

VERPLEEGKUNDIGEN EN HET LEEFSTIJLGESPREK: BEÏNVLOEDENDE FACTOREN EN METHODEN

Nurses and the lifestyle dialogue: influencing factors and methods

dr. W. Kroeze^{1,4}, dr. S. van Hogen-Koster², drs. H. Algra^{3,4}



¹lector leefstijl en gezondheidsbevordering, opleiding Verpleegkunde, Christelijke Hogeschool Ede, Ede, ²lector positieve gezondheid, leefstijl en leiderschap, Hogeschool Saxion, Enschede, en MST, Enschede, ³docent-onderzoeker leefstijl en gezondheidsbevordering, ⁴opleiding Verpleegkunde, Christelijke Hogeschool Ede, Ede.

Correspondentie graag richten aan: mw. dr. W. Kroeze, Christelijke Hogeschool Ede, opleiding Verpleegkunde, Oude Kerkweg 100, 6717 JS Ede, tel.: 0318 69 63 00, e-mailadres: wkroeze@che.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: leefstijlgesprek, methodieken voor gedragsverandering, verpleegkundigen.

Keywords: lifestyle dialogue, methods for behavioral change, nursing.

ONTVANGEN 26 FEBRUARI 2024, GEACCEPTEERD 22 APRIL 2024.

SAMENVATTING

Er is steeds meer aandacht voor leefstijl in de zorg en er is een toename van beschikbare effectieve methodieken voor gedragsverandering. Desondanks is de implementatie van leefstijlinterventies complex en ingewikkeld, waardoor leefstijl nog geen integraal onderdeel van de reguliere zorg is. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Verpleegkundigen ervaren echter barrières om leefstijl te integreren in de dagelijkse zorg. Tijd, onvoldoende kennis en middelen en weerstand bij de patiënt spelen hierin een centrale rol. Dit artikel laat een aantal eenvoudig toe te passen methodieken voor gedragsverandering zien, waarmee verpleegkundigen en mogelijk ook andere zorgprofessionals aan de slag kunnen gaan. Van belang is om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt, zoals vanuit de benadering van Positieve Gezondheid, om de eigen regie en intrinsieke motivatie te vergroten. Op deze manier hopen we een bijdrage te leveren aan het versterken van de implementatie van leefstijl in de zorg, aansluitend bij de Coalitie Leefstijl in de Zorg.

(NED TIJDSCHR LEEFSTIJLGENEESKD 2024;2(3):120-6)

SUMMARY

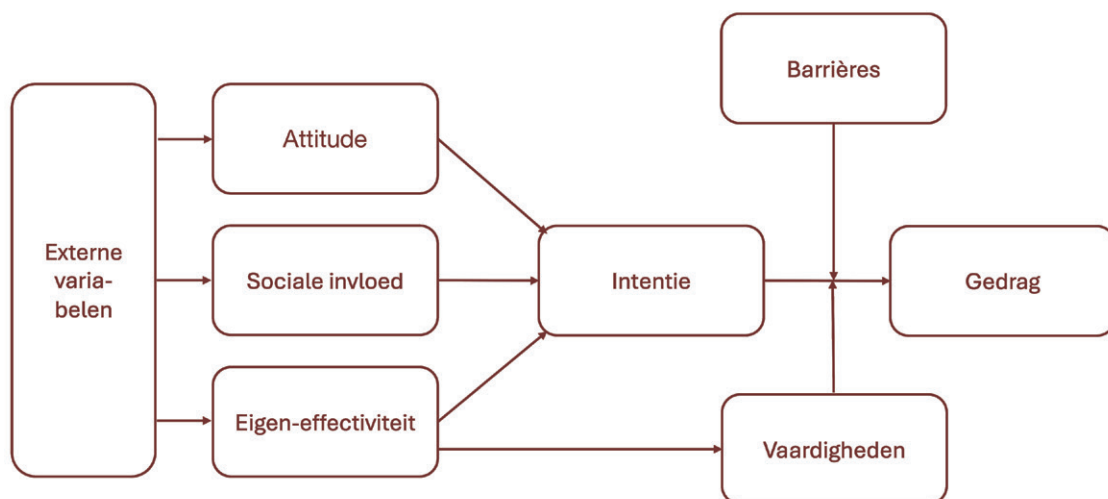
There is increasing attention to lifestyle in healthcare and an increase in effective methods for behavioral change is available. Nevertheless, the implementation of lifestyle interventions is complex and complicated, which means that lifestyle is not yet an integral part of regular care. Nurses have an important role in promoting a healthy lifestyle. However, nurses experience barriers to integrating lifestyle into daily care. Time, insufficient knowledge and resources, and patient resistance play a central role in this. This article shows a number of easy-to-apply behavioral change methods that nurses and possibly other healthcare professionals can use. It is important to connect with the patient's wishes and needs, such as from the approach of Positive Health, to increase self-control and intrinsic motivation. In this way we hope to contribute to strengthening the implementation of lifestyle in healthcare, in line with the Coalition for Lifestyle in Healthcare.

