

BEWEEGKUUR

Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.

HANDLEIDING BEWEEGKUUR VOOR DE DIËTIST

NISB ontwikkelt de BeweegKuur met subsidie van het ministerie van VWS en in samenwerking met NHG, NVD, LVG, NVDA, KNGF, LHV, DVN, NDF en VSG.

Voor de doorontwikkeling van de BeweegKuur is naast bovengenoemde partners samenwerking gezocht met PON, NOV, NIP en ActiZ.

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)

P Postbus 643, 6710 BP EDE
T 0318-490900
F 0318-490995
E info@nisb.nl
W www.nisb.nl
W www.beweegkuur.nl

BeWeeg Kuur

MEER BEWEGEN EN GEZONDE VOEDING



Ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

VWS



Colofon

Titel: 'Handleiding BeweegKuur' voor de diëtist
Subtitel: Een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns)zorg om mensen met een (zeer) hoog gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl.

Versie: 1.2

Redactie:

Mevr. drs. E. van Ballegooie

Mevr. L. Butselaar

Mevr. B. van der Poel

Mevr. L.G. van Meggelen (*Invorm: Praktijk voor Dieet en Sportvoedingsadviezen*)

Met dank aan:

Dhr. Prof.dr.ir. J.C. Seidell, Mevr. drs. S. Niemer (Partnerschap Overgewicht Nederland)

Mevr. dr. W.J.E. Bemelmans (RIVM);

Dhr. dr. S.P.J. Kremers, Mevr. drs. J. Helmink, Dhr. drs. V. Cox, (GVO, Universiteit Maastricht)

De leden van de ontwikkelgroep van de (doorontwikkelde) BeweegKuur:

NISB	(Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen) vertegenwoordigd door Mevr. L. Butselaar; Dhr. D. Schaars;
PON	(Partnerschap Overgewicht Nederland) vertegenwoordigd door Mevr. S. Niemer;
NVDA	(Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) vertegenwoordigd door Mevr. T. Van Baar, Mevr. C. Van Velzen;
NVD	(Nederlandse Vereniging van Diëtisten) vertegenwoordigd door Mevr. W. Remijnse;
DNO	(Diabetes and Nutrition Organization) vertegenwoordigd door Mevr. L. Smit ^{1*}
KNGF	(Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) vertegenwoordigd door Mevr. E. Rutte; Dhr. N. Hutting*;
NHG	(Nederlands Huisartsen Genootschap) vertegenwoordigd door Dhr. B. Spelberg; Dhr. J. Galavazi*; Dhr. T. Drenthen;
NDF	(Nederlandse Diabetes Federatie) vertegenwoordigd door Mevr. C. Aarsen;
LVG	(Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns) vertegenwoordigd door Dhr. P. Rijnbeek*; Mevr. Y. Schoenmakers;
NIP	(Nederlands Instituut van Psychologen) vertegenwoordigd door Dhr. P. Daansen;
NOV	(Nederlandse Obesitas Vereniging) vertegenwoordigd door Mevr. S. Kruizinga;
ActiZ	(Organisatie van zorgondernemers) vertegenwoordigd door Mevr. T. Bouwman;
VSG	(Vereniging voor Sportgeneeskunde) vertegenwoordigd door Dhr. S. Praet;
TNO	(org. Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek) vertegenwoordigd door Dhr. T. Jongert*;
NPi	(Nederlands Paramedisch instituut) vertegenwoordigd door Dhr. H. Askes*; Dhr. H. Bult*;
DVN	(Diabetes Vereniging Nederland) vertegenwoordigd door Dhr. J. Doorenbos*

© NISB, Ede, januari 2012

Niets uit deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs gekopieerd en/of vermenigvuldigd worden. Deze conceptversie wordt regelmatig bijgewerkt, u ontvangt als betrokken inhoudsdeskundige, de meest recente versie.

¹ Redactie- en/of werkgroepleden tot 2009

Voorwoord

Beste diëtist,

Voor u ligt de handleiding van de BeweegKuur voor de diëtist die betrokken is bij de uitvoering van de BeweegKuur. De diëtist is een belangrijke speler in dit netwerk. Deze handleiding is uitgewerkt in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten (NVD) en Invorm: Praktijk voor Dieet en Sportvoedingsadviezen.

In deze handleiding worden de taken van de diëtist concreet en stapsgewijs uitgewerkt..

Het document '*Kennismaking met de BeweegKuur*' ligt ten grondslag aan de handleidingen voor de verschillende disciplines. Wij bevelen aan dit document te lezen alvorens aan de slag te gaan met de handleiding. '*Kennismaking met de BeweegKuur*' is te downloaden van de website www.beweegkuur.nl/inlog van het NISB.

Daar kunt u ook aanvullende informatie vinden, zoals de wetenschappelijke onderbouwing en referenties, en informatie over lokale samenwerking en de taken van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Op de website vindt u verder:

- competentieprofielen van de leefstijladviseur en fysiotherapeut met aanvullende scholing
- materialen BeweegKuur zoals het logboek BeweegKuur en informatiefolders
- achtergrondinformatie over onder meer obesitas en leefstijl, diabetes en leefstijl, het belang van bewegen voor mensen met een hoog gezondheidsrisico, voedingsadviezen.

Wij hopen u met deze handleiding houvast te bieden bij de uitvoering van de BeweegKuur. Namens het NISB projectteam en alle partners van de BeweegKuur wensen wij u veel succes!

Bij verwijzing naar personen, ofwel 'zij' ofwel 'hij', wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm (hij/zij) bedoeld.

Inhoud

Voorwoord

Wegwijzer bij de handleiding BeweegKuur voor de leefstijladviseur

Deel I Over de BeweegKuur

- 1 Doel en uitgangspunten
- 2 Organisatie, taken en competenties

Deel II Traject

Trajectbeschrijving BeweegKuur

- Fase 1 Signalering
- Fase 2 Beoordeling
- Fase 3 Coaching
- Fase 4 Evaluatie en nazorg

Deel III Coachingstraject diëtist

- 1 Coachingstraject diëtist
- 2 Groepsvoorlichting: achtergronden
- 3 Groepsvoorlichting: de voorbereiding
- 4 Groepsvoorlichting: de uitvoering
- 5 Ondersteuning van zelfmanagement

Deel IV Bijlagen

- 1 Formulieren/tabellen
- 2 Voorbeeld(verwijs)brieven
- 3 Achtergrondliteratuur

Wegwijzer bij de handleiding BeweegKuur

Dit is de handleiding voor de diëtist. Er is ook een handleiding voor de leefstijladviseur en een handleiding voor de fysiotherapeut. Deel I en II zijn voor alle handleidingen gelijk. Deel III en IV verschillen per handleiding.

Deel I

Via het document 'Kennismaking met de BeweegKuur' heeft u al kennis kunnen nemen van de aanleiding, inhoud en betekenis van de BeweegKuur. In deel I vindt u nog eens kort het doel en de organisatie van de BeweegKuur.

Daarnaast gaan we wat dieper in op de benodigde deskundigheid van de betrokken zorgverleners en (het belang van) de multidisciplinaire samenwerking.

Deel II

Het tweede deel geeft een bondige beschrijving van het totale traject van de BeweegKuur en de rol van betrokken instanties en zorgverleners in elke fase.

Deel III

Dit deel beschrijft de taken van de diëtist gedurende het coachingstraject tijdens en na de BeweegKuur. Daarnaast vindt u een handreiking voor het opzetten van groepsvoorlichting binnen de BeweegKuur.

Ook is in dit deel een hoofdstuk over ondersteuning van zelfmanagement opgenomen.

Deel IV

Dit deel bevat de bijlagen waarnaar in de handleiding verwezen wordt:

- voorbeeld-(verwijs)brieven;
- tabellen;
- instructies/achtergrondinformatie. Lezing van deze artikelen is onontbeerlijk bij het uitvoeren van het coachingstraject, zoals 'Begeleiding en coaching' (Motivational Interviewing).

Deze bijlagen uit deel IV zijn ook te vinden op de website www.beweegkuur.nl, afdeling Documenten.

Deel I

Over de BeweegKuur

1 Doel en uitgangspunten

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico.

1.2 Doel

Het doel van de BeweegKuur is het realiseren van gezondheidswinst door middel van meer bewegen, een gezonde voeding en het laten beklijven van de aangepaste leefstijl door gedragsverandering en het ondersteunen van zelfmanagement.

Onderzoek² toont aan dat door een gezonde leefstijl positieve effecten behaald kunnen worden in termen van gezondheidswinst. In navolging van de CBO richtlijn³ is het specifieke doel van een jaar begeleiding in BeweegKuur een gewichtsreductie van 5-15%, die gehandhaafd wordt in het jaar na de BeweegKuur. De deelnemer streeft daarbij vooral naar het behalen van persoonlijke doelen.

1.3 Doelgroep

De BeweegKuur is bedoeld voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico die een inactieve leefstijl hebben en gemotiveerd zijn voor gedragsverandering.

De inclusie- en exclusiecriteria worden uitgebreid beschreven in [deel II Traject, pagina...](#)

1.4 Methode

Om te komen tot een gezonde leefstijl biedt de BeweegKuur de deelnemer een geïntegreerd plan bestaande uit drie onderdelen:

- bewegen: het verhogen van de lichamelijke activiteit;
- voeding: het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet, dat leidt tot verbetering van het eetgedrag;
- gedragsverandering: ondersteuning van zelfmanagement bij leefstijlaanpassingen.

Gedurende het traject wordt de deelnemer gecoacht door een team van zorgverleners. Een leefstijladviseur vormt daarin het centrale punt. Daarnaast zijn er een fysiotherapeut, diëtist en eventueel lokale sportaanbieders bij betrokken.

Bewegen

Het thema bewegen onderscheidt drie beweegprogramma's die hoofdzakelijk verschillen in de mate van begeleiding:

1. zelfstandig beweegprogramma: bewegen binnen het reguliere lokale beweegaanbod;
2. opstartprogramma: bewegen onder (tijdelijke) beperkte begeleiding van een fysiotherapeut⁴;

² RIVM onderzoek kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering

³ CBO richtlijn 'diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'

⁴ Of oefentherapeut indien deze voldoet aan het competentieprofiel.

3. begeleid beweegprogramma; bewegen onder (tijdelijke) begeleiding van een fysiotherapeut⁵.

Op basis van een intake en een inspanningstest brengt de fysiotherapeut een advies uit aan de leefstijladviseur over het beweegprogramma en de intensiteit en vorm van bewegen. Aan de hand van het advies van de fysiotherapeut stelt de leefstijladviseur in overleg met de deelnemer het beweegprogramma vast.

Uitgangspunt is steeds dat de deelnemer de regie heeft bij de keuze van het programma en dat de zorgverlener de deelnemer bij zijn keuze adviseert en ondersteunt. Ook binnen de programma's is er ruimte voor keuzes.

Voeding

Voor het voedingsprogramma verwijst de leefstijladviseur alle deelnemers door naar de diëtist voor een individueel voedingsconsult. Gedurende de de BeweegKuur zijn er twee individuele follow-up consulten mogelijk. Daarnaast biedt de diëtist de deelnemer groepsvoorlichting aan. Deze groepsvoorlichting (zeven bijeenkomsten) laat de diëtist aansluiten bij de wensen en persoonlijke doelen van de deelnemers.

Gedragsverandering

Een derde pijler in de BeweegKuur is de aandacht voor gedragsverandering, waarbij *zelfmanagementondersteuning* een grote rol speelt. Gedurende de BeweegKuur is de leefstijladviseur de persoonlijke coach met wie de deelnemer regelmatig contact heeft over de voortgang. Een goede relatie gebaseerd op vertrouwen en respect tussen beide is hierbij van belang. De leefstijladviseur en de deelnemer stellen samen het individuele plan op, waarin zij persoonlijke doelen en afspraken vastleggen. De leefstijladviseur richt zich op kennisoverdracht, coachingsvaardigheden en het wegwijs maken van de deelnemer in (beweeg)voorzieningen.

De BeweegKuur zal alleen effectief blijken als het gewenste gedrag langdurig wordt volgehouden. Door terugval in gedragsverandering vroegtijdig te signaleren tijdens de consulten bij de leefstijladviseur, diëtist en/of fysiotherapeut, kan hier tijdig en effectief worden ingegrepen (terugvalpreventie). De leefstijladviseur stemt geregeld af met de huisarts en de andere betrokken zorgverleners.

Groepsbegeleiding heeft positieve effecten op de motivatie van deelnemers. Daarnaast spelen groepsdynamica en groepsbinding een belangrijke rol in de uiteindelijke gedragsverandering en gedragsbehoud. Daarom wordt zoveel mogelijk gestreefd naar beweegactiviteiten in groepsverband en groepsvoorlichting in het voedingsprogramma

1.5 Duur van de BeweegKuur

De BeweegKuur duurt maximaal één jaar; in deze periode moet het mogelijk zijn gedrag te veranderen en voorwaarden te scheppen voor gedragsbehoud. Deelnemers die een jaar lang lichamelijk actiever zijn en gezonder eten, en daarmee gezondheidswinst boeken, zijn vaak zo intrinsiek gemotiveerd dat zij hun gezonde leefstijl voortzetten. Daarom stopt de begeleiding binnen de BeweegKuur na 12 maanden.

⁵ Het begeleid beweegprogramma is in 2010 en 2011 slechts op enkele locaties beschikbaar ivm een lopend onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dit beweegprogramma.

1.6 Nazorg

Terugvalpreventie is een belangrijk instrument om het effect van de begeleiding te borgen. Daarom is het van belang dat de leefstijladviseur, praktijkondersteuner en huisarts ook na de BeweegKuur de leefstijlverandering blijven monitoren. Bestaande consulten, zoals de diabetescontroles en het hypertensiespreekuur, zijn bij uitstek momenten om dit te doen. Terugval kan op deze manier vroegtijdig gesignaleerd en opgevangen worden. De intensiteit en wijze van nazorg verschilt per deelnemer en is vooral afhankelijk van het beweegprogramma dat gevolgd is (zie deel II Traject 1.2).

2 Organisatie, taken en competenties

2.1 Multidisciplinaire samenwerking

De BeweegKuur is een multidisciplinaire interventie. Door de samenwerking tussen partners in zowel de eerstelijnszorg als de openbare gezondheidszorg draagt het programma bij aan de ontwikkeling van een solide (lokale) infrastructuur voor preventieve zorg. Belangrijke voorwaarde voor de BeweegKuur is dat de uitvoering geïntegreerd is in de reguliere huisartsenzorg.

