer.

Een ander materiaal in de BeweegKuur is *het eetdagboek*. De meeste leefstijladviseurs gaven dit aan de deelnemer mee bij de intake. Eén leefstijladviseur gaf het niet mee, die deelnemers kregen het van de diëtist. De meeste leefstijladviseurs lieten de deelnemer dit invullen voor ze naar de diëtist gingen. Eén leefstijladviseur liet het de deelnemers invullen als ze daar zin in hadden.

Het volgende materiaal was de *stappenteller of activiteitenmonitor*. De stappenteller zou nuttig zijn, maar de leefstijladviseurs hadden er maar een paar. Hierdoor was het moeilijk om te bepalen aan wie ze meegeven werden. Sommige leefstijladviseurs gaven ze wel mee, zodat de deelnemer inzicht kreeg in het eigen beweeggedrag.

Tenslotte werden er vragen gesteld over *het registratieformulier*. De meeste leefstijladviseurs vonden dit wel handig, alleen heel uitvoerig en veel werk om in te vullen. Dit kwam omdat de meeste zorgverleners ook een eigen systeem hadden waarin

ze de gegevens van de deelnemer invulden en dit niet aan elkaar gekoppeld kon worden (dit systeem kan de HIS zijn, maar ook andere systemen, zoals het systeem waar de fysiotherapeut of de diëtist mee werken). Enkele opmerkingen die over het registratieformulier gemaakt werden waren dat de bloedsuikerwaarde er bij overgewicht en obesitas ook in zou moeten zitten. Zorgverleners vonden het belangrijk ook bij overgewicht en obesitas deelnemers de ontwikkeling hiervan te zien. Een andere opmerking was dat gewicht alleen maar in hele kilo's weergegeven kon worden. Gebruik van halve kilo's zou beter zijn. Ook werd er opgemerkt dat bij de ja/nee vragen een toelichting soms bruikbaar kon zijn. Daarnaast konden er maar vijf consulten ingevuld worden, terwijl dit er ook meer zouden kunnen zijn. Een andere opmerking was dat er geen ruimte was voor de intake bij de POH (die geen leefstijladviseur is). Ook stonden alle deelnemers in één tabblad. Als leefstijladviseur moest je daardoor altijd goed opletten of je niet bij de verkeerde deelnemer iets invulde. Daarop aansluitend was een opmerking dat als je de vragenlijst beweeggedrag invulde, klikte je op de link. Dan kwam je in een ander tabblad, maar ook weer bij de 1^e deelnemer en niet bij de deelnemer waar je mee bezig was. Hierdoor kon het zijn dat je per ongeluk de gegevens van de ene deelnemer bij de andere invulde. De laatste opmerking was dat er behoefte was aan een vrije ruimte voor overige opmerkingen van de leefstijladviseur.

3.5.8 Rol van de fysiotherapeut in de BeweegKuur

De werkwijze van de fysiotherapeuten was niet veel veranderd bij de doorontwikkelde BeweegKuur. De doorverwijzing vanuit de leefstijladviseur verliep goed bij alle fysiotherapeuten. Bij de gezondheidscentra waar zorgverleners samen in het gebouw zaten, waren de lijntjes net iets korter, maar ook bij de praktijken die niet bij elkaar zaten verliep dit goed. Het verschilde per praktijk welke deelnemergegevens de fysiotherapeuten kregen. Alle fysiotherapeuten gaven echter aan voldoende informatie te krijgen.

Volgens de fysiotherapeuten konden de leefstijladviseurs de deelnemers goed motiveren. Eén fysiotherapeut gaf aan dat de leefstijladviseur hier aan het begin (in 2008) nog best veel moeite mee had, maar dat dit nu beter ging. Een andere fysiotherapeut vertelde dat het ook aan de persoon zelf ligt of de deelnemer wel of niet gemotiveerd is en niet zo zeer aan de leefstijladviseur. De fysiotherapeuten gaven aan dat de deelnemers soms niet duidelijk hadden wat het programma inhoudt als ze bij de fysiotherapeut kwamen.

De fysiotherapeuten hielden allemaal een intake met de deelnemers. In deze intake werd eerst de BeweegKuur nog een keer uitgelegd. Vervolgens bekeken de fysiotherapeuten de motivatie, het beweeggedrag en de beweegbeperkingen van de deelnemers. Ook legden de meeste fysiotherapeuten nog een keer uit dat afvallen een

lange termijn kwestie is en dat dit niet het hoofddoel moet zijn. Het merendeel van de fysiotherapeuten had genoeg aan de tijd die in het prototype voor een follow-up consult beschreven stond. Eén locatie gaf aan niet genoeg tijd te hebben. Daar werden tijdens de intake verschillende testen gedaan. Over het algemeen testten de fysiotherapeuten de deelnemers tijdens het tweede contactmoment. Ook werd dan het beweegprogramma besproken. Soms was een half uur hier te kort voor. De keer daarna begonnen de deelnemers in de groep.

De fysiotherapeuten gaven aan de steep ramp test te gebruiken. Eén fysiotherapeut gaf aan nadelen te zien bij de steep ramp test en deed in plaats daarvan soms de astrand test. Een andere fysiotherapeut gaf aan naast de steep ramp test ook de wandeltest te doen. Zoals eerder benoemd gaf de steep ramp test bij allochtone deelnemers een vertekend beeld doordat zij niet gewend waren te fietsen. Voor het meten van kracht werd dan de 1-RM test gebruikt. Wel zaten er een paar nadelen aan deze test. Aan het begin kenden de deelnemers de apparaten niet goed waardoor ze niet maximaal durfden te 'gaan'. Na een paar keer trainen waren de resultaten dan heel anders. Een fysiotherapeut gaf aan meestal met iets minder gewicht te beginnen en dan sneller te verhogen.

Ook de indeling van het beweegprogramma werd geëvalueerd met de fysiotherapeuten tijdens de interviews. Bij drie fysiotherapeuten bewogen de deelnemers maar twee keer in de groep en moesten ze thuis ook bewegen. Bij een andere locatie begonnen de deelnemers met drie keer in de week en werd er afgebouwd naar twee keer. Eén locatie gaf aan dat het mogelijk was dat enkele deelnemers langer dan drie maanden trainen. Dit had dan te maken met ziekte of langdurige vakantie naar het geboorteland. Hierdoor misten ze bijeenkomsten, die later ingehaald werden.

3.5.9 Inclusiecriteria voor de BeweegKuur

Zorgverleners werd gevraagd naar de mening over de inclusiecriteria van de BeweegKuur. Deze werden niet altijd gebruikt zoals in het prototype stond. Deze criteria werden erg streng bevonden. De leefstijladviseurs hadden er in de tijd dat ze er nu mee werkten een weg in gevonden hoe deelnemers in te delen. Ook deden er aan de pilot deelnemers mee met een BMI van boven de 35. De meeste leefstijladviseurs dachten dat dit geen probleem zou zijn. Soms werden overgewicht of obesitas deelnemers die een te hoog BMI hadden, om het hier beschreven probleem te omzeilen, ingedeeld bij de diabeten (waar geen maximale BMI als exclusie criterium gedefinieerd was). De zorgverleners waren dan ook van mening dat deelnemers met een BMI boven de 35 mee konden doen aan de BeweegKuur.

Voor de meeste leefstijladviseurs waren de inclusiecriteria voor het beweegprogramma wel duidelijk. Eén leefstijladviseur gaf aan dat extra criteria voor

indelen nodig waren nu het inspannings-ECG eruit werd gehaald. Deze leefstijladviseur gaf ook aan dat er wel een inschatting kon worden gemaakt of de persoon naar een fysiotherapeut moest, maar dat het meer de taak van de fysiotherapeut was, of de deelnemer in het opstart of begeleid beweegprogramma terecht kwam.

3.5.10 Voedingsprogramma

Allereerst werd zorgverleners gevraagd naar de groepsindeling en inclusiecriteria van het voedingsprogramma. Alle leefstijladviseurs en diëtisten hadden moeite met de inclusiecriteria voor het voedingsprogramma. Eén leefstijladviseur gaf aan dat het voldoende was als je genoeg achtergrondkennis had over dieetgeschiedenis en gedrag. Een leefstijladviseur die fysiotherapeut is had dat echter niet. Soms werden de deelnemers achteraf door de diëtist nog in een andere groep geplaatst. In sommige praktijken werden vragenlijsten (zoals de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag 'NVE' of een afgeleide versie hiervan) gebruikt om te bepalen in welk programma de deelnemer terecht kwam.

In één gezondheidscentrum was er vanwege de tijd maar voor één groep gekozen binnen het voedingsprogramma en dat is de C groep geworden. De zorgverleners hadden hier het idee dat iedereen wel in aanmerking kwam voor deze groep vanwege de dieetgeschiedenis: *"Voor mijn gevoel heeft bijna iedereen met overgewicht of obesitas wel een co-morbiditeit of een dieetgeschiedenis."* Bij een aantal diëtisten was de C groep juist erg klein, omdat hier bijna niemand voor in aanmerking kwam. Het C programma was eigenlijk te zwaar en niet passend voor deze deelnemers, zo vond men op deze locaties. Eén leefstijladviseur gaf aan dat de deelnemers die geschikt zouden zijn voor groep C, vaak al bij een psycholoog een programma volgden. Ook dacht een leefstijladviseur dat in de B groep ook aandacht moest zijn voor gedrag en terugval. Deze leefstijladviseur betwijfelde dan ook of er een onderscheid tussen groep B en C gemaakt moest worden. De diëtist kan ook de bijeenkomsten aanpassen aan de behoeften van de groep.

Het verschilde volgens de zorgverleners per deelnemer hoe enthousiast er werd gereageerd op het voedingsprogramma. Het leek ook per praktijk te verschillen of de deelnemers gemotiveerd waren om iets aan hun voedingsgewoonten te veranderen. Bij één praktijk waren de deelnemers niet gemotiveerd voor voeding en wel voor bewegen, terwijl het in een andere praktijk omgekeerd was. Daar wilden de mensen afvallen, dus daar hoorde voeding bij. Het merendeel van de deelnemers stond open voor voedingsvoorlichting. Maar omdat dit per persoon verschilde, is het belangrijk om beide opties, dus zowel voedingsvoorlichting en individuele consulten, aan te blijven bieden. De zorgverleners waren van mening dat een combinatie waarschijnlijk het beste werkt.

Vervolgens kregen de zorgverleners de vraag hoe de opkomst tot nu toe was bij de voedingsvoorlichtingen. Een aantal deelnemers had volgens de zorgverleners een angstdrempel om deel te nemen aan groepsbijeenkomsten, waardoor ze zich afmeldden. De manier waarop de bijeenkomst als leefstijladviseur gepresenteerd werd, was erg belangrijk. De leefstijladviseur moest er achteraan gaan en iedereen enthousiast maken. Een leefstijladviseur zie hierover: *“Ik heb echt het idee dat de leefstijladviseur er achteraan moet zitten. De deelnemers een brief sturen en vervolgens nabellen.”* Alle leefstijladviseurs gaven aan aanwezig te zijn bij de voedingsvoorlichting. Hiervoor was echter geen vergoeding en dit was wel gewenst. Zorgverleners gaven aan de aanwezigheid van de leefstijladviseur tijdens de voedingsvoorlichting belangrijk te vinden. Dit vanwege de angstdrempel bij sommige deelnemers, het feit dat de leefstijladviseur de deelnemers kent en het uitdragen van een multidisciplinair team.

Diëtisten gaven aan dat de opkomst gestimuleerd kon worden door middel van nuttige bijeenkomsten, deelnemers ervaringen uit laten wisselen en het gevoel geven dat ze iets bijleren. Ook kon het betrekken van de huisarts en leefstijladviseur bij de voedingsvoorlichting helpen. Een andere mogelijkheid kon zijn om een contract met de deelnemers af te sluiten waarin ze aangeven aan de verplichtingen van de BeweegKuur te zullen voldoen. Als laatste gaven de diëtisten aan dat het voedingsprogramma als vanzelfsprekend gezien moest worden. Als je aan de BeweegKuur meedoet, moet je zowel het voeding- als het beweegprogramma volgen.