INLEIDING

Nederland staat voor grote uitdagingen op het gebied van gezondheid en zorg. De vergrijzing neemt toe en steeds meer mensen lijden aan één of meer chronische aandoeningen. De zorgvraag en zorgkosten stijgen, terwijl er een tekort is aan zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen. Leefstijlbegeleiding en gedragsverandering als onderdeel van de zorg is een belangrijke oplossingsrichting voor bovenstaande uitdagingen.¹ Op dit moment wordt de integrale toepassing van leefstijl als onderdeel van de zorg nog onvoldoende toegepast. Daardoor bereikt het thema gezonde leefstijl zorgvragers onvoldoende. Een gemiste kans, want ziekte komt juist met 'teachable moments', waarin mensen openstaan voor leefstijlverandering en zorgprofessionals worden gezien als een betrouwbare bron van informatie.^{2,3} Verpleegkundigen hebben van oudsher een belangrijke rol bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Internationaal wordt leefstijl (denk aan voeding, bewegen, ontspanning) gezien als één van de basiselementen van verpleegkundige

zorg.⁴ Dat begint al bij het in kaart brengen van de gezondheid van de patiënt. De gezondheidspatronen van Gordon vormen hiervan de basis en bevatten zaken als voeding, bewegen, ontspanning en slaap.⁵ Daarnaast maakt de rol van gezondheidsbevorderaar al lange tijd deel uit van het opleidingsprofiel voor verpleegkundigen. In de plannen voor Bachelor Nursing 2030 is er in het opleidingsprofiel nog meer nadruk gelegd op preventie, Positieve Gezondheid, gezonde leefstijl en gezondheidsvaardigheden.⁶

Ook verpleegkundigen zelf geven aan dat zij een gezonde leefstijl belangrijk vinden en dat het bij hun taken hoort om een gezonde leefstijl bij hun patiënt te bevorderen.⁷ De overgrote meerderheid (86%) van zorgprofessionals in een ziekenhuis geeft aan het belangrijk te vinden om zelf het goede voorbeeld te geven rondom een goede leefstijl.⁸ Tegelijk worstelen wijkverpleegkundigen met hun rolidentiteit ('Mag ik mij bemoeien met leefstijl van mijn patiënt?') en is er bij verpleegkundigen in alle settings de nodige handelingsverlegenheid als het gaat om het bespreekbaar maken van leefstijl.^{9,10}



FIGUUR 1. Veelvoorkomende determinanten van gedrag volgens het ASE-model.^{31,32}

Uit onderzoek blijkt verder dat er nog veel ruimte is om de ondersteuning van leefstijl en het leefstijlgesprek te verbeteren.¹¹⁻¹³ Uit een recent uitgevoerde cardiologische patiëntreis werd duidelijk dat leefstijl nog weinig aan bod komt. Tijdens een revalidatietraject krijgt leefstijl specifieke aandacht, maar niet voor en na opname in het ziekenhuis. Daarbij is er onvoldoende aandacht voor duurzame gedragsverandering.⁸ Het adequaat benutten van methodieken voor gedragsverandering draagt bij aan effectievere leefstijlinterventies.¹⁴