Binnen de BeweegKuur spelen naast de leefstijladviseur de fysiotherapeut, de diëtist én de sport- en beweegbegeleider een belangrijke rol. De deelnemer moet ervaren dat er een team betrokken zorgverleners achter hem staat. Daarnaast wijzen de zorgverleners de deelnemer op de eigen verantwoordelijkheid voor het slagen van de BeweegKuur. Van de deelnemer wordt verwacht dat hij bewust keuzes maakt, en de regie in eigen handen neemt. Voor het zelfmanagement is het cruciaal dat zorgverleners elkaar kennen, elkaar belangrijk vinden, elkaar ondersteunen en eenduidige adviezen geven. Door structurele samenwerking, korte communicatielijnen waarbij de disciplines kennis hebben van elkaars vakgebied, ontstaat er synergie.

Het *Beweegkuur Informatie Systeem (BIS)*, een speciaal voor de BeweegKuur ontwikkeld registratiesysteem, kan helpen bij de communicatie tussen de zorgverleners.⁶

De wijze waarop de samenwerking plaatsvindt, is afhankelijk van de lokale situatie en de werksetting. De fysiotherapeut en diëtist rapporteren aan de leefstijladviseur over de voortgang van de deelnemer en vice versa. Bij beëindiging van begeleiding zorgen de zorgverleners voor een overdracht. De leefstijladviseur onderhoudt contact met betrokken zorgverleners én sport- en beweegaanbieders.

2.2 Deskundigheid van betrokken zorgverleners

Het takenpakket van de betrokken zorgverleners bevindt zich niet alleen op de voor hen bekende werkterreinen, maar ook op essentiële aspecten als gedragsverandering en medische achtergrondkennis. Voor een succesvolle begeleiding van de deelnemer is het daarom noodzakelijk dat de zorgverlener deskundig is om de BeweegKuur uit te voeren. Voor de diëtist sluiten de taken binnen de BeweegKuur aan bij het huidige takenpakket. Fysiotherapeuten die beweegprogramma's van de BeweegKuur willen uitvoeren dienen aanvullend geschoold te zijn. We spreken daarom binnen de BeweegKuur over fysiotherapeuten met aanvullende scholing. Ook de leefstijladviseur dient te worden geschoold.

Voor de leefstijladviseurs en fysiotherapeuten zijn competentieprofielen opgesteld. Deze zijn te downloaden van www.beweegkuur.nl. Ook andere disciplines zoals oefentherapeuten kunnen betrokken zijn bij de uitvoering van de Beweegkuur, mits zij voldoen aan de competentieprofielen.

⁶ NISB en Vital Health hebben een digitaal registratiesysteem voor de BeweegKuur ontwikkeld, het *BeweegKuur Informatie Systeem (BIS)*. Dit systeem vereenvoudigt de registratie van de BeweegKuur deelnemer, ondersteunt de zorgverlener, vervangt de oude Excel bestanden en bevordert de communicatie tussen zorgverleners. BIS is te raadplegen en gebruiken via www.beweegkuur.nl.

2.3 Zelfmanagementondersteuning

Het doel van de BeweegKuur is dat deelnemers aan het eind van het programma (zelfstandig) blijven bewegen en hun gezondere voedingspatroon vasthouden. Deze gedragsverandering vergt *zelfmanagement*.

Binnen de BeweegKuur hanteren we de volgende definitie van zelfmanagement:

“Zelfmanagement is het individuele vermogen van de deelnemer om goed om te gaan met symptomen, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en de leefstijl hierop aan te passen.”

De mate van zelfmanagement is voor elke deelnemer verschillend. De betrokken zorgverleners stemmen hun begeleiding af op het niveau van de individuele deelnemer. De kerngedachte bij zelfmanagementondersteuning is om het proces van de BeweegKuur mét de deelnemer vorm te geven op een manier die het beste bij de deelnemer past. De ICF BeweegKuur is hierbij een belangrijk hulpmiddel⁷. De zorgverlener geeft de juiste informatie en ondersteuning, de deelnemer heeft de regie in handen. Het generieke model zelfmanagement geeft aan wat de essentie van zelfmanagement is en aan welke onderdelen aandacht kan worden besteed bij het bevorderen van zelfmanagement. [Zie ook 2.4 en voor een uitgebreide toelichting op het begrip zelfmanagement deel III, hoofdstuk 5.](#)

2.4 De rol van de leefstijladviseur

De leefstijladviseur coacht en begeleidt (door de huisarts gedelegeerd) deelnemers naar een gezonde en actieve leefstijl. Het accent ligt op het ondersteunen van zelfmanagement: het bevorderen van de intrinsieke motivatie en het verhogen van de eigen effectiviteit en verantwoordelijkheid. Hierbij krijgt het voedings- en beweeggedrag van de deelnemers speciale aandacht.

De leefstijladviseur maakt en bewaakt de afspraken met de deelnemer gedurende het advies- en begeleidingstraject en koppelt de informatie over de voortgang terug aan de andere zorgverleners in het team..

De coaching en begeleiding van deelnemers met chronische aandoeningen zoals diabetes vindt plaats naast, of in aansluiting op, de reguliere zorg. Voor deelnemers waarbij geen sprake is van reguliere contactmomenten binnen de huisartsenpraktijk worden aparte coachmomenten gepland.

Taakgebieden binnen de BeweegKuur

De taken van de leefstijladviseur zijn onder te verdelen in vier taakgebieden:

1. het evalueren van de voortgang in beweeg- en voedingsgedrag van deelnemers;

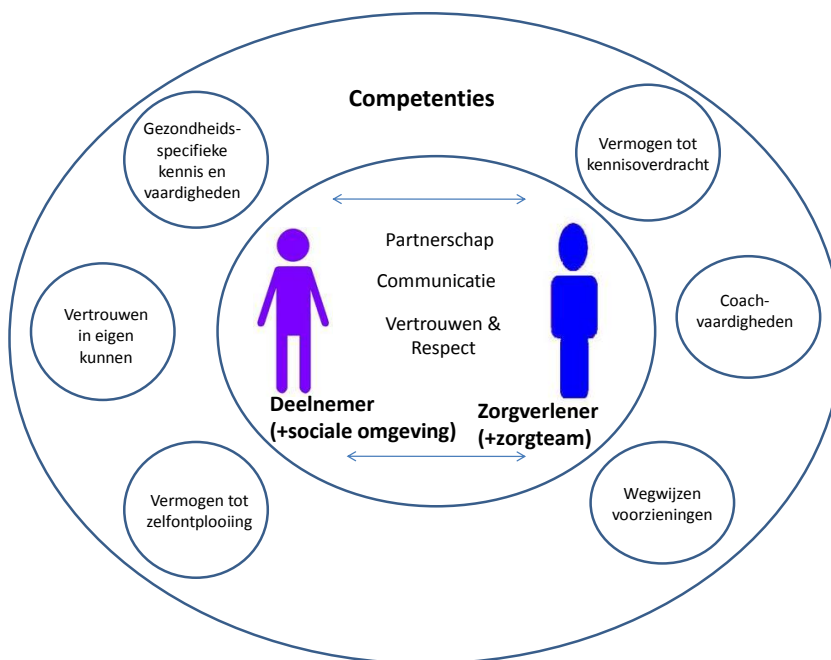
⁷ ICF staat voor ‘*International Classification of Functioning, disability and health*’. De leefstijladviseur kan het formulier (zie deel IV Bijlagen gebruiken om het gezondheidsprofiel en daarop van invloed zijnde factoren in kaart te brengen.

2. het begeleiden en coachen van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
3. het informeren en adviseren van deelnemers;
4. het coördineren van het zorgproces van deelnemers in het zorgnetwerk.

Specifieke competenties ondersteuning van zelfmanagement

Voor een goede ondersteuning van zelfmanagement is het van belang dat de relatie tussen de leefstijladviseur en de deelnemer gebaseerd is op partnerschap, vertrouwen en respect. Ook is een duidelijke communicatie belangrijk. De deelnemer zal voldoende gezondheids-specifieke kennis en vaardigheden moeten hebben om bewuste keuzes te kunnen maken. De zorgverlener moet dus beschikken over kennis en het vermogen tot kennisoverdracht. Ook zal de zorgverlener het vertrouwen in eigen kunnen en vermogen tot zelfontplooiing bij de deelnemer optimaal moeten ondersteunen. Zodra een deelnemer een klein resultaat ziet, zal het vertrouwen in eigen kunnen toenemen waardoor nieuwe stappen kunnen worden gezet, zowel fysiek als op geestelijk vlak. Coachvaardigheden en het wegwijzen maken in voorzieningen zijn hierbij belangrijke competenties voor de zorgverlener.

In onderstaande model zijn de verschillende competenties weergegeven die van belang zijn in de relatie tussen deelnemer en zorgverlener. Dit model is een afgeleide van het generiek model zelfmanagement, dat in [deel III, hoofdstuk 5](#), wordt toegelicht.



Wie?

In de ideale situatie wordt de rol van leefstijladviseur vervuld door een *praktijkondersteuner*. Zij zal dan zowel de leefstijladvisering als de medisch-inhoudelijke zorg op zich nemen. In dit geval is er een optimale inbedding in de reguliere huisartsenzorg.

Als de rol van leefstijladviseur door een *andere discipline* dan de praktijkondersteuner vervuld wordt, bijvoorbeeld door een diëtist of een fysiotherapeut, vindt er een opsplitsing van taken plaats. De leefstijladviseur verzorgt dan alleen de leefstijladvisering (begeleiding en coaching) in het kader van de BeweegKuur. De reguliere medische zorg blijft in handen van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner voorziet de leefstijladviseur van de noodzakelijke medische gegevens en assisteert bij de indicatiestelling en eventuele doorverwijzing naar de fysiotherapeut en/of diëtist. De praktijkondersteuner begeleidt ook de bijstelling van de medicatie.

2.5 De rol van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut werkt in de BeweegKuur intensief samen met de leefstijladviseur. In het *zelfstandig beweegprogramma* heeft de fysiotherapeut een adviserende taak. In het *opstartprogramma* en *begeleid beweegprogramma* heeft hij een adviserende en een begeleidende taak.

Naast de reguliere competenties van de fysiotherapeut heeft hij binnen de BeweegKuur aanvullende taken:

1. het indiceren, opstellen en uitvoeren van het beweegprogramma;
2. de transfer van de deelnemer van de eerste lijn naar het lokale sport-/beweegaanbod;
3. het motiveren van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
4. het voeren van multidisciplinair overleg.

In deze handleiding wordt gesproken over de fysiotherapeut. De taken van de BeweegKuur-fysiotherapeut kunnen ook worden uitgevoerd door een oefentherapeut, mits deze aan het competentieprofiel voldoet. Voor de leesbaarheid wordt in deze handleiding de term 'fysiotherapeut' gebruikt.

Zie ook het competentieprofiel fysiotherapeut op www.beweegkuur.nl.

2.6 De rol van de diëtist

Ook de diëtist werkt in de BeweegKuur samen met de leefstijladviseur. De diëtist is verantwoordelijk voor de begeleiding op het gebied van voeding. De leefstijladviseur verleent follow-up op de adviezen van de diëtist.

De diëtist die actief is binnen de BeweegKuur heeft de volgende taken:

1. diagnostiek, vaststellen behandelplan en het geven van voedingsadviezen;
2. het organiseren en uitvoeren van groepsvoorlichting;
3. het motiveren van deelnemers en het ondersteunen van zelfmanagement;
4. het voeren van multidisciplinair overleg.

2.7 De rol van de sport- en beweegbegeleider

De sport- en beweegbegeleider begeleidt de deelnemers aan de BeweegKuur bij laagdrempelige beweegactiviteiten. Sport- en beweegbegeleiders dienen een korte opleiding tot BeweegKuur-instructeur te volgen. Zij stellen een gevarieerd sport- en beweegprogramma op dat is afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van de deelnemers. Ook begeleiden en coachen ze de deelnemers om een gezonde en actieve leefstijl te behouden. Van deze begeleider wordt verwacht dat hij in het lokale BeweegKuur-team kan samenwerken volgens een multidisciplinaire aanpak. Er zal vooral contact zijn met de leefstijladviseur en de fysiotherapeut.

Deel II Traject

Trajectbeschrijving BeweegKuur

In dit deel beschrijven wij het traject van de BeweegKuur als te doorlopen fasen. Bij iedere fase zijn één of meerdere zorgverleners uit de zorgketen betrokken.

De fasen die achtereenvolgens doorlopen worden, zijn:

- **Fase 1** **Signalering**
Signalering vindt plaats door het reguliere huisartsconsult en doorverwijzing door 1^e/2^elijns zorgverleners.

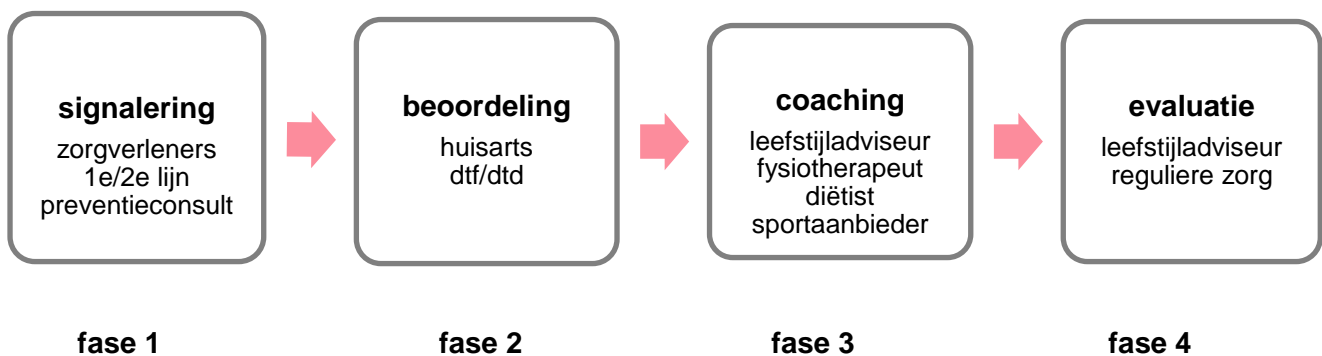
- **Fase 2** **Beoordeling**
Indicatiestelling en doorverwijzing door huisarts, fysiotherapeut of diëtist naar leefstijladviseur.

- **Fase 3** **Coaching**
Vaststellen en begeleiden BeweegKuur volgens volgende stappen:

Stap 1 inventarisatie status deelnemer
Stap 2 vaststelling beweeg- en voedingsplan
Stap 3 coaching verandergedrag en zelfmanagement.

