

Coaching op Leefstijl (Cool)

**Eindrapportage van een implementatie-
en monitoringstudie**

**Celeste van Rinsum
Sanne Gerards
Geert Rutten
Ien van de Goor
Stef Kremers**



Coaching op Leefstijl (Cool)

Eindrapportage van een implementatie- en monitoringstudie

April 2018

Celeste van Rinsum

Sanne Gerards

Geert Rutten

Ien van de Goor

Stef Kremers

Contact: celeste.vanrinsum@maastrichtuniversity.nl



Maastricht University



NUTRIM



© Maastricht University 2018

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:
Van Rinsum, C.E., Gerards, S.M.P.L., Rutten, G.M., Van de Goor, L.A.M., Kremers, S.P.J.
(2018). Coaching op Leefstijl (CooL): Eindrapportage van een implementatie- en
monitoringstudie. Maastricht University.

Dankwoord

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidie van zorgverzekeraar CZ. Met daarbij een speciale dank aan Madelon Johannesma, Geert van Hoof, Koen Kasper en Daan Kerklaan. Daarnaast willen wij alle betrokken partijen bedanken voor de fijne samenwerking en het mogelijk maken van dit onderzoek: Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo), Zorggroep Huisartsen-Oostelijk Zuid Limburg (HuisartsenOZL), het Gezondheidscentrum De Reeshof, Wolbert fysiotherapie, Sport- en Gezondheidscentrum De Vennen, GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant, GGD Zuid-Limburg, Kenniscentrum Sport, Academie voor Leefstijl en Gezondheid (AVLEG), Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN), Oosterhout in Beweging (OiB), Alcander, Breda Actief, Huis voor de Zorg, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Zuyderland Ziekenhuis, De Gezonde Basisschool van de Toekomst, alle gemeenten, betrokken diëtisten en andere projectleden. Ook uiteraard alle verwijzers en deelnemers bedankt. Tot slot uiteraard speciale dank aan de betrokken leefstijlcoaches en assistenten die het onderzoek hebben ondersteund en aan andere personen die mee hebben gedacht.

INHOUDSOPGAVE

1	Samenvatting.....	2
2	Introductie	4
3	De Cool studie	6
3.1	Inclusiecriteria doelgroep	6
3.2	De leefstijlcoach	6
3.3	Cool-programma	6
3.4	Procedure deelnemers.....	8
4	Methode	9
4.1	Procesevaluatie	9
4.2	Monitoring van veranderingen binnen de deelnemers	10
5	Resultaten.....	15
5.1	Beschrijving onderzoekspopulatie	15
5.1.1	Bereikte doelgroep.....	15
5.1.2	Onderzoekspopulatie	16
5.1.3	Verwijzing naar andere professionals.....	20
5.1.4	Kenmerken deelnemers	22
5.2	Procesevaluatie	27
5.2.1	Deelname aan het Cool-programma.....	27
5.2.2	Kenmerken leefstijlcoaches	27
5.2.3	Ervaringen deelnemers	28
5.2.4	Ervaringen professionals	31
5.3	Veranderingen in motivatie, gedrag, kwaliteit van leven en gewicht	34
5.3.1	Volwassenen respons.....	34
5.3.2	Ouders en kinderen respons.....	37
6	Discussie	42
	Referenties.....	47
	Bijlagen	52
	Bijlage 1 Ervaringen van de deelnemers	52
	Bijlage 2 Inclusieverdelingen	58
	Bijlage 3 Opmerkingen van deelnemers in vragenlijsten	58
	Bijlage 4 Tarieven van de Cool-onderdelen.....	59
	Bijlage 5 Puntsgewijze samenvatting	60
	Bijlage 6 Aanbevelingen.....	61

1 Samenvatting

In dit eindrapport worden de resultaten van het Cool-programma (Coaching op Leefstijl) gepresenteerd. In dit programma is een leefstijlcoach ingezet binnen een drie jaar lopende pilot. Binnen dit onderzoek is de uitvoering en implementatie van het Cool-programma gemonitord. Hiervoor zijn een kwantitatieve procesevaluatie (vragenlijsten, uitval), een kwalitatieve procesevaluatie (interviews, observaties) en een monitoring van veranderingen van motivatie, gedrag, kwaliteit van leven en gewicht bij deelnemers (vragenlijsten, metingen door professionals) uitgevoerd.

Er zijn 494 volwassenen verwezen naar het Cool programma, waarvan 358 volwassenen na intake aan de interventie begonnen (72%). Tijdens het programma zijn 66 volwassenen (18%) gestopt. Daarnaast zijn 192 kinderen en adolescenten verwezen en zijn 106 kinderen (55%) daadwerkelijk gestart met het programma, waarvan 22 kinderen (21%) uitgevallen zijn tijdens het programma.

Uit de procesevaluatie blijkt dat de toeleiding van volwassenen naar de interventie langzaam op gang kwam. Het programma stond niet altijd goed op het netvlies bij de primaire verwijzers (praktijkondersteuners en jeugdartsen), en het ontbrak bij een deel van de leefstijlcoaches aan ondernemerschap om het programma optimaal onder de aandacht te brengen. Wanneer volwassen deelnemers eenmaal met het programma startten, was de uitval laag. Daarnaast waren er relatief veel deelnemers met een laag opleidingsniveau (35% van de volwassenen; 40% van de ouders van de deelnemende kinderen). Deelnemers waren positief over de verschillende onderdelen van het programma. Veel deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan terugkombijeenkomsten. Deze bijeenkomsten zijn reeds ontwikkeld, en worden momenteel geïmplementeerd.

Deelnemers blijken na deelname aan het Cool programma meer te bewegen, minder te zitten en deelnemers zijn gezonder gaan eten. Extrinsieke motivatie is verminderd en intrinsieke motivatie ten aanzien van gezonder voedings- en beweeggedrag is versterkt. De gerapporteerde kwaliteit van leven is significant toegenomen bij de deelnemers. Daarnaast zijn de volwassen deelnemers gemiddeld 2,2 kg afgevallen na deelname, en dit gewichtsverlies bleef grotendeels behouden tot twee jaar na de voormeting. In totaal bleek 62% van de deelnemers te zijn afgevallen op lange termijn; 22% had een gewichtsverlies van meer dan 5% en 43% had een gewichtsverlies van meer dan 2%. Deze resultaten zijn in lijn met eerdere studies naar in Nederland geïmplementeerde gecombineerde leefstijlinterventies, zoals de BeweegKuur.

De resultaten bij de kinderen en adolescenten lieten positieve veranderingen zien op het gebied van enkele indicatoren van met name kwaliteit van leven, voedingsgedrag, opvoeding. Op korte termijn was er een afname in BMIz. Er waren geen lange termijn veranderingen op het gebied van bewegen, motivatie en gewicht. Het aantal deelnemers was echter laag, hetgeen het verbinden van stevige conclusies aan deze resultaten belemmert. Het is evenwel duidelijk dat het lastig is gebleken om kinderen en adolescenten te verwijzen naar het programma, en om gedragsverandering bij kinderen en families met vaak complexe gezinssituaties en gewortelde routines te bewerkstelligen.

Zeker ten aanzien van de volwassen doelgroep heeft de studie laten zien dat de leefstijlcoach een belangrijke rol kan vervullen als verbindend element in de keten ten aanzien van de aanpak van obesitas in Nederland. De leefstijlcoach kan deelnemers laagdrempelig begeleiden naar duurzame gedragsverandering, professionals in het zorgdomein en het publieke domein met elkaar verbinden en deelnemers overdragen aan relevante andere professionals. Bij de doelgroep kinderen en adolescenten kunnen nog geen duidelijke conclusies getrokken worden ten aanzien van de meerwaarde van de leefstijlcoach in de zorgketen. Het Cool traject geeft duidelijke handvatten om leefstijlcoaching duurzaam in te bedden in de integrale aanpak

van obesitas, waarbij een aantal aanknopingspunten is geïdentificeerd om dit traject verder te optimaliseren. Het programma kan worden versterkt door doorontwikkeling en stimulatie op het gebied van interdisciplinaire samenwerking, de competenties van de coaches (met name doorverwijzen, ondernemerschap, begeleiding van (ouders van) kinderen), professionalisering van de organisatiestructuur (kwaliteitsborging door intervisie, supervisie) en verdere invulling van het terugvalprogramma. Ten aanzien van eventuele bredere, landelijke, uitrol, laat deze pilot eens te meer het belang zien van het nemen van tijd voor het informeren en in contact brengen van verwijzers en leefstijlcoaches, voor het ‘peilen’ van elkaars expertise en voor het leren van positieve en negatieve ervaringen.

2 Introductie

De helft van de Nederlandse volwassenen bevolking en 12% van de kinderen heeft op dit moment overgewicht of obesitas [1]. Overgewicht wordt kort gezegd veroorzaakt door een disbalans in energie-inname en energieverbruik. Daar gaan echter complexe gedragingen aan vooraf met veel onderliggende factoren [2]. Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) blijken effectief te zijn in het veranderen van voedings- en beweggedrag bij mensen met obesitas [3, 4]. Een GLI bestaat uit het ondersteunen van gedragsverandering bij het verminderen van de energie-inname en het verhogen van de lichamelijke activiteit. Volgens de Zorgstandaard Obesitas [5] is een GLI de eerste keus bij de behandeling van kinderen en volwassenen met obesitas.

Uit gerandomiseerde trials blijkt dat mensen hun leefstijl-gerelateerde gedrag en gewicht positief kunnen veranderen [6-9]. Daarnaast hebben recente studies gekeken naar de implementatie van deze GLI's in de Nederlandse context, zoals de BeweegKuur [10], SLIMMER [11] en MetSLIM [12] programma's. Lifestyle Triple P [13] en COACH [14] zijn Nederlandse studies naar programma's voor kinderen met obesitas. Uit implementatiestudies komen meerdere implementatiebarrières naar voren. Zo blijkt dat er te weinig multidisciplinaire samenwerking is en onvoldoende vaardigheden en tijd bij de eerstelijns professionals voor het optimaliseren van coaching [15, 16]. Eén van de belangrijkste barrières voor de patiënten is dat de zorgverzekering de kosten van de interventie niet volledig dekt [15]. Tevens blijkt coaching over een langere termijn nodig te zijn om de leefstijlverandering te behouden [3, 17, 18].

Aan de hand van deze voorgaande interventies en de bevindingen uit implementatiestudies naar die interventies is de Coaching op Leefstijl (CooL) interventie ontstaan. De leefstijlcoach is een professional die getraind is om mensen te begeleiden bij het verkrijgen en behouden van een gezondere leefstijl door persoonlijke doelen op te stellen. Samen met de cliënt wordt vastgesteld welke kennis, middelen, motivatie en eigen-effectiviteit nodig zijn om deze gezondheidsdoelen te behalen. Hierin staat de eigen regie van de patiënt centraal. De leefstijlcoach heeft tot doel een centrale plek in het zorg- en preventienetwerk in te nemen en een verbindende rol te spelen in dit netwerk.

De zorg voor mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening wordt op dit moment meestal vergoed vanuit een aanvullende verzekering, waardoor slechts een beperkt aantal verzekerden in aanmerking komt voor leefstijlcoaching. De leefstijlcoach komt in beeld als leefstijlbegeleiding door bijvoorbeeld de praktijkondersteuner huisarts (POH) niet voldoende is en intensievere begeleiding nodig wordt geacht.

Het CooL-programma bestaat uit individuele gesprekken en groepsbijeenkomsten die worden aangeboden door een leefstijlcoach. Het programma richt zich op volwassenen en kinderen met overgewicht of obesitas vanaf vier jaar (er bestaat een aparte versie voor kinderen, adolescenten en volwassenen). Binnen het traject worden de achtergronden en oorzaken van ongezonde leefstijl samen met deelnemers bekeken en vervolgens wordt een behandeltraject doorlopen. De aanpak is gericht op het stapsgewijs aanpassen van het leefpatroon en op het bereiken van een duurzame verandering van de leefstijl. Belangrijke thema's zijn voeding, beweging, slaap en ontspanning. Als, na het doorlopen van het basisprogramma, blijkt dat extra begeleiding wenselijk is, kunnen deelnemers doorstromen naar een aanvullend programma.

Het huidige onderzoek is erop gericht om tot inzicht te komen of de leefstijlcoach een aanwinst is in het zorgnetwerk en of deelnemers baat hebben bij het programma. Het onderzoek is in essentie actie-begeleidend, hetgeen betekent dat observaties in de praktijk worden getoetst aan de wetenschappelijke kennis en vervolgens kunnen leiden tot aanpassingen in de inhoud en/of het proces van het programma. Er is getracht tussentijds kansen en belemmeringen te identificeren, waardoor aanpassingen op basis hiervan gedaan konden worden. Het doel is om uiteindelijk een programma te hebben gericht op verandering van de leefstijl van mensen met een gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico.

De looptijd van de dataverzameling in het project was van 01-04-2014 tot 01-04-2017. In dit eindrapport zullen de resultaten ten aanzien van het Cool-programma worden besproken voor de deelnemers die gestart zijn met het programma. In deze studie worden de implementatie en uitkomsten van het Cool-programma gemonitord, met behulp van gecombineerde kwalitatieve- en kwantitatieve onderzoeksmethoden en vanuit verschillende perspectieven, van zowel de professionals als de deelnemers.

In dit rapport wordt eerst een aantal kwantitatieve maten gepresenteerd: de bereikte doelgroep, redenen van uitval, het zorgpad van de deelnemers (van aanmelding tot aan de doorstroom naar andere professionals), de kenmerken van de onderzoekspopulatie en biomedische gegevens uit huisartsensystemen. Vervolgens worden de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek beschreven, waaronder de ervaringen met het programma van deelnemers, de leefstijlcoaches en de professionals binnen het netwerk van de leefstijlcoaches (bijvoorbeeld verwijzers). Tot slot zullen de resultaten van het kwantitatieve deel van de studie besproken worden, waarbij gekeken is naar de veranderingen binnen de deelnemers. Aangezien dit onderzoek geen effectstudie is, maar een implementatie- en monitoringstudie, is gekozen voor een pre-post design zonder controlegroep. Op basis van de monitoring van veranderingen in de tijd wat betreft motivatie, gedrag, kwaliteit van leven en gewicht van de deelnemers, kan de lezer een indicatie krijgen van de invloed die de interventie hierop mogelijk heeft gehad. De resultaten kunnen echter niet worden gebruikt om harde conclusies te trekken over de effectiviteit.

De hoofdvraag van deze studie is: hoe verloopt de implementatie van de Cool interventie en hoe dragen de leefstijlcoaches bij aan het begeleiden van de deelnemers naar een gezondere leefstijl? De deelonderzoeksvragen die in deze studie zijn beantwoord zijn:

- Wat is het bereik van het Cool-programma?
- Wat is het zorgpad van de deelnemer van de eerstelijnszorg tot aan de leefstijlcoach en van de leefstijlcoach naar andere professionals of het beweegaanbod?
- Wat is de aanwezigheid van de deelnemers bij het Cool-programma?
- Hoe succesvol is het Cool-programma volgens deelnemers, verwijzers en leefstijlcoaches?
- Hoe wordt het programma gewaardeerd door de deelnemers, leefstijlcoaches en professionals rondom het netwerk van de leefstijlcoaches?
- Wat zijn de gepercipieerde kansen en barrières voor succesvolle implementatie van het programma?
- In hoeverre is verandering zichtbaar bij deelnemers van het Cool-programma ten aanzien van kwaliteit van motivatie, (voedings- en beweeg-) gedrag, kwaliteit van leven en gewicht?

3 De Cool studie

3.1 Inclusiecriteria doelgroep

Het Cool-programma is gericht op kinderen, adolescenten en volwassenen met (een hoog risico op) obesitas. Dit zijn mensen met obesitas ($BMI \geq 30$) óf overgewicht ($BMI \geq 25$) met een (matig) verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 [19, 20]. De inclusiecriteria voor het verwijzen naar de leefstijlcoach zijn gebaseerd op de Zorgstandaard Obesitas. Voor kinderen onder de 18 jaar is een BMI-afkappunt per leeftijd vastgesteld in de Zorgstandaard Obesitas [5].

Alleen personen met een zorgverzekering bij CZ, Delta Lloyd en OHRA en zorgverzekeraars, die de betreffende innovatiebeleidsregel volgen, kunnen deelnemen. In deze pilot betreft dit VGZ, en de daarbij behorende dochterverzekeraars (Univé, IZA, IZZ, ZEKUR, Bewuzt, VGZ Carea, Trias, UMC en Zorgzaam Verzekerd). In de regio Breda kunnen alleen personen verzekerd bij CZ met het programma mee doen.

3.2 De leefstijlcoach

De leefstijlcoaches hebben een éénjarige post-hbo-opleiding tot leefstijlcoach gevolgd aan de Academie voor Leefstijl en Gezondheid (AVLEG). De leefstijlcoaches die (ouders van) kinderen hebben begeleid in Cool, hebben een specifiek daarvoor ontwikkelde vierdaagse plus-module gevolgd tot kindercoach. AVLEG leidt studenten op hoe te coachen op het veranderen van de leefstijl. Naast kennis over voeding, bewegen en de andere facetten van leefstijl zoals slaap en ontspanning, worden studenten getraind in de toepassing van effectieve coaching technieken gericht op blijvende gedragsverandering. Daarnaast hebben de kindercoaches een extra module gevolgd over het coachen van kinderen en hun ouders. De leefstijlcoaches zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN). In totaal zijn er dertien vrouwelijke coaches bij het Cool-programma betrokken, waarvan één leefstijlcoach tussentijds gestopt is.

3.3 Cool-programma

Het Cool-programma is gericht op personen vanaf 4 jaar met (een hoog risico op) obesitas. Er zijn specifieke programma's ontwikkeld voor drie verschillende leeftijdsgroepen: basisschoolkinderen (van 4 tot 12 jaar) en hun ouders (kinderprogramma), adolescenten (12 tot 18 jaar) en hun ouders (adolescentenprogramma), en volwassenen vanaf 18 jaar mogen deelnemen aan het volwassen programma (Tabel 1).

Deelnemers aan het programma worden gedurende zes tot acht maanden gecoacht door de leefstijlcoach. Volwassenen nemen deel aan acht groepsbijeenkomsten van negentig minuten en vier individuele sessies van een half uur. Het kinderprogramma bestaat uit acht groepsbijeenkomsten met ouders, naar behoefte aangevuld met vier individuele consulten met ouders en kind en zes telefonische consulten met een ouder. Het programma voor adolescenten is een combinatie van het kinder- en volwassenenprogramma, met meer nadruk op de sociale invloeden van bijvoorbeeld vrienden en op school. In alle groepsbijeenkomsten wordt er sterk ingespeeld op de behoefte van de groep (zie Tabel 1 en Tabel 2 voor een overzicht van de sessies).

Wat betreft beweging zorgt de leefstijlcoach voor aansluiting bij beweegprogramma's in het lokale sport- en beweegaanbod. De inzet van de leefstijlcoach wordt hierin beperkt tot de toeleiding en gedragsmatige ondersteuning. Daarnaast maakt bewegen (dus niet sporten) onderdeel uit van het programma, waarbij de deelnemer zelf invulling geeft aan de gekozen beweegactiviteiten in afstemming met de leefstijlcoach en de buurtsportcoach.

Ter aanvulling op het reguliere programma is er een terugvalprogramma (ook wel *boostersessies* genoemd) en een aanvullend programma voor de volwassenen. Het terugvalprogramma is identiek aan het basisprogramma qua aantal bijeenkomsten. Het aanvullend programma bestaat, afhankelijk van de behoefte van de individuele deelnemer, uit maximaal tien individuele sessies. Voor de kinderen en adolescenten is er alleen de mogelijkheid om een terugvalprogramma te volgen. Voor hen bestaat er geen aanvullend programma.

Tabel 1 Aantal bijeenkomsten voor de verschillende doelgroepen per onderdeel

Onderdelen	Kinderen	Adolescenten	Volwassenen
Basisprogramma			
Individuele sessies	5x bij en met het gezin thuis	5x bij en met het gezin thuis	4x
Groepsbijeenkomsten	8x met ouders	5x met adolescenten 1x met ouders 2x voor adolescenten en ouders samen	8x
Telefonische sessies	6x met de ouders of het kind	6x met de adolescent	-
Terugvalprogramma	8x groepsessies met dezelfde thema's	8x groepsessies met dezelfde thema's	8x boostersessies met dezelfde thema's
Aanvullend programma	-	-	10x individuele sessies

Tabel 2 Thema's groepsbijeenkomsten

Groepsbijeenkomsten	Kinderen*	Adolescenten	Volwassenen
1	Bewustwording en gedragsverandering	Bewustwording en gedragsverandering	Bewustwording en gedragsverandering
2	Bewegen	Voorbeeldgedrag (alleen ouders)	Bewegen
3	Voeding	Bewegen	Structuur in het eetpatroon
4	Grenzen stellen en belonen	Voeding (incl. ouders)	Slapen, ontspannen, stress
5	Voorbeeldgedrag	Snacken	Timemanagement
6	Slapen, ontspannen, stress	Slapen en ontspannen	Valkuilen
7	Valkuilen en planning	Stress en valkuilen	Terugvalpreventie
8	Zelfregulatie voor het gezin	Zelfregulatie voor het gezin (incl. ouders)	Zelfregulatie

Opmerking: * de groepsbijeenkomsten in het kinderprogramma zijn alleen met de ouders van de kinderen

De programma's zijn ontwikkeld aan de hand van bestaande evidence-based programma's zoals de BeweegKuur, coaching strategieën en de kennis vanuit de AVLEG-opleiding. De leefstijlcoaches werken zoveel mogelijk volgens een standaard protocol en wisselen met elkaar opdrachten en oefeningen uit voor de inhoud van de groepsbijeenkomsten. Hiervoor vinden regelmatig intervisiebijeenkomsten plaats. Bevindingen uit het actie-begeleidende onderzoek zijn tevens in deze intervisiebijeenkomsten besproken en dienden als input om de inhoud en/of implementatie van het programma waar nodig aan te passen. Niet alle coaches beschikten gedurende het onderzoek over dezelfde inhoud van het programma. Ondertussen is er één definitieve versie van het protocol ontwikkeld voor het volwassen programma. Dit protocol is gedurende de studieperiode geëvolueerd op basis van praktijk- en onderzoeksinformatie. Meer informatie over het Cool programma is bij de eerste auteur op te vragen.

3.4 Procedure deelnemers

Deelnemers aan het Cool-programma zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek en hen is toestemming gevraagd voor (geanonimiseerd) gebruik van (medische) gegevens. Zij kregen een viertal vragenlijsten gedurende de looptijd van het onderzoek. Bij verwijzing gaf de verwijzer een verwijsbrief mee met daarop de contact- en biomedische gegevens van de deelnemer. Voordat mensen deel konden nemen aan het programma, vond een intake door de leefstijlcoach plaats. Tijdens deze intake is de problematiek van de deelnemer in kaart gebracht evenals de motivatie om de leefstijl te veranderen. Aan de hand van de intake is een individueel leefstijlzorgplan opgesteld. Na de intake startte bij daartoe geïndiceerde deelnemers het leefstijlzorgprogramma dat gebaseerd was op het individuele zorgplan.

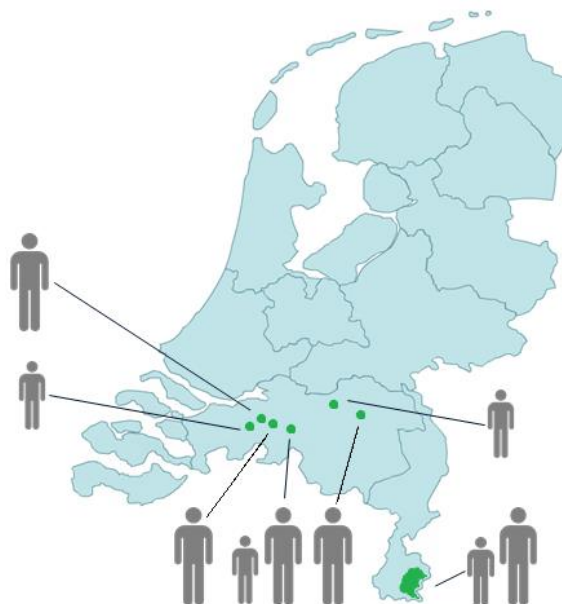
Zorgpad

Zeven regio's hebben deelgenomen aan de Cool-studie: Breda, Dongen, 's-Hertogenbosch, Parkstad (Oostelijk Zuid-Limburg), Oosterhout, Tilburg Reeshof en Uden (Figuur 1). POH's en huisartsen waren met name verantwoordelijk voor de toeleiding van volwassenen in de vijf regio's Dongen, Parkstad, Oosterhout, Tilburg Reeshof en Uden. Deze verwijzers zijn aangesloten bij de Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo; waar ook de regio Dongen onder valt), Zorggroep Huisartsen-Oostelijk Zuid-Limburg (Huisartsen OZL) in de regio Parkstad, het Gezondheidscentrum De Reeshof in Tilburg en de Zorggroep Synchronon alleen in Uden.

