nhg nederlands huisartsen genootschap

LHV Landelijke Huisartsen Vereniging

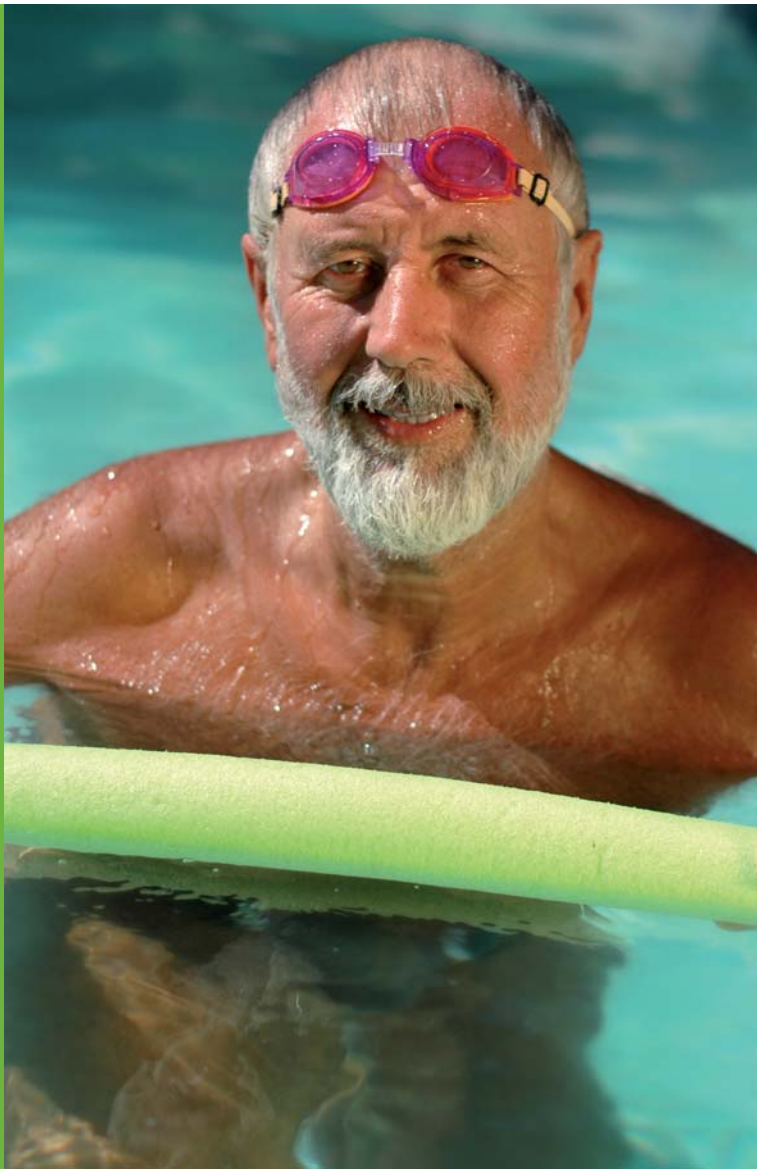
NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN

VvOCM

KNGF Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Leefstijl en bewegen in de eerste lijn

Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak



Handreiking

Auteur:
dr. Marjan Hoeijmakers, ETC Tangram

Eindredactie:
Lidwien van Loon, Van Loon Arbeidsinpassing

Vormgeving en productie:
Anton Gouverneur, Sportfacilities & Media BV

In opdracht van:
De Nieuwe Praktijk, KNGF, LHV, NVD, NHG en VvOCM

Digitale exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar via de websites van De Nieuwe Praktijk (www.denieuwepraktijk.nl), het KNGF (www.kngf.nl), de LHV (www.lhv.nl), de NVD (www.nvdietist.nl) en de VvOCM (www.vvocm.nl).

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgever.

© 2008

Voorwoord

Binnen De Nieuwe Praktijk heeft het thema Leefstijl en Bewegen centraal gestaan als special op het gebied van preventie. Ook het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft preventie hoog op de agenda staan. De special Leefstijl en Bewegen sluit daarom uitstekend aan op de speerpunten die VWS heeft benoemd.

Veel professionals uit diverse eerstelijnsdisciplines hebben intensief samengewerkt om programma's rondom leefstijl en bewegen van de grond te krijgen. Het consultatieteam van De Nieuwe Praktijk heeft daartoe praktijken bezocht en gericht advies gegeven. De resultaten zijn fantastisch! Op de website van De Nieuwe Praktijk (www.denieuwepraktijk.nl) kunt u kennisnemen van prachtige praktijkvoorbeelden, producten en nieuws over deze programma's.

In dit boekje vindt u een overzicht van succesvolle praktijkvoorbeelden die u kunt gebruiken om in uw praktijk zorgaanbod te ontwikkelen op het gebied van leefstijl en bewegen. Want ook na afronding van deze special blijft het bevorderen van een gezonde leefstijl natuurlijk belangrijk. We hopen daarom van harte dat deze handreiking u enthousiast maakt en motiveert om samen met collega's uit de eerste lijn een rol te spelen op het gebied van preventie. Bovendien kijken we uit naar de vele waardevolle handreikingen die op deze handreiking zullen volgen om daarmee de samenwerking in de eerste lijn nog verder te verbeteren!

Als voorzitters van de partijen die het initiatief hebben genomen om gezamenlijk op te trekken in leefstijladvisering, feliciteren we graag de makers van deze handreiking met het inspirerende resultaat.

drs. F.J. Krapels, hoofd Eerstelijns- en Ketenzorg, ministerie van VWS

drs. H.B. Eenhoorn, voorzitter KNGF

dr. S.R.A. van Eijck, voorzitter LHV

mw. A. van Ginkel-Res, voorzitter NVD

mw. C. van Santen, voorzitter VvOCM

A.E. Timmermans, medisch directeur/bestuursvoorzitter NHG

Inhoudsopgave

	Voorwoord	1
	Inhoud	2
1	Verantwoording en dankwoord	5
2	Leeswijzer	6
2.1	De tijd is rijp	6
2.2	Pak de rode draad	6
2.3	Aan de slag	7
2.3.1	Basisaanpak: eerstelijnsdisciplines werken samen	8
2.3.2	Brede aanpak: ook naar buiten gericht met partners in publieke domein	9
2.4	Selectief lezen	10
3	Meer werk maken van preventie	13
3.1	Een belangrijke rol voor de eerste lijn	13
3.2	Kansen en obstakels	15
3.2.1	Kansen	15
3.2.2	Obstakels	17
4	Een multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering gericht op bewegen	19
4.1	Nieuwe aanpak leefstijlverandering	19
4.1.1	Intensieve, op maat gesneden en groepsgerichte begeleiding	21
4.1.2	Multidisciplinaire samenwerking in uitvoering	22
4.1.3	Randvoorwaarden	23
4.2	Succesvolle praktijkvoorbeelden	26
4.2.1	Big!Move en Beweeg je Beter - Amsterdam	26

4.2.2 Bewegen Op Recept - Den Haag 33
4.2.3 Van Klacht naar Kracht - Rotterdam 36
4.2.4 (Be)weeg! - Leiden en Noordwijk 37
4.2.5 Bewegen in Etten-Leur 41
4.2.6 De BeweegKuur 43

5 Een multidisciplinaire aanpak: hoe doe je dat? 47
5.1 Twee varianten 47
5.2 Stapsgewijze aanpak 50
5.2.1 Verkenningsfase 50
5.2.2 Organisatiefase 55
5.2.3 Uitvoeringsfase 59

6 Bijlagen 61
6.1 Literatuur 62
6.2 Websites 64
6.3 Afkortingen 65
6.4 Overzicht leefstijladvisering in de eerste lijn 66
6.5 Typen preventie en leefstijladvisering in de eerste lijn 68
6.6 ICF-schema met voorbeeldvragen 71
6.7 Voorbeeld projectplan 72

1 Verantwoording en dankwoord

De handreiking Leefstijl en Bewegen is een product van het project De Nieuwe Praktijk. De Nieuwe Praktijk is een gezamenlijk initiatief van de de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het ministerie van VWS. In De Nieuwe Praktijk stimuleren huisartsen elkaar en andere eerstelijnszorgprofessionals tot vernieuwingen. Een van de thema's van De Nieuwe Praktijk is preventie.

Het doel van De Nieuwe Praktijk is een effectieve leefstijladvisering in de eerste lijn te ontwikkelen door samenwerking en afstemming te bevorderen tussen huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten. De handreiking biedt aan de hand van succesvolle leefstijlinterventies handvatten om multidisciplinaire samenwerking rondom leefstijladvisering vorm te geven.

De handreiking is ontwikkeld in opdracht van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) en De Nieuwe Praktijk (DNP). Afgevaardigden uit deze organisaties vormden de stuurgroep: Doreth van den Heuvel (NVD), Pieter van den Hombergh (LHV/NHG), Hans Redeker (KNGF) en Cokkie van Santen (VvOCM). De projectleiding lag in handen van Esther Rutte (KNGF).

De opdracht voor het ontwikkelen van de handreiking is verleend aan Marjan Hoeijmakers (ETC Tangram, adviesbureau voor de Nederlandse gezondheidszorg). De totstandkoming van deze handreiking is gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

De handreiking is gebaseerd op bestaande literatuur, recente onderzoeksrapporten en inbreng van huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Deze zorgprofessionals hebben informatie gegeven, materiaal verschaft en/of (delen van) de handleiding becommentarieerd. Hun bijdragen waren onmisbaar om een goede aansluiting te vinden bij de praktijk. We danken hen graag voor hun inbreng en meedenken: Erik-Jan van Daatselaar (fysiotherapeut), Ton Drenthen (huisarts), Vera Kampschoer (huisarts), Nola Ringnalda (oefentherapeut), Lisette Romijn (huisarts), Joost Teeuw (fysiotherapeut), Wineke Remijnse (diëtist), Iris Walsmit (diëtist), Alex Vaassen (oefentherapeut) en Hermien Vrieze (huisarts).

2 Leeswijzer

Aan de hand van enkele kernboodschappen bieden we u een leeswijzer door de handreiking.

2.1 De tijd is rijp

De tijd is rijp om via de eerstelijnszorg een gezonde leefstijl te bevorderen. Preventie is immers speerpunt van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast hechten professionals en overheid grote waarde aan de positie en centrale rol van de eerste lijn in het bevorderen van 'gezond leven'. Bovendien zijn er steeds meer kansen om leefstijl- en beweeginterventies in de eerste lijn succesvol uit te werken.

De handreiking beantwoordt de vraag hoe een succesvolle aanpak eruit ziet (hoofdstuk 4) en hoe professionals in de eerste lijn samen op structurele wijze leefstijladvisering kunnen organiseren (hoofdstuk 5).

2.2 Pak de rode draad

Door de succesvolle praktijkvoorbeelden die u in deze handreiking leest, loopt een rode draad. Houdt u deze vooral vast. Bij het bewegen van mensen tot een blijvende actieve leefstijl maakt u gebruik van:

- persoonlijke, langdurige begeleiding
- haalbare doelen
- plezier (in bewegen)
- adviezen op maat
- herhaling van adviezen
- aanleren van kennis en vaardigheden
- eigen mogelijkheden en kunnen
- participatie in een groep
- de deskundigheid van andere disciplines

Voor het uitvoeren van leefstijladvisering is multidisciplinaire samenwerking nodig tussen eerstelijnsdisciplines binnen de huisartsenpraktijk (huisarts, praktijkondersteuner) en daarbuiten (fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist). In een leefstijlinterventie gericht op bewegen vervullen deze disciplines ieder hun eigen rol(len): verwijzing, intake, coaching, advisering, organisatie en begeleiding van beweegactiviteiten. Daarnaast zijn de rollen complementair. Zo is voedingsadvisering complementair aan het bevorderen van beweegactiviteiten. Ook is aansluiting met beweeg- en leefstijlactiviteiten in de leefomgeving van de deelnemer van belang om de gezonde leefstijl te behouden. Deze aansluiting wordt in een brede aanpak actief georganiseerd.

Naast enthousiasme en daadkracht van de professionals verhogen de volgende randvoorwaarden het succes van de leefstijlinterventie en daarmee het effect bij de deelnemer:

- multidisciplinair overleg
- aansluiting op laagdrempelige activiteiten dicht bij huis van de deelnemer
- financiering
- ondersteuning en advisering door Regionale OndersteuningsStructuur (ROS)
- scholing

Doelgroepen

Mensen met:

✔ *chronische ziekte, zoals diabetes, COPD, HVZ*
✔ *hoog risico op ziekte*
✔ *vage, steeds terugkerende klachten*
✔ *klachten van psychische aard*
✔ *klachten aan het bewegingsapparaat*
✔ *te hoog gewicht*
✔ *laag sociaal economische status*

en met ongezonde leefstijl

2.3 Aan de slag

U wilt aan de slag. Kies dan de basisaanpak of de brede aanpak die u in deze handreiking aangeboden krijgt. Realiseer stap voor stap een multidisciplinaire aanpak in uw eigen situatie. Ga met uw plan en met vragen ook naar een adviseur van de Regionale OndersteuningsStructuur (ROS) of een andere adviseur.

2.3.1 Basisaanpak: eerstelijnsdisciplines werken samen

In de eerste fase verkent u potentiële samenwerkingspartners, het draagvlak en de financieringsmogelijkheden.

Potentiële partners
- ✔ *huisarts en praktijkondersteuner*
- ✔ *fysiotherapeut*
- ✔ *oefentherapeut*
- ✔ *diëtist*

Draagvlak
Ga in gesprek met potentiële partners, neem de tijd.
- ✔ *Maak een SWOT-analyse*
- ✔ *Verken belangen en verwachtingen*
- ✔ *Ontwikkel dezelfde taal*
- ✔ *Formuleer gedeelde visie op problemen en oplossingen*
- ✔ *Formuleer gezamenlijke doelstellingen*

Financiering
- ✔ *Vorm een idee over de kosten*
- ✔ *Verken financieringsbronnen*
- ✔ *Schrijf een projectplan*

In de tweede fase organiseert u de samenwerking en de coördinatie ervan, de financiering en indien nodig scholing.

Samenwerking
Maak concrete afspraken over:
- ✔ *taken*
- ✔ *te leveren diensten*
- ✔ *in-, door- en uitstroom van deelnemers*
- ✔ *multidisciplinair overleg*
- ✔ *Public relations*
- ✔ *monitoring en evaluatie*

Financiering
- ✔ *Maak een begroting*
- ✔ *Vraag steun van ROS*
- ✔ *Onderhandel met verzekeraar*

Scholing
- ✔ *Motivational interviewing*
- ✔ *Coaching*
- ✔ *(Meet)instrumenten*
- ✔ *Multidisciplinaire samenwerking*

In de derde fase, de uitvoering, vervult u de taken in de interventie. U bespreekt met de samenwerkingspartners de vooruitgang van de deelnemers en mogelijk organisatorische problemen. Monitoring en coördinatie van onderdelen van de interventie, zoals intake en beweegactiviteiten, vragen ook de nodige aandacht.

Uitvoering
- ✔ *Maak public relations*
- ✔ *Deelnemers ontvangen interventie*
- ✔ *Ieder levert een bijdrage volgens het protocol*
- ✔ *Bespreek de vooruitgang van deelnemers*
- ✔ *Bespreek (organisatorische) problemen*
- ✔ *Registreer gegevens*

2.3.2 Brede aanpak: ook naar buiten gericht met partners in publieke domein

De brede aanpak kent dezelfde fasering en activiteiten als de basisaanpak maar vraagt meer organisatie en inzet van middelen en menskracht om de aansluiting met de leefstijl- en beweegactiviteiten in de directe omgeving van de deelnemer te bevorderen. Zo betreft de verkenningsfase een inventarisatie van het lokale aanbod aan activiteiten en eerste gesprekken met de beweegaanbieders en andere partners in de wijk.
Daarna, in de organisatiefase, organiseert u dit lokale aanbod van beweegactiviteiten en educatieve activiteiten in de wijk. U maakt concrete afspraken met de samenwerkingspartners en organiseert zo nodig scholing voor de beweegbegeleiders in verenigingen en sportscholen met betrekking tot een specifieke doelgroep.

Potentiële partners
- ✔ *Eerstelijnsdisciplines*
- ✔ *Beweegaanbieders*
- ✔ *Gemeente/GGD*
- ✔ *Maatschappelijke organisaties*
- ✔ *Financiers*

Lokaal aanbod
- ✔ *Inventariseer beweegactiviteiten*
- ✔ *Inventariseer leefstijlcursussen*
- ✔ *Voer oriënterende gesprekken*
- ✔ *Zie ook: draagvlak*

Organisatie brede aanpak
Lokaal aanbod:
- ✔ *Bewaak geschiktheid voor specifieke doelgroepen*
- ✔ *Maak concrete afspraken (zie: basisaanpak)*
- ✔ *Organiseer goede aansluiting met reguliere activiteiten*
- ✔ *Organiseer zo nodig scholing voor beweegbegeleiders*
- ✔ *Vraag coördinatie van gemeente/GGD*

In de uitvoeringsfase overlegt u niet alleen met de eerstelijnsdisciplines maar ook met de gemeente, financiers en maatschappelijke organisaties. In de coördinatie van het lokale aanbod participeert u in lokale (beleids- en uitvoerings)netwerken.

Uitvoering brede aanpak
- ✔ *Communiceer met financiers en beleidsmakers*
- ✔ *Coördineer lokaal aanbod*
- ✔ *Participeer in lokale netwerken*

2.4 Selectief lezen

Deze handreiking is een praktisch hulpmiddel, vooral bestemd voor huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten die in hun praktijk leefstijl en bewegen multidisciplinair en op structurele wijze vorm willen geven. U kunt daartoe de handreiking van a tot z lezen. U kunt ook selectief te werk gaan door aan de hand van uw vragen de meest relevante tekst op te zoeken met behulp van het volgende overzicht.

Schema 1

Uw vraag	Lees
Waarom aandacht voor preventie en leefstijladvisering?	Hst. 3
Preventie is veelomvattend. Wat heb ik daarmee van doen?	Hst. 3 en 6.5
Zijn er succesvolle voorbeelden van leefstijlinterventies in de eerste lijn? · Met welke doelgroep wordt er gewerkt en waarom? · Wie werken er samen en hoe doen ze dat? · Wat zijn de resultaten? · Wat zijn de succesfactoren en knelpunten? · Wat na de projectfase?	4.2.1 t/m 4.2.6
Hoe ziet de multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering eruit? · Hoe zorg ik voor blijvende gedragsverandering bij deelnemers? · Welke rol hebben de verschillende disciplines? · Wat zijn de randvoorwaarden?	4.2: figuur 1
Hoe doe je dat: een multidisciplinaire aanpak in de eerste lijn? · Welke stappen moet ik doorlopen? · Hoe creëer ik draagvlak voor mijn idee? · Welke financieringsmogelijkheden zijn er? · Hoe maak ik een projectplan?	Hst. 5 en voorbeelden in 4.2 5.1 5.2.1 3.2 6.7
Waarom zou ik samenwerken met professionals buiten de eerste lijn?	4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 en 4.2.5 en hst. 5
Hoe kan ik faciliteren dat eerstelijnsdisciplines samen met leefstijl aan de gang gaan?	5.2.1
Welke evidence bestaat er voor de verschillende leefstijlinterventies?	3.2 en voorbeelden in 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.5

3 Meer werk maken van preventie

De overheid wil samen met alle betrokken partijen in en buiten de gezondheidszorg meer werk maken van preventie. Deze wens is het resultaat van inzicht in de gezondheid van de bevolking en de stijgende zorgvraag van de afgelopen jaren (1,2).