- **Fase 4** **Evaluatie en nazorg**
Einde BeweegKuur en follow-up in reguliere zorg

Figuur 1 Traject BeweegKuur globaal



Fase 1 Signalering

Belangrijk voor de BeweegKuur is dat deze wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg en binnen de reguliere zorg. Signalering kan op verschillende manieren plaatsvinden. Meestal stromen mensen in via het reguliere huisartsconsult. Daarnaast kunnen deelnemers via andere interventies binnen de huisartsenpraktijk, zoals de Routeplanner Diabetes van de NDF, mensen met een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico doorverwezen worden. Ook andere (para)medische zorgverleners in de 1^e en 2^e lijn, zoals specialisten, verpleeghuisartsen, sportartsen, diabetesverpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten en apothekers kunnen een signalerende rol spelen en mensen doorverwijzen naar de huisarts. Het preventieconsult, ontwikkeld door het NHG, kan een goede methode zijn om te beoordelen of mensen in aanmerking komen voor de BeweegKuur.⁸

Fase 2 Beoordeling

Doel:

Vaststellen of deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur

Betrokken disciplines:

Huisarts, leefstijladviseur, fysiotherapeut, diëtist

Benodigde instrumenten⁹:

- recept 'BeweegKuur';
- formulier Beweegscore;
- medische verwijsbrief deelnemer;
- BeweegKuur folder 'Zet uzelf in beweging! Informatie voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico'

Indicatiestelling en verwijzing door huisarts

De huisarts bepaalt of iemand kan deelnemen aan de BeweegKuur op grond van in- en exclusiecriteria, beweegscore, persoonlijke situatie en wensen van de deelnemer.¹⁰ Indien de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur en ook wil starten, schrijft de huisarts het recept 'BeweegKuur' uit en maakt de deelnemer een afspraak met de leefstijladviseur voor het eerste consult¹¹.

⁸ Het preventieconsult, ontwikkeld door het NHG, is een methode waarmee deelnemers voor de beweegkuur beoordeeld kunnen worden.

⁹ De benodigde instrumenten zijn opgenomen in deel IV.

¹⁰ In de meeste gevallen doet de huisarts de indicatiestelling. In sommige gevallen verricht de fysiotherapeut of diëtist een gedeelte van de indicatie en verwijst door naar de leefstijladviseur.

¹¹ De BeweegKuur sluit aan bij de wijze van signalering en oriëntatie zoals beschreven in relevante richtlijnen: NHG standaard Diabetes Mellitus type 2 en cardiovasculair risicomangement en CBO richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'.

Om een indruk te krijgen van het beweegpatroon van de deelnemer kan de huisarts voorafgaand aan het consult de *beweegscore* laten invullen. Dit instrument geeft een indicatie van het beweegniveau van de deelnemer en de motivatie om hierin een verandering te realiseren. De huisarts bespreekt de uitkomst met de deelnemer (zie IV bijlage 1.2). Aan de hand van de volgende criteria bepaalt de huisarts of iemand de BeweegKuur kan volgen:

Inclusiecriteria

De volgende personen komen in aanmerking voor de BeweegKuur (zie ook tabel 1):

1. Mensen met een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 25 en 30 in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen) en/of comorbiditeit;
2. Mensen met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 30 en 35 ongeacht buikomvang, ongeacht comorbiditeit;
3. Mensen met zeer hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico: BMI tussen 35 en 40 ongeacht buikomvang, maar zonder comorbiditeit¹².

Bovendien moeten deelnemers aan de BeweegKuur voldoen aan de onderstaande criteria:

- gemotiveerd voor gedragsverandering;
- een inactieve leefstijl (niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week).

Figuur 2 Tabel Niveau van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico volwassenen

BMI	Buikomvang		Comorbiditeit		
	Normaal	Te groot*	Risicofactoren HVZ – DM**	Artrose en slaapapneu	DM - HVZ
25-30	-	A	B	C	C
30-35	A	A	B	C	C
35-40	C	C	C	-	-
≥ 40	-	-	-	-	-

*Te groot: ≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen.

** Hieronder wordt verstaan: hypertensie, dyslipidemie, gestoord nuchtere bloedglucose.

In bovenstaande tabel is het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico schematisch weergegeven. Deze indeling wordt ook als richtlijn gebruikt bij de keuze voor een beweegprogramma.

Exclusiecriteria

De huisarts beslist ook of personen geëxcludeerd moeten worden voor de BeweegKuur. Hij is verantwoordelijk voor screening van eventuele contra-indicaties en, indien geïndiceerd, de

¹² Hypertensie, dyslipidemie, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, artrose, slaapapneu.

doorverwijzing voor aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld een Inspannings-ECG¹³). De gebruikelijke richtlijnen en standaarden vormen hierbij de basis van zijn beslissing.

Personen die geëxcludeerd worden voor de BeweegKuur kunnen eventueel later, na behandeling van de contra-indicatie (in bijvoorbeeld de tweedelijns of een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie), alsnog instromen in de BeweegKuur.

Verwijzing naar leefstijladviseur door fysiotherapeut of diëtist

Het is ook mogelijk om in te stromen bij de fysiotherapeut via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) en de diëtist via directe toegankelijkheid diëtist (DTD).

Omdat bij de doelgroep sprake kan zijn van complexe gezondheidsproblematiek, is het reguliere DTF/DTD-concept iets aangepast voor de BeweegKuur.

Als iemand binnenkomt bij de diëtist via DTD, kijkt de diëtist eerst of iemand met een chronische ziekte adequaat onder behandeling is. Hij verwijst zo nodig direct door naar de huisarts.

- *Als de fysiotherapeut/diëtist **niet** competent is in de BeweegKuur* verwijst hij direct door naar de leefstijladviseur.
- *Als de fysiotherapeut/diëtist **wel** competent is in de BeweegKuur* stelt hij eerst een indicatie voor het type beweegprogramma binnen de BeweegKuur

Vervolgens verwijst hij de deelnemer door naar de leefstijladviseur, vergezeld van de verwijsbrief.

De leefstijladviseur bepaalt op basis van de algemene indicatiecriteria of de deelnemer in aanmerking komt voor de BeweegKuur en brengt de huisarts op de hoogte van deelname aan de BeweegKuur. De huisarts schrijft vervolgens het recept uit. Indien de indicatie (van leefstijladviseur en fysiotherapeut) 'opstartprogramma' of 'begeleid beweegprogramma' luidt, kan de deelnemer het beweegprogramma bij de fysiotherapeut volgen.

Indien de indicatiestelling van de leefstijladviseur voor het beweegprogramma afwijkt van die van de fysiotherapeut, vindt nader overleg plaats. In dit geval stelt de leefstijladviseur in overleg met de deelnemer uiteindelijk de definitieve indicatie vast.¹⁴

¹³ Voor de afname van het I-ECG door een sportarts is momenteel geen vergoeding uit de basisverzekering beschikbaar.

¹⁴ *Let op:* de rol van 'directe toegankelijkheid oefentherapeut (DTO)' was bij het drukken van deze handleiding nog niet omschreven. Wellicht dat dit in de toekomst wel opgenomen wordt. Houd www.beweegkuur.nl in de gaten voor meer informatie.

Fase 3 Coaching

Nadat de huisarts het BeweegKuur-recept heeft uitgeschreven komt de leefstijladviseur in beeld. Het coachingstraject door de leefstijladviseur in samenwerking met fysiotherapeut, diëtist of lokale sportaanbieders komt in deel III uitvoerig aan de orde. De eerste taak van de leefstijladviseur is om de indicatiestelling volledig te maken. Vervolgens zal zij de deelnemer in vijf tot zes vervolggconsulten coachen en begeleiden naar een gedragsverandering. Ook is in deel III een uitgebreide beschrijving van de beweegprogramma's en het voedingsprogramma te vinden.

Zelfmanagementondersteuning neemt bij de gedragsverandering een centrale plaats in. De manier waarop de leefstijladviseur hierin coacht en begeleidt is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie. (Zie deel III, hfdst. 5 en deel IV, bijlage 3.1).

Fase 4 Evaluatie en nazorg

Fase 4 omvat niet alleen de evaluatie maar ook afspraken over de nazorg. Na een jaar intensieve begeleiding heeft de deelnemer als het goed is resultaat geboekt op het gebied van eet- en beweeggedrag en op het vasthouden van dit gedrag. De BeweegKuur wordt dan ook na een jaar afgesloten.

Om het behaalde resultaat te borgen is *terugvalpreventie* een belangrijk instrument.

Het is daarom zaak dat de leefstijladviseur de deelnemer na de BeweegKuur blijft monitoren. Terugval kan zo tijdig worden gesignaleerd en bijgestuurd.

- Voor mensen die hebben deelgenomen aan het *zelfstandig beweegprogramma* is een langdurige zorgfase van onderhoud en begeleiding na de BeweegKuur niet geïndiceerd. Geacht wordt dat deze groep zelf de gezonde leefstijl kan voortzetten en bestendigen.
- Voor mensen die hebben deelgenomen hebben aan het *opstartprogramma* is na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud geïndiceerd waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij een driemaandelijkse controle wenselijk is, aansluitend bij relevante richtlijnen en standaarden.
- Voor mensen die hebben deelgenomen hebben aan het *begeleid beweegprogramma* is na een jaar BeweegKuur één jaar onderhoud geïndiceerd, waarin de deelnemer driemaandelijks op controle komt. Hierna volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase, waarbij de deelnemer idealiter nog driemaandelijks voor een korte controle komt en waarbij eens per jaar een uitgebreide controle op comorbiditeit plaatsvindt.

Deel III

Coachingstraject diëtist

1 Coachingstraject diëtist

In het kader van de Beweegkuur volgt elke deelnemer een voedingsprogramma. De diëtist stelt in samenspraak met de deelnemer het voedingsprogramma samen.

Doel

Het doel van het voedingsprogramma is het aannemen van een verantwoord en gezond voedingspatroon. Hierbij wordt het verminderen van de energie-inname door een individueel samengesteld dieet en een blijvende verbetering van het eetgedrag nagestreefd.

Middelen

- richtlijnen Voedselkeuze van het Voedingscentrum¹⁵;
- richtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen (2008) voor mensen met een (zeer) hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico;
- NDF voedingsrichtlijnen (meest actuele versie) voor mensen met diabetes.

1.1 Verwijzing

De leefstijladviseur verwijst *elke* deelnemer in het eerste consult door naar de diëtist voor een intake. Ook voor deelnemers die zeer recent voor voedingsadviezen bij een diëtist geweest zijn, is een hernieuwd advies geïndiceerd. De leefstijladviseur laat de deelnemer zijn voedingsdagboek (zie Logboek, deel IV, bijlage 1.3) invullen en meenemen.

De leefstijladviseur draagt zorg voor de overdracht naar de diëtist. De minimale informatie die bij de verwijzing naar de diëtist verstrekt dient te worden is:

- gewichtsgelateerd gezondheidsrisico
- BMI; lengte en gewicht
- medicatiegebruik
- aanwezigheid comorbiditeit (hypertensie, dyslipidemie, maag-darm problematiek, diabetes, complicaties)
- indien van toepassing: duur van de diabetes, HbA1c en nuchter glucose over het afgelopen jaar, stabiliteit van de bloedglucose regulatie (met name bij insulinegebruik);
- gestelde doelen in de Beweegkuur.

Een voorbeeld-verwijsbrief voor de diëtist is opgenomen in [deel IV, bijlage 2.1](#).

In [deel IV, bijlage 1.1](#) zijn tabellen opgenomen die voor de diëtist als handvat kunnen dienen voor de te plannen vervolggconsulten. Het is verder van belang dat de betrokken zorgverleners elkaar informeren en begeleidingsmomenten met elkaar afspreken.

¹⁵ Deze richtlijnen zijn gebaseerd op de richtlijnen Goede Voeding zoals geformuleerd door de gezondheidsraad voor mensen met een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico.

1.2 Intake

In dit eerste consult komen de volgende onderdelen aan de orde:

- uitgebreide diagnostiek:
 - naw-gegevens, diagnose(s), verwijzdoel, medische voorgeschiedenis, dieetgeschiedenis, huidige beweegpatroon, hulpvraag cliënt, klachten, voor- en nadelen probleem, probleembewustwording, motivatie, voedingsanamnese, woon- en werksituatie
- opstellen behandelplan
- deelname groepsprogramma
- vergoeding.

Bij het includeren van deelnemers in de BeweegKuur is met de volgende zaken rekening gehouden. De deelnemer:

- is mobiel en kan het beweegprogramma volgen
- is gemotiveerd en kan tijd vrijmaken om intensief aan zijn leefstijl te werken
- wil begeleid worden in groepen
- praat Nederlands (tenzij er ook groepsbijeenkomsten ontwikkeld worden voor buitenlands sprekende deelnemers)
- heeft geen eetstoornis
- is bij de huisarts niet bekend met psychopathologie.

Psychisch welbevinden

Indien er sprake is van verminderd psychisch welbevinden, dan zal de leefstijladviseur de WHO-5¹⁶ vragenlijst afnemen. Bij aanwezigheid van een depressie of angststoornis, kan een psycholoog ingeschakeld worden om te beoordelen of de depressie of angst door het overgewicht komt of dat het overgewicht door de angst of depressie komt. Vervolgens kan een voorstel gedaan worden over het te volgen traject, zoals een behandeling door een psycholoog tijdens of voorafgaand aan de BeweegKuur.

Bij verdenking van een eetstoornis verwijst de diëtist terug naar de huisarts. Het advies is dan: uitsluiting BeweegKuur en behandeling door een daarin gespecialiseerd behandelteam.

Voedingsplan

In overleg met de deelnemer stelt de diëtist een individueel dieet op. Door middel van dit dieet wordt gewerkt aan de specifieke doelen die de deelnemer met de leefstijladviseur heeft vastgesteld.

Vergoeding

Tijdens de intake gaat de diëtist na of de deelnemer op de hoogte is van de vergoeding voor de individuele consulten en geeft zo nodig aanvullende informatie. De individuele consulten worden vergoed vanuit het basispakket (let op eigen risico), de groepsvoorlichting vanuit de BeweegKuur.

¹⁶ De WHO-5 vragenlijst is te vinden op de website van de BeweegKuur: www.beweegkuur.nl

Afspraken over de vergoeding/financiering zoals deze nu bekend zijn¹⁷:

- deelnemer kan vanuit de huidige basiszorgverzekering jaarlijks aanspraak maken op een vergoeding van vier uur hulp van een diëtist. Mogelijk wordt het eigen risico van deelnemer aangesproken;
- indien de vier uur in het jaar verbruikt zijn:
 - kan het zijn dat de deelnemer aanvullend verzekerd is voor extra consulten
 - kan de deelnemer het zelf bekostigen
 - kan de deelnemer wachten tot een volgend kalenderjaar.

1.3 Groepsvoorlichting

Doel van de groepsbijeenkomsten

- kennisvermeerdering;
- verbeteren vaardigheden;
- omgaan met hoogrisico situatie;
- controle eetgedrag/-drang;
- lotgenotencontact.

Naast de individuele consulten met de diëtist, krijgt elke deelnemer zeven keer groepsvoorlichting aangeboden. De diëtist is verantwoordelijk voor de organisatie, inhoudelijke input en uitvoering van de bijeenkomsten.

De bijeenkomsten duren gemiddeld anderhalf uur, waarin ruimte is voor interactie. Vanwege de groepsbinding en kennisoverdracht wordt aangeraden om de eerste bijeenkomsten kort na elkaar te plannen en bij de volgende bijeenkomsten een langere tussenperiode te hanteren.