Uit de interviews kwam naar voren dat het verschilde per persoon of de deelnemer open stond voor voedingsvoorlichting. Het was wel belangrijk dat de leefstijladviseur duidelijk uitlegde wat de bedoeling was van de voedingsvoorlichting en dat het om kleine groepen gaat. Als mensen niet willen gaan, probeerde men ze de eerste keer toch te laten komen, zodat het misschien mee zou vallen. Bij een supermarkttoer hadden deelnemers toch last van schaamte; een reactie van een deelnemer was: *“Dan moet je met allemaal dikke mensen door mijn eigen supermarkt gaan lopen”*. Tijdens het bewegen hoorden fysiotherapeuten terug dat deelnemers een supermarkt tour wel waardeerden. Op het moment dat de focusgroep met diëtisten gehouden werd, waren er nog maar enkele voedingsvoorlichtingen georganiseerd. Hierdoor was het niet duidelijk wat de deelnemers van de voorlichting vonden. Wel waren er enkele deelnemers bij aanvang negatief, maar hadden zij tijdens de voedingsvoorlichting het hoogste woord. Voor de deelnemers leek de samenstelling van de groep van belang, bijvoorbeeld qua leeftijd of levensfase. Als dit niet het geval was, gaven zorgverleners aan dat dit een reden zou kunnen zijn dat deelnemers afhaken bij de voedingsvoorlichting. Het was volgens de zorgverleners per deelnemer afhankelijk of de voorkeur uitging naar voedingsvoorlichting in een groep of individuele begeleiding.

Ook de materialen voor het voedingsprogramma werden geëvalueerd met de diëtisten. Tijdens de pilot was de toolkit voor diëtisten nog niet doorontwikkeld naar overgewicht en obesitas. Uit de focusgroep met diëtisten kwam naar voren dat diëtisten tijdens de pilot de voedingsvoorlichting zelf vorm hadden gegeven. Dit was gedaan met behulp van eigen kennis en voorlichtingen uit het verleden. Ook werden er onderwerpen uit de toolkit voor diabetes gebruikt, maar hier kon maar een klein gedeelte uit gebruikt worden wat echt van toepassing was voor de overgewicht of obesitas deelnemers. Als deze toolkit ook ontwikkeld wordt voor overgewicht en obesitas is dit voor de diëtisten toereikend. Ook zagen de diëtisten het nut van een vragenlijst over psychisch welbevinden in. Met de uitkomsten van deze vragenlijst konden de diëtisten rekening houden met de voorlichting aan de deelnemers. De leefstijladviseur zou deze vragenlijst kunnen afnemen en de uitkomsten aan de diëtist door kunnen geven.

Een volgend evaluatiepunt was de vorm waarin de voedingsvoorlichtingen werden gegeven. Tijdens de pilot varieerde dit per locatie. Een diëtist gaf in plaats van acht bijeenkomsten van een uur, vijf bijeenkomsten van twee uur. De andere diëtisten gaven allemaal acht bijeenkomsten van een uur met uitloop. De spreiding over het jaar verschilde ook per locatie. Eén locatie gaf de voedingsvoorlichting in drie weken, waarbij een combinatie werd gemaakt tussen voedingsvoorlichting en praktijklessen. Op de ene dag kregen de deelnemers theoretische informatie en de bijeenkomst daarna bestond uit een kookworkshop. Op een andere locatie werden de bijeenkomsten aan het begin kort achter elkaar gepland. Een andere locatie spreidde de bijeenkomsten over een jaar. Vanwege de diversiteit onder de locaties werd aan de diëtisten gevraagd wat zij dachten dat goed werkbaar was. Hieruit bleek dat de eerste voedingsbijeenkomsten het beste kort achter elkaar gepland kunnen worden, om zo ook de groepsbinding te bevorderen. De laatste bijeenkomsten kunnen dan over het jaar gespreid worden. Ook de mening van de leefstijladviseurs werd gevraagd. De leefstijladviseurs dachten in eerste instantie dat acht bijeenkomsten erg veel was. Een leefstijladviseur gaf aan dat het aan de ruime kant was, maar dat je daardoor ook ruimte had voor gastsprekers, zoals een maatschappelijk werker. Een andere leefstijladviseur dacht echter dat acht bijeenkomsten wel een goed aantal was. De eerste bijeenkomsten zou je dan om de week moeten houden en vervolgens de frequentie afbouwen. Hierover waren de meningen echter verdeeld.

Ook de tijdsduur van de voedingsvoorlichting verschilde per locatie. Op het merendeel van de locaties werd er een uur voorlichting gegeven. Op een andere locatie duurde de voorlichting twee uur. De diëtisten dachten dat anderhalf uur een goede tijd zou zijn voor de voorlichting. Wel was de tijd van de voorlichting afhankelijk van de groepsgrootte, de inhoud van de voorlichting en de deelnemers. Bij grote groepen was er tijdens de voorlichting weinig tijd voor interactie en dan zou een uur voldoende zijn. Bij

kleine groepjes is deze ruimte er wel en redde de diëtist de voorlichting niet binnen een uur.

De diëtisten gaven aan dat twaalf deelnemers het maximum in een groep is. Nu waren er diëtisten die vijftien deelnemers in de groep hadden en dit was te groot. Met tien tot twaalf deelnemers blijft de groep werkbaar. Dan kan de voedingsvoorlichting interactief blijven en is er ruimte voor vragen. Het meenemen van de partner vonden de diëtisten geen goed idee. De groepen worden dan nog groter en de deelnemer moet zelf ook gemotiveerd zijn om iets aan het voedingspatroon te doen. Wel was het mogelijk om de partner mee te nemen naar individuele consulten.

Bijna alle deelnemers gingen voor een individueel consult naar de diëtist. De leefstijladviseurs wisten niet wat beter zou zijn; groep of individueel. Maar ze dachten wel dat het goed was om de groepsconsulten met de individuele consulten te combineren. De diëtisten deelden deze mening. Zij waren er eveneens van overtuigd dat een combinatie tussen individueel en voedingsvoorlichting wenselijk was. De diëtisten gaven ook aan dat een individuele intake voorafgaand aan de voedingsvoorlichting een verbetering zou zijn. De diëtist weet dan wie er in de groep zit en waar behoefte aan is. De voedingsvoorlichting kan daar eventueel op aangepast worden.

Het verschilde per deelnemer, maar gemiddeld kwamen de deelnemers die individueel naar de diëtist gingen, drie keer per jaar naar een individueel consult. De vier uur die in de basisverzekering zijn gedefinieerd, waren voor het merendeel van de deelnemers voldoende. Een nadeel hiervan was de eigen bijdrage bij de zorgverzekering.

Tot slot werd met de zorgverleners nagedacht over de natuurlijke instroom in de BeweegKuur. Hoe worden de groepen gevuld bij natuurlijke instroom? Krijg je dan ook genoeg (en snel genoeg) mensen om de groepen te draaien? Hoe lang moeten de bijeenkomsten duren? Als de BeweegKuur in de basisverzekering komt, stromen de deelnemers niet tegelijkertijd in en zijn de groepen bij de diëtist niet direct te vullen. Tijdens de focusgroep voor de diëtisten werden hier twee oplossingen voor besproken. De eerste was een carrousel systeem, waarbij de voorlichtingen op een bepaalde tijd beginnen en deelnemers in kunnen stromen bij een bijeenkomst als ze beginnen. Een nadeel hiervan is dat de groepsbinding verminderd wordt. Een ander nadeel is dat het dan mogelijk is dat er voorlichtingen gegeven worden voor heel weinig deelnemers omdat er op dat moment niet meer ingestroomde deelnemers zijn. Een andere oplossing was de voedingsvoorlichting op twee momenten per jaar te laten starten. Alle deelnemers die op dat moment in de BeweegKuur zitten starten dan tegelijk de BeweegKuur. Voor deelnemers die al geruime tijd voor de voedingsvoorlichting gestart zijn met de BeweegKuur kunnen dan alvast beginnen met individuele consulten bij de diëtist om de motivatie te behouden.

3.5.11 Beweegprogramma

De leefstijladviseurs die POH zijn vonden het zelfstandig beweegprogramma moeilijk te begeleiden. Ze hadden het idee dat ze de deelnemer weinig konden bieden. Daarom had een leefstijladviseur het idee om die deelnemers een test bij de fysiotherapeut te laten doen. Betere voorlichting over het programma zou tevens goed zijn. Nu waren deelnemers teleurgesteld als ze niet naar de fysiotherapeut mochten om te bewegen. De doorverwijzing naar de fysiotherapeut verliep goed en de programma's leken geschikt voor overgewicht of obesitas deelnemers. Bij de overgewicht en obesitas groep was er wel vaak sprake van een startdrempel. Sommige leefstijladviseurs deelden deelnemers in op basis van motivatie. Als een deelnemer minder gemotiveerd was stuurden ze die naar de fysiotherapeut om te leren bewegen (vooral bij allochtonen).

Zorgverleners werd ook gevraagd of zij het idee hadden dat deelnemers het prettig vonden om in een groep te bewegen. Eén leefstijladviseur wist dat een deelnemer op zag tegen bewegen in een groep vanwege het overgewicht. Deze persoon ging liever eerst zelf bewegen en afvallen en pas daarna bewegen in een groep. Tot slot werd aangegeven dat NISB moet nadenken hoe zorgverleners om kunnen gaan met mensen die niet in een groep passen, vanwege persoonlijkheid of (negatieve) houding ten opzichte van de voedingsvoorlichting of de gehele BeweegKuur. Moeten deze mensen toch ingedeeld worden in een groep of zouden ze beter een individueel programma kunnen volgen?

Tot slot kwam ook de combinatie tussen het beweeg- en voedingprogramma aan bod. Dit bleek een forse belasting voor de deelnemers te zijn en voor sommigen onhaalbaar. Maar het was nog te vroeg om hierover conclusies te trekken. De overgewicht of obesitas deelnemers waren over het algemeen jonger dan de diabeten, en daardoor moesten zij soms onder werktijd naar de BeweegKuur. Dit zou een probleem kunnen vormen. De diëtisten waren van mening dat voeding en bewegen een goede combinatie is. Meestal is overgewichtproblematiek een combinatie van beide gedragingen. Het merendeel van de diëtisten in de focusgroep richtte zich vooral op het verbeteren van het voedingspatroon en hielden geen rekening met het beweegprogramma van de deelnemer. Eén diëtist hield hier wel rekening mee. Deze diëtist behandelde de aanvulling van koolhydraten na het sporten.

3.5.12 Inspannings-ECG

Het merendeel van de zorgverleners was van mening dat het inspannings-ECG er aan bijdroeg dat je de deelnemer iets kan bieden. Er werden uitgebreide testen gedaan, waar de deelnemer ook echt een goedkeuring van de cardioloog bij kreeg. Door sommige fysiotherapeuten werd het ook als meerwaarde gezien, ze wisten precies tot waar ze de

deelnemer konden belasten. Een pilotlocatie gaf echter aan (bijna) niemand voor een inspannings-ECG door te verwijzen en men vond dit ook niet nodig. Eén huisarts gaf duidelijk aan geen meerwaarde te zien in het inspannings-ECG. Deze huisarts dacht dat het 'een farce' zou zijn, 'een schijnzekerheid.' Wel vond een aantal zorgverleners het jammer dat ze het inspannings-ECG eindelijk goed geregeld hadden en dat het dan niet meer in de BeweegKuur blijft.

De zorgverleners dachten dat, nu het inspannings-ECG niet meer verplicht is, er meer per persoon gekeken zou worden of deelnemers doorverwezen moeten worden. Alleen deelnemers bij wie het cardiovasculaire risicoprofiel aangeeft dat het nodig is, zouden doorverwezen moeten worden. De meningen over het aantal doorverwijzingen verschilde. Dit was ook een financiële kwestie. Als er geen vergoeding meer is, moeten mensen het zelf betalen of doorverwezen worden naar de cardioloog.

De mening over de patiëntveiligheid als gevolg van het inspannings-ECG was verschillend bij de zorgverleners. Een aantal zorgverleners dacht dat de patiëntveiligheid verlaagd werd, omdat er nu soms wel deelnemers met een risico geïdentificeerd worden die anders over het hoofd gezien zouden worden. Anderen denken het zelf in te kunnen schatten en dat de veiligheid niet omlaag gaat.

3.5.13 Overige punten uit de interviews met zorgverleners

Hieronder worden nog kort een aantal punten besproken die tijdens de interviews met de zorgverleners naar voren kwamen. Allereerst gaven zorgverleners aan dat de samenwerking tussen de zorgverleners goed verliep. De lijntjes waren kort en in de loop der tijd was de samenwerking uitgebreid. De samenwerking was voor overgewicht en obesitas niet veranderd. Ook waren de zorgverleners tevreden over de rol die ze in de BeweegKuur hadden.