3.1 Een belangrijke rol voor de eerste lijn

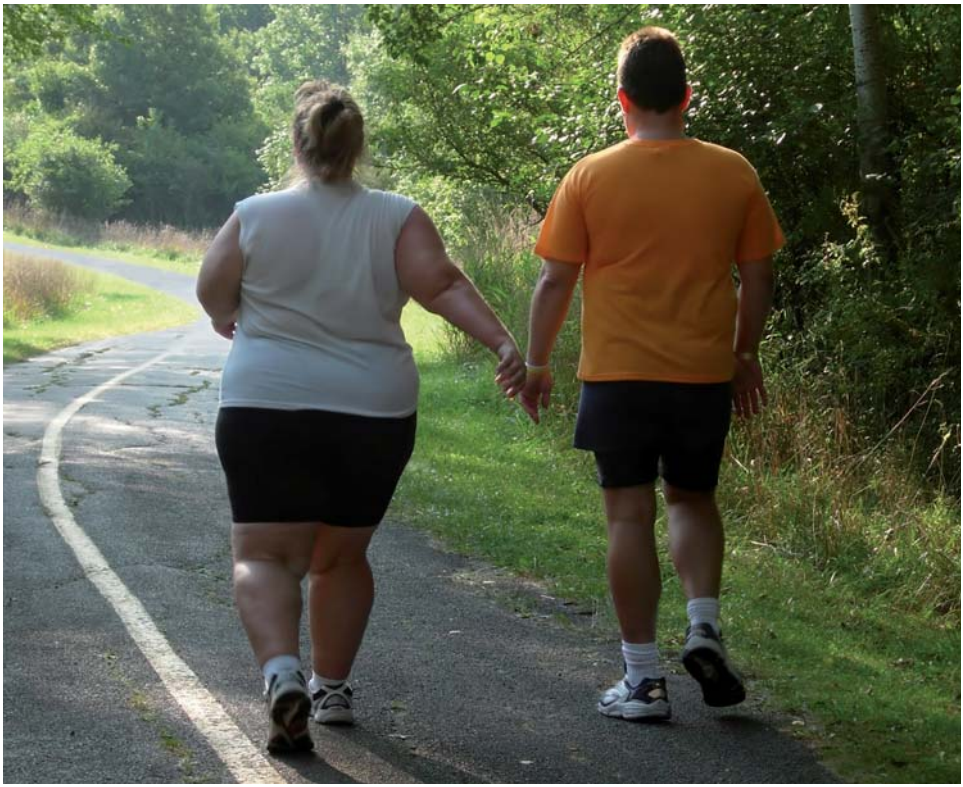
Preventie is een belangrijk speerpunt in het nationale gezondheidsbeleid (3-7). De eerste lijn kan daarin een centrale rol spelen vanwege de laagdrempeligheid van de eerstelijnsvoorzieningen en de eenvoudige verbinding met de gangbare zorgverlening. De dienstverlening in de eerste lijn wordt geprezen om haar doelmatigheid. Ook patiënten waarderen haar positief (2,8). Hierdoor zijn eerstelijnsdisciplines goed in staat een motiverende rol te spelen bij gedragsverandering en kunnen ze mensen stimuleren deel te nemen aan bijvoorbeeld screening en beweegactiviteiten (2,6,9).

Professionals in de eerste lijn hebben een positieve opvatting over preventie en geven ook steeds meer gewicht aan de rol die ze hierbij kunnen vervullen. Dit blijkt uit visiedocumenten van de beroepsgroepen van huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en oefentherapeuten (10-12). Ook onderzoek toont hun belang in preventie aan (13). Verder verwachten deze professionals steeds meer van een multidisciplinaire benadering van leefstijladvisering waarbij op z'n minst beweging en voeding in samenhang worden aangepakt. Voorbeelden uit de praktijk laten zien dat een gecombineerde aanpak de meeste effecten sorteert (zie 4.2 en www.denieuwepraktijk.nl). De ontwikkeling van Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) getuigt hier ook van (zie 6.2).

Preventie wordt over het algemeen gedefinieerd als acties gericht op het voorkomen van ziekte, of van verergering en beperkingen indien een ziekte al is opgetreden. Preventie is een zaak van zowel eerste lijn als publieke gezondheidszorg, tweede en derde lijn. Wel verschilt preventie in deze domeinen in doel, doelgroep en verantwoordelijkheden. Bijlage 6.5 presenteert een overzicht van de verschillende typen preventie. Dit overzicht sluit aan op de categorisering van preventie van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Deze handreiking spitst zich toe op individugerichte preventie in de eerste lijn met een speciale focus op leefstijl en bewegen. Eerstelijnsdisciplines worden in toenemende mate geconfronteerd met mensen die zich in de praktijk presenteren met klachten (ziekte of een hoog risico op ziekte) die sterk gerelateerd zijn aan leefstijlfactoren, zoals inactiviteit en ongezonde eetgewoonten. Deze leefstijlfactoren veroorzaken een te hoog gewicht[1]. Een te hoog gewicht is weer een risicofactor voor het ontwikkelen van chronische aandoeningen als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

1 Met 'te hoog gewicht' wordt in deze handreiking zowel overgewicht als obesitas bedoeld. Beide worden vastgesteld volgens de BMI (Body Mass Index).



Classificatie van overgewicht bij volwassenen:

Classificatie	BMI (kg/m2)	risico op comorbiteit
Normaal gewicht	18,5-24,9	gemiddeld
Overgewicht	25-29,9	verhoogd
Obesitas		
Niveau I	30-34,9	matig
Niveau II	35-39,9	ernstig
Niveau III	> 40	zeer ernstig

Bron: Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. CBO, 2008.

Preventie en leefstijladvisering maken deel uit van ziektegerelateerde richtlijnen. Eerstelijnsdisciplines motiveren ieder vanuit hun deskundigheid tot een gezonde leefstijl. Dit gebeurt vaak ad hoc en lijkt nog weinig effectief, al kan samenwerking winst opleveren. Waarschijnlijk is het efficiënter niet van de (te voorkomen) ziekte uit te gaan maar van het onderliggende gezondheidsgedrag (vaak een combinatie van ongunstige leefstijlfactoren) (14). 'Gezond leven' vraagt met andere woorden om een samenhangende en meer gestructureerde benadering: een gecombineerde aanpak van disciplines in de eerste lijn die de patiënt een intensieve en langdurige begeleiding biedt. Hoofdstuk 2 presenteert deze nieuwe aanpak van leefstijladvisering.

3.2 Kansen en obstakels

De betrokkenheid van eerstelijnsdisciplines bij preventie en leefstijladvisering groeit. De overheid wil dat de eerste lijn een sterke rol speelt. Naast de kansen die er zijn, worden er bij de ontwikkeling en uitvoering van preventieve activiteiten en leefstijlinterventies ook enkele obstakels ondervonden.

3.2.1 Kansen

Organisatieveranderingen

Nieuwe organisatievormen in de eerste lijn geven letterlijk ruimte om preventie gestructureerder en multidisciplinair aan te pakken (15). Er vindt schaalvergroting plaats en huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en inmiddels ook diëtisten werken onderling meer samen in duo- en groepspraktijken. Tegelijkertijd werken eerstelijnsdisciplines meer samen in gezondheidscentra (2). Dit brengt disciplines fysiek dichter bij elkaar en bevordert de samenwerking.

In de huisartsenpraktijk worden taken gedelegeerd aan de assistente en de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner houdt zich vooral bezig met chronisch zieken, zoals mensen met diabetes en astma/COPD. De praktijkondersteuner ziet patiënten met bepaalde regelmaat terug. Hierdoor is er gelegenheid tot continue begeleiding en leefstijladvisering. Ook wordt binnenkort een PreventieConsult aangeboden. Dit consult biedt de huisarts de mogelijkheid om actief een wetenschappelijk onderbouwd preventief onderzoek aan te bieden (zie: www.nhg.org). Andere disciplines kunnen patiënten hierop attenderen.

Sinds 2005 bieden Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) ondersteuning in innovatie en multidisciplinaire samenwerking. ROS'en beschikken veelal over aandachtfunctionarissen 'preventie'. Ze kunnen de rol van kartrekker vervullen wat betreft het versterken van de positie van de eerstelijnsdisciplines in preventie en leefstijladvisering. De brancheorganisatie van ROS'en, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), onderhoudt contacten met relevante partijen op nationaal niveau en biedt een platform voor uitwisseling van regionale initiatieven.

Financiering

De financiering van individuele preventie behoort volgens het CVZ tot de verzekerde zorg. Zowel de patiënt als de interventie waarvan de patiënt gebruik wil maken, dienen daarvoor aan een aantal voorwaarden te voldoen[2]. Het CVZ onderzoekt welke preventieve zorg voor welke risico's verzekerd is, en zal duidelijkheid verschaffen over stoppen met roken, overgewicht, diabetes en depressie (7). Groepsconsulten gericht op bewegen onder begeleiding worden door sommige ziektekostenverzekeraars al vergoed (mits verzekerden aanvullend verzekerd zijn), zie 4.2.1 en 4.2.3 voor voorbeelden. De zorgverzekeraar kan in veel gevallen ook betrokken worden bij de projectfinanciering (zie 4.2 voor voorbeelden).

Beschikbare innovatiegelden bieden een extra kans om nieuwe initiatieven te ontplooien. Deze worden opgesplitst naar financiering voor de opzet van een project en voor de uitvoering[3]. De invoering van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) geeft zorgprofessionals de mogelijkheid om de zorg (binnen voorwaarden) naar eigen inzicht te regelen en daarin leefstijladvisering en bewegen op te nemen.

In het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zijn er ook nog financieringsmogelijkheden door de gemeente[4]. Deze zijn vooral nuttig voor de aansluiting van de leefstijl/beweeginterventie op de lokale beweegactiviteiten.

Samenwerking

Dat samenwerking meerwaarde heeft, is al bewezen in bijvoorbeeld de organisatie van ketenzorg voor chronisch zieken: de kwaliteit van zorg verbetert (2). Bovendien biedt samenwerking met niet-traditionele partners (welzijnswerk, gemeente, sport en bewegen) nieuwe partnerships en netwerken die meer recht doen aan de gewenste gerichtheid op gezondheid. Voorbeelden zijn de partnerships betreffende stoppen met roken, vroegsignalering alcohol, depressiepreventie, huisartsenzorg in beweging en het partnership overgewicht .

Bewegen en leren in groepsverband biedt mogelijkheden om maatschappelijk te participeren. Leefstijl- en beweeginterventies sluiten daarom goed aan bij de WMO die de gemeenten uitvoeren.

2 De Zvw (Zorgverzekeringswet) en de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) bieden mogelijkheden voor individuele preventie onder de volgende voorwaarden:
  1 De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte
  2 De zorg behoort tot de verzekerde prestaties
  3 De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
  4 De preventie-interventie moet voldoen aan het criterium 'zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden'
3 Meer informatie vindt u in beleidsregel CV-700-4.0.-1 van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl).
4 De WMO is in januari 2007 in werking getreden. Deze wet verplicht gemeenten onder meer hun burgers de mogelijkheid te bieden aan de samenleving deel te nemen. 'Sport en bewegen' is daartoe een middel.

Gunstig klimaat

Tot slot zijn er tekenen van een gunstig klimaat. In 3.1 noemden we de toenemende gerichtheid van overheid en professionals op preventie. De eerste lijn en publieke gezondheidszorg ontwikkelen bovendien in toenemende mate een gedeelde focus op preventie en leefstijladvisering.

3.2.2 Obstakels

Tijdgebrek

Gebrek aan tijd in het consult wordt vaak genoemd als belemmerende factor. Het feit dat mensen zich in de praktijk presenteren met een klacht, maakt leefstijladvisering tot sluitpost van een consult. Dat het meestal gaat om ongevraagde advisering speelt hierbij een niet onbelangrijke rol. Aanpassing van de praktijkvoering, verdubbeling van de consulttijd en organisatie van een alternatief waarin de leefstijladvisering actief georganiseerd wordt, kosten tijd en inventiviteit. Leefstijladvisering is ook een vorm van zorg die een uitgebreide taakopvatting van patiëntenzorg betreft. Niet alle professionals zijn hierin geïnteresseerd.

Financiering

Ondanks positieve ontwikkelingen wordt de financiering vaak als grootste obstakel ervaren. Het kost veel tijd om leefstijlinterventieprojecten op te zetten. Deze tijd kan niet worden gedeclareerd in het huidige systeem. Durven professionals al 'out of the box' te denken en nieuwe initiatieven te ontplooien, dan is het voor de individuele professional onduidelijk hoe deze initiatieven gefinancierd kunnen worden en hoe mogelijke bronnen kunnen worden aangesproken. Bovendien is de financiering van dergelijke projecten vaak van tijdelijke aard terwijl er behoefte is aan structurele financiering.

Nauwelijks evidence

Om als verzekerde zorg in aanmerking te komen moeten deze leefstijlinterventies voldoen aan het criterium 'evidence based medicine'. In het algemeen zijn leefstijlinterventies nog weinig bewezen (kosten)effectief en kwaliteitskeurmerken zijn nog nauwelijks voorhanden. Dit werkt als een rem. Er is ook nog weinig evidence voor een blijvende leefstijlverandering door dit type interventies in multidisciplinaire aanpak in de eerste lijn. Wel is er voldoende bewijs om aan te nemen dat bewegen en stoppen met roken naast gezonde voeding effectiever zijn dan een medische insteek. Ook is er bewijs dat eenvoudige beweegactiviteiten, zoals sportief wandelen, even veel effect hebben op de fitheid van mensen als (dure) fitness (16).

Ziektegerichtheid

Leefstijladvisering maakt deel uit van richtlijnen die ziektegericht zijn. Dit belemmert een systematische aanpak van risicofactoren als roken, inactiviteit en ongezonde voeding die

samenhangen met diverse ziekten. De huidige manier van werken en de financiering in de eerste lijn is klachtgericht terwijl leefstijladvisering past in een programmatische aanpak bij mensen met hoge gezondheidsrisico's.

Actief inzetten op een gezonde leefstijl betekent patiënten begeleiden van zorg naar preventie en gezondheidsbevordering. Als gezondheid en kwaliteit van leven meer centraal komen te staan, ligt samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn voor de hand naast samenwerking met GGD, welzijnswerk, sport en bedrijfsleven.

Onvoldoende kennis van elkaars deskundigheid

Gedragsverandering kost tijd en vraagt om deskundige begeleiding en multidisciplinaire samenwerking. Eerstelijnsdisciplines weten nog onvoldoende wanneer ze een diëtist, een fysiotherapeut, een oefentherapeut of een praktijkondersteuner kunnen betrekken bij de preventieve zorg die ze zelf verlenen. Dit kan multidisciplinaire samenwerking belemmeren. Dit geldt nog meer voor het betrekken van deskundigheden en mogelijkheden van de overheid en professionals in het publieke domein. Om die samenwerking gestalte te geven is ook kennis nodig van de sociale kaart en de lokale (beleids)netwerken.

Ondanks de obstakels zijn er volop kansen. Hoe deze kansen kunnen worden benut en vorm kunnen krijgen in een multidisciplinaire aanpak van leefstijl en bewegen, leest u in het volgende hoofdstuk.

4 Een multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering gericht op bewegen

In dit hoofdstuk leest u over een nieuwe multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering in de eerste lijn die u als startpunt kunt gebruiken bij het ontwikkelen van initiatieven in uw praktijk. De tweede paragraaf voorziet in zes praktijkvoorbeelden. Van elk programma wordt een beknopte beschrijving gegeven waarin ingegaan wordt op de beschreven effecten, de samenwerkingspartners, de financiering, continuïteit, de succesfactoren en de knelpunten.

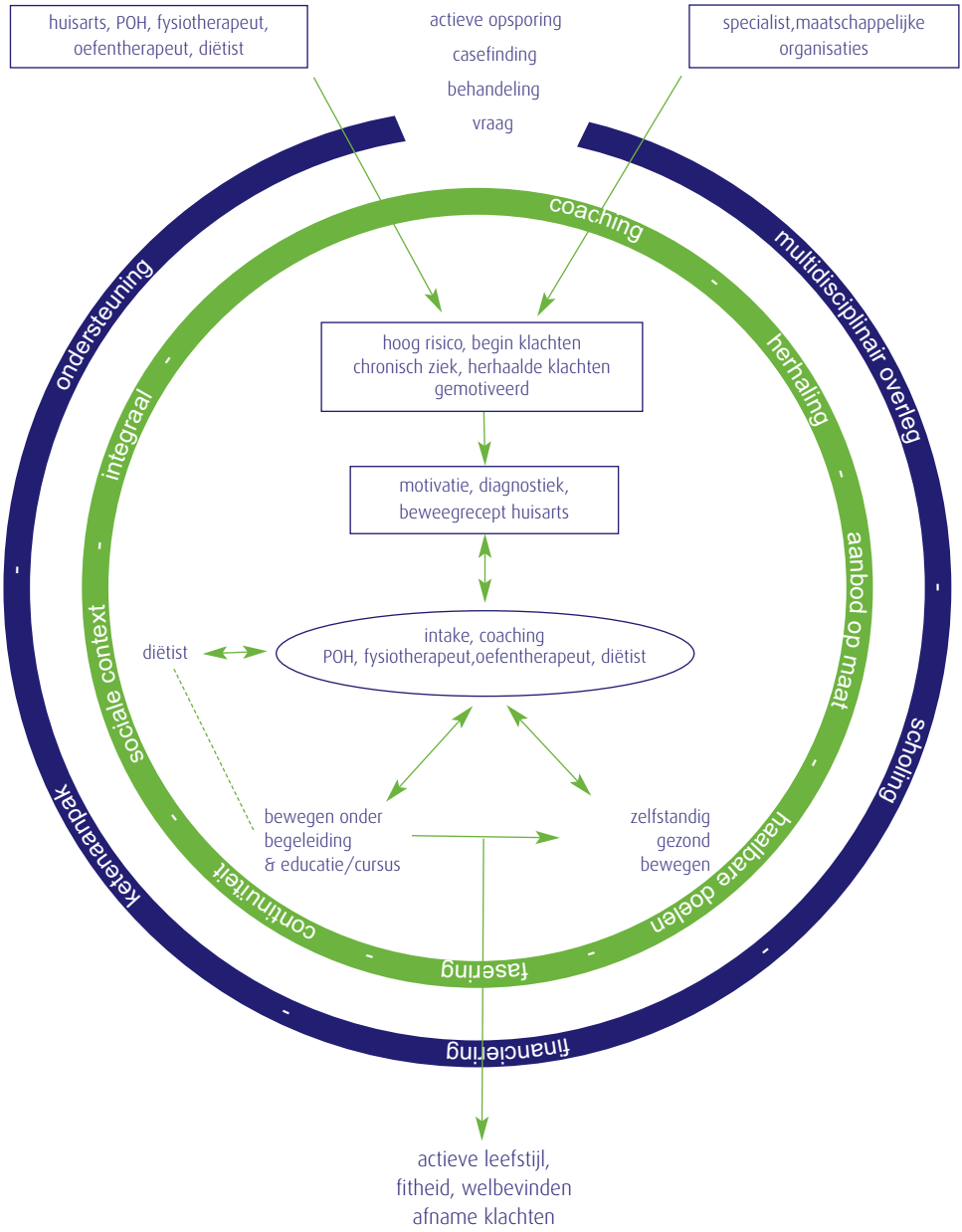
4.1 Nieuwe aanpak leefstijlverandering

De relevantie en urgentie van beïnvloeding van een ongezonde leefstijl is door velen erkend. Ook vindt men dat een multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering noodzakelijk is. Er zijn succesvolle voorbeelden in ons land die de eerste lijn als ingang en de wijk als setting gebruiken om gezond gedrag te bevorderen. De ontwikkelde interventies zijn vooral gericht op mensen met een (verhoogd risico op een) chronische aandoening en mensen met klachten van psychische aard of aan het bewegingsapparaat.