In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van recent onderzoek in Nederland naar factoren die het handelen van de verpleegkundige beïnvloeden als het gaat om 'het leefstijlgesprek'. Daarna volgen enkele methodieken die kunnen worden ingezet tijdens het leefstijlgesprek. Met het leefstijlgesprek wordt ieder gesprek bedoeld waarin een aspect van leefstijl ter sprake komt. Het gesprek kan expliciet als doel hebben om leefstijl te adresseren, maar leefstijl kan ook tijdens een gesprek (zoals de anamnese) ter sprake komen.

BARRIÈRES OM LEEFSTIJL BESPREEKBAAR TE MAKEN

Tijdens een recent rondetafelgesprek met verpleegkundig specialisten, een poh-ggz en (docent-)onderzoekers op het gebied van leefstijl in de verpleegkundige zorg werden de barrières uit eerder onderzoek herkend en bevestigd.¹⁵ Deze barrières waren:

1. Gebrek aan tijd
2. Onbekwaam voelen
3. Te weinig middelen hebben
4. Taakopvatting en onduidelijkheid rol verpleegkundige
5. De focus op zorg
6. Perceptie dat patiënt geen interesse heeft
7. Patiënt geen schuldgevoel willen geven

8. Zelf een ongezonde leefstijl hebben

9. Geen steun van of samenwerking met collega's ervaren.¹⁵ Concrete voorbeelden van factoren die van invloed zijn op het voeren van het leefstijlgesprek werden genoemd door verpleegkundigen in eerste en tweede lijn, waaronder vakinhoudelijke kennis (relatie tussen leefstijl en (positieve) gezondheid, stressmanagement) en diverse competenties zoals probleem signaleren, klinisch redeneren, gespreksvaardigheden (o.a. coaching) en 'evidence-based' methodieken van gedragsverandering.⁸⁻¹⁰

Verpleegkundigen vinden het lastig om over leefstijl te beginnen als de patiënt dit niet noemt.¹⁰ Zo heeft 76% van de wijkverpleegkundigen behoefte aan methodieken om adequaat om te gaan met de autonomie van de patiënt in relatie tot gezond eten en drinken.⁷ De veelvoorkomende opvatting dat de patiënt vast geen interesse heeft, is ook een belemmering om het ter sprake te brengen. Uit onderzoek blijkt echter dat de patiënt wél verwacht dat de zorgprofessional leefstijl bespreekbaar maakt.¹⁶ Bovendien zijn er genoeg volwassenen die hun leefstijl willen veranderen: 36% wil graag gezonder eten, 60% wil graag meer bewegen en 10% zou minder alcohol willen drinken.¹⁷ Uit eerder onderzoek blijkt ook dat ruim 30% van de volwassenen met overgewicht of obesitas behoefte heeft aan hulp bij afvallen.¹⁸

Weerstand, of angst voor mogelijke weerstand, van de patiënt is een belangrijke barrière voor verpleegkundigen om het leefstijlgesprek te voeren.⁹ Weerstand zorgt voor spanning in de relatie met de patiënt. Weerstand betekent echter niet automatisch dat de patiënt écht niet gemotiveerd is. Het hoort eigenlijk gewoon bij veranderen en is geen aanval op de zorgprofessional. Weerstand ontstaat bijvoorbeeld door onzekerheid, gevoel van controleverlies, denken iets niet te kunnen of bang zijn voor reacties uit de omgeving.¹⁹

Tot slot is het belangrijk om je als verpleegkundige bewust te

zijn van je eigen overtuigingen en houding ten aanzien van het belang van een gezonde leefstijl. Als je naar de patiënt uitstraalt dat je er niet in gelooft, ook al zeg je van wel, heeft dat een negatief effect.²⁰