In 2008 was de sociale kaart met beweegactiviteiten op veel locaties nog niet toereikend. Inmiddels was de sociale kaart bij de meeste locaties goed. Het duurde even, maar over het algemeen lag er nu een toereikend aanbod. Een aantal fysiotherapeuten gaf wel aan dat de deelnemers tegen betaling bij hen konden blijven bewegen. Veel deelnemers vonden dit prettig en bleven na uitstroom uit de BeweegKuur daar bewegen. Deze deelnemers durfden niet goed ergens anders heen. Eén leefstijladviseur dacht dat als deze mogelijkheid werd aangeboden, dit zou leiden tot minder uitval.

Over de uitstroom van de deelnemers uit de BeweegKuur was nog weinig bekend. De zorgverleners hoopten dat de resultaten positief zouden zijn. Maar het was moeilijk om daar iets over te zeggen. Sommige deelnemers zullen de leefstijl zeker aanpassen, maar anderen vallen waarschijnlijk terug zo was de mening. Uit eerdere jaren was wel te zien dat een aantal deelnemers actiever was geworden. Groepsbinding leek daarbij een belangrijke voorspeller van gedragsbehoud.

3.6 Evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting diëtisten

Twee diëtisten hadden na afloop van acht voedingsvoorlichtingen de evaluatievragenlijst ingevuld voor de desbetreffende bijeenkomst. In tabel 8 is te zien hoeveel tijd de diëtisten nodig hadden voor de bijeenkomst en voorbereiding en welke groep het betrof.

Tabel 8: Algemene kenmerken

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Aantal ingevulde evaluaties	8				
Enschede	5	62.5			
Etten-Leur	3	37.5			
B-groep	3	37.5			
C-groep	5	62.5			
Tijdsduur bijeenkomst in minuten	8		61.9	5.3	60-75
Vorbereidingstijd in minuten	8		136.9	96.0	60-360
Vorbereidingstijd bij een volgende bijeenkomst in minuten	5		84.0	35.0	30-180

3.6.1 Voorbereiding en tijdsduur voedingsvoorlichting

Bij de helft van de voedingsvoorlichtingen was er voldoende tijd ingepland en bij de andere helft was er vaak een kwartier langer tijd nodig. De voorbereidingstijd was gemiddeld iets meer dan twee uur, al gaven de diëtisten aan bij een volgende bijeenkomst minder tijd nodig te hebben. Bij de voorbereidingstijd werd bijvoorbeeld ook overleg met de leefstijladviseur en het reserveren en gereed maken van de locatie gerekend. Over het algemeen waren de diëtisten tevreden over het verloop van de voedingsvoorlichting en zouden ze het een volgende keer op dezelfde manier aanpakken.

3.6.2 Inhoudelijk

De thema's die werden besproken waren divers. Vaak kwamen doelstellingen van de deelnemer en de BeweegKuur evenals verwachtingen van deelnemers in de eerste voedingsvoorlichting aan bod. Een kennismaking en uitleg van het programma werd ook vaak in de eerste voedingsvoorlichting behandeld. In hierop volgende sessies werd ingegaan op het veranderen van de leefstijl, het eetpatroon en het behoud van dit veranderde gedrag. Ook werden dieetfabels, invloed van vetten en de verschillen tussen vetten, voedingswaardes en keurmerken op producten besproken. Deelnemers konden verder aangeven welke knelpunten zij tegen kwamen bij het volhouden van het dieet en konden elkaar hierover eventueel tips geven.

3.6.3 Materiaalgebruik

De diëtisten gaven aan een laptop en powerpoint gebruikt te hebben bij de voedingsvoorlichtingen. Deze presentatie kwam soms uit de toolkit BeweegKuur voor diabetes of een enkele keer werd gebruik gemaakt van een presentatie die diëtisten in het verleden hadden gemaakt. Daarnaast werd gebruik gemaakt van aanvullende informatie in de vorm van brochure over overgewicht en vetten, de schijf van vijf, lege verpakkingen, individuele doelstellingen van de deelnemer en informatie over verschillende diëten. Voor de invulling van de voedingsvoorlichting werd soms ook gebruik gemaakt van oefeningen uit het eigen bestand van de diëtisten of uit de toolkit. Tot slot werd bij een voedingsvoorlichting een weegschaal en meetlint gebruikt voor het meten van de lichaamskenmerken.

3.6.4 Positieve punten van de voedingsvoorlichting

De diëtisten werden gevraagd om enkele positieve punten te benoemen uit de voedingsvoorlichtingen. Hieruit bleek dat de discussies onderling en de openheid tussen deelnemers als positief werd ervaren. Daarnaast vonden diëtisten het fijn om een kleine groep te hebben waardoor het contact onderling persoonlijker werd en gemakkelijker verliep. Het feit dat deelnemers bereid waren om naar elkaar te luisteren en geïnteresseerd waren in elkaar werd ook als een positief punt benoemt. Tot slot vonden diëtisten het fijn als mensen uit dezelfde levensfase of leeftijd in de groep zaten. De hoge opkomst, ondanks de korte voorbereidingstijd, werd ook genoemd als positief punt.

3.6.5 Verbeterpunten

De diëtisten gaven een aantal verbeterpunten voor een volgende bijeenkomst. Dit betrof ondermeer een betere en langere individuele intake welke het groepsproces ten goede zou kunnen komen. Tijdens deze intake kan eventueel voor deelnemers die niet gemotiveerd zijn voor de voedingsvoorlichting, een alternatief worden bedacht of geprobeerd worden deze mensen toch (meer) te motiveren. Daarnaast moet bij de groepsvorming gelet worden op leeftijd en levensfase van deelnemers en dat de groep niet te groot wordt. Een goede toolkit voor de overgewicht en obesitas doelgroep werd ook aangedragen als verbeterpunt voor de toekomst. Tot slot gaf een diëtist aan dat er enkele deelnemers toch niet naar de voorlichtingsbijeenkomst kwamen en dat deze deelnemers misschien gebeld of schriftelijk herinnerd hadden moeten worden.

4 Discussie

De bevindingen van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. Op basis van dit onderzoek worden enkele aanbevelingen gemaakt die staan weergegeven aan het begin van dit rapport.

4.1 Motivatie

De deelnemers gaven waren aan het begin van de BeweegKuur gemotiveerd om meer te gaan of te blijven bewegen en gezonder te gaan eten. Ook dachten bijna alle deelnemers dat dit zal gaan lukken. De belangrijkste reden voor de respondenten om deel te nemen aan de BeweegKuur was het verbeteren van de conditie, gevolgd door afvallen en de motivatie door de huisarts. De deelnemers vonden het over het algemeen motiverend om door de huisarts verwezen te worden naar de BeweegKuur en het voelde voor de meeste deelnemers veilig om te bewegen vanwege de professionele begeleiding. Ook was de huisarts een van de belangrijkste zorgverleners die de deelnemer motiveerde om deel te nemen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het voor de deelnemers een extra motivatie kan zijn om langs de huisarts te gaan alvorens te beginnen met de BeweegKuur. Tijdens de pilotperiode gebeurde dit niet in alle regio's. Mede vanwege de relatief hoge tijdsdruk tijdens de pilotperiode zijn niet alle deelnemers voor de start van het programma bij de huisarts geweest. In sommige regio's werd de patiënt direct verwezen naar de praktijkondersteuner die alle gegevens in kaart bracht. Het werd in die gevallen niet altijd als noodzakelijk gezien om de patiënt door te verwijzen naar de huisarts. In andere gevallen had de praktijkondersteuner de intake gedaan en werden deelnemers daarna nog doorverwezen naar de huisarts. De zorgverleners waren verdeeld in de mening over doorverwijzing naar de huisarts. De leefstijladviseurs die praktijkondersteuner zijn, zagen hier minder noodzaak in dan de leefstijladviseurs die fysiotherapeut zijn. Wel vonden alle zorgverleners het belangrijk dat de huisarts bij de BeweegKuur betrokken is. Over de deelnemers was er altijd terugkoppeling met de huisarts of werden de deelnemers na de intake nog naar de huisarts doorverwezen.

4.2 Vorm en inhoud van de BeweegKuur

Over het algemeen waren zowel de patiënten als de zorgverleners tevreden over de vorm en de inhoud van de BeweegKuur. De deelnemers waren tevreden over zowel de huisarts als de leefstijladviseur. Voor de deelnemers was de duidelijkheid over het programma en de inhoud van het programma belangrijk. Maar het bleek ook dat voor meer dan de helft van de deelnemers bij de start van de BeweegKuur nog veel onduidelijkheid was. Dit bleek ook uit de interviews met de zorgverleners en de focusgroepen met deelnemers.

Veel deelnemers wisten aan het begin niet precies wat de BeweegKuur inhield. Een aantal personen dacht dat de BeweegKuur bestond uit drie maanden bewegen bij de fysiotherapeut. Als deze deelnemers vervolgens in het zelfstandig aanbod moesten gaan bewegen, was de motivatie verlaagd en moest de leefstijladviseur de deelnemer opnieuw motiveren. De onwetendheid van deelnemers kan gedeeltelijk verklaard worden door de tijdsdruk waarmee de deelnemers in het onderzoek instroomden. Zoals eerder vermeld was de inclusietijd te kort om deelnemers goed te motiveren voordat zij startten. Het is mogelijk dat dit bij natuurlijke inclusie minder wordt. Een andere oplossing kan een folder of factsheet voor deelnemers zijn waarin kort en bondig de programma's en het doel van de BeweegKuur wordt uitgelegd.

Een ander punt dat tijdens het pilotonderzoek naar de doorontwikkeling van de BeweegKuur aan bod kwam, was de weigering van deelnemers aan de BeweegKuur. Wederom speelde de inclusietijd hier een rol. De zorgverleners hadden weinig tijd en benaderden daarom deelnemers van wie gedacht werd dat ze in aanmerking zouden komen. Voor een aantal deelnemers kwam dit onverwacht en men wilde daarom niet deelnemen. Bij een natuurlijke instroom kan de huisarts of praktijkondersteuner de deelnemer tijdens een consult interesseren voor de BeweegKuur en er later weer op terug komen. Hier was tijdens de pilot geen tijd voor. Ook is hier een verschil te zien met diabetes patiënten. Diabeten komen vier keer per jaar bij de huisarts en zijn gewend om over leefstijl te praten. Voor mensen met overgewicht of obesitas is dit anders en kan het onverwacht komen als de huisarts hierover begint.

In dit onderzoek werd door middel van de IPAQ het beweeggedrag van de deelnemers op baseline bekeken. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat we weten dat mensen geneigd zijn hun beweeggedrag te overschatten bij het invullen van beweegvragenlijsten. De lezer dient bovendien in ogenschouw te houden dat dit onderzoek niet was opgezet om effecten op beweeggedrag te onderzoeken. Naast de beperkte waarde die gehecht dient te worden aan vragenlijsten om beweeggedrag te meten, werd in het onderzoeksdesign bijvoorbeeld ook geen (gerandomiseerd tot stand gekomen) controlegroep meegenomen. Ook werd het beweeggedrag door middel van de vragenlijst Beweeggedrag, ingevuld door de leefstijladviseur, geanalyseerd (resultaten niet vermeld). Na analyse bleek dat, door een foute formule in het registratieformulier, een grote overschatting in het beweeggedrag van de deelnemers te bestaan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de leefstijladviseurs de vragenlijst Beweeggedrag niet gebruikten om het beweeggedrag van de deelnemers te bepalen bij de inclusie. Merendeel van de deelnemers zou bij de berekening die nu gehanteerd werd niet geïncludeerd mogen worden, aangezien ze al voldeden aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. In vergelijking met de uitkomsten van de IPAQ in de vragenlijst voor deelnemers was het beweeggedrag in het registratieformulier een stuk hoger.

In bijna alle regio's betaalden de deelnemers een eigen bijdrage voor het bewegen bij de fysiotherapeut. Uit interviews met de zorgverleners kwam naar voren dat een aantal potentiële deelnemers niet meedeed vanwege deze eigen bijdrage. Wel gaven de zorgverleners aan dat de sociale kaart inmiddels goed is en dat deelnemers doorverwezen konden worden naar een passend beweegaanbod.