Zie voor uitgebreide informatie over groepsvoorlichting, de achtergronden en de uitvoering [de hoofdstukken 2, 3 en 4 van dit deel](#).

1.4 Individuele consulten

In een jaar BeweegKuur kunnen drie individuele consulten bij de diëtist plaatsvinden (dit is een indicatie):

- bij aanvang van de BeweegKuur (dit is de intake, [zie 1.2](#))
- na drie maanden (of wanneer de diëtist inschat dat het noodzakelijk is)
- na afloop van de groepsvoorlichtingsbijeenkomsten ter evaluatie en in verband met terugvalpreventie.

Tijdens de consulten bespreken diëtist en deelnemer de individuele problematiek. Thema's die aan bod kunnen komen zijn:

- het individuele dieet; dit stelt de diëtist op na de intake in overleg met de deelnemer;
- voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid
- evaluatiemoment na drie maanden: de diëtist bekijkt of de deelnemer op lijn der verwachting zit. Indien nodig past de diëtist het voedingsprogramma aan en neemt contact op met de leefstijladviseur.

¹⁷ Medio 2011

Het is mogelijk om *beide* vervolggconsulten in te zetten aan het *eind van het BeweegKuur-jaar* in verband met terugvalpreventie. In overleg met de deelnemer kan het aantal individuele consulten aangepast/uitgebreid worden.

Diëtist en leefstijladviseur

Hoewel de begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door de diëtist, is de coaching binnen het voedingsprogramma ook een taak van de *leefstijladviseur*. De leefstijladviseur is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle acties van de participerende zorgverleners en draagt zorg voor de inhoudelijke afstemming van de adviezen van de betrokken zorgverleners. Overdracht van informatie en afstemming tussen de leefstijladviseur en de diëtist over de voedingsadviezen is daarom van groot belang.

De leefstijladviseur bespreekt met de deelnemer aan de hand van het logboek periodiek hoe het met het voedingsplan gaat, of het de deelnemer lukt om de plannen op te volgen en of er problemen zijn geweest. Ook beantwoordt zij zoveel mogelijk de vragen van de deelnemer aan de hand van het **Logboek hoofdstuk 'Voortgang'**. De vraag of de plannen voldoen en of de deelnemer op de lijn der verwachting zit staat hierbij steeds centraal.

De diëtist is verantwoordelijk voor de overige taken: van het beantwoorden van inhoudelijke vragen tot het geven van advies op maat rond voedingsproblematiek. De leefstijladviseur sluit hier met haar adviezen bij aan. Zij gebruikt hierbij:

- extra informatie: voedingsadviezen (achtergrondinformatie op de website www.beweegkuur.nl)
- doelstellingen van de diëtist (**logboek, hoofdstuk 'Gegevens'**)
- opmerkingen en het voedingsplan van de diëtist (**logboek, hoofdstuk 'Voeding'**).

1.5 Einde BeweegKuur

De BeweegKuur duurt maximaal één jaar. Na twaalf maanden zal de reguliere begeleiding van de diëtist dan ook stoppen.

De leefstijladviseur sluit, samen met de deelnemer, de BeweegKuur af. Hierbij evalueren zij ook het effect van de voedingsadviezen. De uitkomsten van de evaluatie worden genoteerd in het medisch dossier.

Om terugval naar slecht eetgedrag te voorkomen kan een individueel voedingsconsult ingezet worden na afloop van de groepssessies,. Zoals al genoemd, is terugvalpreventie van groot belang om het effect van de begeleiding of behandeling te borgen.

Na de BeweegKuur blijven de huisarts en/of praktijkondersteuner de deelnemer monitoren in de reguliere zorg.

2 Groepsvoorlichting: achtergronden

2.1 Waarom groepsvoorlichting?

Groepsvoorlichting over gezonde voeding is een effectief middel voor de verandering van eetgedrag. Een goede groepsdynamiek kan het proces van gedragsverandering bij de deelnemers in positieve zin stimuleren. Door onderling kennis en ervaring uit te wisselen, kunnen de deelnemers van elkaar leren hoe ze om kunnen gaan met (terugkerende) problemen. Het onderlinge contact en de directe feedback die de diëtist terugkrijgt, vormen een goede aanvulling op de individuele begeleiding door de leefstijladviseur.

2.2 Doel van de groepsvoorlichting

- Deelnemers leren verantwoordelijk om te gaan met het individuele voedingspatroon in combinatie met bewegen.
- Ondersteunen van de gedragsverandering naar een gezonde en actieve leefstijl door uitwisselen van kennis en ervaringen over overgewicht/obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, voeding en bewegen.

2.3 Frequentie en duur

Binnen de BeweegKuur krijgt de deelnemer naast de individuele consulten groepsvoorlichting aangeboden. Het gaat om zeven bijeenkomsten van gemiddeld anderhalf uur, waarin ruimte is voor interactie. Vanwege de groepsbinding en kennisoverdracht wordt aangeraden om de eerste bijeenkomsten korter na elkaar te plannen (om de 2 à 3 weken) en bij de overige een langere periode te hanteren (om de 3-8 weken). Zie [overzichten van de contactfrequentie en planning in deel IV bijlage 1.1](#).

2.4 Kosten

Groepsvoorlichting is voor de deelnemer kosteloos. De groepsvoorlichting wordt tijdens de pilotfase gefinancierd door de BeweegKuur. Dit budget is opgesteld in overleg met de NVD. Meer informatie hierover kunt u opvragen bij uw ROS-adviseur.

2.5 Organisatie

De diëtist is verantwoordelijk voor de organisatie, inhoudelijke input en uitvoering van de bijeenkomsten. Voor de invulling van de bijeenkomsten kan gebruik worden gemaakt van de toolkit 'groepsvoorlichting BeweegKuur'.

De diëtist kan met de leefstijladviseur afstemmen op welke wijze de groepsvoorlichting georganiseerd wordt. De leefstijladviseur informeert deelnemers over de rol van de diëtist, motiveert hen deel te nemen aan de groepsvoorlichting en kan indien mogelijk, bij de eerste groepsvoorlichtingsbijeenkomst aanwezig zijn.

2.6 Toolkit BeweegKuur voorlichtingsbijeenkomsten voeding

Centraal in het voedingsprogramma staan de voorlichtingsbijeenkomsten die gaan over gezonde voeding. Er zijn veel mogelijke onderwerpen voor de inhoud van de bijeenkomsten. Deze mogelijkheden zijn uitgewerkt in de 'toolkit BeweegKuur'. Deze toolkit is speciaal voor

de BeweegKuur ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en Invorm (Praktijk voor Dieet,- en Sportvoedingsadviezen) in opdracht van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB). De toolkit is opgenomen in de cursusmap voor diëtisten en is voor deelnemende diëtisten ook beschikbaar via www.beweegkuur.nl.

2.7 Groepsomvang

De diëtist stelt de groepen samen. Een groepsomvang van maximaal 12 personen is geschikt voor het uitwisselen van ervaringen, het oefenen van vaardigheden en deelnemers krijgen zo voldoende gelegenheid om vragen te stellen.

De inhoud van de groepsvoorlichting, en de wijze waarop deze plaats vindt, is mede afhankelijk van de samenstelling van de groep. In de keuze voor een samenstelling speelt een aantal factoren een rol, zoals de aanwezige problematiek (overgewicht, diabetes), taalbeheersing, achtergrondkennis en ziekte-inzicht.

2.8 Vormgeven bijeenkomsten

De diëtist stelt het doel van de bijeenkomst zo concreet mogelijk vast. Niet alleen de inhoud van de voorlichting is van belang, maar ook wat u precies wilt bereiken. Wilt u alleen kennis overdragen, of vaardigheden aanleren, of wilt u ook gedragsverandering bereiken?

Afhankelijk van de doelstelling kiest u de werkvorm. Er zijn verschillende werkvormen mogelijk. De toolkit biedt hierbij handvatten. Daarnaast bepalen de deelnemers de meest geschikte werkvorm. Gaat het bijvoorbeeld om mensen met een laag opleidingsniveau? Of gaat het om voorlichting aan allochtonen? Zeker in het laatste geval is specifieke aandacht en invulling wenselijk.

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de voorbereiding van de bijeenkomsten. U krijgt handvatten voor het opstellen van de doelen en de keuze van de werkvormen. Ook wordt aandacht besteed aan de evaluatie van de bijeenkomsten.

3 Groepsvoorlichting: de voorbereiding

3.1 Doelstellingen

Naast de individuele doelstellingen van de deelnemers (zie toolkit) zijn ook de overkoepelende doelstellingen van de diëtist van belang. Vraag uzelf vooraf duidelijk af wat u wilt bereiken. Ga bij het vaststellen van de doelstelling zoveel mogelijk uit van de vragen, behoeften, ervaringen en sociale achtergrond van de deelnemers. In de voorlichting gaat het niet alleen om het geven van informatie. De mening en de houding van de deelnemers ten opzichte van gezondheidsthema's komen bij een voorlichtingsbijeenkomst ook aan de orde. Zoek naar concrete, realistische en meetbare doelen en formuleer ze expliciet. Goed omschreven doelstellingen zijn belangrijk bij de voorbereiding en onmisbaar voor de evaluatie. Maak daarbij onderscheid tussen kennis, houding en vaardigheid. Begin een doelstelling op het gebied van kennis als volgt: 'De deelnemer kent...'. Gaat het om houding, begin dan met: 'De deelnemer is bereid tot...'. Start bij vaardigheidsdoelen met: 'De deelnemer kan...'.

3.2 Ken de deelnemers

Luister tijdens informele contacten goed naar de deelnemers: welke gezondheidsvragen en thema's houden hen bezig? Hoe wordt er over gepraat? Betrek zo mogelijk de deelnemers bij de keuze van de thema's van de voorlichting. Als u zelf geen direct contact (meer) hebt met de deelnemers, bespreek de thema's dan met de leefstijladviseur.

3.3 Kies een werkvorm

Groepsvoorlichting is vaak een mix van werkvormen. Wanneer u kennis en inzicht wilt vergroten, kunt u bijvoorbeeld kiezen voor een presentatie of een vragenspel. Wanneer u vaardigheden wilt aanleren kun u kiezen voor een voedingsdagboek of een supermarktbezoek¹⁸. Wanneer u meningvormend te werk wilt gaan of de houding ten opzichte van een onderwerp wilt wijzigen kunt u kiezen voor groepsdiscussie naar aanleiding van stellingen. De vorm die u kiest bepaalt in hoeverre de deelnemers een inbreng in de voorlichting kunnen hebben. Is het de bedoeling dat de deelnemers alleen maar luisteren of wilt u ze zelf actief iets laten doen, zoals vragen stellen, ervaringen uitwisselen, een probleem oplossen, informatie opzoeken en verwerken. Het zal van uw doel, maar ook van de groep afhangen hoe actief u de deelnemers mee kunt laten doen.

Het effect van de voorlichting wordt vergroot wanneer de deelnemers de informatie kunnen toepassen in hun eigen situatie. Met de keuze van werkvormen kunt u dit stimuleren. In de toolkit worden verschillende werkvormen beschreven en worden toepassingsmogelijkheden aangereikt. Ga bij de keuze voor een werkvorm na of de aanpak uitvoerbaar is, zowel met uw groep als in de ruimte (én de tijd) die u tot uw beschikking heeft.

¹⁸ Op www.beweegkuur.nl is een toolkit SuperShopper-Tour van het Voedingscentrum te downloaden

3.4 Evalueer de bijeenkomst

Het vooraf formuleren van doelstellingen is een voorwaarde om bij de evaluatie te meten of u het doel bereikt hebt en of de keuzes die bij de voorbereiding zijn gemaakt, goede keuzes waren. Ook dient een evaluatie om na te gaan of de uitvoering van de voorlichting volgens plan is verlopen en zo niet, wat er anders is gegaan.

Evaluatie is belangrijk, omdat u daarmee de kwaliteit van de voorlichting kunt verbeteren.

Een goede evaluatie kan veel tijd besparen bij de voorbereiding van een volgende bijeenkomst.

4 Groepsvoorlichting: de uitvoering

Voor de uitvoering van de bijeenkomst hier een aantal tips en aandachtspunten. De aandachtspunten kunnen ook gebruikt worden als checklist na de voorbereiding.

4.1 De ontvangst

Plan altijd genoeg tijd voor de ontvangst, zodat de deelnemers even de tijd hebben om elkaar te begroeten en bij te praten. Iemand zal de deelnemers moeten ontvangen en voor koffie en/of thee moeten zorgen. Bij een nieuwe groep of een losse themabijeenkomst kan het nuttig zijn als er iemand is die deze taken op zich neemt (diëtist of eventueel leefstijladviseur). Bij een bestaande groep lopen deze zaken vanzelf en zullen de deelnemers deze taken gaan overnemen.

4.2 Het starten van de bijeenkomst

Bij een nieuwe groep of bij een eenmalige bijeenkomst is het belangrijk dat u in het begin goed uitlegt wat de bedoeling van de bijeenkomst is, hoe het programma in elkaar zit, wie u bent (en eventueel bij aanwezigheid van anderstaligen, wie de tolk is), welke taak u hebt en wat er van de deelnemers wordt verwacht.

Het hangt van uw doel af hoeveel tijd u besteedt aan een kennismakingsronde. Bij een nieuwe groep die waarschijnlijk ook verder samen activiteiten zal gaan ondernemen, is het leuk om iedereen iets over zichzelf te laten vertellen: naam, werk, kinderen, waar komt men vandaan, waarom is men naar deze bijeenkomst gekomen, enzovoort.

Bij een eenmalige bijeenkomst heeft een uitgebreide kennismaking niet zoveel zin. In dat geval is een kort kennismakingsrondje voldoende. Laat daarbij de mensen vooral wat gegevens vertellen die voor het thema belangrijk zijn.

Bij een bestaande groep zult u op een andere manier beginnen. De kennismaking is niet meer nodig, maar het kan wel leuk zijn een rondje met uitwisseling van nieuwtjes te houden. Vooral als die nieuwtjes gaan over de onderwerpen die in eerdere bijeenkomsten aan de orde zijn geweest of nog zullen komen. Als diëtist kunt u het gesprek door uw vragen sturen. Juist door zo'n informeel begin krijgt u veel informatie over de vragen en wensen van de deelnemers. Ook kunnen allerlei dringende vragen tijdens zo'n rondje al worden gesteld. Daardoor zullen sommige deelnemers straks rustiger aan de voorlichtingsbijeenkomst kunnen meedoen.

De diëtist moet ook in een bestaande groep iedere keer duidelijk maken wat de bedoeling van de bijeenkomst is, en znodig samenvatten wat er in de vorige bijeenkomsten is gebeurd, zodat de deelnemers de draad weer op kunnen pakken.