BEVORDERENDE FACTOREN OM LEEFSTIJL BESPREEKBAAR TE MAKEN

Specifiek voor het leefstijlgesprek noemen verpleegkundigen de volgende factoren die helpend zijn om een leefstijlgesprek te voeren: een vertrouwensrelatie met de patiënt, tijd nemen voor de patiënt, de patiënt serieus nemen, erop terugkomen, niet betuttelen, aansluiten bij de patiënt, de medewerking van de patiënt en de intrinsieke motivatie van de patiënt.⁸⁻¹⁰

Een studie onder artsen en verpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn laat zien dat een positieve houding van de arts jegens leefstijl het voor de verpleegkundige makkelijker maakt om het leefstijlgesprek met de patiënt te voeren. Ten eerste voelt de verpleegkundige zich gesteund door haar collega's. Daarnaast wordt de patiënt ontvankelijker voor het leefstijlgesprek, omdat de arts het ook noemt.^{8,21}

METHODIEKEN GEDRAGSVERANDERING

Gedragsverandering kost over het algemeen tijd en aandacht. Gedragsverandering vraagt als eerste om begrip van dat gedrag, aldus Kok en collega's.²² Het is van belang om inzicht te krijgen in waarom iemand bepaald gedrag wel of niet laat zien. Er is veel wetenschappelijk bewijs voor de determinanten die leefstijl beïnvloeden. Er bestaan ook diverse 'evidence-based' methodieken voor gedragsverandering. Michie en collega's onderscheiden maar liefst 93 methodieken.²³ Over het algemeen zijn meerdere methodieken nodig om patiënten te begeleiden door een veranderproces.^{24,25} Welke methodieken het beste werken en voor wie, is niet altijd eenvoudig aan te geven. Wat wel overduidelijk is, is dat advies geven en kennisoverdracht meestal niet voldoende is voor gedragsverandering. Het kiezen van de methodieken vraagt om het inzicht van de professional in gedragsverandering. De gekozen methodiek moet passen bij de geïdentificeerde determinant van gedrag en op de juiste manier worden toegepast.²² Hieronder volgt een selectie van enkele 'evidence-based' methodieken die geschikt zijn voor veelvoorkomende determinanten (zie *Figuur 1*). De methodieken zijn onderverdeeld naar vijf fasen van gedragsverandering (weten, willen, plannen, doen en blijven doen) en zijn alle gebaseerd op beschrijvingen van Kok en collega's en Steenhuis & Overtoom.^{22,26} Dit overzicht is niet uitputtend, maar biedt voldoende handreikingen om de kwaliteit van het leefstijlgesprek verder te brengen dan advies. Uiteraard is de manier van communiceren ook van belang, denk hiervoor aan het benutten van gesprekstechnieken zoals 'luisteren, samenvatten, doorvragen' en 'motiverende gespreksvoering'.²⁷

HET GESPREK BEGINNEN

De anamnese is een goed moment om leefstijl ter sprake te brengen. Je krijgt tijdens de anamnese al een holistisch beeld van de patiënt, zijn achtergrond en gezondheidsvaardigheden. Vanuit die basis geeft de anamnese een vanzelfsprekende aanleiding om over leefstijl te beginnen. Belangrijk is om toestemming te vragen, zoals: "Vind je het goed als ik wat verder doorvraag over eten en drinken?" Het Leefstijlroer en de Leefstijlcheck zijn tools die kunnen worden ingezet om te bepalen over welk gedrag de patiënt het wil hebben. Breng eerst



BOX 1. E-learningen en tools over gedragsverandering en leefstijl.

Gratis geaccrediteerde e-learningen om (bij) te leren over gedragsverandering en leefstijl

E-nursing Zorg voor leefstijl



E-nursing Zorg voor leefstijl 2



Selectie van tools voor gedragsverandering

Beweegrichtlijntest



Voedingscentrum: informatiebronnen en tools



Waaier Gedragsverandering; toolkit voor coachen op leefstijl, gezondheid en vitaliteit



Leefstijlroer en leefstijlcheck



in kaart hoe het leefstijlgedrag er precies uit ziet en vervolgens welke factoren het gedrag van je patiënt beïnvloeden. Wat zijn de achterliggende redenen? Op basis van deze informatie kun je de patiënt ondersteunen bij het opstellen van doelen en de juiste methodieken kiezen om achterliggende factoren te beïnvloeden. Ook verwijzen kan een vervolgstap zijn na het signaleren tijdens de anamnese. Denk aan verwijzen naar een diëtist, fysiotherapeut, leefstijlcoach, (beweeg)activiteiten in de wijk of een stoppen-met-roken-coach.