De voorbeelden in 4.2 (en die op: www.denieuwepraktijk.nl) laten een grote variatie in interventies in de eerste lijn zien. In deze handreiking brengen we deze variaties samen tot een nieuwe aanpak voor leefstijladvisering met de focus op bewegen. In figuur 1 ziet u een vereenvoudiging van de aanpak waarin naar huidig inzicht de belangrijkste basiselementen zijn weergegeven.
Mogelijk leent deze aanpak zich ook voor andere leefstijlthema's.

In de kern van de figuur staat de multidisciplinaire uitvoering. Deze kenmerkt zich door de samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines en (in veel gevallen) partners in beweegactiviteiten in de wijk. De binnenste ring geeft de aanpak weer. Deze bestaat kort gezegd uit een intensieve, op maat gesneden en groepsgerichte begeleiding van de deelnemer. De buitenste ring geeft de randvoorwaarden aan voor het welslagen van de interventie.

Blijvende gedragsverandering
Maak gebruik van:
- ✔ *persoonlijke, langdurige begeleiding (intensief/op afstand)*
- ✔ *haalbare doelen*
- ✔ *plezier in bewegen (verhoogt motivatie)*
- ✔ *adviezen op maat*
- ✔ *herhaling van adviezen*
- ✔ *aanleren van kennis en vaardigheden*
- ✔ *eigen mogelijkheden*
- ✔ *participatie in een groep*
- ✔ *deskundigheid van andere disciplines*



Figuur 1: Nieuwe aanpak leefstijladvisering in de eerste lijn.

4.1.1 Intensieve, op maat gesneden en groepsgerichte begeleiding

In Nederland zijn verschillende succesvolle voorbeelden van leefstijlinterventies in de eerste lijn bekend. In het bevorderen van een actieve leefstijl in deze interventies zien we samengevat de volgende samenhangende kenmerken (binnenste ring figuur 1):

- coaching
- herhaling
- aanbod op maat
- haalbare doelen
- fasering
- continuïteit
- sociale context
- integraal

Coaching

Persoonlijke begeleiding is een belangrijk aspect. De deelnemer bouwt een vertrouwensrelatie op met een coach, een persoonlijke adviseur (in 2.2.3 en 2.2.6 leefstijladviseur genoemd, in 4.2.1 intaker genoemd). Deelnemer en coach maken samen een stappenplan. De deelnemer bespreekt met de coach de voor(ui)tgang, de mogelijkheden en de barrières om de leefstijl te veranderen. De coach laat de oplossingen uit de deelnemer zelf komen. De coach is vaak de schakel tussen de curatieve zorg en de organisaties in de wijk.

Herhaling

Tijdens vastgelegde, regelmatig terugkerende begeleidings- en beweegmomenten worden gezondheidsboodschappen en motivering herhaald.

Aanbod op maat

Het beweegaanbod wordt (door fysiotherapeut, oefentherapeut of sportinstructeur) op maat gemaakt naar de (fysieke en sociaal emotionele) mogelijkheden en persoonlijke behoefte van de deelnemer. Voedingsadviezen (door de diëtist) sluiten aan op het nieuwe beweegpatroon van de deelnemer.

Haalbare doelen

De doelen zijn individueel bepaald. Er wordt sterk gelet op de haalbaarheid (en meetbaarheid) van de doelen zodat de deelnemer succes en vertrouwen in eigen kunnen ervaart. Dit verhoogt de motivatie en kans op gedragsverandering. De doelen worden steeds bijgesteld en resulteren uiteindelijk in een verbeterde lichamelijke en geestelijke fitheid en een vermindering van klachten. De deelnemer leert de eigen gezondheid te managen en krijgt een groter gevoel van zelfredzaamheid en controle over de eigen situatie (empowerment).

Fasering

De aanpak kent een intensieve startfase binnen de curatieve zorg met na verloop van tijd een overgang naar beweegactiviteiten in de wijk. De eerste fase (drie tot zes maanden) biedt begeleide beweegactiviteiten in een groep en leefstijladvisering (vooral voedingsadviezen en

zelfstandig bewegen). De fasen daarna (soms tot een jaar) bieden begeleiding op grotere afstand, de deelnemer beweegt dan zelfstandig en heeft de leefstijl (deels) aangepast.

Continuïteit
De kans op permanente gedragsverandering vergroot wanneer de deelnemer gedurende zes maanden of langer (bij voorkeur tot een jaar) beweegt onder begeleiding in een groep. Om gedrag op langere termijn te continueren worden naast enige begeleiding op afstand ook bekendheid met geschikte beweegmogelijkheden in de leefomgeving gevraagd.

Sociale context
Bewegen en leren over gezonde voeding en andere onderwerpen in een groep vergroot bij de deelnemers, die niet zelden uit een achterstandssituatie komen, de kans op een actievere leefstijl (17). De groepsgewijze aanpak beoogt ook veranderingen op sociaal vlak, zoals meer sociale contacten en participatie in activiteiten in de wijk of buurt. In 4.2.1 en 4.2.2. leest u hier meer over.

Integraal
In de aanpak is niet alleen aandacht voor bewegen maar ook voor gezonde voeding en psychosociale aspecten (18)[5].

4.1.2 Multidisciplinaire samenwerking in uitvoering
In de kern van figuur 1 is de feitelijke uitvoering van de interventie weergegeven: de betrokken disciplines en de route die de deelnemer doorloopt. Over het algemeen stromen mensen in via de eerstelijnsdisciplines: huisarts, praktijkondersteuner, diëtist, fysiotherapeut of oefentherapeut. Mogelijk ook via specialisten in ziekenhuizen en revalidatiecentra of maatschappelijke organisaties: het welzijnswerk, WMO-loket of ouderenadviseur.

Deze disciplines signaleren en bespreken met de patiënt de noodzaak om de ongezonde leefstijl te veranderen. Signalering kan plaatsvinden tijdens reguliere consulten, door casefinding, actieve opsporing (programmatische aanpak) of op vraag van de patiënt. Door de directe toegankelijkheid van veel eerstelijnsdisciplines kan de programmatische aanpak in de meeste praktijken plaatsvinden.

De huisarts diagnosticeert, motiveert, schrijft een beweegrecept uit en verwijst daarmee door. Dit kan rechtstreeks naar regulier aanbod; in onze aanpak verwijst de huisarts echter door naar de intake die toegang geeft tot de ‘nieuwe leefstijl en bewegeninterventie’.

5 Zie ook twee factsheets van het NISB: Ketenaanpak Actieve Leefstijl Algemeen en Gedragsverandering; www.nisb.nl/ketenaanpak.nl.

De intake kan door verschillende disciplines worden verricht: praktijkondersteuner, oefentherapeut, fysiotherapeut of diëtist. Allen kunnen in het vervolgtraject optreden als coach al dan niet gecombineerd met de begeleiding van beweeggroepen of educatieve activiteit. Na de intake gaat de deelnemer bewegen en leert de leefstijl aan te passen.

Het bewegen gebeurt onder begeleiding in een groep of zelfstandig in de eigen omgeving. De beweegbegeleider (fysiotherapeut, oefentherapeut of sportinstructeur) organiseert en verzorgt het (groeps)beweegprogramma, aangepast aan de mogelijkheden van de deelnemer. De beweegbegeleider stimuleert het bewegen en laat de deelnemer ervaren dat een actieve leefstijl positieve en leuke kanten heeft.

Aandacht voor een gezonde voeding draagt vanzelfsprekend bij aan een gezonde leefstijl. Dit kan gebeuren op verwijzing naar de diëtist in individuele consulten of groepsgewijs (in combinatie met de beweegactiviteiten of apart). Ook de thuiszorg, GGZ en andere aanbieders van educatieve activiteiten kunnen participeren om deelnemers hun leefstijl te leren managen.

Na enkele maanden bewegen onder begeleiding in een groep gaat de deelnemer zelfstandig verder en wordt bewegen ingebed in een regulier beweegpatroon. In de fase van zelfstandig gezond bewegen blijft de persoonlijke coach een bepaalde periode beschikbaar. Ook op lange termijn blijft immers het ondervangen van terugval en verlies aan motivatie nodig. Doet de praktijkondersteuner dit, dan garandeert deze als vanzelfsprekend de continuïteit in de aandacht voor een actieve leefstijl.

4.1.3 Randvoorwaarden

Om beschreven leefstijlinterventies succesvol uit te voeren moeten specifieke randvoorwaarden georganiseerd te worden. In figuur 1 worden deze voorgesteld in de buitenste ring:

- multidisciplinair overleg
- ketenaanpak
- financiering
- ondersteuning
- scholing

Multidisciplinair overleg

In de aanpak en uitvoering van leefstijladvisering in de eerste lijn participeren verschillende disciplines: huisarts en praktijkondersteuner, diëtist, fysiotherapeut en oefentherapeut, praktijkverpleegkundigen en mogelijk nog andere. Een vorm van overleg is noodzakelijk om:

1 de instroom en vooruitgang van individuele deelnemers te bevorderen en te bewaken
2 concrete afspraken te maken over ieders taken en bijdrage aan de interventie en de afstemming daartussen

Nederlandse norm gezond bewegen

Leeftijdcategorie	Norm
Jeugd (<18 jaar)	Dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit waarbij de activiteiten minimaal tweemaal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie)
Volwassenen (18-55 jaar)	Een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op ten minste vijf en bij voorkeur alle dagen van de week; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn: wandelen met 5-6 km/u (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/u
Ouderen (55-plussers)	Een halfuur matig intensieve lichamelijke activiteit op ten minste vijf en bij voorkeur alle dagen van de week; voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn: wandelen met 3-4 km/u en fietsen met 10 km/u

Bron: RIVM, Bilthoven, september 2004: www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijkeactiviteit

Eenheid in taal en uniforme adviezen zijn hierin van belang. De adviezen worden namelijk door verschillende disciplines en op verschillende momenten herhaald. Eenduidigheid maakt dat er een grote kracht van uitgaat.

Ketenaanpak

Om een ketenaanpak te garanderen zijn naast samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines ook afstemming en afspraken nodig met maatschappelijke organisaties en aanbieders van beweeg- en sportactiviteiten. De gemeente, GGD, sportvoorzieningen, aanbieders van cursussen in de wijk, en buurthuizen spelen een rol bij de in- en (vooral goede) uitstroom van de deelnemers. Meer informatie over deze ketenaanpak vindt u onder meer in de voorbeelden in 4.2.1, 4.2.2, 4.2.5 en 4.2.6.

Financiering

Hoewel alle disciplines uit de eerste lijn gebruik kunnen maken van voorzieningen in de eigen praktijk, is vooral in de ontwikkel- en opstartfase extra financiering nodig. Leefstijlinterventies in de eerste lijn zoals we hier beschrijven, zijn nog niet bewezen kosteneffectief en als zodanig niet opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars.

De groepsconsulten komen wel voor vergoeding in aanmerking als ze binnen het reguliere pakket vallen. De zorgverzekeraar is in veel gevallen geïnteresseerd in samenwerking en bereid tot (project)financiering. Voorbeelden leest u in 4.2.1 tot en met 4.2.3. De deelnemers betalen een eigen bijdrage voor de interventie. Dit werkt stimulerend en maakt deelname minder vrijblijvend.

Ondersteuning

Individuele professionals hoeven de voorwaarden niet helemaal zelf te organiseren. Men kan ondersteuning vragen aan de ROS of externe adviseurs in bijvoorbeeld financieringsvraagstukken, het versterken van de relatie met de wijk, gemeente en GGD.

De ROS kan daarnaast ondersteuning bieden bij onder meer het bij elkaar brengen van samenwerkingspartners, het maken van het projectplan, de organisatie van scholing en het aanvragen van subsidie bij gemeente en zorgverzekeraar. In 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 en 4.2.5 vindt u hierover meer informatie.

Scholing

Om leefstijladvisering gestructureerd en effectief aan te pakken hebben professionals naast enthousiasme en veranderingsgezindheid ook inhoudelijke scholing nodig. Afhankelijk van de taak van de professional kan dit scholing zijn in coaching en motivational interviewing gericht op gezond gedrag, gedragsverandering, werken met groepen chronisch zieken, groepsdynamiek, afnemen van specifieke (fitheids)testen, gebruik ICF[6] en projectmanagement.

Effecten van de beschreven aanpak, hoewel op lange termijn nog onbekend, liggen op verschillende niveaus. Evaluatiestudies beschrijven veranderingen op het niveau van deelnemers, professionals (en hun organisatie) en wijken. Meer hierover leest u in 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.4.

4.2 Succesvolle praktijkvoorbeelden

De volgende zes voorbeelden geven blijk van een multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering in de eerste lijn. De voorbeelden zijn gekozen op basis van de variatie die ze laten zien en de beschikbaarheid van resultaten. Er zijn zowel grootschalige als kleinschalige voorbeelden van:

- een basisaanpak met een paar eerstelijnsdisciplines (4.2.4)
- een brede aanpak van eerstelijnsdisciplines met andere organisaties in de wijk en de gemeente (4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 en 4.2.5)
- een specifieke doelgroep, zoals mensen met diabetes (4.2.6) of uit een achterstandssituatie (4.2.1 en 4.2.2)

De voorbeelden spreken ieder hun eigen taal en bieden inzicht in resultaten uit evaluatiestudies, de samenwerking, financiering, succesfactoren en knelpunten. Voor meer informatie wordt bij elk voorbeeld verwezen naar de website van de aanbieder. Meer voorbeelden over bewegen en andere leefstijlthema's vindt u op de website van De Nieuwe Praktijk (www.denieuwepraktijk.nl).

4.2.1 Big!Move en Beweeg je Beter - Amsterdam

Programmabeschrijving

Big!Move is een programma voor gedragsverandering in gezondheidscentrum Venserpolder in een achterstandswijk in Amsterdam. Big!Move startte in 2003 op initiatief van een huisarts en een fysiotherapeut en heeft als doel een proces van gezondheidsbevordering op gang te brengen. Het programma is gericht op bewoners die kampen met overgewicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en psychische klachten. Ze zijn gemotiveerd om hun gezondheidsgedrag dat aan de klachten gerelateerd is, te veranderen. De selectie vindt plaats door huisartsen, fysiotherapeuten, een diëtist en een praktijkondersteuner.

Big!Move steunt op zeven uitgangspunten:

- plezier: als uitdrukking van vitaliteit en als voorwaarde in het veranderingsproces en een blijvend actieve leefstijl
- naar buiten gericht: om in de wijk nieuwe relaties aan te gaan met medebewoners en nieuwe activiteiten te organiseren
- kracht: groei stimuleren in het ervaren van eigen kunnen en zelfvertrouwen

6 ICF: International Classification of Functioning, disability and health, een gezondheidsmodel van de WHO waarin aandacht gegeven wordt aan het individueel en sociaal functioneren van patiënten. Aan de hand van vragen en een lijst met criteria en codes wordt de gezondheidssituatie in beeld gebracht, zie 6.6.

- focus op gezond gedrag: wegstappen van de medische benadering en gezond gedrag bekrachtigen
- participatie: actieve deelname en samenwerking tussen deelnemers en begeleiders, en tussen samenwerkingspartners onderling
- procesgericht: flexibel inspelen op wat zich voordoet en voortdurend met elkaar in dialoog
- continuïteit: continue communicatie tussen deelnemers en begeleiders ter bevordering van de deelname, doorstroom en uitstroom

Het programma bestaat uit vier fasen voorafgegaan door een intakegesprek door een fysiotherapeut. In dit gesprek wordt een gezondheidsprofiel opgemaakt aan de hand van het International Classification of Functioning, disability and health (ICF). Ook worden enkele metingen verricht (bloeddruk, gewicht, conditie). Met de deelnemer wordt bepaald met welke beweegactiviteiten en in welke groep er wordt gestart.

Elke groep heeft twee begeleiders/coaches met een fysiotherapeutische achtergrond. In fase 1 en 2 (beide twaalf weken) wordt proces- en gedragsmatig gewerkt aan kennis, kunde en motivatie rondom gezondheid. De lichamelijke en geestelijke fitheid wordt getraind. De deelnemers krijgen stapsgewijs controle over hun gezondheidssituatie. Fase 3 richt zich op het zelfstandig bewegen. De persoonlijke coaching wordt geleidelijk losgelaten. Fase 4 fase is optioneel en richt zich op het zelfstandig initiëren en organiseren van activiteiten in de wijk. De deelnemers worden gestimuleerd zelf de leefomgeving mede gezonder te maken.

De deelnemers betalen een oplopende eigen bijdrage voor deelname aan de beweegactiviteiten. Dit werkt motiverend, maakt de stap naar een reguliere activiteit minder groot en is een onderdeel van toenemende eigen verantwoordelijkheid.

Beschreven effecten

Op het niveau van de deelnemers zijn de volgende effecten bekend (19). Van de verwijzingen betreft 89% inderdaad de aangegeven aandoeningen. De deelnemers willen graag gezonder zijn en eigen verantwoordelijkheid nemen, en komen daarvoor letterlijk in beweging. Zes maanden na afloop van het programma is 89% nog steeds meer in beweging dan voor deelname, 75% heeft na afloop van het programma sociale contacten met elkaar. Verder maken ze 20% minder gebruik van een consult bij de huisarts. Evaluatie volgens de ICF-criteria laat zien dat de gezondheidstoestand van de deelnemers verbeterd is.