4.3 Uitgangspunten voor een passende informatieoverdracht

Hieronder volgt een opsomming van waarschijnlijk reeds bekende uitgangspunten, waar u bij het geven van informatie rekening mee moet houden:

- Sluit aan bij de kennis (zowel schoolkennis als ervaringskennis) van de deelnemers. Dit betekent dat u door het bespreken van concrete situaties, ervaringen en het stellen van vragen de kennis van de deelnemers moet toetsen. Vooral als u dit vooraf niet hebt kunnen doen, zult u hiervoor tijd moeten inruimen.

- Bied niet teveel nieuwe informatie tegelijk aan. De informatie moet zo concreet en praktisch mogelijk zijn. Ga van concrete naar meer algemene informatie en daarna weer terug naar concrete situaties.
- Gebruik zoveel mogelijk voorbeelden en visueel materiaal. Vermijd het gebruik van vaktaal.
- Deel de informatie in kleine eenheden in en vat regelmatig de aangeboden informatie samen. Toets of de deelnemers het ook hebben begrepen. Herhaal zonodig de informatie. Bied mogelijkheden aan om de nieuwe informatie te verwerken en in te passen in de eigen zienswijze of bij de situatie van de deelnemers.
- Betrek de hele groep bij de onderwerpen. Vaak willen deelnemers steeds meer weten en stellen ze heel gedetailleerde vragen. Probeer die vragen dan algemeen te maken, zodat het antwoord voor de andere deelnemers ook interessant is. De voorlichting moet geen vraag- en antwoordspelletje worden tussen één of twee deelnemers en de diëtist.

4.4 Overige tips

1. Let op uw houding

Anticipeer en let op (non)verbaal gedrag van de deelnemers. Probeer iedereen te bereiken met uw boodschap door deelnemers aan te kijken en niet te vaak of te lang met uw rug naar het publiek te staan. Een actieve houding werkt aanstekelijk. Spreek goed verstaanbaar en niet te snel ook niet als u in tijdnood komt. Vermijd gebaren die de aandacht afleiden, zoals spelen met een pen.

2. Wees bedacht op verschillen

Bij patiëntengroepen denken we soms ten onrechte dat de deelnemers allemaal in dezelfde positie verkeren, overeenkomstige belangen hebben en gelijke (gezondheids)vragen hebben. In de praktijk zijn er natuurlijk grote verschillen tussen de deelnemers. Bij het geven van (gezondheids)voorlichting in groepsverband zal de diëtist hier rekening mee dienen te houden.

Kleine verschillen in opvattingen en interesses zullen de discussie verlevendigen.

Verskillende gezichtspunten kunnen stimulerend werken in het voorlichtingsproces. Maar bij grote verschillen kunnen subgroepen ontstaan en zal vaak één van deze partijen afhaken of zich gaan afzetten tegen de andere groep. De deelnemers zijn dan alleen bezig met het verdedigen van het eigen gelijk en daardoor zullen ze weinig openstaan voor nieuwe informatie en andere meningen van de diëtist of de andere deelnemers. Het positieve effect van de groepsvoorlichting kan dan verloren gaan.

3. Houd het midden

Zorg bij het leiden van een groepsgesprek voor een goede balans tussen een overzichtelijke, strakke structuur en een situatie waarin veel vrijheid voor de deelnemers is om (praktijk)voorbeelden in te brengen. Leiding geven gaat in een golfbeweging: het ene moment is de groepsleider bezig met stimuleren, het andere moment met samenvatten en vervolgens houdt hij zich weer op de achtergrond. Wees ervan bewust dat bij Nederlanders een bepaalde manier van discussiëren sterk ingeburgerd is. Het tegenover elkaar zetten van meningen, het aanscherpen van argumenten, het uiten van kritiek worden over het algemeen geaccepteerd. Houd in de gaten wanneer deelnemers hier wel moeite mee hebben.

4. Bewaak de inhoud

Houd steeds het doel van uw voorlichting voor ogen en bekijk op welke opmerkingen u misschien dieper moet ingaan, of dat u iets moet toevoegen of samenvatten. Stel hierbij gerichte vragen en luister goed. Let niet alleen op datgene wat de spreker zegt, maar ook op diens lichaamstaal.

Wilt u iemand aanmoedigen vooral door te gaan met praten, stel dan open vragen. Hierbij kunt u als diëtist ook gebruik maken van het zogenoemde spiegelen: verplaats u in de ander en probeer vervolgens in uw eigen woorden weer te geven wat diegene ervaart. U kunt de deelnemers ook confronteren, bijvoorbeeld met gevoelens waarvan u denkt dat ze bij hen een rol spelen.

5. Bewaak de procedure

Zorg ervoor dat alle groepsleden optimaal hun bijdrage kunnen leveren aan het proces. Rem de praters, stimuleer de zwijgers. Iedereen moet zich op zijn gemak voelen. Houd ook in de gaten of er geen onderdrukte gevoelens leven in de groep, die het proces nadelig kunnen beïnvloeden. Gaan mensen onderling praten, haal ze er dan weer bij. Bespreek na afloop de overeengekomen punten en de meningsverschillen en vat tenslotte het resultaat samen (is het doel bereikt?). Maak tijdens de bijeenkomst aantekeningen. Wie zegt wat? Wat is de kern? Maak ten slotte afspraken voor een eventuele volgende bijeenkomst en geef desgewenst huiswerk mee.

6. Bewaak de tijd

Bij een voorlichtingsbijeenkomst is het natuurlijk belangrijk om de tijd in de gaten te houden. Het gebeurt regelmatig dat een onderdeel veel meer tijd kost dan gepland was, omdat de deelnemers over dit punt heel veel vragen hebben. Vaak is het dan zinvoller hierop in te gaan dan u strak aan de planning te houden. U moet als diëtist dan snel beslissen welk onderdeel van de bijeenkomst u kunt laten vervallen. Als u werkt in een cursusvorm, hebt u de mogelijkheid onderwerpen door te schuiven naar de volgende keer. Bij een eenmalige bijeenkomst is dit moeilijker; dan moet u toch zorgen dat de informatie die u wilde geven in hoofdlijnen aan bod komt. Het kan ook gebeuren dat een onderwerp helemaal niet aanslaat, zodat u daar veel minder tijd aan hoeft te besteden dan u vooraf had gepland. Zorg altijd dat u wat extra onderwerpen en materiaal achter de hand hebt om dergelijke situaties op te vangen.

7. Ten slotte: evalueer

Wanneer u evalueert, kijkt u naar vooraf gestelde doelen, de gehanteerde werkvorm, gebruikte hulpmiddelen en het groepsproces. Voor een goede evaluatie is het belangrijk dat u antwoord krijgt op de volgende vragen:

- sloot de informatie aan bij de wensen en ervaringen van de deelnemers?
- was de informatie duidelijk en voldoende?
- hadden de deelnemers genoeg inbreng?
- werkte de voorlichting zoals bedoeld?

Bijvoorbeeld: lokte de voorlichting een discussie uit en kwamen verschillende meningen naar voren?

Als de deelnemers aan groepsvoorlichting (semi) analfabeet zijn, kan dit het beste mondeling gebeuren. Dit is vooral geschikt in groepen tot ongeveer twaalf personen. Vragen hoe de deelnemers de bijeenkomst vonden of wat ze gemist hebben, blijft een moeilijk punt. Vaak

zult u alleen een beleefdheidsantwoord krijgen. Probeer daarom dit soort vragen zo concreet mogelijk en positief te stellen. Bijvoorbeeld niet: 'Hoe vonden jullie het?' maar 'Wat vond u het leukst, het meest interessant?' of: 'Waar zou u meer over willen horen?'. Vaak hoort u achteraf bij een informeel praatje eerder hoe de deelnemers het vonden dan bij een officiële evaluatie tijdens de bijeenkomst.

Evalueren hoeft overigens niet alleen binnen en met de groep te gebeuren, het kan ook met medeorganisatoren of collega's. Naar aanleiding van de uitkomsten kunt u besluiten de voorlichting de volgende keer aan te passen.

5 Ondersteuning van zelfmanagement

Het doel van de BeweegKuur is dat deelnemers aan het eind van het programma zelfstandig blijven bewegen en hun gezondere voedingspatroon behouden. Deze gedragsverandering vergt 'zelfmanagement'.

Binnen de BeweegKuur wordt de volgende definitie van zelfmanagement gehanteerd: *“Zelfmanagement is het individuele vermogen van de deelnemer om goed om te gaan met symptomen, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en de leefstijl hierop aan te passen.”*

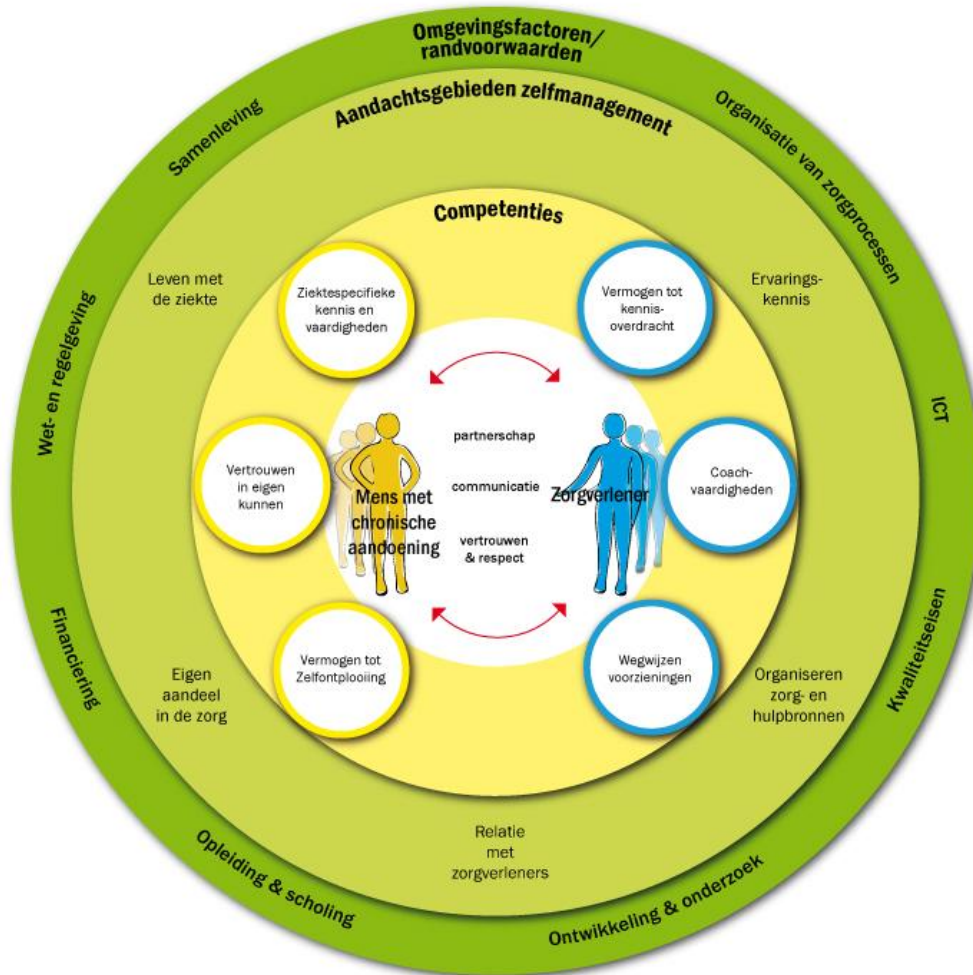
De mate van zelfmanagement is voor elke deelnemer verschillend. De betrokken zorgverleners zullen hun begeleiding moeten aanpassen aan het niveau van de individuele deelnemer. De kerngedachte bij ondersteuning van zelfmanagement is om het proces van de BeweegKuur mét de deelnemer vorm te geven op een manier die het beste bij de deelnemer past. De zorgverlener geeft de juiste informatie en ondersteuning, de deelnemer heeft de regie in handen. Het gebruik van de ICF BeweegKuur is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

Generiek model zelfmanagement

Het generieke model zelfmanagement (figuur 3), ontwikkeld door het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (NPCF-CBO), geeft aan wat de essenties van zelfmanagement zijn en aan welke onderdelen aandacht kan worden besteed bij het werken aan zelfmanagement in de praktijk. Dit model is in de eerste plaats gericht op chronisch zieken. Deelnemers in de BeweegKuur hebben een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en geen chronische ziekte. Omdat het accent ligt op gedragsverandering en algemene gezondheidsbevordering, is in de BeweegKuur voor dit model gekozen.

In het model staat de *interactie* tussen chronisch zieke en zorgverlener centraal. Hieromheen staan de *competentiegebieden* die van belang zijn bij zelfmanagement. De tweede ring bevat *aandachtsgebieden*: aspecten die zorgverlener en deelnemer in zekere mate kunnen sturen onderwerpen die aandacht verdienen willen mensen met een chronische aandoening (verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico) de regie kunnen nemen. De buitenste ring bevat de *omgevingsfactoren* en *randvoorwaarden* die min of meer vaststaan maar wel van invloed zijn op het zelfmanagement.

De zorgverlener krijgt hiermee een goed beeld hoe zij de deelnemer kan ondersteunen.



Figuur 3 Generiek model ondersteuning zelfmanagement

Deel IV Bijlagen

IV Bijlagen

In dit gedeelte zijn de volgende bijlagen, behorende bij de handleiding, opgenomen:

1 Formulieren/tabellen

- 1.1 Overzichten contactfrequentie en planning
- 1.2 Tabel metabole equivalenten van enkele activiteiten
- 1.3 Formulier voedingsdagboek uit Logboek
- 1.4 Formulier voedingsadviezen uit Logboek

2 Voorbeeld(verwijs)brieven

- 2.1 Voorbeeldverwijsbrief leefstijladviseur → diëtist;
- 2.2 Concept overdrachtbrief diëtist → leefstijladviseur

3 Achtergrondliteratuur

- 3.1 Begeleiding en Coaching (Motivational Interviewing)

Het merendeel van deze bijlagen is ook te downloaden van www.beweegkuur.nl.

In de tabellen vindt u per contact:

- weeknummers,
- te ondernemen actie,
- te besteden tijd.

En ter indicatie:

- voorlichtings(groeps)bijeenkomsten bij de diëtist.
- acties en contactmomenten bij de fysiotherapeut en leefstijladviseur.

De individuele contactmomenten met de diëtist vinden niet op vaste tijdstippen plaats en zijn daarom niet opgenomen in de tabel.

De planning van de zeven groepsbijeenkomsten zoals in de tabel weergegeven is een *indicatie*. De diëtist kan de bijeenkomsten dus in een andere week plannen als zij of de deelnemers dat noodzakelijk vinden.

Elke deelnemer kan verder gebruik maken van vijf tot zes 'follow-up'-momenten bij de leefstijladviseur. De aangegeven weeknummers zijn *indicaties*. Een zorgverlener kan een contactmoment dus in een ander weeknummer inplannen. De contactfrequentie wordt gedurende het BeweegKuur-jaar langzaam afgebouwd (steeds meer tijd tussen de contactmomenten).