WETEN: UITVRAGEN EN FEEDBACK GEVEN

Maak je patiënt bewust van de relatie tussen leefstijl en gezondheid én maak je patiënt bewust van hoe het met diens leefstijl is gesteld ten opzichte van de richtlijn. Voorbeelden zijn het vergelijken van het beweeggedrag met de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad of de groente- en fruitconsumptie met de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum.^{28,29} Dit doe je door het gedrag uit te vragen of de patiënt het gedrag te laten monitoren, en het daarna samen te vergelijken met de richtlijn. Vervolgens ga je in gesprek over de gevolgen van het huidige gedrag op de gezondheid. Door dit gesprek krijgt de patiënt feedback op zijn leefstijl. Het geven van feedback is een cruciaal onderdeel van effectieve leefstijlinterventies.³⁰

WILLEN: WAARDEN VERHELDEREN EN VOOR- EN NADELENBALANS

Intrinsieke motivatie en attitude bepalen mede het 'willen'. Het samen verhelderen van iemands waarden is belangrijk om de intrinsieke motivatie te bevorderen. Vraag, bijvoorbeeld aan de hand van het spinnenweb van Positieve Gezondheid, wat voor iemand belangrijk is. Als iemand het bijvoorbeeld belangrijk vindt om actief te zijn met de kleinkin-

deren, kan dat de motivatie verhogen om genoeg te bewegen om fit te blijven. Een andere manier is iemand bewustmaken van de eigen attitude. Dat kan door de patiënt de voor- en nadelen van het aanpassen van diens leefstijl te laten bedenken. Zowel voor de korte en lange termijn en voor het huidige en gewenste gedrag. Wat geeft voor de patiënt de doorslag?

PLANNEN: DOELEN STELLEN EN ALS-DAN-PLANNEN

Wanneer een patiënt gemotiveerd is om zijn of haar gedrag te veranderen, is het belangrijk om doelen te stellen. Doelen geven richting, zijn motiverend en kunnen worden geëvalueerd. Het is belangrijk dat het doel specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden (SMART) is, bijvoorbeeld: 'De komende week eet ik elke dag twee porties fruit.' Het formuleren van een plan kan de patiënt helpen om het doel te behalen. Een eenvoudige, doeltreffende manier is het opstellen van een zogenoemd 'als-dan-plan'. In zo'n voorplan zit een gebeurtenis of plaats die de patiënt herinnert aan het voorgenomen gedrag. Laat de patiënt op de volgende manier een doel formuleren: 'Als X gebeurt dan doe ik Y'. Voorbeeld: 'Als ik uit mijn werk kom, dan eet ik een appel.'

DOEN: SOCIALE STEUN EN 'NEE ZEGGEN'

In de fase van doen vindt de verandering van gedrag daadwerkelijk plaats. Een belangrijke determinant van gedrag is de sociale omgeving. Een tip voor de patiënt is om iemand anders deelgenoot te laten zijn van het veranderplan als support. Een 'maatje' kan heel stimulerend zijn. Daarnaast is omgaan met sociale druk ofwel een verleidelijke omgeving van belang. Het 'oefenen met nee zeggen' kan hierbij helpen. Denk bijvoorbeeld aan opmerkingen tijdens feestjes met eten en drinken: 'Doe niet zo ongezeellig, neem nog wat'. Laat

de patiënt oefenen door op een vriendelijke manier nee te zeggen. Dat kan door waardering te uiten voor het aanbod, daarna met één argument nee te zeggen, samen te zoeken naar een alternatief en het nee eventueel nog eens te herhalen. Voorbeeld: 'Bedankt voor het aanbod, erg vriendelijk. Ik sla de taart vandaag even over vanwege mijn gezondheid. Maar een kop koffie lijkt me heerlijk.' Oefenen is een goede voorbereiding op echt verleidelijke situaties en maakt de kans groter dat 'nee zeggen' lukt.