Bij professionals zijn ook veranderingen opgetreden (20). Bij de paramedici is dit een verschuiving van hun werkzaamheden. Er worden minder mensen in individuele behandeling genomen en er is een groei in groepsbijeenkomsten. De uitdaging die het werken in een nieuw programma biedt, draagt bij aan het werkplezier en een actieve sfeer in het gezondheidscentrum. Het werken met ICF biedt een nieuwe taal om over en met deelnemers te praten. Bovendien richt de aandacht zich daardoor meer op de gezondheid in samenhang met de leefomgeving van de deelnemers dan op ziekte en beperking. Er vindt een omslag in denken plaats.

Het programma heeft daardoor ook als katalysator gewerkt voor verandering in de organisatie. Het aanbod van het gezondheidscentrum Venserpolder is nu gescheiden in twee delen: hulp bij ziekte en zorg (ZZ) en ondersteuning van gezondheid en gedrag (GG). De twee zijn complementair aan elkaar hoewel ze inmiddels functioneren als zelfstandige organisatieonderdelen.

Ten slotte zijn op wijkniveau nieuwe initiatieven en relaties ontstaan. De vraag naar beweegactiviteiten is gegroeid en er zijn nieuwe groepen opgericht. Niet zelden op initiatief van de oud-deelnemers die zich ontwikkelen tot sleutelfiguren in de wijk. De organisatie van nieuwe activiteiten gebeurt in samenwerking met lokale professionals waardoor ook op dit vlak nieuwe samenwerkingsverbanden en netwerken zijn ontstaan.

Samenwerkingspartners

In eerste instantie wordt het programma Big!Move uitgevoerd door de huisartsen, de paramedici (fysiotherapeuten en diëtisten) en de praktijkondersteuner van het gezondheidscentrum Venserpolder. Ze verwijzen, verrichten intakes, coachen, organiseren, hebben samen intervisie en ondersteunen.

De aansluiting met maatschappelijke organisaties, zoals het welzijnswerk, is ook uitgewerkt. Dit is zeker van belang op het moment dat mensen weer uit het programma stromen. De gemeente is ook duidelijk in beeld gekomen als samenwerkingspartner om de aansluiting te maken met het beleid en de activiteiten van de maatschappelijke ondersteuning en sport.
In de verspreiding van Big!Move in twee andere wijken in Amsterdam en in Utrecht-Overvecht is nauw samengewerkt met Agis. Samen met ROS, 1ste Lijn Amsterdam is het project Beweeg je Beter vormgegeven.

Financiering

In de projectfase functioneerde Big!Move op basis van subsidie uit het Fonds OGZ, investeringen uit de Stichting VELG en een bijdrage van de deelnemers. Een groot deel van de ontwikkelgelden is besteed aan salarissen en externe adviseurs. Verder is er gebruikgemaakt van de voorzieningen in het gezondheidscentrum. Agis heeft de implementatie van Big!Move in drie andere wijken gefinancierd.

Nu betaalt de deelnemer een eigen bijdrage en vergoedt de zorgverzekeraar de kosten per deelnemer mits deze aanvullend verzekerd is. De lokale overheid en bedrijven geven financiële ondersteuning voor de uitvoeringskosten van het programma.

Continuïteit en inbedding in huidige structuur

Big!Move is een belangrijk en substantieel deel van de huidige organisatie. In gezondheidscentrum Venserpolder is een nieuwe structuur in het aanbod aangebracht. Big!Move wordt daarin aangeboden vanuit het onderdeel GG, ondersteuning van Gezondheid en Gedrag. Verder is Big!Move landelijk een bekend en gewaardeerd voorbeeld en in verschillende wijken in het land geïmplementeerd, ook buiten gezondheidscentra (21), waaronder Beweeg je Beter. Voortvloeiend uit het succes is het Big!Move Instituut opgericht.

Succesfactoren

- Steun vanuit het management van de organisatie zodat er breed draagvlak in de organisatie ontstaat, en betrokkenheid van de koepelorganisaties
- Informeren van andere medewerkers over het doel en de inhoud van het programma
- De relatie van de deelnemer met de huisarts als ingang voor interventie voor gedragsverandering
- De keuze van de zeven uitgangspunten als fundament voor het programma en het gebruik van ICF
- Groot enthousiasme, persoonlijke betrokkenheid, inspiratie en veranderingsgezindheid van de centrale groep uitvoerders
- Inbreng van externe deskundigheid

Knelpunten

- Bestaande grenzen in financiering, inhoud en organisatie rondom gezondheid en gedrag
- Gebrek aan intersectorale samenwerking en organisatorische ondersteuning voor het opbouwen ervan
- Onduidelijkheid over nieuw ontstane functies, zoals coaching en de organisatie van activiteiten in de wijk
- Moeite met het verlaten van de geijkte paden, denken-spreken-doen
- Nauwelijks ruimte voor vernieuwingsdrang door werkbelasting van professionals

Voor meer informatie: www.bigmove.nu

Beweeg je Beter

Op basis van de ervaringen met Big!Move en op verzoek van huisartsen zijn op zes plaatsen in Amsterdam vanaf oktober 2006 Beweeg je Beter (BjB) projecten ontwikkeld en eind 2007 van start gegaan. De BjB-projecten zijn georiënteerd op gezondheid en gedrag.

De ontwikkeling en ondersteuning bij de uitvoering in de wijk (door ROS, 1ste Lijn Amsterdam) vindt plaats in opdracht en op kosten van het AOF, het Amsterdamse Ondersteuning Fonds van huisartsen. 1ste Lijn Amsterdam zorgt voor de afstemming en coördinatie van alle projecten.

In elk project doen verschillende huisartsenpraktijken mee en spelen fysiotherapeuten en oefentherapeuten een centrale (trekkers)rol. Bovendien is elk project sterk gericht op een goede aansluiting met en inbedding in bestaande activiteiten en netwerken in de wijk. Zo zijn ook de GGD, gemeente en sportbuurtwerkers betrokken. Alle betrokkenen, inclusief ondersteuners en zorgverzekeraar, vervullen een eigen rol en dragen hiervoor verantwoordelijkheid.

De beweegprogramma's zijn bestemd voor mensen die een verhoogd risico lopen op chronische aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten) en voor mensen met overgewicht, depressie of vage klachten zonder medische oorzaak. Veelal zijn dit bewoners met een lage SES (Sociaal Economische Status) met een ongezonde leefstijl en inactiviteit.

Fase 1
- 3 maanden: 12 bijeenkomsten in 12 weken
- Begeleiding van de groepen door twee zorgverleners (fysio-/oefentherapeuten)
- Fase 1 valt geheel onder verantwoordelijkheid van en wordt gefinancierd door de zorgverzekeraar

Kernwoorden voor de deelnemers: meedoen, plezier, veiligheid, vertrouwen

Fase 2
- 3 maanden: 12 bijeenkomsten in 12 weken
- Begeleiding van de groepen door één zorgverlener (fysio-/oefentherapeut) en een sportbegeleider/sportbuurtwerker die voldoet aan een omschreven profiel: GG-scholing gevolgd en samen met de zorgverlener een fase 2-scholing gevolgd
- Fase 2 wordt voor de ene helft gefinancierd door de zorgverzekeraar en voor de andere helft door de gemeente

Kernwoorden voor de deelnemers: initiatief nemen, verantwoordelijkheid, durf, oriëntatie

Fase 3
- 24 bijeenkomsten of meer
- Begeleiding van de groepen door de sportbegeleider; valt daarmee geheel buiten de zorg
- Van belang voor de continuïteit van begeleiding in fase 3: dezelfde sportbegeleider uit fase 2 blijft de groep begeleiden; extra ondersteuning blijft gewenst
- Fase 3 valt geheel onder verantwoordelijkheid van en wordt gefinancierd door de gemeente

Kernwoorden voor de deelnemers: zelfstandigheid, volhouden, bestendigen

Uit: Business Case Beweeg je Beter Oost, Watergraafsmeer, 2008.

Het doel is de deelnemers aan de beweeggroepen 'blijvend in beweging' te krijgen. Dit vraagt om een structurele gedragsverandering die bewerkstelligd wordt door een specifieke wijkgerichte aanpak. In deze aanpak motiveert de huisarts de deelnemer, stelt de intaker op de hoogte en blijft vervolgens geïnformeerd over de status van de deelnemer. De (speciaal opgeleide) intaker neemt actief contact op met de deelnemer voor het maken van een afspraak voor het intakegesprek. De intaker blijft daarna in contact met de deelnemer, bijvoorbeeld als deze afwezig is bij de beweegactiviteit. Daarna start de deelnemer in een beweeggroep onder begeleiding van een fysiotherapeut, oefentherapeut en later sportbegeleider.

Meer informatie leest u op: www.beweegjebeter-amsterdam.nl

4.2.2 Bewegen Op Recept - Den Haag

Programmabeschrijving

Bewegen Op Recept (BOR) is een gedragsinterventie ontwikkeld in de Schilderswijk in Den Haag. Het is in 2002 opgezet door STIOM[7] op verzoek van en in samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en praktijkverpleegkundigen.

BOR is gericht op bewoners die zich in de eerste lijn presenteren met niet-afnemende klachten die te maken hebben met overgewicht, diabetes, bewegingsarmoede, rugklachten of spanningsklachten. Het betreft vooral mensen die in cultureel en sociaal-economisch opzicht in een achterstandspositie leven. De interventie heeft als doel een actieve leefstijl te bevorderen bij mensen met aantoonbare gezondheidsrisico's en hen te laten zien dat bewegen een positief effect heeft op lichaam en geest naast het stimuleren van zelfredzaamheid ten aanzien van gezond gedrag.

Mensen waarvan de huisarts (of een andere hulpverlener) denkt dat meer bewegen een positief effect kan hebben op de gezondheid, krijgen een 'BOR-recept' van de huisarts. Hiermee neemt de deelnemer contact op met een leefstijladviseur (fysiotherapeut, verpleegkundige) voor de intake. Daar wordt het recept besproken, worden enkele aanvullende medische vragen gesteld en gezondsheidskenmerken vastgelegd, zoals BMI, buikomvang en vetpercentage. Ook wordt in overleg bekeken welke beweegactiviteit (fitness, aerobics, aquarobis, dansen) het beste past. Het aanbod wordt al dan niet afgestemd op een specifieke medische achtergrond, zoals diabetes of COPD.

Vervolgens begint een beweegprogramma van twintig cursusweken (één uur per week beweegactiviteit) onder leiding van een gespecialiseerde instructeur. Na afloop vindt een evaluatiegesprek plaats waarin onder andere dezelfde gezondheidskenmerken worden gemeten als bij de intake. De deelnemer ontvangt een certificaat bij minimaal 85%-deelname en een overzicht van (reguliere) beweegmogelijkheden in de wijk. Verwacht wordt dat de deelnemer nu vaardig genoeg is om zelfstandig een gezonde leefstijl voort te zetten.

Beschreven effecten

In de loop van de ontwikkelfase en de experimentele fase van het project in Den Haag zijn twee evaluatiestudies gedaan (22,23). De deelnemers aan BOR zijn voornamelijk laagopgeleide en vaak werkloze vrouwen van allochtone afkomst. BOR beïnvloedt de motivatie van de deelnemers om te sporten positief.

7 Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag.

Een groep deelnemers (60% in de studie van 2004 en 43% in de studie van 2006) is gedurende het traject actiever geworden. Ze zijn met name in de vrije tijd meer gaan bewegen. Veel deelnemers zijn zich beter gaan voelen. Ze voelen zich fitter en ervaren vooral een verbetering van het psychosociale welzijn. Een andere groep deelnemers is juist minder actief geworden. Verklaringen zijn hiervoor niet aangegeven. De positieve motivatie om te starten met BOR is een al langer bestaande wens te gaan sporten die door de verwijzing van de huisarts 'gemakkelijk' gerealiseerd kan worden. De verwijzing wordt door een deel van de deelnemers zelfs als verplichtend ervaren.

De beschikbaarheid van gescheiden mannen- en vrouwengroepen, persoonlijke begeleiding en de geringe kosten spelen ook een motiverende rol. Het enthousiasme wordt tijdens het programma verder aangewakkerd door het bewegen in een groep: je leert nieuwe mensen kennen en vergeet je zorgen. Het merendeel van de deelnemers is dan ook van plan om te blijven sporten (74%). Of dit vanwege opnieuw ervaren (oude) barrières ook lukt, is onduidelijk. Tijdens deelname aan BOR bezoeken mensen minder vaak de huisarts en de fysiotherapeut. Dit betekent een besparing op de zorgkosten.

Samenwerkingspartners

De huisartsen en andere verwijzers (met name de fysiotherapeuten) zijn de primaire samenwerkingspartners. Ze kunnen hun advies om meer te bewegen eenvoudig omzetten in een concreet aanbod voor de deelnemer. Het beweegaanbod wordt vervolgens verzorgd door andere professionals, in accomodaties in of nabij de eigen wijk.

Er moet een goede aansluiting mogelijk zijn als deelnemers gebruik willen gaan maken van de reguliere activiteiten in de wijk. Daarom is het vervolgtraject 'Bewegen Zonder Recept' gerealiseerd : tegen een gereduceerde prijs kunnen oud-deelnemers blijven sporten. De gemeente heeft hiertoe beleid ontwikkeld bij Sociale Zaken. Verder was BOR een stimulans in het kader van de gemeentelijke nota's Gezondheid en Maatschappelijke Opvang. Ook het ministerie van VWS heeft zich door het project laten inspireren.

Financiering

De verkennings- en organisatiefase van BOR in Den Haag is gefinancierd door het Fonds 1818, Stichting NutsOhra en Fonds OGZ. Door succesvolle resultaten te laten zien raakten ook de gemeente en het ministerie van VWS betrokken en bereid financieel bij te dragen. In de uitvoeringsfase was de zorgverzekeraar ook betrokken in de financiering.

Momenteel financiert de gemeente de nieuwe Stichting Preventie & Curatie. De activiteiten van BOR worden (mede)gefinancierd door twee grote lokale verzekeraars: Azivo en Delta Lloyd/Ohra.

Het maken van schriftelijke afspraken hierover blijkt nog altijd lastig omdat financiering niet één op één past op actuele zorgverzekeringsafspraken. Bovendien zijn niet alle deelnemers bij de twee genoemde maatschappijen verzekerd.

Continuïteit en inbedding in huidige structuur

In Den Haag is de verwijssystematiek uitgewerkt en geformaliseerd in geprotocolleerde afspraken. Het verwijsrecept is helder en eenvoudig in te vullen. De organisatie van BOR is ondergebracht bij een nieuw opgerichte stichting: Stichting Preventie & Curatie. Deze stichting organiseert activiteiten op het snijvlak van curatie en preventie, waaronder BOR.

BOR geldt als een succesvolle gedragsinterventie die mensen met een lage sociaal-economische status weet te bereiken en te motiveren tot een actieve leefstijl. In het land is er vraag om BOR lokaal te implementeren. Het BOR-recept wordt door het NIGZ in een handboek en een training verspreid (24).

Succesfactoren

- Verwijzing door de 'dokter' geeft legitimatie aan het sporten
- Eenvoudige structuur
- Lage kosten voor de deelnemers (€ 40 eigen bijdrage voor twintig lessen)
- Intensieve begeleiding en de sociale context van het bewegen in een groep
- Eenvoud van beweegactiviteiten
- Mannen en vrouwen bewegen in gescheiden groepen (van belang vanuit cultureel oogpunt)
- Onafhankelijke positie van STIOM als trekker in de eerste fase(n) waardoor ruimte om uitsluitend vanuit doelgroepbelang aan het project te bouwen

Knelpunten

- Financiering van zowel de ontwikkelfasen als de verankering: BOR raakt aan verschillende beleidsterreinen (volksgezondheid, sport, sociale zaken) wat om intensieve onderhandelingen van de projectorganisatie vraagt
- Concurrentie van lokaal nieuw (beweeg)aanbod
- Spanning tussen wat nodig is om gedragsverandering te laten plaatsvinden en wat praktisch en financieel haalbaar is
- Visie van huisartsen dat het niet hun primaire taak is mensen tot bewegen te motiveren
- Belemmeringen voor deelnemers om sporten na BOR op eigen gelegenheid te continueren: afstand tot sportvoorzieningen, geen steun uit de sociale omgeving, hoge kosten van reguliere sportvoorzieningen

Voor meer informatie: www.bewegenoprecept.nl

4.2.3 Van Klacht naar Kracht - Rotterdam

Programmabeschrijving

Van Klacht naar Kracht is in 2007 gestart en richt zich op mensen in de eerstelijnszorg met een hoog risico op chronische en langdurige aandoeningen, zoals diabetes en depressie. Vaak hebben ze al beginnende klachten. Het programma wil bereiken dat deze mensen in beweging komen en blijven, en zich gezonder gaan voelen en gedragen. De partners in het programma realiseren daarvoor een keten die start in de eerstelijnszorg en die via een aanbod van cursussen van zorgaanbieders in de wijk (thuiszorg, GGZ) uitloopt naar reguliere beweegactiviteiten in de wijk.

Voor deelname aan het programma verwijst de huisarts door naar een leefstijladviseur. Deze functie wordt vervuld door een fysiotherapeut of praktijkondersteuner. De leefstijladviseur verricht een intake met de deelnemer. Een fitheidtest maakt deel uit van de intake en wordt bij de overgang naar een volgende fase in het programma steeds herhaald. De leefstijladviseur blijft de persoonlijke coach gedurende het gehele programma.

Het programma kent drie fasen die de deelnemer in één jaar doorloopt. Fase 1 'Ik kan bewegen' biedt gedurende twaalf weken beweegactiviteiten aan in een groep onder persoonlijke begeleiding van een fysiotherapeut. De deelnemer leert weer te bewegen en leert vaardigheden om de leefstijl aan te passen.

Na een evaluatief gesprek met de leefstijladviseur stapt de deelnemer over naar fase 2 'Ik beweeg met plezier' waarin de deelnemer, ook gedurende twaalf weken deelneemt aan (beweeg)cursussen in de wijk. De directe begeleiding is dan in handen van een cursusleider van de zorgaanbieder. De deelnemer heeft zich aan het einde een gezonde leefstijl eigengemaakt. Ook deze fase wordt afgesloten met een gesprek met de leefstijladviseur.

De derde fase 'Ik blijf bewegen' duurt een half jaar. In deze periode gaat de deelnemer zelfstandig naar een beweegactiviteit dicht bij huis. Het contact met de leefstijladviseur blijft behouden. Deelname aan het programma wordt in een afsluitend gesprek beëindigd. De deelnemer betaalt maximaal € 12 per maand als eigen bijdrage.

Beschreven effecten

Van Klacht naar Kracht is in de loop van 2007 gestart. Daarom zijn er nog geen resultaten bekend. Het ontwikkeltraject loopt tot mei 2010. In deze periode vindt monitoring aan de hand van registraties plaats, evaluatie na één en na drie jaar. De GGD coördineert zowel de monitoring als de evaluatie.