Een aantal deelnemers aan de BeweegKuur had een BMI hoger dan 35. Volgens de inclusiecriteria mochten deze deelnemers eigenlijk niet meedoen. Veel zorgverleners vonden het afkappunt van de BMI te laag. Zij waren van mening dat deelnemers met een hogere BMI ook deel zouden kunnen nemen. De inclusiecriteria van de BeweegKuur zouden nader bekeken moeten worden.

Met de leefstijladviseurs zijn de materialen binnen de BeweegKuur besproken. De leefstijladviseurs waren tevreden over de materialen. Alleen de BeweegScorelijst werd weinig gebruikt en daar werd ook weinig meerwaarde in gezien. De ICF-BeweegKuur werd door de leefstijladviseurs wel als goed middel beschouwd, maar zeker aan het begin hadden de leefstijladviseurs er veel moeite mee. Belangrijk is dat dit formulier tijdens de training tot leefstijladviseur wordt behandeld, zodat alle leefstijladviseurs er mee leren werken.

Voor een aantal deelnemers was het tijdstip waarop de BeweegKuur plaats vond een belemmering voor deelname. Deelnemers aan de doorontwikkelde BeweegKuur waren over het algemeen jonger dan de deelnemers aan de diabetes BeweegKuur en een aantal activiteiten vond plaats onder werktijd. Hiermee moet rekening gehouden worden met de verdere uitwerking van het doorontwikkelde prototype.

De zorgverleners gaven ook aan dat er deelnemers waren die niets voor het groepsproces voelden of juist alleen wilden deelnemen om te bewegen of alleen geïnteresseerd waren in het voedingsprogramma. Belangrijk is dan dat de zorgverlener de BeweegKuur aanbiedt als een totaalpakket, ondersteund door uitleg ten aanzien van de versterkende werking die de afzonderlijke interventieonderdelen op elkaar hebben.

4.3 Voedingsprogramma

Voeding had in de doorontwikkelde BeweegKuur een grotere rol. Door op zowel voeding als bewegen te richten kan op een optimalere manier gewichtsbeheersing bereikt worden. Gewichtsbeheersing is een belangrijke determinant van succesvolle preventie (11, 43). Ongeveer 80% van de deelnemers in deze pilotstudie was doorverwezen naar de diëtist. Dit percentage was door de deelnemers zelf gerapporteerd. Het is mogelijk dat het werkelijke aantal hoger ligt. De vraag was niet specifiek genoeg en kon op verschillende manieren geïnterpreteerd worden, namelijk als een doorverwijzing naar een individueel consult of als doorverwijzing naar de voedingsvoorlichting bij de diëtist. Van de mensen die invulden naar de diëtist doorverwezen te zijn, was iets meer dan de helft

al eerder bij een diëtist geweest en vond bijna 40% dat de begeleiding toen niet geholpen had. Het is dus belangrijk dat de diëtist in de BeweegKuur aansluit bij de wensen van de deelnemer. Veel deelnemers hebben negatieve ervaringen met een diëtist en niet iedereen wil individueel naar een diëtist toe. Hiermee moet rekening gehouden worden met de consulten in de BeweegKuur. Het is mogelijk dat deelnemers na deelname aan de voedingsvoorlichting wel een individueel consult willen. Naast de individuele consulten waren alle deelnemers doorverwezen naar voedingsvoorlichtingen. De deelnemers vonden deze bijeenkomsten nuttig en goed te begrijpen. Ook vonden ze het fijn om voorlichting in een groep te krijgen en was er voldoende individuele aandacht voor de deelnemer. Het was wel belangrijk dat de inhoud van de voorlichtingen specifiek informatie bevat over (de relatie tussen) voeding en bewegen. Dit zou een aanvulling zijn in de toolkit voor diëtisten. Verder was het belangrijk dat de diëtisten dezelfde aanpak hadden als de leefstijladviseur. De diëtisten dienen niet te focussen op wat de deelnemer allemaal niet mag, maar wat wel mag. De motivational interviewingsmethode is daarom ook in de voedingsvoorlichting van belang.

Er werden enkele redenen genoemd waarom deelnemers niet met een voedingsbijeenkomst mee wilden doen. De eerste was het groepsproces, dat voor een aantal deelnemers niet geschikt leek. Verder kon het tijdstip een probleem zijn en de tijdsduur van de voorlichting. Voor de deelnemers was het belangrijkste dat ze aan het begin van de BeweegKuur duidelijk te horen kregen waar, wanneer en hoe lang de voedingsvoorlichtingen zouden duren. Een aantal deelnemers vond het ook fijn om een combinatie te krijgen tussen theorie uitleg en praktijklessen, zoals een kookworkshop. In de meeste diëtistenpraktijken en gezondheidscentra was echter geen mogelijkheid om deze workshop te geven. Een goede en goedkope oplossing hierbij kan het huren van een keuken in een zorgcentrum of praktijkschool zijn.

De voedingsvoorlichtingen werden ook met de zorgverleners geëvalueerd. Hieruit kwam naar voren dat de indeling in de verschillende groepen soms lastig werd gevonden omdat bijna iedereen dieetgeschiedenis had en de C groep soms een te "zware" benadering was voor deelnemers. Diëtisten gaven aan het ook belangrijk te vinden om deelnemers van dezelfde leeftijd en/of levensfase bij elkaar in één groep in te kunnen delen. Er moet dus overwogen worden of de verschillende groepen gehandhaafd blijven of samengevoegd kunnen worden. Indien er verschillende groepen blijven bestaan, dienen de inclusiecriteria voor indelen duidelijker opgesteld te worden en moet worden bepaald of de begeleiding van de C groep door een diëtist blijft gebeuren of dat hierbij een psycholoog wordt betrokken. Ook moet er een richtlijn vanuit NISB worden opgesteld waarin de tijdsduur, het aantal voorlichtingen en het tijdspad van de voorlichtingen aangegeven worden. Nu doen de locaties dit op verschillende manieren en waren de diëtisten ook nog zoekende naar het beste format. Verder is het ook belangrijk dat de

toolkit voor diëtisten ontwikkeld wordt. Nu hadden de diëtisten de voedingsvoorlichting zelf vorm gegeven, maar een toolkit was hier gewenst.

Tot slot gaven de zorgverleners aan dat het goed zou zijn om een combinatie te hebben tussen individuele consulten en voedingsvoorlichting. De diëtisten waren van mening dat het goed zou zijn om alle deelnemers een keer individueel te zien alvorens de voedingsvoorlichting start. Ook zou het goed zijn om de deelnemers tussentijds en aan het einde van de BeweegKuur nog een keer individueel te zien om te evalueren. Een belemmerende factor voor een individueel consult bij de diëtist was de eigen bijdrage van de zorgverzekering. Dit onderzoek vond aan het begin van het jaar plaats, wanneer veel deelnemers het eigen risico nog niet opgemaakt hadden. Voor een aantal was het opmaken van het eigen risico een belemmerende factor om niet naar de diëtist te gaan. Er moet dan ook gekeken worden of de individuele consulten gedeeltelijk door de BeweegKuur vergoed kunnen worden, om zo de zorg aan alle deelnemers gelijk te houden.

4.4 Taken zorgverleners

De zorgverleners waren tevreden met de taken die ze vervulden binnen de BeweegKuur. Wel waren er nog enkele punten waar de zorgverleners tegenaan bleven lopen. Een van deze punten was de tijdsdruk vanuit NISB, waardoor deelnemers erg snel in moesten stromen. De zorgverleners zouden graag in een eerder stadium informatie krijgen, waardoor het programma op een zorgvuldigere manier ingevoerd kan worden. Verder waren de projectkosten hoger dan de financiering die ervoor stond. De regio's waar de BeweegKuur erg goed liep, staken veel eigen tijd in de BeweegKuur. Tijdens de pilotperiode hadden deze locaties dat er voor over, maar het is mogelijk dat dit in de toekomst minder zal worden. Bekeken moet worden hoe de financiële situatie kan verbeteren, zodat de locaties de BeweegKuur op een goede manier kunnen blijven uitvoeren.

4.5 Verschillen tussen de BeweegKuur diabeten en overgewicht en obesitas

De zorgverleners waren van mening dat de BeweegKuur voor diabeten niet veel verschilt van de BeweegKuur voor overgewicht en obesitas. Voor de fysiotherapeut en de huisarts is er vrijwel niets veranderd en volgens deze zorgverleners was het ook niet nodig om iets in de werkwijze te veranderen. De grootste veranderingen waren er op het gebied van voeding. De leefstijladviseurs gaven dan ook aan de intake meer op voeding te richten dan tijdens de diabetes BeweegKuur. Voor de diëtisten was er wel veel veranderd. Er waren meer voedingsvoorlichtingen en de deelnemers kregen intensievere begeleiding om het voedingspatroon te verbeteren.

Toch zagen de zorgverleners wel enkele verschillen tussen de diabeten en de overgewicht en obesitas deelnemers. Diabetes patiënten deden mee met de BeweegKuur om de gezondheid te verbeteren, terwijl veel overgewicht en obesitas deelnemers vooral meededen om af te vallen. Ook hadden overgewicht en obesitas deelnemers al vaker geprobeerd af te vallen zonder succes, waardoor ze bang waren dat dit ook niet zou gaan lukken. Een ander verschil was de leeftijd van beide doelgroepen. De overgewicht en obesitas deelnemers waren jonger dan de diabeten, waardoor ze tijdens het trainen bij de fysiotherapeut beter en sneller opgetraind konden worden. Ook leek het of de diabeten het voedingspatroon beter op orde hadden dan overgewicht en obesitas deelnemers. Een ander verschil dat tijdens de huidige studie naar voren kwam was dat diabeten gewend waren om bij de huisarts iets over leefstijl te horen en overgewicht en obesitas deelnemers waren dat niet. Tot slot, voor de diabeten bestaat een betere follow-up in de zorg na een jaar. Diabetes patiënten komen gemiddeld vier keer per jaar in de huisartsenpraktijk. Follow-up van de BeweegKuur na een jaar in de reguliere zorg is dan ook gewaarborgd. Bij overgewicht of obesitas is dit niet het geval. Deelnemers komen niet periodiek op controle. Het is belangrijk dat NISB bestudeert hoe de follow-up van overgewicht en obesitas deelnemers in de toekomst gewaarborgd kan blijven.