BLIJVEN DOEN – 'COPING'-PLAN

In deze fase wordt het nieuwe gedrag een gewoonte, maar uitglijdende liggen op de loer. Het maken van een 'coping'-plan is een methodiek om terugval in hoogrisicosituaties te voorkomen. Laat de patiënt van tevoren nadenken over mogelijke hoogrisicosituaties om terug te vallen in het oude gedrag en bedenk samen een plan om met die situaties om te gaan. Door er van tevoren al over na te denken wordt de kans groter dat iemand een hoogrisicosituatie beter doorstaat.

CONCLUSIE

Er zijn diverse factoren die het voeren van het leefstijlgesprek beïnvloeden. Factoren die buiten de invloed van de

professional liggen en factoren waar de professional iets aan kan doen. Het is cruciaal dat de omgeving (organisatie en beleid) het zorgprofessionals nog makkelijker maakt om het leefstijlgesprek aan te gaan.

Het voeren van een leefstijlgesprek is niet voor iedere verpleegkundige in elke setting vanzelfsprekend gezien de ervaren barrières. En één gesprek is vaak niet voldoende. Maar het uitgangspunt is dat ieder gesprek over leefstijl er één is en kan bijdragen aan het normaliseren van leefstijl in de zorg. Het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt kleine stappen ook waardevol. Voor de professionals die het leefstijlgesprek willen aangaan hebben we diverse suggesties voor gesprekstools aangereikt en 'evidence-based' methodieken van gedragsverandering. Succes verzekerd?! Ja, in ieder geval wel als het gaat om de kwaliteit van het leefstijlgesprek en je patiënt aan het denken zetten en bewust onbekwaam maken. Mogelijk ook op het vergroten van de kennis en vaardigheden van je patiënt. Maar, uiteindelijk is de patiënt zelf weer aan zet. Duurzame gedragsverandering kost tijd. In sommige gevallen wil een patiënt écht niet. In veel gevallen lukt het iemand (nog) niet, bijvoorbeeld vanwege multiproblematiek of stress. Dat vraagt om geduld, erop terugkomen en het inzetten van andere hulpbronnen om eerst de urgente problemen aan te pakken.

AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- Geef leefstijl een vaste plek in bijvoorbeeld anamnese en in het ontslaggesprek.
- Lever maatwerk: stem doelen, inhoud, communicatietechnieken en hoeveelheid informatie per keer goed af op de patiënt die tegenover je zit.
- Speel in op de ontdekte determinanten van gedrag en de fasen van gedragsverandering. Ga niet te snel naar 'doen'.
- Maak gebruik van gesprekstools zoals het spinweb van Positieve Gezondheid en het Leefstijlroer.
- Benut methodieken van gedragsverandering, zoals zelfmonitoring, feedback geven, aansluiten bij waarden, voor- en nadelenbalans, doelen stellen, implementatie-intenties, sociale steun mobiliseren, nee zeggen en 'coping'-plan.
- Wees je bewust van je eigen houding ten opzichte van leefstijl en de patiënt.

REFERENTIES

1. Coalitie Leefstijl in de Zorg. Strategische kennisagenda Leefstijl in de zorg. Beschikbaar via: <https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/strategische-kennisagenda-leefstijl-in-de-zorg/>
2. Flocke SA, Clark E, Antognoli E, et al. Teachable moments for health behavior change and intermediate patient outcomes. *Patient Educ Couns* 2014;96:43-9.
3. Brust M, Gebhardt WA, Numans ME, et al. Teachable moments: the right moment to make patients change their lifestyle. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020; 164:D4835.
4. Kitson AL. The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nurs Res* 2018;67:99-107.
5. Gordon M. Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.
6. Bouwes A, Broekman H, Dobber J, et al. Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2030, 2023. Sectoraal adviescollege Hoger Gezondheidszorgonderwijs (SACHGZO).
7. Den Hamer-Jordaan G, Groenendijk-van Woudenberg GJ, Kroeze W, et al. Individual factors associated with healthy eating support by Dutch community nurses: a cross-sectional study (in preparation).
8. Koster-Van Hogen S, Te Hoonte-Vreehof M, Derks M. The current state of positive health and lifestyle practices of healthcare professionals in two different healthcare organizations: a survey study (in preparation).
9. Groenendijk-van Woudenberg GJ, Van Hell-Cromwijk MC, Van der Veen YJ, et al. Facilitators and barriers for promoting healthy eating among primary care patients: results of a qualitative study among practice nurses. *Fam Pract* 2022;39:144-9.
10. Den Hamer G, Groenendijk-van Woudenberg GJ, Haveman-Nies A, et al. Factors

- associated with dietary behaviour change support in patients: a qualitative study among community nurses. *J Adv Nurs* 2023;80:500-9.
11. Van Dillen SM, Noordman J, Van Dulmen S, et al. Setting goal and implementation intentions in consultations between practice nurses and patients with overweight or obesity in general practice. *Public Health Nutr* 2015;18:3051-9.
 12. Westland H, Schröder CD, De Wit J, et al. Self-management support in routine primary care by nurses. *Br J Health Psych* 2018;23:88-107.
 13. Van Hell-Cromwijk M, Van der Veen Y, Groenendijk-Van Woudenberg GJ, et al. Aandacht voor eten en drinken in de wijkzorg. *TvZ* 2020;3:44-7.
 14. Samdal GB, Eide GE, Barth T, et al. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14:42.
 15. Kroeze W, Hogervorst L, Algra H, et al. Preventie en leefstijl in de zorg. *TvZ* 2023;133:33-5.
 16. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab* 2019;21:1914-24.
 17. Kloosterman R, Akkermans M, Reep C, et al. (On)gezonde leefstijl 2022: opvattingen, motieven en gedragingen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Beschikbaar via <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/on--gezonde-leefstijl-2022-opvattingen-motieven-en-gedragingen>
 18. Bunt SN, Mérelle SY, Steenhuis IH, et al. Predictors of need for help with weight loss among overweight and obese men and women in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Health Sev Res* 2017;17:819.
 19. Steenhuis IM, Overtoom W. Positieve leefstijlverandering: wat elke professional moet weten over leefstijl en gedragsverandering. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2018.
 20. Lucassen P, Olesen F. Context as a drug: some consequences of placebo research for primary care. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:428-33.
 21. Kroeze W, Mulder B. Leefstijl in de zorg – Rapportage focusgroepen Huisartsen Gelderse Vallei. Ede: Christelijke Hogeschool Ede, 2021.
 22. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychol Rev* 2016;10:297-312.
 23. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med* 2013;46:81-95.
 24. Michie S, Abraham C, Whittington C, et al. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol* 2009;28:690-701.
 25. Dusseldorp E, Van Genugten L, Van Buuren S, et al. Combinations of techniques that effectively change health behavior: evidence from Meta-CART analysis. *Health Psychol* 2014;33:1530-40.
 26. Steenhuis I, Overtoom W. Waaier gedragsverandering. Toolkit voor coaches op leefstijl, gezondheid en vitaliteit. Beschikbaar via: <https://brickhouseacademy.nl/product/waaier-gedragsverandering/>
 27. Emmens G, Van der Meulen, S. Verpleegkundige gespreksvoering. Meppel: Boom uitgevers, 2018.
 28. Kenniscentrum sport en bewegen. Beweegrichtlijnen. Beschikbaar via: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen>
 29. Voedingscentrum. Schijf van Vijf. Beschikbaar via: www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx
 30. Krukowski RA, Denton AH, König LM. Impact of feedback generation and presentation on self-monitoring behaviors, dietary intake, physical activity, and weight: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2024;21:3.
 31. De Vries H, Dijkstra M, Kullman P. Self efficacy as the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res* 1988;3:doi: 10.1093/her/3.3.273.
 32. Brug J, Lechner L, De Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite* 1995;25:285-96.