Tabel 1 Contactfrequenties verschillende programma's

Zelfstandig beweegprogramma				Opstart beweegprogramma				Voedingsprogramma	
	Leefstijladviseur		Fysio	Leefstijladviseur		Fysiotherapeut		Diëtist	
WK nr	Aktie	Tijd (min)	Aktie	Aktie	Tijd (min)	Aktie	Tijd (min)	Aktie	Tijd (min)
-4	intake & doorverwijzing	60		intake & doorverwijzing	60				
-3			intake & advies			intake & advies	45		
Indicatiestelling beweegprogramma				Indicatiestelling beweegprogramma				Voedingsprogramma	
-2	beweegplan	15				beweegplan	---		
-1	uitleg beweegplan	30				uitleg beweegplan	30		
0								intake	60
1						follow-up	30		
2	begeleiding & follow-up	25						groepsvoorl	90
3						follow-up	30		
4	begeleiding & follow-up	25							
5								groepsvoorl	90
6				begeleiding & follow-up	25				
7									
8	begeleiding & follow-up	25				follow-up	30		
9								groepsvoorl	90
14									
15								groepsvoorl	90
16	begeleiding & follow-up	25				follow-up	30		
17				begeleiding & follow-up	25				
22								groepsvoorl	90
28				begeleiding & follow-up	25				
29								groepsvoorl	90
32	begeleiding & follow-up	25							
38								groepsvoorl	90
39				begeleiding & follow-up	25				
52	begeleiding & follow-up	25		begeleiding & follow-up	25				

Begeleid Bewegprogramma							IN EN GEZONDE VOEDING	
Leefstijladviseur			Fysiotherapeut				Diëtist	
<i>WK nr</i>	<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>	<i>Aktie</i>		<i>Tijd (min)</i>		<i>Aktie</i>	<i>Tijd (min)</i>
-4	intake & doorver-wijzing	60	12 wk		16 wk			
-3			intake, test & advies		45			
-2			beweegplan		-			
-1			uitleg beweegplan		30			
0							intake	60
1			individuele begeleiding (2xpw)		2 x 30			
2			groepstraining (3xpw)		3 x 60		groeps-voorlichting	90
3			groepstraining (3xpw)		3 x 60			
4			groepstraining (3xpw)		3 x 60			
5			groepstraining (3xpw)		3 x 60		groeps-voorlichting	90
6			groepstraining (2xpw)		2 x 60			
7			groepstraining (2xpw)		2 x 60			
8			groepstraining (2xpw)		2 x 60			
9			groepstraining (2xpw)		2 x 60		groeps-voorlichting	90
10			groepstraining (2xpw)		2 x 60			
11			groepstraining (2xpw)		2 x 60			
12			beweegplan+ start lokaal	groepstraining (2xpw)	30	2 x 60		
13			--	groepstraining (2xpw)	--	2 x 60		
14	begeleiding & follow-up	25	--	groepstraining (2xpw)	--	2 x 60		
15			follow-up	groepstraining (2xpw)	30	2 x 60	groeps-voorlichting	90
16			--	beweegplan + start lokaal	--	30		
18			follow-up	follow-up	30	30		
19								
20			--	follow-up	--	30		
21								
22	begeleiding & follow-up	25					groeps-voorlichting	90
23			--	follow-up	--	30		
29							groeps-voorlichting	90
30	begeleiding & follow-up	25						
38							groeps-voorlichting	90
40	begeleiding & follow-up	25						
52	begeleiding & follow-up	25						

Bijlage 1.2 Tabel Metabole equivalenten van enkele activiteiten

Vermogen (Watt)	MET	Dagelijkse activiteiten	Professionele activiteiten	Ontspannings-activiteiten	Ontspannings- en sportieve activiteiten
0	1	Rustig zitten, eten		Slapen	
1,5	1,5	Zichzelf wassen, scheren, aankleden, afwassen, schrijven		Tv kijken, kaarten, naai- en knipwerk	Recht op staan gedurende 15 minuten
20	2	Een wagen besturen, koken, borstelen, dweilen, afstoffen	Licht bureauwerk (bijv. typen), zittend knutselwerk	Muziekinstrument bespelen, tekenen, vissen, bijlart	Lichte fietsoefeningen met weinig of geen weerstand, wandelen met 2,5 km/u
40	3	Bedden opmaken, stofzuigen, strijken, meubilair boenen, tuinieren, boodschappen doen	Herstelwerk verrichten (bijv. radio, tv of auto), toonbankbediening, licht laswerk, werken als portier of als kleermaker, licht magazijnwerk, bedienen van een bouwkraan	Bowling, golfen (vervoer), schilderen, auto wassen, boogschieten	Fietsen 8 km/u, wandelen 3-4 km/u, lichte gymnastiek
60	4	Douchen, ruiten wassen, vloer schrobben, trappen afdalen, grasmaaien (elektr.), wieden, gras bijeen harken, heggen en randen knippen, seksuele activiteiten	Bandwerk <20 kg, schroeven indraaien, werken als elektriciën, metselen, schilderwerk, vrachtwagen besturen, werken in een garage	Dansen (traag), paardrijden in stap	Fietsen 10 km/u, wandelen 5 km/u, volleybal, tafeltennis, golfen, zwemmen (schoolslag), badminton
80-90	5	Boodschappen doen met zware tas, spitten in de tuin, grasmaaien met duwer	Behangen, werken met een kruiwagen, aanleggen van voetpaden, gemengde arbeid: graven, stenen leggen, dieren voederen in de landbouw	Dansen, vissen in stromend water, jagen, golfen (zelf tas dragen)	Fietsen 12 km/u, wandelen 5,5 km/u, paardrijden in draf, tennis dubbel, badminton enkel, roeien (met gematigd tempo)
110	6	Trappen oplopen, in de grond graven	Graven, handploeg, pneumatisch boren, transport voorwerpen 20-29 kg, gemengde bouwactiviteit, mijnwerk, schrijnwerk (montage)	Paardrijden in galop, low impact aerobics	Wandelen 6,5 km/u, tennis enkel, kanovaren, alpineskiën, schaatsen, basketbal, voetbal (niet competitief)

Vermogen (Watt)	MET	Dagelijkse activiteiten	Professionele activiteiten	Ontspannings-activiteiten	Ontspannings- en sportieve activiteiten
140	7	(Poeder-)Sneeuw ruimen, hout klieven, wandelen op een lichte helling zonder gewicht (of tot 5 kg)	Hout zagen, rails leggen, transport van voorwerpen 30-38 kg	Dansen snel (swing)	Fietsen 15 km/u, wandelen, 7,5 km/u wandelen op lichte helling, schermen, skitouring 4-9 km/u
140	7	(Poeder-)Sneeuw ruimen, hout klieven, wandelen op een lichte helling zonder gewicht (of tot 5 kg)	Hout zagen, rails leggen, transport van voorwerpen 30-38 kg	Dansen snel (swing)	Fietsen 15 km/u, wandelen, 7,5 km/u wandelen op lichte helling, schermen, skitouring 4-9 km/u
160-170	8	Natte sneeuw ruimen, bomen hakken (traag), vloer schrobben, wandelen op een helling met gewicht van 10 kg	Handmatig schrijnwerk verrichten (zagen), zwaar graafwerk met pikhouweel, verhuiswerk met een gewicht van 40 kg, stal uitmesten	High impact aerobics	Fietsen 19 km/u, jogging 18 km/u, langlaufen zonder helling, zwemmen (crawl) 35 m/min, paardrijden racen, hockey
190-200	9	Wandelen op een helling met een gewicht van 10-20 kg in eigen tempo	Werken in hoge temperaturen, hoogovens, werken in de tuinbouw, manueel hooi laden op een wagen	Crosscountry lopen	Touwspringen 70-80/ min, zeer snel zwemmen crawl
220	10	Gewichten > 30 kg dragen, wandelen op een helling met 6 km/u met een gewicht van 8 kg	Werken in hoogovens en staalnijverheid, verwijderen van slakken		Fietsen 23 km/u, squash, handbal, roeien, touwspringen 125/ min, hoogspringen, racquetball, zeer snel zwemmen (rugslag)
240	11			Judo	Touwspringen 145/min
260-270	12	Gewichten <50 kg dragen		Rugby	Fietsen 25 km/u, lopen 12 km/u, zwemmen 3 km/u (1 km in 20 min)
290	13				Lopen 15 km/u
300-340	14-15				Lopen 17 km/u

Vermogen (Watt)	MET	Dagelijkse activiteiten	Professionele activiteiten	Ontspannings-activiteiten	Ontspannings- en sportieve activiteiten
350 en meer	16 en meer	Wandelen met 6 km/u op een helling (16%) met een gewicht van 10 kg	Boom hakken met bijl (snel)		Competitief sporten, fietsen (racen), lopen >18 km/u, halters >13 kg

In aangepaste vorm overgenomen met toestemming van Bohn Stafleu Van Loghum. Bron: Vanhees L. Cardiale Revalidatie. In: Jaarboek Fysiotherapie/Kinesithérapie 1999. Dekker, J. den, Aufdenkampe G., Ham I. van, Smits-Engelsman B.C.M., Vaes P. (red.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999: 66-9

Bijlage 1.3 Formulier Voedingslogboek uit Werkboek BeweegKuur

Voedingslogboek - DATUM EN DAG VAN DE WEEK:

WAT HEB IK GEGETEN EN GEDRONKEN?	HOEVEEL?	WAAR, MET WIE EN WAAROM	OVERIG
ONTBIJT			
TUSSENDOR			
LUNCH			
TUSSENDOR			
MAALTIJD			
TUSSENDOR			

Bijlage 2.1 Verwijsbrief BeweegKuur (leefstijladviseur → diëtist)

Naam leefstijladviseur:	Naam deelnemer:	
Adres:	Geboortedatumgeslacht:	M / V
Postcode en plaats:	Adres:	
Telefoon:	Postcode en plaats:	
E-mail:	Telefoon:	
Naam huisarts:	Verzekering:	
	Datum:	

KLACHT, HULPVRAAG

Klacht, hulpvraag

ANAMNESE, VOORGESCHIEDENIS, LICHAAMELIJK ONDERZOEK
Anamnese

- risicovol leefgedrag
- familie anamnese
- psychosoc. anamnese
- beperking, handicap

Voorgeschiedenis

- Aandoeningen / comorbiditeit
- Dieetgeschiedenis
- Overig

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk
- Gewicht
- BMI
- Buikontrek

- Bloedonderzoek (HbA1c, bloedglucosewaarden, vetspectrum)
- Overig

AANVULLEND ONDERZOEK
INGESTELDE BEHANDELING, BESPREKING, DIAGNOSE

- Zelfstandig beweegprogr.
- Opstartprogramma
- Begeleid beweegprogr.

Bespreking:

Conclusie of diagnose:

MEDICATIE TOTAAL

Actuele medicatie:

VRAAGSTELLING EN PROCEDUREVOORSTEL

Besproken & toestemming van deelnemer voor uitwisseling gegevens met collegiale groet,

Bijlage 2.2. Concept Overdrachtbrief BeweegKuur diëtist → leefstijladviseur

Naam diëtist:		Naam deelnemer:	
Adres:		Geboortedatum/geslacht:	M / V
Postcode en plaats:		Adres:	
Telefoon:		Postcode en plaats:	
E-mail:		Telefoon:	
Naam huisarts:		Verzekering:	
		Datum:	
HULPVRAAG			
Hulpvraag:			
ANAMNESE VOEDING EN DIAGNOSTIEK			
Dieethistorie			
Anamnese			
Diagnose			
DOELEN OP GEBIED VAN VOEDING			
Doelen			
VOEDINGSADVIES EN VOEDINGSPLAN			
BEHANDELVERLOOP			
Bijzonderheden behandelverloop:			
MOTIVATIE DEELNEMER			
Aandachtspunten m.b.t. motivatie:			
GROEPSVOORLICHTING VOEDING			
Gegeven advies mbt te volgen groepsvoorlichting voeding			
VRAAGSTELLING (indien van toepassing)			
Besproken met deelnemer:			
met collegiale groet,			

Bijlage 3.1 Begeleiding en coaching (Motivational Interviewing)

De BeweegKuur is een leefstijlinterventie waarin gedragsverandering een centrale plaats heeft. De manier waarop de zorgverleners hierin coachen en begeleiden, is mede bepalend voor een geslaagde afloop van de interventie.

Motivational Interviewing

Een bewerking van het artikel:

Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter (jan. 2007)

1. Inleiding

Motivational Interviewing (MI) is een directe, persoongerichte gesprekstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen. Hierbij wordt de deelnemer gestimuleerd om zelf (mede) verantwoording voor de behandelingskeuze te nemen.

Waarom is gedragsverandering zo moeilijk?

Het omgaan met een chronische ziekte vereist gedragsverandering van de deelnemer. Indien de deelnemer hiertoe niet in staat is, leidt dit tot te weinig therapietrouw of non-compliance (Schippers, 2002). Dit kan diverse redenen hebben. Vooral gevoelens zoals angst, frustratie, depressie en schaamte spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast zijn er nog andere redenen te noemen zoals nog te weinig vertrouwen, inzicht in de mogelijkheden om te veranderen, de mate van betrokkenheid en te weinig voordelen in de gedragsverandering zien. Ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen, zij het soms langzaam en stap voor stap, indien de fysiotherapeut een specifieke methode hiervoor beheerst.

Motivational Interviewing

De zorgverlener helpt de deelnemer stap voor stap bij de ontwikkeling om zijn motivatie van gedragsverandering te realiseren. Om de deelnemer letterlijk en figuurlijk in beweging te laten komen, waardeert en heeft de zorgverlener begrip voor de zienswijze van de deelnemer. Hij helpt de deelnemer ontdekken welke voordelen het gezonde gedrag voor hem oplevert. Deelnemers staan vaak twijfelend in het aanpakken van hun problemen. Aan de ene kant zien ze de nadelen van hun gedrag, maar aan de andere kant levert het gedrag hen voordelen op, zoals kortstondig genot, aandacht, controle, waardering of veiligheid. Dit wordt de deelnemer vaak pas duidelijk tijdens de gesprekken met de zorgverlener omdat hun ambivalentie meestal onbewust is.

Bij Motivational Interviewing helpt de zorgverlener de deelnemer deze ambivalentie te herkennen en er mee om te gaan. Hiervoor maakt de zorgverlener gebruik van oplossingsgerichte technieken. Hij kijkt vooral naar wat lukt of gelukt is in het kader van de gewenste gedragsverandering. Kenmerkend voor deze technieken is dat deze de deelnemer ondersteunen in het maken van kleine stappen in de gewenste richting en de deelnemer strategieën leren om zelf zijn problemen op te lossen. Hierdoor wordt de deelnemer in staat gesteld om definitief zijn gedrag te veranderen.