Verwachte resultaten worden beschreven in termen van winst voor alle deelnemende partners: deelnemers, organisaties en gemeente. Voor de individuele deelnemer is de winst: blijven bewegen,

een betere gezondheid, minder zorgafhankelijk en uiteindelijk meer controle over de eigen gezondheid. Voor de zorgverlener zal deelname aan de ketenaanpak meer werkplezier en verandering in werkwijze (onder meer groepsbehandeling) en samenwerkingsnetwerken opleveren. Bovendien, ook van belang voor zorgverzekeraars, zal naar verwachting de instroom van mensen met leefstijlgebonden chronische aandoeningen afnemen. De aanbieders van cursussen en buurtactiviteiten kunnen, zo is het idee, een beter bereik van hun aanbod tegemoet zien. Door deelname aan de beweeggroepen en door participatie in buurtactiviteiten wordt de sociale cohesie in de wijk versterkt. Zo zullen vitale wijken en een sociaal sterke gemeente ontstaan.

Samenwerkingspartners

Van Klacht naar Kracht is een samenwerkingsverband van eerstelijnszorgaanbieders (zeventien brede gezondheidscentra en fysiotherapie), aanbieders van cursussen en beweegactiviteiten (GGZ, thuiszorg, GGD en fysiotherapie), ROS Zorgimpuls, Achmea Zorg en de gemeente Rotterdam (GGD en Dienst Sport en Recreatie). Alle partners hebben een actieve inbreng in het begeleidingstraject van de deelnemers. Afspraken over ieders taken en bijdrage over een periode van drie jaar zijn vastgelegd in een gezamenlijk vastgestelde afsprakenset. De ketenaanpak van Van Klacht naar Kracht is door de gemeente opgenomen in het collegeprogramma 2006-2010 zodat er een gemeentebrede infrastructuur van activerende zorg ontwikkeld kan worden binnen het reguliere aanbod.

Financiering

De uitvoering van het programma en de randvoorwaarden worden vanuit de reguliere middelen van de partners betaald. Kosten voor extra tijdsinvestering door zorgprofessionals in de voorbereidings- en opstartfase werden via de GGD door de gemeente betaald. De kosten van de leefstijladviseur worden via Zorgimpuls betaald door Achmea. De zorgverzekeraar betaalt de beweegactiviteiten in een groep onder begeleiding van de fysiotherapeut indien de deelnemer aanvullend verzekerd is.

Meer informatie leest u op: www.ggd.rotterdam.nl (zorgregie/preventie Van Klacht naar Kracht)

4.2.4 (Be)weeg! - Leiden en Noordwijk

Programmabeschrijving

(Be)weeg! is een multidisciplinair leefstijlinterventieprogramma in twee gezondheidscentra: Stevenshof in Leiden en Wantveld in Noordwijk. De weinig positieve ervaringen die deze gezondheidscentra hadden opgedaan met de resultaten van individuele leefstijladvisering, vormden de inspiratiebron om in 2006 met (Be)weeg! te starten.
De doelgroep van dit programma zijn mensen met overgewicht en een andere risicofactor op

hart- en vaatziekten, zoals hypertensie of diabetes. Mensen met (ernstige) mobiliteitsproblemen of psychosociale problemen kunnen niet meedoen, evenals mensen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. Het doel van (Be)weeg! is een gewichtsvermindering van 5-10% in een half jaar, en daarna gewichtsbehoud en blijvende gedragsverandering.

De deelnemers worden actief opgespoord door de praktijkondersteuner en benaderd voor een intake: het maken van een cardiovasculair risicoprofiel, het invullen van een vragenlijst (GOAL-studie van het RIVM) en de SL90-lijst van de psycholoog. Hierna volgt een beweeganalyse bij de fysiotherapeut, die in het eerste jaar vier keer wordt herhaald om het resultaat te volgen. In een multidisciplinair overleg (huisarts, fysiotherapeut, diëtist en psycholoog) wordt vervolgens bekeken of het programma voor de deelnemer geschikt is en wat de aandachtspunten zijn. De huisarts verzorgt de benodigde verwijzingen.

(Be)weeg! is een programma waarin de deelnemer in tien groepsbijeenkomsten (10-15 deelnemers) de leefstijl leert aan te passen. Voeding en bewegen vormen de hoofdbestanddelen. Het accent ligt op haalbare doelen, zelfmanagement en het leren van elkaars ervaringen. In drie bijeenkomsten wordt ook samen bewogen. Het nieuwe gedrag wordt in de eigen omgeving geoefend, een werkboek is daarbij een hulpmiddel. De deelnemer betaalt een eigen bijdrage van € 100. Afhankelijk van de aanvullende verzekering voor fysiotherapie en psycholoog kan deze bijdrage oplopen tot bijna € 350.

Beschreven effecten

In 2006 hebben 39 patiënten aan (Be)weeg! deelgenomen (25). De ervaringen van de deelnemers met het programma zijn positief. Bij het merendeel is sprake van gewichtreductie met stabilisatie na een jaar. De meeste deelnemers hebben hun leefstijl (deels) kunnen veranderen. In 2007 namen 28 mensen deel. De resultaten uit de vragenlijst van het RIVM zijn op dit moment nog niet bekend. Om effecten te kunnen beschrijven zijn echter grotere aantallen deelnemers nodig.

In 2006 zijn de ervaringen met het programma met alle medewerkers geëvalueerd met behulp van een externe deskundige. Ook de medewerkers beoordelen het programma positief. Ze hebben het idee dat groepsconsulten, met name het multidisciplinaire karakter ervan, voor gedragsverandering een geschikte werkvorm is. Ze zien het als een reguliere interventie in het kader van cardiovasculair risicomanagement bij patiënten en minder als een preventieve activiteit.

Naar aanleiding van de evaluaties heeft het programma enkele aanpassingen ondergaan, zoals meer nadruk op gedragsverandering dan op kennisoverdracht, en specificatie van indicatoren die het veranderingsresultaat bij de deelnemer aangeven.

Samenwerkingspartners

(Be)weeg! is een samenwerkingsprogramma van huisarts, fysiotherapeut, diëtist, praktijkondersteuner en psycholoog die samen werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. De huisarts verwijst (na overleg) de deelnemer naar het programma. De praktijkondersteuner is de vaste begeleider en leidt de groepsbijeenkomsten. In elke bijeenkomst participeert één van de andere disciplines met inbreng uit het eigen vakgebied: gezonde voeding, (niet-)helpende gedachten om gedrag te veranderen, de beweegnorm en andere onderwerpen. In multidisciplinair overleg wordt de vooruitgang van de deelnemer en onderlinge afstemming besproken.

Financiering

Er is geen structurele vergoeding voor het programma. Uitgangspunt was dat de groepsconsulten kostendekkend zouden zijn met de eigen bijdrage van deelnemers en de declaratie bij de zorgverzekeraar. De kosten vallen echter hoger uit dan verwacht omdat het multidisciplinaire overleg en de inzet van de praktijkondersteuner meer tijd nemen.

Continuïteit en inbedding in huidige structuur

(Be)weeg! is een nieuwe benadering van leefstijladvisering die plaatsvindt binnen de 'gewone' praktijkvoering in de eerste lijn. Daardoor zijn er aanpassingen gedaan in de activiteiten van de betrokken disciplines in het gezondheidscentrum die tot een nieuw zorgaanbod hebben geleid, maar niet daarbuiten.

Succesfactoren

- Aansluiting bij de behoefte en mogelijkheden van de deelnemer
- Realiseerbaar op kleine schaal binnen het gezondheidscentrum

Knelpunten

- Begeleiding van groepsconsulten vraagt scholing en ervaring waarin in de beginfase geïnvesteerd moet worden
- Financiering buiten de gangbare declaratieregels
- Meten van effecten van de groepsconsulten vraagt opschaling zodat meer deelnemers aan effectonderzoek kunnen deelnemen

Voor meer informatie: www.wantveld.nl

4.2.5 Bewegen in Etten-Leur

Programmabeschrijving

Bewegen in Etten-Leur startte eind 2007 in gezondheidscentrum De Keen. Het programma is gebaseerd op een wetenschappelijke studie (ELDIAS: Etten-Leurs Diabetes Sport Studie) van de Universiteit Maastricht in het gezondheidscentrum. De studie beoogde een goede aanpak rondom bewegen te formuleren. Uit de studie bleek dat sporten onder goede begeleiding een zichtbaar positief effect heeft op de gezondheid van mensen met diabetes (16).

Bewegen in Etten-Leur werkt vanuit de visie dat mensen met een chronische ziekte (diabetes, COPD, hart- en vaatziekten) beter moeten bewegen maar dat dit niet gemedicaliseerd moet worden. Sporten moet vooral leuk zijn en de ervaring van eigen mogelijkheden en kunnen verandert de beleving van de ziekte. Bewegen vindt dan ook waar mogelijk plaats in de gewone sportvoorzieningen.

Het project informeert huisartsen zodat ze deelnemers kunnen doorverwijzen. De verwijzing kan overigens ook plaatsvinden door de praktijkondersteuner en de diëtist die een grote groep diabetespatiënten regelmatig op consult zien. Ze kunnen mensen hierdoor gemakkelijk motiveren, verwijzen, boodschappen herhalen en veranderingen volgen. Verder leidt het project trainers van sportverenigingen en fitnesscentra op om de doelgroep chronisch zieken goed te kunnen begeleiden. Ook de gemeente kan via het WMO-loket mensen attenderen op het project en zo deelnemers aanbrengen. De gemeente voorziet in informatie via internet.

Deelnemers bewegen eerst drie keer per week in een groep onder speciale begeleiding maar binnen de reguliere sportvoorzieningen. Voordat men begint met sporten, neemt een fysiotherapeut een test af en bekijkt welke vorm van bewegen het beste past. Deelnemers die als resultaat van de test een hoog risico op complicaties of blessures hebben, worden niet toegelaten.

Beschreven effecten

ELDIAS is uitgevoerd onder honderd mensen met diabetes. Het onderzoek liet een daling van het glucosegehalte zien en een daling van de bloeddruk (16). Hoewel de gemeten fysieke fitheid gelijk bleef, voelden deelnemers zich fitter en waren ze beter in staat mee te doen. Deelnemers en professionals waren tevreden met het nieuwe laagdrempelige leefstijlaanbod.

Samenwerkingspartners

De initiatiefnemers van het project Bewegen in Etten-Leur zijn als huisarts en fysiotherapeut werkzaam in gezondheidscentrum De Keen. Aanbieders van sportactiviteiten in de lokale omgeving zijn zeer actief betrokken. In de voorbereidingsfase hebben alle professionals tijd en energie geïnvesteerd om het project vlot te trekken. In deze fase is ondersteuning gevraagd bij Zee-bra,

Ondersteuning Eerste Lijn Zuid West Nederland. Zee-bra zorgde toen voor verspreiding van het initiatief, de contacten tussen de verschillende betrokken partners en de communicatie en begeleiding van het proces. In de huidige voortzetting is de betrokkenheid gering. De gemeente is nauw betrokken en betaalt de scholing van de trainers en bevordert de aansluiting met de WMO en het sportbeleid.

Financiering

In de ontwikkeling van het initiatief is gebruikgemaakt van subsidies van de zorgverzekeraar. Momenteel draagt de gemeente bij in de kosten, onder andere door de scholing te betalen van de trainers (in de sportvoorzieningen) in het organiseren van een geschikt aanbod voor chronisch zieken. De (tijdelijke) projectmanager is aangesteld met subsidie van de zorgverzekeraar via Robuust, de ROS in Zuid Nederland.

Continuïteit en inbedding in huidige structuur

Bewegen in Etten-Leur is een structureel aanbod vanuit de eerstelijnszorg maar uitgevoerd in de wijk. Er vindt continu afstemming plaats tussen het werk van de professionals en de reguliere beweegactiviteiten. Momenteel is de projectmanager vooral behept met de vraag hoe het programma stevig ingebed kan worden in de huidige structuur en doorgang kan blijven vinden.

Succesfactoren

- Groot enthousiasme bij de kartrekkers: plaatselijke huisartsen, fysiotherapeuten en sportbedrijven
- Samen met verenigingen laagdrempelig lokaal aanbod voor leefstijlverandering
- Goed werkend automatiseringssysteem in de huisartsenpraktijk om cases op te sporen
- Extra tijd van professionals voor voorbereiding en uitvoering
- Tijdelijke procesbegeleiding en projectorganisatie (in beginfase) door regionale ondersteuningsstructuur
- Actieve rol van de lokale overheid in de verspreiding en (gedeeltelijke) financiering van het aanbod
- Projectmanager die alle (beschikbaar gestelde) tijd en energie aan de doorontwikkeling van het programma kan besteden

Knelpunten

- Aanvankelijke drempel bij deelnemers om zich met hun gezondheidsproblemen aan te sluiten bij fitte sporters
- Kosten voor deelnemers
- Financiering op structurele basis die voorziet in de onkosten in randvoorwaardelijke sfeer en het kunnen blijven enthousiasmeren en informeren van deelnemers, eerstelijnsdisciplines en sport- en beweegaanbieders
- Zorg om de financiële continuïteit en verankering van verantwoordelijkheden

Voor meer informatie: www.bewegen-in.nl/etten-leur

4.2.6 De BeweegKuur

Programmabeschrijving

De BeweegKuur is een project in ontwikkeling van het NISB in samenwerking met een aantal landelijke partners in de zorg[8]. In 2008 vindt implementatie plaats in zeven pilotregio's. Het project wordt door wetenschappelijk onderzoek begeleid. Het doel is een bruikbare en toepasbare interventie in 2008 te ontwikkelen voor mensen met (een risico op) diabetes. In 2009 en 2010 wordt een (kosten)effectiviteitstudie uitgevoerd. Na gebleken (kosten)effectiviteit zal CVZ het ministerie van VWS adviseren de BeweegKuur op te nemen in het basispakket van de ziektekostenverzekering.

De BeweegKuur is een interventie om mensen met (een hoog risico) op diabetes mellitus type 2 te begeleiden naar een actievere leefstijl. In de BeweegKuur staat gedragsverandering centraal vanuit een samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines en aanbieders van sport- en beweegactiviteiten in de wijk. De BeweegKuur is opgebouwd uit vijf stappen.

Stap1 is die van signalering en oriëntatie. Mensen met diabetes type 2 of mensen met (een verhoogd risico op) diabetes kunnen instromen via zorgprofessionals in en buiten de huisartsenpraktijk. De BeweegKuur reikt hiervoor een stroomdiagram en hulpmiddelen aan, zoals de diabetesrisicotest en een formulier BeweegScore (PACE).

Stap 2 betreft de intake en doorverwijzing. De huisarts diagnosticeert en schrijft indien van toepassing het recept voor de BeweegKuur voor. Met het recept gaat de deelnemer naar de leefstijladviseur en belandt daarmee in de derde stap van het programma: begeleiding en coaching.

De leefstijladviseur is een belangrijke spil binnen de hele interventie: voor de deelnemer als coach en brug met andere disciplines binnen de zorg, en voor de samenwerkingspartners als schakel in multidisciplinaire afstemming en als coördinator voor doorverwijzing naar een geschikt aanbod buiten de zorg. De functie kan ingevuld worden door praktijkondersteuners en fysiotherapeuten maar vanwege de continuïteit in contacten met diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk geeft de BeweegKuur de voorkeur aan de praktijkondersteuner. De leefstijladviseur verricht om te beginnen de intake. Deelnemers worden ook verwezen naar de diëtist voor voedingsadvisering.
Tijdens het eerste jaar ziet de leefstijladviseur de deelnemer met bepaalde regelmaat terug voor coaching en begeleiding.

Stap 4 is een groepsgericht beweegprogramma in samenwerking met de sport- enbeweegbegeleider. Het programma is afhankelijk van de mogelijkheden en de (gezondheids)situatie van de deelnemer. Er zijn vier categorieën deelnemers en daaraan gerelateerd beweegactiviteiten in vier

8 NISB ontwikkelt de BeweegKuur in opdracht van VWS en in samenwerking met LHV, NHG, NVDA, KNGF, LVG, NDF, DVN en VSG.

settings. Deze variëren van bewegen in het reguliere aanbod in de wijk tot bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut. In deze stap gaat het om gedragsverandering en het toewerken naar een zelfstandige actieve leefstijl. Dit moet merkbare effecten opleveren, zoals verbeterde fitheid en blijvend plezier in het bewegen.

De sport- en beweegbegeleider, dit is een fysiotherapeut of sport- en beweeginstructeur uit de wijk (fitnesscentrum of lokale vereniging), moet een passend (afhankelijk van de categorie) en aansprekend, veilig en verantwoord sport- en beweegaanbod bieden. In deze beweegperiode treedt de sport- en beweegbegeleider op als coach en persoonlijk begeleider van de deelnemer.

Het doel is dat de deelnemer op een gegeven moment doorstroomt naar reguliere sport- en beweegactiviteiten in de wijk en daar blijft bewegen. Dit is de vijfde en laatste stap in de BeweegKuur. De leefstijladviseur en de sport- en beweegbegeleider stellen samen met de deelnemer het moment vast dat dit kan gaan gebeuren. Monitoring blijft plaatsvinden tijdens de contactmomenten zoals vastgelegd in de NHG-standaard diabetes type 2 door de leefstijladviseur/praktijkondersteuner.

Beschreven effecten

Gezien de recente start van de BeweegKuur is het niet mogelijk al iets te zeggen over de effecten van de interventie. Het doel van de BeweegKuur is de effecten wetenschappelijk te onderbouwen en daarmee vergoeding van deze preventieve interventie door de ziektekostenverzekeraars te realiseren.

Samenwerkingspartners

Op de eerste plaats werken eerstelijnsdisciplines samen. Het startpunt voor de instroom van deelnemers aan de BeweegKuur kan bij professionals buiten de huisartsenpraktijk liggen: de fysiotherapeut en oefentherapeut, de diëtist, de thuiszorg, de apotheker of erbinnen: de diabetesverpleegkundige, de huisarts of de praktijkondersteuner.

De BeweegKuur is duidelijk in de rol- en taakverdeling tussen de partners. De huisarts diagnosticeert en verwijst. De leefstijladviseur coacht, coördineert en monitort. De beweegbegeleider maakt een beweegplan op maat en begeleidt. De diëtist geeft voedingsadvies. Verder besteedt de BeweegKuur expliciet aandacht aan de aansluiting en samenwerking met de reguliere sport- en beweegactiviteiten op wijkniveau. De leefstijladviseur wordt geacht hiervoor de benodigde contacten en netwerken op te bouwen en te onderhouden.

Financiering

De BeweegKuur wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. In de toekomst is vergoeding door de zorgverzekeraars beoogd.

