

Bloei — de onderbouwing

De wetenschappelijke basis onder onze ontwerpkeuzes — voor de kritische professional.

Voor wie dit leest. Deze bijlage is voor de kritische professional — een diëtist, behandelaar of opleider die de onderbouwing onder onze ontwerpkeuzes wil zien. **Bloei is een hulpmiddel voor de coach** (mens-in-de-lus), geen klinische interventie. Maar het *ontwerp* is gegrond in de literatuur over gedragsverandering en behandeluitkomst. Hieronder per keuze de bron én hoe we het toepassen.

1. De werkalliantie & feedback-gestuurd werken

Onze sterkste ontwerpwijziging: we meten nu de **verbinding** ('voelt dit als de goede richting?'). De werkalliantie — doelen, taken en band (Bordin, 1979) — is een van de meest robuuste voorspellers van uitkomst, over de hulpverlenende beroepen heen (o.a. Wampold, 2001/2015; Flückiger e.a., 2018). En het *rouinematig meten* van alliantie en voortgang (feedback-informed treatment / ROM) verbetert uitkomsten en verlaagt uitval, juist bij trajecten die dreigen te ontsporen (Lambert, 2010; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). PCOMS met de ORS/SRS (Miller, Duncan e.a.) laat zien dat dat kan met minimale 4-punts schaaltes.

In Bloei:

- een licht 'verbinding'-item op de wekelijkse check-in;
- de triage weegt een dalende band zwaarder dan een slechte slaapweek, zodat de cliënt die dreigt af te haken bovenaan komt.

2. Bereidheid & fase-afstemming

Het transtheoretisch model (Prochaska & DiClemente, 1983) stelt dat een interventie moet passen bij de **veranderfase**: actiegericht werken bij iemand in pre-contemplatie of ambivalentie vergroot weerstand en uitval. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2013) noemt dit de 'reparatiereflex': te vroeg advies lokt 'behoud-taal' en discord uit, terwijl juist *verandertaal* uitlokken verandering voorspelt.

In Bloei:

- een 'bereidheid'-item op de check-in;
- de copiloot kantelt bij lage bereidheid naar een open vraag of reflectie, en stelt pas een concrete stap voor als de fase dat toelaat.

3. Autonomie & motivatie

De zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000) laat zien dat **autonome** motivatie — versus gecontroleerde — blijvende gedragsverandering voorspelt, en dat een autonomie-ondersteunende stijl van de professional de gezondheidsuitkomst verbetert (meta-analyse Ng e.a., 2012). Doelen die van de cliënt zélf komen, houden langer stand dan doelen die worden opgelegd.

In Bloei:

- het meegeef-plan en de antwoorden ontlocken eigen doelen ('wat wil jij proberen?') in plaats van voor te schrijven;
- geen controlerende taal ('je moet').

4. Het vak van de coach als voertuig

Het contextuele / common-factors-model (Wampold) laat zien dat de **relatie en de behandelaar** meer uitkomstvariantie verklaren dan de specifieke techniek. Daarom bouwt Bloei niet zélf een methodiek: de AI kiest

werkvormen **uitsluitend uit de eigen schatkist van de coach** en verzint niets — de AI is een *matcher*, niet de auteur van het vak.

5. Gedragsverandering: klein en verankerd

Voor de concrete stappen leunen we op COM-B / het Behaviour Change Wheel (Michie, van Stralen & West, 2011) — capaciteit, gelegenheid, motivatie — en op Tiny Habits / het Fogg-gedragsmodel (Fogg, 2019: gedrag = motivatie × vermogen × trigger). Vandaar: micro-gedrag, gekoppeld aan een bestaand anker, zó klein dat het bijna niet kan mislukken, en direct gevierd.

6. De bredere canon

De per-cliënt instelbare stijlen zijn elk gegrond: oplossingsgericht werken (de Shazer & Berg), cognitieve gedragstherapie (Beck), Acceptance & Commitment Therapy (Hayes, Strosahl & Wilson), positieve psychologie (Seligman; Fredrickson) en het GROW-model (Whitmore). Bloei redeneert in de gekozen stijl en benoemt in de onderbouwing welke techniek en welke micro-vaardigheid het inzet.

7. Kinderen & gezin

Kind-trajecten vragen een eigen basis. Bij jonge kinderen is gezins- en oudergerichte behandeling effectiever dan het kind alleen aanspreken: *ouders als agent van verandering* (Golan) en *family-based behavioral treatment* (Epstein) laten de beste langetermijntuitkomsten zien bij overgewicht op de kinderleeftijd. Bij adolescenten werkt motiverende gespreksvoering, maar in een leeftijds-sensitieve variant (Naar-King & Suarez). De ontwikkelingsfase bepaalt dus wie je aanspreekt, welke taal past en hoeveel eigen regie er is.

In Bloei:

- de copiloot leidt de ontwikkelingsfase uit de leeftijd af (jong kind → ouder-gestuurd; 8–12 → kind én ouder samen; tiener → eigen regie);
- gezinssystemisch, spel- en competentie-gericht, en nooit gewicht- of dieetdruk richting het kind.

8. Het GLI-traject: fasen en uitval

De Gecombineerde Leefstijlinterventie loopt over twee jaar: een intensief basisjaar en een onderhoudsjaar waarin de contactfrequentie sterk afneemt. Terugval (gewichtstoename, uitval) concentreert zich in dié onderhoudsfase; onderzoek naar gewichtsbehoud laat zien dat voortgezet, laagdrempelig contact het volhouden ondersteunt (o.a. Wing & Phelan, National Weight Control Registry). Voor kinderen is de aanpak landelijk vormgegeven als **Kind naar Gezonder Gewicht** (Care for Obesity, VU Amsterdam): gezin-centraal, met een *centrale zorgverlener* die eerst belemmeringen (stress, armoede) adresseert, en een kinderleefstijlcoach die via huisbezoeken en gezinsgesprekken werkt.

In Bloei:

- programma + startdatum → afgeleide fase (basis-/onderhoudsjaar bij volwassenen; de vier modules bij KnGG);
- de copiloot krijgt de fase als context, en de triage weegt stilte en losraken zwaarder in de onderhouds- en nazorgfase — precies waar de uitval zit.

Grenzen & scope. Bloei ondersteunt de coach; het stelt geen diagnose, behandelt niet en beslist niet. De coach leest elk concept na en beslist (mens-in-de-lus); bij zorgsignalen geeft Bloei geen advies maar alarmeert het de coach. De aanleiding is reëel: ~52% van de deelnemers rondt een tweejarige gecombineerde leefstijlinterventie niet af (RIVM / GLI-monitoring). Alliantie en bereidheid zijn precies de knoppen die dáár het verschil maken.

Bronnen

THEMA	BRON
Motiverende gespreksvoering	Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). <i>Motivational Interviewing</i> (3e ed.). Guilford Press.
Veranderfasen	Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change.
Zelfdeterminatietheorie	Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985; 2000). · Ng, J. Y. Y. e.a. (2012), meta-analyse SDT & gezondheid.
Werkalliantie	Bordin, E. S. (1979). · Wampold, B. E. (2001/2015), <i>The Great Psychotherapy Debate</i> . · Flückiger e.a. (2018).
Feedback-informed / ROM	Lambert, M. J. (2010). · Shimokawa, Lambert & Smart (2010). · Miller & Duncan — PCOMS (ORS/SRS).
Gedragsverandering	Michie, van Stralen & West (2011), COM-B / Behaviour Change Wheel. · Fogg, B. J. (2019), <i>Tiny Habits</i> .
SFBT / CGT / ACT / PP / GROW	de Shazer & Berg · Beck · Hayes, Strosahl & Wilson · Seligman; Fredrickson · Whitmore (1992).
Kinderen & gezin	Epstein, L. H. — family-based behavioral treatment (pediatrisch). · Golan, M. — ouders als agent van verandering. · Naar-King, S. & Suarez, M. (2011) — MI met adolescenten.
GLI & Kind naar Gezonder Gewicht	RIVM — GLI & Loket Gezond Leven (erkende interventies). · Care for Obesity (C4O, VU Amsterdam) — landelijk model KnGG & centrale zorgverlener. · Partnerschap Overgewicht Nederland — Zorgstandaard Obesitas. · Wing & Phelan (2005) — gewichtsbehoud.

Verwijzingen ter onderbouwing van de ontwerpkeuzes. Bloei claimt geen eigen klinisch effectonderzoek; de coach blijft de professional die beoordeelt en beslist.