Kinderen konden verwezen worden via de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de vier regio's Breda (GGD West-Brabant), 's-Hertogenbosch (GGD Hart voor Brabant), Parkstad (GGD Zuid-Limburg) en Tilburg Reeshof. In twee regio's (Parkstad en Tilburg Reeshof) werden dus zowel het kinder- als volwassenenprogramma aangeboden. Naast de JGZ-teams zijn ook kinderartsen, huisartsen en tandartsen op de hoogte gebracht van het programma; zij konden kinderen verwijzen naar de jeugdarts. In Parkstad werd er, naast de JGZ, ook samengewerkt met 'De Gezonde Basisschool van de Toekomst' [21]. Het doel van De Gezonde Basisschool van de Toekomst is te onderzoeken of kinderen die op de basisschool een dagritme aangeboden krijgen met voldoende onderwijstijd, sport, bewegen, spelen en aandacht voor gezonde voeding een betere fysieke, emotionele en intellectuele groei doormaken. Kinderen van deze scholen konden via de jeugdverpleegkundige verwezen worden naar de leefstijlcoach, als bleek dat ze aan de inclusiecriteria van Cool voldeden.

Bovengenoemde verwijzers konden patiënten, die aan de inclusiecriteria voldoen, verwijzen naar de leefstijlcoach. Personen konden zichzelf ook direct bij de leefstijlcoach melden. Een verwijzing van de huisarts of de jeugdarts is dan nog wel noodzakelijk.

De toeleiding van de deelnemers gebeurt via de eerste lijn (huisartsen), de tweede lijn (medisch specialisten) en de publieke / preventieve gezondheidszorg (jeugdartsen). Op deze manier maakt de leefstijlcoach de verbinding tussen de curatieve zorg en de (collectieve) preventieve zorg. Daarnaast begeleidt de leefstijlcoach de deelnemers richting lokaal sport- en beweegaanbod.



Figuur 1 De verschillende Cool regio's voor volwassenen en kinderen

4 Methode

4.1 Procesevaluatie

Vragenlijst deelnemers

In de nameting vragenlijst is gevraagd naar de ervaringen van het Cool-programma en de verschillende onderdelen, zoals de groeps- en de individuele bijeenkomsten (zie bijlage 1, Tabel 20 voor alle items). Tevens konden de deelnemers aangeven hoe tevreden ze waren over de kennis en coaching vaardigheden van hun leefstijlcoach. Daarnaast konden de deelnemers aangeven wat hun ervaringen waren en of ze hun doelen hadden behaald. Tot slot is het behalen van resultaat gekoppeld aan de groepsthema's van het programma.

Interviews deelnemers

Groepsinterviews zijn gehouden met deelnemers na elke laatste groepsessie om inzicht te krijgen in het programma en in barrières ten aanzien van gedragsverandering. Er hebben zes groepsinterviews met de volwassenen groepen plaatsgevonden met drie tot negen deelnemers. Tijdens de interviews is gevraagd naar positieve en negatieve aspecten van het programma, de behaalde effecten, het functioneren van de leefstijlcoach en het zorgpad van de deelnemers. Dit is aangevuld met vier individuele interviews.

Interviews belanghebbenden

Verschillende doelgroepen zijn geïnterviewd door middel van semi-gestructureerde interviews, waaronder de verwijzers (n = 52), project- en stuurgroepsleden (n = 14) en leefstijlcoaches (n = 12). De geïnterviewden konden hun mening en ervaringen geven over het programma met de faciliterende en belemmerende factoren in de verschillende processen, zoals het implementatie- en verwijzproces. Met de verwijzers (zoals POH's, huisartsen, assistenten, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen) hebben zowel telefonische gesprekken als persoonlijke interviews plaatsgevonden. Sommige verwijzers zijn meerdere keren geïnterviewd en er zijn soms meerdere verwijzers per praktijk bevraagd.

Aanvullende gegevens projectgroepen en leefstijlcoaches

De projectgroepen kwamen per regio maandelijks samen om te overleggen. Deze projectgroepen bestaan uit de projectleider, leefstijlcoaches, personen die het project lokaal sturen (vanuit de zorggroep of vanuit de GGD), mensen vanuit het publieke beweegaanbod (die bij de het programma betrokken zijn) en medewerkers van CZ. Naast de projectgroepen was er een stuurgroep. Hierin zaten de projectleider, de verantwoordelijke personen uit de regio's en aansturende personen vanuit CZ en de AVLEG. Zij kwamen om de drie maanden bij elkaar en hielden het overzicht op de lange termijn doelstellingen. Het onderzoeksteam sloot aan bij deze overleggen om het procesverloop te volgen en input te geven op basis van het actie-begeleidend onderzoek. Aanvullend hierop zijn er wekelijks telefonische overleggen gevoerd met de projectleider. In het laatste jaar van het project was de frequentie van de overleggen lager en is de voorzitterschapsrol van de projectleider overgedragen aan de uitvoerend onderzoeker. Naast de observaties bij de overleggen sloot zij meerdere sessies per leefstijlcoach aan om de groepsbijeenkomsten te observeren.

Daarnaast is het proces gevolgd aan de hand van notulen, e-mails en telefoongesprekken met leefstijlcoaches. Halfjaarlijks vonden er intervisiebijeenkomsten plaats, waarin de leefstijlcoaches met AVLEG ervaringen bespraken om zodoende van elkaar te leren en het proces te optimaliseren. De aanwezigheidslijsten en documentatie van de leefstijlcoaches zijn gebruikt om verder inzicht te krijgen in aanwezigheidspercentages bij de verschillende individuele- en groepsessies en uitval.

Vragenlijst leefstijlcoaches

Gedurende de periode van dit onderzoek zijn de competenties van de coaches door de BLCN gedefinieerd [22]. De competenties zijn in zes hoofdonderwerpen te verdelen: gezond leven en gezonde gewoontes, coaching, professionaliteit, inleven, onbevooroordeeld zijn en gericht op zelfontwikkeling. Op deze competenties zijn de leefstijlcoaches bevraagd ten aanzien van het gepercipieerde competentieniveau en de mate van belangrijkheid. De lijst met competenties, zoals gedefinieerd door BLCN, is door de onderzoekers aangevuld met vragen ten aanzien van competenties die op basis van het actie-begeleidend onderzoek belangrijk bleken [23] (in totaal 83 items): flexibel handelen, resultaatgericht werken, netwerkvaardigheden, ondernemerschap en innovatieve werkhouding.

Analyse

De (groeps-)interviews zijn met een audiorecorder opgenomen en later uitgewerkt. Ook zijn de observaties, projectgroep overleggen en telefonische overleggen in samenvattingen uitgetypt en geanalyseerd met het softwarepakket Nvivo.

4.2 Monitoring van veranderingen binnen de deelnemers

Deelnemers aan het Cool-programma ontvingen viermaal een vragenlijst: 1) voorafgaand aan het Cool-programma (voormeting; T0), 2) kort na afronding van het basisprogramma (nameting ongeveer 44 weken na voormeting; T1), 3) follow-up op de korte termijn (1,5 jaar na de voormeting; T2) en 4) op lange termijn (2 jaar vanaf de voormeting; T3). Het aantal verspreide vragenlijsten is afhankelijk van wanneer een deelnemer is gestart met het programma. Op 1 april 2017 is volgens protocol gestopt met het uitzetten van de vragenlijsten, waardoor niet iedereen de kans heeft gehad om vier vragenlijsten in te vullen. De vragenlijst was afgestemd op de leeftijd: er was een versie voor kinderen (vanaf 10 tot 12 jaar), adolescenten (middelbare schoolkinderen van 12 tot 18 jaar), ouders van basisschoolkinderen (van 4 tot 12 jaar) en voor volwassenen (vanaf 18 jaar).

Volwassenen

Demografische kenmerken

Naast het geslacht, de leeftijd, en het geboorteland is aan de deelnemers gevraagd om hun hoogst afgeronde opleiding en woon- en werksituatie in te vullen. Het opleidingsniveau is in drie categorieën ingedeeld: laag (geen opleiding, lagere school/basisonderwijs, lager of voorbereidend beroepsonderwijs), middel ((m)ulo, mavo, mms en middelbaar onderwijs) en hoog (havo, hbs, vwo, hoger beroepsonderwijs, universiteit). Bij de woonsituatie is een onderscheid gemaakt tussen samenwonend (gehuwd en samenwonend) en niet-samenwonend (gescheiden, ongehuwd en weduwe/weduwnaar). Als laatste is de werksituatie onderverdeeld in werkend (betaald werk en zelfstandige) en niet-werkend (huisvrouw/-man, werkloos/werkzoekend, vrijwilligerswerk, gepensioneerd/met de vut, invalide/arbeidsongeschikt, onderwijs/studie).

Beweeggedrag

Om het beweeggedrag te meten is middels een gevalideerde vragenlijst (IPAQ) [24] het aantal dagen per week en het aantal minuten per dag dat men wandelde achterhaald en hoe vaak er zwaar en matig intensief lichamelijke activiteiten verricht zijn. Er is een totaalscore (minuten maal aantal dagen per week) gemaakt per activiteit en van de drie activiteiten opgeteld. Het zitgedrag is in minuten per dag aangegeven.

Eetgedrag

De gevalideerde verkorte vetlijst [25] is gebruikt om het eetgedrag te meten. Er is gevraagd hoeveel dagen per week men ontbijt, warme groenten, sla of rauwkost, fruit en frisdrank eet of drinkt. Voor groenten en fruit is de hoeveelheid per dag berekend (aantal dagen maal aantal opscheplepels of stuks per dag). Tot slot is gevraagd hoe vaak per week men tussendoor de volgende snacks at: snacks, pinda's of nootjes, chips of kaas, gebak, snoeprepen, chocolade en koekjes. Deze zeven vragen zijn bij elkaar opgeteld tot het totale snackgedrag.

Motivatie

De beweegmotivatie (BREQ-3 [26]) en de eetmotivatie (REBS [27]) bestaan uit zes subschalen (23 en 24 items, respectievelijk): amotivatie, externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie, geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie. Een voorbeeld item van de beweegmotivatie is: 'Bewegen maakt een belangrijk deel uit van mijn leven'. Een voorbeeld van een item van de eetmotivatie is: 'Er wordt van mij verwacht dat ik gezond eet'. Van iedere subschaal is een score berekend. In aanvulling daarop is er, zoals gebruikelijk in dit onderzoeksveld, een totaalscore berekend om algemene uitspraken te kunnen doen over (verandering van) motivatie (zie [28] voor meer informatie).

Kwaliteit van leven

Om de kwaliteit van leven (EQ-5D-3L [29]) in kaart te brengen, is door middel van vijf items gevraagd naar de gezondheidstoestand van mobiliteit (geen problemen met lopen tot bedlegerig), zelfzorg (geen problemen met wassen tot niet in staat tot zelf te wassen), dagelijkse activiteiten (hier geen problemen mee tot niet in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren), pijn/klachten (geen tot zeer ernstige pijn) en stemming (niet tot erg angstig/somber). Per item waren er drie antwoordopties, waarbij een lagere score minder beperkingen betekent. De totaalscore voor de gezondheidstoestand gaat uit van een gezond leven. Dit heeft de waarde één. Wanneer er op één van de bovenstaande dimensies een probleem wordt aangegeven, daalt de score met 0,071. Vervolgens daalt de score per probleem en eenmalig is er extra aftrek bij een ernstig probleem [30]. Daarnaast kon men een rapportcijfer geven voor de algemene gezondheidstoestand en van die van 'op dat moment'.

BMI

De Body Mass Index (BMI) is berekend aan de hand van objectieve metingen door onderzoekers van Maastricht University, door zorgprofessionals (POH of huisarts, leefstijlcoach) en zelf-gerapporteerde lengte en gewicht. De gewichtstatus is ingedeeld in de categorieën volgens de internationale richtlijnen [31]: normaal gewicht ($18,5 \leq \text{BMI} \leq 24,99$), overgewicht ($\text{BMI} \geq 25$), obesitas ($\text{BMI} \geq 30$), ernstige obesitas ($\text{BMI} \geq 35$) en morbide obesitas ($\text{BMI} \geq 40$). Naast de zelf-gerapporteerde BMI (vragenlijst) is de lengte en het gewicht ook door professionals (POH of huisarts, leefstijlcoach, onderzoekers) gemeten. De POH of huisarts gaven voor instroom in het programma de baseline waarden door (T0). De nameting is uitgevoerd door onderzoekers van Maastricht University. Aangezien het aantal maanden tussen deze voor- en nameting verschilde per persoon, is per persoon de betreffende meting toegewezen aan T1, T2 of T3, afhankelijk van de timing van de nameting. Wanneer objectieve gewichtsgegevens, verzameld door het onderzoeksteam, ontbraken, is gebruik gemaakt van het zelf-gerapporteerde gewicht door de deelnemer en informatie uit huisartssystemen om loss-to-follow-up zoveel mogelijk te verkleinen.

Ouders

Demografische kenmerken

De hoogst afgeronde opleiding en woon- en werksituatie van ouders is op dezelfde manier ingedeeld als bij de volwassenen. Daarnaast is de etniciteit van kinderen bepaald aan de hand van hun eigen geboorteland en het geboorteland van beide biologische ouders.

Beweeg-, eet- en slaapgedrag

Om het beweeggedrag van de kinderen in kaart te brengen, hebben de ouders bij verschillende activiteiten de hoeveelheid beweging per week ingevuld [32]. Voor het eetgedrag was de vragenlijst identiek aan de vragenlijst voor volwassenen, aangevuld met diverse soorten dranken [33]. Het slaapgedrag van de kinderen is gerapporteerd in het aantal uren slaap per week, dat een optelsom is van de week- en weekenddagen [34]. De kwaliteit van de slaap is uitgedrukt in het hebben van één tot vier slaapproblemen, bijvoorbeeld “De afgelopen maand werd mijn kind ’s nachts wakker.”

Opvoeding

In een verkorte versie van de CGPQ [35] met 45 items is aan de ouders gevraagd welke algemene opvoedstijlen ze hanteren, waarvan drie subschalen in alle vragenlijsten zijn gesteld: toezicht houden, consequente discipline en steun voor autonomie. Daarnaast is aan hen gevraagd in hoeverre het gedrag van hun kind, met betrekking tot het overgewicht, een probleem is geweest (LBC; 25 items). Aanvullend konden ze aangeven hoeveel eigen-effectiviteit ze hebben om met het probleem om te gaan [36, 37].

Ouderschapspraktijken zijn doelgerichte gedragingen en strategieën die ouders inzetten om het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden op het gebied van voeding en beweging [38]. In de oudervragenlijst is een selectie gemaakt van constructen (49 items) uit diverse vragenlijsten [39-44], te weten stimulatie, model-leren voor voeding, emotioneel voeden, instrumenteel voeden, monitoren van beweging, controle onzichtbaar voor kind en controle zichtbaar voor kind.

Kwaliteit van leven

Met een speciale vragenlijst voor kinderen met overgewicht is de kwaliteit van leven gemeten (IWQOL-Kids [45, 46]). Hierbij zijn op basis van 27 items verschillende subschalen gevormd: lichamelijk ongemak, waardering van het lichaam en omgeving van uw kind en het gezin. Een voorbeeld van lichamelijk ongemak is: “Vanwege het gewicht van mijn kind, vermijdt hij/zij traplopen zoveel mogelijk.”

BMIz

De BMI z-score (BMIz) is een gestandaardiseerde BMI, die gebruikt wordt om de groei van kinderen te beoordelen [47]. Tevens kan de ‘gewone’ BMI ook ingedeeld worden in de verschillende categorieën van gewichtsstatus, zoals die ook bij de volwassenen gebruikt wordt [48]. De lengte en het gewicht van de kinderen zijn gemeten door de jeugdverpleegkundige of –arts (T0), de leefstijlcoach (T1) en door het onderzoeksteam (T2). De objectief gemeten BMIz door het onderzoeksteam als uitgangspunt genomen, en in geval van ontbrekende data zijn ouder-gerapporteerde gegevens gebruikt.

Kinderen en adolescenten

De kinderen en adolescenten is gevraagd een korte vragenlijst in te vullen.

Beweedgedrag

Wanneer de kinderen bij een sportclub zitten, konden ze per sport aangeven op hoeveel dagen en hoeveel uur per keer ze de sport beoefenden.

Beweedmotivatie

De vragenlijst om beweegmotivatie van kinderen te meten [BRePAC; Bogaards L et al., ongepubliceerde data] is vergelijkbaar met de schalen van de beweegmotivatie van volwassenen (16 items). Een belangrijk verschil is dat de geïntegreerde regulatie hier niet in meegenomen is.

Gedragsspecifieke cognities

Met 55 items werd beweegplezier van de kinderen [49], hun eigen effectiviteit om buiten te spelen en om fruit te eten [50], hun attitude over fruit en de gewoontesterkte van de gedragingen sporten, buiten spelen en fruit eten gemeten [51].

Gegevens uit de huisartsen- en zorgverzekeraarssystemen

Van de volwassenen met een ingevulde akkoordverklaring is er eenmalig aan het einde van de dataverzameling gegevens uit de keten informatie-, huisartsen en zorgverzekeraarssystemen opgevraagd. Deze gegevens gebruikt om gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) te berekenen (Tabel 3) [5]. De GGR neemt toe naarmate de BMI hoger is en als er sprake is van comorbiditeit, zoals diabetes type 2 (DM2), hart- en vaatziekten (HVZ), slaapapneu en/of artrose. Hiervoor zijn de data uit de huisartsensystemen over de episodes, medicatie, verrichtingen en de biomedische gegevens gebruikt om te bepalen of men één van de genoemde comorbiditeiten had bij aanvang van het programma. Bij de biomedische gegevens is alleen de glucosewaarde meegenomen wanneer deze hoger was dan 6,9 mmol/L; dan is het immers waarschijnlijk dat er sprake is van diabetes [19]. De GGR is berekend met de zelfgerapporteerde BMI en, bij ontbrekende data, aangevuld met gegevens van de verwijsbrief.

Tevens is er een bepaald welke deelnemers in de ketenzorg zitten, en daarmee een chronische patiënt zijn, op basis van medicatie- en zorggebruik uit de huisartsen- en zorgverzekeraarssystemen. Chronische patiënten zijn onderverdeeld in diabetes en hart- en vaatziekten patiënten. Deelnemers, waarvan bij ons niet bekend is of ze in de ketenzorg zitten, zijn gegroepeerd onder de naam 'ketenzorg onbekend'.

Bij de kinderen is op de ingevulde verwijsbrief aangegeven of er sprake was van risicofactoren of comorbiditeit. Voor het berekenen van de GGR bij kinderen is enkel gebruik gemaakt van deze informatie aangevuld met de BMI gegevens (Tabel 4).

Tabel 3 Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij volwassenen [5]

BMI kg/m ²	Geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM2	Verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM2 door risicofactoren*	Comorbiditeit(en)**
≥ 25 BMI < 30	Licht verhoogd	Matig verhoogd	Matig verhoogd
≥ 30 BMI < 35	Matig verhoogd	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
≥ 35 BMI < 40	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
BMI ≥ 40	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

Opmerking: * Aanwezigheid 10-jaarsrisico van overlijden aan risicofactoren voor HVZ > 5% of aanwezigheid gestoord nuchtere glucose, ** aanwezigheid van DM2, HVZ, slaapapneu en/of artrose

Tabel 4 Niveaus van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico bij kinderen en adolescenten [5]

BMI kg/m ²	Geen risicofactoren of comorbiditeit	Risicofactoren of comorbiditeit
≥ 25 BMI < 30	Licht verhoogd	Matig verhoogd
≥ 30 BMI < 35	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
≥ 35 BMI < 40	Sterk verhoogd	Extreem verhoogd
BMI ≥ 40	Extreem verhoogd	Extreem verhoogd

Analyses

Numerieke variabelen zijn gepresenteerd als gemiddelde (SD), terwijl bij categorische variabelen het aantal deelnemers (%) is weergegeven. Om verandering over de tijd te meten is gebruik gemaakt van Linear Mixed Model analyses, waarbij de ongestructureerde covariantie structuur is gebruikt voor de herhaalde metingen. Tevens is een random intercept op coachniveau geïncorporeerd om rekening te houden met de nesting van deelnemers binnen de coaches. Naast tijd (categorisch; T0, T1, T2 en T3), zijn voor het vaste deel van het model demografische kenmerken geïncorporeerd, waaronder leeftijd, geslacht, woonsituatie, werksituatie, opleidingsniveau en BMI of BMIz (als BMI niet de uitkomstmaat was), als zij gerelateerd waren aan missende uitkomstwaarden. Alle data van deelnemers, die niet uitgevallen waren voor de eerste groepsbijeenkomst, zijn geïncorporeerd in deze analyses. De longitudinale effecten zijn gepresenteerd als het gecorrigeerde geschatte gemiddeld verschil (B), standaardfout en p-waarden. Vanwege het corrigeren van de uitkomsten door het meenemen van de demografische kenmerken kan de B buiten de antwoordrange vallen. Een tweezijdige p-waarde < 0,05 is beschouwd als statistisch significant. Alle subschalen met een Cronbach's alpha van 0,6 of hoger zijn in dit document gepresenteerd. Wanneer de Cronbach's alpha te laag was, zijn er systematisch items uit de subschaal verwijderd om de betrouwbaarheid te verhogen tot een niveau van Cronbach's alpha >0,6. De analyses zijn uitgevoerd met het programma IBM SPSS Statistics for Windows, versie 23.0.

5 Resultaten

De resultaten zijn opgesplitst in de beschrijving van de doelgroep, de beschrijving van de leefstijlcoaches in deze studie, de ervaringen over het programma vanuit de deelnemers en de professionals en de verandering bij deelnemers ten aanzien van kwaliteit van motivatie, (voedings- en beweeg-) gedrag, kwaliteit van leven en gewicht.

5.1 Beschrijving onderzoekspopulatie

Er wordt begonnen met een beschrijving van de deelnemers. Hierin wordt het aantal deelnemers gepresenteerd, samen met het aantal uitvallers en hun reden daartoe. Aansluitend worden de kenmerken van de geïncludeerde populatie omschreven.

5.1.1 Bereikte doelgroep

Het Cool-programma is gestart bij de zorggroep Zorroo in de regio Oosterhout, waar aanvankelijk zeven huisartspraktijken voor het onderzoek waren gerekruteerd. Vanaf mei 2014 konden verwijzers patiënten naar het programma verwijzen, in april werd het implementatieproces opgestart in deze regio (Figuur 2). Vanwege een langzame instroom van deelnemers zijn uiteindelijk alle huisartspraktijken (n=41) van deze regio uitgenodigd om aan het programma deel te nemen. Hiervan zijn 38 praktijken geïncludeerd; de overige drie praktijken zagen af van deelname aan het programma, vanwege de hoge werkdruk en het moeilijk motiveren van patiënten.

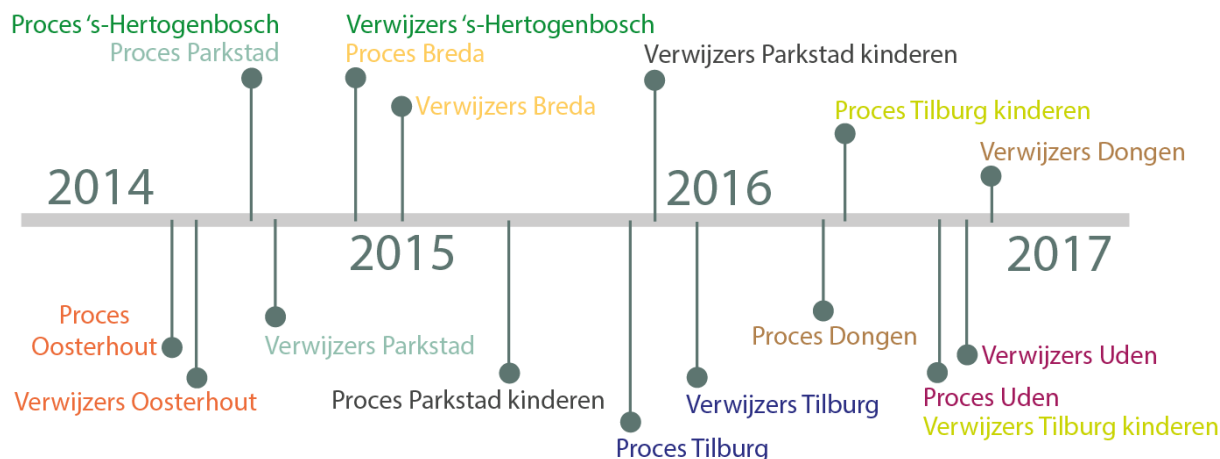
In Parkstad heeft de zorggroep Huisartsen-OZL alle huisartspraktijken uitgenodigd (n=68) in augustus 2014 voor deelname; daarvan waren zestien praktijken bereid deel te nemen. Gedurende de inclusieperiode hebben zich nog eens zeven praktijken in Parkstad aangemeld en hebben deelnemers van elf andere huisartspraktijken zich direct aangemeld. Daarnaast zijn er in Parkstad ook verwijzingen vanuit een diëtistencentrum gekomen. Er waren ook contacten met het Zuyderland ziekenhuis, maar uiteindelijk zijn zij niet actief bij het programma betrokken gebleven.

Gezondheidscentrum Reeshof in Tilburg, waarbinnen twee huisartspraktijken werkzaam zijn, heeft vanaf eind 2015 vanuit De Reeshof in Tilburg de toeleiding van deelnemers verzorgd. Dongen en Uden waren de laatste twee regio's waar het programma voor de volwassenen is gestart. Dongen is onderdeel van de Zorroo regio. In Uden is samengewerkt met een fysiotherapiepraktijk en zijn alle huisartspraktijken (n=11) geïnformeerd over het programma, waarvan bij zes praktijken deelnemers ingestroomd zijn. Daarnaast waren in Uden psychologen ook verantwoordelijk voor aanmeldingen.