In 1991 publiceerden de Amerikaanse psycholoog William R. Miller en zijn Britse collega Stephen Rollnick *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. In eerste instantie is Motivational Interviewing ontwikkeld voor de omgang met mensen met

verslavingsproblemen. De methode is zo succesvol dat deze ook op diverse andere gebieden van de gezondheidszorg (zoals voeding en beweging) wordt toegepast. In 2002 verscheen de tweede editie onder de titel *Motivational Interviewing: preparing people for change*, met voortschrijdende inzichten in de effectiviteit van de methode en de bredere toepasbaarheid onder meer binnen justitie, gezondheidszorg en voor de begeleiding van deelnemers met chronische aandoeningen.

Uit diverse studies van Bowen e.a. (2003) blijkt dat Motivational Interviewing een effectieve strategie is voor gedragsverandering. Bowen e.a. toonden aan dat een protocol gebaseerd op Motivational Interviewing uitgevoerd door getrainde diëtisten de inname van vet deed dalen. De studie van Smith (1997) toont aan dat Motivational Interviewing een belangrijke rol speelt bij de behandeling van obese vrouwen met diabetes type 2. Zij:

- bezoeken meer groepsbijeenkomsten;
- houden beter hun voedingsdagboeken bij;
- meten vaker hun bloedglucose;
- hebben betere bloedglucose-waarden dan de standaardgroep.

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er op andere gezondheidsgerelateerde gebieden diverse onderzoeken gedaan waarbij het effect van Motivational Interviewing ook als positief is ervaren. (Berg-Smith, 1996; Britt, 2003; Emmons, 2001; Long, 1995; Miller, 2004; Resnicow; 2001; Scales, 2003; Trigwell, 1997; Channon, 2003).

2. Theoretische basis

Motivational Interviewing is niet op een specifieke theorie gebaseerd, maar komt voornamelijk voort uit de sociale psychologie. Belangrijke kernbegrippen zijn: attributie, waarbij de deelnemer de oorzaak van zijn aandoening buiten zichzelf zoekt; cognitieve dissonantie, de spanning die de deelnemer ervaart tussen wat goed voor hem is en zoals hij nu doet en eigen effectiviteit. Een belangrijke recente bijdrage wordt tevens geleverd door de complexiteitstheorie, waardoor meer inzicht is ontstaan in de invloed van de omgeving op de gedragsverandering. Een belangrijke stap in de ontwikkeling van MI was de link aan het Stages of Change model van Prochaska en Diclemente als kader voor het veranderingsproces.

De principes van MI zijn gerelateerd aan de principes van cognitieve dissonantie, zoals het oplossen van ambivalentie door het manifest maken van inconsistenties waardoor dissonantie wordt gecreëerd. De technieken van MI (reflecties, samenvattingen) hebben als functie de cognitieve dissonantie op te wekken.

MI lijkt consistent te zijn aan een aantal modellen van gezondheidsgedrag, zoals Locus of control; Theory of Reasoned Action; Sociaal Cognitieve Theorie; Health Belief Model. Deze modellen, ondanks verschil in termen en nadruk, delen drie constructies, welke de kern van MI zijn.

Dit zijn:

- de verwachtingen van de deelnemer over de consequenties van het aannemen van het specifieke gedrag;
- de invloed van de deelnemer op zijn percepties of beliefs ten aanzien van de persoonlijke controle over het specifieke gedrag;
- de sociale context van het specifieke gedrag (Britt 2003).

Voor inzicht in de invloed van de sociale context van de deelnemer zijn de inzichten van de complexiteitstheorie belangrijk. Deze stelt dat de sociale context van de deelnemer een complex adaptief systeem (CAS) is, gekenmerkt door:

1. non-lineaire verandering: kleine gebeurtenissen, acties en interacties kunnen leiden tot effecten die het hele systeem inclusief het gedrag van de deelnemer beïnvloeden;
2. zich herhalende gedragspatronen in zeer verschillende situaties;
3. het ontstaan van ander gedrag in een andere omgeving.

Dit maakt dat het, binnen de sociale context van de deelnemer gezien als een complex systeem, vaak moeilijk of zelfs onmogelijk is voor de zorgverlener om het gedrag van de deelnemer te begrijpen en voorspellen, laat staan te beheersen.

3. Wat is Motivational Interviewing?

Een directieve persoongerichte begeleidingsstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller, 2002).

Motivational Interviewing is directief en deelnemergericht. De methode helpt deelnemers hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. Dit vindt plaats in een sfeer van samenwerken, waarbij de zorgverlener gebruik maakt van verschillende principes en technieken (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat

- er vertrouwen wordt opgebouwd tussen de zorgverlener en de deelnemer;
- de weerstand tegen gedragsverandering vermindert;
- gedragsverandering direct gericht wordt op het volgende stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

Principes

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de deelnemer zelf komt en niet door de zorgverlener wordt opgelegd. Het is de taak van de deelnemer en niet van de zorgverlener om uitdrukking te geven en oplossingen te zoeken voor zijn ambivalentie. De bereidheid tot gedragsverandering, motivatie, is hierbij niet een vaststaande eigenschap van de deelnemer, maar een wisselend resultaat van de interactie tussen deelnemer, de sociale context van de deelnemer en de zorgverlener.

Iemand's ambivalentie oplossen door hem te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een deelnemer is dan ook respectvol, kalm, uitnodigend en stimulerend. De zorgverlener is echter wel directief of, anders geformuleerd: Hij stuurt op de afgesproken doelen. Hierbij is de zorgverlener duidelijk en vasthoudend. De verhouding tussen beiden blijft echter die van gelijkwaardig partnerschap (Miller, 2002; Rollnick, 1999; Te Lintel Hekkert, 2003).

De onderstaande vijf principes spelen een belangrijke rol bij Motivational Interviewing en lopen als een rode draad door de techniek. Dit zijn punten waar de zorgverlener bij het toepassen van de techniek voortdurend bij stil moet staan:

1. *Wees empathisch*

Werkelijk inleven in een ander en niet doen alsof je meeleeft! Door actief en reflectief te luisteren, laat de zorgverlener blijken dat hij/zij begrijpt wat de deelnemer zegt, voelt en denkt. In deze respectvolle sfeer heeft de deelnemer de veiligheid na te gaan welke voor- en nadelen aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

2. *Weerstand? Meeveren!*

Weerstand is het effect van de communicatie tussen de zorgverlener en de deelnemer en vooral een signaal van betrokkenheid van de deelnemer, waarbij de deelnemer echter nog niet bereid is de gewenste gedragsverandering te realiseren. Indien de zorgverlener weerstand niet als betrokkenheid begrijpt, ontstaat er een stijgend niveau van weerstand. Hoe hoger het niveau van weerstand, hoe lager de kans op gedragsverandering. Neuropsychologisch onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat weerstand leidt tot een nog sterkere verankering van het bestaande, niet gewenste, gedrag. (Dweck, 2007) Daarmee is het de taak van de zorgverlener om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

3. *Ondersteun eigen-effectiviteit*

De zorgverlener ondersteunt en versterkt het zelfvertrouwen van de deelnemer om te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen effectiviteit. Geloof in eigen kunnen is één van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van gedragsverandering. De zorgverlener versterkt de eigen-effectiviteit van de deelnemer door samen op zoek te gaan naar positieve uitzonderingen op het probleem en na te gaan in hoeverre deze bruikbaar zijn om een volgend stapje te nemen in de richting van het gewenste gezonde gedrag. Verder stimuleert hij de motivatie van de deelnemer door concrete, haalbare en attractieve veranderingen voor te stellen.

4. *Ontwikkel discrepantie*

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen 'hoe het gedrag is' (het niet gewenste gewoontegedrag) en 'hoe de deelnemer zich wil gedragen' (gewenst gezond gedrag). Een techniek die gebruikt kan worden, is met de deelnemer de voor- en nadelen van de huidige leefstijl en de na- en voordelen van het gewenste gedrag te bespreken. De zorgverlener streeft hierbij naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidig gedrag en gezond gedrag. Door het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken roept hij discrepantie op bij de deelnemer en geeft hiermee een aanzet tot verandering.

5. *Discussie/argumentatie vermijden*

Onvoorwaardelijke acceptatie door de zorgverlener geldt ook voor de eventuele keuzes die de deelnemer maakt om te veranderen. De deelnemer is zelf deskundige en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Discussie tussen de zorgverlener en de deelnemer wijst op een afwijzing van de keuze van de deelnemer door de zorgverlener. Dit is zelfs contraproductief, omdat dit leidt tot versterking van het huidige niet gewenste gedrag.

Samenvattend: De zorgverlener werkt samen met de deelnemer om de vereiste motivatie van de deelnemer te ontwikkelen zodat de deelnemer geïnspireerd is om zijn gedrag te veranderen.

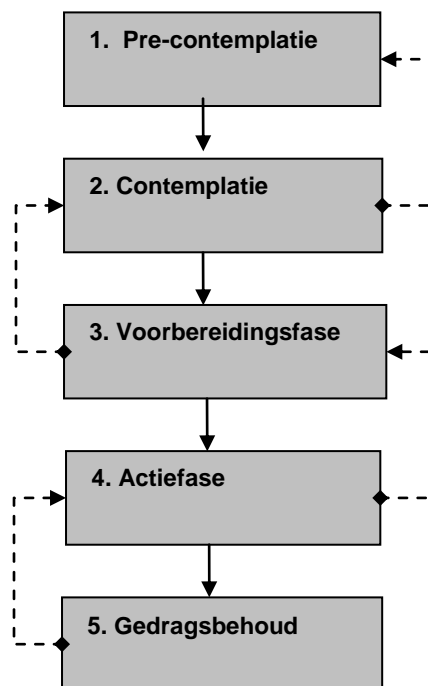
De nadruk ligt hierbij op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de deelnemer om de overeengekomen doelen te bereiken. De relatie tussen coach-coachee is meer van toepassing dan die van dokter-patiënt.

4. Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om de zorgverlener meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering de deelnemer zich bevindt, zodat hij zijn begeleiding beter kan afstemmen. Het model laat zien welke fases deelnemers doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

Voorbeeld: Als iemand nog niet eens overweegt om zijn gedrag te gaan veranderen, heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over h oe hij dat zou kunnen doen (Precontemplatie).

Stages of Change



Het Stages of Change model geeft weer in gedragsverandering vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn:

1. Precontemplatie

In de eerste fase, *precontemplatiefase*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Deelnemers zijn zich in deze fase vaak niet bewust van hun risicogedrag en zijn niet overtuigd dat de voordelen van gedragsverandering zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen. Om deelnemers in de *precontemplatiefase* te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden van de nadelen van hun huidige gedrag en de mogelijkheid tot veranderen. Het motivationele stadium kan getypeerd worden als ‘Ongeïnteresseerd’. De deelnemer ziet het probleem niet en is nog niet bereid om het probleem op te lossen.

2. Contemplatie

In de tweede fase, de contemplatiefase, wordt de balans tussen voordelen en nadelen van zowel het huidige gedrag als het nieuwe gedrag opgemaakt. Verandering (binnen de komende zes maanden) van het risicogedrag wordt wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn (de komende 30 dagen) te veranderen. Exploreren van ambivalentie is hier de belangrijkste taak. De deelnemer reageert 'Afwijzend'. Hij ziet het nut van de verandering in, maar acht zichzelf nog niet in staat om het te proberen. Wel stelt de deelnemer zich meer algemene vragen: 'Hoeveel tijd kost dat?', 'Hoe duur is dat?'

In de contemplatiefase is de deelnemer zich bewust van de nadelen van het huidige gedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen effectiviteitverwachting kan in deze fase wel laag zijn; men wil wel veranderen maar weet niet goed hoe. Omgevingscondities, sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden kunnen de gedragsverandering in de weg staan.

3. Voorbereidingsfase

Deze fase begint als de deelnemer concrete plannen heeft om zijn gedrag op korte termijn te veranderen. De deelnemer ziet het nut in van de gedragsverandering en wil het proberen. De bereidheid om van de contemplatiefase naar voorbereiding te gaan, hangt niet slechts samen met inzicht in de mogelijkheden, maar is vooral een optelsom van belangrijkheid en (zelf)vertrouwen. Het (zelf)vertrouwen, ofwel de positieve perceptie van de eigen mogelijkheden, kan voldoende of zelfs groot zijn, maar het belang kan door de deelnemer laag worden ingeschat.

Het niet expliciet onderzoeken van 'belangrijkheid voor de deelnemer' is een bekende valkuil van deskundigen. Immers: Zij zijn zelf al lang overtuigd van het belang van gezond gedrag, dus gaan er vaak ten onrechte van uit dat hun deelnemer dat ook wel is (of 'vanzelf' wel wordt).

4. Actiefase

In de vierde fase, de *actiefase*, zijn deelnemers bezig om hun gedrag te veranderen. Zij zien het belang om te veranderen, hebben er vertrouwen in dat zij dit kunnen én hebben inzicht in de mogelijkheden en brengen deze ten uitvoer. Tijdens de stappen van contemplatie naar voorbereiding en actie te gaan, moeten deelnemers steeds meer belang hechten aan het veranderen van hun gedrag en voldoende overtuigd zijn van hun eigen mogelijkheden om te veranderen. Voor dit laatste zijn vaardigheidstraining, verhoging van de eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning vanuit de sociale omgeving belangrijk, evenals het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan. De deelnemer is gemotiveerd én geïnspireerd. Inspiratie is één stap hoger dan gemotiveerd. Dit is noodzakelijk, omdat de deelnemer niet alleen zelf het nut in dient te zien van de verandering, maar ook zijn directe omgeving.

5. Gedragsbehoud

Deelnemers in de *fase van gedragsbehoud* hebben hun 'nieuwe' gedrag al meer dan zes maanden volgehouden.

Terugval

Terugval naar een eerder stadium is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van gedrag te komen, doorloopt de deelnemer vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie.

Een belangrijke implicatie van dit model is dat de begeleidingsbehoefte van deelnemers afhangt van het motivationele stadium.

Informereren en adviseren

Het is binnen Motivational Interviewing van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongevraagd informatie en advies te geven. Hierbij geldt de gouden begeleidingsregel: Eerst aansluiten, dan doorschakelen. Idealiter geeft de zorgverlener dus pas informatie of advies wanneer de deelnemer daarom vraagt, omdat de deelnemer ongevraagde, nieuwe adviezen of informatie eerst weer overweegt (contemplatie), voordat hij via de voorbereidingsfase weer tot actie kan overgaat.

Indien de deelnemer niet om advies vraagt, kan de zorgverlener altijd aanbieden om advies te geven. Hij moet dat op zo'n manier doen dat de deelnemer dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of advies is het altijd van belang om dat neutraal te doen, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de deelnemer te vragen wat hij/zij vindt van de informatie.