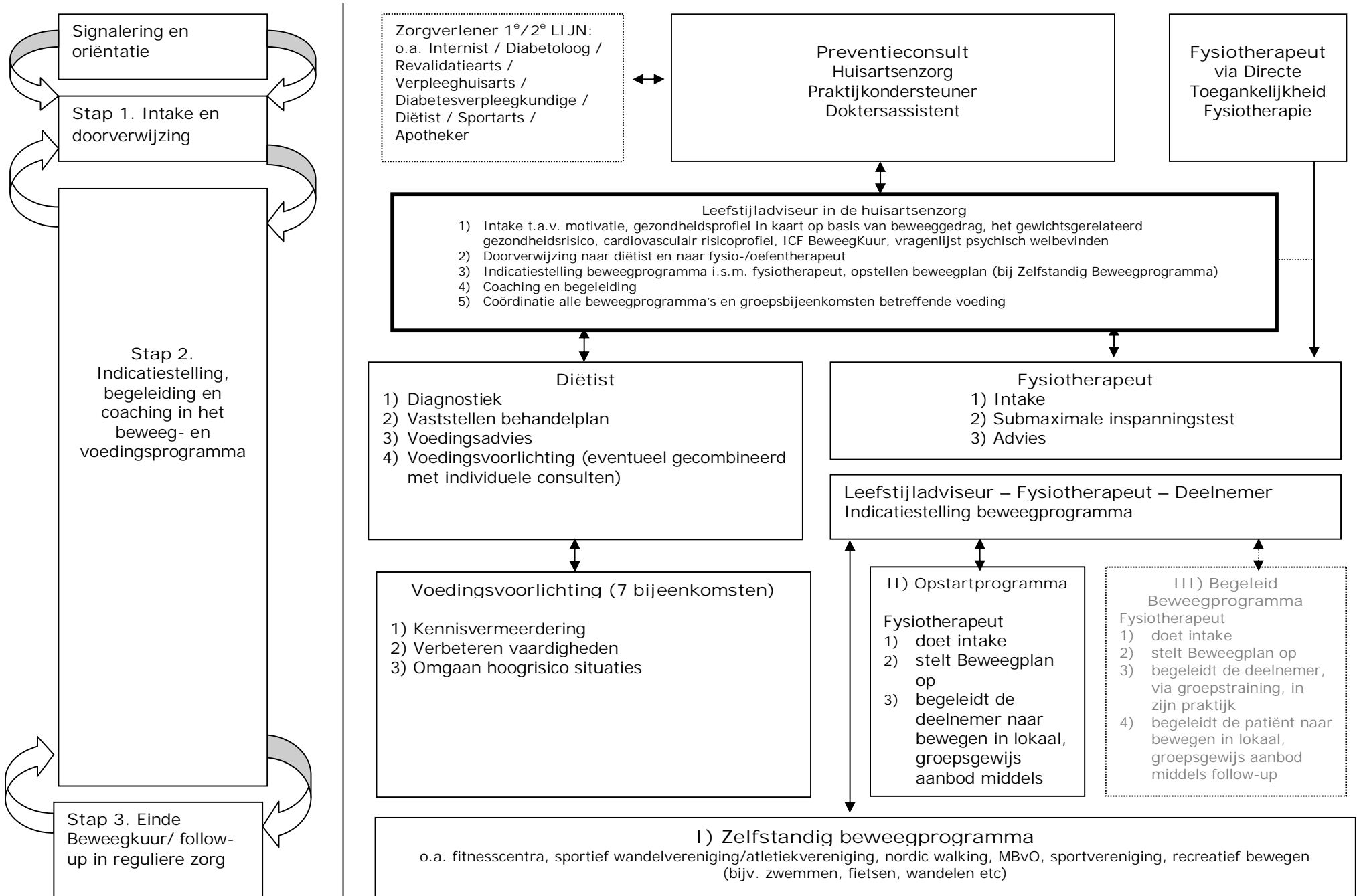
Referenties

1. De Weerd I, Broeders I, Schaars D. Prototype De BeweegKuur. Het beste recept voor uw gezondheid. Een interventie voor de (eerstelijns) zorg om mensen met (een hoog risico op) diabetes mellitus type 2 te begeleiden naar een actievere leefstijl.: NISB; 2008.
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Seidell JC. Prevalence and time trends of obesity in Europe. *Journal of Endocrinological Investigation* 2002;25:816-822.
4. Visscher TLS, Kromhout D, Seidell JC. Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2002;26:1218-24.
5. Bovendeur I. Preventie gericht op lichaamsgewicht samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM; 2008 11 september 2008.
6. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatienr 2003/07: Gezondheidsraad.
7. Visscher TLS, Kremers SPJ, Kromhout D. Preventie van gewichtsstijging en richtlijnen voor gewichtsbeheersing: NHS-NRG; 2007.
8. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Field EA, Coackley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, et al. Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Arch Intern Med* 2001;161:1581-1586.
10. Poortvliet MC, Schrijvers CTM, Baan CA. Diabetes in Nederland: Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. Bilthoven: RIVM; 2007.
11. Mensink M, Blaak EE, Corpeleijn E, Saris WHM, De Bruin TWA, Feskens EJM. Lifestyle intervention according to general recommendations improves glucose tolerance. *Obesity Research* 2003b;11:1588- 1596.
12. Mensink M, Feskens EJM, Saris WHM, De Bruin TWA, Blaak EE. Study on Lifestyle intervention and Impaired Glucose Tolerance Maastricht (SLIM): preliminary results after one year. *International Journal of Diabetes* 2003a;27:377-384.
13. Tuomiletho J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne- Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine* 2001;344:1343-1350.
14. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle interventions or metformin. *The new England Journal of Medicine* 2002;346:393-403.
15. Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder I, de Hollander EL, Barte JCM, et al. Kosten-effectiviteit beweeg- en dieetadvies in de gezondheidszorg. De beweegkuur en dieetadvies onderzocht voor mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Bilthoven: RIVM; 2008.
16. CBO. Conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht; 2007.
17. Kremers SPJ, Martens M, Reubsaet A, De Weerd I, De Vries NK, Jonkers R. Programmeringsstudie overgewicht. Maastricht: Rescon & Universiteit Maastricht; 2008.
18. Absetz P, Oldenburg P, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, et al. Type 2 diabetes prevention in the 'real world': three-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes Care* 2009;32:1418-1420.
19. Koelewijn-van Loon MS, Van Steenkiste B, Ronda G, Wensing M, Stoffers HE, Elwyn G, et al. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led

- intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Services Research* 2008;8:9.
20. Long BJ, Calfas KJ, Wooten W, Sallis JF, Patrick K, Goldstein M, et al. A multisite field test of the acceptability of physical activity counselling in primary care: project PACE. *American Journal of Preventive Medicine* 1996;12:73-81.
 21. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *British Journal of Sports Medicine* 2000;34:262-267.
 22. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. Green prescriptions: attitudes and perceptions of general practitioners towards prescribing exercise. *British Journal of General Practice* 1997;47:567-569.
 23. Uutela A, Absetz P, Nissinen A, Valve R, Talja M, Fogelholm M. Health psychological theory in promoting population health in Päijät-Häme, Finland: First steps toward a type 2 diabetes prevention study. *Journal of Health Psychology* 2004;9:73-84.
 24. Williams NH, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: a systematic review. *British Journal of General Practice* 2007;57:979-986.
 25. Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S, et al. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health* 2007;7.
 26. Barrera Jr M, Toobert DJ, Angell KL, Glasgow RE, Mackinnon DP. Social support and social-ecological resources as mediators of lifestyle intervention effects for type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology* 2006;11:483-495.
 27. Roumen C. *Making Lifestyle Work: Long-term effects in the prevention of type 2 diabetes*. Maastricht: Maastricht University; 2009.
 28. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006;24:69-74.
 29. Williams GC, McGregor HA, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology* 2004;23:58-66.
 30. Visser F, Hiddink G, Koelen M, Van Binsbergen J, Tobi H, Van Woerkum C. Longitudinal changes in GPs' task perceptions, self-efficacy, barriers and practices of nutrition education and treatment of overweight. *Family practice* 2008;25:i105-i111.
 31. Praet SFE, Van Rooij ESJ, Wijtvlit A, Boonman-de Winter LJM, Enneking T, Kuipers H, et al. Brisk walking compared with an individualised medical fitness programme for patients with type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Diabetologia* 2008;51:736-746.
 32. Broeders I, Butselaar L, Schaars D, De Weerd I. *BeweegKuur: Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (hoog) gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezondere leefstijl*. Bennekom; 2009.
 33. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press; 1991.
 34. Helmink JHM, Cox VCM, Kremers SPJ. *Implementatie van de BeweegKuur: Een pilot studie*. Universiteit Maastricht; 2009.
 35. Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes* 1991;50:179-211.
 36. Bandura A. *Social foundations of thoughts and action: A Social Cognitive Theory*. New York: Prentice Hall; 1986.
 37. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. Leiden: TNO; 2002.

38. Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssenbroek: Elsevier gezondheidszorg; 2006.
39. Paulussen T, Wiefferink K, Mesters I. Invoering van effectief gebleken interventies. In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. 5de druk ed; 2007. 151-172.
40. Rogers E. Diffusion of innovations. Free press: New York; 2003.
41. Helmink JHM, Meis JJM, Kremers SPJ. Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren. Maastricht: Maastricht University; 2009.
42. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2003;35:1381-95.
43. Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJM, Mensink M, Saris WHM, Blaak EE. Impact of a 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. *Diabetes Medicine* 2007a;25:597-605.

Bijlage 1 Algemeen stroomdiagram Beweging



Bijlage 2 Vragenlijst deelnemers



DE BEWEEGKUR: Wat vindt u ervan?



HET BESTE RECEPT VOOR UW GEZONDHEID

8

De BeweegKuur is een programma dat is ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij de BeweegKuur worden mensen begeleid naar een actievere levensstijl.

De BeweegKuur houdt in dat de huisarts u het advies geeft om meer te bewegen en u doorverwijst naar de leefstijladviseur. Dit is degene van wie u deze vragenlijst heeft gekregen (de praktijkverpleegkundige). Met persoonlijke begeleiding van de leefstijladviseur wordt u geholpen om meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten. Er vindt – wanneer dat voor u nodig is - een doorverwijzing plaats naar bijvoorbeeld een sportarts, een fysiotherapeut of een sportvoorziening in de buurt. Waar u naar toe wordt verwezen is vooral afhankelijk van uw eigen situatie en wensen.

Universiteit Maastricht volgt met een onderzoek de invoering van de BeweegKuur. De BeweegKuur is nieuw. Om een goed programma te kunnen maken is het van groot belang de mening te weten van de mensen die aan het programma meedoen. Daarom willen we u vragen deze vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag. Bij volledige deelname aan het onderzoek maakt u kans op een cadeaubon ter waarde van €50,-.

Er wordt naar enkele persoonlijke gegevens gevraagd. Deze gegevens zijn noodzakelijk om contact met u op te nemen wanneer u winnaar bent van een cadeaubon. Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt voor dit onderzoek. Uw gegevens worden niet aan derden verstrekt zodat uw privacy niet in gevaar komt.

Leest u onderstaande aanwijzingen goed door voordat u de vragen invult:

- Lees elke vraag en antwoordmogelijkheden goed door voordat u antwoord geeft
- Kruis steeds duidelijk het antwoord aan dat voor u het meest van toepassing is
- Kruis bij elke vraag één antwoord aan, tenzij anders staat vermeld
- Vul deze vragenlijst alleen voor uw eigen situatie in

Wij willen u vragen de ingevulde vragenlijst op te sturen naar de Universiteit Maastricht door middel van de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel op de envelop te plakken.

Voor vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met:
Universiteit Maastricht,

Judith Helmink
Judith.Helmink@gvo.unimaas.nl

Jessie Meis
J.Meis@gvo.unimaas.nl

Universiteit Maastricht
Vakgroep Gezondheidsbevordering
Postbus 616
6200 MD Maastricht
Telefoon: 043-3882194

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

__ - __ - ____ (dag-maand-jaar)

Wat is uw voornaam?

Wat is uw achternaam?

Wat is uw geboortedatum?

__ - __ - ____ (dag-maand-jaar)

Wat is uw geslacht?

man

vrouw

Wat is uw burgerlijke staat?

gehuwd

ongehuwd

samenwonend

gescheiden

weduwe/ weduwnaar

Wat is uw lengte?

_____ cm

Wat is uw gewicht?

_____ kg

Wat is uw geboorteland?

Nederland

Suriname

Nederlandse Antillen/ Aruba

Marokko

Turkije

Anders, namelijk _____

Welke (werk)situatie is op u het meest van toepassing?

betaald werk

huisvrouw/ -man

gepensioneerd/ met de VUT

onderwijs/ studie

vrijwilligerswerk

werkeloos/ werkzoekend

invalide/ arbeidsongeschikt

zelfstandige

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

geen opleiding

lagere school/ basisonderwijs

lager beroepsonderwijs/voorbereidend beroepsonderwijs

(Its, lhno, leao, lbo)

(m)ulo, mavo, mms

middelbaar onderwijs (mts/meao/mbo)

hoger beroepsonderwijs (hts, heao, hbo, pabo, etc)

havo, hbs, vwo (lyceum, atheneum, gymnasium)

wetenschappelijk onderwijs/ universiteit

anders, namelijk _____

Welk cijfer geeft u over het algemeen aan uw gezondheid? Omcirkel het cijfer dat het beste bij u past.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Heel erg
ongezond

een beetje
gezond

heel erg
gezond

De volgende stellingen gaan over hoe u zich voelt.

	<i>heel erg ongezond</i>	ongezond	normaal	gezond	heel erg gezond
--	--------------------------	----------	---------	--------	-----------------

Als ik naar andere mensen, met hetzelfde geslacht en leeftijd, kijk, dan voel ik mij ...

	<i>heel erg dik</i>	dik	normaal	dun	heel erg dun
--	---------------------	-----	---------	-----	--------------

Als ik naar andere mensen, met hetzelfde geslacht en leeftijd, kijk, dan voel ik mij ...

	helemaal niet actief	een beetje actief	normaal actief	actief	heel erg actief
--	----------------------	-------------------	----------------	--------	-----------------

Als ik naar andere mensen, met hetzelfde geslacht en leeftijd, kijk, dan voel ik mij ...

	<i>Helemaal mee oneens</i>	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
--	----------------------------	------------	-----------------------------------	----------	-------------------

Ik heb het idee dat ik gezond eet

Ik heb het idee dat ik voldoende beweeg					
---	--	--	--	--	--

De volgende vragen gaan over hoe u denkt over de BeweegKuur en wat uw verwachtingen over de BeweegKuur zijn.