Het proces in de kinderregio's is later opgestart dan de volwassenregio's, net als de opzet van het kinderprogramma en de opleiding tot kindercoach. Alle jeugdartsen en -verpleegkundigen in de regio's zijn geïnformeerd over het programma. Het aantal verwijzers wisselde enigszins over de periode, gezien wisselingen in de functies. In Parkstad verliep een deel van de aanmeldingen via de Gezonde Basisschool van de Toekomst en het Zuyderland ziekenhuis. In 's-Hertogenbosch was er goed contact met het Jeroen Bosch Ziekenhuis en een revalidatiecentrum binnenin dat ziekenhuis. Tevens zijn daar combinatiefunctionarissen, vakleerkrachten, huisartsen en tandartsen geïnformeerd.

Naast de vijf genoemde regio's voor het volwassenen programma zijn er tijdens het afronden van dit rapport (maar na sluiting van de inclusiedatum) nog eens negen regio's aangehaakt. Voor de kinderen geldt dat naast de vier genoemde regio's, het Cool programma momenteel nog in zes andere regio's kan worden gevolgd. In een aantal regio's wordt zowel het programma voor kinderen als voor volwassenen gedraaid. Hiermee zijn er in totaal Cool

15 regio's betrokken. Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek heeft echter betrekking op de zeven genoemde regio's.



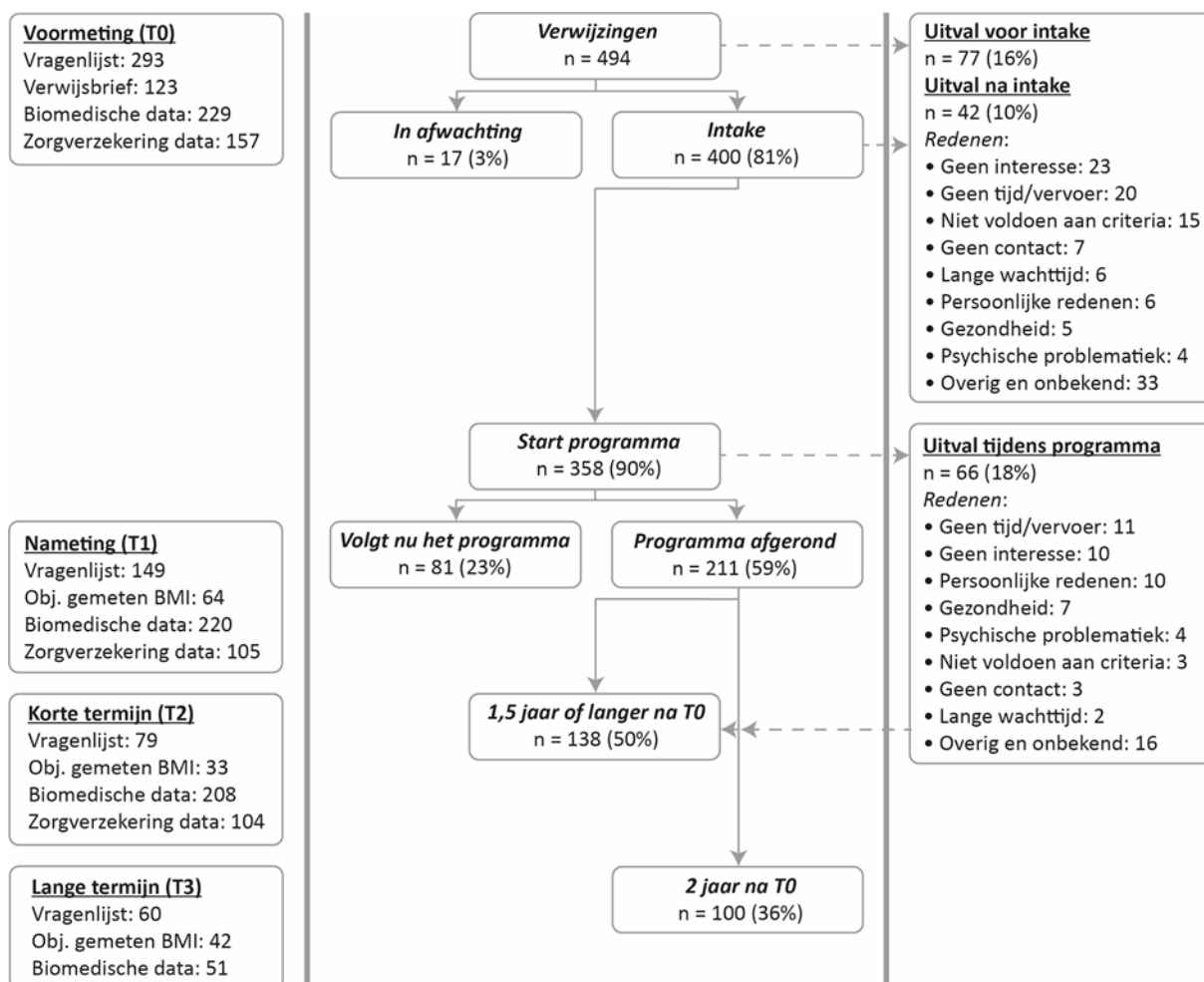
Figuur 2 Overzicht van de start van het programma in de verschillende regio's qua proces en het informeren van de verwijzers

5.1.2 Onderzoekspopulatie

Volwassenen

Het definitieve aantal verwijzingen van volwassenen op 1 april 2017 was 494 (Figuur 3). Er zijn 358 volwassenen begonnen aan de interventie en 211 volwassenen (59%) hebben het programma afgerond. Er zijn 66 volwassenen (18%) gestopt tijdens het programma. Daarmee was uitval tijdens het programma laag. In totaal zijn er 25 groepen afgerond, elf nog lopend en drie groepen zullen er nog van start gaan. Aan de linkerkant van Figuur 3 is te zien van hoeveel deelnemers er gegevens zijn binnen gekomen. De uitvallers kregen ook een vragenlijst toegestuurd. Er is een geleidelijke toename in verwijzingen te zien naarmate de tijd verstreek (zie bijlage 2, Figuur 6 en Figuur 7).

In Tabel 5 is te zien dat de meeste aanmeldingen uit Oosterhout kwamen. Relatief gezien hebben de regio's Oosterhout, Parkstad en Tilburg Reeshof ongeveer evenveel personen die het programma hebben afgerond. In Tilburg zijn er in korte tijd veel verwijzingen geweest. De leefstijlcoach gaf aan dat het Gezondheidscentrum het programma als onderdeel van de organisatie geïmplementeerd heeft, waardoor het verwijzen voor de zorgverleners gemakkelijk is gemaakt.



Figuur 3 Flowchart onderzoekspopulatie volwassenen

Uitval

Voor de start van het programma, besloten 119 mensen niet deel te nemen aan het programma (waarvan 42 na het intakegesprek; zie Figuur 3). De meest voorkomende redenen van deze uitvallers waren: geen interesse in het programma (zoals niet in een groep willen starten of het op eigen kracht willen doen), te druk (waaronder het hebben van andere prioriteiten) of niet voldoen aan de inclusiecriteria (bijvoorbeeld bij een andere zorgverzekeraar verzekerd zijn).

In totaal viel 18% van de deelnemers tijdens het programma uit, waarvan het grootste gedeelte tijdens de eerste helft van het programma. De top drie van de meest voorkomende redenen van uitval tijdens het programma is: logistiek lastig (zoals te druk qua werk of andere prioriteiten), geen interesse (geen motivatie of met een ander programma starten) en privéomstandigheden (waaronder veel aan het hoofd hebben). Per persoon is één hoofdrede genoteerd. Hierbij moet opgemerkt worden dat het vaak niet in één reden te vatten is en er soms onderliggende problematiek speelt, zoals psychische problemen.

In Parkstad (Tabel 5) zijn relatief en absoluut gezien de meeste uitvallers voor aanvang van het programma geweest, maar ook de meeste uitvallers tijdens het programma. De leefstijlcoaches in Parkstad gaven aan dat veel personen werden verwezen met grote problematiek, waaronder psychische klachten. Dit kan te maken hebben met dat verwijzers een onjuist beeld van Cool hadden of dat er een grotere populatie is met meer complexe problematiek.

Tabel 5 Onderzoekspopulatie volwassenen specifiek per regio

Regio	Oosterhout N (%)	Parkstad N (%)	Tilburg Reeshof N (%)	Uden N (%)	Dongen N (%)	Totaal N (%)
Verwijzingen	197	179	67	36	15	494
Uitval voor intake	26 (13)	35 (20)	11 (16)	5 (14)	0 (0)	77 (16)
In afwachting	14 (7)	0 (0)	2 (3)	1 (3)	0 (0)	17 (3)
Intake	157 (80)	144 (80)	54 (81)	30 (83)	15 (100)	400 (81)
Uitval na intake	7 (4)	26 (18)	5 (9)	2 (7)	2 (13)	42 (10)
Start programma na intake	150 (96)	118 (82)	49 (91)	28 (93)	13 (87)	358 (90)
Programma afgemaakt	99 (66)	79 (67)	33 (67)	0 (0)	0 (0)	211 (59)
Uitval tijdens programma	24 (16)	29 (25)	6 (12)	5 (18)	2 (15)	66 (18)
Nog bezig	27 (18)	10 (8)	10 (20)	23 (82)	11 (85)	81 (23)

Kinderen en adolescenten

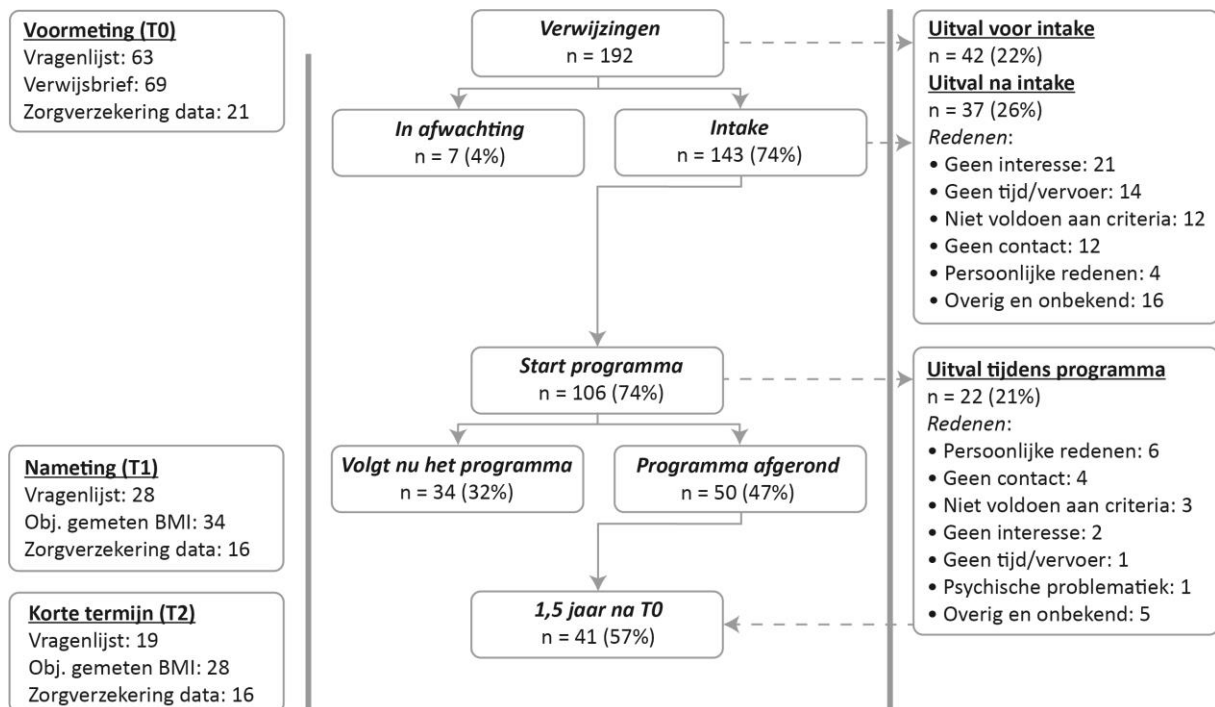
De toeleiding voor kinderen en adolescenten is in november 2014 gestart. Het definitieve aantal verwijzingen van kinderen en adolescenten bij het sluiten van de inclusieperiode op 1 april 2017 was 192 (Figuur 4). Bij de kinderen zijn zeven groepen afgerond en bij de adolescenten één groep. Drie kinder- en drie jongerengroepen liepen op dat moment nog. Daarnaast moesten er twee kindergroepen en één jongerengroep nog starten. Kinderen zijn voornamelijk één jaar na de start van de implementatie doorverwezen. Dit had deels te maken met het grote aantal verwijzingen vanuit de Gezonde Basisschool van de Toekomst. Het aantal verwijzingen in het laatste jaar nam sterk af.

De interesse van ouders van jonge kinderen voor participatie in het programma was over het algemeen laag. Verwijzingen zijn meestal gedaan door de jeugdarts en -verpleegkundige. Bij de Gezonde Basisschool van de Toekomst zijn 130 kinderen met overgewicht of obesitas (gemeten in het kader van een lopende effectstudie) benaderd voor Cool, van wie uiteindelijk 25 kinderen (19%) zijn verwezen naar een leefstijlcoach. De overgrote meerderheid van de niet-geïnccludeerde kinderen/ouders deden niet mee door een gebrek aan interesse om aan het programma deel te nemen.

Uitval

Van de ouders en kinderen, die zijn verwezen voor deelname aan het Cool-programma, is 41% niet van start gegaan. Bij hen staat een gebrek aan interesse bovenaan als belangrijkste reden. Opvallend is bij de ouders en kinderen dat ze tijdens het programma het meest uitvallen vanwege de privéomstandigheden (het hebben van te veel problemen of familieomstandigheden). Ook is de bereikbaarheid lastig en blijken ze niet binnen het programma te passen (bijvoorbeeld vanwege een taalbarrière). In totaal is 21% van de ouders en kinderen tijdens het programma uitgevallen.

In Parkstad zijn absoluut en relatief de meeste kinderen en adolescenten voor aanvang van het programma uitgevallen (Tabel 6 en Tabel 7). In Tilburg Reeshof ligt het percentage ook hoog, maar daar gaat het om kleine absolute aantallen. Als het gaat om uitval tijdens het programma, dan is er in Breda het hoogste percentage uitvallers. De uitval voor aanvang van het programma is hoger onder kinderen en adolescenten vergeleken met die van volwassenen. Het percentage uitvallers tijdens het programma ligt ook iets hoger dan bij de volwassenen.



Figuur 4 Flowchart onderzoekspopulatie kinderen en adolescenten

Tabel 6 Onderzoekspopulatie kinderen specifiek per regio

Regio	Den Bosch	Breda	Parkstad	Tilburg Reeshof	Totaal
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Verwijzingen	58	31	41	3	133
Uitval voor intake	12 (21)	2 (6)	11 (27)	0 (0)	25 (19)
In afwachting	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Intake	46 (79)	28 (90)	30 (73)	3 (100)	107 (80)
Uitval na intake	9 (20)	3 (11)	14 (47)	2 (67)	28 (26)
Start programma na intake	37 (80)	25 (89)	16 (53)	1 (33)	79 (74)
Programma afgemaakt	21 (57)	18 (72)	3 (19)	0 (0)	42 (53)
Uitval tijdens programma	7 (19)	7 (28)	4 (25)	0 (0)	18 (23)
Nog bezig	9 (24)	0 (0)	9 (56)	1 (100)	19 (24)

Opmerking: N = aantal deelnemers

Tabel 7 Onderzoekspopulatie adolescenten specifiek per regio

Regio	Den Bosch	Breda	Parkstad	Tilburg Reeshof	Totaal
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Verwijzingen	30	14	15	0	59
Uitval voor intake	2 (7)	5 (36)	10 (67)	0	17 (29)
In afwachting	3 (10)	3 (21)	0 (0)	0	6 (10)
Intake	25 (83)	6 (43)	5 (33)	0	36 (61)
Uitval na intake	2 (8)	3 (50)	4 (80)	0	9 (25)
Start programma na intake	23 (92)	3 (50)	1 (20)	0	27 (75)
Programma afgemaakt	8 (35)	0 (0)	0 (0)	0	8 (30)
Uitval tijdens programma	4 (17)	0 (0)	0 (0)	0	4 (15)
Nog bezig	11 (48)	3 (100)	1 (100)	0	15 (56)

Opmerking: N = aantal deelnemers

Aanvullende programma's

In totaal zijn 69 volwassenen met het terugvalprogramma begonnen en acht personen met het aanvullende programma (individuele programma). Daarvan is één persoon met het booster programma weer gestopt. Volgens de coaches hebben 33 personen een T2 of T3 vragenlijst ingevuld terwijl ze al met een aanvullend programma waren gestart. Bij de kinderen zijn er geen aanvullende programma's gestart.

Toeleidingsstrategieën

Om meer deelnemers voor het programma te includeren is een aantal stappen ondernomen. Ten eerste is het aantal regio's uitgebreid. Gedurende het project is het programma voor volwassenen ook gestart in de regio's Tilburg Reeshof, Dongen en Uden. Bij de start van het project was alleen 's-Hertogenbosch als kinderregio bij het project betrokken en later is het kinderprogramma ook in Breda, Parkstad en Tilburg Reeshof gestart. Ten tweede is zorgverzekeraar VGZ aangehaakt. Een uitzondering hierop is de regio Breda, omdat VGZ geen convenant heeft met de gemeente Breda. Ten derde is het aantal deelnemende praktijken per regio uitgebreid. Ten vierde is er in toenemende mate een mix van wervingsstrategieën gebruikt, waarbij in aanvulling op de reguliere toeleiding een artikel geplaatst is op websites, televisieschermen in huisartsenpraktijken, sociale media en andere media, zoals in lokale kranten. Op deze manier zijn personen direct op de hoogte gebracht van het bestaan van het leefstijlcoach programma, zodat zij, als zij geïnteresseerd waren, zelf initiatief konden nemen richting de verwijzer of leefstijlcoach. De huisarts of jeugdverpleegkundige is in geval van aanmelding door de leefstijlcoach ingelicht. Ten vijfde is de inclusieperiode twee keer met een halfjaar verlengd (tot 1 april 2017). De hierboven beschreven aanpassingen van het toeleidingsprotocol hebben een positief effect gehad op de instroom van deelnemers.

5.1.3 Verwijzing naar andere professionals

De coaches hebben in totaal dertien volwassenen naar andere professionals doorverwezen (Tabel 8). Eén persoon die naar de psycholoog is verwezen vanwege ernstige psychische problematiek, is na intake uitgevallen. Daarnaast woont er één uitvaller onder begeleiding, krijgt één persoon begeleiding vanwege autisme en kreeg iemand al van meerdere hulpverleners hulp. In Tilburg was er goed contact met het beweegprogramma BORIS en deze coach werkt tevens als diëtist in hetzelfde gebouw, waardoor ze niet naar een diëtist hoeft door te verwijzen. De drie deelnemers die naar de fysiotherapeut verwezen zijn, komen alle drie uit Uden. Verder hebben de coaches in Parkstad niemand doorverwezen, voor zover bekend bij het onderzoeksteam. In dit overzicht zijn niet alle medische specialisten opgenomen.

In de vragenlijst gaf 76% van de gestarte deelnemers aan in het verleden al eens bij een diëtist te zijn geweest. Bij aanmelding was 23% onder behandeling van een diëtist. Bij de nameting gaven 30 personen aan dat ze door hun leefstijlcoach doorverwezen waren, voornamelijk naar de diëtist of buurtsportcoach. In totaal zouden 123 personen nog een vorm van begeleiding willen ontvangen na het programma, waarbij de leefstijlcoach de voorkeur heeft (58%). Drie personen wilden graag begeleid worden door de obesitaskliniek, een ander programma en door een arts. Daarnaast bleek uit de T1 dat 26 deelnemers een dieet hebben gevolgd tijdens het programma, waren er 35 personen bij een diëtist geweest, gingen 22 deelnemers sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut en waren 7 personen bij een psycholoog/psychiater geweest. In de periode tussen de afronding van het programma en T2 hebben 42 deelnemers begeleiding gekregen van andere professionals, voornamelijk de POH.

Tabel 8 Aantal volwassenen doorverwezen door de leefstijlcoach of onder begeleiding bij anderen

Domein	Professional	Waren volgens de coaches al onder begeleiding van...	Door coach doorverwezen naar...	Volgens deelnemers doorverwezen naar...	Deelnemers (n=147) willen na programma begeleiding ontvangen van...	Volgens deelnemers (n=76) begeleiding gehad tussen T1 en T2 van...
Zorg	Leefstijlcoach				85	
	Huisarts			2	32	16
	Praktijkondersteuner			1	41	25
	Psycholoog/ psychiater	8	3	1	9	3
	Diëtist	2	2	10	46	14
	Fysiotherapeut	1	3	3	17	10
	Bedrijfsarts	2				
	Specialisten	2		2		
Publiek	BORIS*		4			
	Buurtsportcoach/ combinatiefunctionaris			11		
	Sporttrainer				16	6
	Ambulante begeleider		1			
	<i>Totaal N deelnemers</i>	15	13	30	120	42

Opmerking: N = aantal deelnemers; *Bewegen Op Recept In de Sport (regio Tilburg Reeshof)

Er zijn zes kinderen doorverwezen (Tabel 9) door de coaches. Daarbij zijn twee van de drie kinderen terugverwezen naar de jeugdarts. Ook is er één keer geadviseerd om naar een (kinder)psycholoog te gaan. In de vragenlijst van de voormeting gaven de ouders aan dat 34% van de kinderen in het verleden al eens bij een diëtist is geweest en 7% was bij aanvang in behandeling bij een diëtist. Bij de T1 gaven vijf ouders aan dat hun kind was doorverwezen door hun coach naar een andere professional.

Tabel 9 Aantal kinderen doorverwezen door de leefstijlcoach of onder begeleiding bij anderen

Domein	Professional	Doorverwezen naar...	Volgens deelnemers (n=26) doorverwezen naar...	Deelnemers (n=26) willen na programma begeleiding ontvangen van...	Volgens deelnemers (n=19) begeleiding gehad tussen T1 en T2 van...
Zorg	Leefstijlcoach			11	
	Huisarts			3	3
	Praktijkondersteuner			1	
	Psycholoog/ psychiater	1	1	5	3
	Diëtist		2	4	3
	Fysiotherapeut		1		1
	Kinderarts		1	2	1
	Jeugdarts	3		1	1
	Jeugdverpleegkundige			3	3
	Ziekenhuis	1	1		
Publiek	Sporttrainer			5	2
	Veilig thuis (huiselijk geweld)	1			
	<i>Totaal N deelnemers</i>	6	3	19	11

Opmerking: N = aantal deelnemers

5.1.4 Kenmerken deelnemers

Volwassenen

De vragenlijst op baseline is ingevuld door 293 volwassenen (73% van de 400 personen die een intakegesprek hebben gehad). In totaal is 49% van de deelnemers ouder dan 55 jaar, 85% van de deelnemers heeft obesitas en 42% heeft een extreem verhoogd GGR (Tabel 10). Van 174 mensen is bekend dat ze in een ketenzorg programma zitten. Daarvan hebben 97 deelnemers diabetes, 149 deelnemers hart- en vaatziekten en 72 deelnemers hebben allebei de chronische aandoeningen. De meeste deelnemers zijn in Nederland geboren en zijn samenwonend. Het grootste deel van de deelnemers is laag of gemiddeld opgeleid en iets meer dan de helft heeft een baan. In Uden zijn percentueel de meeste hoogopgeleiden, daarna heeft Tilburg de meeste hoogopgeleiden. De meeste laagopgeleiden komen uit de regio Oosterhout, gevolgd door Parkstad.