Van *actiefase* naar de *fase van gedragsbehoud* speelt een zorgvuldige planning een rol. De gedragsverandering moet bekrachtigd worden door het 'gezonde gedrag' te belonen en succesvolle verandering van gedrag te bevestigen. Bij terugval is niet het belangrijk om te achterhalen 'waarom' deze terugval heeft plaatsgevonden. Het 'waarom' roept bijna altijd schuldgevoel op bij de deelnemer en kan een verdere ontwikkeling blokkeren. De juiste techniek is samen met de deelnemer op zoek te gaan naar de momenten, waarin er geen sprake was van terugval: de positieve uitzonderingen en deze te onderzoeken in hoeverre deze bruikbaar zijn om opnieuw in te zetten. Tevens is een positieve sociale norm, stimulans uit de directe omgeving, is belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Bes, 2002; Brug, 2002).

Fase waarin de deelnemer zit	Motiverende taken van de zorgverlener
Precontemplatie	Zaai twijfel. Vergroot het gevoel bij de deelnemer over de risico's en problemen van het huidige gedrag. Help mee de deelnemer bewust te worden van de nadelen zijn eigen gedrag.
Contemplatie	Laat de balans doorslaan. Vergroot de redenen van de deelnemer voor veranderen.
Vorbereidingsfase	Help de deelnemer bepalen wat voor hem de beste strategie is om tot verandering te komen. Help de deelnemer het zelfvertrouwen te versterken, zodat het lukt om te veranderen.
Actiefase	Help de deelnemer stappen te ondernemen zijn strategie uit te voeren.
Gedragsbehoud	Help de deelnemer terugval te zien aankomen en strategieën klaar te hebben indien dit nodig is.
Terugval	Help de deelnemer opnieuw door het proces te gaan zonder gedemotiveerd te worden.

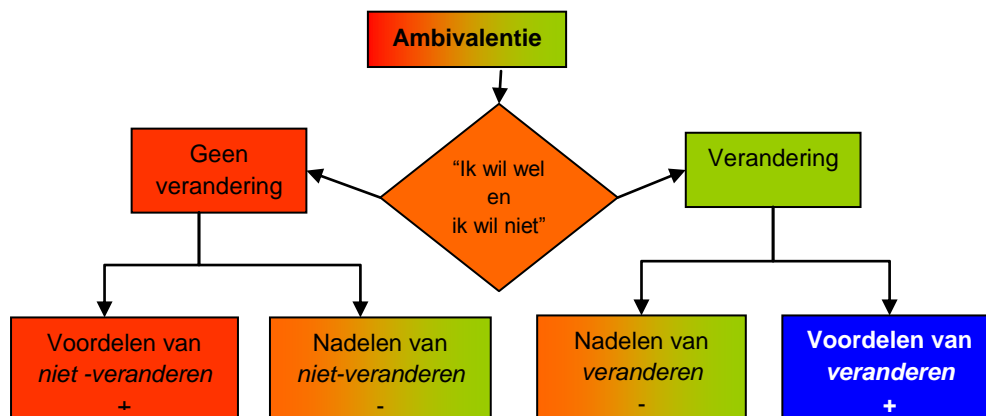
NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. De zorgverlener kan geen Stages of Change behandeling ‘doen’ met deelnemers!

Ambivalentie: ik wil wel... en ik wil niet

Het dilemma van verandering

Twee kanten zien van een probleem is heel normaal en in veel gevallen prima, omdat dit leidt tot een afgewogen oordeel. Iemand die bijvoorbeeld wil afvallen denkt ‘Ik wil afvallen omdat ik mijn kleding niet meer pas of omdat ik niet meer met mijn kinderen kan spelen’ en wil tegelijkertijd niet afvallen omdat ‘het eten zo lekker smaakt en ik graag met mijn familie mee wil blijven eten’.

Ambivalentie is een teken van betrokkenheid op het oplossen van het probleem, omdat de deelnemer sterk nadenkt over zijn probleem. Dikwijls wordt ambivalentie opgevat alsof er iets verkeerd is met de motivatie, beoordeling, kennis of mentale staat van de deelnemer. Wel is het van belang om ambivalentie expliciet aan de orde te stellen, omdat als deelnemers in hun ambivalentie blijven hangen er geen sprake is van gedragsverandering. Daarom is ambivalentie een sleutelonderwerp dat opgelost moet worden om verandering te laten plaatsvinden (Miller, 2002; Te Lintel Hekkert, 2003).



Ambivalentie is niet alleen naar links of naar rechts / wel of niet / zwart of wit, maar het zijn veel krachten die alle kanten op kunnen gaan en dit veroorzaakt onzekerheid, waardoor het probleem steeds groter wordt: de gevreesde toekomst. Alle veranderingen zijn ongemakkelijk, zowel de goede als de slechte veranderingen

Figuur: Het exploreren van ambivalentie richt zich op de voor- en nadelen van wel of niet veranderen. *Of de deelnemer nu wel of niet verandert, aan elke verandering zijn altijd voor- en nadelen verbonden.* De voor- en nadelen van verandering kunnen zowel een psychologische, sociale als praktische dimensie hebben (Bes, 2002).

Onder meer de complexiteit van de sociale context van de deelnemer maakt dat de verandering alleen zinvol is als deze plaatsvindt in kleine stapjes, waarbij de deelnemer op zoek gaat naar de kleinst mogelijke verandering in de gewenste richting met het grootst mogelijke effect.

5. Technieken Motivational Interviewing

De houding van de zorgverlener wordt getypeerd door oprechte en respectvolle nieuwsgierigheid. Dit uit zich door het stellen van open vragen en het maken van reflecties.

1. Stel open vragen

Open vragen zijn – in tegenstelling tot gesloten vragen – breder en geven de deelnemer vrijheid om te reageren terwijl de zorgverlener de mogelijkheid heeft om te luisteren en te observeren. Het grootste voordeel van open vragen is dat open vragen niet bedreigend zijn en interesse en vertrouwen tonen. Het nadeel is dat het meer tijd kan kosten. Voorbeelden van open vragen:

- hoe ziet je dagindeling eruit?
- welke ervaringen heeft u met het uitvoeren van het Beweegplan?
- welke activiteiten zouden voor u, wellicht beter kunnen werken?
- wat zou voor u helpen?
- wat heeft de huisarts u verteld over de BeweegKuur?
- welke informatie heeft u al over de BeweegKuur?
- wat vindt u daarvan? Welke informatie mist u nog?

2. Ondersteun en bevestig

Het is belangrijk de deelnemer duidelijk en direct te ondersteunen door bijvoorbeeld begrip en waardering te uiten voor de inzet van de deelnemer. Voorbeelden zijn:

- ik waardeer het dat je hier gekomen bent. Het is vast niet gemakkelijk geweest, maar je hebt het toch gedaan!
- dat is een goed idee!
- Je hebt geweldig doorgezet, want je bent al veel langer met dit probleem bezig, zonder dat je er helemaal aan onderdoor bent gegaan.
- dat is vast heel moeilijk voor je geweest.

Belangrijk is dat de ondersteuning zich richt op het gedrag van de deelnemer en zijn inzet om de Beweegkuur te volgen en niet op zijn persoon.

3. Geef samenvattingen

De drie elementen, die samen meestal een goede samenvatting vormen als een deelnemer een voorstel doet zijn:

1. de voordelen;
2. de nadelen;
3. een uitnodiging om verder te exploreren.

Aan het einde van een consult kan de samenvatting een meer formeel karakter hebben. Je kunt dan beginnen met aankondigen dat je probeert het geheel samen te vatten: 'Laat me eens zien of ik goed begrepen heb wat je me tot nu toe verteld hebt...' (*Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999*).

4. Actief luisteren

Actief luisteren is de belangrijkste basisvaardigheid van MI: reageren op wat de deelnemer vertelt en bedoelt. Echte interesse in wat je deelnemer te zeggen heeft en wezenlijk respect voor zijn/haar opvattingen maken daar deel van uit.

Bij actief luisteren toetst de zorgverlener zijn indrukken aan wat de deelnemer heeft bedoeld. De zorgverlener weet dan of hetgeen de deelnemer bedoelt hetzelfde of niet hetzelfde is als wat hij bedoelt. Een reflectieve respons vraagt in wezen: 'Is dit wat je bedoelt?'

Eenvoudige reflecties worden gebruikt wanneer de (emotionele) betekenis (nog) minder duidelijk is, bijvoorbeeld in het begin van een gesprek of tijdens een eerste consult met een nieuwe deelnemer. Diepere reflecties, onder meer het duiden van emoties door de zorgverlener, zijn bruikbaar als het vertrouwen tussen de deelnemer en de zorgverlener toegenomen is (*Bes, 2002; Miller, 2002; Rollnick, 1999*).

Vier niveaus van reflectie:

- Herhalen
De eenvoudigste, maar wel een zeer effectieve, reflectie is het herhalen van wat de deelnemer heeft gezegd.
- Herformuleren
De zorgverlener blijft dichtbij wat de deelnemer heeft gezegd, maar gebruikt synoniemen of zegt het met andere woorden.
- Parafraseren
De betekenis blijft hetzelfde en wordt teruggegeven in een nieuwe invalshoek en met andere woorden.
- Reflectie van gevoel
Benadrukt duidelijk de emotionele en/of de cognitieve component van de ambivalentie (*Bes, 2002; Miller, 2002; Rollnick, 1999*).

5. Nodig uit tot veranderingssuitspraken

Veranderingssuitspraken zijn uitspraken van de deelnemer waarin hij/zij de positieve kant van de ambivalentie zélf voor zijn rekening neemt. Anders gezegd: de redenen vóór gedragsveranderingen tégen handhaving van de huidige situatie worden door de deelnemer geformuleerd en niet door de zorgverlener! Immers, over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zélf hebben bedacht en verwoord, dan dat deze door anderen zijn aangedragen (*Bes, 2002; Miller, 2002; Zelfperceptie theorie*).

6. Weerstand

Een algemene omschrijving is dat de deelnemer wel het nut ziet van ander gedrag, maar nog niet de mogelijkheid om zelf dit gedrag zich eigen te maken. Weerstand is een positieve uiting van betrokkenheid van de deelnemer. Hij doet een poging zijn eigen mogelijkheden om het 'gezonde' gedrag uit te voeren te toetsen aan de verwachtingen van de zorgverlener. Dit betekent niet dat de zorgverlener weerstand bewust moet oproepen. Maar als in het weerstand naar voren komt, dan duidt de zorgverlener de weerstand positief en zoekt hij samen met de deelnemer naar mogelijkheden om een volgend stapje te maken.

Voorbeelden:

- *Ik word dik van water.*
Je hebt er goed over nagedacht waar je wel en niet dik van wordt. Veel mij eens hoe kom je tot dit inzicht?
- *Ik ben heel sportief, maar mijn conditie wordt niet beter.*
Da's heel vervelend. Je spant je erg in, maar je hebt nog niet het gevoel dat je conditie hierdoor beter wordt. Hoe merk je dat je conditie niet beter wordt?

- *Weet u wel hoe moeilijk het is om je aan zo'n streng dieet te houden in een groot gezin tijdens de feestdagen. U kunt zich dat vast niet voorstellen met uw maatje 38!*
Dat lijkt mij inderdaad heel moeilijk. Je zit gezellig bij elkaar en dan eet je inderdaad meer dan je eigenlijk wilt. Ik merk dat u er erg mee bezig bent hoe u zich ook tijdens de feestdagen aan het dieet kunt houden!
- *Maar ik heb natuurlijk zware botten; het zit in de familie.*
Ik vind het prima dat u steeds meer inzicht krijgt in de redenen waarom u overgewicht hebt. Gegeven de zware botten. Wat denkt u verder te kunnen doen aan uw gewicht?
- *Ach, zó erg is het niet een keertje te zondigen? U gaat toch niet proberen mijn dagelijkse glaasjes wijn af te nemen, niet waar? Dat lukt u toch niet, want een wijntje op z'n tijd is goed voor het hart!*
Ik merk dat u goed let op uw dieet en probeert om hier zo zorgvuldig mogelijk mee om te gaan. Kunt u mij vertellen wanneer het wel lukt om u aan het dieet te houden?

Weerstand en de rol van de zorgverlener

- Motivational Interviewing heeft als opvatting dat weerstand betrokkenheid is van de deelnemer;
- Motivational Interviewing neemt aan dat weerstand voornamelijk voortkomt uit de communicatie over en weer tussen zorgverlener en deelnemer. Dit is een praktijkgerichte benadering;
- Hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert. Een positieve duiding door de zorgverlener resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de deelnemer;
- Weerstand is een signaal dat de deelnemer en de zorgverlener nog niet 'op dezelfde golflengte' zitten;

Vier vormen van weerstand zijn argumenteren, onderbreken, ontkennen en negeren.

Hoe gaat de zorgverlener om met weerstand?

In plaats van argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven, beweegt de zorgverlener mee met de uitspraken van de deelnemer. Het doel is de deelnemer te ondersteunen in zijn poging om een beeld te krijgen van wat hijzelf wil. Het gebruik van positieve reflecties is een manier om de deelnemer te laten inzien dat hij wél een volgend stapje kan maken. Er zijn ook nog een paar andere mogelijkheden (*Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999*):

- versterkte reflectie:
teruggeven wat de deelnemer zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm;
- tweezijdige reflectie:
de andere kant van de ambivalentie toevoegen;
- meegaan en vragen:
Gegeven (het probleem dat de deelnemer ziet), hoe kun je ervoor zorgen dat je...;
- herformuleren in andere context;
- paradox.

6. Motivational Interviewing in een notendop

- motivatie tot verandering komt vanuit de deelnemer en wordt niet van buitenaf opgelegd.
- het is de taak van de deelnemer en niet van de zorgverlener om uitdrukking te geven aan en een oplossing te zoeken voor de eigen ambivalentie.
- proberen iemand te overtuigen is geen effectieve strategie om iemands ambivalentie te laten oplossen.
- de stijl en sfeer is over het algemeen kalm, uitnodigend en respectvol.
- de zorgverlener is directief in het bijstaan van de deelnemer, die zijn/haar eigen ambivalentie onderzoekt en oplost.
- de motivatie tot gedragsverandering is geen vaststaand gegeven, maar een wisselend effect van de interactie tussen deelnemer en zorgverlener.
- de verhouding tussen beiden is te typeren als gelijkwaardig partnership.

Bronnen

- *Deelnemersmateriaal 'Individuele voorlichting op maat' van Stichting Icare (okt. 2005).*
- *W.R. Miller, Rollnick, S., Motivational interviewing: preparing people for change, The Guilford Press, 2002*
- *Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter (jan. 2007)*
- *Doen wat werkt, Coert Visser, van Duuren Management, tweede druk 2009*
- *Eindrapport van het project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg' (2005).*

Wanneer actuelere of uitgebreidere informatie over de achtergrond en toepassing van Motivational Interviewing beschikbaar is, dan wordt dit op de website van de BeweegKuur geplaatst: www.beweegkuur.nl.