Continuïteit en inbedding in huidige structuur

De BeweegKuur wil men graag onderbrengen in de reguliere zorg. De interventie is gericht op continuïteit. Zo moet de deelnemer de gedragsverandering volhouden. Hiervoor zijn op literatuur en praktijkvoorbeelden gebaseerde besluiten genomen ten aanzien van de duur van de begeleiding, de frequentie en intensiteit van de begeleiding, de functie en scholing van de leefstijladviseur, en beweging op maat (26). Daarnaast is continuïteit na de interventie gewaarborgd door aansluiting met de activiteiten in de wijk.

Meer informatie vindt u op: www.beweegkuur.nl

5 Een multidisciplinaire aanpak: hoe doe je dat?

Elke multidisciplinaire aanpak vraagt om nauwe samenwerking. Zo ook de aanpak die in deze handreiking beschreven wordt en gericht is op het bevorderen van een actieve leefstijl. Op de eerste plaats moet er een nauwe samenwerking zijn tussen de huisarts (en praktijkondersteuner), de diëtist, de fysiotherapeut en de oefentherapeut. Samen motiveren ze mensen uit de doelgroep tot meer bewegen en gezonde voeding. Daartoe bieden ze concrete mogelijkheden en deskundige begeleiding.

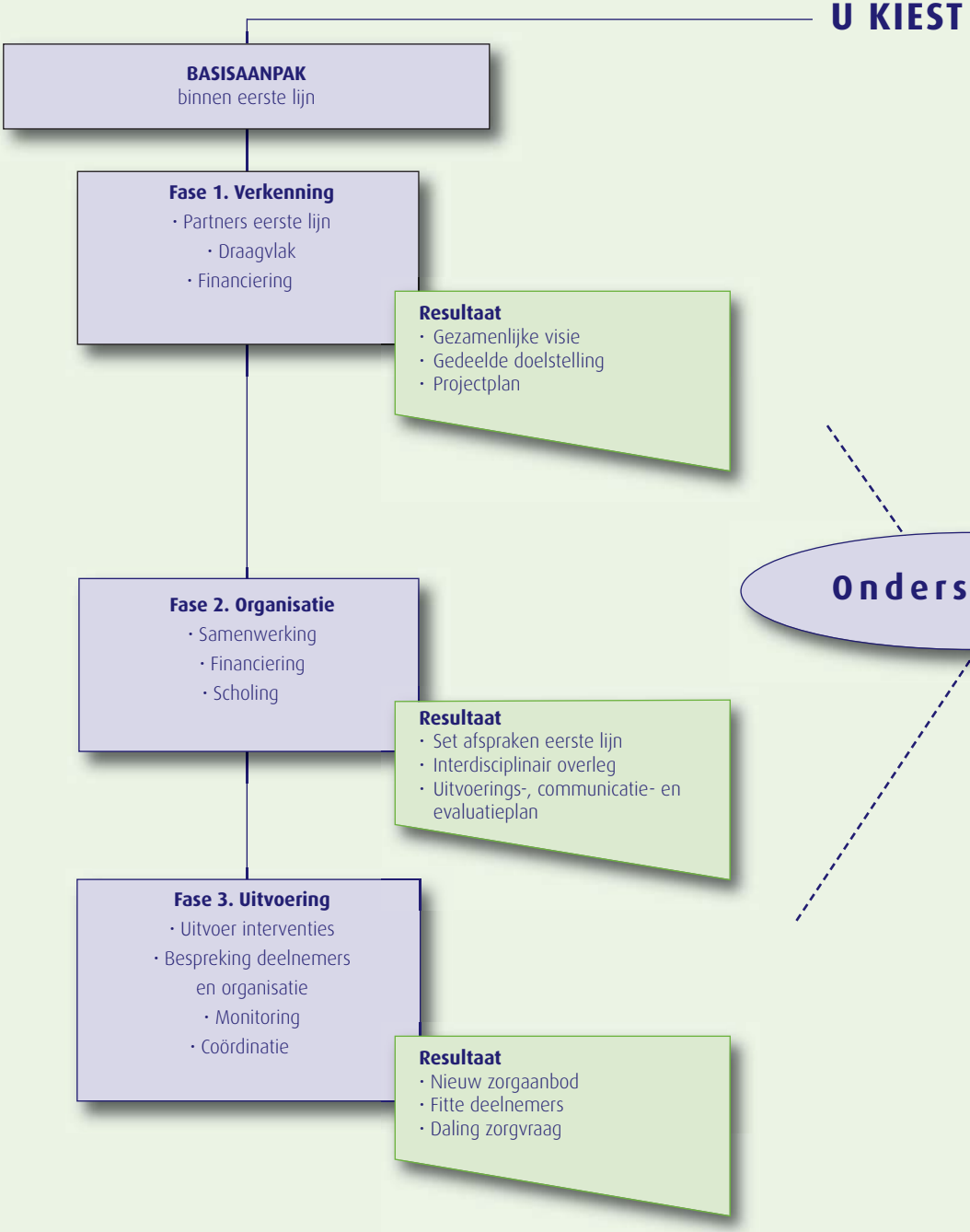
5.1 Twee varianten

In onze aanpak onderscheiden we twee varianten: een basisaanpak en een brede aanpak. De basisaanpak zet niet actief in op aansluiting met (beweeg)activiteiten in de wijk. Het gaat in de basisaanpak om samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines onderling. Het voordeel van deze aanpak is dat die veelal binnen de eigen praktijk of het gezondheidscentrum blijft en om minder investering en organisatie vraagt. De samenwerking blijft beperkt tot een kleine groep, dat maakt de aanpak eenvoudiger.

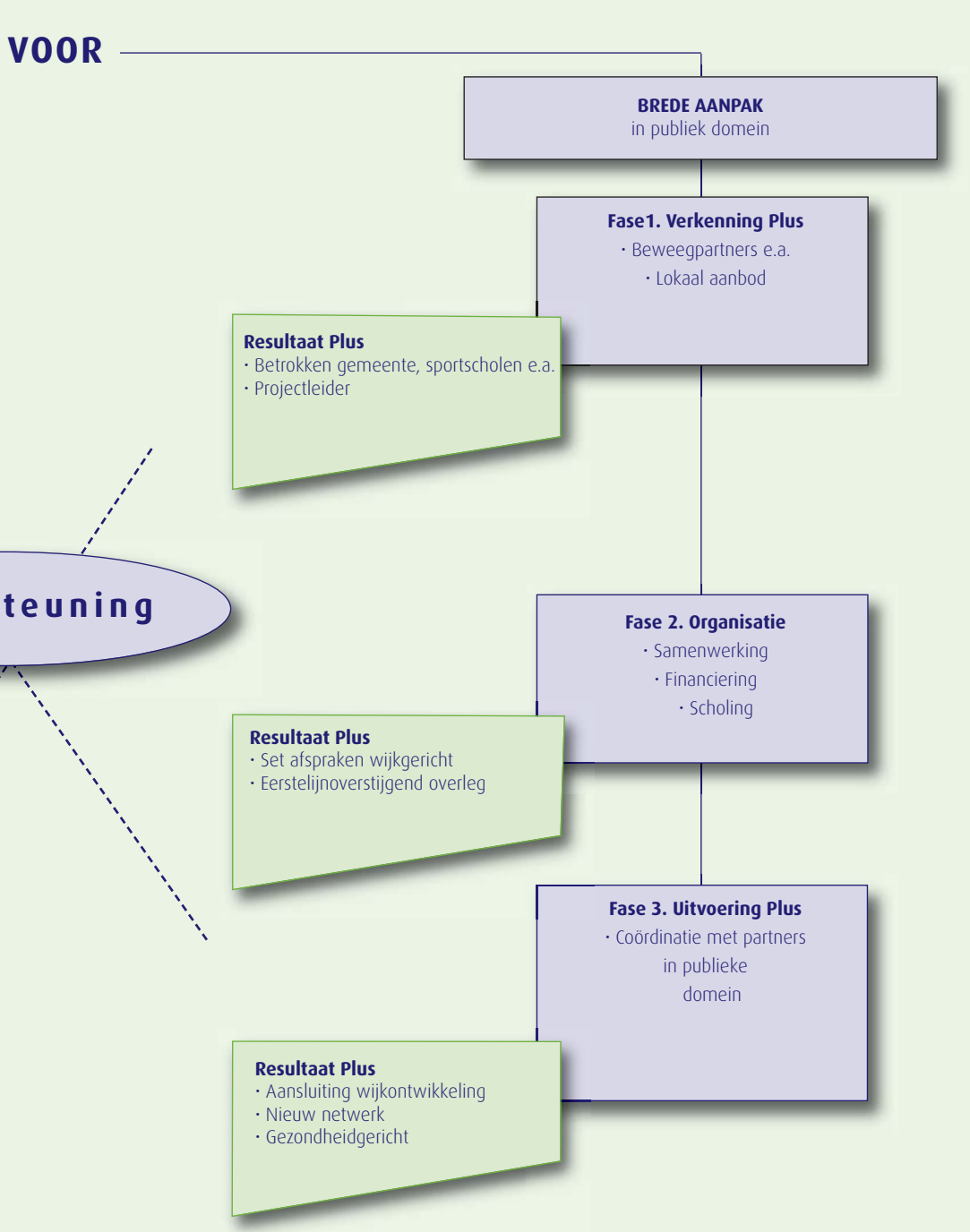
De ketenaanpak voor een actieve leefstijl voert verder. Deze aanpak is namelijk naar buiten gericht en vraagt ook om samenwerking met beweegaanbieders en andere partners in het publieke domein. Deelnemers kunnen zo kiezen uit laagdrempelige activiteiten dicht bij huis. We noemen deze aanpak daarom de brede aanpak. In deze aanpak moet wel actief worden ingezet op de betrokkenheid van gemeente, GGD en maatschappelijke organisaties. Dit vergt organisatie en over het algemeen een grootschalige projectvorm.

De brede aanpak biedt een aantal extra voordelen. Zo is de kans op blijvende gedragsverandering groter omdat deelnemers participeren in het reguliere lokale aanbod van beweeg- en welzijnsactiviteiten. De eerstelijnsdisciplines leren daardoor een groter aanbod van activiteiten in de wijk kennen. Bovendien sluit de eerstelijnszorg aan bij nieuwe ontwikkelingen, zoals een lokale integrale aanpak van gezondheidsproblemen en samenwerking met de publieke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning.

In figuur 2 worden beide varianten stapsgewijs weergegeven. U ziet de stappen die nodig zijn om de basisaanpak te realiseren, en de extra stappen die in de brede aanpak gezet moeten worden ten opzichte van de basisaanpak. Uiteraard zijn er allerlei tussenvormen mogelijk.



Figuur 2: Basisaanpak/brede aanpak leefstijladvisering.


VOOR
BREDE AANPAK
in publiek domein
Fase1. Verkenning Plus
· Beweegpartners e.a.
· Lokaal aanbod
Resultaat Plus
· Betrokken gemeente, sportscholen e.a.
· Projectleider
teuning
Fase 2. Organisatie
· Samenwerking
· Financiering
· Scholing
Resultaat Plus
· Set afspraken wijkgericht
· Eerstelijnoverstijgend overleg
Fase 3. Uitvoering Plus
· Coördinatie met partners
in publieke
domein
Resultaat Plus
· Aansluiting wijkontwikkeling
· Nieuw netwerk
· Gezondheidgericht

5.2 Stapsgewijze aanpak

Het realiseren van een multidisciplinaire aanpak van leefstijladvisering in de eerste lijn gaat stapsgewijs. U kunt als individuele professional in de eerste lijn het initiatief nemen en de kar trekken. U kunt echter ook een beroep doen op de ROS of een externe adviseur om op delen ondersteuning te bieden of als procesmanager op te treden. De ROS is vaak bekend met bestaande voorzieningen en het zorgaanbod in de wijk waarin u werkt, en daarbuiten. De ROS weet ook de weg naar financiële middelen. U hoeft dus niet het wiel opnieuw uit te vinden.

Hierna leest u per fase eerst de stappen die bij de basisaanpak horen en daarna de stappen in de brede aanpak. Daarnaast vindt u handige afvinklijstjes en bruikbare hulpmiddelen.

5.2.1 Verkenningsfase

In deze eerste fase verkent u op vier thema's de mogelijkheden voor uitvoering:

- samenwerkingspartners
- draagvlak
- financiering
- lokaal aanbod van (gezonde leefstijl)cursussen en beweegactiviteiten (brede aanpak)

Samenwerking

Leer de (potentiële) samenwerkingspartners kennen. Maak een lijst van partners die de beste bijdrage kunnen leveren aan de aanpak van gezond leven in de lokale situatie. Bedenk met welk doel u met deze partners wilt samenwerken. Voor de basisaanpak zijn dit in elk geval de huisarts en praktijkondersteuner, de fysiotherapeut en/of oefentherapeut en de diëtist. Voor de brede aanpak zijn dit ook de lokale beweegaanbieders, zoals sportbuurtwerkers in de wijk, de gemeentelijke beleidsmakers, de GGD, maatschappelijke organisaties (welzijnswerk, thuiszorg, GGZ) en financiers.

Potentiële partners basisaanpak
- ✔ *Huisarts en praktijkondersteuner*
- ✔ *Fysiotherapeut*
- ✔ *Oefentherapeut*
- ✔ *Diëtist*

Bedenk
- ✔ *Welke deskundigheid?*
- ✔ *Met welk doel?*
- ✔ *Voor welke doelgroep?*
- ✔ *Onafhankelijke gespreksleider? ROS?*

Potentiële partners brede aanpak

- ✔ *Beweegaanbieders*
- ✔ *Gemeente-GGD*
- ✔ *Maatschappelijke organisaties*
- ✔ *Financiers*

Gebruik

- ✔ *Sociale kaart (gemeente, GGD, welzijnswerk)*
- ✔ *VAAM (Vraag Aanbod Analyse Monitor)*
- ✔ *Factsheet samenwerking (NISB): www.nisb.nl/ketenaanpak*
- ✔ *Lokale Samenwerking Wijzer (NIGZ): www.wijkslag.nl*
- ✔ *Handboek Bewegen Op Recept (24) (NIGZ): www.nigz.nl*
- ✔ *www.verwijskompas.nl*

Draagvlak

Ga eerst met de potentiële partners in gesprek over hun ervaringen met chronisch zieken (en andere doelgroepen) en leefstijladvisering in hun praktijk. Welke problemen ervaren ze en welke (mono- of multidisciplinaire) oplossingen hanteren ze? Het is op dit punt praktisch een SWOT-analyse te maken (SWOT staat voor Strength, Weaknesses, Oppertunities, Threats). Daarin worden sterke en zwakke aspecten naast kansen en bedreigingen geanalyseerd. Aan de hand van deze analyse kan gaandeweg een gedeelde visie op de situatie ontwikkeld worden. In feite start de samenwerking hier al. Ga ook in gesprek over het belang en de verwachtingen die de potentiële partners bij de samenwerking hebben.

In deze fase kunt u ook een onafhankelijke partner vragen de rol van gespreksleider/adviseur op zich te nemen: de ROS of GGD bijvoorbeeld. In het creëren van draagvlak voor samenwerking maakt u gebruik van positieve argumenten: innovatie van het zorgaanbod, afname van patiënten met steeds terugkerende klachten, verkorte lijnen tussen (eerstelijns)disciplines, andere blik op het werk en nieuwe kennis. Als iedereen overtuigd is en dezelfde taal spreekt, ontstaat er draagvlak en kan een gezamenlijke doelstelling geformuleerd worden.

Om richtinggevend te zijn, moeten doelstellingen SMART geformuleerd worden. SMART staat voor: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Het kan enige tijd en inspanning vragen voordat alle neuzen dezelfde kant uitstaan omdat niet alle professionals even veel werk willen maken van preventie of niet gewend zijn intensief samen te werken met andere disciplines. Bovendien vraagt het een omslag in denken: van ziektegeoriënteerd en praktijk(maatschap) gebonden naar gezondheid(sgedrag) en wijkgericht denken. Afhankelijk van de schaal die u voor ogen hebt, is de volgende stap het verkennen van financieringsmogelijkheden.

Draagvlak

Ga in gesprek met potentiële partners, neem de tijd

- *Maak een SWOT-analyse*
- *Verken belangen en verwachtingen*
- *Gebruik positieve argumenten*
- *Ontwikkel dezelfde taal*
- *Formuleer gedeelde visie op probleem en oplossingen*
- *Formuleer gezamenlijke doelstelling (SMART)*
- *Gebruik een onafhankelijke gespreksleider*

Financiering

Vorm eerst een idee over de kosten en de middelen die vanuit de praktijk gebruikt kunnen worden. Voor de financiering van de voorbereidende activiteiten kunt u het beste aankloppen bij de gemeente (of de provincie) en fondsen, inclusief die bij zorgverzekeraars.

Financiers laten zich graag overtuigen op basis van cijfers over onder meer:

- het gezondheidsprobleem dat u wilt oplossen
- het aantal disciplines dat wil participeren
- de zorglast die u wilt verlichten
- de voorbereidingskosten

Breng deze gegevens samen in een projectplan (zie 6.7) en bespreek dit in een oriënterend gesprek. Of volg de procedure zoals aangegeven door de financier.

Financiering

✔*Vorm een idee over de kosten*
✔*Verken verschillende financieringsbronnen*
✔*Gebruik cijfers*
✔*Schrijf een projectplan*
✔*Voer oriënterende gesprekken*

Bronnen

✔*Fondsen*
✔*Gemeente, provincie*
✔*Zorgverzekeraar*
✔*Innovatiegelden*

Cijfers
- ✔*Praktijkregistratiesysteem*
- ✔*RIVM*
- ✔*GGD*
- ✔*CBS*
- ✔*Nivel*
- ✔*LINH*

Gebruik
- ✔*Factsheet Financiering (NISB): www.nisb.nl/ketenaanpak*
- ✔*Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.rivm.nl*
- ✔*Nationale Atlas Volksgezondheid: www.rivm.nl*

Lokaal aanbod (brede aanpak)

Voor de brede aanpak is het noodzakelijk een beeld te vormen van:
- het bestaande aanbod van (laagdrempelige) beweeg- en leefstijlactiviteiten in de wijk
- partners die educatieve cursussen aanbieden, mogelijk aangepast aan de doelgroep waarop u zich richt, zoals voedings- en leefstijlcursussen die (door diëtisten) bij de thuiszorg georganiseerd worden

U kunt de volgende bronnen raadplegen:
- de sociale kaart van de regio (denk aan het WMO-loket van de gemeente of GGD die hier vaak over beschikt)
- VAAM (Vraag Aanbod Analyse Monitor, een instrument om de zorgvraag regionaal in kaart te brengen)
- de gemeentegids of specifieke sport- beweegwijzers, de Gouden Gids en internet

In deze fase kunnen ook al verkennende gesprekken gevoerd worden met de aanbieders van beweeg- en leefstijlactiviteiten in de wijk. De samenwerking is voor de bestaande (beweeg)aanbieders vaak aantrekkelijk vanwege nieuwe leden of uitbreiding van het aanbod.