Tabel 10 Demografische en gewicht-gerelateerde kenmerken van volwassenen deelnemers

Variabele (gemiddelde; SD)	N (%)	Afgerond N (%)	Uitval N (%)	Nog bezig N (%)
N	300	189	48	63
Geslacht				
Man	124 (41,5)	85 (45,2)	14 (29,2)	25 (39,7)
Vrouw	175 (58,5)	103 (54,8)	34 (70,8)	38 (60,3)
Missend	1	1	0	0
Leeftijd (52,9; 12,0)				
< 35 jaar	27 (9,0)	14 (7,4)	4 (8,3)	9 (14,3)
35 – 44 jaar	37 (12,3)	19 (10,1)	6 (12,5)	12 (19,0)
45 – 54 jaar	88 (29,3)	63 (33,3)	13 (27,1)	12 (19,0)
55 – 64 jaar	105 (35,0)	65 (34,4)	19 (39,6)	21 (33,3)
> 65 jaar	43 (14,3)	28 (14,8)	6 (12,5)	9 (14,3)
BMI (36,1; 6,0)				
Missend	7	6	0	1
Gewichtsstatus				
Normaal	2 (0,7)	1 (0,5)	1 (2,1)	0 (0,0)
Overgewicht	42 (14,3)	27 (14,8)	7 (14,6)	8 (12,9)
Obesitas (BMI > 30)	97 (33,1)	64 (35,0)	10 (20,8)	23 (37,1)
Ernstige obesitas (BMI > 35)	90 (30,7)	55 (30,1)	18 (37,5)	17 (27,4)
Morbide obesitas (BMI > 40)	62 (21,2)	36 (19,7)	12 (25,0)	14 (22,6)
Missend	7	6	0	1
GGR				
Licht	17 (5,8)	6 (3,3)	4 (8,5)	7 (11,3)
Matig	61 (21,0)	34 (18,7)	8 (17,0)	19 (30,6)
Sterk	92 (31,6)	63 (34,6)	11 (23,4)	18 (29,0)
Extreem	121 (41,6)	79 (43,4)	24 (51,1)	18 (29,0)
Missend	9	7	1	1
Chronische zorg				
Ketenzorg	174 (58,0)	130 (68,8)	26 (54,2)	13 (20,6)
Ketenzorg onbekend	126 (42,0)	59 (31,2)	22 (45,8)	50 (79,4)

Variabele (gemiddelde; SD)	N (%)	Afgerond N (%)	Uitval N (%)	Nog bezig N (%)
Geboorteland				
Nederland	276 (94,5)	177 (97,3)	41 (85,4)	58 (93,5)
Anders	16 (5,5)	5 (2,7)	7 (14,6)	4 (6,5)
Missend	8	7	0	1
Opleidingsniveau				
Laag	103 (35,4)	66 (36,5)	19 (39,6)	18 (29,0)
Middel	118 (40,5)	71 (39,2)	21 (43,8)	26 (41,9)
Hoog	70 (24,1)	44 (24,3)	8 (16,7)	18 (29,0)
Missend	9	8	0	1
Woonsituatie				
Alleenwonend	84 (28,9)	48 (26,4)	15 (31,9)	21 (33,9)
Samenwonend	207 (71,1)	134 (73,6)	32 (68,1)	41 (66,1)
Missend	9	7	1	1
Werksituatie				
Niet-werkend	134 (45,9)	86 (47,3)	24 (50,0)	24 (38,7)
Werkend	158 (54,1)	96 (52,7)	24 (50,0)	38 (61,3)
Missend	8	7	0	1

Opmerking: SD = standaarddeviatie, N = aantal deelnemers

Naast de gepresenteerde cijfers in de voorgaande tabel bleek uit de baseline vragenlijst dat 5% van de deelnemers verbaasd was bij de verwijzing dat ze wat aan hun gewicht zouden moeten doen. Velen hadden al vaker geprobeerd om af te vallen (89%). Daarbij is het bij veel personen (81%) eerder gelukt om meer dan vijf kg af te vallen en kon minder dan de helft (43%) een lager gewicht meer dan één jaar vasthouden.

Men kon de drie belangrijkste redenen aangeven om deel te nemen aan het programma. De belangrijkste redenen waren: afvallen (57%), gezonder worden (37%), professionele begeleiding (26%), een betere conditie krijgen (25%) en geen/minder medicijnen gebruiken (23%).

Ouders, kinderen en adolescenten

Demografische kenmerken van 63 kinderen en 16 adolescenten zijn weergegeven in Tabel 11. Geslacht was gelijk verdeeld bij de kinderen en van de adolescenten was tweederde meisje. De BMI z-score van adolescenten en kinderen was gemiddeld 2,3. De meeste kinderen en adolescenten hadden obesitas (81%). De meeste kinderen hadden een matig of sterk verhoogd GGR. De gemiddelde BMI van de ouders valt onder overgewicht (29,5 en 26,9). De kinderen zijn bijna allemaal in Nederland geboren (98%), maar hun etnische achtergrond is niet altijd Nederlands (voornamelijk Turks of Marokkaans; 22%). De meeste moeders zijn middelhoog opgeleid (47%) en de meeste vaders hadden een lage opleiding (46%). Gemiddeld genomen bestaan de gezinnen uit vier personen, de meeste ouders woonden samen (niet altijd met de biologische ouder). Bij zestien kinderen of hun ouders zijn er geen vragenlijsten ingevuld, zelfs niet bij herhaalde pogingen om ze terug te krijgen.

Tabel 11 Demografische en gewicht-gerelateerde kenmerken van de CoolL-deelnemers kinderen en adolescenten

Variabele (gemiddelde; SD)	Totaal N (%)	Kinderen N (%)	Adolescenten N (%)
N	79	63	16
Geslacht			
Jongen	36 (45,6)	30 (47,6)	6 (37,5)
Meisje	43 (54,4)	33 (52,4)	10 (62,5)
Leeftijd (10,1; 3,1)			
BMIz (2,3; 0,5)			
Missend	14	11	3
BMI moeder (29,5; 6,3)			
Missend	26	19	7
BMI vader (26,9; 3,7)			
Missend	36	26	10
Gewichtsstatus			
Normaal	1 (1,4)	1 (1,8)	0 (0)
Overgewicht	12 (17,1)	10 (17,5)	2 (15,4)
Obesitas	31 (44,3)	24 (42,1)	7 (53,8)
Ernstige obesitas	19 (27,1)	16 (28,1)	3 (23,1)
Morbide obesitas	7 (10,0)	6 (10,5)	1 (7,7)
Missend	9	6	3
GGR			
Licht	9 (12,9)	8 (14,0)	1 (7,7)
Matig	24 (34,3)	18 (31,6)	6 (46,2)
Sterk	23 (32,9)	19 (33,3)	4 (30,8)
Extreem	14 (20,0)	12 (21,1)	2 (15,4)
Missend	9	6	3
Etniciteit			
Nederlands	49 (77,8)	39 (76,5)	10 (83,3)
Turks	6 (9,5)	6 (11,8)	0 (0)
Marokkaans	8 (12,7)	6 (11,8)	2 (16,7)
Missend	16	12	4
Opleiding moeder			
Laag	19 (32,8)	17 (34,7)	2 (22,2)
Middel	27 (46,6)	22 (44,9)	5 (55,6)
Hoog	12 (20,7)	10 (20,4)	2 (22,2)
Missend	21	14	7
Opleiding vader			
Laag	26 (45,6)	22 (45,8)	4 (44,4)
Middel	16 (28,1)	13 (27,1)	3 (33,3)
Hoog	15 (26,3)	13 (27,1)	2 (22,2)
Missend	22	15	7
Gezinsgrootte (4,2; 1,1)			
Missend	16	12	4

Variabele (gemiddelde; SD)	Totaal N (%)	Kinderen N (%)	Adolescenten N (%)
Woonsituatie			
Alleenwonend	12 (19,0)	10 (19,6)	2 (16,7)
Samenwonend	51 (81,0)	41 (80,4)	10 (83,3)
Missend	16	12	4
Werksituatie			
Allebei niet werkend	14 (22,2)	12 (23,5)	2 (16,7)
Eén ouder werkend	19 (30,2)	17 (33,3)	2 (16,7)
Allebei werkend	30 (47,6)	22 (43,1)	8 (66,7)
Missend	16	12	4

Opmerking: SD = standaarddeviatie, N = aantal deelnemers

Naast de gepresenteerde cijfers in de voorgaande tabel bleek uit de baseline vragenlijst dat 15% van de ouders verbaasd was bij de verwijzing dat ze wat aan het gewicht van hun kind zouden moeten doen. Velen hadden al vaker geprobeerd om iets aan het gewicht van hun kind te doen (82%). Ook de meeste ouders hadden zelf al vaker geprobeerd om af te vallen (79%).

Net als bij de volwassenen konden ouders bij aanvang aangeven wat de drie belangrijkste redenen zijn om deel te nemen aan het programma; dit waren: als gezin onze leefstijl verbeteren (40%), het kind wil lekkerder in zijn/haar vel zitten (32%), op advies van de schoolarts (24%), op advies van de jeugdverpleegkundige (23%) en de nadruk op zowel voeding als beweging (23%).

Problematiek

Om een beter beeld te krijgen van de problematiek die speelt bij deelnemers, hebben de leefstijlcoaches van 69 volwassenen die het programma hebben afgerond de problematiek die een belangrijke rol speelt in het overgewicht probleem, in detail beschreven (Tabel 12). In het overzicht zijn niet de privéproblemen opgenomen, zoals het overlijden van de partner, het hebben van een laag zelfbeeld of gezinsproblematiek. Lichamelijke problematiek (zoals medische problemen) en/of het hebben van een bewegingsbeperking (bijvoorbeeld slecht ter been of artrose) komen het meest voor bij de volwassen deelnemers. Ook komt psychische problematiek geregeld voor onder de gestarte deelnemers. Dertien personen hebben meer dan één van de genoemde problemen. Er is bij één deelnemer sprake van arbeidsverzuim door ziekte.

Tabel 12 Problematiek onder de volwassenen, die het programma hebben afgerond, volgens de leefstijlcoaches (zowel vroeger als tijdens het programma; n = 69)

Problematiek	Volwassenen Kinderen	
	N	N
Lichamelijk	23	
Bewegingsbeperking	13	
Psychisch	7	3
Burn-out	7	
Weinig financiën	5	2
Laag cognitief niveau	6	
Kanker	5	1
Gewrichtsklachten	4	
Eenzaamheid	3	
Depressie	4	1
Laaggeletterd	3	
Eetstoornis	1	

Problematiek	Volwassenen	Kinderen
	N	N
Slaapproblemen	2	
<i>Meerdere problemen</i>	13	

Opmerking: N = aantal deelnemers

Bij zeven kinderen is de problematiek beschreven door de coaches. De gezinnen van twee kinderen die het programma hebben afgerond, zijn aangesloten bij de Voedselbank. Drie kinderen hebben psychische problemen, respectievelijk: ADHD, autisme en een geestelijke beperking. Een deel van de kinderen geeft aan te worden gepest: dertien kinderen bij T0, drie kinderen bij T1 en vier kinderen bij T2.

Voorafgaand aan het programma had 68% van de deelnemers, die naar de huisarts is gegaan, episodes met klachten gerelateerd aan hart- en vaatziekten (Tabel 13). Naast klachtenepisodes gerelateerd aan overgewicht en diabetes, waren er ook veel klachten over gewrichten, huid, luchtwegen en depressies. Gemiddeld hadden deelnemers zes verschillende klachtenepisodes. Daarbij hadden negentien deelnemers (12,6%) één tot drie klachten-episodes, 73 deelnemers (48,3%) hadden vier tot zes klachtenepisodes, 44 deelnemers (29,1%) hadden zeven tot tien klachtenepisodes en vijftien deelnemers (9,9%) hadden elf of meer klachtenepisodes.

Tabel 13 Episodes van de volwassenen uit de huisartsensystemen bij aanvang van het programma (n = 152)

Problematiek	N (%)
Hart- en vaatziekten	104 (68,4)
Gewrichten	94 (61,8)
Overgewicht	73 (48,0)
Huid	69 (45,4)
Diabetes	68 (44,7)
Luchtwegen	65 (42,8)
Depressie	64 (42,1)
Buik	46 (30,3)
Ogen	44 (28,9)
Nieren	35 (23,0)
Artrose	23 (15,1)
Lever	23 (15,1)
Slaapapneu	22 (14,5)
Zenuwstelsel	18 (11,8)
Kanker	17 (11,2)
Voortplanting	17 (11,2)
Pijn	16 (10,5)
Onbekend	84 (55,3)
Overige	75 (49,3)

Opmerking: N = aantal deelnemers

Bariatrische chirurgie

Er zijn enkele deelnemers die een bariatrische ingreep hebben ondergaan. Vooraf aan het programma waren dit twee deelnemers; tijdens het programma twee deelnemers; tussen het T1 en T2 moment zeven personen; één iemand vooraf aan het T3 moment; en van twee personen is het moment onbekend. Van deze personen is het gewichtsverlies niet meegenomen in de analyses. Wel is van deze 14 deelnemers hun gewichtsverloop bekend: op baseline was hun gewicht gemiddeld 116,5 ($\pm 20,6$) kg, bij T1 was het gewichtsverlies 0,4 ($\pm 6,4$) kg, bij T2 8,5 ($\pm 11,9$) kg en bij T3 25,1 ($\pm 18,9$) kg. De BMI was op T0 40,3 ($\pm 5,4$), op T1 39,9 ($\pm 5,0$), op T2

36,2 ($\pm 7,0$) en op T3 31,1 ($\pm 3,8$). Dertien deelnemers hebben het programma afgerond, waarvan één persoon meer dan de helft van de groepsbijeenkomsten niet heeft bijgewoond. Eén persoon is uitgevallen.

5.2 Procesevaluatie

5.2.1 Deelname aan het Cool-programma

Aan de hand van de aanwezigheidslijsten blijkt dat de volwassen deelnemers gemiddeld 5,3 groepsbijeenkomsten ($\pm 2,3$ keer) hebben bijgewoond en 2,9 individuele interventie-uren ($\pm 0,9$ uren) hebben gehad. Het volledige protocol van Cool bestaat uit acht groepsbijeenkomsten en 3,5 individuele uren. Het programma duurde van intake- tot outtakegesprek gemiddeld 192,2 dagen ($\pm 83,8$ dagen), oftewel zo'n zes maanden. Bij de kinder- en adolescentengroepen duurde het programma gemiddeld 229,4 dagen ($\pm 128,5$ dagen); ongeveer 7,5 maanden. Zij hebben gemiddeld 3,8 groepsbijeenkomsten ($\pm 2,6$ keer) bijgewoond en hebben 4,2 uur individuele begeleiding ($\pm 1,9$ uren) gehad. Bij de kinderen bestaat het protocol uit maximaal zeven uur aan individuele begeleiding.

5.2.2 Kenmerken leefstijlcoaches

De dertien leefstijlcoaches hebben een gemiddelde ervaring als leefstijlcoach van 2,6 jaar en ze zijn gemiddeld 42,3 jaar ($\pm 9,7$ jaar; Tabel 14). Alle coaches waren vrouw. De achtergrond van de leefstijlcoaches in deze studie is divers. Als vooropleiding, naast de AVLEG, hebben ze de volgende opleidingen gedaan: diëtetiek, lichamelijke opvoeding, gezondheidsbevordering, verpleegkunde, psychosociaal therapie, kindtherapie, sociaalpedagogisch werk, sociaalpedagogische hulpverlening, technische bedrijfskunde, (financiële) bedrijfsadministratie, hoger economisch en administratief onderwijs, Engels, luchtverkeersleiding, voedingskunde, academie voor lichamelijke opvoeding, sport en bewegingseducatie en leraar basisonderwijs. De coaches hebben één tot drie vooropleidingen.

Daarnaast hebben de coaches werkervaring opgedaan bij andere (huidige) functies: projectmanager, afdelingsmanager, regional trial support manager, bestuursondersteuner-en management trainership, assistent manager, (jeugd-)trainer, (job- & beweeg-)coach, (jeugd-)verpleegkundige, diëtist, groepsbegeleider, SOS kinderdorpen, maatschappelijk werker, docent zwangerschapscursus, examiner, curriculumontwerper, leerkracht (eerstegraads en basisonderwijs), docent lichamelijke opvoeding, fitnessinstructeur.

De werkbevlogenheid van de leefstijlcoaches in deze studie is significant hoger dan de norm [52]. Dit betekent dat de coaches meer bevlogen zijn met hun werk dan de gemiddelde Nederlandse werknemer, op de drie subschalen en de totaalscore.

Vooraf bij netwerkvaardigheden en ondernemerschap vinden de coaches deze competenties belangrijker dan de mate waarin ze vinden hier zelf over te beschikken. Het inleven in anderen percipiëren ze als hun sterkste competentie. Dit vinden ze tevens de belangrijkste competentie voor een leefstijlcoach. Ondernemerschap beschouwen ze als hun minst sterke competentie. Ook vinden ze die competentie het minst belangrijk om te hebben als leefstijlcoach. De overige competenties schommelen tussen de vier en de vijf op een vijf-puntsschaal.

Tabel 14 Gegevens, werkbevlogenheid en competenties van de leefstijlcoaches (n=13)

	Gemiddelde (SD)	
Leeftijd	42,3 (9,7)	
Hoeveel uur per week besteedt u gemiddeld aan uw functie als leefstijlcoach bij CZ? ¹	6,8 (3,9)	
Hoeveel uur per week besteedt u aan de cliënten sessies? ¹	3,1 (2,7)	
Hoe lang bent u in totaal werkzaam als leefstijlcoach? ²	2,6 (2,6)	
Werkbevlogenheid³		
Vitaliteit	5,1 (0,5)	
Toewijding	5,4 (0,4)	
Absorptie	4,4 (0,7)	
Totale score	5,0 (0,4)	
	Competenties coaching in studie⁴	Belangrijkheid van competenties voor een leefstijlcoach⁵
Gezond leven	4,6 (0,2)	4,6 (0,4)
Coaching	4,8 (0,2)	4,9 (0,1)
Professionaliteit	4,8 (0,2)	4,9 (0,1)
Inleven	5,0 (0,1)	5,0 (0,0)
Onbevooroordeeld zijn	4,7 (0,4)	4,8 (0,3)
Zelfontwikkeling	4,7 (0,3)	4,7 (0,4)
Gesprekstechnieken	4,7 (0,3)	4,8 (0,3)
Flexibel handelen	4,5 (0,3)	4,4 (0,4)
Resultaatgericht	4,0 (0,6)	4,3 (0,6)
Netwerkvaardigheden	4,2 (0,6)	4,6 (0,6)
Ondernemerschap	3,5 (0,9)	4,1 (0,9)
Innovatief	4,1 (0,5)	4,3 (0,6)

Opmerking: SD = standaarddeviatie, ¹uur per week, ²aantal jaar, ³zeven-puntsschaal (0 = nooit; 6 = altijd, dagelijks), ⁴vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), ⁵vijf-puntsschaal (1 = heel onbelangrijk; 5 = heel belangrijk)

5.2.3 Ervaringen deelnemers

Tevredenheid volwassen deelnemers

De volwassen deelnemers waren tevreden over het programma in zijn geheel, over de afzonderlijke groepsbijeenkomsten, de individuele bijeenkomsten en de leefstijlcoach (Tabel 15). De rapportcijfers voor de verschillende onderdelen waren allemaal boven de 8,5. Het programma als geheel scoorde een gemiddeld tevredenheidscijfer van 8,6. De gemiddelde scores per onderdeel varieerden van 4,4 (totale programma) tot 4,7 (alle bijeenkomsten), op een vijf-puntsschaal waarbij een 4 'tevreden' aangeeft, en een 5 'erg tevreden'. De tevredenheid over de verschillende leefstijlcoaches was 4,5 op een vijf-puntsschaal en het rapportcijfer voor de coaches was gemiddeld 8,9. De scores op de afzonderlijke items zijn weergegeven in bijlage 1. Opvallend is dat er, in vergelijking met de andere items, lager gescoord is (gemiddeld 3,9) op het item: 'Mijn leefstijlcoach heeft mij goed geholpen bij het vinden van een beweegactiviteit die bij mij past'.

Deelnemers rapporteerden zelf gematigd positief te zijn ten aanzien van ervaren resultaten na afloop van het programma. Hier blijkt dat deelnemers het hoogst scoorden op de items: 'Ik ben gezonder gaan eten' en 'Ik ben meer gaan bewegen' (tussen de 4,1 en 4,2 op een

vijfpuntschaal). De laagste score was op de items: ‘Ik heb een beter figuur’ en ‘Ik ben samen met anderen gaan bewegen’ (2,8). Wat betreft de zelf-gerapporteerde effecten per thema was de score het hoogst op het item ‘Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan heb ik al veel kleine veranderingen doorgemaakt’ (4,3). De laagste scores waren op de items: ‘Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan slaap ik nu beter’ en ‘...heb ik minder stress’ 3,2).

Bij de vragenlijsten kon men ook opmerkingen kwijt. Veel opmerkingen gingen over hun ziekte en dat ze daardoor beperkt waren om gezond te eten of te bewegen. Zo gaven enkele deelnemers aan last te hebben van gewrichtsklachten, blessures, waren ze geopereerd of zaten in een scootmobiel, waardoor ze niet genoeg konden bewegen. Veel deelnemers waren tevreden over het programma en hadden daarom geen opmerkingen of ze gaven juist aan dat ze het een fijn programma vonden en een goede coach hadden. Sommigen hebben nieuwe inzichten gekregen, zijn bewuster geworden, kunnen meer discipline opbrengen voor een gezondere leefstijl of zitten beter in hun vel. Niettemin hadden enkelen wel aanbevelingen voor het programma. Een uitgebreide beschrijving van de opmerkingen is te vinden in bijlage 3, waarin de meest voorkomende opmerkingen staan weergegeven.

Bij de groepsbijeenkomsten was er behoefte aan meer individuele diepgang, maar door de te grote groepen (vaak meer dan tien deelnemers) en personen die veel aandacht vroegen was hier vaak geen tijd en ruimte voor. De groepssamenstelling is ook meerdere malen genoemd door de deelnemers als een belangrijk onderdeel om op te letten, zodat men zich bij de groep aangesloten voelt. Daarbij is de (te) grote variatie in leeftijd vaak genoemd. Sommige deelnemers zouden ook meer groeps- en individuele bijeenkomsten willen, met na een halfjaar terugkom bijeenkomsten. Een aantal deelnemers zou graag tijdens de bijeenkomsten gewogen willen worden, om zo de voortgang te zien. Ze hadden daarnaast behoefte aan meer praktische (huiswerk-)opdrachten, met daarbij meer plaatjes en audiovisuele tools, minder tekst en digitale toegang hiertoe. Tot slot werden de hoge parkeerkosten bij enkele locaties als minpunt genoemd.

Tabel 15 Beoordelingen van de volwassen deelnemers over de verschillende programma onderdelen en de bereikte uitkomsten

Rapportcijfers¹	N	Gem. (SD)
Het gehele programma	145	8,6 (1,2)
De groepsbijeenkomsten	145	8,5 (1,3)
De individuele bijeenkomsten	145	8,8 (1,2)
Begeleiding door de leefstijlcoach	144	8,9 (1,2)
Onderdelen		
Ervaringen over het gehele programma ²	147	4,4 (0,6)
Alle bijeenkomsten ³	129	4,6 (0,6)
Groepsbijeenkomsten ³	146	4,4 (0,6)
Individuele bijeenkomsten ³	144	4,7 (0,6)
Competenties van mijn leefstijlcoach ²	141	4,5 (0,6)
Gepercipieerde effecten op T1 ²	143	3,5 (0,8)
Gepercipieerde effecten op T2 ²	75	3,6 (0,9)
Gepercipieerde effecten per thema ²	143	3,8 (0,8)

Opmerking: N = aantal deelnemers, SD = standaarddeviatie, ¹rapportcijfer (1-10), ²vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), ³vijf-puntsschaal (1 = erg ontevreden; 5 = erg tevreden)

Tevredenheid (ouders van) kinderen

In het algemeen waren ouders van de deelnemende kinderen tevreden over het programma, de groepsbijeenkomsten, de individuele bijeenkomsten en de leefstijlcoach (Tabel 16). Het programma als geheel scoorde een tevredenheidscijfer bij de ouders van 8,5. De rapportcijfers

voor de verschillende onderdelen waren allemaal boven de 7,7. De gemiddelde scores per onderdeel varieerden van 4,3 (totale programma) tot 4,6 (alle bijeenkomsten), op een vijf-puntsschaal. De tevredenheid over de verschillende leefstijlcoaches was 4,4 op een vijf-puntsschaal en het rapportcijfer voor de coaches was 8,9. De scores op de afzonderlijke items zijn weergegeven in bijlage 1. Opvallend is dat er, in vergelijking met de andere items bij de ouders, lager gescoord is (gemiddeld 3,4) op het item: ‘mijn kind is afgevallen’.

Ouders waren vooral gemotiveerd als ze zelf ook al bewust met gezonde leefstijl bezig waren. Ouders die zelf overgewicht hadden, waren minder gemotiveerd om deel te nemen, omdat het confronterend kon zijn. Sommige ouders dachten dat er bewogen zou worden tijdens de sessies. Dat dit niet het geval was, was voor sommige ouders een reden om niet te starten. Daarnaast waren er ook potentiële deelnemers die af zagen van het programma, omdat ze liever geen groepssessies wilden bijwonen.

De kinderen waren over het algemeen minder positief over het programma dan hun ouders en de volwassenen (Tabel 16). Het programma als geheel scoorde niettemin een tevredenheidscijfer bij de kinderen van 7,8. De gemiddelde score voor het totale programma was 3,8 en voor alle bijeenkomsten 4,1. De tevredenheid over de verschillende leefstijlcoaches was 4,4 op een vijf-puntsschaal en het rapportcijfer voor de coaches was 8,1. De kinderen scoorden relatief laag (6,8 op schaal van 1-10) op de vraag of het programma geholpen heeft een gezondere leefstijl te bereiken.