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Als ik deelneem aan de BeweegKuur, dan ...	<i>Helemaal mee oneens</i>	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
--	----------------------------	------------	-----------------------------------	----------	-------------------

verwacht ik veel individuele aandacht

is dat voor mij een opstapje om meer te gaan bewegen					
--	--	--	--	--	--

is dat voor mij een opstapje om gezonder te gaan eten

is dat voor mij een stok achter de deur om te blijven bewegen					
---	--	--	--	--	--

is dat voor mij een stok achter de deur om gezonder te gaan eten

vind ik het fijn om samen met anderen te bewegen					
--	--	--	--	--	--

vind ik het fijn om samen met anderen over het onderwerp voeding te praten

kan ik bewegen met een doel					
-----------------------------	--	--	--	--	--

kan ik doelbewust gezonder gaan eten

kan ik bewegen met plezier					
----------------------------	--	--	--	--	--

ga ik meer bewegen in mijn vrije tijd

Als ik deelneem aan de BeweegKuur, dan ...	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
word ik gezonder					
ga ik me beter voelen					
ga ik me fitter voelen					
val ik af					
voel ik mij prettiger in mijn lichaam					
krijg ik last van pijn of blessures					
kan ik met minder schaamtegevoelens deelnemen aan een beweegprogramma					
vind ik het fijn als aan het begin van het programma duidelijk is wat ik kan verwachten					
vind ik het belangrijk om informatie over voeding te krijgen					
vind ik het belangrijk om informatie over bewegen te krijgen					
vind ik het belangrijk dat steeds dezelfde persoon mij tijdens de BeweegKuur begeleidt					
vind ik het belangrijk om uiteindelijk mee te kunnen doen aan beweegprogramma's in de buurt					
vind ik het belangrijk dat de leefstijladviseur op de hoogte is van wat ik doe in de BeweegKuur					
vind ik het belangrijk dat de leefstijladviseur op de hoogte is van mijn persoonlijke situatie					

De volgende vragen gaan over u als deelnemer aan de BeweegKuur. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Het is voor mij op dit moment nog onduidelijk hoe de BeweegKuur er precies uit gaat zien					
Ik vind de BeweegKuur passen bij personen als mijzelf					
Ik vind het belangrijk dat ik zelf mee kan beslissen wat voor beweegprogramma ik ga doen					
Ik vind het motiverend dat de huisarts mij doorverwijst naar de BeweegKuur					
Ik zou eerder deelnemen aan de BeweegKuur wanneer ik het een keer uit kan proberen					
Door de professionele begeleiding in de BeweegKuur voelt het veilig om te bewegen					

N.V.T.

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Door de professionele begeleiding in de BeweegKuur voel ik mij gesteund om gezonder te gaan eten					
Ik verwacht dat ik door mijn postuur problemen zou kunnen krijgen om de gehele BeweegKuur te volgen					
Ik verwacht dat het me zal lukken om te beginnen met de BeweegKuur					
Ik verwacht dat het me zal lukken om de gehele BeweegKuur te blijven volgen					
Ik verwacht dat het me zal lukken om ook na de BeweegKuur te blijven bewegen					
Ik verwacht dat het me zal lukken om ook na de BeweegKuur gezonder te blijven eten					
Zonder doorverwijzing naar de BeweegKuur zou het mij ook lukken om meer te gaan bewegen					
Zonder doorverwijzing naar de BeweegKuur zou het mij ook lukken om gezonder te gaan eten					

Wat zijn voor u de 3 belangrijkste redenen om deel te nemen aan de BeweegKuur? (kruis maximaal drie hokjes aan)

recept van de huisarts	ik ben bang om ziek te worden
motivatie door de huisarts	ik wil geen medicijnen gebruiken
steun van de huisarts	ik wil mijn medicijngebruik minderen
motivatie door de leefstijladviseur	ik beweeg te weinig
steun van de leefstijladviseur	ik wil geen complicaties krijgen
de professionele begeleiding	ik wil een betere conditie krijgen
bewegen in een groep	ik wil afvallen
de kwaliteit van het programma	ik wil gezonder worden
duidelijkheid over het programma	aandacht voor voeding
de nadruk op zowel voeding als bewegen	aandacht voor bewegen
ik eet ongezonder	het bewegen met mensen met hetzelfde postuur

De volgende stellingen gaan over de huisarts en de leefstijladviseur.

Wie heeft u het meest gemotiveerd om te beginnen met de BeweegKuur?

- Ikzelf
- Huisarts
- Leefstijladviseur
- Partner
- Familie
- Vrienden
- Collega's
- Anders, namelijk _____

De samenwerking tussen de huisarts en de leefstijladviseur bij de BeweegKuur vond ik....

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Matig
- Slecht
- Weet ik niet

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

	<i>Helemaal mee oneens</i>	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepas- sing
Ik voelde me op mijn gemak toen de huisarts mij doorverwees naar de BeweegKuur						
Ik heb het idee dat de huisarts veel aandacht voor mij had tijdens het gesprek over de BeweegKuur						
Ik voelde me serieus genomen door de huisarts						
Ik voelde me gesteund door de huisarts						
Omdat ik door de huisarts doorverwezen ben, vind ik het nog belangrijker om mijn manier van leven aan te passen						
Het kwam voor mij onverwacht dat de huisarts het over mijn gewicht ging hebben						
Ik zag ertegenop om voor de BeweegKuur naar de leefstijladviseur te gaan						
Ik voelde mij op mijn gemak bij de leefstijladviseur						
Ik heb het idee dat de leefstijladviseur veel aandacht voor mij had						
Ik heb het idee dat de leefstijladviseur mij serieus nam						
Ik voelde me gesteund door de leefstijladviseur						
De leefstijladviseur motiveert mij om deel te nemen aan de BeweegKuur						

De volgende vragen gaan over de diëtist.

Heeft de leefstijladviseur u doorgestuurd naar een diëtist?

- Ja
- Nee

Bent u in het verleden al bij een diëtist geweest?

- Ja
- Nee (dan mag u de volgende vraag over slaan)

Heeft de begeleiding van de diëtist u toen geholpen?

- Ja
- Nee, omdat _____

De volgende vraag gaat over de reisafstand tot aan uw beweegactiviteit.

Hoe ver wilt u reizen om deel te nemen aan de BeweegKuur?

- Het moet op loopafstand zijn
- Het moet op fietsafstand zijn
- Het moet goed te bereiken zijn met het openbaar vervoer
- Het moet goed te bereiken zijn met de auto
- Dat maakt mij niet uit

De volgende stellingen gaan over uw verwachtingen na de BeweegKuur.

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Als de BeweegKuur afgelopen is, dan ...	<i>Helemaal mee oneens</i>	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
wil ik blijven bewegen					
wil ik gezond blijven eten					
wil ik bewegen in een groep					
wil ik alleen bewegen					
wil ik bewegen met mensen van mijn leeftijd					
wil ik bewegen met mensen die dezelfde gezondheid hebben als ik					
wil ik bewegen met mensen met hetzelfde postuur					
weet ik niet waar ik naar toe zou moeten om te blijven bewegen					
wil ik geholpen worden met zoeken naar een mogelijkheid om te blijven bewegen					
verwacht ik dat er genoeg mogelijkheden zijn om te blijven bewegen					
wil ik bewegen bij een beweegbegeleider die opgeleid is om mensen als mijzelf te begeleiden					
wil ik hulp houden van een voedingsbegeleider/ diëtist					

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke activiteit gedurende de afgelopen 7 dagen.

Denkt u aan alle zware lichamelijke activiteiten die u deed in de afgelopen 7 dagen. Zware lichamelijke activiteiten zijn activiteiten die veel lichamelijke inspanning kosten en voor een veel snellere ademhaling zorgen. Denk *alleen* aan de activiteiten die u ten minste 10 minuten per keer heeft verricht.

1. Als u denkt aan de afgelopen 7 dagen, op hoeveel van deze dagen heeft u zware lichamelijke activiteiten verricht zoals zware lasten tillen, spitten, aerobics of wielrennen?

___ dagen per week

geen zware lichamelijke activiteiten → ga naar vraag 3

2. Op de dagen dat u zwaar lichamelijk actief was, hoeveel tijd heeft u daar dan gewoonlijk aan besteed?

___ minuten per dag

weet ik niet

Denkt u aan activiteiten die matige lichamelijke inspanning kosten en die u in de afgelopen 7 dagen heeft verricht. Matig intensieve lichamelijke activiteit laat u iets sneller ademen dan normaal. Denkt u weer *alleen* aan activiteiten die u ten minste 10 minuten per keer heeft verricht.

3. Als u denkt aan de afgelopen 7 dagen, op hoeveel van deze dagen heeft u matig intensieve lichamelijke activiteit verricht, zoals het dragen van lichte lasten, fietsen in een normaal tempo of dubbeltennis? Laat wandelen hier buiten beschouwing.

___ dagen per week

geen zware lichamelijke activiteiten → ga naar vraag 5

4. Op de dagen dat u matig intensief lichamelijk actief was, hoeveel tijd heeft u daar dan gewoonlijk aan besteed?

___ minuten per dag

weet ik niet

5. Als u denkt aan de afgelopen 7 dagen, op hoeveel dagen heeft u ten minste 10 minuten per keer gewandeld? Denk hierbij aan wandelen op het werk en thuis, wandelen om van de ene naar de andere plaats te komen, en al het andere wandelen dat u deed tijdens recreatie, sport of vrijetijdsbesteding.

___ dagen per week

geen wandelen → ga naar vraag 7

6. Op de dagen dat u ten minste 10 minuten per keer wandelde, hoeveel tijd heeft u daar dan gewoonlijk aan besteed?

___ minuten per dag

weet ik niet

7. Hoeveel tijd bracht u gewoonlijk zittend door gedurende een doordeweekse dag in de afgelopen 7 dagen? Bij deze tijd mag zitten achter een bureau, tijd die zittend wordt doorgebracht met vrienden, zittend lezen, studeren of tv kijken worden gerekend.

___ uren per dag

___ minuten per dag

weet ik niet

Op een schaal van 0 tot 10, in hoeverre bent u gemotiveerd om meer te gaan bewegen? *Omcirkel het cijfer dat het beste bij u past.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
helemaal niet gemotiveerd					een beetje gemotiveerd					erg gemotiveerd

Als u zou besluiten om meer te gaan bewegen, in hoeverre heeft u er vertrouwen in dat u daarin zult slagen? *Omcirkel het cijfer dat het beste bij u past.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
helemaal geen vertrouwen				een beetje vertrouwen					veel	vertrouwen

De volgende stellingen gaan over uw motivatie om gezond te eten.

Op een schaal van 0 tot 10, in hoeverre bent u gemotiveerd om gezonder te gaan of blijven eten? Omcirkel het cijfer dat het beste bij u past.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
helemaal niet					een beetje					erg
gemotiveerd					gemotiveerd					gemotiveerd

In hoeverre heeft u er vertrouwen in dat u daarin zult slagen?

Omcirkel het cijfer dat het beste bij u past.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
helemaal geen				een beetje					veel	
vertrouwen				vertrouwen					vertrouwen	vertrouwen

Einde van de vragenlijst! Bedankt voor het invullen!
Vergeet u niet om hem op te sturen?

Bijlage 3 Evaluatievragenlijsten na afloop van voedingsvoorlichting



Evaluatie formulier voor deelnemers aan de voedingsvoorlichting



HET BESTE RECEPT VOOR UW GEZONDHEID

Datum: _____

Geef met de volgende stellingen uw mening over de bijeenkomst over voeding!

	<i>Helemaal mee oneens</i>	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik vond de bijeenkomst heel nuttig					
Ik heb veel van de bijeenkomst geleerd					
Ik vond de bijeenkomst overbodig					
De informatie die we hebben besproken was voor mij goed te begrijpen					
De bijeenkomst helpt mij om gezonder te gaan eten					
Ik vind het fijn om in een groep over voeding te praten					
Ik heb het idee dat de diëtist individuele aandacht voor mij heeft					
De groep stimuleert mij om gezonder te gaan eten					
Ik heb liever een gesprek alleen met de diëtist dan in een groep					
De onderwerpen in de bijeenkomst sluiten goed aan op mijn verwachtingen					
De besproken thema's uit de bijeenkomst kan ik thuis toepassen					

Wat vond u de drie positiefste dingen uit de bijeenkomst?

- 1.
- 2.
- 3.

Wat vond u de drie negatiefste dingen uit de bijeenkomst?

- 1.
- 2.
- 3.

Heeft u tips hoe de bijeenkomst beter op uw wensen zou aansluiten?

Wat voor rapportcijfer zou u deze bijeenkomst geven?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Heel erg slecht niet goed/ niet slecht heel erg goed

Hier heeft u ruimte voor andere opmerkingen.

HEEL ERG BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST



HET BESTE RECEPT VOOR UW GEZONDHEID

Evaluatie formulier over voedingsvoorlichting voor diëtisten

Naam:

Locatie:

Datum bijeenkomst:

Groep: A B C

Tijdsduur bijeenkomst: _____ minuten

Vorbereidingstijd: _____ minuten

Als u deze bijeenkomst nogmaals zult organiseren, hoeveel voorbereidingstijd denkt u dan nodig te hebben? _____ minuten

Besproken thema's: _____

Gebruikte materialen: _____

Goede punten bijeenkomst:

- 1.
- 2.
- 3.

Verbeterpunten bijeenkomst:

- 1.
- 2.
- 3.

Zijn er extra materialen die bij deze bijeenkomst nuttig zouden zijn geweest?

Was de geplande tijd voldoende voor de bijeenkomst?

Ja

Nee, ik zou _____ minuten langer nodig gehad hebben

Nee, ik zou _____ minuten korter nodig gehad hebben

Zou je de volgende keer de bijeenkomst hetzelfde doen?

Ja

Nee

Indien Nee, wat zou je aan de bijeenkomst veranderen?

Bijlage 4 Resultaten registratieformulieren deelnemers

Tabel 1: Aantal respondenten per regio

	N	%
Totaal	87	
Enschede	22	25.3
Etten-Leur	8	9.2
Nijkerk	17	19.5
Ommen	20	23.0
Rotterdam	20	23.0

Tabel 2: Verdeling deelnemers over de programma's

	N	%		N	%
Beweegprogramma			Voedingsprogramma		
Zelfstandig programma	21	25.3	Voedingsprogramma B	56	72.7
Opstart programma	22	26.5	Voedingsprogramma C	21	27.3
Begeleid programma	40	48.2			

Noot: niet alle deelnemers zijn gestart in het beweeg- en of voedingsprogramma en van enkele deelnemers is onbekend in welke programma zij zijn gestart

Tabel 3: Achtergrondkenmerken van de deelnemers

	N	%		N	%
Geslacht			Burgerlijke staat		
Man	29	33.3	Gehuwd	56	66.7
Vrouw	58	66.7	Ongehuwd	9	10.7
Leeftijd			samenwonend	7	8.3
< 40	18	20.7	Gescheiden	6	7.1
40-50	12	13.8	Weduwe/ weduwnaar	6	7.1
50-60	30	34.5	Opleiding		
60-70	19	21.8	Laag opgeleid	37	55.5
70-80	8	9.2	Gemiddeld opgeleid	21	31.3
			Hoog opgeleid	9	13.4

Tabel 4: Lichamelijke parameters bij aanvang BeweegKuur

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Lengte (m)	83		1.68	0.1	1.50-1.91
Gewicht (Kg)	86		91.8	16.6	65-140
Body Mass Index (kg/m ²)	82		32.4	4.0	22-43
BMI 25-30	22	27.2			
BMI 30-35	41	50.6			
BMI >35	18	22.2			
Buikomvang (cm)	70		107.30	10.9	88-136
Bloeddruk					
Bovendruk (mmHG)	70		140.6	17.7	100-180
Onderdruk (mmHG)	70		82.7	11.2	60-120
Lichamelijke inspanning					
Zwaar (uren/week)	43		4.5	6.0	0-20
Matig / licht (uren/week)	75		15.2	10.4	1-39

Bijlage 4 Resultaten registratieformulieren deelnemers

Tabel 5: Gezondheidsprofiel van deelnemers bij aanvang van de BeweegKuur

	N	%		N	%
Diabetes Mellitus type 2			Uitkomst ECG		
Nee	72	82.8	< 70%	3	3.4
Ja	15	17.2	70-90%	19	21.8
COPD GOLD > 0			90-100%	4	4.6
Nee	55	91.7	>100%	21	24.2
Ja	5	8.3	Geen ECG uitkomst	40	46.0
Morbide Obesitas BMI > 35			Inspanningsbeperkingen		
Nee	52	81.2	Nee	58	69.9
Ja	12	18.8	Ja	25	30.1
CVA gebeurtenis of interventie			Weinig ervaring bewegen		
Nee	84	96.6	Nee	36	66.7
Ja	3	3.4	Ja	18	33.3
Hypertensie			Beperkte wandelcapaciteit en fysieke deconditionering		
Nee	18	27.7	Nee	34	56.7
Ja	47	72.3	Ja	26	43.3
Dyslipidemie			Niet weten hoe zelfst. bewegen		
Nee	21	72.4	Nee	48	85.7
Ja	8	27.6	Ja	8	14.3
Artose			Gebrek kennis bewegen / diabetes		
Nee	25	67.6	Nee	48	87.3
Ja	12	32.4	Ja	7	12.7
Slaapapneu			Gebrek inzicht & vertrouwen in eigen mogelijkheden		
Nee	28	87.5	Nee	61	72.6
Ja	4	12.5	Ja	23	27.4
Psychische aandoening			Bewegingsgerelateerde klachten		
Nee	25	80.6	Nee	43	64.2
Ja	6	19.4	Ja	24	35.8
Eerdere pees / gewrichtsklachten			Bang om te bewegen		
Nee	35	56.5	Nee	62	87.3
Ja	27	43.5	Ja	9	12.7
Gebruik NSAID's					
Nee	62	89.9			
Ja	7	10.1			

Tabel 6: Tussentijdse uitval BeweegKuur

	N	%
Tussentijdse uitvallers	12	13.8
Redenen voor uitval		
Last gekregen van lichamelijke klachten en / of ziekte	4	33.3
Onvoldoende motivatie	3	25
Persoonlijke omstandigheden (stress, depressie)	2	16.7
Niet verschenen bij follow-up consulten / voedingsbijeenkomsten	2	16.7
Onbekend	1	8.3

Tabel 7: Motivatie deelnemers bij aanvang BeweegKuur

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Motivatiescore om meer te bewegen	86	7.55	1.2	5-10
Motivatiescore om gezonder te eten	86	7.03	1.4	3-10

Noot: Motivatiescore van 10 is maximaal

Bijlage 4 Resultaten registratieformulieren deelnemers

Tabel 8: Hoofddoel Beweging voor deelnemer

	N	%
1 Afvallen	54	62.8
2 Gezondheid	17	19.8
3 Betere conditie	10	11.6
4 Verminderen medicatie	2	2.3
4 Meer bewegen	2	2.3
6 Professionele begeleiding programma	1	1.2

Tabel 9: Opbouw follow-up consulten

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Aantal deelnemers dat een 2 ^e consult had	49	56.3			
Aantal deelnemers dat een 3 ^e consult had	23	26.4			
Aantal deelnemers dat een 4 ^e consult had	1	1.1			
Tijd tussen intakeconsult en 2 ^e consult (weken)	48		10.3	4.9	2-19
Tijd tussen 2 ^e en 3 ^e consult (weken)	23		6.0	2.3	2-11
Tijd tussen 3 ^e en 4 ^e consult (weken)	1		5		

Tabel 10: Lichamelijke parameters bij 2^e consult

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Gewicht (Kg)	44		89.5	15.8	67-140
Body Mass Index (kg/m ²)	44		31.6	3.8	26-44
BMI 25-30	17	38.6			
BMI 30-35	21	47.8			
BMI >35	6	13.6			
Buikomvang (cm)	37		105.0	9.3	88-128
Bloeddruk					
Bovendruk (mmHG)	32		136.4	17.4	110-190
Onderdruk (mmHG)	32		81.7	8.8	65-105
Voortgang voeding	38		3.8	1.2	1-5
Voortgang Bewegen	38		4.0	1.2	1-6

Noot: De vragen over de voortgang werden gesteld op een 6-punt schaal van slecht (1) tot zeer goed (6)

Tabel 11: Lichamelijke parameters bij 3^e consult

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Gewicht (Kg)	23		91.3	19.5	67-140
Body Mass Index (kg/m ²)	23		32.4	4.5	25-44
BMI 25-30	8	34.8			
BMI 30-35	9	39.1			
BMI >35	6	26.1			
Buikomvang (cm)	18		102.7	10.4	86-124
Bloeddruk					
Bovendruk (mmHG)	17		137.1	15.1	120-180
Onderdruk (mmHG)	17		81.9	8.9	60-95
Voortgang voeding	17		3.5	1.3	1-5
Voortgang Bewegen	18		3.8	1.5	1-5

Noot: De vragen over de voortgang werden gesteld op een 6-punt schaal van slecht (1) tot zeer goed (6)

Bijlage 5 Resultaten vragenlijst deelnemers

Tabel 1: Aantal respondenten dat de vragenlijst instuurde

	N
Aantal deelnemers dat de vragenlijst instuurde	36

Tabel 2: Aantal respondenten per regio

	N	%
Enschede	4	11.1
Etten-Leur	4	11.1
Nijkerk	13	36.1
Ommen	11	30.6
Rotterdam	4	11.1

Tabel 3: Achtergrondkenmerken van de respondenten

	N	%		N	%
Geslacht			Geboorteland		
Man	16	44.4	Nederland	32	91.4
Vrouw	20	55.6	Suriname	3	8.6
Leeftijd			Opleiding		
< 40	4	11.1	Laag opgeleid	17	63.0
40-50	3	8.3	Gemiddeld opgeleid	5	18.5
50-60	12	33.3	Hoog opgeleid	5	18.5
60-70	14	38.9	Werk		
70-80	3	8.3	Betaald werk	7	20.6
Burgerlijke staat			Huisvrouw/man	5	14.7
Gehuwd	23	63.9	Gepensioneerd/ met de VUT	13	38.2
Ongehuwd	5	13.9	Onderwijs / studie	1	2.9
samenwonend	2	5.6	Werkeloos/werkzoekend	3	8.8
Gescheiden	3	8.3	Invalide/arbeidsongeschikt	5	14.7
Weduwe/ weduwnaar	3	8.3			

Tabel 4: Lengte, gewicht, BMI en lichamelijke activiteit van de respondenten

	N	%	Gemiddelde	SD	Spreiding
Lengte (m)	36		1.70	0.1	1.56-1.89
Gewicht (kg)	36		91.3	17.9	67-166
Body Mass Index (kg/m ²)	36		31.5	4.7	25.7-49.0
BMI 25-30	15	41.7			
BMI 30-35	15	41.7			
BMI > 35	6	16.6			
Zwaar lichamelijke inspanning (uur/week)	30		0.3	0.7	0-2
Matig lichamelijke inspanning (uur/week)	29		1.1	1.9	0-8
Wandelen (uur/week)	27		2.8	3.0	0-12
Zitgedrag (uur/dag)	21		6.6	2.9	2-14

Tabel 5: Cijfer voor algemene gezondheid

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Cijfer voor algemene gezondheid	35	6.7	1.1	4-8

Noot: Antwoordmogelijkheden bij deze vragen waren cijfers van 0-10.

Tabel 6: Stellingen over hoe deelnemers zich voelen als zij naar anderen kijken

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
... dan voel ik mij heel erg ongezond / heel erg gezond	34	3.0	0.7	2-4
... dan voel ik mij heel erg dik / heel erg dun	34	2.4	0.5	2-3
... dan voel ik mij niet actief / heel erg actief	33	2.6	0.7	1-4

Noot: De vragen zijn gesteld op een 5-punt schaal van heel erg ongezond, heel erg dik, helemaal niet actief (1) tot heel erg gezond, heel erg dun, heel erg actief (5).