Lokaal aanbod
- ✔*Inventariseer beweegactiviteiten*
- ✔*Inventariseer leefstijlcursussen*
- ✔*Voer oriënterende gesprekken*

Zie ook: draagvlak

Gebruik
- ✔*Sociale kaart*
- ✔*VAAM*
- ✔*www.verwijskompas.nl*
- ✔*Gemeentegids*
- ✔*Lokale sportgids, beweegwijzer*
- ✔*Internet*

De stappen uit de verkennende fase resulteren in een projectplan waarin u in elk geval de gedeelde visie, de doelstellingen en een begroting opneemt (in feite alle eerdergenoemde items). Verder kunt u ook de samenwerkingspartners benoemen van wie er één, zo nodig, de rol van projectleider op zich neemt. Neemt u bij voorkeur ook het lokale aanbod aan beweegactiviteiten en educatieve activiteiten in het projectplan op. Een voorbeeld van een beknopt projectplan vindt u in 6.7. Zorgverzekeraars hebben vaak een eigen format dat u voor het schrijven van een projectplan kunt gebruiken.

5.2.2 Organisatiefase

In deze fase werkt u concreet aan de organisatie van de samenwerking, de financiering, eventuele scholing en het beweegaanbod.

Samenwerking

Nadat er draagvlak is ontstaan voor het nieuwe initiatief, komen de samenwerkingspartners bij elkaar om de samenwerking vast te leggen in meer concrete afspraken. Deze afspraken zijn vooral gericht op de uitwisseling van informatie over deelnemers en de onderlinge afstemming, de levering van diensten aan de doelgroep en de communicatie over het initiatief. De afspraken betreffen:

- taken: de verdeling en inhoud van taken van de huisarts, coach, beweegbegeleider, diëtist en verwijzers (zie 4.1 en 4.2); in de brede aanpak gaat het ook om de invulling van het projectleiderschap en de coördinatie/regie
- levering van diensten: bijdrage in cursus, ruimte in sportaccommodatie, administratieve ondersteuning, fitheidtest
- instroom van deelnemers: wie kan meedoen en wie niet, verwijssystematiek (beweegrecept), inhoud van de intake
- afspraken over protocollering van doorstroom van deelnemers: inhoud en houder deelnemerdossier, metingen, terugrapportage, actie bij afwezigheid
- uitstroom van deelnemers: criteria, opvolging op langere termijn, aanbod laagdrempelige beweegactiviteiten, beweegsubsidie van de gemeente
- overleg: tussen eerstelijnsdisciplines, projectleider (indien van toepassing) met alle betrokkenen in het publieke domein; de overlegtijd moet in verhouding staan tot de omvang en realistisch worden gepland
- communicatie/pr: bekendheid geven aan het programma onder de doelgroep en de verwijzers, informeren van medewerkers, financiers en gemeente (nieuwsbrief, website)
- monitoring en evaluatie: welke gegevens worden geregistreerd, wanneer en hoe gaat evaluatie plaatsvinden en door wie
- ict: te gebruiken systeem, koppeling van gegevens, beheergegevens, opsporing van mogelijke deelnemers in de verschillende praktijken

Alle partners moeten de samenwerkingsafspraken en hun bijdrage onderschrijven. De afspraken worden vastgelegd en ondertekend in een officieel document.

Samenwerking
Maak concrete afspraken over:
- ✔ *taken*
- ✔ *te leveren diensten*
- ✔ *in-, door- en uitstroom deelnemer (protocollen)*
- ✔ *multidisciplinair overleg*
- ✔ *pr*
- ✔ *monitoring en evaluatie*
- ✔ *ict*

Extra voor de brede aanpak
Maak concrete afspraken over:
- ✔ *te leveren diensten (beweegactiviteiten en educatieve activiteiten)*
- ✔ *breed (preventie)overleg*
- ✔ *coördinatie, regie*
- ✔ *aansluiting beweegactiviteiten bij uitstroom*

Gebruik
- ✔ *www.denieuwepraktijk.nl*
- ✔ *Voorbeelden in Handboek Bewegen Op Recept (NIGZ)*
- ✔ *Factsheet samenwerking (NISB): www.nisb.nl/ketenaanpak*
- ✔ *Ervaring van Klacht naar Kracht met afsprakenset: www.ggd.rotterdam.nl*

Financiering

Idealiter hebt u financiering kunnen krijgen voor de voorbereidende activiteiten in de verkennings- en de organisatiefase. De financiering voor de uitvoering moet in de organisatiefase geregeld worden. Het is belangrijk een goed beeld te krijgen van de kosten van de projectorganisatie en van de verschillende onderdelen van het programma, zoals de verwijzing, de intake, coaching, beweegles, andere consulten zoals bij de diëtist, en de eindevaluatie. Een eigen bijdrage van de deelnemer aan de leefstijlinterventie helpt om tegemoet te komen in de kosten en om de deelnemer door te laten gaan met bewegen na afsluiting. Ook voorzieningen die al in uw praktijk aanwezig zijn, kunnen bijdragen.

Als de kosten en bijdragen helder zijn, kan onderhandeling met de ziektekostenverzekeraar starten over wat wel en niet vergoed wordt en hoe vergoed wordt. Ook maakt u volumeafspraken. Het is moeilijk dit als individuele professional of maatschap te doen. Als er bovendien geen projectleider aangesteld is die voor het samenwerkingsverband optreedt, is ondersteuning vanuit de ROS wel noodzakelijk.

De financiering kan verlopen via subsidie, declaraties, een combinatie ervan of via de zorggroep. In de toekomst zou het namelijk zo kunnen zijn dat leefstijlinterventies als onderdeel van een DBC worden ingebouwd. Een zorggroep moet dan een aanbod creëren met de betrokken professionals binnen deze zorggroep. Dit geldt voor bepaalde categorieën patiënten, onder wie mensen met diabetes.

Financiering

✔ *Maak een begroting*
✔ *Vraag steun ROS*
✔ *Onderhandel met de verzekeraar*
✔ *Zie ook factsheet Financiering (NISB): www.nisb.nl/ketenaanpak*
✔ *Eigen bijdrage deelnemer*

Scholing

Uit de voorbeelden in 4.2 blijkt dat specifieke scholing (na verloop van tijd) ondersteunend kan zijn. Het gaat vooral om de disciplines die de functie van coach en beweegbegeleider vervullen. Aan deze functie zitten twee belangrijke aspecten waarmee zorgprofessionals in de eerste lijn nog weinig ervaring hebben opgedaan:

- de intensiteit van begeleiden om een gezonde leefstijl te bevorderen
- de schakelfunctie met de beweegaanbieders en anderen in het publieke domein (brede aanpak)

Beide aspecten vragen andere kwaliteiten dan de gebruikelijke vakinhoudelijke en therapeutische ervaring van de begeleiders. Fysiotherapeuten kunnen speciale modules volgen (georganiseerd door het KNGF) voordat ze beweegprogramma's gaan geven, bijvoorbeeld voor mensen met diabetes en COPD. Afhankelijk van de keuzes en afspraken die er gemaakt zijn, kan extra voorbereiding nodig zijn in het gebruik van bepaalde instrumenten, zoals intake en evaluatie op basis van de ICF (zie 6.6).

Diëtisten kunnen de praktijkondersteuner en assistente scholen op het gebied van gezonde

voeding. Een brede scholing is in dit kader momenteel niet voorhanden. De ROS kan scholing faciliteren en organiseren. Ten slotte kan intervisie grote waarde hebben. Op vastgestelde momenten kunnen ervaringen met elkaar uitgewisseld worden om de nieuwe richting verder te ontwikkelen.

Scholing
- ✔*Motivational interviewing*
- ✔*Coaching*
- ✔*Gebruik van (meet)instrumenten*
- ✔*Multidisciplinaire samenwerking*
- ✔*Opbouw en onderhoud netwerken buiten de zorg*

Gebruik
- ✔*COACH-methode: www.coachmethode.nl*
- ✔*Modules KNGF over beweegprogramma's*
- ✔*NHG-scholing in motivational interviewing*
- ✔*Scholing aanbod Big!Move Instituut*
- ✔*Intervisie*

Lokaal aanbod brede aanpak

De samenwerking van de eerstelijnszorgprofessionals met de aanbieders van beweegactiviteiten en educatieve activiteiten in de wijk moet georganiseerd worden. In deze fase gaat het ook in de brede aanpak om het maken van concrete afspraken tussen de samenwerkingspartners. Het gaat om afspraken over te leveren diensten door direct in te schakelen partners, zoals sportbuurtwerkers (buurthuizen) en sportinstructeurs (sportscholen, fitness centra) om deelnemers te begeleiden.

Speciale doelgroepen als mensen met overgewicht en diabetes vragen in eerste instantie meer paramedische begeleiding: individueel of in groepsverband. Vervolgens komt het organiseren van een gemakkelijke aansluiting, na het begeleid bewegen met een oefentherapeut of fysiotherapeut, op de reguliere beweegactiviteiten.

Soms zijn die beweegmogelijkheden beperkt of slecht toegankelijk voor de doelgroep. Dit geldt ook voor de (educatieve) activiteiten die door de GGD, de thuiszorg of het welzijnswerk georganiseerd worden. Het is uiteraard belangrijk goed te kijken welke activiteiten geschikt en toegankelijk zijn voor de doelgroep. Organiseer daarvoor zo nodig een geschikte training (zie 4.2.5). Het is een goed idee de GGD te vragen coördinerend op te treden in de organisatie van een lokaal adequaat aanbod voor de doelgroep. Dit past in het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Lokaal aanbod

✔*Bewaak geschiktheid voor specifieke doelgroepen*
✔*Maak concrete afspraken*
✔*Organiseer goede aansluiting met reguliere activiteiten*
✔*Organiseer zo nodig scholing voor beweegbegeleiders*
✔*Vraag coördinatie gemeente-GGD*

De tweede fase resulteert allereerst in een set samenwerkingsafspraken en regelmatig overleg. In de basisaanpak beperkt zich dit tot interdisciplinair overleg (zorgprofessionals eerste lijn); in de brede aanpak breidt dit zich uit tot een (preventie)overleg met partners in het publieke domein. Verder is er een uitvoerings-, communicatie- en evaluatieplan uitgewerkt inclusief begrotingen.

5.2.3 Uitvoeringsfase

Het echte samenwerken kan nu beginnen, misschien eerst als proefproject op beperkte schaal of met één doelgroep. Dit is vooral aan te raden als de zorgprofessionals niet eerder met elkaar op meer programmatische basis hebben samengewerkt of 'gewoon een start willen maken'. Het helpt om vertrouwen in elkaar op te bouwen en ervaring op te doen.

De basisaanpak dan wel brede aanpak van leefstijladvisering wordt in deze fase uitgevoerd zoals in de organisatiefase uitgewerkt is. De manier van werken is vastgelegd in protocollen en onderlinge afspraken. In de praktijk zal blijken waar aanpassingen nodig zijn. De projectleider of externe ondersteuner (zoals ROS) vervult hierin samen met de uitvoerders een belangrijke taak.

In onderling overleg bespreken de uitvoerende eerstelijnsdisciplines (diëtist, fysiotherapeut, oefentherapeut, huisarts, praktijkondersteuner) onderling of met aanbieders van cursussen en beweegactiviteiten voorkomende problemen in in-, door- en uitstroom van deelnemers en de daarmee samenhangende activiteiten. Ook organisatorische aspecten komen aan bod, zoals in- en uitgaven, communicatie en administratie. Registratie is immers van belang voor de monitoring en evaluatie van het initiatief en dus om het succes ervan aan te tonen. Ook het communicatieplan wordt uitgevoerd om draagvlak bij verwijzers, financiers, en beleidsmakers te behouden en potentiële deelnemers alert te maken op het vernieuwde zorgaanbod.

Uitvoering

- ✔ *Maak pr*
- ✔ *Bied de deelnemer interventie*
- ✔ *Lever bijdrage volgens protocol*
- ✔ *Bespreek vooruitgang deelnemers*
- ✔ *Bespreek voorkomende (organisatorische) problemen*
- ✔ *Registreer gegevens*

Extra voor brede aanpak

- ✔ Communiceer met financiers en beleidsmakers
- ✔ Coördineer lokaal aanbod
- ✔ Participeer in lokale netwerken

Gebruik

- ✔ *Voor de intake: ICF (6.5)*
- ✔ *Eigen registratiesystemen*
- ✔ *Verwijslijst op basis van de informatie uit VAAM*
- ✔ *Patiëntenfolders*

De uitvoeringsfase resulteert in deelnemers met een actieve leefstijl die zich fitter zijn gaan voelen, minder klachten hebben en 'sterker' zijn geworden. Ze zullen minder beroep doen op de eerstelijnszorg. Het (preventieve) zorgaanbod is vernieuwd en ingebed in de bestaande structuren. Professionals in de eerste lijn hebben hiermee nieuwe ervaringen en vaardigheden opgedaan die meer gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid van mensen. Mogelijk zijn ze ook meer gericht op de leefomgeving van hun patiënten en de samenwerking met partners in het publieke domein. Hierdoor zullen ze actief deelnemen aan nieuwe netwerken.

Na de uitvoeringsfase volgen nog twee fasen waarin evaluatie en de verankering van het nieuwe initiatief in het reguliere zorgaanbod centraal staan. Bespreking ervan valt echter buiten deze handreiking.

6 Bijlagen

6.1 Literatuur

6.2 Websites

6.3 Afkortingen

6.4 Overzicht Leefstijladvisering in de eerste lijn

6.5 Typen preventie en leefstijladvisering in de eerste lijn

6.6 ICF-schema met voorbeeldvragen

6.7 Voorbeeld projectplan

6.1 Literatuur

1 Hollander de AEM, et al. Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM-VTV, 2006.
2 Bakker de DH, et al. Op één lijn: Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Utrecht, Bilthoven: Nivel, RIVM, 2005.
3 Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kaderbrief 2007-2011.Visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2007.
4 Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Een dynamische eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2008.
5 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.
6 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2007.
7 College voor Zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007.
8 Linschoten van CP, Moorer P, Voorrips R. Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
9 KNMG. Volksgezondheid en preventie. Utrecht: KNMG, 2007.
10 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Gezond en Beter. Strategische keuzen voor een sterke fysiotherapie in 2012. Amersfoort: KNGF, 2006.
11 Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG, LHV, 2002.
12 Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Beleidsnotitie 2007-2009 Houten: NVD, 2006.
13 Pfizer, NOC*NSF. Nationaal Preventie Onderzoek. 2006.
14 Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Velden van der J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging! Huisarts en Wetenschap 2008;51:38-41.
15 Assendelft P. Het preventieve aanbod in de eerstelijn. In: Kroes M, Mastenbroek C, et al, eds. Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2006.
16 Praet FE. Excersise therapy in Type 2 diabetes. Maastricht: Maastricht University, 2007.
17 Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen. Communities in Beweging. Bennekom, Nieuwegein: NISB, Arko Sports Media, 2007.
18 Ravensberg van D, et al. Integrale benadering van vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. Amersfoort: Npi en RGF AMA, 2006.
19 Overgoor L, Aalders M. Big!Move. Evaluatieverslag april 2003-juni 2004. Amsterdam: Gezondheidscentrum Venserpolder, 2004.

20 Overgoor L, Aalders M, Statius Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts en Wetenschap 2006;49:42-45.
21 Overgoor L, Aalders M, Reitsma S. Big!Move2. Evaluatieverslag verspreiding Big!Move in opdracht van Agis op drie locaties. Amsterdam: Big!Move, let's play. Agis Zorgverzekeringen, 2007.
22 Meer van der I. Effectevaluatie Bewegen Op Recept. November 2002 t/m juni 2004. Den Haag: Gemeente Den Haag, 2004.
23 Schmidt M, Absalah S, Stronks K. Wat beweegt de deelnemers? Een evaluatie van het project Bewegen Op Recept in Den Haag. Amsterdam: AMC/UvA afdeling Sociale Geneeskunde, 2006.
24 Jagt van der F, Hagen van M. Handboek Bewegen Op Recept. Een effectieve methode voor het bevorderen van een actieve leefstijl via de eerstelijnszorg. Woerden, Den Haag: NIGZ, STIOM, 2007.
25 Clercq de J, Jager de E. Evaluatierapport (BE)WEEG! Groepsconsulten voor leefstijlverandering. Noordwijk, Leiden: Gezondheidscentrum, 2008.
26 Weerdt de I, Broeders I, Butselaar L. Onderbouwing voor de ontwikkeling van de BeweegKuur. Samenvatting en conclusies van de voorbereidende fase. Bennekom: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), 2008.