Tabel 16 Beoordelingen van de ouders en hun kinderen over de verschillende programma onderdelen en de bereikte uitkomsten

Rapportcijfers¹	Ouders		Kinderen	
	N	Gem. (SD)	N	Gem. (SD)
Het gehele programma	25	8,5 (1,1)	12	7,8 (1,4)
De groepsbijeenkomsten	24	8,0 (1,2)		
De individuele bijeenkomsten	25	8,2 (1,3)		
De telefonische consulten	22	7,7 (1,6)		
Begeleiding door de leefstijlcoach	26	8,9 (1,2)	12	8,1 (1,7)
In hoeverre heeft het programma je geholpen bij het bereiken van een gezondere leefstijl?			12	6,8 (1,7)
Onderdelen				
Ervaringen over het gehele programma ²	27	4,3 (0,5)	13	3,8 (0,5)
Alle bijeenkomsten ³	19	4,6 (0,5)	12	4,1 (0,7)
Groepsbijeenkomsten ³	24	4,3 (0,6)		
Individuele bijeenkomsten ³	25	4,4 (0,6)		
Telefonische consulten ³	21	4,3 (0,6)		
Competenties van mijn leefstijlcoach ²	26	4,4 (0,4)	12	4,4 (0,7)
Gepercipieerde effecten op T1 ²	20	3,6 (0,7)		
Gepercipieerde effecten op T2 ²	14	3,7 (0,9)		
Gepercipieerde effecten per thema ²	26	3,7 (0,7)		

Opmerking: N = aantal deelnemers, SD = standaarddeviatie, ¹rapportcijfer (1-10), ²vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), ³vijf-puntsschaal (1 = erg ontevreden; 5 = erg tevreden)

Resultaten uit de interviews met deelnemers

Er zijn zes focusgroepen en vijf individuele interviews met deelnemers gehouden. Hieruit blijkt dat men in alle groepen behoefte had aan een terugkombijeenkomst of aan een vervolgtraject om met elkaar uit te wisselen hoe ze het de rest van de tijd hebben gedaan en welke valkuilen ze zijn tegen gekomen. Deelnemers vonden het programma te kort om echt te veranderen. Dit kan te maken hebben met een gevoel van onzekerheid over hoe ze het in de toekomst zelf kunnen volhouden. Een deelnemer vond het fijn dat ze veel herkenning had gevonden in haar

eetgedrag en dat ze niet de enige met dat probleem was. Het beeld dat men veel heeft gehad aan het lotgenotencontact was ook terug te zien in de observaties. Daarbij is aangevuld dat het prettig was dat er ook ruimte was voor “het individu” tijdens de individuele bijeenkomsten. Dit werd als positief ervaren doordat men de informatie in de groepsessies naar de persoonlijke situatie kon vertalen.

Onder de positieve reacties ten aanzien van de leefstijlcoach behoorden: een top mens, kanjer, heeft het goed in de hand, weet waar ze het over heeft, rustig, inlevend, sympathiek, inspirerend, meteen een klik mee, geïnteresseerd en empathisch. Een minder enthousiaste deelnemer vond het programma te vrijblijvend en de leefstijlcoach te zacht; hij had liever een confronterende en hardere aanpak.

Ter illustratie van de ervaringen van de deelnemers, een quote van een deelnemer van een groep in Heerlen:

“Dit programma gaat over het aanpassen van je leefwijze in kleine stappen in de meest brede zin van het woord. Het gaat om bewegen en eten, maar ook over slaap en ontspanning. Mijn grootste vooruitgang heb ik geboekt in het aanbrengen van meer variatie in mijn eetpatroon. Ook heb ik veel steun gehad aan het inzicht dat een verloren slag nog niet het einde van de oorlog betekent. Dit inzicht geeft me de kracht om over tegenslagen heen te komen, daar waar het eerder het einde van mijn poging zou hebben betekend. Mijn bloedwaardes zijn sterk verbeterd tijdens het traject, dat stimuleert ontzettend.”

Een andere deelnemster heeft nu meer zelfvertrouwen:

“De groepsessies hebben me goed gedaan, je hoort andere ideeën en je voelt je niet alleen staan. Ik ben veel afgevallen, maar ik voel me vooral psychisch lichter omdat mijn zelfvertrouwen enorm is toegenomen. Het allerbelangrijkste wat ik heb geleerd is om spanning bespreekbaar te maken met mijn man of zoon in plaats van dit weg te eten of te snoepen.”

Deelnemers merkten op dat er niet te veel tijd tussen de verwijzing en het contact met de leefstijlcoach moet zitten. Bij de start van het programma was deze periode ongeveer twee maanden. Deze periode werd als te lang ervaren.

5.2.4 Ervaringen professionals

We hebben hieronder de belangrijkste punten beschreven uit de interviews met professionals. De interviews met de verwijzers hebben voornamelijk in het begin van de pilot plaatsgevonden. De verwijzers gaven tijdens de telefonische gesprekken aan dat de doelgroep moeilijk te bereiken of te motiveren is. Daarnaast hebben POH's de toeleiding naar het programma ervaren als iets dat hen opgelegd was en gaven ze soms aan dat ze te weinig informatie hadden ontvangen. Tevens gaven zij aan een hoge tijdsdruk te ervaren en dat er geen tijd of prioriteit was voor het programma. Overigens vonden sommige verwijzers het programma niet veel extra tijd in beslag nemen. Naarmate men het programma beter op het netvlies had, werd men steeds positiever, met name omdat er nu een structurele plek is om mensen met obesitas naar te verwijzen. De actieve verwijzers bleken persoonlijke interesse en motivatie te hebben voor het onderwerp ‘overgewicht’ en goed contact te hebben met de leefstijlcoach. Het programma wordt door de actieve verwijzers als een aanvulling op de zorg gezien. Wel kwam naar voren dat de aandacht voor het programma na een tijd wegzakt.

Over het algemeen waren de leefstijlcoaches tevreden en vonden ze het interessant om mee te werken aan het Cool-programma. De meeste leefstijlcoaches gaven aan dat de

combinatie van individuele sessies en groepssessies een meerwaarde is van het programma. Ze zitten meer in hun comfort zone als ze de individuele sessies kunnen doen, maar gaandeweg vonden ze de groepssessies relevanter en zagen ze daar ook de meerwaarde van in. De meerwaarde zat er vooral in dat deelnemers ook van elkaar kunnen leren en dat er erkenning en herkenning is tussen de deelnemers.

De leefstijlcoaches en verwijzers misten een website om potentiële deelnemers naar te verwijzen voor meer informatie. Gedurende het project is er informatie op de AVLEG-website gedeeld. Verder hadden niet alle regio's een digitaal verwijssysteem voor het uitwisselen van gevoelige informatie met de verwijzers. De coaches, die geen toegang hadden tot zo'n systeem, hebben dit als een belemmering ervaren.

De projectleden gaven aan dat het programma flexibeler aangeboden mag worden aan de deelnemers, door het beter aan te laten sluiten bij wat het gezin of de persoon nodig heeft. Ook kwam er in de interviews naar voren dat de onderlinge taakverdeling beter moet worden uitgesproken bij de implementatie in een nieuwe regio en dat de organisatie klaar moet zijn voordat de werving begint.

Competenties van de leefstijlcoaches

Tijdens interviews met de leefstijlcoaches is gevraagd naar de competenties waar een coach volgens hen over moet beschikken. De meeste coaches geven aan dat goede coaching technieken belangrijk zijn en dat hier empathisch vermogen voor nodig is. Verder wordt aangegeven dat het noodzakelijk is om nieuwsgierig te zijn en bij te blijven met de kennis uit het vakgebied. Leefstijlcoaches ervaren dat ze voldoende kennis en competenties hebben om volwassenen en kinderen omtrent het thema overgewicht goed te kunnen begeleiden.

Uit de interviews met de coaches kwam naar voren dat er veel deelnemers zijn met complexe problematiek (psychisch, financieel, thuissituatie). Deze mensen waren veelal lastig te begeleiden en gaandeweg werd vaak pas duidelijk wat de exacte problematiek van de deelnemers was. In een gesprek met de leefstijlcoach is er veelal ruimte, tijd en een vertrouwde omgeving om psychische problematiek bespreekbaar te maken. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een consult bij een fysiotherapeut of diëtist, zo werd aangegeven. Wanneer de leefstijlcoaches merkten dat er voor de problematiek meer specialistische zorg nodig was, is dit bespreekbaar gemaakt met de deelnemers, en waar nodig vervolgens doorverwezen naar specifieke zorgprofessionals. Enkele coaches hebben deelnemers proactief doorverwezen naar specialistische zorgverleners (psycholoog, diëtist, huisarts), maar veelal is er enkel een advies gegeven door de coach om naar een andere hulp- of zorgverlener te gaan. De leefstijlcoaches hebben dus een signalerende functie, en weten dat ze bij lastige problematiek kunnen doorverwijzen.

Zorgpad

Uit de gesprekken met de leefstijlcoaches blijkt dat ze de doorstroom van deelnemers lang vonden duren. Hierdoor moesten deelnemers lang wachten voordat er een groep kon starten waarna sommigen zelfs afhaakten. Verder blijkt de motivatie bij veel deelnemers laag te zijn. Sommige leefstijlcoaches geven aan dat de POH's beter ingelicht moesten worden over het programma, zodat zij deelnemers beter kunnen motiveren voor deelname. Ook blijkt dat verwijzers eerder mensen doorverwijzen naar het programma als ze er zelf de meerwaarde van in zien.

De meerderheid van de leefstijlcoaches vindt de inclusiecriteria van het programma te strak opgesteld. De coaches gaven aan dat ze ook graag volwassenen en kinderen willen begeleiden met alleen overgewicht. Nu vielen er veel gemotiveerde mensen net niet binnen de inclusiecriteria. Volgens hen is het waardevol om meer in te zetten op geïndiceerde preventie, waarbij overgewicht als indicatie wordt genomen.

Als het programma was afgerond lieten de coaches dit aan de verwijzer weten. Ze hebben hier niet altijd reactie op gekregen. Dit zouden ze wel fijn zouden hebben gevonden. Daarbij zouden ze het ook fijn vinden om door de verwijzer op de hoogte gebracht te blijven over de ontwikkelingen van de deelnemer. Volgens de coaches is het op de hoogte houden nu te veel gefragmenteerd en houden zorgverleners elkaar te weinig op de hoogte. Zo maken leefstijlcoaches zich weleens zorgen of na een verandering in leefstijl de medicatie eventueel wordt bijgesteld door de arts. Leefstijlcoaches pakken hier echter ook niet het initiatief om in dergelijke gevallen contact te zoeken met andere zorgverleners. Verder vragen ze zich af wanneer ze een deelnemer het advies geven om contact op te nemen met een andere professional, of de deelnemers dit ook daadwerkelijk doen. Ook dit wordt veelal niet pro-actief opgevolgd door de leefstijlcoach.

Motivatie van de deelnemers

De leefstijlcoaches geven aan dat deelnemers meer gemotiveerd zijn voor het programma wanneer ze zelf bewust zijn van hun ongezonde leefstijl. Verder zijn deelnemers meer gemotiveerd als zij inzien dat een gezonde leefstijl vooral hun eigen verantwoordelijkheid is. Er is de leefstijlcoach ook gevraagd welke deelnemers niet gemotiveerd bleken te zijn voor het programma. Dit zijn vooral de deelnemers met complexe problematiek, zoals ziekte, financiële of psychische problemen. Leefstijlcoaches hebben geprobeerd de motivatie van de deelnemers te vergroten door o.a. het doel van afvallen bespreekbaar te maken, zoals het uiterlijk, meer mobiel zijn, fitter zijn en lekkerder in je vel zitten.

Alle leefstijlcoaches vinden dat de belangrijkste uitkomst bij deelnemers niet bestaat uit gewichtsverlies, maar dat het vooral gericht is op duurzame verbetering van kwaliteit van leven, zoals meer bewustwording, meer energie hebben, lekkerder in je vel zitten en meer zelfvertrouwen krijgen.

Ervaringen over het programma

De leefstijlcoaches ervaren de opzet van het programma als goed, vooral de combinatie van individuele- en groepsbijeenkomsten. Tijdens de individuele gesprekken is er persoonlijke aandacht voor de deelnemer en kan de deelnemer bespreken hoe het gaat. Bij de groepsessies kunnen deelnemers gezamenlijk praktisch aan de slag en van elkaar leren. De meeste coaches hadden voldoende tijd om de groepsbijeenkomsten goed uit te voeren. Een enkele coach vond 1,5 uur te weinig tijd, omdat ze veel tijd besteedde aan het bespreken van de leerdoelen van de deelnemers.

De groepsbijeenkomsten van het programma zijn bijgewoond door een gemêleerd gezelschap (oud, jong, hoger en lager opgeleid). De coaches denken dat dit ervoor kan zorgen dat de groepsprocessen niet lekker lopen, omdat er te veel verschillen zitten tussen de deelnemers en ze zich ook minder in elkaar kunnen herkennen. Volgens de coaches is het wenselijk om groepen homogener te maken qua samenstelling, zodat de coach de inhoud van het programma kan aanpassen aan het niveau van de groep. Dan kunnen deelnemers meer van elkaar leren en zal het groepsproces beter verlopen.

De ideale groeps grootte is volgens hen ongeveer tien deelnemers. De groepen waren in de praktijk echter vaak kleiner dan bij de start, omdat er altijd deelnemers niet aanwezig waren. De coaches hebben het soms als vervelend ervaren dat er weinig deelnemers bij de groepsessies kwamen, hoewel een kleinere groep zorgde voor meer persoonlijke aandacht en voor meer tijd om elkaar te leren kennen.

In het programma hebben alle coaches op hun eigen manier kunnen werken en wisten ze zich het protocol van het programma snel eigen te maken. Ze hebben zich in de uitvoer allemaal aan de bestaande thema's gehouden. Soms is de volgorde van de thema's aangepast

naar de behoefte van de deelnemers of werd er langer stil gestaan bij een bepaald thema, omdat dat thema meer speelde in die groep.

Netwerken en samenwerken

Voor het opstarten van het programma hebben de meeste leefstijlcoaches moeten netwerken. De meesten vonden dit niet altijd leuk. Veel leefstijlcoaches zijn niet gewend om te netwerken en vinden dit lastig. Sommige leefstijlcoaches hadden al een netwerk opgebouwd, doordat ze zijn aangesloten bij een zorggroep. Zij merkten dat dit het contact met de verwijzer bevordert. Dit leverde tevens een hogere toestroom van deelnemers op en zichtbaarheid als leefstijlcoach.

Het merendeel van de leefstijlcoaches heeft aangegeven netwerken belangrijk te vinden. Het verschilt echter per leefstijlcoach hoe actief ze hierin zijn. Het is belangrijk om zichtbaar en vindbaar te zijn als leefstijlcoach en aan te geven bij zorgprofessionals en professionals in de publieke sector wat een leefstijlcoach precies doet. De meerderheid van de leefstijlcoaches geeft aan graag beter en frequenter te willen samenwerken met de verwijzers of met andere professionals, zoals een diëtist of psycholoog. Ook hebben de meeste leefstijlcoaches onderling nog regelmatig contact en geven aan hier veel aan te hebben. Enkele coaches zouden onderling meer contact willen om van elkaar te leren, dingen te bespreken en ervaringen uit te wisselen.

5.3 Veranderingen in motivatie, gedrag, kwaliteit van leven en gewicht

Dit gedeelte van de resultaten is gebaseerd op basis van de ingevulde vragenlijsten en objectief verzamelde gewichtgegevens door de huisarts, leefstijlcoach en/of onderzoekers.

5.3.1 Volwassenen respons

Van 149 mensen zijn de nameting (T1) gegevens ontvangen, en hebben 79 personen de korte termijn nameting (T2) en 60 deelnemers hebben de lange termijn meting (T3) ingevuld. Dat betekent dat er in het onderzoek een loss to follow-up is van 29% bij T1, 43% bij T2 en 40% bij T3. We verwijzen de lezer graag terug naar Figuur 3 voor de duiding van deze percentages. Hieronder worden de resultaten gerapporteerd ten aanzien van veranderingen in gedrag, motivatie, kwaliteit van leven en gewicht.

Eet- en beweegmotivatie

Zes verschillende motivatieschalen zijn berekend ten aanzien van eet- en beweegmotivatie: amotivatie, externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie, geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie. Succesvolle, autonomie-ondersteunende, coaching leidt, in theorie, tot een lagere score op amotivatie, externe regulatie en geïntrojecteerde regulatie, en een hogere score op geïdentificeerde regulatie, geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie. Uit de scores blijkt dat de externe regulatie significant is afgenomen en dat de geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivatie significant zijn toegenomen na afloop van het programma. Dit geldt voor zowel de beweeg- als voedingsmotivatie, met een uitzondering op intrinsieke motivatie ten aanzien van voeding op de T2. Uit de resultaten valt op te maken dat de deelnemers autonomer gemotiveerd zijn na afloop van het programma (bijvoorbeeld vaker bewegen omdat je het leuk vindt, gezonder eten omdat het bij je past) en minder gecontroleerd gemotiveerd (bewegen omdat je dokter vindt dat je dat moet doen).

Beweeggedrag

Deelnemers rapporteren na het programma significant minder te zitten ten opzichte van de voormeting (-99,8 minuten per dag; Tabel 17). Ook zijn de deelnemers meer gaan (matig en

zwaar intensief) bewegen, met de sterkste toename op T2. Dit lijkt deels ten koste te zijn gegaan van wandelen.

Eetgedrag

Wat betreft voeding zijn er verbeteringen zichtbaar. Deze veranderingen zijn in de gezonde richting. Deelnemers rapporteren vaker te zijn gaan ontbijten, meer fruit en groenten te eten, minder vaak vruchtensap en frisdrank te drinken en minder tussendoortjes te eten. Alle veranderingen waren significant op T1 en de meeste veranderingen hielden stand op lange termijn (T3).

Kwaliteit van leven

Na afloop van het programma waren de beperkingen op nagenoeg alle onderdelen van de kwaliteit van leven afgenomen. Dit resulteerde in een verbeterde totaalscore voor kwaliteit van leven op alle meetmomenten. Ook waren de rapportcijfers, die men gaf aan zijn/haar algemene gezondheid en voor de ervaren gezondheid op de dag van rapportage, gestegen. De verschillende GGR groepen laten dezelfde trend zien. De licht verhoogde GGR groep was te klein (n=17) om de veranderingen te analyseren. Ook de subgroep van deelnemers met diabetes mellitus type 2 rapporteerde een toename in kwaliteit van leven op lange termijn.

Gewicht en BMI

Gemiddeld zijn deelnemers aan het Cool-programma 2,2 kg ($\pm 0,4$ kg) afgevallen, direct na deelname aan het programma. Dit gewichtsverlies blijft voor een deel behouden bij de langere termijn metingen. Het gewichtsverlies op lange termijn komt overeen met een gemiddelde afname van 0,5 BMI punten. In totaal blijkt 61% van de deelnemers te zijn afgevallen op T1; 26% had een gewichtsverlies van meer dan 5% en 42% had een gewichtsverlies van meer dan 2%. Bij de T2 blijkt 59% van de deelnemers te zijn afgevallen; 22% had een gewichtsverlies van meer dan 5% en 40% had een gewichtsverlies van meer dan 2%. En op de T3 was 62% van de deelnemers afgevallen; 22% had een gewichtsverlies van meer dan 5% en 43% had een gewichtsverlies van meer dan 2% (zie Figuur 5 voor een illustratie). De verschillende GGR groepen laten een vergelijkbaar patroon zien, waarbij het meeste gewichtsverlies (korte termijn) werd gevonden bij de matig verhoogde GGR groep (Tabel 18). De ketenzorggroep laat hetzelfde patroon van een gewichtsafname zien als de totale groep. De deelnemers met diabetes mellitus type 2 namen statistisch significant in gewicht af, maar vielen gemiddeld minder af dan de totale groep. De mensen die het programma volledig hebben afgemaakt lieten meer gewichtsverlies zien dan degenen die het programma niet afmaakten.

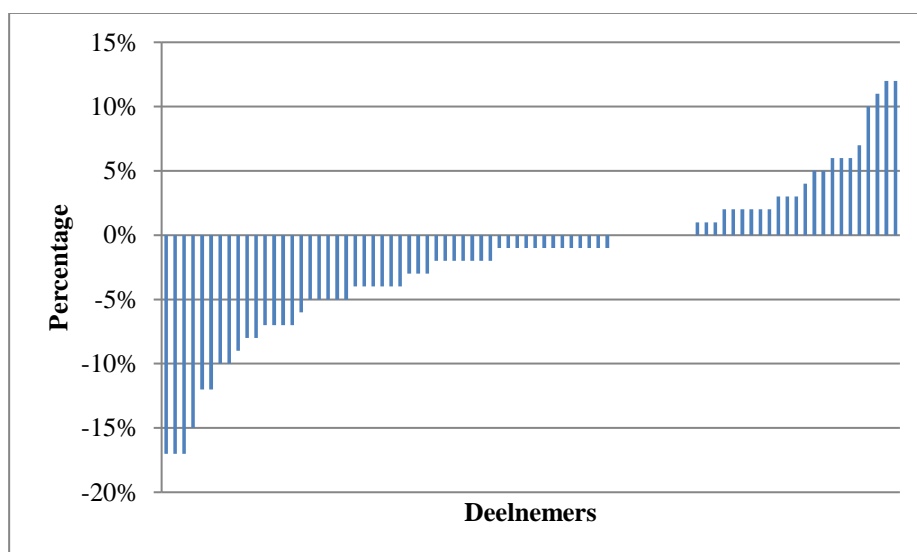
Tabel 17 Gemiddelde verandering bij volwassenen op beweeg- en eetgedrag, beweeg- en eetmotivatie, kwaliteit van leven en BMI, op T1, T2 en T3, getoetst met mixed method (n = 300)

	Voormeting (T0) B (std. fout)	Verandering T1-T0 B (std. fout)	Verandering T2-T0 B (std. fout)	Verandering T3 - T0 B (std. fout)
Motivatie beweging¹				Niet gemeten
Amotivatie	0,3 (0,2)	-0,1 (0,1)	0,0 (0,1)	
Externe regulatie	0,7 (0,3)	-0,3 (0,1)***	-0,3 (0,1)***	
Geïntrojecteerde regulatie	2,2 (0,3)	0,0 (0,1)	-0,2 (0,1)	
<i>Gecontroleerde motivatie²</i>	4,3 (1,1)	-0,8 (0,3)**	-0,8 (0,4)*	
Geïdentificeerde regulatie	2,2 (0,2)	0,1 (0,1)	0,0 (0,1)	
Geïntegreerde regulatie	1,6 (0,3)	0,4 (0,1)***	0,2 (0,1)*	
Intrinsieke motivatie	1,8 (0,3)	0,4 (0,1)***	0,2 (0,1)*	
<i>Autonome motivatie³</i>	10,9 (1,7)	2,0 (0,4)***	1,0 (0,5)*	

	Voormeting (T0) B (std. fout)	Verandering T1-T0 B (std. fout)	Verandering T2-T0 B (std. fout)	Verandering T3 - T0 B (std. fout)
Motivatie voeding¹				Niet gemeten
Amotivatie	0,4 (0,2)	-0,1 (0,1)	0,0 (0,1)	
Externe regulatie	1,1 (0,3)	-0,3 (0,1)***	-0,2 (0,1)*	
Geïntrojecteerde regulatie	2,3 (0,3)	-0,1 (0,1)	-0,2 (0,1)	
<i>Gecontroleerde motivatie²</i>	5,6 (1,0)	-1,1 (0,3)***	-0,6 (0,4)	
Geïdentificeerde regulatie	3,5 (0,2)	0,0 (0,0)	0,0 (0,1)	
Geïntegreerde regulatie	2,2 (0,3)	0,5 (0,1)***	0,4 (0,1)***	
Intrinsieke motivatie	2,5 (0,2)	0,2 (0,1)***	0,0 (0,1)	
<i>Autonome motivatie³</i>	15,5 (1,2)	1,6 (0,3)***	0,9 (0,4)*	
Beweggedrag				
Zitgedrag ⁴	454,0 (64,8)	-99,8 (16,4)***	-86,9 (22,7)***	-88,6 (27,8)**
Wandelen ⁵	176,2 (107,1)	-45,9 (28,7)	-58,3 (27,9)*	-70,0 (28,7)*
Matig intensieve beweging ⁵	119,8 (96,7)	72,1 (35,1)*	129,1 (42,5)**	40,3 (45,4)
Zwaar intensieve beweging ⁵	110,6 (64,5)	57,2 (20,7)**	84,9 (31,8)**	40,3 (27,3)
<i>Totaal⁶</i>	363,8 (214,5)	92,3 (64,4)	165,6 (74,2)*	6,7 (78,3)
Eetgedrag				
Ontbijt ⁷	5,9 (0,3)	0,3 (0,1)**	0,1 (0,1)	0,1 (0,1)
Fruit ⁸	4,2 (1,9)	1,4 (0,5)**	0,8 (0,6)	1,9 (0,8)*
Groenten ⁹	25,0 (3,8)	2,9 (0,9)**	2,1 (1,5)	2,6 (1,4)
Vruchtensap ⁷	0,2 (0,5)	-0,4 (0,1)*	-0,2 (0,2)	-0,6 (0,3)*
Frisdrank ⁷	4,8 (0,7)	-0,9 (0,2)***	-1,0 (0,2)***	-1,3 (0,2)***
Tussendoortjes ⁷	9,5 (1,5)	-2,3 (0,4)***	-1,2 (0,6)	-2,4 (0,5)***
Kwaliteit van leven				
Mobiliteit ¹⁰	0,9 (0,1)	-0,1 (0,0)	0,0 (0,0)	-0,1 (0,0)*
Zelfzorg ¹⁰	0,9 (0,1)	0,0 (0,0)**	0,0 (0,0)	-0,1 (0,0)**
Dagelijkse activiteiten ¹⁰	1,0 (0,1)	-0,1 (0,0)*	-0,1 (0,1)	0,0 (0,1)
Pijn/klachten ¹⁰	1,4 (0,2)	-0,1 (0,0)*	-0,1 (0,1)*	-0,2 (0,1)**
Stemming ¹⁰	1,5 (0,1)	-0,2 (0,0)***	-0,2 (0,1)***	-0,2 (0,1)**
<i>Totale kwaliteit van leven¹¹</i>	0,9 (0,1)	0,1 (0,0)*	0,1 (0,0)**	0,1 (0,0)***
Algemeen ¹²	6,5 (0,4)	0,4 (0,1)***	0,6 (0,1)***	0,6 (0,1)***
Op dat moment ¹²	6,3 (0,4)	0,2 (0,1)***	0,4 (0,2)***	0,3 (0,2)***
Totale kwaliteit van leven¹¹				
GGR matig (n=61) ^a	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)***	0,2 (0,0)***	0,2 (0,1)**
GGR sterk (n=92)	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)**	0,1 (0,0)	0,1 (0,0)**
GGR extreem (n=121)	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)*	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Ketenzorg (n=174)	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)***	0,1 (0,0)	0,1 (0,0)**
Diabeten (n=97)	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)***	0,0 (0,0)	0,1 (0,0)*
Cool afgemaakt (n=189)	0,7 (0,0)	0,1 (0,0)***	0,1 (0,0)**	0,1 (0,0)***
Gewicht en BMI				
Gewicht ¹³	105,4 (1,1)	-2,2 (0,4)***	-1,5 (0,5)**	-1,4 (0,6)*
BMI	36,2 (0,3)	-0,7 (0,1)***	-0,5 (0,2)**	-0,5 (0,2)*

	Voormeting (T0) B (std. fout)	Verandering T1-T0 B (std. fout)	Verandering T2-T0 B (std. fout)	Verandering T3 - T0 B (std. fout)
Gewicht¹³				
GGR matig (n=61)	92,2 (2,1)	-3,5 (0,7)***	-3,0 (1,0)**	-1,6 (1,2)
GGR sterk (n=92)	101,6 (1,5)	-1,5 (0,6)*	-1,7 (0,9)	-1,7 (0,9)
GGR extreem (n=121)	118,2 (1,7)	-2,7 (0,6)***	-1,2 (0,5)*	-1,2 (0,8)
Ketenzorg (n=174)	102,9 (1,3)	-2,1 (0,4)***	-1,5 (0,5)**	-1,8 (0,6)**
Diabeten (n=97)	103,1 (2,5)	-1,6 (0,5)**	-1,1 (0,5)*	-1,4 (0,7)*
Cool afgemaakt (n=189)	105,2 (1,4)	-2,5 (0,4)***	-1,7 (0,5)**	-1,5 (0,6)*

Opmerking: Resultaten van linear mixed model analyses (ongestructureerde covariantie structuur); analyses zijn gecorrigeerd voor demografische kenmerken wanneer ze significant gerelateerd waren met missende waarden: leeftijd, geslacht, woonsituatie, werksituatie, opleidingsniveau en BMI; SD = standaarddeviatie, B is het gecorrigeerde geschatte gemiddeld (verschil vergeleken met de voormeting), significant verschil (* = p<0,050; ** = p<0,010; *** = p<0,001); ^a compound symmetry analyse, ¹vijf-puntsschaal (0 = helemaal mee oneens; 4 = helemaal mee eens), ²somscore (0 = ongecontroleerde motivatie; 24 = gecontroleerde motivatie), ³somscore (0 = niet autonome motivatie; 24 = autonome motivatie), ⁴uitkomsten gemeten in minuten per dag, ⁵minuten per week, ⁶somscore van wandelen, matig en zwaar intensieve activiteiten, ⁷frequentie per week, ⁸stuks per week, ⁹opscheplepels per week, ¹⁰drie-puntsschaal (1 = geen beperking; 3 = ernstig beperkt), ¹¹correctiefactor (-0,33 = volledig ongezond; 1 = volledige gezondheid), ¹²rapportcijfer (1-10), ¹³in kilogram



Figuur 5 Percentage gewichtsverandering op T3 ten opzichte van T0 bij de volwassenen

Tabel 18 Percentage gewichtsverlies op T1, T2 en T3 ten opzichte van T0 voor verschillende subgroepen

Subgroepen	Meer dan 5% afgefallen t.o.v T0		
	T1	T2	T3
	%	%	%
GGR matig (n=61)	31,4	19,0	18,8
GGR sterk (n=92)	17,9	29,7	25,0
GGR extreem (n=121)	30,7	17,7	19,4
Ketenzorg (n=174)	24,6	21,6	20,6
Ketenzorg onbekend (n=126)	29,5	23,8	30,8
Diabeten (n=97)	17,4	19,4	17,4
Cool afgemaakt (n=189)	29,6	22,5	21,1

Opmerking: n = aantal deelnemers

5.3.2 Ouders en kinderen respons

Van 28 ouders en kinderen zijn de nameting (T1) gegevens binnen (56%) en zijn er 19 vragenlijsten van de korte termijn nameting (T2) ingevuld. Dat betekent dat er in het onderzoek

een loss to follow-up hadden van 44% bij T1 en 54% bij T2. We verwijzen de lezer graag terug naar Figuur 4 voor de duiding van deze percentages. Hieronder worden de resultaten van de ouders en hun kinderen gerapporteerd ten aanzien van veranderingen in gedrag, opvoeding, kwaliteit van leven, BMIz, motivatie en gedragsspecifieke cognities.

Opvoeding en ouderschapspraktijken

Bij de nameting gaven de ouders aan minder problemen te ervaren met het gedrag van hun kind. Daarbij was ook hun eigen-effectiviteit toegenomen om met deze problemen om te gaan. Ouders stimuleerden hun kinderen na het programma meer om gezond te zijn en vertoonden vaker een gezond voorbeeldgedrag in het bijzijn van hun kind. Ook de zogenaamde ‘covert control’ is veranderd: ouders hebben vaker de inname van ongezonde producten proberen te beïnvloeden op een manier die niet direct zichtbaar is voor het kind, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van ongezonde voedingsproducten in huis te verkleinen of minder zichtbaar te maken.

Beweegmotivatie

Beweegmotivatie is door de kinderen en adolescenten zelf gerapporteerd. Hier zijn dezelfde subschalen berekend ten aanzien van de beweegmotivatie als bij de volwassenen, alleen is er voor de kinderen geen schaal voor de geïntegreerde regulatie ontwikkeld. De kinderen en adolescenten rapporteerden een significant lagere externe regulatie (“sporten omdat het van anderen moet”) op T1, maar verder lijkt de beweegmotivatie niet te zijn beïnvloed door de interventie.

Gedragsspecifieke cognities

Bij de gedragsspecifieke cognities is alleen de attitude ten aanzien van fruit significant veranderd ten opzichte van de voormeting. Deze attitude is negatiever geworden, wat betekent dat de deelnemers een minder positieve houding over fruit hadden dan voor aanvang van de interventie.

Beweeggedrag

Op de korte termijn na afloop van het programma zijn de kinderen en adolescenten significant minder televisie gaan kijken ten opzichte van de voormeting (-4,0 uur per week; Tabel 19). Dit lijkt echter deels te worden gecompenseerd door een toename in computertijd. Veranderingen in de overige beweeggedragingen geven geen eenduidig beeld (bijvoorbeeld toename in actief transport naar school, afname in buitenspelen). Waar de ouders een kleine afname in sportgedrag rapporteren op T2, geven de kinderen zelf echter aan dat hun sportgedrag is toegenomen met zo’n 1,5 uur per week.

Eetgedrag

Wat betreft het eetgedrag waren enkele significante veranderingen zichtbaar ten opzichte van de voormeting. Deze veranderingen waren in de gezonde richting. De ouders rapporteren dat hun kind meer groenten is gaan eten, vaker water en minder vaak vruchtensap drinkt.

Slapen

Na afloop van het programma werd er door de kinderen gemiddeld bijna een half uur langer geslapen per week; deze toename was op langere termijn niet meer zichtbaar. Bij de voormeting had 23,8% van de kinderen last van slaapproblemen. Het aantal slaapproblemen is niet significant veranderd.

Kwaliteit van leven

Bij de nameting was het onderdeel ‘lichamelijk ongemak’ en de totaalscore voor kwaliteit van leven statistisch significant verbeterd. Kinderen konden zich, volgens hun ouders, beter en gemakkelijker bewegen.

BMIz

Gemiddeld scoorden de kinderen aan het Cool-programma op T1 0,1 BMIz-punten lager. Dit betekent dat zij, gerelateerd aan hun lengtestijging, zijn afgevallen. Dit verschil is op de langere termijn meting echter niet meer zichtbaar. Er is gekeken naar de verschillen tussen de GGR groepen in de veranderingen in BMI z-scores. Hier werd geen significant verschil gevonden.

Tabel 19 Gemiddelde verandering gerapporteerd door ouders en kinderen op beweeg-, eet- en slaapedrag, BMI, en beweeg- en eetmotivatie op T1 en T2, getoetst met mixed method (n = 79)

	Voormeting (T0) B (std. fout)	Verandering T1-T0 B (std. fout)	Verandering T2-T0 B (std. fout)
Opvoeding			
Toezicht houden ^{1a}	3,7 (0,2)	-0,2 (0,3)	-0,3 (0,3)
Consistente discipline ^{1a}	2,7 (0,2)	0,4 (0,3)	0,4 (0,4)
Steun voor autonomie ¹	4,3 (0,1)	0,0 (0,1)	0,0 (0,1)
Ervaren problemen in de opvoeding ²	2,5 (0,2)	-0,4 (0,2)*	-0,2 (0,2)
Eigen effectiviteit ten aanzien van problemen in de opvoeding ³	7,0 (0,4)	1,3 (0,4)**	0,2 (0,2)
Ouderschapspraktijken			
Stimulatie ¹	5,0 (0,3)	0,2 (0,1)*	0,2 (0,1)
Model-leren – voeding ¹	4,4 (0,4)	0,4 (0,1)***	0,3 (0,1)*
Model-leren – beweging ⁴	3,2 (0,4)	0,2 (0,1)	-0,2 (0,1)
Beschikbaarheid ¹	3,0 (0,6)	0,2 (0,2)	0,3 (0,2)
Regels voor beweging ^{4a}	3,9 (0,7)	-0,1 (0,2)	-0,3 (0,3)
Emotioneel voeden ⁴	1,7 (0,3)	0,0 (0,1)	0,2 (0,1)
Instrumenteel voeden ⁴	2,2 (0,3)	0,0 (0,1)	0,1 (0,1)
Monitoren – beweging ⁴	4,9 (0,5)	0,2 (0,1)	-0,2 (0,2)
Controle (onzichtbaar voor kind) ⁴	2,6 (0,7)	0,4 (0,1)*	0,4 (0,2)*
Controle (zichtbaar voor kind) ⁴	1,6 (0,5)	0,1 (0,1)	0,1 (0,1)
Bewegmotivatie⁵			
Amotivatie ^b	0,9 (1,0)	0,2 (0,3)	-0,1 (0,2)
Externe regulatie	0,8 (0,8)	-0,2 (0,1)**	0,1 (0,2)
Geïntrojecteerde regulatie	0,9 (0,6)	0,2 (0,1)	-0,2 (0,2)
<i>Gecontroleerde motivatie⁶</i>	8,3 (5,4)	-0,7 (0,6)	1,2 (1,2)
Geïdentificeerde regulatie	2,5 (0,9)	-0,2 (0,2)	0,1 (0,2)
Intrinsieke motivatie	2,9 (1,0)	0,0 (0,1)	-0,1 (0,2)
<i>Autonome motivatie⁷</i>	13,6 (4,8)	-0,5 (0,5)	0,5 (1,0)
Gedragsspecifieke cognities			
Beweegplezier ¹	4,5 (0,6)	0,0 (0,1)	-0,1 (0,1)
Gewoonte – sporten ¹	4,1 (0,7)	0,1 (0,2)	-0,1 (0,2)
Gewoonte – buiten spelen ¹	5,7 (0,9)	-0,1 (0,2)	-0,2 (0,3)
Gewoonte – fruit eten ¹	4,0 (0,7)	0,1 (0,1)	0,3 (0,2)
Eigen effectiviteit – buiten spelen ⁸	4,9 (0,7)	-0,2 (0,2)	0,0 (0,2)
Eigen effectiviteit – fruit eten ⁸	4,4 (0,5)	-0,1 (0,1)	0,0 (0,2)

	Voormeting (T0) B (std. fout)	Verandering T1-T0 B (std. fout)	Verandering T2-T0 B (std. fout)
Attitude fruit ¹	4,8 (0,4)	-0,3 (0,1)*	-0,2 (0,1)
Beweggedrag⁹			
Televisiekijken	9,2 (0,7)	-1,5 (0,9)	-4,0 (0,8)***
Computeren	8,0 (0,8)	1,6 (1,1)	1,9 (1,2)
Buiten spelen	7,2 (0,8)	-0,9 (0,9)	-1,7 (1,3)
Sporten	2,8 (0,4)	0,6 (0,5)	-0,2 (0,4)
Naar school lopen/fietsen	2,4 (0,5)	0,5 (0,4)	0,6 (0,7)
Lopen en fietsen vrije tijd	3,8 (0,7)	0,2 (0,8)	-1,0 (0,7)
Sportgedrag ¹⁰	1,8 (1,1)	0,0 (0,7)	1,5 (0,7)*
Eetgedrag			
Ontbijt ¹⁰	6,0 (0,4)	0,6 (0,3)	0,1 (0,2)
Fruit ¹¹	10,4 (1,8)	-1,0 (2,0)	-1,4 (1,0)
Groente ¹²	22,0 (2,7)	13,3 (4,6)**	7,9 (1,7)***
Water ¹³	19,4 (4,0)	10,5 (4,0)*	7,0 (2,7)*
Frisdrank ¹³	8,8 (2,1)	-2,9 (2,6)	-4,8 (1,8)*
Light frisdrank ¹³	2,0 (1,4)	2,1 (2,1)	-0,5 (0,9)
Vruchtendrank ¹³	2,5 (0,6)	-0,5 (1,0)	-1,3 (0,5)*
Vruchtensap ¹³	1,6 (0,5)	-0,9 (0,3)*	-0,7 (0,4)*
Tussendoortjes ¹⁰	8,8 (1,1)	-0,8 (0,7)	-0,6 (0,6)
Slapen			
Slaapuren ⁹	49,8 (0,9)	0,4 (1,5)*	-0,2 (1,7)
Slaapproblemen ¹⁴	0,3 (0,1)	0,0 (0,1)	-0,1 (0,1)
Kwaliteit van leven			
Lichamelijk ongemak ¹⁵	25,5 (0,6)	1,6 (0,7)*	1,1 (0,8)
Waardering van het lichaam ¹⁶	36,2 (1,2)	1,7 (1,0)	0,0 (1,4)
Omgeving van uw kind ¹⁵	26,8 (0,5)	0,2 (0,5)	0,5 (0,5)
Het gezin ¹⁵	28,8 (0,3)	0,2 (0,5)	0,6 (0,5)
<i>Totaal¹⁷</i>	117,3 (1,9)	3,7 (1,6)*	1,3 (2,5)
Gezondheid van de ouder ³	7,5 (0,1)	-0,1 (0,2)	-0,1 (0,2)
Gezondheid dag van de ouder ³	7,5 (0,1)	0,0 (0,3)	-0,2 (0,3)
Gezondheid van de kind ³	7,4 (0,2)	0,2 (0,2)	-0,2 (0,3)
Gezondheid dag van de kind ³	7,6 (0,2)	0,3 (0,3)	-0,2 (0,2)
Totale kwaliteit van leven¹⁷			
GGR licht en matig (n=33)	115,3 (3,8)	3,6 (2,3)	4,6 (3,0)
GGR sterk en extreem (n=37)	118,6 (2,7)	3,8 (2,0)	-1,3 (3,7)
BMIz¹⁸			
Totale groep	2,3 (0,1)	-0,1 (0,1)*	0,0 (0,1)
GGR licht en matig (n=33)	2,0 (0,1)	-0,2 (0,1)	-0,1 (0,1)
GGR sterk en extreem (n=37)	2,6 (0,1)	-0,1 (0,1)	0,1 (0,1)

Opmerking: Resultaten van linear mixed model analyses (ongestructureerde covariantie structuur); analyses zijn gecorrigeerd voor demografische kenmerken wanneer ze significant gerelateerd waren met missende waarden: leeftijd, geslacht, woonsituatie, werksituatie, opleidingsniveau en BMIz; SD = standaarddeviatie, B is het gecorrigeerde geschatte gemiddeld (verschil vergeleken met de voormeting), significant verschil (* = $p < 0,050$; ** = $p < 0,010$; *** = $p < 0,001$); ^a 1 item analyse, ^b compound symmetry analyse; ¹vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), ²zeven-puntsschaal (1 = helemaal geen probleem; 7 = heel groot probleem), ³rapportcijfer (1-10), ⁴vijf-puntsschaal (1 = nooit; 5 = altijd), ⁵vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens;

5 = helemaal mee eens), ⁶somscore (0 = ongecontroleerde motivatie; 24 = gecontroleerde motivatie), ⁷somscore (0 = niet autonome motivatie; 20 = autonome motivatie), ⁸vijf-puntsschaal (1 = heel moeilijk; 5 = helemaal niet moeilijk), ⁹uren per week, ¹⁰frequentie per week, ¹¹stuks per week, ¹²opscheplepels per week, ¹³bekers per week, ¹⁴vijf-puntsschaal (0 = geen problemen; 1 = 1 probleem; 4 = 4 problemen), ¹⁵schaal (1 = altijd; 30 = nooit een probleem), ¹⁶schaal (1 = altijd; 45 = nooit een probleem), ¹⁷schaal (1 = slechte; 135 = beste), ¹⁸gestandaardiseerde BMI

6 Discussie

In dit actie-begeleidend onderzoek is het Cool-programma gemonitord om de programma-inhoud en de implementatie ervan te versterken en om te komen tot concrete aanbevelingen over bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de rol van de leefstijlcoach als verbindend element in de zorgketen. Over het algemeen hebben we een positief beeld gekregen van de potentie van de inzet van Cool voor deelnemers vanaf een matig verhoogd GGR. We verwijzen de lezer graag naar een puntsgewijze samenvatting van de resultaten in bijlage 5 en aanbevelingen in bijlage 6. Het pilottraject van Cool geeft duidelijke handvatten om leefstijlcoaching duurzaam in te bedden in de integrale aanpak van obesitas, waarbij een aantal aanknopingspunten is geïdentificeerd om dit traject verder te optimaliseren. Deze zullen in onderstaande discussie, naast een reflectie op de belangrijkste bevindingen, worden gepresenteerd.

De *aanwezigheid* bij de individuele en groepsessies was relatief hoog en uitval laag (18% bij de volwassenen, 21% bij de kinderen). Uitvalpercentages zijn vergelijkbaar met die van eerdere Nederlandse GLI studies (13%-31% [12, 53-55]). Opvallend is dat relatief veel deelnemers met een lage sociaaleconomische status (SES) zijn ingestroomd. Veelal worden in interventies ter preventie van chronische ziekten relatief veel personen met een hoge SES bereikt, hetgeen eerder leidt tot een vergroting van sociaaleconomische gezondheidsverschillen dan tot een verkleining ervan [56]. Secundaire analyses laten zien dat de resultaten bij de groep deelnemers van lage SES niet significant afwaken van die van de totale populatie.

Als het gaat om de *waardering van het programma* zijn deelnemers positief over de verschillende onderdelen en ze ervaren ook effecten ten aanzien van hun fitheid en dagelijks functioneren. Het Cool programma in zijn geheel is beoordeeld met een rapportcijfer van rond de 8 (volwassenen: 8.6; ouders: 8.5; kinderen: 7.8). Veel deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan terugkombijeenkomsten. Deze bijeenkomsten zijn reeds ontwikkeld in de vorm van het terugvalprogramma en zijn momenteel geïmplementeerd.

Als onderdeel van het *zorgpad* konden deelnemers door de leefstijlcoaches doorverwezen worden naar zorgprofessionals, zoals fysiotherapeuten of diëtisten, of naar lokale beweegaanbieders of beweegorganisaties in de buurt. Hier zou de leefstijlcoach de rol dienen in te vullen als verbindend element in de zorgketen, maar ook als verbinding tussen het publieke domein en het zorgdomein. Er is echter slechts een klein aantal deelnemers doorverwezen naar een zorgprofessional, buurtsportcoach of beweegorganisaties. Wel had een groot gedeelte van de deelnemers na afloop van het programma behoefte aan voortgezette begeleiding door de leefstijlcoach, diëtist of POH. Dit duidt erop dat men nog onvoldoende zelfmanagementvaardigheden heeft ontwikkeld gedurende de interventie. Gezien de complexe problematiek van de deelnemers zouden de leefstijlcoaches een signalerende rol op zich moeten nemen en eerder doorverwijzen wanneer blijkt dat andere professionals een aanvullende rol dienen te spelen. Diëtisten en POH's hebben meer kennis rondom medicatie en chronische ziekten, fysiotherapeuten hebben meer kennis rondom lichamelijke beperkingen, en buurtsportcoaches kunnen beweeggedrag beter faciliteren. Wat betreft het verwijzen naar het beweegaanbod was dit per regio verschillend ingericht. Zo waren er bij het programma buurtsportcoaches en overkoepelende organisaties (bijvoorbeeld Alcander en Oosterhout in Beweging) betrokken. De laatste twee partijen zijn bij het volwassenen programma tijdens de tweede groepsbijeenkomst ingezet. Zo is in Oosterhout een kort persoonlijk consult tijdens de groepsbijeenkomst over beweging gehouden.

De rol van de leefstijlcoach als 'spin in het web' dient sterker benut te worden. Hier ligt een deel van de kracht van Cool. In de praktijk zien we immers dat de kloof tussen zorg en

preventie in bestaande netwerken slechts moeizaam wordt overbrugd. In de pilot is Cool er onvoldoende in geslaagd om die kloof optimaal te dichten. We zijn ons ervan bewust dat dit tijd kost. Het onderzoek liet ook zien dat naarmate het Cool-traject vorderde, netwerken rondom enkele coaches groter en ‘dichter’ werden. Niettemin bevelen we de leefstijlcoaches (wellicht in de vorm van de beroepsvereniging) aan om zich bewust te zijn van de kans en noodzaak die hier blijft liggen. De coaches scoorden zichzelf relatief laag op de competentie van ‘ondernemerschap’ en vonden deze ook het minst belangrijk om hun beroep uit te oefenen. Hier dient dus, naast deskundigheidsbevordering, ook ingezet te worden op bewustwording en kennisvergroting.

Ten aanzien van de *kansen en barrières* voor implementatie van Cool blijkt uit de evaluatie dat de toeleiding naar de interventie langzaam verliep. Het programma stond niet altijd goed op het netvlies bij de primaire verwijzers (POH's en jeugdverpleegkundigen). Actieve verwijzers bij het Cool-programma bleken persoonlijk meer gemotiveerd en hadden persoonlijke interesse voor de overgewichtproblematiek. Uit literatuur blijkt dat oudere huisartsen, huisartsen die persoonlijk contact hebben met de professionals waar ze naar kunnen verwijzen en huisartsen die preventie als hun taak zien eerder obesitaspatiënten verwijzen voor voedingsadvies [57]. Daarnaast blijken eerstelijns zorgaanbieders veel financiële en andere obstakels te ondervinden om leefstijlinterventies aan hun patiënten aan te bieden [Molema C et al, ongepubliceerde data] [58]. Bijkomend probleem bij kinderen is dat zij zelden met een klacht over hun gewicht bij de huisarts komen. Huisartsen meten de BMI van kinderen te weinig en ze verwijzen kinderen zelden door naar behandelprogramma's voor overgewicht [59]. Het Cool-onderzoek heeft in aanvulling hierop laten zien dat een deel van de leefstijlcoaches er niet in is geslaagd om het programma optimaal onder de aandacht te brengen bij zorgprofessionals. Ook hiervan is bekend dat er een bepaalde opstarttijd nodig is voordat verwijzers enthousiast worden, achter de innovatie staan en weten hoe ze moeten verwijzen [60]. Dit fenomeen hebben we ook gezien in eerdere interventiestudies [12, 53-55]. Bij Cool hebben we, in lijn met de eerder aangehaalde versterking van het netwerk rondom de leefstijlcoaches, geobserveerd dat de verwijzingen later in de pilotperiode beter verliepen dan aan het begin; met name bij de volwassen deelnemers. In de toekomst dient dus ook rekening gehouden te worden met de ‘scharreltijd’ die nodig is om een innovatie te implementeren. Scharreltijd kan worden gezien als de tijd die nodig is om de innovatie uit te proberen, voor het informeren en in contact brengen van verwijzers en leefstijlcoaches, om elkaars expertise op waarde te schatten en te leren van positieve en negatieve ervaringen. Een toename in het aantal verwijzingen kan de leefstijlcoach in staat stellen om de groepssamenstelling te beïnvloeden. Onze studie laat zien dat zowel de leefstijlcoaches als de deelnemers aangeven een homogener samenstelling van de groepen (op basis van met name leeftijd en cognitieve vaardigheden) op prijs te stellen. De leefstijlcoach kan bij homogenere groepen de boodschap beter afstemmen op alle aanwezigen, en de kans wordt vergroot dat deelnemers zich herkennen in ervaringen van anderen.

Uit de evaluatie naar *veranderingen binnen deelnemers* blijkt dat de volwassen deelnemers rapporteerden significant meer te bewegen, minder te zitten en gezonder te eten en houden dit op lange termijn vol. Ze hebben een verbeterde motivatie, een lagere gecontroleerde en een verhoogde autonome motivatie, ten aanzien van voedings- en beweeggedrag. De gerapporteerde kwaliteit van leven is significant toegenomen bij de deelnemers. Daarnaast zijn deelnemers gemiddeld 2,2 kg afgevallen na deelname, en dit gewichtsverlies blijft deels behouden tot twee jaar na de nulmeting. Meer dan 60% van de deelnemers had 2 jaar na instroom een lagere BMI dan voor aanvang van het programma en 22% had meer dan 5% gewichtsverlies. Deze resultaten zijn in lijn met de interventiegroepen in eerdere studies naar in Nederland geïmplementeerde ‘real-life’ gecombineerde leefstijlinterventies. De bereikte effecten op

lichaamsgewicht van de SLIM interventie [61], de BeweegKuur [54, 62], MetSLIM en SLIMMER [12] varieerden van 2,2 kg [53] tot 2,7 kg [11]. Ook ten aanzien van internationale interventies in real-life settings, waar het gewichtsverschil varieerde tussen 0,6 kg [63] en 3,0 kg gewichtsverlies over een onderzoeksperiode van één jaar of langer [64, 65], zijn deze resultaten vergelijkbaar.

We hebben in het onderzoek geen grote verschillen kunnen detecteren in participatiegraad, waardering of veranderingen in gedrag, motivatie of gewicht tussen de verschillende GGR groepen. De deelnemers met diabetes mellitus type 2 namen statistisch significant in gewicht af, maar vielen gemiddeld minder af dan de totale groep. Een aantal deelnemers met een sterk of extreem verhoogd GGR heeft tijdens of na het programma een bariatrische ingreep ondergaan. Een observatie was dat voor deze personen het Cool-programma ondersteunend bleek aan een dergelijke ingreep. Deze mensen hebben we overigens opgevolgd in het onderzoek, maar hun gewichtsverlies is niet meegenomen in de analyses op het gebied van gewicht.

In de analyses van deze studie is, in lijn met de meeste van de hierboven aangehaalde studies, gebruik gemaakt van het intention-to-treat principe, waarbij deelnemers onafhankelijk van actieve participatie in de interventie zijn meegenomen in de analyses. De per-protocol-analyse (waarin alleen de deelnemers zijn meegenomen die het programma hebben afgemaakt) liet een positiever beeld zien in termen van veranderingen binnen deelnemers. Dit ontstrept het belang van het behouden van alle deelnemers in de interventie. In dit onderzoek is alleen uitspraak gedaan over veranderingen binnen één interventiegroep, vanwege het ontbreken van een controlegroep. Zoals reeds in de inleiding toegelicht, zijn we er vooraf vanuit gegaan dat het door ons gekozen onderzoeksdesign het best past bij de primaire vragen die in de praktijk beantwoord dienen te worden. Een (gecontroleerd) design, gericht op de studie van (kosten-) effectiviteit had ons te veel beperkt in de actie-begeleidende rol. Het zou ten koste zijn gegaan van het blootleggen van de belangrijkste implementatievraagstukken, het geven van feedback op basis van onderzoeksresultaten, en het doen van aanpassingen in de inhoud en het proces van het programma. Bij gebrek aan een (gerandomiseerde) controlegroep kunnen we dus echter geen harde uitspraken doen over het effect van Cool ten opzichte van gebruikelijke zorg. Voorgaande studies hebben overigens laten zien dat het gewicht van een controlegroep in de periode van 12 tot 24 maanden follow-up nagenoeg stabiel blijft [12, 60]. In dat perspectief kan het door ons geïdentificeerde gewichtsverlies worden geplaatst. Hierbij moet worden aangetekend dat de resultaten ten aanzien van gewichtsverandering gebaseerd zijn op een gecombineerde meting van objectieve meting door het onderzoeksteam, zelfrapportage en meting door een professional (huisarts, POH, LSC). Hoewel in het onderzoek de anonieme verwerking van de gegevens voortdurend is benadrukt, is er naar alle waarschijnlijkheid sprake van sociale wenselijkheidsbias bij de resultaten ten aanzien van motivatie, kwaliteit van leven, gedrag en gewicht. Bij een deel van de metingen hadden we echter beschikking over zowel zelfgerapporteerde als objectieve gewichtsgegevens. De mate van overeenstemming tussen die gegevens was zeer hoog ($r > 0,96$), hetgeen vertrouwen geeft in de interne validiteit van deze gegevens.

De resultaten bij de kinderen en adolescenten lieten positieve veranderingen zien op het gebied van enkele indicatoren van met name kwaliteit van leven, voedingsgedrag en opvoeding. Op korte termijn was er een afname in BMI_z. Er werden geen lange termijn veranderingen gezien op het gebied van motivatie, kwaliteit van leven en BMI_z. Hoewel de resultaten in lijn zijn met de huidige empirie ten aanzien van eerstelijnsinterventies ter behandeling van kindero obesitas (zie bijvoorbeeld [66] voor een internationale review en [67] voor een overzicht van Nederlandse interventies), is het aantal deelnemers in onze studie echter te laag om stevige conclusies te verbinden aan deze resultaten. Het is lastig gebleken om kinderen en adolescenten te verwijzen naar het programma, en om gedragsverandering bij kinderen en

families met vaak complexe gezinssituaties en gewortelde routines te bewerkstelligen. De kinderinterventie is uitgebreider dan de interventie voor volwassenen, en daarmee intensiever voor de deelnemers. Dit zou een oorzaak kunnen zijn van het lagere deelnamepercentage bij de kinderinterventie. De leefstijlcoaches bleken na de opleiding nog niet voldoende competent te zijn om de (ouders van) kinderen te coachen naar duurzame gedragsverandering. Ondanks dat er in de aanvullende module ‘leefstijlcoaching voor kinderen’ aandacht is geweest voor opvoeding en het veranderen van opvoeding, zou er in de opleiding meer nadruk moeten liggen op het coachen van gezinnen en het omgaan met complexe gezinssituaties. Daarnaast is de vraag of ‘complexe’ gezinnen niet meer gebaat zijn met een programma gericht op het verbeteren van opvoeding in het algemeen, alvorens ze aan leefstijl gaan werken.

Wat betreft de *kosten* heeft het Cool-programma relatief lage kosten vergeleken met de BeweegKuur. Het Cool-basisprogramma voor volwassenen kost €302,43 (exclusief btw) per deelnemer, voor vier individuele en acht groepssessies. Dit zijn de kosten voor de zorgverzekeraar, waarbij alleen het salaris van de leefstijlcoaches per deelnemer is meegerekend. Kosten voor de overige onderdelen staan in bijlage 4 (Tabel 21) vermeld. De kosten voor het BeweegKuur opstart beweegprogramma (zes bijeenkomsten met een leefstijladviseur, zes individuele bijeenkomsten met een fysiotherapeut, zeven groepsbijeenkomsten met een diëtist en drie individuele bijeenkomsten met een diëtist) bedroegen €622. Het begeleid beweegprogramma (zes bijeenkomsten met een leefstijladviseur, 26-34 groepsbijeenkomsten met een fysiotherapeut, zes tot zeven individuele bijeenkomsten met een fysiotherapeut, zeven groepsbijeenkomsten met een diëtist en drie individuele bijeenkomsten met een diëtist) bedroeg €1615 per deelnemer. Bij de kostenraming voor Cool zijn geen kosten meegenomen van het overige zorggebruik. Het is aannemelijk dat de rol van de leefstijlcoach als verbindend element in de zorgketen kan leiden tot een toename in zorggebruik op korte termijn (bijvoorbeeld door doorverwijzing naar fysiotherapeut of diëtist) en daardoor een afname op langere termijn. We zullen in een voortgezet onderzoekstraject trachten meer inzicht te krijgen in de relatie tussen veranderingen in kwaliteit van leven en gewicht in relatie tot gemaakte zorgkosten.

Rol van de leefstijlcoach

In het algemeen kan worden gesteld dat de coaching door de leefstijlcoach naar duurzame gedragsverandering, verbetering van kwaliteit van leven en gewichtsverlies bij volwassenen goed is. Hoewel het gewichtsverlies bij een groot deel van de deelnemers niet op het gewenste niveau van 5% zit, laat het geheel aan resultaten zien dat de kans op terugval en aankomen in gewicht kleiner is dan bij interventies die sterker zijn gericht op korte termijn gewichtsverlies. In de principiële grondslagen van Cool worden steekhoudende argumenten gebruikt om de aanpak te richten op kleine stappen, duurzame veranderingen en een holistische benadering van het concept gezondheid. Blijvende gedragsverandering bij de doelgroep met een verhoogd GGR is uiterst moeilijk. Veel deelnemers hebben al meerdere (mislukte) afvalpogingen achter de rug. Een vaak geobserveerde valkuil voor zorgverleners is om de aandacht primair te leggen bij het gewicht en (te) drastische veranderingen in gedrag patronen om gewicht te verliezen. Dit leidt onherroepelijk tot faalervaringen, gecontroleerde motivatie en gewichtsstijging op lange termijn. De resultaten laten zien dat Cool hierin de juiste snaar raakt.

De centrale rol van de leefstijlcoach in de verbinding tussen zorg en preventie wordt echter nog suboptimaal benut. Hier ligt primair een taak voor de leefstijlcoaches en de beroepsvereniging om hun plek in de integrale aanpak van obesitas steviger vorm te geven. Ondernemerschap, netwerkactiviteiten, signalering, doorverwijzen naar en intensieve communicatie met zorgprofessionals en sleutelfiguren in het maatschappelijke domein zijn daarvoor nodig. Integraliteit van de aanpak bevordert de efficiëntie en effectiviteit ervan, maar

alleen als de deelnemers daardoor zorg op maat krijgen. De mate waarin de leefstijlcoach centraal staat in het netwerk bepaalt in sterke mate de toeleidingspercentages en ook in hoeverre de leefstijlcoach in staat is om de deelnemer passende zorg te bieden. De organisatiestructuur waarin leefstijlcoaches op regionaal of landelijk niveau werken, moet zodanig worden vormgegeven dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt gewaarborgd. De vormgeving van een transparant competentieprofiel en beroepscode zijn daar onderdeel van, evenals het structureel inbedden van een systeem van intervisie en supervisie.

Aan de andere kant wordt het succes van de leefstijlcoach bepaald door de context waarin de coach werkt. Contexten waarin de preventiepiramide beter is ingevuld (i.e. goede plek voor universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) [68], bieden meer kansen om de rol als leefstijlcoach goed in te vullen. Op een toenemend aantal plekken in Nederland is een positieve trend te zien in de richting van een kwalitatief sterke invulling van de volledige preventiepiramide. Dit biedt kansen voor betere inbedding van leefstijlcoaching. In een context waar bijvoorbeeld huisartsen, GGD'en en gemeenten de verbinding tussen zorg en preventie prioriteit en draagvlak geven, zal de leefstijlcoach niet geïsoleerd komen te staan. Nationale instanties, zoals Partnerschap Overgewicht Nederland, RIVM Centrum Gezond Leven, GGD en GHOR Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland kunnen daar op nationaal niveau aan bijdragen. In onze studie zagen we dat de context een onvoldoende integraal karakter had. Kinderen en adolescenten kwamen bijvoorbeeld alleen in aanraking met de buurtsportcoach wanneer hier behoefte aan was. Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, of buurtsportcoaches zouden kinderen met overgewicht of obesitas op scholen kunnen identificeren en naar gepaste zorg (waaronder de leefstijlcoach) verwijzen. In de pilot in Parkstad bleek dat verwijzen vanuit de schoolsetting, via de zogenaamde Gezonde Basisschool van de Toekomst, met medewerking van de school, jeugdverpleegkundige van de school, GGD en gemeente vorm te geven is. Op die manier kan de integrale aanpak van overgewicht, in de afstemming tussen sleutelfiguren, op een effectievere manier vorm krijgen [69].

Conclusie

Zeker ten aanzien van de volwassen doelgroep heeft de studie laten zien dat de leefstijlcoach een belangrijke rol kan vervullen als verbindend element in de keten voor mensen vanaf een matig verhoogd GGR in Nederland. De leefstijlcoach kan deelnemers laagdrempelig begeleiden naar duurzame gedragsverandering, professionals in het zorgdomein en het publieke domein met elkaar verbinden en deelnemers overdragen aan relevante andere professionals. Bij de doelgroep kinderen en adolescenten kunnen nog geen duidelijke conclusies getrokken worden ten aanzien van de meerwaarde van de leefstijlcoach in de zorgketen.

Het programma dient doorontwikkeld te worden op het gebied van interdisciplinaire samenwerking, de competenties van de coaches (met name doorverwijzen, ondernemerschap, begeleiding van (ouders van) kinderen), professionalisering van de organisatiestructuur (kwaliteitsborging door intervisie, supervisie) en verdere invulling van het terugvalprogramma. Ten aanzien van eventuele bredere, landelijke, uitrol, laat deze pilot eens te meer het belang zien van het nemen van (scharrel)tijd voor het informeren en in contact brengen van verwijzers en leefstijlcoaches, voor het 'peilen' van elkaars expertise en voor het experimenteren om te leren van positieve en negatieve ervaringen. De verwachting is dat het Nederlandse preventie- en zorglandschap zich in de komende jaren zodanig ontwikkelt dat de leefstijlcoach hierin samen met andere sleutelfiguren een centrale plek kan innemen, om de noodzakelijke integrale aanpak van obesitas optimaler vorm te geven.

Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981 [Height and weight of persons, underweight and overweight; since 1981]. Den Haag/Heerlen 2016. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=1512634988568>. Accessed on 7 Dec 2017.
2. Kremers SP, Visscher TL, Seidell JC, van Mechelen W, Brug J. Cognitive determinants of energy balance-related behaviours: measurement issues. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2005;35(11):923-933.
3. Brown T, Avenell A, Edmunds LD, Moore H, Whittaker V, Avery L, et al. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2009;10(6):627-638.
4. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001;344(18):1343-1350.
5. Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam; 2010.
6. Janicke DM, Steele RG, Gayes LA, Lim CS, Clifford LM, Schneider EM, et al. Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(8):809-825.
7. McGovern L, Johnson JN, Paulo R, Hettinger A, Singhal V, Kamath C, et al. Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(12):4600-4605.
8. Gillies C, Abrams K, Lambert P, Cooper N, Sutton A, Hsu R, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334(7588):9.
9. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes*. 2016;6(6):395-403.
10. Berendsen BA. Measurement & Promotion of Physical Activity. Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care [PhD dissertation]: Maastricht University; 2016.
11. Duijzer G. Type 2 diabetes prevention from research to practice: the SLIMMER lifestyle intervention [PhD dissertation]: Wageningen University; 2016.
12. Bukman AJ. Targeting persons with low socioeconomic status of different ethnic origins with lifestyle interventions: opportunities and effectiveness [PhD dissertation]. Wageningen: Wageningen University; 2016.
13. Gerards SM, Dagnelie PC, Gubbels JS, van Buuren S, Hamers FJ, Jansen MW, et al. The effectiveness of lifestyle triple P in the Netherlands: a randomized controlled trial. *PloS one*. 2015;10(4):e0122240.
14. Rijks JM, Plat J, Mensink RP, Dorenbos E, Buurman WA, Vreugdenhil AC. Children With Morbid Obesity Benefit Equally as Children With Overweight and Obesity From an Ongoing Care Program. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(9):3572-3580.
15. Helmink JH, Kremers SP, Van Boekel LC, Van Brussel-Visser FN, Preller L, De Vries NK. The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. *Fam Pract*. 2012;29 Suppl 1:i68-i74.

16. Berendsen BA, Kremers SP, Savelberg HH, Schaper NC, Hendriks MR. The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: mixed method process evaluation. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):37.
17. Rutten GM, Meis JJ, Hendriks MR, Hamers FJ, Veenhof C, Kremers SP. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity.* 2014;11:86.
18. Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2009;10(3):313-323.
19. Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard Addendum Geïndiceerde preventie van diabetes type 2. Rotterdam: iDrukker; 2012.
20. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement. Den Haag 2013.
21. Willeboordse M, Jansen MW, van den Heijkant SN, Simons A, Winkens B, de Groot RH, et al. The Healthy Primary School of the Future: study protocol of a quasi-experimental study. *BMC public health.* 2016;16:639.
22. Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland. Het profiel van de hbo leefstijlcoach [The profile of the higher professional lifestyle coach]. 2016. <http://www.blcn.nl/wp-content/uploads/2016/04/Het-profiel-van-de-hbo-leefstijlcoach-versie-1.0.pdf>. Accessed on 29 Mar 2016.
23. VSNU-NOA. Competentie Instrument voor de Nederlandse Universiteiten [Competence Instrument for the Dutch Universities]. 2010. http://www.vsnunoa.nl/files/documenten/CAO/Competentie_Instrument_VSNU_20101201.pdf. Accessed on 8 Sept 2015.
24. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise.* 2003;35(8):1381-1395.
25. van Assema P, Brug J, Ronda G, Steenhuis I. The relative validity of a short Dutch questionnaire as a means to categorize adults and adolescents to total and saturated fat intake. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association.* 2001;14(5):377-390.
26. Wilson PM, Sabiston CM, Mack DE, Blanchard CM. On the nature and function of scoring protocols used in exercise motivation research: An empirical study of the behavioral regulation in exercise questionnaire. *Psychology of Sport and Exercise.* 2012;13(5):614-622.
27. Pelletier LG, Dion SC, Slovinec-D'Angelo M, Reid R. Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motiv Emot.* 2004;28(3):245-277.
28. Markland D. Exercise Motivation Measurement. The Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire. Scoring the BREQ. The School of Sport Health & Exercise Sciences and Bangor University; 2014. http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/breq/breq.htm. Accessed on 16 Apr 2014.
29. The EuroQol Group. EuroQoL: A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy.* 1990;161:99-208.

30. Lamers LM, Stalmeier PFM, McDonnell J, Krabbe PFM, van Busschbach JJ. Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: het Nederlands EQ-5D-tarief [Measuring quality of life in economic evaluations: the Dutch EQ-5D-rate]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149(28):1574-1578.
31. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2000.
32. Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid. Standaardvraagstelling Beweging [Standard Questionnaire on Physical Activity]. 2005. <https://www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx>. Accessed on 15 July 2014.
33. Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid. Standaardvraagstelling Voeding [Standard Questionnaire on Nutrition]. 2005. <https://www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx>. Accessed on 15 July 2014.
34. Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid. Standaardvraagstelling Slaapproblemen [Standard Questionnaire on Sleeping Problems]. 2006. <https://www.monitorgezondheid.nl/jeugdindicatoren.aspx>. Accessed on 15 July 2014.
35. Sleddens EF, O'Connor TM, Watson KB, Hughes SO, Power TG, Thijs C, et al. Development of the Comprehensive General Parenting Questionnaire for caregivers of 5-13 year olds. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:15.
36. West F, Morawska A, Joughin K. The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child Care Health Dev.* 2010;36(4):508-515.
37. Gerards SM, Hummel K, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:7.
38. Sleddens E. Overgewicht bij kinderen. Wat is de rol van ouders? *De Psycholoog.* 2014;12(dec):11-20.
39. Birch L, Fisher J, Grimm Thomas K, Markey C, Sawyer R, Johnson S. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite.* 2001;36:201 - 210.
40. Gubbels JS, Kremers SP, Stafleu A, de Vries SI, Goldbohm RA, Dagnelie PC, et al. Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:18.
41. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol.* 2007;32(8):960-972.
42. Gattshall ML, Shoup JA, Marshall JA, Crane LA, Estabrooks PA. Validation of a survey instrument to assess home environments for physical activity and healthy eating in overweight children. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:3-3.
43. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obes Res.* 2002;10(6):453-462.
44. Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite.* 2006;47(1):100-106.
45. Kolotkin RL, Zeller M, Modi AC, Samsa GP, Quinlan NP, Yanovski JA, et al. Assessing weight-related quality of life in adolescents. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(3):448-457.

46. Wouters EJM, Geenen R, Kolotkin RL, Vingerhoets AJJM. Met lichaamsgewicht samenhangende kwaliteit van leven bij adolescenten [Body-weight related quality of life in adolescents]. *Tijdschr Kindergeneeskd.* 2010;78(3):119-125.
47. Schönbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, Hirasing RA, et al. Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PloS one.* 2011;6(11):e27608.
48. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320:1240-1243.
49. Moore JB, Yin Z, Hanes J, Duda J, Gutin B, Barbeau P. Measuring Enjoyment of Physical Activity in Children: Validation of the Physical Activity Enjoyment Scale. *J Appl Sport Psychol.* 2009;21(S1):S116-S129.
50. Jurg ME, Kremers SP, Candel MJ, Van der Wal MF, De Meij JS. A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in Dutch children: JUMP-in, kids in motion. *Health Promot Int.* 2006;21(4):320-330.
51. Verplanken B, Orbell S. Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength. *J Appl Soc Psychol.* 2003;33(6):1313-1330.
52. Schaufeli W, Bakker A. Voorlopige handleiding Utrechtse bevlogenheidsschaal (UBES). Universiteit Utrecht 2003.
53. Teuscher D. A lifestyle intervention study targeting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: needs of the target group and research demands [PhD Dissertation]. Maastricht: Maastricht University; 2017.
54. Berendsen B. Measurement and promotion of physical activity: Evaluation of activity monitors and a multidisciplinary lifestyle intervention in primary care. [PhD Dissertation]. Maastricht: Maastricht University; 2016.
55. Helmink JHM. Ready Set Go? A study of the development and implementation process of the BeweegKuur [PhD Dissertation]. Maastricht: Maastricht University; 2012.
56. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health.* 2008;98(2):216-221.
57. Kloek CJJ, Tol J, Veenhof C, Van der Wulp I, Swinkels ICS. Huisartsenzorg bij overgewicht en obesitas. *Huisarts Wet.* 2015;58(2):66-69.
58. Van den Berg M, Post NAM, Hamberg-van Reenen HH, Baan CA, Schoemaker CG. Preventie in de zorg: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM; 2013.
59. Paulis W. Kinderen met obesitas. *Huisarts en wetenschap.* 2017;60(3):125-127.
60. ZonMw. Mooie plannen en weerbarstige praktijk. Theorie en praktijk ervaringen rond implementeren van zorgverbeteringen. 2010.
61. Mensink M, Corpeleijn E, Feskens EJ, Kruijshoop M, Saris WH, de Bruin TW, et al. Study on lifestyle-intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): design and screening results. *Diabetes Res Clin Pract.* 2003;61(1):49-58.
62. Helmink JHM, Meis JJM, Kremers SPJ. Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren [A year BeweegKuur, and then? A study on the facilitators and barriers]. Universiteit Maastricht; 2010.
63. Foster GD, Borradaile KE, Vander Veur SS, Shantz KL, Dilks RJ, Goldbacher EM, et al. The Effects of a Commercially Available Weight Loss Program among Obese Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Study. *Postgrad Med.* 2009;121(5):113-118.

64. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RI, et al. A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. *N Engl J Med.* 2011;365(21):1969-1979.
65. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. Report No.: 13-05179-EF-1.
66. Dooley D, Moultrie NM, Sites E, Crawford PB. Primary care interventions to reduce childhood obesity and sugar-sweetened beverage consumption: Food for thought for oral health professionals. *J Public Health Dent.* 2017;77 Suppl 1:S104-s127.
67. Beck R, Van Brussel-Visser FN. Sport- en beweegaanpakken voor jeugd met overgewicht. *Alles over Sport*; 2018. <https://www.allesoversport.nl/artikel/sport-en-beweegaanpakken-voor-jeugd-met-overgewicht/>. Accessed on 21 Mar 2018.
68. Sanders M, Markie-Dadds C, Turner K. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. *Parent Res Pract Monogr.* 2003;1:1 - 24.
69. Halberstadt J. Long-term weight management in children and adolescents with severe obesity: psychological aspects [PhD dissertation]. Amsterdam: VU University Amsterdam; 2015.

Bijlagen

Bijlage 1 Ervaringen van de deelnemers

Tabel 20 Resultaten van de procesmatige vragen per item weergegeven

Ervaringen over het gehele programma ¹	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Ik vond het programma over het algemeen interessant	148	4,6	0,8	27	4,6	0,6	13	4,0	0,7
Ik vond het programma over het algemeen leerzaam	148	4,5	0,7	27	4,6	0,5	13	4,0	1,0
Ik vond het programma over het algemeen duidelijk	148	4,6	0,7	27	4,6	0,5	13	4,2	0,7
Ik vond het programma over het algemeen leuk	148	4,5	0,7	27	4,4	0,7	12	4,0	0,6
Ik vond het programma te lang duren ^a							6	3,8	1,2
Ik heb voldoende informatie over voeding en bewegen ontvangen	148	4,5	0,7	27	4,6	0,6	13	3,9	0,8
Meedoen aan het leefstijlcoach programma kostte mij veel moeite ^a	147	4,1	1,2	26	3,4	1,1	13	3,4	0,7
Meedoen met het leefstijlcoach programma nam veel tijd in beslag ^a	147	3,9	1,2	27	3,7	1,1	13	3,5	1,1
Ik vond de totale tijdsduur van het programma goed	147	4,3	1,0	27	4,2	0,8	13	4,2	0,8
Het programma heeft aan mijn behoeften voldaan	146	4,2	1,0	27	4,2	0,9	13	3,7	1,0
Ik zal het aanraden om naar de leefstijlcoach te gaan, als iemand mij dat vraagt	147	4,4	1,0	27	4,3	1,0	13	3,4	1,4
Ik ben tevreden over de kwaliteit van het leefstijlcoach programma	148	4,5	0,8	27	4,6	0,6	13	4,2	0,9
Ik ben tevreden over de soort hulp die ik via het programma heb ontvangen	148	4,4	0,9	27	4,5	0,7	13	4,0	0,9
De communicatie tijdens het programma tussen mijn leefstijlcoach en mij verliep goed	148	4,8	0,5	27	4,6	0,7	13	4,2	0,7
Achteraf had ik eigenlijk liever niet met het leefstijlcoach programma mee gedaan ^a							13	3,4	1,0
Alle bijeenkomsten²									
Intakegesprek	147	4,8	0,6	26	4,6	0,5	11	4,3	0,8
Groepsbijeenkomst 1	141	4,5	0,7	24	4,6	0,6			
Groepsbijeenkomst 2	136	4,4	0,9	24	4,5	0,7			
Groepsbijeenkomst 3	138	4,5	0,8	25	4,6	0,6			
Individuele bijeenkomst 1	141	4,8	0,6	23	4,7	0,6			
Groepsbijeenkomst 4	132	4,5	0,7	22	4,6	0,7			
Groepsbijeenkomst 5	141	4,5	0,7	20	4,6	0,7			

	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Alle bijeenkomsten²									
Groepsbijeenkomst 6	132	4,5	0,7	21	4,6	0,7			
Individuele bijeenkomst 2	136	4,7	0,7	22	4,6	0,7			
Groepsbijeenkomst 7	133	4,5	0,8	18	4,6	0,5			
Groepsbijeenkomst 8	140	4,5	0,7	18	4,6	0,5			
Evaluatiegesprek	118	4,7	0,6	20	4,8	0,4	11	4,2	0,9
De bijeenkomsten bij ons thuis met mijn leefstijlcoach							12	4,3	0,8
Telefonische consulten				19	4,7	0,5	11	3,7	1,1
Groepsbijeenkomsten²									
De inhoud van de groepsbijeenkomsten	148	4,5	0,7	25	4,5	0,7			
De aansluiting tussen de verschillende onderwerpen van de groepsbijeenkomsten	146	4,5	0,8	25	4,4	0,7			
Het aantal groepsbijeenkomsten	146	4,5	0,7	24	4,3	0,7			
De duur van de groepsbijeenkomsten	146	4,5	0,8	25	4,3	0,7			
De locatie van de groepsbijeenkomsten	146	4,4	0,9	25	4,2	0,8			
Het aantal deelnemers in de groep	147	4,5	0,9	25	4,2	0,9			
De samenstelling van de groep	147	4,4	0,9	24	4,4	0,7			
De communicatie met de andere leden van de groep	147	4,3	0,9	24	4,3	0,8			
De huiswerkopdrachten	147	4,2	0,9	26	4,3	0,7			
De hoeveelheid individuele aandacht van de leefstijlcoach	147	4,6	0,8	26	4,4	0,6			
Ervaringen met de andere deelnemers uit de groep uitwisselen	146	4,3	0,9	25	4,2	0,8			
Individuele bijeenkomsten²									
De inhoud van de individuele bijeenkomsten	146	4,7	0,6	25	4,4	0,7			
De aansluiting van de individuele bijeenkomsten op de groepsbijeenkomsten	145	4,6	0,7	25	4,4	0,7			
Het aantal individuele bijeenkomsten	144	4,6	0,8	25	4,4	0,6			
De duur van de individuele bijeenkomsten	144	4,6	0,7	25	4,4	0,7			
De locatie van de individuele bijeenkomsten	144	4,6	0,7	25	4,4	0,7			
De individuele aandacht van de leefstijlcoach	144	4,8	0,6	25	4,6	0,5			

	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Telefonische consulten²									
De inhoud van de telefonische consulten				21	4,4	0,6			
De aansluiting van de telefonische consulten op de andere bijeenkomsten				21	4,2	0,8			
Het aantal telefonische consulten				21	4,2	0,7			
De duur van de telefonische consulten				21	4,2	0,7			
De individuele aandacht van de leefstijlcoach				22	4,4	0,7			
Competenties van mijn leefstijlcoach^{1b}									
Mijn leefstijlcoach hielp mij bij het maken van keuzes	144	4,4	0,8	26	4,2	0,7			
Mijn leefstijlcoach is iemand bij wie ik me begrepen voelde	145	4,6	0,8	26	4,5	0,5			
Mijn leefstijlcoach liet merken dat zij er vertrouwen in had dat ik veranderingen in mijn leefstijl kon aanbrengen	143	4,6	0,7	26	4,5	0,5			
Mijn leefstijlcoach moedigde mij aan om zelf vragen te stellen	144	4,4	0,9	26	4,4	0,5			
Mijn leefstijlcoach luisterde naar hoe ik zelf dingen wilde aanpakken	144	4,7	0,7	26	4,5	0,5			
Mijn leefstijlcoach probeerde mij te begrijpen, voordat zij suggesties deed hoe ik het anders aan kon pakken	143	4,6	0,7	26	4,4	0,6			
Mijn leefstijlcoach had veel geduld voor mij	144	4,6	0,8	26	4,5	0,7	12	4,5	0,8
Mijn leefstijlcoach had een fijne relatie met mij	145	4,6	0,7	26	4,7	0,5			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen om doelen voor het programma op te stellen	144	4,4	0,9	26	4,6	0,6			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geleerd om kleine veranderingen te zien	144	4,6	0,8	26	4,6	0,5			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen mijn leefstijl voor aanvang van het programma in kaart te brengen	141	4,3	0,8	26	4,3	0,6			
Mijn leefstijlcoach liet mij zelf oplossingen ontdekken voor problemen die ik tegenkwam	142	4,4	0,8	26	4,4	0,6			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen om een plan op te stellen om mijn doelen te bereiken	144	4,4	0,9	26	4,4	0,6			
Mijn leefstijlcoach gaf mij complimenten	144	4,6	0,8	26	4,5	0,5	12	4,3	0,8
Mijn leefstijlcoach had voldoende kennis over gezond eten	143	4,8	0,6	26	4,5	0,5			
Mijn leefstijlcoach had voldoende kennis over gezond beweging	144	4,8	0,6	26	4,6	0,5			
Mijn leefstijlcoach had voldoende kennis op het gebied van coaching	143	4,8	0,6	26	4,5	0,5			
Mijn leefstijlcoach heeft me geleerd wat ik moet doen als ik een (korte) periode ongezond heb gegeten of te weinig heb bewogen	143	4,3	0,9	26	4,3	0,7			

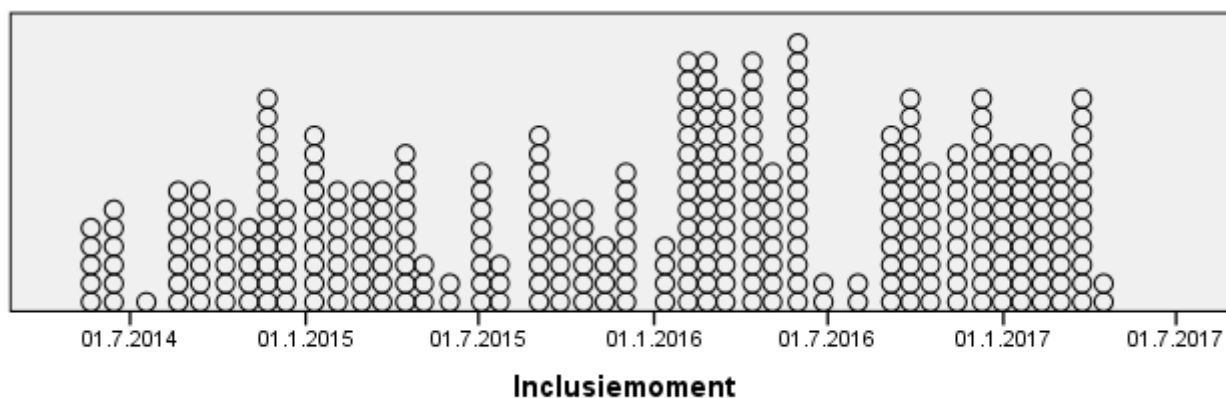
Competenties van mijn leefstijlcoach¹	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Mijn leefstijlcoach heeft mij goed geholpen bij het vinden van een beweegactiviteit die bij mij past	143	3,9	1,0	24	3,9	0,9			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen bij het inpassen van een gezond eetpatroon in mijn dagelijkse bezigheden	141	4,2	0,9	26	4,3	0,6			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen bij het inpassen van mijn beweegactiviteiten in mijn dagelijkse bezigheden	144	4,1	0,9	25	4,1	0,9			
Mijn leefstijlcoach heeft mij geholpen om te bedenken hoe ik het vol kan houden om gezonder te eten en/of meer te bewegen	144	4,4	0,9	26	4,4	0,6			
Mijn leefstijlcoach heeft met mij gekeken of ik mijn gestelde doelen heb bereikt	139	4,3	1,0	26	4,3	0,7			
Ik vond mijn leefstijlcoach goed							12	4,4	0,7
Ik vond mijn leefstijlcoach duidelijk							12	4,3	0,8
Ik vond mijn leefstijlcoach leuk							12	4,6	0,7
Mijn leefstijlcoach wist veel over beweging en voeding							12	4,3	0,9
Mijn leefstijlcoach begreep mij							11	4,3	1,0
Mijn leefstijlcoach had vertrouwen in mij							12	4,2	0,8
Gepercipieerde effecten op T1¹									
Wij als gezin hebben onze leefstijl verbeterd				25	4,2	1			
Ik ben/mijn kind is afgevallen	144	3,5	1,4	24	3,3	1,3			
Ik heb/mijn kind heeft een betere gezondheid	146	3,5	1,1	25	3,6	1,1			
Ik heb/mijn kind heeft een betere conditie gekregen	145	3,6	1,2	24	4	0,9			
Ik ben/mijn kind is gezonder gaan leven	146	4,0	0,9	25	4,1	0,8			
Ik ben/mijn kind is meer gaan bewegen	146	4,1	1,1	23	4,2	0,8			
Ik ben/mijn kind is gezonder gaan eten	144	4,2	0,8	25	4,2	0,7			
Ik ben samen met anderen gaan bewegen	142	2,9	1,5						
Ik ben/mijn kind is minder ziek geworden	142	3,0	1,3	20	3,2	1,1			
Mijn bloedwaarden zijn verbeterd	136	3,3	1,2						
Ik heb mijn/mijn kind heeft zijn gewicht onder controle	143	3,3	1,2	24	3,3	1,1			
Ik heb/mijn kind heeft een beter figuur	142	2,7	1,3	25	3,2	1,2			
Ik/mijn kind zit beter in mijn/zijn vel	143	3,7	1,1	21	3,7	1,2			
Hij/zij is geen/minder medicijnen gaan gebruiken				16	2,9	1,5			
Hij/zij kan beter met gymnastiek meedoen				20	3	1,3			

Gepercipieerde effecten op T2 ¹	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Wij als gezin hebben onze leefstijl verbeterd				19	4,1	1,0			
Ik ben/mijn kind is afgevallen	76	3,8	1,4	19	3,2	1,2			
Ik heb/mijn kind heeft een betere gezondheid	76	3,8	1,2	16	3,7	1,3			
Ik heb/mijn kind heeft een betere conditie gekregen	76	3,8	1,2	19	3,9	1,2			
Ik ben/mijn kind is gezonder gaan leven	77	4,1	1,1	19	4,3	0,9			
Ik ben/mijn kind is meer gaan bewegen	76	3,8	1,1	18	3,9	1,4			
Ik ben/mijn kind is gezonder gaan eten	76	4,1	1,1	19	4,1	1,1			
Ik ben samen met anderen gaan bewegen	75	2,8	1,6						
Ik ben/mijn kind is minder ziek geworden	76	3,3	1,4	13	3,4	1,6			
Mijn bloedwaarden zijn verbeterd	74	3,3	1,4						
Ik heb mijn/mijn kind heeft zijn gewicht onder controle	75	3,4	1,3	18	3,3	1,1			
Ik heb/mijn kind heeft een beter figuur	75	3,1	1,4	17	3,2	1,3			
Ik/mijn kind zit beter in mijn/zijn vel	77	3,6	1,3	17	4,1	0,9			
Hij/zij is geen/minder medicijnen gaan gebruiken				11	3,6	1,6			
Hij/zij kan beter met gymnastiek meedoen				17	4,0	1,1			
Gepercipieerde effecten per thema^{1c}									
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan gaat meer bewegen voor mij nu (bijna) automatisch	142	3,6	1,1	26	3,5	1,1			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan vind ik gezond eten nu heel vanzelfsprekend	143	4,0	1,1	26	3,9	0,8			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan heb ik al veel kleine veranderingen doorgemaakt	143	4,3	0,7	26	4,2	0,7			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan heb ik meer structuur in mijn eetpatroon	143	4,0	1,0	26	4,0	0,8			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan heb ik minder stress	143	3,2	1,2	25	3,4	0,9			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan slaap ik beter	143	3,2	1,3	24	3,4	0,8			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan weet ik hoe ik moet plannen om gezond te leven	143	4,0	1,0	26	3,8	0,9			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan weet ik hoe ik kan voorkomen dat ik terugval in mijn oude gewoonten	143	3,9	1,1	26	3,5	1,0			

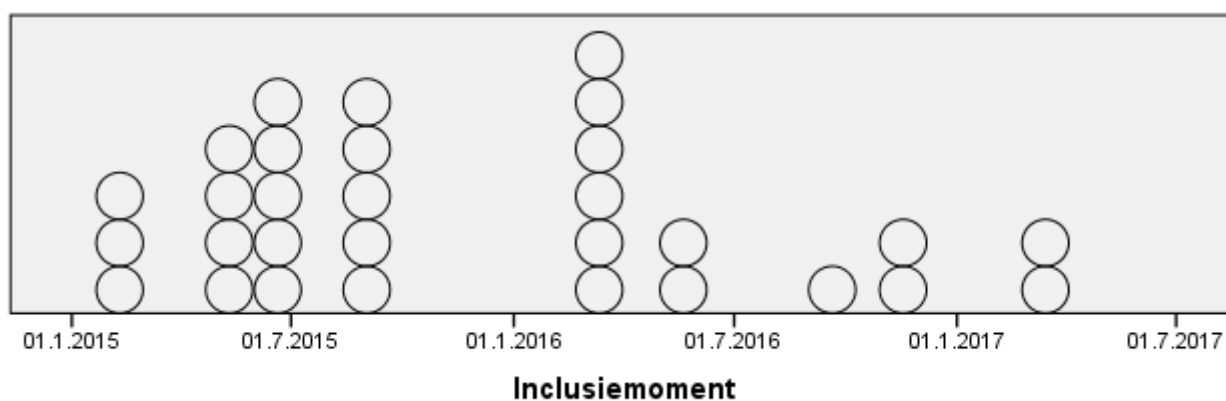
Gepercipieerde effecten per thema^{1c}	Volwassenen			Ouders			Kinderen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan weet ik hoe ik kan omgaan met lastige situaties, waarin ik gemakkelijk kan terugvallen in mijn oude eet- of beweeggedrag	142	3,9	1,0	26	3,4	1,0			
Doordat ik met het leefstijlcoach programma heb meegedaan heb ik er vertrouwen in dat ik mijn nieuwe gedrag kan volhouden	143	4,0	1,0	26	3,9	0,9			

Opmerking: N = aantal deelnemers, SD = standaarddeviatie; ^a Gespiegeld item, ^b bij ouders gevraagd naar 'de leefstijlcoach van mijn kind en mij...', ^c bij ouders gevraagd naar effecten bij hun kind; ¹vijf-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens), ²vijf-puntsschaal (1 = erg ontevreden; 5 = erg tevreden)

Bijlage 2 Inclusieverdelingen



Figuur 6 Spreiding van het aantal geïncludeerde volwassen deelnemers gedurende de onderzoeksperiode



Figuur 7 Spreiding van het aantal geïncludeerde kinderen en adolescenten deelnemers gedurende de onderzoeksperiode

Bijlage 3 Opmerkingen van deelnemers in vragenlijsten

Bijeenkomsten

- Groepsbijeenkomsten (één uur) langer maken (als groep uit meer dan zes personen bestaat);
- Meer groeps- en individuele bijeenkomsten;
- Terugkombijeenkomsten na een halfjaar.

Deelnemers

- Zorg voor een goede groepssamenstelling, zoals leeftijd en begripsniveau. Oudere mensen dragen een zwaardere last met zich mee dan de jongere mensen;
- De groep niet groter dan tien personen maken, anders wordt het onpersoonlijk;
- Betere voorselectie (nu waren er veel GGZ POH patiënten);
- Deelnemers moeten wel gemotiveerd zijn, sommigen kwamen vaak niet opdagen.

Aanpak

- Het gewicht meten tijdens de bijeenkomsten, zodat ze voortgang zien en een stok achter de deur hebben;
- Minder zitten;

- Strenger zijn en strakkere richtlijnen;
- Meer individueel en meer diepgang;
- Had meer hulp of tips verwacht om zaken op te pakken;
- Meer persoonlijke tips;
- Cursisten die veel aandacht vragen tijdig inperken;
- Minder vragenrondjes, meer rust aanbrengen en minder door elkaar heen praten;
- De onderwerpen overlaptten elkaar nogal eens, waardoor niet alles aan bod kwam en het liep nogal eens uit;
- Meer praktische (huiswerk-)opdrachten, audiovisuele tools geven, meer plaatjes en minder tekst en dit ook digitaal beschikbaar stellen;
- Whatsapp groep;
- Als je niet helemaal op de hoogte bent van de moderne middelen, dan is contact maken moeilijker;
- Geen huiswerkopdrachten;
- Huiswerk beter uitlichten in de bijeenkomst;
- Naambordjes;
- Pauze inlassen om elkaar beter te leren kennen.

Praktisch

- Locatie moet beter bereikbaar zijn met openbaar vervoer en de parkeerkosten zijn hoog (geldt alleen voor Zorroo);
- Locatie galmde;
- Een ander tijdstip voor werkende mensen;
- Vooraf goed uitleggen wat het programma inhoudt en dat het in een groep is;
- Fijn dat de coach thuis komt (bij het kinderprogramma).

Inhoud

- Recepten geven (om goedkoop en gezond te koken);
- Koken tijdens bijeenkomst;
- Gezamenlijk sporten.

Effect

- Het programma heeft de beslissing versterkt om een gastric bypass te doen;
- Het onderwerp 'overgewicht' is nu meer bespreekbaar geworden als ouder zijnde.

Leefstijlcoach

- Leeft erg mee/begripvol/houdt een spiegel voor.

Bijlage 4 Tarieven van de Cool-onderdelen

Tabel 21 Overeengekomen tarieven deelprestaties

	Cool-onderdelen	Kosten*
Volwassenen	Basisprogramma	€302,43
	Aanvullend programma	max.€290,00
	Terugvalprogramma	€302,43
Kinderen	Basisprogramma	€534,43
	Terugvalprogramma	€534,43

*Kosten zijn exclusief BTW.

Bijlage 5 Puntsgewijze samenvatting

De Coaching op Leefstijl (Cool) interventie is gericht op mensen met (een hoog risico op) obesitas, van 4 jaar en ouder. Het programma heeft de volgende kenmerken:

- De leefstijlcoach begeleidt de deelnemers.
- Belangrijke thema's zijn voeding, beweging, slaap en stress.
- Er is een apart programma voor volwassenen en kinderen. Bij kinderen worden ook ouders nauw betrokken.
- Het basisprogramma voor volwassenen omvat 8 groepssessies en 4 individuele sessies. Kinderen en adolescenten kunnen nog een extra individuele bijeenkomst volgen.
- De doorlooptijd is 6 tot 8 maanden.
- De leefstijlcoach fungeert als 'spin in het web' in de integrale aanpak met relevante professionals in 2^e, 1^e en 0^e lijn.
- Indien gewenst kan na afloop van het basisprogramma een terugvalprogramma (hetzelfde aantal sessies) of een aanvullend programma (individuele sessies) gevolgd worden.

In totaal zijn er 494 volwassenen en 192 kinderen en adolescenten naar het Cool programma verwezen, waarvan 358 volwassenen en 106 kinderen gestart zijn met het programma. De groep bestond uit:

- 35% van de volwassenen met een laag en 41% met een middelhoog opleidingsniveau. Bij de deelnemende kinderen, is het opleidingsniveau van de ouders vergelijkbaar.

De meeste volwassen deelnemers hebben gezonde leefstijl-gerelateerde veranderingen doorgemaakt:

- Ze zijn minder extrinsiek en meer intrinsiek gemotiveerd om gezond te eten en meer te bewegen.
- Ze bewegen meer en zitten minder.
- Ze eten meer fruit en groenten, ontbijten meer, drinken minder frisdrank en snacken minder.
- Hun kwaliteit van leven is toegenomen.
- Ze zijn afgevallen.
- De veranderingen hielden stand op langere termijn.

Het onderzoek liet zien dat de kinderen gemiddeld genomen:

- Minder televisiekijken.
- Meer groenten eten, meer water en minder frisdrank drinken.
- Een betere kwaliteit van leven hebben.
- Op korte termijn was er een afname in BMIz.
- Ouders vaker een gezond voorbeeldgedrag vertonen en een gezonde voedselinname van hun kinderen stimuleren.

Ten aanzien van het implementatieproces liet het onderzoek zien dat:

- Deelnemers tevreden waren over het programma.
- Er een laag uitvalpercentage was en een grote aanwezigheid tijdens de sessies.
- Toeleiding langzamer verliep dan verwacht.
- Een relatief klein aantal deelnemers doorverwezen is naar andere professionals.
- Leefstijlcoaches zich verder moeten ontwikkelen in een aantal competenties, zoals het begeleiden van gezinnen en ondernemerschap.

Bijlage 6 Aanbevelingen

Hieronder wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor doorontwikkeling van het CoolL programma en het functioneren van de leefstijlcoaches.

Leefstijlcoaches

- De enthousiasmerende basishouding van de leefstijlcoaches en hun focus op verbetering van kwaliteit van motivatie tot gedragsverandering dient vastgehouden te worden.
- De centrale rol van de leefstijlcoach in de integrale aanpak van obesitas moet steviger vorm worden gegeven. Leefstijlcoaches dienen te worden opgeleid en gestimuleerd op het gebied van ondernemerschap, netwerkactiviteiten, signalering, doorverwijzen naar (en doelgerichte communicatie met) zorgprofessionals en sleutelfiguren in het publieke domein.
- De leefstijlcoaches dienen intensiever samen te werken met andere zorgprofessionals en professionals binnen het publieke domein, zodat het programma beter op het netvlies van deze professionals staat, doorverwijzingen gemakkelijker verlopen en het “op maat” aanbod voor de deelnemers geoptimaliseerd wordt.
- Deelnemers met complexe problematiek moeten sneller doorverwezen worden naar andere professionals en passende zorg voor hun problematiek. Dit geldt voor volwassen deelnemers, maar vooral ook voor kinderen in complexe gezinssituaties.
- De kwaliteit van de beroepsuitoefening van de leefstijlcoaches moet worden gewaarborgd. Kwaliteitsborging van de opleiding is daar onderdeel van (bijvoorbeeld door visitatie en certificering), evenals de vormgeving van een transparant competentieprofiel en een beroepscode.
- Intervisie- en supervisiebijeenkomsten dienen structureel te worden ingebed in het CoolL programma, om onderling contact en kwaliteit te bevorderen en ideeën uit te wisselen.

Programma

- Het programma dient doorontwikkeld te worden op het gebied van interdisciplinaire samenwerking, de competenties van de coaches (met name doorverwijzen, ondernemerschap, begeleiding van ouders en kinderen), professionalisering van de organisatiestructuur en verdere invulling van het terugkomprogramma.
- De werkzame principes van het programma dienen helder vastgelegd te worden en gecommuniceerd te worden naar het beroepsveld. Certificering door het Centrum Gezond Leven, middels toetsing op theoretische onderbouwing en eerste aanwijzingen voor effectiviteit, is in dat kader aan te bevelen.
- In het programma dient meer aandacht te komen voor de allochtone doelgroep, met voorkeur voor een specifiek cultureel aangepaste interventie, in combinatie met een tolk of bijvoorbeeld door het opleiden van leefstijlcoaches die de betreffende taal machtig zijn en de cultuur kennen.
- Om de interventie bij de kinderen te verbeteren is het aan te bevelen om hen ook de optie van individuele begeleiding of minder groepsbijeenkomsten aan te bieden.
- Overwogen moet worden of leefstijlcoaches ook kunnen worden ingezet voor selectieve preventie van overgewicht bij kinderen (bv. op basis van sociaaleconomische status) of voor geïndiceerde preventie uitsluitend op basis van overgewichtstatus van het kind.

Organisatie

- De procesmatige voorbereiding voor het programma, zoals duidelijke kaders, werkruimte, de verwijzstructuur en het registratie- en declaratiesysteem, dient afgerond te zijn voordat professionals en leefstijlcoaches optimaal kunnen samenwerken. Met name in regio's met een gefragmenteerd netwerk zal meer voorbereidingstijd ingepland moeten worden. Er dient ruime tijd te worden ingepland voor het informeren en in contact brengen van verwijzers en leefstijlcoaches, voor het 'peilen' van elkaars expertise en voor het experimenteren om te leren van positieve en negatieve ervaringen.
- Huisartsen, GGD'en, gemeenten en het sociale domein dienen de verbinding tussen zorg en preventie lokaal prioriteit en draagvlak te geven. Nationale instanties, zoals Partnerschap Overgewicht Nederland, RIVM Centrum Gezond Leven, GGD en GHOR Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland kunnen daar op nationaal niveau aan bijdragen.