Tabel 7: Stellingen dat deelnemers idee hebben gezond te eten en voldoende te bewegen

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Ik heb het idee dat ik gezond eet	32	3.5	0.7	2-4
Ik heb het idee dat ik voldoende beweeg	30	2.9	0.9	1-4

Noot: De vragen zijn gesteld op een 5-punt schaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 8: Stellingen over de verwachtingen bij deelname aan de BeweegKuur

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
... verwacht ik veel individuele aandacht	33	3.9	0.8	1-5
... is dat voor mij een opstapje om meer te gaan bewegen	33	4.1	0.3	3-5
... is dat voor mij een opstapje om gezonder te gaan eten	32	3.8	0.5	2-4
... is dat voor mij een stok achter de deur om te blijven bewegen	34	4.0	0.6	2-5
... is dat voor mij een stok achter de deur om gezonder te gaan eten	34	3.8	0.7	1-5
... vind ik het fijn om samen met anderen te bewegen	33	3.6	0.9	1-5
...vind ik het fijn om samen met anderen over het onderwerp voeding te praten	34	3.4	0.9	1-5
...kan ik bewegen met een doel	32	4.0	0.5	2-5
...kan ik doelbewust gezonder gaan eten	32	3.8	0.7	2-5
...kan ik bewegen met plezier	32	3.7	0.6	2-5
...ga ik meer bewegen in mijn vrije tijd	33	3.8	0.7	2-5
...word ik gezonder	34	3.8	0.5	3-5
...ga ik me beter voelen	34	3.8	0.4	3-4
...ga ik me fitter voelen	34	3.9	0.4	3-5
...val ik af	33	3.9	0.5	3-5
...voel ik mij prettiger in mijn lichaam	32	3.8	0.6	2-5
...krijg ik last van pijn of blessures	33	3.1	1.1	1-5
...kan ik met minder schaamtegevoelens deelnemen aan een beweegprogramma	30	3.0	1.0	1-5
...vind ik het fijn als aan het begin van het programma duidelijk is wat ik kan verwachten	31	3.9	0.6	2-5
...vind ik het belangrijk om informatie over voeding te krijgen	33	3.8	0.7	2-5
...vind ik het belangrijk om informatie over bewegen te krijgen	33	3.9	0.6	2-5
...vind ik het belangrijk dat steeds dezelfde persoon mij tijdens de BeweegKuur begeleidt	33	4.0	0.8	2-5
...vind ik het belangrijk om uiteindelijk mee te kunnen doen aan beweegprogramma's in de buurt	32	3.6	0.9	1-5
...vind ik het belangrijk dat de leefstijladviseur op de hoogte is van wat ik doe in de BeweegKuur	33	3.9	0.6	2-5
...vind ik het belangrijk dat de leefstijladviseur op de hoogte is van mijn persoonlijke situatie	33	3.9	0.6	2-5

Noot: De vragen zijn gesteld op een 5-punt schaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 9: Stellingen over de BeweegKuur

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Het is voor mij op dit moment nog onduidelijk hoe de BeweegKuur er precies uit gaat zien	33	3.7	1.0	1-5
Ik vind de BeweegKuur passen bij personen als mijzelf	30	3.6	0.7	2-5
Ik vind het belangrijk dat ik zelf mee kan beslissen wat voor beweegprogramma ik ga doen	31	3.9	0.7	2-5
Ik vind het motiverend dat de huisarts mij doorverwijst om te gaan bewegen	32	4.1	0.6	3-5
Ik zou eerder deelnemen aan de BeweegKuur wanneer ik het een keer uit kan proberen	33	3.6	0.8	2-5
Door de professionele begeleiding in de BeweegKuur voelt het veilig om te bewegen	33	4.0	0.5	3-5
Door de professionele begeleiding in de BeweegKuur voel ik mij gesteund om gezonder te gaan eten	34	3.9	0.6	2-5
Ik verwacht dat ik door mijn postuur problemen zou kunnen krijgen om de gehele BeweegKuur te volgen	33	2.8	1.1	1-5
Ik verwacht dat het me zal lukken om te beginnen met de BeweegKuur	35	4.0	0.5	3-5
Ik verwacht dat het me zal lukken om de gehele BeweegKuur te blijven volgen	35	3.9	0.6	3-5
Ik verwacht dat het me zal lukken om ook na de BeweegKuur te blijven bewegen	35	3.9	0.5	3-5
Ik verwacht dat het me zal lukken om ook na de BeweegKuur gezonder te blijven eten	35	3.7	0.6	2-5
Zonder doorverwijzing naar de BeweegKuur zou het mij ook lukken om meer te gaan bewegen	35	3.0	1.0	1-5
Zonder doorverwijzing naar de BeweegKuur zou het mij ook lukken om gezonder te gaan eten	33	3.2	0.9	1-5

Noot: De vragen zijn gesteld op een 5-punt schaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 10: Redenen voor deelname aan de BeweegKuur

	N	%
1 ik wil een betere conditie krijgen	19	52.8
1 ik wil afvallen	19	52.8
3 motivatie door de huisarts	11	30.6
4 ik beweeg te weinig	9	25.0
5 de professionele begeleiding	8	22.2
6 nadruk op zowel voeding als bewegen	7	19.4
7 ik wil gezonder worden	6	16.7
8 steun van de huisarts	5	13.9
9 motivatie door de leefstijladviseur	4	11.1
9 ik wil geen medicijnen gebruiken	4	11.1
10 recept van de huisarts	3	8.3
11 ik wil geen complicaties krijgen	2	5.6
11 aandacht voor bewegen	2	5.6
12 steun van de leefstijladviseur	1	2.8
12 duidelijkheid over het programma	1	2.8
12 ik ben bang om ziek te worden	1	2.8
12 ik wil mijn medicijngebruik minderen	1	2.8
12 aandacht voor voeding	1	2.8
12 Het bewegen met mensen met hetzelfde postuur	1	2.8

Tabel 11: Door wie zijn deelnemers gemotiveerd om met de BeweegKuur te beginnen

	N	%
1 Huisarts	17	47.2
2 Leefstijladviseur	9	25.0
3 Ikzelf	3	8.3
3 Leefstijladviseur en iemand anders	3	8.3
5 Ikzelf, leefstijladviseur en huisarts	2	5.6
6 Ikzelf en huisarts	1	2.8
6 Anders	1	2.8

Tabel 12: Samenwerking tussen de leefstijladviseur en de huisarts volgens deelnemers

	N	%
Zeer goed	8	24.2
Goed	13	39.4
Weet ik niet	12	36.4

Noot: Deze vraag werd gesteld op 5-puntschaal van zeer goed (1) tot slecht (5) met een extra optie weet ik niet.

Tabel 13: Stellingen over de huisarts

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Ik voelde mij op mijn gemak toen de huisarts mij doorverwees naar de BeweegKuur	35	4.0	0.5	3-5
Ik heb het idee dat de huisarts veel aandacht voor mij had tijdens het gesprek over de BeweegKuur	35	4.2	0.7	3-5
Ik voelde mij serieus genomen door de huisarts	35	4.2	0.6	3-5
Ik voelde me gesteund door de huisarts	31	4.2	0.7	3-5
Omdat ik door de huisarts doorverwezen ben, vind ik het nog belangrijker om mijn manier van leven aan te passen	35	4.0	0.8	2-5
Het kwam voor mij onverwacht dat de huisarts het over mijn gewicht ging hebben	31	3.0	1.0	1-5

Noot: Deze vragen werden gesteld op 6-puntschaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5). De keuze "niet van toepassing" is gecodeerd als missing

Tabel 14: Stellingen over de leefstijladviseur

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Ik zag ertegenop om voor de BeweegKuur naar de leefstijladviseur te gaan	35	2.5	1.	1-5
Ik voelde mij op mijn gemak bij de leefstijladviseur	35	4.1	0.6	2-5
Ik heb het idee dat de leefstijladviseur veel aandacht voor mij had	36	4.1	0.6	2-5
Ik heb het idee dat de leefstijladviseur mij serieus nam	36	4.1	0.6	2-5
Ik voelde me gesteund door de leefstijladviseur	35	4.1	0.7	2-5
De leefstijladviseur motiveert mij om deel te nemen aan de BeweegKuur	35	4.2	0.5	3-5

Noot: Deze vragen werden gesteld op 5-puntschaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 15: Deelnemers die zijn doorverwezen naar een diëtist

	N	%
Heeft de leefstijladviseur u doorgestuurd naar een diëtist		
Ja	26	78.8
Nee	7	21.2
Bent u in het verleden al bij een diëtist geweest		
Ja	19	52.8
Nee	17	47.2
Heeft de begeleiding van de diëtist u toen geholpen?		
Ja	11	31.4
Nee	7	20.0
Niet eerder bij diëtist geweest	17	48.6
Waarom heeft de begeleiding u toen niet geholpen		
Omdat het niet het onderliggende probleem oploste	1	
Ik at al gezond	1	
Het was misgelopen dat was een misverstand	1	
Door een communicatiestoornis	1	
Ik at te weinig	1	
Ik deed er zelf niets aan	1	

Tabel 16: Mening over reisafstand tot beweegactiviteit

	N	%
Het moet op fietsafstand zijn	21	58.3
Dat maakt mij niet uit	6	16.7
Het moet goed te bereiken zijn met de auto	5	13.9
Het moet op loopafstand zijn	3	8.3
Het moet goed te bereiken zijn met het openbaar vervoer	1	2.8

Tabel 17: Stellingen over de verwachtingen na de BeweegKuur

Als de BeweegKuur afgelopen is, dan...	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
...wil ik blijven bewegen	36	3.9	0.7	1-5
...wil ik gezond blijven eten	36	4.0	0.5	3-5
...wil ik bewegen in een groep	32	3.3	0.9	1-5
...wil ik alleen bewegen	33	3.2	0.9	1-5
...wil ik bewegen met mensen van mijn leeftijd	36	3.4	0.9	1-5
...wil ik bewegen met mensen die dezelfde gezondheid hebben als ik	34	3.2	0.9	1-5
...wil ik bewegen met mensen met hetzelfde postuur	34	2.9	0.8	1-4
...weet ik niet waar ik naar toe zou moeten om te blijven bewegen	32	2.6	1.0	1-5
...wil ik geholpen worden met zoeken naar een mogelijkheid om te blijven bewegen	34	3.2	1.2	1-5
...verwacht ik dat er genoeg mogelijkheden zijn om te blijven bewegen	32	3.9	0.7	1-5
...wil ik bewegen bij een beweegbegeleider die opgeleid is om mensen als mijzelf te begeleiden	33	3.3	1.0	1-5
...wil ik hulp houden van een voedingsbegeleider/diëtist	33	3.0	1.1	1-5

Noot: Deze vragen werden gesteld op 5-puntschaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 18: Motivatie en vertrouwen om meer te gaan of blijven bewegen

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Motivatie om meer te gaan of blijven bewegen	34	7.5	1.0	5-10
Vertrouwen om daarin te slagen	34	7.5	1.1	6-10

Noot: Antwoordmogelijkheden bij deze vragen waren cijfers van 0-10.

Tabel 19: Motivatie en vertrouwen om gezonder te gaan of blijven eten

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Motivatie om gezonder te gaan of blijven eten	34	7.5	1.2	5-10
Vertrouwen om daarin te slagen	35	7.5	1.2	5-10

Noot: Antwoordmogelijkheden bij deze vragen waren cijfers van 0-10.

Bijlage 6 Resultaten evaluatievragenlijst voedingsvoorlichting deelnemers

Tabel 1: Aantal deelnemers per regio

	N	%
Enschede	40	72.7
Etten-Leur	5	9.1
Nijkerk	4	7.3
Ommen	6	10.9

Tabel 2: Stellingen over de voedingsbijeenkomst

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Ik vond de bijeenkomst heel nuttig	54	4.1	0.6	2-5
Ik heb veel van de bijeenkomst geleerd	53	3.8	0.7	2-5
Ik vond de bijeenkomst overbodig	52	2.2	1.0	1-5
De informatie die we hebben besproken was voor mij goed te begrijpen	52	4.2	0.8	2-5
De bijeenkomst helpt mij om gezonder te gaan eten	54	4.0	0.7	2-5
Ik vind het fijn om in een groep over voeding te praten	54	3.7	1.0	1-5
Ik heb het idee dat de diëtist individuele aandacht voor me heeft	54	3.8	0.9	1-5
De groep stimuleert mij om gezonder te gaan eten	52	3.6	0.9	1-5
Ik heb liever een gesprek alleen met de diëtist dan in een groep	54	3.0	1.2	1-5
De onderwerpen in de bijeenkomst sluiten goed aan op mijn verwachtingen	54	3.7	0.8	2-5
De besproken thema's uit de bijeenkomst kan ik thuis toepassen	54	4.1	0.6	3-5

Noot: Deze vragen werden gesteld op 5-puntschaal van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Tabel 3: Rapportcijfer voor de voedingsvoorlichting

	N	Gemiddelde	SD	Spreiding
Wat voor rapportcijfer zou u deze bijeenkomst geven	44	7.4	0.9	5-10