6.2 Websites

www.aktiefadvies.nl	initiatief van het 'Partnership Huisartsenzorg in Beweging'
www.beweegjebeter-amsterdam.nl	
www.beweegkuur.nl	
www.beweegmaatje.nl	
www.beweegpagina.nl	
www.bewegenoprecept.nl	
www.bigmove.nu	
www.coachmethode.nl	
www.denieuwepraktijk.nl	praktijkvoorbeelden innovatie eerste lijn
www.fysionet.nl	KNGF-richtlijnen
www.gezondebasis.nl	achtergrondinformatie, tips, interactieve test ter
	voorkoming en behandeling van overgewicht
	en obesitas (NVD)
www.ggd.nl	landelijke vereniging GGD'en
www.ggd.rotterdam.nl	zorgregie/preventie Van Klacht naar Kracht
www.kcovergewicht.nl	kenniscentrum overgewicht
www.kiesbeter.nl	wegwijzer in de zorg, alles over gezondheid en zorg
www.kngf.nl	
www.lhv.nl	
www.lvg.org	
www.minvws.nl	kamerstukken, elektronisch patiëntendossier
www.nasb.nl	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
www.nhg.org	onder meer richtlijnen en LESA's, patiëntenfolders,
	patiëntbrieven en scholing
www.nigz.nl	handboek Bewegen Op Recept, wijkgericht werken
www.nisb.nl	onder meer factsheets: ketenaanpak, samenwerking,
	financiering
www.paramedisch.org	landelijk kenniscentrum paramedische zorg
www.nvdietist.nl	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
www.rivm.nl	Nationaal Kompas- en Nationale Atlas Volksgezondheid
www.sportiefbewegen.nl	
www.verwijskompas.nl	verwijsinformatie voor de gezondheidszorg
www.voedingscentrum.nl	
www.vvocm.nl	
www.wantveld.nl	(Be)weeg!
www.wijkslag.nl	

6.3 Afkortingen

AOF	Amsterdams Ondersteuningsfonds van huisartsen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BjB	Beweeg je Beter
BOR	Bewegen Op Recept
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelingscombinatie
DVN	Diabetesvereniging Nederland
GG	(Ondersteuning van) Gezondheid en Gedrag
HVZ	Hart en vaatziekten
ICF	International Classification of Functioning, disability and health
ICPC	International Classification of Primary Care
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NZO	Nederlandse Zuivel Organisatie
PG	Publieke Gezondheid
POH	Praktijkondersteuner huisartsen
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur (voor de eerste lijn)
SES	Sociaal Economische Status
VAAM	Vraag Aanbod Analyse Monitor
VSG	Vereniging Sport en Gemeenten
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten, Cesar en Mensendieck
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZ	(Hulp bij) Ziekte en Zorg

6.4 Overzicht leefstijladvisering in de eerste lijn

Type preventie	Definitie	Gezond/ ziek	Collectief/ individu
Universeel	Richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte **Doel** De kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen	Gezond	Collectief
Selectief	Richt zich (ongevraagd) op (hoog) risicogroepen (de kans op ziekte is groot) **Doel** De gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale, of landelijke preventieprogramma's	Gezond of risicofactoren	Collectief (klein deel individueel)
Geïndiceerd	Richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen **Doel** Het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door interventie/ behandeling	Risicofactoren en/of ziekte symptomen (nog geen volledig ziektebeeld)	Individu
Zorggerelateerd	Richt zich op individuen met een ziekte of een of meer gezondheidsproblemen **Doel** Het individu ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' voorkomen	(chronische) ziekte, beperkingen	individu

Partners	Voorbeelden leefstijladvisering eerste lijn	Wettelijke grondslag
Verantwoordelijkheid nationale en lokale overheid Publieke gezondheidszorg: GGD, thuiszorg, GGZ Eerstelijnsdisciplines	Bijdrage aan leefstijlprogramma's in PGZ, door eerstelijnsdisciplines zoals fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist (ontbijtproject basis-school, dubbel 30 bewegen) Gezonde voeding bedrijfs- en schoolkantines, bedrijfsfitness Verspreiding gezondheidsinformatie publiekscampagnes, zoals de balansdag NHG-patiëntenfolders: Gezonde voeding, Stoppen met roken, Overgewicht, Gezond bewegen (i.s.m. NISB) Folder: 'Gezond bewegen kun je leren' van de oefentherapeuten (VvOCM) NZO-brochures: Gezond leven, Voeding, Beweging en gezondheid voor iedere leeftijd (i.s.m. NVD), www.zuivelonline.nl Voedingscentrum: schijf van vijf, maak je niet dik, balansdag	WCPV (wet PG) AWBZ
Publieke gezondheidszorg: nuldelijn (GGD, thuiszorg, GGZ) en eerstelijnsdisciplines	Verspreiding publieks/patiëntenfolders o.a. NHG-patiëntenbrieven in aansluiting op consult: beweegadviezen, stoppen met roken, omgaan met alcohol, gezonde voeding Hoogrisicomanagement HVZ Casefinding bijvoorbeeld overgewicht	WCPV (wet PG) AWBZ
Eerstelijnsdisciplines: huisartsen en praktijkondersteuners, diëtisten, oefen-en fysiotherapie, professionals in de thuiszorg	Casefinding in huisartsen-, fysiotherapie en oefentherapiepraktijk Behandeling en leefstijladviezen door huisarts, POH, diëtist, fysiotherapeut- en oefentherapeut. Bijvoorbeeld: hoge bloeddruk, hoog cholesterol, glucose intolerantie, te hoog gewicht, roken, inactiviteit, botbreuken, rug- en nekklachten en daarop aansluitend de NHG-patiëntenbrieven en patientenfolders oefentherapie bij diverse aandoeningen Onderdeel ziektegerichte richtlijnen Groepsactiviteiten in praktijk oefen- en fysiotherapeuten, diëtisten	WCPV (wet PG) AWBZ
Eerstelijnsdisciplines: huisartsen en praktijkondersteuners, diëtisten, oefen-en fysiotherapie, professionals in de thuiszorg Tweedelijn: specialisten, revalidatiecentra, verpleeghuizen	Leefstijladvisering als onderdeel van ziektegerichte richtlijnen: HVZ, COPD, diabetes, te hoog gewicht, depressie en daarop aansluitend de NHG-patiëntenbrieven en patiëntenfolders oefentherapie bij diverse aandoeningen LESA's Patiëntenvoorlichting (hoe omgaan met ziekte) Folderlijn Sportief bewegen met een chronische aandoening (NISB)	WCPV (wet PG) AWBZ

6.5 Typen preventie en leefstijladvisering in d

Preventie wordt over het algemeen gedefinieerd als de acties die gericht zijn op het voorkómen van ziekte, of van verergering en beperkingen indien ziekte al is opgetreden. We kennen verschillende indelingen voor preventie, wat het gesprek over preventie niet zelden compliceert. In de public health is de klassieke indeling van primaire, secundaire en tertiaire preventie wel het meest gebruikt. Verder wordt er in de public health gesproken over gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

De zorgsector maakt een onderscheid in collectieve en individuele preventie waarbij vooral de laatste op de zorgsector betrekking heeft. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg is recentelijk de indeling naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie geïntroduceerd. Deze indeling wordt momenteel het meest gebruikt in de discussies over preventie en wordt om die reden hier verder toegelicht (7,15). De verschillende typen preventie en leefstijladvisering worden verduidelijkt met voorbeelden uit de eerstelijnspraktijk en vervolgens in een schema samengevat.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op (een deel van) de algemene bevolking die niet geïndentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Er is dus sprake van gezonde mensen. Universele preventie heeft tot doel mensen gezond te houden en het ontstaan van ziekte of risicofactoren op ziekte te voorkomen.

Universele preventie vindt hoofdzakelijk plaats in de publieke gezondheidszorg onder verantwoordelijkheid van de nationale en lokale overheid. Het betreft respectievelijk de nationale programmatische preventieprogramma's, zoals. screening van pasgeborenen met de hielprik, en de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, zoals voorlichting op scholen over gezonde voeding en bewegen. Ook GGZ-organisaties en de thuiszorg voeren preventieprogramma's uit.

De eerste lijn is betrokken bij de uitvoering van nationale preventieprogramma's, zoals de campagnes 'Goede voeding wat let je', 'Balansdag' en de nationale beweegnorm. In de huisartsenpraktijk is de belangrijkste preventieve activiteit de jaarlijkse griepvaccinatie. Daarnaast leveren bepaalde disciplines uit hoofde van hun specifieke deskundigheid een bijdrage in lokale en regionale programma's die specifiek gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld op het gebied van voeding en beweging. Zo werkt er een diëtist mee aan een interventie over gezonde voeding aan schoolkinderen of bij een ontbijtproject.

Eerstelijnsdisciplines participeren ook in publiekscampagnes door het betreffende thema actief onder de aandacht te brengen en materiaal in de praktijk te verspreiden, zoals de campagne 'Maak je niet dik' van het voedingscentrum of '30 minuten bewegen' van het NISB.

e eerste lijn

Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op individuen of een subgroep uit de bevolking bij wie de kans op het ontwikkelen van een gezondheidsprobleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld. Er zijn echter nog geen problemen opgetreden.

Mensen worden actief opgespoord en zonodig toegeleid naar de zorg. Het doel van selectieve preventie is de gezondheid van risicogroepen in stand te houden en te bevorderen zodat de ziekte zich niet openbaart, of pas later. Dit gebeurt hoofdzakelijk door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's.

De meeste van dit type preventieactiviteiten vallen eveneens onder de verantwoordelijkheid van de publieke gezondheidszorg, bijvoorbeeld het nationale programma voor de opsporing van mensen met hypercholesterolemie.
Disciplines in de eerste lijn zijn echter ook betrokken, bijvoorbeeld in de campagne 'Kijk op Diabetes' gericht op vroegtijdige opsporing van mensen met (onbekende) diabetes en mensen die een groot risico lopen om op korte termijn diabetes te ontwikkelen.

Verder worden mensen met een hoog risico op ziekte in de eerste lijn voornamelijk benaderd via individuele casefinding tijdens consulten of door screening van de patiëntenpopulatie in de praktijk, zoals in het hoog risicomanagement op hart- en vaatziekten gebeurt. Zo wordt in de huisartsenpraktijk aan Hindoestanen vanaf 35 jaar een bloedsuikerbepaling aangeboden vanwege het hoge risico dat deze groep loopt op het krijgen van diabetes mellitus. NHG-standaarden en richtlijnen van andere disciplines, zoals het KNGF en de VvOCM, voorzien vervolgens in adviezen over zorg inclusief leefstijladviezen.

De samenwerking met landelijke programma's, GGD, thuiszorgorganisaties, arbeidsfysiotherapeuten en bedrijfsartsen komt bij selectieve preventie duidelijk in beeld omdat deze disciplines mensen met risico op ziekte kunnen toeleiden naar professionals in de eerste lijn voor individuele behandeling en advisering. Selectieve preventie vormt een overgangsgebied van collectieve preventie naar individuele preventie.

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die beperkte symptomen van een bepaalde aandoening hebben. Er is dus een sterk verhoogd risico op ziekte of een beginnend probleem. Geïndiceerde preventie is daarmee vooral gericht op mensen die zich presenteren met een klacht in de eerstelijnspraktijk of die door casefinding worden opgespoord. Het doel is het ontstaan van de ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door interventie en behandeling. Voorbeelden uit de eerste lijn zijn de behandeling van verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterol om hart- en vaatziekten te bestrijden. Ook interventies in de vorm van gedrags- en

leefstijlverandering vallen onder geïndiceerde preventie, zoals de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen met roken of de BeweegKuur. Ook uitstel van medicamenteuze behandeling van Diabetes Mellitus Type 2 door gewichtsreductie is een algemeen bekend voorbeeld van de rol van gedragsverandering en dus leefstijladvisering in het voorkomen van ziekte. Het bevorderen van een gezonde leefstijl of vermindering van risicofactoren kan zich beperken tot individuele advisering en behandeling, al dan niet op verwijzing. Het kan ook in groepen plaatsvinden, zoals in de praktijk van de oefentherapie, fysiotherapie en diëtisten al gebeurt. Voor de huisartsenpraktijk is het PreventieConsult in ontwikkeling. Dit wordt een instrument waarmee de huisarts een onderbouwd preventieaanbod kan geven aan patiënten (bepaalde doelgroepen) die daarvoor in aanmerking komen.

Ook in individuele behandeling en advisering zijn de NHG-standaarden en richtlijnen voor disciplines in de eerste lijn (KNGF, VvOCM) leidend. Deze standaarden en richtlijnen zijn voor het merendeel ziektegerelateerd. In de eerste lijn zijn sinds een paar jaren ook enkele LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) in gebruik, zoals 'Diabetes mellitus type 2'. Dit zijn multidisciplinaire richtlijnen die aanbevelingen bevatten over de samenwerking tussen betrokken disciplines. Afhankelijk van de lokale situatie worden de adviezen verder aangescherpt.

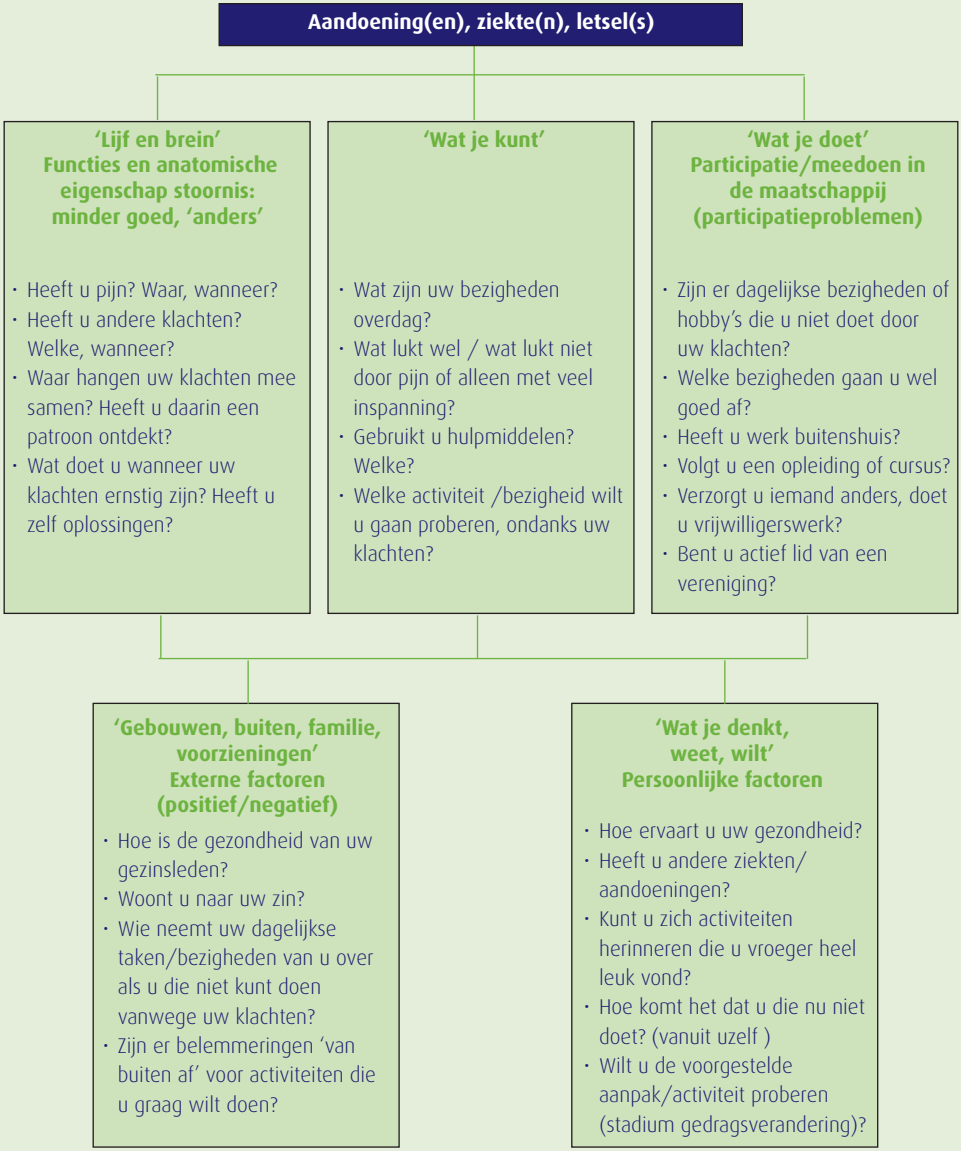
Het CVZ ziet geïndiceerde preventie als een onderdeel van te leveren zorg indien die voldoet aan de criteria voor verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet (7).

Zorggerelateerde preventie

Zorggerelateerde preventie ten slotte richt zich op mensen die al een aandoening hebben volgens de gangbare criteria, bijvoorbeeld opgenomen in ICPC. De preventieve acties zijn vooral gericht op het voorkomen van co-morbiditeit, complicaties en/of beperkingen. Het doel van zorggerelateerde preventie is het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Voor een deel valt deze vorm van preventie onder de verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld verpleeghuizen, revalidatiecentra en specialistische zorg. In toenemende mate draagt ook de eerste lijn zorg voor chronisch zieken als het gaat om vervolgbehandeling, adviezen bij het leren omgaan met de ziekte en trainingen om vaardigheden aan te leren. Het gaat dan vooral om hartrevalidatie, behandeling van obesitas, diabetes, COPD, spierziekten en revalidatie na een CVA. Ook deze vorm van preventie valt volgens het CVZ onder de verzekerde zorg geregeld in de Zvw of AWBZ, bijvoorbeeld revalidatie na een hartinfarct of kanker, gebruik van steunkousen of spuitinstructie voor mensen met diabetes.

6.6 ICF-schema met voorbeeldvragen



Bron: Nederlands Paramedisch Instituut , NPi Kenniscentrum Paramedische Zorg

6.7 Voorbeeld projectplan

Een projectplan bevat de volgende onderdelen:

- context: aanleiding en achtergrond om met het vernieuwde zorgaanbod (leefstijladvisering) te gaan werken
- doelgroep: korte beschrijving van de groep en de kern van het probleem, en van de omgeving van de groep
- doelen van het project (SMART geformuleerd): algemeen en op de lange termijn naast specifiek en voor het eerste half jaar
- samenwerkingspartners: bestaande en nieuwe partners, taken en rollen
- beoogde resultaten over een bepaalde periode
- activiteiten om benoemde doelen en resultaten te behalen
- financiën: wijze van financiering en begroting
- planning: overzicht van het tijdpad van de verschillende activiteiten

Gebaseerd op bijlage 6 in: Communities in Beweging, Handboek. NISB, 2007.

De Nieuwe Praktijk: een vat vol suggesties

De Nieuwe Praktijk is een initiatief waarin huisartsen elkaar en andere eerstelijnszorgprofessionals stimuleren tot vernieuwingen. Het is een platform waarop huisartsen samen met andere zorgaanbieders in de eerste lijn goede voorbeelden kunnen uitwisselen met als doel: optimale patiëntenzorg, betere samenwerking en meer organisatiekracht.

Veel huisartsen zijn al bezig met het moderniseren van hun praktijkvoering. Ze zoeken bijvoorbeeld naar samenwerking met andere zorgprofessionals, ze specialiseren zich in de behandeling van diabetes of ze bedenken een methode om alcoholproblemen in een vroeg stadium te herkennen.

Inspiratie

De Nieuwe Praktijk verzamelt en verspreidt de goede voorbeelden van zorgvernieuwing in de huisartsenpraktijk. Op www.denieuwepraktijk.nl en tijdens conferenties wisselen huisartsen de 'do's and don'ts' uit van hun innovatieve projecten. De Nieuwe Praktijk inspireert, brengt eerstelijnszorgprofessionals met elkaar in contact en voorkomt dat zorgvernieuwers het wiel opnieuw moeten uitvinden.

Website zorgt voor sneeuwbaleffect

De website www.denieuwepraktijk.nl is een vat vol suggesties van hoe een huisartspraktijk eruit zou kunnen zien. Een huisarts in de Schilderswijk in Den Haag zal zich door andere projecten laten inspireren dan een huisarts in St.-Willebrord. Huisartsen kunnen hun projecten zelf op de website zetten.
De praktijkvoorbeelden worden elke maand zo'n drieduizend keer bekeken. Het komt regelmatig voor dat een publicatie op www.denieuwepraktijk.nl een sneeuwbaleffect teweegbrengt. Ook andere sites en media pikken het voorbeeld op.

Wisselende thema's: leefstijl en bewegen

De Nieuwe Praktijk is een programma van vier jaar. Elk halfjaar staat er een ander thema centraal in De Nieuwe Praktijk. Het eerste thema was Leefstijl en Bewegen. In de afgelopen maanden hebben twintig huisartsen hun leefstijlproject zelf op de website gezet. Het gaat onder andere om Beweeg je Beter, Cardiovasculair Risicomanagement, Diabeter Bewegen en Van Klacht naar Kracht.

In de komende periode wordt er veel aandacht besteed aan samenwerking in de eerstelijnszorg en servicegerichtheid. Aandacht voor preventie zal daar als een rode draad doorheen blijven lopen.

Krachtenbundeling

Er zijn al verschillende programma's voor vernieuwingen in de eerstelijnszorg, landelijk en lokaal. De Nieuwe Praktijk bundelt al deze initiatieven tot één krachtig programma, met een centrale plaats voor de huisartsenpraktijk. De Nieuwe Praktijk is een gezamenlijk initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De nieuwe praktijk

Leefstijl en bewegen in de eerste lijn

Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak