



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

*Verkenning naar de ervaringen van
zorgverleners*

RIVM briefrapport 255022001/2012
S. Meijer | A. Hesselink | M. Martens



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Verkenning naar de ervaringen van zorgverleners

RIVM briefrapport 255022001/2012
S. Meijer| A. Hesselink| M. Martens

Colofon

RIVM Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het centrum stimuleert het gebruik van best passende leefstijlinterventies. Onder andere door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Ook biedt het centrum professionals ondersteuning gericht op versterking van lokale gezondheidsbevordering. De wensen en behoeften van de professionals staan hierbij centraal. Het Centrum Gezond Leven werkt samen met diverse lokale en landelijke partners en is onderdeel van het RIVM.

© RIVM 2012

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Susan Meijer, RIVM Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Arlette Hesselink, ResCon
Marloes Martens, ResCon

Contact:

Marian Sturkenboom
RIVM Centrum Gezond Leven
marian.sturkenboom@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van het programma Professionals Gezond Versterkt.

Rapport in het kort

Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Verkenning naar de ervaringen van zorgverleners

Eerstelijnszorgverleners, inclusief huisartsen vinden leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket behoren. Ze zien de eerste lijn als een goede vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Dit is één van de conclusies uit een verkenning naar ervaringen van zorgverleners bij het uitvoeren van leefstijlactiviteiten in de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorgverleners worden door de ROS ondersteund bij leefstijlbeïnvloeding; de mate waarin dit gebeurt verschilt per regio. Zorgverleners ervaren een aantal knelpunten bij het inzetten van leefstijlinterventies, zoals het grote onoverzichtelijke aanbod aan interventies, een slechte doorstroming naar het lokale reguliere sportaanbod en de zwakke motivatie van zowel zorgverleners als patiënten om aan leefstijl te werken. Andere genoemde belemmeringen zijn dat leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn 'van niemand' is en er nog te weinig vraaggericht wordt gewerkt. Een succesvolle integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn heeft alles te maken met goede multidisciplinaire samenwerking en een integrale aanpak van lokale gezondheidsproblemen. Zorgverleners hebben onder andere behoefte aan meer overzicht van en samenhang in het lokale leefstijl- en sportaanbod en aan ondersteuning bij het opzetten en vormgeven van multidisciplinaire samenwerking. Ook hebben ze behoefte aan één herkenbare coördinator voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn, een stevigere vorm van de poortwachtersrol van de huisarts bij leefstijlbeïnvloeding, een sterkere regierol van de gemeente en op landelijk niveau een stevige strategische en politieke lobby. De resultaten zijn gebaseerd op een globale literatuurverkenning en een serie focusgroepgesprekken met zorgverleners en regionale en landelijke eerstelijnsorganisaties. De aanbevelingen van het rapport gaan in op de genoemde knelpunten en ondersteuningsbehoeften. Een van de aanbevelingen is om goede voorbeelden te verzamelen en verspreiden, zoals van een succesvolle integrale gezondheidsaanpak, het gebruik van populatiegerichte informatie, manieren om cliënten te motiveren tot leefstijlverandering en het organiseren van multidisciplinaire financiering van leefstijlbeïnvloeding.

Trefwoorden: geïntegreerde eerste lijn, leefstijl, zorgverleners, ondersteuning

Voorwoord

Deze verkenning biedt bruikbare inzichten waar zowel regionale als landelijke partijen, waaronder het RIVM Centrum Gezond Leven, mee aan de slag kunnen om gezondheidsbevordering in de eerste lijn te versterken. Een woord van dank gaat uit naar alle zorgverleners en andere professionals die een bijdrage hebben geleverd aan deze verkenning. Dankzij de deelnemers van de focusgroepgesprekken kunnen wij een duidelijker beeld geven van ondersteuningswensen en mogelijkheden voor het versterken van gezondheidsbevordering in de eerste lijn.

In het bijzonder danken wij Arlette Hesselink en Marloes Martens van onderzoeksbureau ResCon. Zij hebben de verkenning uitgevoerd en een eerste concept van dit rapport geschreven. Met hun voortvarende aanpak hebben zij in korte tijd een groot aantal focusgroepgesprekken georganiseerd en enkele landelijke bijeenkomsten bijgewoond. Daarnaast hebben zij in diezelfde korte tijd relevante literatuur over leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn in kaart gebracht. Ook danken wij Betty Steenkamer (Rosregio Robuust) van het Ros-netwerk voor haar inzet bij deze verkenning. Zij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de organisatie van de focusgroepen en de werving van de deelnemers. Tot slot danken wij iedereen die heeft bijgedragen aan de voorbereiding van deze verkenning: Henk Bloten (coördinator programma Voorkomen van zorg, Ros-netwerk), Caroline Baan en Jeroen Struijs (beide RIVM/cPZO), Heleen Hamberg-van Reenen en Matthijs van den Berg (beide RIVM/cVTV), Mark Nielen (NIVEL), Geeske van Asperen (NISB) en natuurlijk ook de leden van de CGL-klankbordgroep voor hun bruikbare feedback op de eerste resultaten.

Mariken Leurs,
Hoofd Centrum Gezond Leven

Inhoud

Samenvatting—7

1 Inleiding—8

- 1.1 Aanleiding en achtergrond—8
- 1.2 Doel en vraagstellingen—9
- 1.3 Afbakening—9
- 1.4 Leeswijzer—10

2 Werkwijze—11

- 2.1 Inleiding—11
- 2.2 Literatuurverkenning—11
- 2.3 Focusgroepgesprekken—12
 - 2.3.1 Deelnemers—12
 - 2.3.2 Selectie, organisatie en werkwijze focusgroepgesprekken—13
- 2.4 Bijgewoonde landelijke overleggen—13

3 Leefstijlbeïnvloeding door zorgverleners: taken, taakopvatting en activiteiten—14

- 3.1 Inleiding—14
- 3.2 Taken en taakopvatting—14
- 3.3 Activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding—15
- 3.4 Conclusie—16

4 Huidige ondersteuning—17

- 4.1 Inleiding—17
- 4.2 Ondersteuning bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn: wie doet wat?—17
- 4.3 Samenwerking tussen partijen—20
- 4.4 Gebruik van de ondersteuning door zorgverleners—20
 - 4.4.1 Gebruik van het ondersteuningsaanbod van de ROS—20
 - 4.4.2 Gebruik van het ondersteuningsaanbod van andere regionale partijen—21
 - 4.4.3 Gebruik van het ondersteuningsaanbod van landelijke partijen—22
- 4.5 Conclusie—22

5 Knelpunten bij het inzetten van leefstijlbeïnvloeding—23

- 5.1 Inleiding—23
- 5.2 Interventiegebonden knelpunten—23
- 5.3 Persoonsgebonden knelpunten—24
- 5.4 Organisatorische knelpunten: samenwerking—25
- 5.5 Financiële knelpunten—27
- 5.6 Conclusie—27

6 Ondersteuningsbehoefte van zorgverleners—28

- 6.1 Inleiding—28
- 6.2 Kennis en materialen—28
 - 6.2.1 Aanpassingen in het bestaande aanbod—28
 - 6.2.2 Overzichten—30
 - 6.2.3 Andere materialen—31
- 6.3 Ontmoeting - uitwisseling - scholing—31
- 6.4 Advies op maat—31
- 6.5 Randvoorwaarden: organisatie, financiering en beleid—33
- 6.6 Wensen van regionale en landelijke partijen—34

6.7 Conclusie—35

7 Conclusies en aanbevelingen—36

7.1 Inleiding—36

7.2 Conclusies—36

7.3 Aanbevelingen—37

7.3.1 Kennis en materialen—37

7.3.2 Ontmoeting – uitwisseling – scholing—40

7.3.3 Advies op maat—41

7.3.4 Randvoorwaarden: organisatie (samenwerking), financiering en beleid—42

7.3.5 Verdieping op de huidige verkenning—43

7.4 Beperkingen huidige verkenning—43

8 Aan de slag!—44

Literatuur—45

Lijst van afkortingen—48

Bijlage 1 Definitie van preventie—49

Bijlage 2 Leefstijlbeïnvloeding in de Zorgstandaarden—50

Bijlage 3 Overzicht literatuurverkenning—53

Bijlage 4 Overzicht deelnemers focusgroepen en telefonische interviews—60

Bijlage 5 Topiclijst focusgroepgesprek zorgverleners—62

Bijlage 6 Topiclijst focusgroepgesprek regionale partijen—65

Bijlage 7 Wie doet wat: regionale en landelijke partijen—68

Bijlage 8 Adviezen van zorgverleners en regionale partijen—72

Bijlage 9 Instrumenten voor populatiegerichte informatie—76

Samenvatting

Samenhang tussen preventie en zorg: ervaringen van zorgverleners

In de zorg wordt steeds meer een samenhangende keten van preventie, cure en care nagestreefd. Daarom is er in beleid, onderzoek en praktijk veel aandacht voor preventie in de zorg. Er is echter weinig inzicht in de ervaring van zorgverleners zelf met het uitvoeren van preventieactiviteiten. Dit briefrapport geeft een globaal overzicht van de belangrijkste knelpunten die zorgverleners ervaren rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn en geeft aanknopingspunten voor verbetering. De resultaten zijn gebaseerd op een globale literatuurverkenning en een serie focusgroepgesprekken met zorgverleners en regionale en landelijke partijen.

Leefstijlactiviteiten van zorgverleners en ondersteuning daarbij

De deelnemende eerstelijnszorgverleners vinden leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket behoren, ook de huisartsen. Ze zien de eerste lijn als een goede vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Type activiteiten zijn individuele voorlichting, motiverende gespreksvoering, doorverwijzing en uitvoeren van lokale en regionale leefstijlinterventies en -programma's. De ROS faciliteert eerstelijnszorgverleners bij leefstijlbeïnvloeding. Het aanbod verschilt tussen regio's. GGD en Sportservice werken vooral in settings buiten de eerstelijnszorg. De rol van landelijke partijen rondom dit thema is vooral die van belangenbehartiger en/of kennisverschaffer richting regionale partijen. Op uitvoerend niveau lijken de regionale partijen elkaar steeds beter te vinden.

Knelpunten bij het inzetten van leefstijlactiviteiten

Zorgverleners ervaren een aantal knelpunten bij het inzetten van leefstijlinterventies, zoals het grote onoverzichtelijke aanbod aan interventies, de slechte doorstroming naar het lokale reguliere sportaanbod en de zwakke motivatie van zowel zorgverleners als patiënten om aan leefstijl te werken. Andere genoemde belemmeringen zijn dat leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn 'van niemand' is, de multidisciplinaire samenwerking voor verbetering vatbaar is en er nog te weinig vraaggericht wordt gewerkt. De poortwachtersrol van de huisarts(praktijk) bij leefstijlbeïnvloeding is nog niet optimaal en de financieringsstructuur is onvoldoende ingericht op een multidisciplinaire aanpak.

Ondersteuningsbehoefte van zorgverleners

Zorgverleners hebben behoefte aan: meer samenhang in het lokale leefstijlaanbod, een betere aansluiting van het reguliere sportaanbod op cliënten met een ongezonde leefstijl, aangetoonde effectiviteit van interventies en (meer) manieren om cliënten te motiveren voor leefstijlverandering. Ook hebben ze behoefte aan diverse *overzichten*, zoals van het lokale leefstijl- en sportaanbod en van financieringsmogelijkheden voor leefstijlbeïnvloeding. Daarnaast willen ze graag inzicht in de lokale gezondheidstoestand van de bevolking, brede multidisciplinaire ontmoetingen op wijkniveau, scholing en intervisie. Ze lijken bovendien behoefte aan ondersteuning op maat te hebben bij het opzetten en vormgeven van multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast hebben ze behoefte aan één herkenbare coördinator voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn, een stevigere vorm van de poortwachtersrol van de huisarts bij leefstijlbeïnvloeding, een sterkere regierol van de gemeente en op landelijk niveau een stevige strategische en politieke lobby. De aanbevelingen gaan in op de genoemde knelpunten en ondersteuningsbehoeften.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

In de zorg wordt steeds meer een samenhangende keten van preventie, cure en care nagestreefd (Hoeymans et al., 2012). Ook ontstaan er nieuwe samenwerkingsverbanden tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg. Zowel in het beleid als in de praktijk en onderzoek is aandacht voor preventie.

Aandacht voor preventie in de zorg in het beleid

Verschillende recente beleidsnota's benadrukken dat de zorg een belangrijke plek voor preventie is (Hoeymans et al., 2012). Zo was preventie in de zorg een leidend thema in de preventievisie Gezond zijn, gezond blijven (VWS, 2007). Een van de belangrijkste aanbevelingen was dat preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel moet worden van de reguliere zorgverlening. De recente Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (VWS, 2011a) sluit hierop aan; 'Het is gewenst dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten, maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie'. Dit thema komt ook terug in de recente brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' (VWS, 2011b) en het RVZ-rapport 'Preventie van welvaartsziekten' (RVZ, 2012).

Aandacht voor preventie in de praktijk en in onderzoek

Er wordt in de praktijk door zorgverleners al veel aan preventie gedaan (Hoeymans et al., 2012; Walg, 2012; Nielen et al., 2008). Veel NHG-standaarden besteden bijvoorbeeld naast behandeling ook aandacht aan preventie en zorgstandaarden voor chronische ziekten bevatten meestal ook preventieonderdelen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet (ZVW) heeft preventie financieel gezien niet meer automatisch een plek in de gezondheidszorg. In een serie rapporten heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) verkend wat er aan preventie past binnen de ZVW. In onderzoek is er ook veel aandacht voor preventie in de zorg. Het onderwerp preventie in de zorg staat bij ZonMw hoog op de agenda en het NIVEL geeft prioriteit aan onderzoek op dit vlak.

Preventie in de zorg in de praktijk

Hoewel er veel is geschreven over preventie in de zorg, is er weinig inzicht in de ervaring van zorgverleners zelf met het uitvoeren van preventieactiviteiten. Deze ervaring geven ook inzicht in de knelpunten en randvoorwaarden voor preventie in de zorg. Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) heeft daarom in opdracht van het ministerie van VWS een verkenning uitgevoerd naar de ervaringen van (eerstelijns) zorgverleners. De focus lag op knelpunten die zij ervaren en mogelijkheden om hen beter te kunnen ondersteunen bij de uitvoering van leefstijlbeïnvloeding. Deze verkenning is onderdeel van het CGL programma Professionals gezond versterkt (www.loketgezondleven.nl). Dit programma ondersteunt professionals op het brede werkkterrein van gezondheidsbevordering en preventie door het bieden van (informatie over) kennis en materialen, gerichte ontmoetingen en advies-op-maat van deskundigen bij lokale vraagstukken. Onderzoeksbureau ResCon heeft de verkenning uitgevoerd.

1.2 Doel en vraagstellingen

Het doel van deze verkenning is om meer inzicht te krijgen in de knelpunten en ondersteuningsbehoefte van zorgverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Daarmee willen we aanbevelingen doen over hoe regionale en landelijke partijen hun activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding beter kunnen afstemmen op de behoefte van de zorgverleners. Dit doel is uitgewerkt op basis van de volgende vraagstellingen:

1. Wat zijn activiteiten van zorgverleners in de eerste lijn op het gebied van leefstijlbeïnvloeding? In hoeverre komt dit overeen met hun formele taken en hun eigen taakopvatting?
2. Hoe worden zorgverleners ondersteund bij hun activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding?
3. Wat zijn knelpunten bij het inzetten van leefstijlactiviteiten in de eerste lijn?
4. Hoe kan de ondersteuning van zorgverleners verbeterd worden?

Het gaat hier nadrukkelijk om een eerste verkenning. Deze verkenning geeft een globaal overzicht van de belangrijkste knelpunten rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn en van aanknopingspunten voor verbeteringen daarvan. De verkenning sluit aan bij de inventarisatie naar het ondersteuningsaanbod van zorgprofessionals in de diabeteszorg (Hamberg-van Reenen et al., 2011). In die verkenning zijn wel vertegenwoordigers van beroepsgroepen geïnterviewd, maar niet de zorgverleners zelf. Een van de aanbevelingen was om ook de ervaringen van zorgverleners zelf te inventariseren.

1.3 Afbakening

Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

In dit rapport verstaan we onder leefstijlbeïnvloeding alle activiteiten gericht op het verminderen van ongezond gedrag bij individuele cliënten. Dit kan zowel selectieve als geïndiceerde preventie zijn (zie Bijlage 1). Deze verkenning richt zich uitsluitend op leefstijlbeïnvloeding gericht op de landelijke speerpunten: diabetes, depressie, roken, alcoholgebruik, seksueel risico en overgewicht. De activiteiten kunnen aangeboden worden binnen de eerste lijn, maar ook binnen de publieke gezondheidszorg of de reguliere sport- en recreatiesector. Het gaat om activiteiten voor mensen met een verhoogd risico op veel voorkomende aandoeningen:

- hart- en vaatziekten (risicofactoren: diabetes, overgewicht);
- COPD/longaandoeningen (risicofactoren: roken);
- depressie (risicofactoren: psychische problemen, overmatig alcoholgebruik);
- seksuele gezondheid.

Bij deze doelgroepen kunnen leefstijlinterventies het risico op de genoemde aandoeningen verkleinen.

Zorgverleners in de eerste lijn

Deze verkenning richt zich op de volgende eerstelijnszorgverleners: huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige (in de rest van dit rapport aangeduid met POH), fysiotherapeut/oefentherapeut, eerstelijnspsycholoog, verloskundige, diëtist. Zij behoren allen ook tot de doelgroep van de ROS. Logopedisten en apothekers behoren ook tot de doelgroep van de ROS, maar zij zijn niet meegenomen in deze verkenning. Deze beroepsgroepen zijn minder relevant in relatie tot leefstijlbeïnvloeding. Wel heeft één apotheker – op

uitnodiging van de ROS - deelgenomen aan een focusgroep (zie paragraaf 2.3.1). De thuiszorg is ook een belangrijke beroepsgroep voor leefstijlbeïnvloeding, maar behoort strikt genomen niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg. De thuiszorg is daarom geen onderdeel van deze verkenning. Bovendien is er recent al onderzoek gedaan naar de ondersteuningsbehoefte van de thuiszorg (zie Van Ballegooijen et al., 2011).

Regionale en landelijke partijen die leefstijlbeïnvloeding (kunnen) ondersteunen
De verkenning beschrijft (globaal) de hoofdactiviteiten van de volgende regionale en landelijke partijen (voor afkortingen zie de *Lijst van afkortingen*):

- Regionaal: ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur), GGD, Sportservice en GGZ.
- Landelijk:
 - Partijen die zich primair richten op een geïntegreerde eerstelijns: Landelijke Vereniging Geïntegreerde Eerstelijns (LVG), Partnership Implementatie Leefstijlinterventie (PIL) en Platform Personalized Prevention (PPP).
 - Beroepsverenigingen, zoals de Landelijke huisartsvereniging (LHV) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
 - Thema- en kennisinstituten, zoals Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en het NIVEL.

De verkenning richt zich níet op: zorggroepen, zorgverzekeraars en gemeenten. Reden hiervoor is dat de ROS als verbindende schakel wordt gezien richting gemeenten en zorgverzekeraars. Zorggroepen hebben in potentie een relevante rol bij leefstijlbeïnvloeding door eerstelijnszorgverleners, maar hun rol daarin is op dit moment nog erg experimenteel. Momenteel richten ze zich vooral op chronische aandoeningen.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de werkwijze van de verkenning. Hoofdstuk 3 gaat in op de taken, de taakopvatting en activiteiten van zorgverleners op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Hoofdstuk 4 beschrijft de huidige ondersteuningsstructuur en het gebruik daarvan door zorgverleners. In hoofdstuk 5 komen de knelpunten aan de orde die zorgverleners ervaren bij het inzetten van leefstijlactiviteiten, en hoofdstuk 6 beschrijft welke ondersteuning zorgverleners zelf nodig vinden om leefstijlbeïnvloeding meer en beter in te zetten. Ook de ideeën van regionale partijen hierover zijn vermeld. Hoofdstuk 7 vat de resultaten samen in een aantal conclusies en geeft aanbevelingen voor het versterken van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Tot slot geeft hoofdstuk 8 aan hoe het CGL aan de slag gaat met de aanbevelingen. De resultaten zijn her en der geïllustreerd met citaten. Deze citaten zijn soms geredigeerd om de leesbaarheid te bevorderen.

2 Werkwijze

2.1 Inleiding

Dit rapport is gebaseerd op drie informatiebronnen:

- een globale literatuurverkenning;
- een serie van zeven focusgroepgesprekken met zorgverleners en regionale en landelijke partijen;
- informatie uit twee bijgewoonde landelijke overleggen.

Deze informatiebronnen worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens toegelicht.

2.2 Literatuurverkenning

De literatuurverkenning bestond uit drie onderdelen:

1. Een gerichte deskresearch naar het *ondersteuningsaanbod* van regionale en landelijke (eerstelijns)partijen voor eerstelijns zorgverleners die zich bezighouden met leefstijlbeïnvloeding;
2. Bestudering van de zorgstandaarden om zicht te krijgen op de formele *taken* van zorgverleners op het gebied van leefstijlbeïnvloeding;
3. Een globale literatuurverkenning naar de *taakopvatting* van zorgverleners en naar (de ondersteuningsbehoefte bij) *leefstijlbeïnvloeding* in de eerste lijn.

Ad 1 - Ondersteuningsaanbod regionale en landelijke partijen

De deskresearch naar het ondersteuningsaanbod van regionale en landelijke (eerstelijns)partijen bestond uit het raadplegen van de websites van de relevante partijen:

- Websites van regionale partijen: (een steekproef van) regionale ROS'sen, (een steekproef van) een aantal regionale en provinciale Sportservices en een steekproef van regionale GGD-websites.
- Websites van landelijke partijen: GGD Nederland, PIL, LVG, PPP, (een steekproef van) beroepsverenigingen, (een steekproef van) thema- en kennisinstituten.

Ad 2 - Zorgstandaarden

Er zijn vele richtlijnen en standaarden voor zorgverleners in de eerste lijn, zoals zorgstandaarden, CBO-richtlijnen, NHG-standaarden en allerlei specifieke standaarden voor zorgverleners. Deze verkenning beperkt zich tot een globaal inzicht in de formele taak van zorgverleners; daarom zijn alleen de zorgstandaarden bestudeerd. Bovendien zijn de zorgstandaarden leidend in het overleg met zorgverzekeraars. Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) waaraan goede zorg voor de betreffende aandoening zorginhoudelijk en procesmatig moet voldoen. Voor deze verkenning zijn alle zorgstandaarden van de landelijke speerpunten bestudeerd, te weten de zorgstandaarden voor obesitas, vasculair risicomangement (VRM), COPD, astma en depressie, de NDF zorgstandaard en het Addendum geïndiceerde preventie diabetes type 2. Een beschrijving daarvan is te vinden in Bijlage 2.

Ad 3 – Taakopvatting en leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Literatuur over dit onderwerp is verzameld op basis van enkele literatuursuggesties die tijdens de voorbereiding door onderzoekers van het RIVM zijn aangedragen. Deze zijn aangevuld met literatuursuggesties van verschillende partijen in het veld, zoals de ROS, LVG, ZonMW en Universiteit Wageningen. Vervolgens zijn de relevante literatuurreferenties van deze documenten geselecteerd. In totaal zijn tien documenten over dit onderwerp bestudeerd. De resultaten van de literatuurverkenning zijn schematisch beschreven in Bijlage 3, en worden waar dat van toepassing is ook in de tekst genoemd.

2.3 Focusgroepgesprekken

2.3.1 Deelnemers

Er zijn zeven focusgroepgesprekken gehouden (zie ook tabel 1 en Bijlage 4):

- vier gesprekken met zorgverleners (n=29);
- één gesprek met professionals van regionale partijen (n=5);
- één met landelijke partijen (n=7);
- één gesprek met een combinatie van regionale partijen (n=2) en zorgverleners (n=4).

De gespreksvolgorde is zo gekozen dat de output van de gesprekken met regionale en landelijke partijen gebruikt kon worden bij de laatste twee gesprekken met zorgverleners. Eén zorgverlener en vijf professionals van regionale partijen konden niet aanwezig zijn bij het focusgroepgesprek; zij zijn telefonisch geïnterviewd. Het gesprek met de landelijke partijen vond plaats op hun eigen verzoek.

Tabel 1 Deelnemende zorgverleners en partijen

Deelnemers	Aantal
Zorgverleners N=32	
Fysiotherapeut	8
Diëtist	8
Praktijkondersteuner HA	7
Verloskundige	4
Huisarts	3
Eerstelijnspsycholoog	1
Apotheker	1
Regionale partijen N=9	
ROS	3
GGD	2
Sportservice	2
GGZ	2
Landelijke partijen: PIL N=7	
LHV	1
LVG	1
Ros Netwerk	1
Jan van Es Instituut	1
Nederlandse vereniging Diëtisten	1
NISB	1
Sportgeneeskunde.NL	1

2.3.2 *Selectie, organisatie en werkwijze focusgroepgesprekken*

Selectie van zorgverleners en regionale partijen

In afstemming met het ROS zijn vijf ROS-regio's geselecteerd: Arnhem en omstreken (e.o.), Den Haag e.o., Zaanstreek e.o., regio Rotterdam en regio Zuid-Nederland. Deze regio's omvatten zowel stedelijke als meer rurale gebieden (zie ook Bijlage 4). Elke focusgroep bestond uit zorgverleners van de betreffende ROS-regio, om de reistijd voor hen zoveel mogelijk te beperken. Dit werkte overigens positief door in de gesprekken: de zorgverleners gingen met elkaar in gesprek over leefstijlbeïnvloeding en ondersteuning(-sbehoefte) in hun eigen regio.

Organisatie

Zorgverleners en regionale partijen zijn in mei 2012 namens de ROS van hun eigen regio per e-mail benaderd voor de verkenning. Enkele ROS'en hebben 'hun' zorgverleners of regionale professionals ook telefonisch benaderd. De ROS'en hebben actief geworven bij de volgende beroepsgroepen: huisarts, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige (POH), fysiotherapeut, eerstelijnspsycholoog, verloskundige en diëtist. Vervolgens heeft de ROS de contactgegevens van professionals die deel wilden nemen aan een focusgroepsgesprek doorgegeven aan ResCon. ResCon heeft per e-mail een aantal gespreksdata voorgesteld. De gesprekken zijn gehouden op die data dat alle beroepsgroepen zo goed mogelijk vertegenwoordigd waren. Alle gesprekken vonden plaats in juni en juli 2012.

Werkwijze focusgroepgesprekken

De focusgroepsgesprekken zijn inhoudelijk gestructureerd op basis van topiclijsten (zie Bijlage 5 en 6): een aantal gestandaardiseerde vragen en verdiepingpunten. De topiclijsten zijn getoetst aan het HALL raamwerk (Healthy Alliances Framework), om te zorgen dat alle relevante onderwerpen gericht op samenwerking en ondersteuning van de verschillende partijen aan de orde kwam (Koelen et al., 2012). Voorafgaande aan elk focusgroepsgesprek heeft ResCon online gegevens bestudeerd over leefstijlactiviteiten in de betreffende regio en een verkennend gesprek gevoerd met de regionale ROS-medewerker. Per gesprek zijn de vragen aangepast aan relevante informatie uit het verkennende gesprek en uitput van eerdere focusgroepsgesprekken. Alle gesprekken zijn opgenomen met een voicerecorder. Van elk gesprek is een samenvattend verslag gemaakt; deze verslagen zijn gebruikt voor de resultatenbeschrijving. Bij elk gesprek waren twee personen van ResCon aanwezig: een gesprekleider en een notulist. De gesprekken duurden gemiddeld 1,5 uur.

2.4 **Bijgewoonde landelijke overleggen**

ResCon heeft twee landelijke overleggen bijgewoond:

- Een vergadering van de GGD, met managers van de afdeling OBG (Onderzoek, beleid en gezondheidsbevordering). Een van de onderwerpen was de samenwerking tussen de GGD en de ROS.
- Een vergadering van het PPP.

Deze overleggen gaven een beeld van de stand van zaken in de samenwerking tussen de GGD en de ROS'en de activiteiten en doelstellingen van het PIL.

3 Leefstijlbeïnvloeding door zorgverleners: taken, taakopvatting en activiteiten

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft welke activiteiten eerstelijnszorgverleners uitvoeren op het gebied van leefstijlbeïnvloeding (paragraaf 3.3). Daaraan voorafgaand gaan we kort in op de formele *taken* en de *taakopvatting* van zorgverleners rondom dit thema: wat rekenen zorgverleners zelf tot hun takenpakket als het gaat om leefstijlbeïnvloeding (paragraaf 3.2)? Paragraaf 3.4 vat de resultaten samen in een conclusie.

3.2 Taken en taakopvatting

Zorgstandaarden vooral gericht op zorggerelateerde preventie

De zorgstandaarden over de landelijke speerpunten richten zich voornamelijk op individuele preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd), en dan met name zorggerelateerde preventie. Een uitzondering hierop is het addendum 'Geïndiceerde preventie van diabetes type 2'¹. Hierin staat beschreven hoe individuen met een verhoogd risico op diabetes type 2 opgespoord en vervolgens naar zorg doorgeleid kunnen worden (zie ook Bijlage 2). Bij de andere bestudeerde zorgstandaarden zijn ook ontwikkelingen gaande om een taakbeschrijving gericht op geïndiceerde preventie toe te voegen. De zorgstandaarden geven geen expliciete taakomschrijving per zorgverlener. Specifieke richtlijnen en protocollen geven hier mogelijk meer inzicht in. Wel wordt aangegeven dat een multidisciplinaire aanpak onmisbaar is in het kader van preventie.

Zorgverleners vinden leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket behoren

Alle gesproken zorgverleners vinden leefstijlbeïnvloeding een belangrijk onderdeel van hun takenpakket. Diëtisten zien leefstijlbeïnvloeding zelfs als hun primaire taak. Ook de geïnterviewde huisartsen voelen zich verantwoordelijk voor de uitvoering van leefstijlbeïnvloeding. Wel merken de andere zorgverleners op dat de motivatie en taakopvatting rondom leefstijlbeïnvloeding sterk verschilt tussen huisartsen. Volgens alle zorgverleners is de eerste lijn een goede vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Ze kijken dan ook unaniem positief aan tegen de steeds groter wordende rol die ze krijgen op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Deze positieve instelling ten aanzien van leefstijlbeïnvloeding blijkt ook uit eerdere onderzoeken (Nielen en Schellevis, 2010; Hoeijmakers, 2008).

Discrepancie tussen taakopvatting en feitelijke uitvoering

Hoewel alle zorgverleners leefstijlbeïnvloeding zien als een belangrijk onderdeel van hun takenpakket, wisselt de hoeveelheid tijd die ze hier feitelijk aan kunnen besteden. Diëtisten besteden vrijwel al hun tijd aan leefstijlbeïnvloeding en ook bestaat het werk van de POH'ers hier voor een belangrijk deel uit. De hoeveelheid tijd die zij er feitelijk aan kunnen besteden wisselt echter per

¹ <http://www.actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/Preventie/addendum%20preventie.pdf>

praktijk. Daarnaast ervaren zowel de zorgverleners (fysiotherapeut, diëtist, eerstelijnspsycholoog) als regionale partijen (GGZ en ROS) bij huisartsen een grote discrepantie tussen de taakopvatting en de daadwerkelijke activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. De genoemde zorgverleners ervaren grote verschillen in het aantal doorverwijzingen vanuit huisarts(praktijk)en in relatie tot leefstijlbeïnvloeding.

3.3 Activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding

Zorgverleners werken mee aan gecombineerde leefstijlprogramma's

De deelnemende zorgverleners werk(t)en mee aan de uitvoering van een gecombineerd leefstijlprogramma. Het betreft voornamelijk programma's gericht op voeding en bewegen. Genoemde programma's zijn: de Beweegkuur, GALM (Groninger Actief Leven Model), SLIMMER (Study on Lifestyle Intervention Maastricht) en PRISMA (Proactieve Interdisciplinaire Self Management Educatie (diabetes). Activiteiten van dergelijke programma's bestaan onder andere uit groepsvoorlichting, consulten (gebruikmakend van motiverende gespreksvoering) begeleiden bij bewegingsprogramma's, en overdracht naar het reguliere sport-en beweegaanbod.

Zorgverleners gebruiken en ontwikkelen ook lokale en regionale interventies

Naast grote landelijke interventies gebruiken of ontwikkelen zorgverleners ook veel lokale en / of regionale interventies, vaak gebaseerd op landelijke interventies. Dat geldt vooral voor diëtisten en fysiotherapeuten. Voorbeelden zijn: de 'Leefgezondcoach' van Achmea, Dieet Compleet, Joint on the move, Beweeg Mee, Goed voor Weinig, Door Dik en Dun (DDD), Beweegmaatje (www.beweegmaatje.nl) en COACH (www.coachmethode.nl). Ook hebben enkele zorgverleners zelf of samen met collega's beweegprogramma's, online health checks en online coaching opgezet. Soms ontwikkelen ze eigen interventies om cliënten beter door te laten stromen naar beweegactiviteiten in de wijk. Zo heeft een POH'er samen met een sportschool het programma 'Fit for lady' opgezet en heeft een fysiotherapeut geregeld dat zijn cliënten als groep kunnen doorstromen naar de sportschool.

Type activiteiten verschilt tussen beroepsgroepen

Het type activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding verschilt per beroepsgroep. De deelnemende huisartsen beperken zich vaak tot leefstijladvies en/of verwijzen cliënten door naar een andere zorgverlener (POH'er, diëtist, fysiotherapeut, eerstelijnspsycholoog). POH'ers en fysiotherapeuten verwijzen soms ook door naar het aanbod in de reguliere sport- en recreatiesector. De deelnemende POH'ers, diëtisten en fysiotherapeuten geven naast leefstijladviezen ook individuele (en soms groeps-) voorlichting en werken mee aan regionale of landelijke leefstijlinterventies. Motiverende gespreksvoering maakt daarvan onderdeel. De deelnemende eerstelijnspsycholoog voert ook zelf interventies uit, gericht op het verminderen van psychische klachten (geïndiceerde preventie).

Voeding en bewegen meest genoemde leefstijlthema's

Alle deelnemende zorgverleners houden zich bezig met leefstijlbeïnvloeding rondom diabetes en overgewicht. Het gaat dan met name over bewegen en voeding. Dat komt omdat vooral fysiotherapeuten en diëtisten goed vertegenwoordigd waren in de focusgroepgesprekken, en eerstelijnspsychologen en POH-GGZ veel minder. Zorgverleners en regionale GGZ-partijen vinden

echter dat de nadruk bij leefstijlinterventies nu teveel ligt op bewegen en voeding en te weinig op psychische gezondheid. Huisartsen en verloskundigen geven ook leefstijladvies over roken, alcoholgebruik en – in mindere mate – seksuele gezondheid en psychische gezondheid, maar bij de andere beroepsgroepen zijn deze thema's veel minder aan de orde.

Tijdsduur besteed aan leefstijlactiviteiten verschilt tussen de beroepsgroepen
De meeste beroepsgroepen besteden relatief veel tijd aan leefstijlbeïnvloeding. Diëtisten besteden bijna al hun tijd hieraan. Huisartsen daarentegen hebben weinig tijd voor leefstijlbeïnvloeding. Zij besteden in hun contact met cliënten zelf meestal slechts korte tijd aan leefstijlbeïnvloeding. Ze hebben hun praktijkvoering vaak zo ingericht dat een POH deze taken op zich neemt. Deze kan hier per consult een half uur aan besteden. Eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten en diëtisten bieden ook vaak meerdere advies- of begeleidingscontacten. Verloskundigen hebben, net als huisartsen, vaak alleen kortdurende contactmomenten rondom leefstijlbeïnvloeding. Over het algemeen zouden de deelnemende zorgverleners hun cliënten echter graag wat langer begeleiden om de leefstijlverandering beter te integreren in het dagelijks leven van hun cliënten.

3.4 Conclusie

De deelnemende eerstelijnszorgverleners vinden leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket behoren, ook de huisartsen. Ze zien de eerste lijn als een goede vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Fysiotherapeuten, diëtisten en eerstelijnspsychologen lijken in de praktijk de meeste tijd aan leefstijlbeïnvloeding te besteden. Dit past van nature bij hun type cliënten en de aard van hun werk. Huisartsen hebben in vergelijking tot de andere beroepsgroepen de minste tijd voor leefstijlbeïnvloeding. Zij beperken zich vaak tot leefstijladvies of doorverwijzing naar andere hulpverleners. Leefstijlbeïnvloeding in de huisartspraktijk is in ontwikkeling via de inzet van een praktijkondersteuner. Huisartsen met een praktijkondersteuner laten de taken rondom leefstijlbeïnvloeding vaak aan hen over.

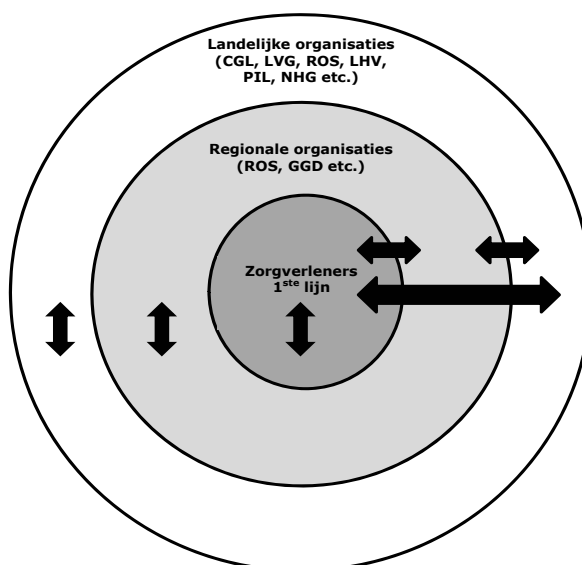
4 Huidige ondersteuning

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de ondersteuningsstructuur rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerstelijnsgezondheidszorg. Paragraaf 4.2 geeft een overzicht van de relevante regionale en landelijke partijen die zich hiermee bezighouden en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Deze informatie komt vooral uit de deskresearch. Paragraaf 4.3 gaat in op de wijze waarop regionale partijen met elkaar en met landelijke partijen samenwerken. Paragraaf 4.4 beschrijft in hoeverre zorgverleners gebruik maken van het aanbod van de regionale en landelijke partijen. De informatie van deze twee paragrafen komt uit de focusgroepgesprekken. Paragraaf 4.5 vat de resultaten samen in een conclusie.

4.2 Ondersteuning bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn: wie doet wat?

Figuur 1 geeft een overzicht van partijen die een rol spelen bij (de ondersteuning van) leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. De zorgverleners vormen de kern; zij worden voornamelijk ondersteund door regionale partijen (gesymboliseerd door een schil om hen heen). Regionale partijen maken op hun beurt gebruik van landelijke partijen (de buitenste schil). De relatie tussen landelijke partijen en zorgverleners is minder sterk, hoewel zorgverleners ook informatie van landelijke partijen gebruiken. Voor een goede integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn is ook een goede samenwerking tussen de zorgverleners onderling en de regionale partijen onderling belangrijk. Tabel 2 geeft een samenvatting van de taken en doelgroepen van de belangrijkste regionale en landelijke partijen voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Een uitgebreidere beschrijving hiervan is te vinden in Bijlage 7.



Figuur 1 Ondersteuningsstructuur leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Tabel 2 Overzicht van regionale en landelijke partijen* die een rol spelen bij (de ondersteuning van) leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn.

Wie?	Wat?	Primaire doelgroep
Regionale partijen		
ROS	Adviseert en ondersteunt bij toewerken naar een geïntegreerde eerste lijn	Zorgverleners 1 ^{ste} lijn
GGD	<ul style="list-style-type: none"> – Adviseert de gemeente over gezondheidsbeleid – Verzamelt gezondheidsinformatie over de lokale bevolking (gezondheidsmonitor) – Organiseert programma's over gezonde leefstijl – Faciliteert samenwerking en afstemming tussen gezondheidsbevorderaars (regionaal) onderling en met landelijke partijen 	Gemeente, lokale burgers
Sportservice	<ul style="list-style-type: none"> – Adviseert gemeenten en GGD' en bij het ontwikkelen van integraal sport- en gezondheidsbeleid. Voert hiervoor ook lokale of regionale projecten uit. – Biedt welzijnsorganisaties advies op maat en opleidingen voor lesgevers en groepsleiders 	o.a. gemeenten, welzijnsorganisaties
GGZ	<ul style="list-style-type: none"> – Houdt zich bezig met het versterken van de basis GGZ (huisarts, POH-GGZ) en generalistische GGZ (eerstelijnspsycholoog). – Op <i>beleidsmatig</i> niveau adviseert de GGZ gemeenten en provincies over activiteiten en beleid rondom ggz-preventie, en werkt met hen samen. Ook werkt de GGZ samen met zelfhulp- en belangenorganisaties. 	Intermediaren: GGZ-professionals, onderwijsinstellingen, diverse organisaties in de eerste lijn en gemeenten
Landelijke partijen		
LVG	<p>Werkt aan populatiegerichte, wijkgerichte en geïntegreerde eerstelijnszorg (zorg dicht in de buurt, in samenhang met preventie en welzijn, vanuit de kracht van mensen zelf). Via:</p> <ul style="list-style-type: none"> – collectieve belangenbehartiging – individuele ondersteuning – kansen creëren 	ROS'en, zorggroepen, gezondheidscentra
PIL	<p>Ondersteunt de huisartsenzorg en de samenwerking met fysiotherapeut, overige lokale zorgverleners en sport- en beweegaanbieders. Via:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bundelen van kennis en kunde – bij- en nascholing m.b.t. leefstijl en bewegingsadvies 	Huisartsen, POH'ers en huisartsassistenten

Wie?	Wat?	Primaire doelgroep
	<ul style="list-style-type: none"> - ontsluiten zorg- sport en beweegaanbod voor huisartspraktijk - centrale digitale plek voor advies, informatie en interactie - delen van 'best practices' - belangenbehartiging voor: integrale ketenaanpak, vergoeding preventieactiviteiten door huisarts en wetenschappelijke onderbouwing 	
Beroepsverenigingen	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbod bij- en nascholingen - Stimuleren ketenzorg - Ontwikkeling van richtlijnen 	Zorgverleners
Thema- /kennisinstituten, waaronder:	Ontwikkelt, implementeert en evalueert leefstijlprogramma's.	Zorgverleners, ROS, burgers
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Jan van Es instituut:</i> - <i>NIVEL</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Werkt toe naar geïntegreerd werken in de eerste lijn en wijkgerichte zorg. Via onderzoek naar: voorwaarden, innovatie, implementatie en evaluatie. Kennis verzamelen, verrijken en verspreiden (o.a. via scholing) - Evalueert leefstijlprogramma's in de eerste lijn, zoals Beweegkuur, Preventieconsult, rol van de huisarts bij preventie 	Zorgverleners, zorgverzekeraars, beleidsmakers en bestuurders gezondheidszorg, opleidingscentra, cliënten en consumentenorgs, 1 ^{ste} lijns sw verbanden
PPP	<p>Toewerken naar persoonlijke preventie (kennis- en verbindingsplek).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkelt (digitale) tools hiervoor (e-health): preventmodel en PGA - Dialoog met partners 	Landelijke partijen die zich bezighouden met preventie, zoals: gezondheidsfondsen, GGD Nederland, NPCF, LVG, ZonMw, NIPED, NISB, TNO, Tranzo

* De meest relevante partijen waaraan deze verkenning aandacht besteedt.

4.3 Samenwerking tussen partijen

ROS, GGD en Sportservice weten elkaar steeds beter te vinden

Volgens de ROS is het noodzakelijk dat regionale partijen samenwerken om tot een succesvolle integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn te komen. De GGD, ROS en Sportservice weten elkaar steeds beter te vinden; zij werken volgens de regionale partijen in meerdere regio's intensief samen. Een geïnterviewde van Sportservice zegt daarover: '*Sport staat tegenwoordig niet meer los van gezondheid; als doel en als middel en daarin moet samengewerkt worden.*'

Samenwerking ROS-GGD beter op uitvoerend dan op bestuurlijk niveau

Vrijwel alle GGD'en werken op één of andere manier samen met de ROS. Dit blijkt uit de GGD-bijeenkomst van de managers OBG en uit het gesprek met de regionale partijen. De samenwerking is vaak georganiseerd rond bepaalde projecten of thema's. Op uitvoerend niveau verloopt de samenwerking goed, maar op bestuurlijk niveau is dit minder het geval. In de bijeenkomst worden verschillende knelpunten genoemd die de bestuurlijke samenwerking belemmeren, zoals cultuurverschillen, rolverdeling en concurrentie (dezelfde financieringsbronnen). Alle deelnemers vinden dat de GGD en ROS meer gezamenlijk moeten optrekken. Volgens een GGD-medewerker zou de ondersteunende rol van de ROS vooral in het directe contact met de zorgverleners moeten liggen. De GGD zou meer een ondersteunende rol kunnen hebben op het overkoepelende niveau. Dit kan bijvoorbeeld door de ROS gezondheidscijfers over de regio aan te leveren, hen te informeren over lopende leefstijlinterventies en een overzicht te bieden van het regionale beweegaanbod. Ook kan de GGD een belangrijke rol richting de gemeente spelen wanneer het gaat om leefstijlbeïnvloeding.

Landelijke partijen bieden ROS vooral kennis

De regionale ROS'en maken gebruik van de kennis van landelijke beroepsverenigingen, zoals de LHV en de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten, onderzoeksinstituten (zoals Jan van Es Instituut en NIVEL) en thema-instituten (zoals NISB en Trimbos-instituut).

4.4 Gebruik van de ondersteuning door zorgverleners

4.4.1 Gebruik van het ondersteuningsaanbod van de ROS

Zorgverleners zijn over het algemeen positief over de ROS

Alle deelnemende zorgverleners hebben contact (gehad) met de ROS. De intensiteit daarvan en de bekendheid met de activiteiten van de ROS verschillen per regio. Zorgverleners die regelmatig contact hebben met de ROS zijn tevreden over de ROS. Ze vinden de ROS goed toegankelijk en vinden dat het aanbod aansluit op hun behoefte. Ook de onafhankelijke positie van de ROS wordt erg gewaardeerd. Kanttekening hierbij is dat de zorgverleners die deelgenomen hebben aan focusgroepen geworven zijn via de ROS'en. De resultaten zijn daardoor gekleurd; de deelnemende zorgverleners zijn waarschijnlijk per definitie positief over de ROS, anders hadden ze niet deelgenomen aan de verkenning. Sommige zorgverleners hebben slechts incidenteel contact gehad met de ROS in het kader van een bepaald project,

zoals de Beweegkuur. Zij hebben minder goed in beeld wat de ROS voor hen kan betekenen.

Waardering van ROS afhankelijk van ROS-contactpersoon

Wel wordt aangegeven dat het functioneren van de contactpersoon bij de ROS een cruciale rol speelt. Volgens hen is de één veel toegankelijker en actiever dan de ander.

Zorgverleners vragen hulp van de ROS bij uiteenlopende activiteiten

De zorgverleners hebben onder andere begeleiding van de ROS gevraagd bij het oprichten van een zorggroep, gezondheidscentrum of ander samenwerkingsverband. Ook vragen ze hulp bij allerlei uiteenlopende activiteiten, zoals het genereren van financiële middelen, inhoudelijk aanpassen van een folder, oplossen van conflicten tussen zorgverleners, meegaan naar gesprekken met de gemeente, vertaling van gemeentelijke beleidsstukken. Een zorgverlener vermeldt: 'Onze regionale ROS heeft voor ons nascholingsbijeenkomsten georganiseerd om van elkaar te leren hoe één en ander georganiseerd is binnen elke beroepsgroep, welke initiatieven er lopen en welke samenwerkingsverbanden er zijn.' Enkele zorgverleners maken gebruik van door de ROS ontwikkelde overzicht van het reguliere beweegaanbod, en van gezondheidscijfers (van de GGD) over de regio (ROS-regio Lijn1). Ook zijn enkele zorgverleners aanwezig geweest bij door de ROS georganiseerde scholing (bijv. motivational interviewing). Ook brengt de ROS zorgverleners soms samen rond een bepaald thema. Robuust heeft bijvoorbeeld een bijeenkomst georganiseerd over 'Wijkgerichte ouderenzorg in de brede eerste lijn'.

4.4.2

Gebruik van het ondersteuningsaanbod van andere regionale partijen

Zorgverleners hebben weinig tot geen contact met de GGD

De deelnemende zorgverleners hebben weinig tot geen contact met de GGD. Ze vinden de GGD vaak lastig toegankelijk, onder meer door de omvang van de organisatie. Er zijn veel verschillende afdelingen, die elk weer vele medewerkers hebben. Hierdoor weten ze vaak niet goed bij wie ze met hun vraag terecht kunnen. Ook vinden enkele zorgverleners dat ze binnen de GGD een 'andere taal spreken' en heeft de GGD volgens hen andere financiële belangen. Daarnaast sluit het grotere werkgebied van de GGD vaak niet goed aan bij hun eigen werkgebied. Enkele diëtisten en fysiotherapeuten hebben wel direct contact met de GGD, in relatie tot specifieke leefstijlprogramma's. Een diëtist geeft bijvoorbeeld samen met de GGD groepsvoorlichtingen. Ook maken zorgverleners gebruik van de beschikbare gezondheidscijfers van de GGD.

Ook weinig tot geen contact met Sportservice, gemeente of GGZ

De deelnemende zorgverleners hebben weinig tot geen rechtstreeks contact met de Sportservice, gemeente of GGZ. Die contacten verlopen meestal indirect via de ROS. Ze worden soms wel via vergaderingen of nieuwsbrieven op de hoogte gehouden van de bestuurlijke samenwerking op met de genoemde regionale partijen. Enkele deelnemende fysiotherapeuten hebben wel eens contact met de Sportservice. De deelnemende eerstelijnspsycholoog maakt als enige gebruik van bijeenkomsten en scholingen die door de regionale GGZ georganiseerd worden. De ervaren toegankelijkheid met de gemeente varieert tussen de zorgverleners; bij sommige gemeenten blijkt het gemakkelijker om contact te leggen dan bij andere gemeenten. Grotere gemeenten hebben bijvoorbeeld een aparte contactpersoon die verantwoordelijk is voor het sportbeleid. Binnen

kleinere gemeenten heeft die contactpersoon echter vaak ook nog allerlei andere onderwerpen in zijn of haar portefeuille. De zorgverleners vinden het hierdoor lastiger om die persoon te bereiken.

4.4.3 *Gebruik van het ondersteuningsaanbod van landelijke partijen*

Zorgverleners zien landelijke partijen als belangenbehartiger en kennisbron
Zorgverleners hebben op het terrein van leefstijlbeïnvloeding geen rechtstreeks contact met landelijke partijen. Zij zien de *beroepsverenigingen* vooral als belangenbehartiger van hun eigen beroepsgroep. De meeste zorgverleners verwachten dat de beroepsverenigingen hen op de hoogte houden van recente ontwikkelingen binnen hun eigen vakgebied. Sommige zorgverleners (voornamelijk fysiotherapeuten, diëtisten en huisartsen) verwachten op het terrein van leefstijlbeïnvloeding weinig of niets van hun beroepsorganisatie. Het is volgens hen ook niet nodig dat beroepsverenigingen zich met regionale activiteiten bemoeien. Wel verwachten alle zorgverleners dat de beroepsverenigingen op landelijk niveau het belang van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn uitdragen. Zorgverleners hebben soms wel contact met *thema-instituten* (NISB en NIGZ), met name als het gaat om de implementatie van specifieke leefstijlprogramma's. Dit geldt met name voor de deelnemende fysiotherapeuten en huisartsen.

4.5 **Conclusie**

De ROS lijkt een verbindende partij te zijn tussen de andere regionale partijen en de zorgverleners. De ROS heeft zorgverleners over het geheel genomen veel te bieden op het gebied van ondersteuning bij leefstijlbeïnvloeding, maar het aanbod (of de profilering daarvan) verschilt tussen regio's. Samenwerking tussen regionale partijen onderling is nodig voor goede integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Op uitvoerend niveau lijken de partijen elkaar steeds beter te vinden, maar op bestuurlijk niveau gaat dit nog niet soepel. De rol van de GGZ in de regionale samenwerking blijft onduidelijk, zowel op uitvoerend als op bestuurlijk niveau. Zorgverleners zoeken niet of nauwelijks ondersteuning bij hun eigen beroepsvereniging als het gaat om leefstijlbeïnvloeding. Wel verwachten ze dat de beroepsvereniging op landelijk niveau het belang van leefstijlbeïnvloeding uitdraagt. Met landelijke thema-instituten betreft het contact vooral de implementatie van specifieke leefstijlprogramma's.

5 Knelpunten bij het inzetten van leefstijlbeïnvloeding

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft knelpunten die zorgverleners ervaren bij het uitvoeren van leefstijlactiviteiten in de eerste lijn. We gaan achtereenvolgens in op: interventiegebonden knelpunten (paragraaf 5.2), persoonsgebonden knelpunten (paragraaf 5.3), knelpunten gerelateerd aan samenwerking (paragraaf 5.4) en financiële knelpunten (paragraaf 5.5). Paragraaf 5.6 vat de resultaten samen in een conclusie.

5.2 Interventiegebonden knelpunten

Aanbod is te groot en te weinig samenhangend

Meerdere zorgverleners en regionale partijen vinden het landelijke en regionale aanbod van leefstijlinterventies te groot. Ze vinden dat er teveel interventies zijn die op elkaar lijken en daardoor geen meerwaarde hebben. Eén van de respondenten zegt: 'Het lijkt wel of iedereen zijn eigen wiel aan het uitvinden is.' Er wordt zelfs geopperd om het aanbod te verkleinen ten behoeve van een beter overzicht.

Aanbod is te onoverzichtelijk

Zorgverleners hebben vaak geen goed zicht op het aanbod van leefstijlinterventies en de doorverwijzingsmogelijkheden in hun wijk. Ze weten onvoldoende welke zorgverleners wat doen en hoe zij te bereiken zijn. Ook hebben ze onvoldoende zicht op de reguliere sport- en beweegmogelijkheden in de wijk waar ze cliënten naar door kunnen verwijzen.

Interventies zijn teveel geprotocolleerd

Zorgverleners en regionale partijen vinden dat veel interventies teveel geprotocolleerd zijn. Hierdoor krijgen cliënten niet altijd de zorg die zij nodig hebben. Een zorgverlener zegt: 'Als iemand bijvoorbeeld al veel weet over gezond eten, dan is het niet efficiënt om zo'n persoon bij de diëtist langs te laten gaan.'

Te korte doorlooptijd leefstijlinterventies

Veel zorgverleners vinden dat de meeste leefstijlinterventies een te korte doorlooptijd hebben. De bereikte gedragsverandering is volgens hen daardoor vaak slechts van korte duur. Een zorgverlener vertelt daarover het volgende: 'Na drie maanden krijg je geen structurele gedragsverandering en dat is een beetje de situatie waarmee we in de clinch liggen met de zorgverzekeraar.'

Geen goede doorstroming naar lokaal sportaanbod

Alle zorgverleners en vrijwel alle regionale en landelijke partijen geven unaniem aan dat het lastig is cliënten door te 'sluizen' naar het reguliere sportaanbod. Genoemde redenen zijn:

- zorgverleners en/of cliënten moeten zelf op zoek naar het beweegaanbod;
- motivatie van mensen zelf ontbreekt; mensen willen niet naar een sportschool of ze willen helemaal niet sporten;
- het sportaanbod is vaak te competitief ingesteld;
- sportaanbod moet zich meer richten op 'het plezier in bewegen';

- de drempel van zorg naar sportaanbod is te hoog voor cliënten;
- er is weinig tijd beschikbaar bij de zorgverlener voor een warme overdracht;
- een warme overdracht is voor sommige cliënten nog niet voldoende motiverend.

Ook de geïnterviewde professional van de sportservice beaamt dat de reguliere sportsector en de eerste lijn elkaar op het gebied van sport en bewegen nog slecht weten te vinden.

5.3 Persoonsgebonden knelpunten

Zorgverlener niet altijd gemotiveerd voor aanpakken gezonde leefstijl

Meerdere zorgverleners (met name huisartsen) hebben er moeite mee om de ongezonde leefstijl aan te pakken van mensen die nog geen ziekteverschijnselen vertonen. Ze vinden het lastig om onderwerpen ter sprake te brengen waar de cliënt niet om vraagt. Sommige huisartsen willen hun cliënten niet 'betuttelen' en zijn soms bang dat hun relatie met de cliënt op het spel komt te staan. Ook vinden zorgverleners het demotiverend dat ze steeds met nieuwe – tijdelijk gefinancierde – leefstijlinterventies aan de slag moeten in plaats van de al toegepaste interventies. Oudere huisartsen doen volgens de zorgverleners over het algemeen minder aan leefstijlbeïnvloeding dan jongere huisartsen.

Veel cliënten zijn nog niet toe aan zelfregie over hun leefstijl

De huidige verschuiving naar meer vraaggericht werken (in plaats van aanbodgericht) stimuleert volgens de deelnemende zorgverleners de zelfregie van de cliënt. Motiverende gesprekken zijn hierbij een passend hulpmiddel. De cultuuromslag naar meer zelfregie is voor veel cliënten echter nog niet zo vanzelfsprekend; zij verwachten nog vooral actie van de zorgverlener zelf. Een zorgverlener zegt daarover: 'Ik heb wel het idee dat je daar een zekere opleiding voor moet hebben als cliënt. Mensen die hoger opgeleid waren pikten dat heel makkelijk op, terwijl de mensen met een lagere opleiding zo iets hadden van oh jee wat vraag je me nu.'

Cliënten zijn lastig te motiveren voor leefstijlverandering

De deelnemende zorgverleners vinden het over het algemeen lastig om cliënten te motiveren tot leefstijlverandering. Dit ervaren ze vooral bij cliënten met een lagere sociaaleconomische status, bij cliënten met een andere culturele achtergrond en bij cliënten die (nog) geen gezondheidsklachten ervaren vanwege hun ongezonde leefstijl. Men vraagt zich openlijk af hoeveel energie ze in een cliënt moet stoppen als deze niet gemotiveerd is om zijn ongezonde gedrag te veranderen. 'Mensen hebben geen motivatie om te veranderen. Moeten wij dan blijven trekken?' 'Hoe hard kun je aan iemand trekken. Hoe vaak kun je erin pompen doe dit nou niet als ze nou niet als mensen niet mee willen.' Bij cliënten die al wél gezondheidsproblemen hebben door hun ongezonde leefstijl gaat dit veel gemakkelijker. Dit blijkt ook uit ervaringen met de Beweegkuur. In het eerste jaar worden cliënten met diabetesgerelateerde klachten (pre-diabetes) opgeroepen en in het tweede jaar cliënten zonder diabetesgerelateerde klachten maar met overgewicht. De groep pre-diabeten was zeer gemotiveerd, maar bij mensen met overgewicht was de motivatie een stuk lager.

Cliënten moeten nog wennen aan de eigen bijdrage

Cliënten moeten volgens de zorgverleners nog wennen aan de overgang van gratis zorg naar een eigen bijdrage. Vooral cliënten met een lage sociaaleconomische status hebben moeite met die eigen bijdrage en laten zich niet zonder meer doorverwijzen voor leefstijlverandering. Dit blijkt onder andere uit de afname van het aantal mensen dat een diëtist of eerstelijnspsycholoog bezoekt sinds de invoering van een hogere eigen bijdrage.

5.4 Organisatorische knelpunten: samenwerking

Samenwerking essentieel, maar is grote uitdaging

Alle zorgverleners vinden multidisciplinair samenwerken essentieel bij leefstijlbeïnvloeding en het past volgens hen bij de huidige tijdgeest. Zowel binnen de eerste lijn als met het welzijnswerk en de reguliere sportsector. De regionale en landelijke partijen onderschrijven dit belang. Een zorgverlener: 'Dat vind ik de grootste uitdaging. Dat je mensen zover krijgt dat er een soort gezamenlijkheid komt.'

Public health in de eerste lijn is van niemand

De landelijke partijen zeggen hierover: 'Public health in de eerste lijn is van niemand.' Het is niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook de zorgstandaarden geven hier geen uitsluitsel over.

Multidisciplinaire samenwerking: gebrek aan overzicht

Zorgverleners verwijzen nog onvoldoende naar elkaar door, voornamelijk omdat ze elkaar niet kennen en van elkaar niet goed weten wat ze doen. Daardoor hebben ze onvoldoende zicht op de doorverwijsmogelijkheden en durven ze niet altijd te vertrouwen op de kwaliteiten van de andere beroepsgroep. Waar al wél een samenwerkingsverband is, vinden de zorgverleners de afstemming tussen de verschillende beroepsgroepen nog niet optimaal. Cliënten moeten volgens hen bijvoorbeeld regelmatig dubbele informatie verschaffen of metingen dubbel laten uitvoeren. Zo zegt een zorgverlener: 'Wij doen de jaarcontrole van diabetescliënten. Als een cliënt ook bij de podotherapeut komt heb ik daar geen verslag van. Sommige cliënten zeggen dan: ik ben daar net geweest, ga je dat nu alweer doen. Ik moet het doen, maar het is ook overbodig. Daar moet structuur in komen.' Die afstemming kan volgens de zorgverleners verbeterd worden door betere verslaglegging, een betere communicatiestructuur, maar vooral door betere doorverwijzing. Ook is de taakverdeling binnen leefstijlbeïnvloeding momenteel niet altijd helder.

Multidisciplinaire samenwerking: gebrek aan coördinatie

Een zorgverlener zegt daarover: 'Dit is het drama van de marktwerking....je wilt weten wat je aan iemand hebt en zij moeten weten wat ze aan jou hebben. Dan kun je samen sparren en verder komen. Nu zijn er tig kantoortjes en je weet niet wat ze kunnen en wat ze te bieden hebben en dan moet je met iedereen praten. Dat werkt gewoon niet.'

Multidisciplinaire samenwerking voor verbetering vatbaar: gebrek aan motivatie

Multidisciplinair samenwerken vraagt volgens de regionale en landelijke partijen en de zorgverleners een soort 'mind switch' van zorgverleners. Ze moeten het alleen vanuit hun eigen beroepsgroep en deskundigheid denken loslaten en een meer integrale blik op gezondheid en gedrag van cliënten ontwikkelen. Zorgverleners zien nog niet altijd de meerwaarde van samenwerken.

Multidisciplinaire samenwerking voor verbetering vatbaar: gebrek aan tijd

Zorgverleners hebben vaak te weinig tijd om langdurig te investeren in multidisciplinaire samenwerking. Een respondent merkt op dat 'de begin tijdsinvestering wat groter is, maar als het eenmaal loopt, weet je waarvoor je elkaar kunt benaderen.'

Multidisciplinaire samenwerking: financiële knelpunten

Ook financiële aspecten belemmeren volgens de deelnemende zorgverleners een goede samenwerking tussen beroepsgroepen. Ten eerste speelt er een concurrentiegevoel: zorgverleners zijn bang om een deel van eigen inkomsten kwijt te raken als ze cliënten doorverwijzen. Daarnaast is de financiering nog niet voldoende afgestemd op multidisciplinaire samenwerking. 'Iedereen denkt en kijkt vanuit zijn eigen taartstukje en hier moet je samen een taart van maken (gemeenschappelijk doel); ik verhoud mij tot een ander en welk aandeel speel ik dan in dat geheel / gezamenlijke doel.'

Multidisciplinaire samenwerking: cultuurverschillen

Zorgverleners ervaren cultuurverschillen tussen de eerste lijn en de reguliere sportsector. Zo is het sportaanbod vaak prestatiegericht en competitief ingesteld en zijn ze ingesteld op gezonde personen die intrinsiek gemotiveerd zijn om te sporten.

Mindshift van zieke en zorg naar gezondheid en gedrag

Zowel zorgverleners als regionale en landelijke partijen benadrukken het belang van een mindshift naar 'gezondheid en gedrag' (gg) in plaats van 'ziekte en zorg' (zz) (zie ook De Booys en Stolker 2012 en RVZ, 2010). Deze mindshift is in alle lagen nodig, zowel bij zorgverleners als bij cliënten, gemeente en zorgverzekeraars. Leefstijlbeïnvloeding wordt nu nog teveel vanuit een medisch perspectief (zz) ingezet. Zo worden activiteiten gericht op leefstijlverandering meestal nog gekoppeld aan één bepaalde ziekte. Dit terwijl leefstijlverandering, vaak invloed heeft op veel meer gezondheidsaspecten. Het past dus beter om een ziektespecifieke blik los te laten en meer te kijken naar gezondheid en gedrag van mensen als geheel. De 'ziekte - zorg benadering' maakt het ook vaak lastig om leefstijlbeïnvloeding te declareren. Leefstijlactiviteiten moeten nu steeds aan een specifieke diagnose gekoppeld zijn om het gefinancierd te krijgen ('zorgpaden'). Leefstijlverandering werkt echter vaak preventief voor meer ziekten of aandoeningen dan alleen die specifieke ziekte. Volgens zorgverleners kunnen landelijke partijen deze mindshift stimuleren.

Huisarts heeft te weinig tijd vooreen poortwachtersrol bij leefstijlbeïnvloeding

Veel zorgverleners en regionale partijen zien voor de huisarts (in combinatie met een POH) een poortwachtersrol weggelegd op het terrein van leefstijlbeïnvloeding. Veel huisartsen hebben daar echter te weinig tijd voor. Ze zijn daardoor bijvoorbeeld vaak ook niet bij multidisciplinaire overleggen. Meerdere zorgverleners vinden het wel belangrijk dat de huisarts minimaal één keer zelf aanwezig is voordat hij een afgevaardigde laat deelnemen. De inzet van een POH of praktijkverpleegkundige is essentieel voor de poortwachtersrol van de huisarts. Ook diëtisten en fysiotherapeuten zouden graag meer tijd willen investeren in algemene leefstijlbeïnvloeding. Een zorgverlener zegt hierover: 'Ik vind het heel leuk om aandacht te besteden aan leefstijlbeïnvloeding en zie er ook heel veel voordelen in. Wat ik mis is tijd, tijd en tijd. Ook mis ik dat activiteiten vaak niet te declareren zijn.'

5.5 Financiële knelpunten

De financieringsstructuur is krap, versnipperd en onduidelijk

Volgens veel deelnemende zorgverleners is de huidige financieringsstructuur voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn krap, versnipperd en onduidelijk. Alle zorgverleners vinden dat er gedurende de jaren steeds meer gedaan moet worden voor minder geld. Meerdere keren wordt genoemd dat de financieringsstructuur van zorgverzekeraars onvoldoende is ingericht op preventie. Ook is vaak onduidelijk welke gelden er lokaal en regionaal beschikbaar zijn voor leefstijlbeïnvloeding. De ROS zou hierin, volgens de zorgverleners, een duidelijke rol kunnen nemen en krijgen.

Leefstijlprogramma's worden vaak slechts tijdelijk gefinancierd

Leefstijlprogramma's worden vaak slechts tijdelijk gefinancierd omdat de financiering gekoppeld is aan onderzoek. Na afloop van het onderzoek wordt het programma vaak gestopt en krijgt geen reguliere plek binnen de eerstelijnszorg. De doorlooptijd is dan te kort om een blijvende gedragsverandering te kunnen bereiken bij cliënten. Soms gaan zorgverleners zelf verder met een afgeslankte vorm van het programma of zetten ze een andere, vergelijkbare, interventie in waar wel financiering voor is. Het wegvallen van de financiële vergoeding werkt demotiverend voor zorgverleners. Dit bleek ook uit een onderzoek naar de Beweegkuur (Raaijmakers et al., 2011).

Grote verschillen in hoogte en wijze van financiering voor leefstijlbeïnvloeding

Er zijn volgens zorgverleners grote verschillen in de hoogte en wijze van de financiering van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. De (hoogte van de) financiering is per beroepsgroep soms anders georganiseerd en is vaak afhankelijk van hoe goed er onderhandeld wordt met een zorgverzekeraar. Bovendien wijzigen de financieringsstructuren jaarlijks volgens sommige zorgverleners, wat veel onduidelijkheid geeft. Een zorgverlener zegt hierover: 'De gezondheidszorg werkt niet mee. Je hebt bewegen op recept. Ieder jaar wordt het weer spannend wat het budget is en wat we te besteden hebben.' Een huisarts geeft aan dat in haar gemeente de tendens is dat 'bij alles wat je voorstelt te horen krijgt dat daar geen geld voor is.'

5.6 Conclusie

Een succesvolle integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn heeft alles te maken met goede multidisciplinaire samenwerking en een integrale aanpak van lokale gezondheidsproblemen. Daarbij hoort ook een goede aansluiting met de reguliere sportsector. De focus binnen de eerste lijn ligt nog teveel op ziekte en zorg in plaats van op gezondheid en gedrag. Er is nog veel winst te boeken door de samenwerking te verbeteren en met een integrale blik naar de gezondheidsproblemen van cliënten te kijken. Ook de financiële structuur is nog onvoldoende afgestemd op een integrale aanpak van gezondheidsproblemen. Daarnaast lijkt de huisartspraktijk nog onvoldoende toegerust te zijn om zijn poortwachtersrol op het gebied van leefstijlbeïnvloeding optimaal te kunnen uitvoeren. De inzet van een praktijkondersteuner lijkt hierbij in elk geval noodzakelijk. Ten slotte vraagt de motivatie van cliënten tot leefstijlverandering blijvend aandacht.

6 Ondersteuningsbehoefte van zorgverleners

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft welke ondersteuning zorgverleners zelf nodig vinden bij het uitvoeren van leefstijlbeïnvloeding. Ook de ideeën van regionale partijen hierover zijn vermeld. Paragraaf 6.2 gaat in op de behoefte aan kennis en materialen, paragraaf 6.3 beschrijft de behoefte aan ontmoeting, scholing en uitwisseling, en paragraaf 6.4 gaat kort in op de behoefte aan advies op maat. Deze indeling is gebaseerd op de werkwijze van het programma Professionals gezond versterkt van het CGL (zie hoofdstuk 1). Paragraaf 6.5 vat de resultaten samen in een conclusie. De zorgverleners hebben hun mening ook schriftelijk samengevat in één tot drie adviezen aan regionale en landelijke partijen; deze zijn weergegeven in Bijlage 8.

6.2 Kennis en materialen

6.2.1 *Aanpassingen in het bestaande aanbod*

Geen behoefte aan nieuwe interventies

Alle zorgverleners en regionale en landelijke partijen zijn het er over eens dat er geen behoefte is aan nieuwe interventies en materialen. Vooral niet wanneer deze weinig toevoegen aan het bestaande aanbod.

Flexibele interventies (interventies op maat)

De deelnemende regionale partijen hebben behoefte aan interventies 'op maat': flexibeler aan te passen aan de situatie van en de wensen van de cliënt. Wel zijn aantal standaard ingrediënten nodig om de effectiviteit van een interventie te kunnen evalueren.

Meer samenhang in het lokale activiteiten rondom leefstijlbeïnvloeding

Alle deelnemende zorgverleners en regionale partijen hebben behoefte aan meer samenhang in de lokale activiteiten rondom leefstijlbeïnvloeding. Een zorgverlener: 'Maak gebruik van elkaars projecten. Veel projecten zijn al ergens opgestart, maar er wordt vervolgens niets meer mee gedaan.' Ook willen de zorgverleners graag dat het aanbod aansluit bij de lokale gezondheidssituatie, de behoefte van de lokale bevolking en het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Ze hebben dus behoefte aan een integrale aanpak van ongezond gedrag. Vanuit verschillende settings dezelfde boodschap uitdragen naar burgers en cliënten vergroot de kans dat cliënten gemotiveerd raken om hun ongezonde leefstijl te veranderen. Ook willen zorgverleners (meer) leren van activiteiten in andere wijken, zodat niet elke keer opnieuw het wiel hoeven uit te vinden. Een zorgverlener zegt daarover: 'Wat ik op prijs zou stellen is dat onze regionale ROS een stuk ondersteuning zou kunnen bieden op de wijken gericht.'

Liever wijkgerichte leefstijlprogramma's dan afzonderlijke initiatieven

Zowel zorgverleners als regionale en landelijke partijen denken dat het wijkgericht inzetten van één of enkele leefstijlprogramma's beter werkt dan allerlei afzonderlijk initiatieven. Het leefstijlprogramma kan op die manier meer bekendheid krijgen en de zorgverleners hebben daardoor ook meer zicht op het

aanbod. In het verlengde daarvan hebben de zorgverleners ook behoefte aan gecombineerde leefstijlprogramma's zoals de Beweegkuur (zie ook Den Hartog et al., 2012). Daarin is volgens hen ook aandacht voor psychische gezondheid essentieel.

Betere aansluiting van regulier sportaanbod op cliënten met ongezonde leefstijl

Zorgverleners hebben behoefte aan een goede aansluiting van het reguliere sportaanbod op cliënten met een ongezonde leefstijl (zie ook paragraaf 5.2). Cliënten met een ongezonde leefstijl zijn volgens hen beter te motiveren om (meer) te gaan bewegen als de activiteiten betaalbaar en in de buurt zijn en minder gericht op prestatie en competitie. Daarover zegt een zorgverlener dat we 'het idee moeten loslaten dat bewegen betekent dat men moet sporten; gewoon wandelen is ook bewegen'.

Aangetoonde effectiviteit stimuleert gemeenten voor financiering

Het keurmerk 'bewezen effectief' van een leefstijlprogramma kan volgens regionale partijen de gemeente stimuleren om die interventie te financieren. In één ROS regio heeft de gemeente door ervaren succes van een interventie extra geld vrijgemaakt om een coördinator aan te stellen voor een beweeginterventie voor ouderen (het GALM project). Voor zorgverleners is het voldoende als ze zelf positieve ervaringen hebben met de interventie; het keurmerk 'bewezen effectief' is voor hen minder relevant. Zo geeft een huisarts aan dat het voor haar al motiverend werkt wanneer het is gelukt één diabetescliënt van de medicatie af te krijgen. Zorgverleners en regionale partijen vinden het wel belangrijk dat er bij de effectiviteit niet alleen gekeken wordt naar gezondheidswinst, maar ook naar het aantal succesvolle doorverwijzingen naar het reguliere sportaanbod.

Groepsactiviteiten en beloningen inzetten bij leefstijlverandering

Veel cliënten zijn volgens zorgverleners makkelijker te motiveren voor leefstijlverandering wanneer ze activiteiten in groepsvorm krijgen aangeboden. Andere motiverende aanpakken zijn om een bestaande groep, zoals een beweeggroep die onder begeleiding van een fysiotherapeut traint, als geheel over te dragen naar de reguliere sportsector of ze zelf een vervolgactiviteit te laten opzetten (zoals een wandelgroep). Ook kan beloningsstelsel cliënten stimuleren om gedurende langere tijd deel te nemen aan een leefstijlprogramma. Voorbeelden hiervan zijn het (deels) teruggeven van deelnamegeld of het aanbieden van kortingen op vervolgactiviteiten wanneer de cliënt bijvoorbeeld meer dan 80% van het programma aanwezig was.

Nieuwe media inzetten om cliënten te motiveren voor leefstijlverandering

Meerdere zorgverleners hebben hoge verwachtingen van e-health, zoals online consulten, Twitter consulten en online programma's als manier om leefstijlbeïnvloeding onder de aandacht te brengen bij hun cliënten. Er lopen op dit terrein meerdere lokale en landelijke initiatieven. Zo is het PIL bezig met een digitale tool die cliënten op basis van een persoonlijk risicoprofiel advies op maat kan geven (Persoonlijke Gezondheid Applicatie; Boshuizen en Van Kalken, 2012). Enkele zorgverleners zien echter ook beperkingen in de inzet van nieuwe media, vooral bij bepaalde doelgroepen zoals (oudere) allochtonen en mensen uit lage sociaal economische klassen. Deze doelgroepen zijn minder goed te bereiken zijn via nieuwe media zoals Apps op mobiele telefoon of iPad.

6.2.2 Overzichten

Overzicht van lokale leefstijlinterventies

Zorgverleners hebben behoefte aan een overzicht met (doorverwijsmogelijkheden voor) het lokale aanbod aan leefstijlinterventies. Dit aanbod bestaat bij voorkeur uit actuele informatie over de verschillende zorgverleners. Volgens het addendum Geïndiceerde preventie van diabetes type 2 zou de GGD hier een belangrijke rol in kunnen vervullen (www.actieprogrammadiabetes.nl). Zowel zorgverleners als regionale organisaties vinden de interventie database van het CGL niet toegankelijk voor zorgverleners. Een regionale partij zegt hierover: 'Nou volgens mij staan er wel 5000 interventies op; als wij het niet snappen, hoe moeten de zorgverleners het dan snappen?'

Overzicht van het actuele aanbod in de reguliere sportsector

Ook zijn er diverse lokale initiatieven; zo is recentelijk in één van de ROS-regio's een website gelanceerd waarop alle lokale beweegactiviteiten te vinden zijn (www.beweegkrachtrotterdam.nl). Zorgverleners geven aan dat deze website tegemoet komt aan een grote behoefte van hen. Het werkt volgens hen echter alleen als het overzicht actueel is en het aanbod voldoende continuïteit heeft.

Stappenplan voor leefstijlbeïnvloeding

Enkele zorgverleners hebben behoefte aan een verwijskompas of een stroomschema met leefstijlbeïnvloedingsmogelijkheden voor de cliënt. Volgens een ROS-medewerker wordt er in haar regio al met succes met een dergelijk stroomdiagram gewerkt. Niet alle zorgverleners hebben hier echter behoefte aan, omdat er al zoveel op de markt is: 'Stroomdiagrammen, kleine en grote sociale kaarten maar 'mensen worden lam geslagen met alles wat er al is' en gaan het niet gebruiken.'

Inzicht in taakverdeling en takenpakket voor leefstijlbeïnvloeding

De taakverdeling van zorgverleners op het gebied van leefstijlbeïnvloeding is volgens zorgverleners niet helder. Ze hebben behoefte aan duidelijke afspraken en inzicht in de protocollen en daarmee in het takenpakket van de verschillende beroepsgroepen. Een zorgverlener zegt daarover: 'Wij willen een leefstijlconsult integreren, maar dan moet de samenwerking met beroepsgroepen en wie wat gaat doen, bekeken worden.' Een zorgverlener geeft daarbij aan behoefte te hebben aan het meer standaardiseren van trajecten.

Beter inzicht in elkaars kwaliteiten

Landelijke partijen stellen voor om naar manieren te zoeken waarmee de verschillende beroepsgroepen meer inzicht in elkaars kwaliteiten kunnen krijgen en meer vertrouwen krijgen in elkaars werk. Als ze er vertrouwen in hebben dat een cliënt op de juiste plek terecht komt zullen ze sneller doorverwijzen.

Inzicht in de gezondheidstoestand van de lokale bevolking

Zorgverleners hebben behoefte aan inzicht in de gezondheidstoestand van de lokale bevolking. Diverse regionale en landelijke partijen werken hier al aan. Zo is er onder andere een Toolkit regionale VTV (RIVM), de ROS Wijkscan (LHV) en VAAM (NIVEL en NPCF) ontwikkeld (zie Bijlage 9). Ook werkt de ROS samen met de GGD bij het beschikbaar stellen van de gegevens van de GGD-gezondheidsmonitors.

Overzicht van financieringsmogelijkheden

Zorgverleners hebben behoefte aan inzicht in de financiële structuren met betrekking tot leefstijlbeïnvloeding en mogelijkheden daarbinnen (zorgverzekeringen en gemeenten). Een zorgverlener zegt behoefte te hebben aan: 'het vinden van geldstromen voor het opzetten en continueren van projecten'.

6.2.3 *Andere materialen*

Elektronisch cliëntendossier

Multidisciplinaire samenwerking kan volgens de zorgverleners worden gefaciliteerd door een elektronisch cliëntendossier: een digitale werkomgeving waarbinnen gegevens van cliënten uitgewisseld kunnen worden. In de ROS-regio Caransscoop loopt hiervoor een pilot, in nauwe samenwerking met de zorggroep.

Multidisciplinaire standaarden en protocollen voor leefstijlbeïnvloeding

Dit vergemakkelijkt multidisciplinaire samenwerking.

6.3 **Ontmoeting - uitwisseling - scholing**

Ontmoetingen op wijkniveau

Zorgverleners hebben behoefte aan gerichte ontmoetingen op wijkniveau, zowel met professionals binnen de eerste lijn als met professionals uit de reguliere sportsector. Zorgverleners willen elkaar lokaal kennen, inzicht krijgen in elkaars kwaliteiten en weten wat er lokaal speelt. De bijeenkomsten zouden rond bepaalde thema's georganiseerd kunnen worden, zoals 'Wijkgerichte ouderenzorg in de brede eerste lijn', 'Gezond leven in de wijk' en 'Bewegen in de wijk'. De ROS kan hierin een faciliterende rol spelen.

Zorgverleners hebben behoefte aan scholing en intervisie

Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan scholing en intervisie. Genoemd worden algemene scholing leefstijlbeïnvloeding en motivational interviewing. Meerdere regionale partijen geven aan dat ook een training multidisciplinair samenwerken zou kunnen helpen om zorgverleners beter te laten samenwerken. Door de nascholingen een verplicht karakter te geven kunnen (oudere) huisartsen volgens regionale partijen gestimuleerd worden om aandacht te besteden aan leefstijlbeïnvloeding.

Bijscholing voor lokale sportaanbieders

Zowel zorgverleners als Sportservice geven aan dat ze graag zien dat lokale sportaanbieders zich bijscholen om met hun activiteiten aan te kunnen sluiten bij mensen met een ongezonde leefstijl (en gezondheidsklachten). Op deze manier kunnen zorgverleners hun cliënten met meer vertrouwen overdragen aan deze aanbieder.

6.4 **Advies op maat**

Ondersteuning bij de opzet van multidisciplinaire samenwerking

Zorgverleners (en regionale partijen?) geven aan dat ze behoefte hebben aan ondersteuning (op maat?) bij de opzet van multidisciplinaire

samenwerkingsverbanden waarbinnen professionals binnen de eerste lijn, welzijn en de reguliere sportsector elkaar beter kunnen vinden. Genoemde aandachtspunten bij het opzetten van multidisciplinaire samenwerking zijn:

- Een coördinator met voldoende tijd om de samenwerking te coördineren;
- Elkaar leren kennen kost meer tijd dan een enkele bijeenkomst;
- Een samenwerkingsverband moet continue onderhouden worden.

Tekstblok 1 Voorbeelden van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

Een voorbeeld van een multidisciplinair samenwerkingsverband is het **gezondheidscentrum**. Eén van de zorgverleners zegt hierover: *'Wij hebben een spreekuur in een gezondheidscentrum. Daar vind je elkaar heel makkelijk. Dan kun je dus ook gebruik maken van elkaars kennis en kunde en dan kun je ook veel makkelijker die samenwerking op poten zetten.'* **Gecombineerde leefstijlprogramma's**, zoals de Beweegkuur en Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) zijn ook vormen van een multidisciplinair samenwerkingsverband. Zorgverleners weten elkaar daardoor beter te vinden, ook nadat het programma is beëindigd. Ook voor andere leefstijlthema's weten ze elkaar beter te vinden (zie ook Den Hartog et al., 2012 en Raaijmakers et al., 2011). De samenwerking kan ook bestaan uit meer kleinschalige afspraken. Een verloskundige verwijst bijvoorbeeld vanuit haar praktijk mensen met een BMI hoger dan 30 standaard door naar een diëtist. Binnen het CVRM programma zijn afspraken gemaakt over doorverwijzingen tussen de huisarts, POH, diëtist en fysiotherapeut, welzijn en lokale activiteiten op het gebied van sport en welzijn.

Volgens enkele zorgverleners en regionale partijen zijn **zorggroepen** een veelbelovende structuur om leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn te stimuleren (zie ook Wagemakers et al., 2011):

- Het kan een geschikte ingang zijn om huisartsen te enthousiasmeren voor leefstijlbeïnvloeding en ze te stimuleren hierin meer samen te werken met andere zorgverleners.
- Zorgverleners kunnen hun activiteiten op lokaal en regionaal niveau in grote lijnen op elkaar afstemmen.
- Het kan de inkoop van preventie vergemakkelijken. Een zorgverlener geeft aan dat: *'De regionale ROS heeft geholpen bij het oprichten van zorggroepen. Graag als vervolg een platform waarin deze zorggroepen (besturen) elkaar kunnen treffen, zodat afspraken gemaakt kunnen worden, doorgegeven kunnen worden aan de eigen beroepsgroep.'*

6.5 Randvoorwaarden: organisatie, financiering en beleid

Eén coördinator en aanspreekpunt voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn
 Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan één vaste coördinator voor de multidisciplinaire samenwerking. De coördinator kan overzicht houden over alles wat er gebeurt aan leefstijlbeïnvloeding in de wijk of gemeente en zorgen voor een eenduidige boodschap en visie op leefstijlbeïnvloeding richting de eerste lijn en de omgeving. Het is daarbij essentieel dat de coördinator de contacten onderhoudt met andere regionale en landelijke partijen, met de zorgverzekeraar en met de gemeente. Ook omdat zorgverleners en regionale partijen niet allemaal 'dezelfde taal' spreken. Al met al hebben zorgverleners behoefte aan een coördinator die de samenhang in lokale activiteiten rondom leefstijlbeïnvloeding stimuleert en verbinding legt met andere wijken. Zowel de zorgverleners als de regionale partijen zien de ROS als de aangewezen partij hiervoor. De GGD wordt door zorgverleners ook genoemd als mogelijkheid, maar de (aanwezige) GGD vindt dit zelf niet wenselijk.

Meer gebruik van expertise regionale en landelijke partijen rondom leefstijlbeïnvloeding

Landelijke partijen zien graag dat regionale partijen in de eerste lijn meer gebruik maken van hun expertise, bijvoorbeeld bij de (structurele) implementatie van leefstijlactiviteiten in de eerste lijn. Het PIL kan dit op landelijk niveau afstemmen. Zij kunnen werken aan een heldere missie en visie, randvoorwaarden en afspraken rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Regionale partijen kunnen signaleren wanneer gemeenten en zorgverzekeraars zich niet aan afspraken houden (over integrale aanpak en vergoedingensysteem) en hier actie op ondernemen.

De rol van koepelorganisaties en kenniscentra moet verbeterd worden

Landelijke partijen vinden dat de rol van koepelorganisaties en kenniscentra beter kan. Volgens hen wordt er momenteel teveel overgelaten aan de zorgverleners zelf. Koepelorganisaties en kenniscentra kunnen de implementatie van goede voorbeelden meer stimuleren. Ze zouden een grotere rol kunnen spelen in vraagstukken zoals: hoe maak je de cultuuromslag bij je medewerkers, waar ga je op richten om goede zorgpaden in te voeren en welke methodieken moet je met je medewerkers uitwerken om een goed leefstijlconcept te maken? Samen bepalen 'Wat is onze missie / visie, wat vinden wij van zelfmanagement en hoe kunnen we elkaar vinden.'

Eenduidig vergoedingensysteem voor alle zorgverleners

Zorgverleners hebben behoefte aan een eenduidig vergoedingensysteem vanuit de zorgverzekeraars. Volgens landelijke en regionale partijen zouden zorgverzekeraars zich makkelijker committeren aan preventie als er meer uniformiteit is. Om meer uniformiteit te bereiken zien landelijke partijen ook graag een lobby richting zorgverzekeraars en gemeenten om preventie op te nemen in het basispakket van de gemeente en zorgverzekeraar. Volgens de zorgverleners kunnen regionale partijen zoals de ROS en de GGD deze rol op zich nemen. Regionale en landelijke partijen zien hierin ook een rol voor het CGL.

Strategische en politieke lobby

Zorgverleners en regionale partijen hebben behoefte aan een strategische en politieke lobby richting zorgverzekeraars en gemeenten. Ook moeten regionale

en landelijke ondersteunende partijen signaleren wanneer gemeenten en zorgverzekeraars zich niet aan afspraken houden en hier actie op ondernemen.

Sterkere regierol van de gemeente voor integrale aanpak

Zowel de zorgverleners als de regionale partijen hebben behoefte aan een sterkere regierol voor de gemeente bij leefstijlbeïnvloeding. Gemeenten moeten gestimuleerd worden duidelijkere keuzes te maken en een helder beleid gericht op leefstijlbeïnvloeding te voeren en uit te dragen. Per regio kunnen speerpunten worden vastgesteld en kan de gemeente het initiatief nemen om dit speerpunt integraal aan te pakken. Gemeenten moeten het beleid van verschillende sectoren die een relatie hebben met gezondheid en gedrag (onderwijs, jeugd, sport en volksgezondheid) beter op elkaar afstemmen.

Verwachtingen van zorgverleners richting het CGL

Zorgverleners hebben behoefte aan de inzet van het CGL bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Zij denken daarbij aan de volgende activiteiten:

- Op de hoogte te zijn van – en verbinden van – nieuwe ontwikkelingen (zoals de buurtsportcoach) en ondersteuningsbehoeften.
- Ondersteuning richten op regionale en landelijke partijen (zoals vertegenwoordigd in het PIL), en niet naar zorgverleners zelf.
- Agendasetting/lobby van public health onderwerpen bij VWS, gemeenten, zorgverzekeraars en wetenschap.
- Meer naar buiten treden/profileren samen met de andere relevante RIVM-centra (cVTV en cPZO).
- Randvoorwaarden creëren voor verankeren van leefstijlprogramma's.

6.6 Wensen van regionale en landelijke partijen

De nadruk van de verkenning lag op de ondersteuningsbehoefte van de zorgverleners. De bijeenkomst met het PIL en de bijgewoonde bijeenkomst van de GGD managers OBG en het PPP (zie hoofdstuk 2) bieden echter ook zicht op enkele wensen van regionale en landelijke partijen rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn.

Meer samenwerking tussen ROS en GGD

De GGD'en hebben behoefte aan meer samenwerking met de ROS'en, zodat zij een grotere rol kunnen krijgen bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Hier wordt ook al concreet aan gewerkt. Ook uit de literatuur blijkt dat hier al aan gewerkt wordt (o.a. Bloten en Koornstra, 2011): GGD'en en ROS'en willen via concrete projecten meer als een gezamenlijk platform voor de preventie-curatie-participatie keten en lokale netwerken naar buiten treden. Ervaren belemmeringen daarbij zijn de overlap in ambities en rollen, concurrentie (financiën) en cultuurverschillen van de organisaties.

Meer samenwerking tussen PIL en CGL

Het PIL zou graag een structureel samenwerkingsverband met het CGL hebben. Verschillende regionale partijen vinden het PIL de ideale partij om landelijke afstemming te krijgen over de aanpak van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Een PIL-deelnemer geeft aan: 'wanneer ik het CGL was geweest had ik het PIL uitgevonden.'

6.7 Conclusie

De ondersteuningsbehoefte van zorgverleners is ingedeeld in vier vormen: kennis en materialen, ontmoetingen en scholing, advies op maat en randvoorwaarden. Voor wat betreft *kennis en materialen* hebben zorgverleners behoefte aan meer samenhang in het lokale en regionale aanbod van activiteiten en een betere aansluiting van het reguliere sportaanbod op cliënten met ongezonde leefstijl. Oftewel: een brede integrale aanpak van gezondheidsproblemen. Er is geen behoefte aan nieuwe interventies, maar eerder aan verankering – en waar nodig uitbreiding – van bestaande veelbelovende interventies. Ook is er behoefte aan aangetoonde effectiviteit van interventies (als basis voor financiering) en aan manieren om cliënten te motiveren voor leefstijlverandering. Zorgverleners hebben ook behoefte aan diverse *overzichten*: van het lokale leefstijlaanbod en doorverwijsmogelijkheden (ook in de reguliere sportsector), en van financieringsmogelijkheden voor leefstijlbeïnvloeding. Verder willen ze graag inzicht in de taakverdeling voor leefstijlbeïnvloeding, bijvoorbeeld in de vorm van een stappenplan. Ten slotte hebben zorgverleners behoefte aan inzicht in de lokale gezondheidstoestand van de bevolking.

Ondersteuningswensen in de vorm van *ontmoetingen, uitwisseling en scholing* liggen op het terrein van bide multidisciplinaire ontmoetingen op wijkniveau, scholing en intervisie. Zorgverleners lijken ook behoefte aan ondersteuning op maat te hebben, met name bij het opzetten en vormgeven van multidisciplinaire samenwerking.

Voor succesvolle leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn zijn volgens zorgverleners en regionale partijen een aantal *randvoorwaarden* van belang. Allereerst is het nodig om tot een goede multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners te komen, inclusief een eenduidig vergoedingensysteem en een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier. Daarnaast is er behoefte aan één herkenbare coördinator voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn en een steviger invulling van de poortwachtersrol van de huisarts bij leefstijlbeïnvloeding. Ook is een goede samenwerking tussen regionale partijen essentieel, evenals een sterkere regierol van de gemeente en op landelijk niveau een stevige strategische en politieke lobby. Daarnaast maken zorgverleners en regionale partijen graag meer gebruik van de kennis van koepelorganisaties en kenniscentra.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

Hoewel er veel is geschreven over preventie in de zorg, is er weinig inzicht in de ervaring van zorgverleners zelf met het uitvoeren van preventieactiviteiten. Deze verkenning geeft een globaal overzicht van de belangrijkste knelpunten die zorgverleners ervaren rondom leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn en geeft aanknopingspunten voor verbetering. Paragraaf 7.2 beschrijft de belangrijkste conclusies van deze verkenning. Paragraaf 7.3 geeft aanbevelingen voor regionale en landelijke partijen over hoe zij hun activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding kunnen verbeteren. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de focusgroepgesprekken en op conclusies uit een klankbordgroep en een partneroverleg van het CGL over deze verkenning. Regionale en landelijke partijen die zich bezighouden met leefstijlbeïnvloeding kunnen deze aanbevelingen gebruiken als inspiratie voor hun activiteiten en beleid. De aanbevelingen zijn ingedeeld naar het type actie dat kan worden ondernomen: kennis en materialen (paragraaf 7.3.1), ontmoeting – uitwisseling – scholing (paragraaf 7.3.2), advies op maat (paragraaf 7.3.3) en actie op de randvoorwaarden (paragraaf 7.3.4). Tot slot staat paragraaf 7.4 stil bij de beperkingen van de huidige verkenning en de gevolgen daarvan voor de interpretatie van de resultaten.

7.2 Conclusies

Taken, taakopvatting en activiteiten van zorgverleners bij leefstijlbeïnvloeding

De deelnemende eerstelijnszorgverleners, inclusief de huisartsen, vinden leefstijlbeïnvloeding tot hun takenpakket behoren. Ze zien de eerste lijn als een goede vindplaats voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Leefstijlbeïnvloeding in de huisartspraktijk is in ontwikkeling via de inzet van een praktijkondersteuner. Huisartsen met een praktijkondersteuner laten de taken rondom leefstijlbeïnvloeding vaak aan hen over.

Huidige ondersteuning bij leefstijlbeïnvloeding

De ROS lijkt een verbindende partij te zijn tussen de andere regionale partijen en de zorgverleners. Op uitvoerend niveau lijken de regionale partijen elkaar steeds beter te vinden, maar op bestuurlijk niveau gaat dit nog niet soepel. Landelijke partijen zijn vooral relevant als pleitbezorger voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn en voor het ontwikkelen en implementeren van landelijke leefstijlprogramma's, zoals de Beweegkuur en het Preventieconsult. Zij kunnen daarbij ook regionale partijen ondersteunen.

Knelpunten bij het inzetten van leefstijlactiviteiten

Een succesvolle integratie van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn heeft alles te maken met goede multidisciplinaire samenwerking en een integrale aanpak van lokale gezondheidsproblemen. Daarbij hoort ook een goede aansluiting met de reguliere sportsector. De focus binnen de eerste lijn ligt nog teveel op ziekte en zorg in plaats van op gezondheid en gedrag, en is nog te weinig vraaggericht. Er is nog veel winst te boeken door de samenwerking te verbeteren en met een integrale blik naar de gezondheidsproblemen van cliënten te kijken. Een ongezonde leefstijl maakt daarvan deel uit. Ook de financiële structuur en zaken

als het elektronisch patiëntendossier zijn nog onvoldoende afgestemd op een integrale aanpak van gezondheidsproblemen. Daarnaast lijkt de huisartspraktijk nog onvoldoende toegerust te zijn om zijn poortwachtersrol op het gebied van leefstijlbeïnvloeding optimaal te kunnen uitvoeren. De inzet van een praktijkondersteuner lijkt hierbij in elk geval noodzakelijk. Zorgverleners ervaren bovendien het leefstijlaanbod als te groot, te onoverzichtelijk en te versnipperd. Ten slotte vraagt de motivatie van cliënten tot leefstijlverandering aandacht.

Ondersteuningsbehoefte van zorgverleners

De ondersteuningsbehoefte van zorgverleners is ingedeeld in vier ondersteuningsvormen: kennis en materialen, ontmoeting, uitwisseling en scholing, advies op maat en randvoorwaarden. Voor wat betreft *kennis en materialen* hebben zorgverleners vooral behoefte aan een brede integrale aanpak van gezondheidsproblemen. Er is nadrukkelijk geen behoefte aan nieuwe interventies. Ook is er behoefte aan aangetoonde effectiviteit van interventies (als basis voor financiering) en aan manieren om cliënten te motiveren voor leefstijlverandering. Zorgverleners hebben ook behoefte aan diverse *overzichten*: van het lokale aanbod en doorverwijsmogelijkheden en van financieringsmogelijkheden voor leefstijlbeïnvloeding. Ook willen ze graag inzicht in taakverdeling en takenpakket voor leefstijlbeïnvloeding, bijvoorbeeld in de vorm van een stappenplan. Ten slotte hebben zorgverleners behoefte aan inzicht in de lokale gezondheidstoestand van de bevolking.

Ondersteuningswensen in de vorm van *ontmoetingen, uitwisseling en scholing* liggen op het terrein van brede multidisciplinaire ontmoetingen op wijkniveau, scholing en intervisie. Zorgverleners lijken ook behoefte aan ondersteuning op maat te hebben, met name bij het opzetten en vormgeven van multidisciplinaire samenwerking.

Voor succesvolle leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn zijn volgens zorgverleners en regionale partijen een aantal *randvoorwaarden* van belang. Allereerst is er behoefte aan een herkenbare en toegankelijke coördinator en aanspreekpunt voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Ook is het noodzakelijk om de poortwachtersrol van de huisarts bij leefstijlbeïnvloeding steviger vorm te geven. Daarnaast vormt een goede multidisciplinaire samenwerking de basis van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. De inzet van een buurtsportcoach, het elektronisch cliëntendossier en een eenduidig vergoedingensysteem voor alle zorgverleners worden hierbij genoemd als enkele middelen. Ook is een goede samenwerking tussen regionale partijen essentieel, evenals een sterkere regierol van de gemeente en op landelijk niveau een stevige strategische en politieke lobby. Daarnaast maken zorgverleners en regionale partijen graag meer gebruik van de kennis van koepelorganisaties en kenniscentra.

7.3 Aanbevelingen

7.3.1 Kennis en materialen

Verzamel en verspreid goede voorbeelden

Verzamel en verspreid goede voorbeelden van verschillende aspecten van (samenwerking bij) leefstijlbeïnvloeding. Zorgverleners en regionale partijen kunnen hier inspiratie uit halen:

- Voorbeelden van een *succesvolle integrale gezondheidsaanpak*, bijvoorbeeld van regionale platforms of partnerships, een gezondheidsplein (fysiek en/of digitaal) of de inzet van een buurtsportcoach. Ook een overzicht van regionale platforms of partnerships kan hierbij nuttig zijn. Meerdere regio's hebben al regionale overlegstructuren/samenwerkingsverbanden, zoals de ROS-regio Zorgimpuls (www.beweegkrachtrotterdam.nl).
- In het verlengde hiervan zijn goede voorbeelden van *populatieanalyse* wenselijk: hoe kan informatie over de gezondheidstoestand van de lokale bevolking zo goed mogelijk aansluiten bij een integrale gezondheidsaanpak?
- Ook zijn goede voorbeelden voor het *motiveren van cliënten* tot leefstijlverandering gewenst.
- Ten slotte zijn goede voorbeelden gewenst voor het *organiseren van financiering* bij een multidisciplinaire en/of integrale aanpak van gezondheidsproblemen.

De ROS en de GGD kunnen een rol hebben bij het verzamelen en verspreiden van goede voorbeelden; landelijke partijen (zoals het cVTV, het CGL en het PIL) kunnen hierbij ondersteunen.

Organiseer beweegaanbod voor cliënten buiten de eerstelijnszorg

Organiseer (doorstroming naar) een laagdrempelig beweegaanbod voor cliënten met klachten in de reguliere sport- en recreatiesetting, dus buiten de eerstelijnszorg. Biedt de activiteiten op zo'n manier aan dat:

- ook mensen met klachten mee kunnen doen en deskundig begeleid kunnen worden en dat
- de focus vooral ligt op plezier in bewegen in en niet een (te) competitieve insteek heeft.

De Sportservice kan hier een belangrijke rol in vervullen, samen met de ROS.

Biedt een overzicht van bij- en nascholing voor zorgverleners rondom leefstijl

Een overzicht van het huidige aanbod van bij- en nascholing voor zorgverleners op het gebied van leefstijlbeïnvloeding is nodig om te kunnen bepalen hoe dit aanbod aangepast kan worden aan de behoefte van zorgverleners. Regionaal kan de ROS hierbij een rol spelen, landelijk kunnen dat zijn: de beroepsverenigingen, thema-instituten (zoals Pharos), NSPOH en het CGL. Het CGL kan zo'n overzicht maken.

Onderzoek mogelijkheden van de interventiedatabase voor eerstelijnspartijen

De interventiedatabase biedt onder andere informatie over organisaties die leefstijlinterventies of -programma's uitvoeren. Het kan zinvol zijn om te kijken of regionale en/of landelijke websites voor de eerstelijnsgezondheidszorg geschikt zijn om informatie van de interventiedatabase achter te ontsluiten. Bijvoorbeeld websites van de ROS, de LVG of het Jan van Es instituut. Het CGL kan samen met de LVG en het PIL kijken hoe dit vorm kan krijgen.

Onderzoek andere manieren om overzicht te bieden over het lokale aanbod

Zorgverleners willen graag zicht hebben op lokale doorverwijsmogelijkheden voor cliënten met een ongezonde leefstijl. Het gaat daarbij om lopende programma's gericht op leefstijlbeïnvloeding en om het actuele lokale aanbod in de reguliere sport- en recreatiesector. De ROS en de GGD kunnen zo'n overzicht ontwikkelen en beschikbaar maken voor zorgverleners. Mogelijk kan ook het PPP een rol spelen met het beschikbaar maken van zo'n aanbod, bijvoorbeeld via het Prevent-model en de Persoonlijke Gezondheids Applicatie (PGA).

Geef een overzicht van (instrumenten voor analyse) lokale gezondheidstoestand
Zorgverleners en regionale partijen willen graag inzicht in de gezondheidstoestand van de lokale bevolking, zodat ze hun aanbod daarop kunnen afstemmen. Regionale partijen kunnen een betere keuze maken voor een lokale populatieanalyse door zicht te hebben op mogelijke instrumenten hiervoor. Een eerste overzicht hiervoor is beschreven in Bijlage 9. Dit overzicht kan aangevuld worden en uitgebreid met informatie waarop regionale partijen en zorgverleners hun keuze voor een bepaald type populatieanalyse/-scan kunnen baseren. De GGD en de ROS kunnen samen zo'n overzicht maken. Hierbij kunnen ze gebruik maken van partijen die zich bezighouden met het ontwikkelen van regionale informatievoorziening, zoals de academische werkplaats Tranzo en het cVTV.

Maak leefstijlbeïnvloeding concreet in richtlijnen en protocollen

Maak leefstijlbeïnvloeding concreet in de zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen van de zorgverleners, voor alle relevante beroepsgroepen. Bijvoorbeeld door aandoeningspecifieke paragrafen te verbeteren en door aandacht te besteden aan specifieke risicogroepen. Nu gaat de aandacht vooral uit naar leefstijlbeïnvloeding als onderdeel van de behandeling van (chronische) ziekten (dus zorggerelateerde preventie; zie Bijlage 1). Aandacht voor een ongezonde leefstijl die niet rechtstreeks gerelateerd is aan de hoofdklacht van de cliënt is nog onderbelicht. ZonMw en landelijke beroepsorganisaties kunnen hiermee aan de slag.

Integreer leefstijlbeïnvloeding in het competentieprofiel van zorgverleners

Leefstijlbeïnvloeding moet standaard behoren tot de competenties van (eerstelijns) zorgverleners. Bekijk in hoeverre dit nu al het geval is, en gebruik het competentieprofiel van gezondheidsbevorderaars (zie: <http://www.loketgezondleven.nl/advies-en-ondersteuning/comptetentieprofielen-en-scholing/>) om waar nodig het competentieprofiel van zorgverleners aan te passen. Dit aangepaste competentieprofiel vormt de basis voor inhoud en focus van de opleiding(sonderdelen) (zie paragraaf 7.2.2). Het CGL kan in kaart brengen in hoeverre leefstijlbeïnvloeding op dit moment al onderdeel is van het competentieprofiel van zorgverleners.

Maak een overzicht van huidige scholingsaanbod voor zorgverleners

Het is nodig om zicht te hebben op de huidige invulling van opleidingen en bij- en nascholing van zorgverleners op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Op basis van een compleet overzicht voor alle relevante beroepsgroepen kan bepaald worden in hoeverre het huidige scholingsaanbod aangepast kan worden. Een overzicht van alle partijen die zich bezighouden met het ontwikkelen en aanbieden van het scholingsaanbod voor zorgverleners is hierbij ook een noodzakelijk onderdeel. Het gaat om verschillende partijen, zoals de ROS en landelijke beroepsverenigingen. Maar ook thema-instituten/kenniscentra kunnen hier een rol in hebben, bijvoorbeeld door hun eigen thema's te koppelen aan de opleidingsmodules. Pharos heeft bijvoorbeeld een nascholingsaanbod om cliënten uit andere culturen en lage sociaaleconomische status te bereiken. Het CGL kan zo'n overzicht maken.

7.3.2 *Ontmoeting – uitwisseling – scholing*

Integreer leefstijlbeïnvloeding in de opleiding van zorgverleners

Leefstijlbeïnvloeding moet een standaard onderdeel zijn in de opleiding van zorgverleners. Dit geldt voor zowel de basisopleiding als de bij- en nascholingstrajecten. Aandacht voor leefstijl moet een basishouding worden voor zorgverleners. Het moet vanzelfsprekend worden dat ze er aandacht aan besteden en doorvragen naar de leefstijl van de cliënt. Het gaat daarbij vooral om communicatieve vaardigheden, waaronder motiverende gespreksvoering. Genoemde ideeën hiervoor zijn het 1-minuutconsult en het Preventieconsult. Zorgverleners die leefstijlbeïnvloeding niet in hun basisopleiding hebben meegekregen kunnen via verplichte (geaccrediteerde) nascholing bereikt worden. Specifieke aandacht is nodig voor het omgaan met moeilijk te motiveren cliëntengroepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status, laaggeletterden en migranten.

Besteed in scholing aandacht aan 'verleiding' naast 'motivering' van cliënten

Motiverende gesprekstechnieken zijn voor zorgverleners essentieel om hun cliënten te motiveren voor verandering van hun (ongezonde) leefstijl. Het blijft dus een belangrijk onderdeel van de scholing voor zorgverleners. Zorgverleners kunnen daarnaast ook gebruik maken van verleidingsstrategieën, dus van sociale marketingtechnieken. Het betreft concepten en technieken om te achterhalen wat cliënten aanspreekt en prikkelt om daadwerkelijk iets te gaan veranderen. Sociale marketing ligt dicht aan tegen het concept van 'nudging', waarbij de gezonde keuze ook de gemakkelijkste keuze is (zie ook: Tiemeijer et al., 2009; Meijer en Storm, 2012). Het is wenselijk om in het scholingsaanbod ook aandacht te hebben zijn voor dergelijke technieken.

Ontwikkel een kaderopleiding preventie voor huisartsen

De inzet van een POH is essentieel voor de poortwachtersrol van de huisartspraktijk bij leefstijlbeïnvloeding. Om dit verder vorm te geven kan een kaderopleiding tot 'kaderhuisarts preventie' een waardevolle aanvulling zijn. Een kaderhuisarts heeft zijn kennis en kunde op een thema verdiept en biedt een voorbeeldfunctie voor de eigen praktijkorganisatie en medisch handelen (www.reos.nl/beroepsgroepen/kaderhuisartsen). Zij kunnen individuele huisartsen adviseren over cliëntgebonden problemen (consultatie) en de praktijkorganisatie. Zij stimuleren collega-huisartsen om hun werkwijze en organisatie aan te passen. Kaderhuisartsen geven in de eigen regio mede vorm aan de structuur voor goede uitvoering van de eerstelijnszorg, door werkafspraken te ontwikkelen, samenwerkingsverbanden te stimuleren, nascholingen te organiseren en deel uit te maken van regionale netwerken. Het ROS-netwerk (Reos) kan hierbij een rol vervullen, in samenwerking met de LHV, NHG en de huisartsenopleiding.

Organiseer integrale lokale en regionale ontmoetingen

Het gaat om inspirerende bijeenkomsten waarin zorgverleners uit alle relevante beroepsgroepen en professionals gezondheidsbevordering elkaar leren kennen en ontdekken wat ze aan elkaar kunnen hebben. Het gaat om een brede insteek waarin professionals uit verschillende sectoren elkaar ontmoeten, dus ook professionals uit de welzijnssector en de sport- en recreatiesector en gemeentelijke beleidsadviseurs. Deze ontmoetingen hebben bij voorkeur een praktische invulling in de vorm van een thema, zoals hoe om te gaan met tijdgebrek. Hierbij kan waar mogelijk aangesloten worden bij bestaande

regionale ontmoetingen voor gezondheidsbevorderaars. De ROS en de gemeente kunnen een rol spelen bij het organiseren van dergelijke bijeenkomsten. Het CGL kan hierin vanuit de publieke gezondheidszorg een verbindende rol hebben. De bevindingen van dergelijke ontmoetingen kunnen waar nodig en mogelijk door landelijke partijen opgepakt worden.

7.3.3 *Advies op maat*

Biedt regionale partijen advies op maat bij multidisciplinaire samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking is een randvoorwaarde voor leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Om succesvolle regionale samenwerking te realiseren hebben de betrokken partijen soms ondersteuning op maat nodig. Lokaal zijn de ROS en GGD hiervoor de meest aangewezen partijen.

Maak gebruik van de Xpertpool van het CGL

Regionale partijen kunnen voor specifieke vragen rondom regionale samenwerking of leefstijlgerelateerde thema's ook gebruik maken van de Xpertpool van het CGL. De Xpertpool bestaat uit professionals uit het veld die deskundig zijn op het gebied van gezondheidsthema's. Zorgverleners kunnen bij een Xpert terecht bijvoorbeeld met een praktische vraag, voor coaching of voor een inhoudelijke bijdrage aan een regionale bijeenkomst. De Xpertpool kan bijvoorbeeld advies op maat bieden bij het opzetten van regionale samenwerking, bij het motiveren van moeilijk bereikbare groepen en bij de inzet van een populatieanalyse. Het huidige aanbod van Xperts is te vinden op het loketgezondleven (http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/o14341_Profielen-Xpertpool-Gezond-Leven-juli-2012.pdf).

Zet een buurtsportcoach in om de eerste lijn en de sportsector te verbinden

Om de verbinding tussen de eerstelijnszorg en reguliere lokale sportaanbod te vergroten zien zorgverleners en regionale partijen ook kansen voor een buurtsportcoach. Deze kan als schakelfunctie dienen bij het samenbrengen van partijen en het overdragen van cliënten vanuit de eerste lijn naar het sportaanbod. Deze ontwikkeling is gaande maar behoeft verdere ondersteuning om daadwerkelijk goed van de grond te komen. Het CGL zou hier volgens de zorgverleners een faciliterende rol in kunnen hebben, door ontwikkelingen hierin te monitoren en partijen aan elkaar te verbinden om de buurtsportcoach verder vorm te geven.

Versterk de zelfregie van cliënten

Zonder een actieve houding van (potentiële) cliënten zullen de activiteiten van zorgverleners rondom leefstijlbeïnvloeding weinig effect hebben. Stimuleer daarom de zelfregie van burgers als het gaat om hun eigen gezondheid, bijvoorbeeld via digitale instrumenten zoals www.thuisarts.nl of door het stimuleren van zelfmanagement. Landelijke beroepsverenigingen kunnen hierbij een rol spelen. Echter, ook settings buiten de gezondheidszorg zijn essentieel bij het versterken van de zelfregie van burgers. Te denken valt aan uitkeringsinstanties voor het bereiken van mensen met een lage sociaaleconomische status en sociale media voor jongeren. Het CGL kan hiervoor advies op maat geven (zie paragraaf 8.4). De gemeente en GGD kunnen hierbij ook een centrale rol vervullen.

7.3.4 *Randvoorwaarden: organisatie (samenwerking), financiering en beleid*

Zorg voor een goede trekker bij regionale samenwerking

Zorgverleners en regionale partijen hebben behoefte aan een samenhangende en integrale aanpak, passend bij de lokale gezondheidstoestand. Om dit voor elkaar te krijgen is een goede trekker nodig die voldoende tijd en mandaat heeft om regionale samenwerking van de grond te krijgen. Deze trekker kan partijen faciliteren om met elkaar af te stemmen hoe ze samen de gezondheid van de lokale bevolking kunnen versterken. Alle regionale partijen die zich bezighouden met leefstijlbeïnvloeding zijn idealiter bij elkaar gebracht in een regionale samenwerkingsvorm, met name: ROS, GGD, Sportservice, GGZ, thuiszorg (wijkverpleegkundige), ziektekostenverzekeraars, Wmo-raad en gemeente. Landelijke partijen die zich bezighouden met een geïntegreerde eerste lijn, zoals de LVG, het PIL en GGD Nederland, kunnen uitzoeken welke regionale partij trekker kan zijn voor de regionale samenwerking. Vanuit de zorgverleners zelf bezien lijkt de ROS de meest geschikte partij.

Sluit aan bij goedlopende samenwerkingsverbanden

Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn gebeurt volgens zorgverleners efficiënter en effectiever als er al een multidisciplinair samenwerkingsverband bestaat in de eigen wijk. Zorgverleners in dezelfde wijk/regio leren elkaar hierdoor kennen, weten ze van elkaar wat ze doen en wat ze aan elkaar kunnen hebben. Maak daarom waar mogelijk gebruik van al goedlopende samenwerkingsverbanden in de regio of wijk, zoals wijkwerkgroepen, regionale platforms of samenwerkingsovereenkomsten (zie ook Tekstblok 1 in paragraaf 6.4). Betrek daarbij ook vertegenwoordigers van de lokale bevolking, bijvoorbeeld via cliëntenorganisaties of andere burgerinitiatieven (vanuit de gemeente of de wijk). Gemeenten kunnen hier een regierol in spelen en waar mogelijk samenwerken met de GGD en de ROS. Landelijke partijen (waaronder het CGL; zie paragraaf 7.2.3) kunnen een rol spelen in het faciliteren van dergelijke overlegstructuren. Goede voorbeelden kunnen helpen om een dergelijke samenwerking vorm te geven (zie paragraaf 7.2.1).

Begin klein met regionale samenwerking op concrete gemeenschappelijke doelen

Regionale partijen weten elkaar (waarschijnlijk) makkelijker te vinden als ze een gemeenschappelijk belang hebben bij samenwerking. Begin daarom klein met beperkte activiteiten die voor alle partijen interessant zijn. Dan boek je successen die verdere samenwerking kunnen stimuleren. Voor alle regionale partijen is inzicht in de gezondheidstoestand van de lokale/regionale bevolking bijvoorbeeld interessant. Ze hebben dus een gezamenlijk belang bij een populatieanalyse. Gebruik dit thema om samen aan de slag te gaan, bijvoorbeeld door samen uit te zoeken hoe je de populatie in kaart wilt brengen. Alle regionale partijen hebben hier een rol in, vooral de GGD en de ROS.

Werk toe naar indicatoren voor preventie bij populatiegebonden bekostiging

Een integrale aanpak van leefstijlbeïnvloeding gaat makkelijker als er een uniforme financieringsstructuur is. Indicatoren voor bekostiging van preventie helpen hierbij.

Overtuig de politiek voor integraal gezondheidsbeleid

Deelnemers van het partneroverleg merkten op dat de regie over het lokale gezondheidsbeleid niet altijd goed gekoppeld is aan de regie over de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Zij stellen voor om deze beter aan elkaar te koppelen, bijvoorbeeld via de Handreiking gezonde gemeente. De huidige tekst

hierover kan verder uitgewerkt worden. De landelijke overheid en landelijke thema-instituten en kenniscentra kunnen hier een rol in hebben.

7.3.5 *Verdieping op de huidige verkenning*

Voer een krachtenveldanalyse uit

Er is een krachtenveldanalyse nodig om duidelijker te krijgen welke regionale en landelijke partijen zich bezighouden met leefstijlbeïnvloeding, wat hun rol is en wat hun relatie tot elkaar is. De krachtenveldanalyse kan zich daarbij richten op de gewenste rol van koepelorganisaties en kenniscentra richting regionale partijen en op de manier waarop het PIL en het CGL met elkaar kunnen samenwerken. Via een krachtenveldanalyse kan de beschikbare literatuur geïntegreerd worden met bevindingen uit gesprekken met alle relevante partijen. Hoofdstuk 4 en Bijlagen 3 en 7 vormen hiervoor de basis. De krachtenveldanalyse is dus een verdieping op de huidige verkenning. Relevante ZonMw-programma's zijn in dit kader: PreventieKracht Thuiszorg (2007-2009), PreventieKracht dicht bij huis (2010-2012), Op één lijn (2009-2013) en Gezonde slagkracht (2009-2014). Relevante programma's van Academische Werkplaatsen zijn: Zorggroep Meander (Oost Groningen) en Thuiszorg Gezondheid Dichtbij - Thuiszorg in Zwolle. Deze programma's bieden ook kennis voor de andere aanbevelingen van deze verkenning. De krachtenveldanalyse kan uitgevoerd worden door het CGL of een andere landelijke partij, zoals GGD Nederland of het PIL.

7.4 **Beperkingen huidige verkenning**

Deze verkenning geeft een globaal beeld van mogelijkheden om leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn te versterken. Omdat het een eerste verkenning betreft kunnen een aantal beperkingen de resultaten vertekenen.

- De resultaten zijn gebaseerd op een kleine groep zorgverleners (n=32) en professionals van regionale partijen (n=9). Dit aantal is te weinig om stevige conclusie en aanbevelingen op te baseren, zeker als het gaat om specifieke beroepsgroepen. De verkenning geeft echter wel inzicht in de belangrijkste zaken die spelen bij zorgverleners en regionale partijen. Bovendien komen de bevindingen overeen met die van andere verkenningen en rapporten op het gebied van preventie in de eerste lijn (onder andere Hamberg-van Reenen et al., 2011; Raaijmakers et al., 2010). Dit betekent dat de huidige verkenning voldoende basis biedt voor de in paragraaf 7.3 beschreven aanbevelingen.
- De zorgverleners zijn geworven via de regionale ROS. Het geschetste beeld van de ROS kan hierdoor beïnvloed zijn: zorgverleners die niet via de ROS benaderd (willen) worden zouden mogelijk knelpunten noemen die nu niet in beeld zijn gekomen. Het voordeel van de werving via de ROS was echter dat zorgverleners eerder bereid waren om deel te nemen aan de verkenning.
- De deelnemende zorgverleners hadden ervaring en affiniteit met het thema. De ervaren knelpunten en ondersteuningsbehoeften van zorgverleners die géén affiniteit hebben met leefstijlbeïnvloeding zijn daarom niet in beeld gekomen. Mogelijk verschilt hun input van de in deze verkenning gesproken zorgverleners. Wel zijn regio's en zorgverleners die koploper zijn op het gebied van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn bewust niet meegenomen in deze verkenning. We wilden vooral een beeld krijgen van de ervaringen van de 'gewone middenmoot' (zie ook Rogers, 2003), omdat juist zij gefaciliteerd moeten worden om (meer) aan leefstijlbeïnvloeding te doen.

8 Aan de slag!

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het CGL aan de slag gaat met de in hoofdstuk 7 gepresenteerde aanbevelingen. Het CGL laat er geen gras over groeien en benut de uitkomsten meteen in een workshop over wijkgericht werken aan gezondheid tijdens het congres 'Wijkgericht werken – de Eerste Lijn transformeert' op 2 november 2012.

De interventiedatabase die NISB en het CGL momenteel bouwen als opvolger van de I-database(CGL) en de projectenbank Sport & Bewegen (NISB) zal in het voorjaar van 2013 operationeel zijn. De database kan dan ook ontsloten worden via de website van bijvoorbeeld de LVG of het Jan van Es Instituut. Het CGL zal relevante partijen hierover informeren en waar nodig ondersteuning bieden bij het ontsluiten van deze database via hun eigen site. Daarnaast bespreekt het CGL de resultaten uit deze verkenning met het ministerie van VWS om vervolgens tot afspraken te komen over de wijze waarop het CGL hier in 2013 al dan niet een vervolg op zal geven.

Ook in dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen ingedeeld naar het type actie dat kan worden ondernomen: kennis en materialen, ontmoeting – uitwisseling – scholing, en advies op maat.

Kennis en materialen

- *Interventies:* Het CGL gaat zich komende jaren meer richten op werkzame principes van interventies. Belangrijk is dan om partijen als het PIL, de LVG en beroepsverenigingen te betrekken bij de verkenning en uitwerking van dit gedachtegoed. Het doel is om werkzame principes op te stellen van vergelijkbare interventies en aan te geven waar aanpassing in de interventie mogelijk is en waar niet.
- *Goede voorbeelden:* In de Handreiking gezonde gemeente en/of gezonde wijk worden kennis en goede voorbeelden opgenomen over succesvolle multidisciplinaire samenwerking tussen regionale partijen en goede voorbeelden van de inzet van buurtsportcoaches.

Ontmoeting – uitwisseling – scholing

- Het CGL stimuleert de GGD'en en ROS'en om lokale en regionale ontmoetingen te organiseren tussen professionals uit verschillende sectoren: eerstelijnszorgverleners, gezondheidsbevorderaars, de welzijnssector en professionals uit de sport- en recreatiesector.
- Het CGL gaat de ervaringen van de lokale en regionale ontmoetingen verspreiden via relevante websites voor eerstelijnszorgverleners, bijvoorbeeld door een filmpje van de bijeenkomst.

Advies op maat

In de Xpertpool wordt een Xpert toegevoegd die kan helpen bij de organisatie van regionale ontmoetingen en die regionale partijen kan adviseren over een beter functionerende samenwerking tussen regionale partijen onderling.

Literatuur

AA, A., van der, Walg, C. (2012). Het Prevent-model: de weg naar persoonlijke preventie. In: *Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Ballegooijen, W. van, et al. (2011). *Preventie door de thuiszorg. Analyse van ontwikkelingen en kansen*. Den Haag en Utrecht: ZonMw en ActiZ.

Berg, M. van den, Schoenmaker, C.G. (2010). *Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM rapportnummer 270061007.

Bloten, H., Koorstra, A. (2011). *Samenwerking GGD-ROS: sterke schakels in de regionale keten. Notitie ten behoeve van GGD-Programmaraad OGZ en ROS-Klankbordgroep Voorkomen van Zorg*.

Booys, M. de, Stolker, D. (2012). *Gezonde leefstijl vraagt om maatschappelijk aanpak*. Publicatie in 'Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt'. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Boshuizen, D., Kalken, C. van (2012). *Persoonlijke Gezondheid Applicatie: het individuele zorgplan van de toekomst*. In: *Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Bruijnzeels, M., Vlonk, A. (2012). *Drie scans brengen populatie in beeld. De eerstelijns*. Platform voor strategie en innovatie 7 (4), 42-43.

Hamberg-van Reenen, H.H., Milkolajzak, J., Post, N.A.M., Barte, J.C.M. (2011). *Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod zorgprofessionals in de diabeteszorg. Twee projecten in het kader van het nationale actie programma diabetes*. Bilthoven: RIVM. Rapport 270654001/2011.

Hartog, F. den, Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. (2012). *Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de beweegkuur en gecombineerde leefstijl interventies*. Leerstoel Gezondheid en Maatschappij, Departement Maatschappijwetenschappen, Wageningen University.

Hoeijmakers, M. (2008). *Leefstijl en bewegen in de eerste lijn: handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak*. Leusden: ETC Tangram.

Hoeijmakers, M. (2009). *Van Plank naar Praktijk. Acties om bekendheid en gebruik actieve leefstijlinformatie te bevorderen*. Leusden: ETC Tangram.

Hoeymans, N., Loon, A.J.M. van, Schoemaker, C.G. (2012). *Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). RIVM Briefrapport 270241003/2012.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007*. Den Haag: IGZ.

Koelen, M.A., Vaandrager, L., Wagemakers, A. (2012). The Healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*, 29:132-138.

Kramers, P.G.N., The ECHI team (2005). Public Health indicators for Europe: context, selection, definition. Final report by the ECHI project phase II. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). RIVM rapport 271558006.

Meijer, S., Storm, I. (2012). Integrale inzichten. Een verkenning van vijf lokale integrale gezondheidsprogramma's. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). RIVM Briefrapport 270161006/2012.

Nielen, M.M.J., Bakker, D.H. de, Schellevis, F.G. (2009). Toezicht op preventie in de zorg: een verkenning. Utrecht: NIVEL.

Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G. (2008). Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008. De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL.

Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G. et al. (2010). Primary prevention of cardio-metabolic disease in general practice: A Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. *European Journal of General Practice*, 16:139-142.

Nielen, M.M.J., Meer, V. van der, Schellevis, F.G. (2010). Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL.

PPP, Platform Personalized Prevention. (2012). Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Raaijmakers, L.G.M., Helmink, J.H.M., Hamers, F.J.M., Kremers, S.P.J. (2012). Inhoudelijke monitor lokale netwerken. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Raaijmakers, L.G.M., Helmink, J.H.M., Hamers, F.J.M., Kremers, S.P.J. (2011). Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Rogers, E. (2003). Diffusion of Innovations. New York: Free Press (fifth edition).

RVZ, Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2010). Van ZZ naar GG. Acht debatten en een sprekend verhaal. Den Haag: RVZ.

RVZ, Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2011). Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: RVZ.

Tiemeijer, W.L., Thomas, C.A., Prast, H.M. (2009). De menselijke beslisser over de psychologie van keuze en gedrag. Den Haag: Amsterdam University Press.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Gezond zijn, gezond blijven. De Haag: Ministerie van VWS

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011a). Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: ministerie van VWS.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011b). Zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: ministerie van VWS.

Wagemakers, A., Hartog, F. den, Vaandrager, L. (2011). Van vonkjes naar vuurtjes. Pilot evaluatie netwerkvorming rondom de beweegkuur. Wageningen Universiteit (WUR), Wageningen.

Walg, C. (2012) Bruggen slaan. Preventie Toets Overleg (PTO). Publieke gezondheidszorg en curatieve zorg werken samen aan preventie. Utrecht: GGD Nederland, LVG en KNMG.

Geraadpleegde websites

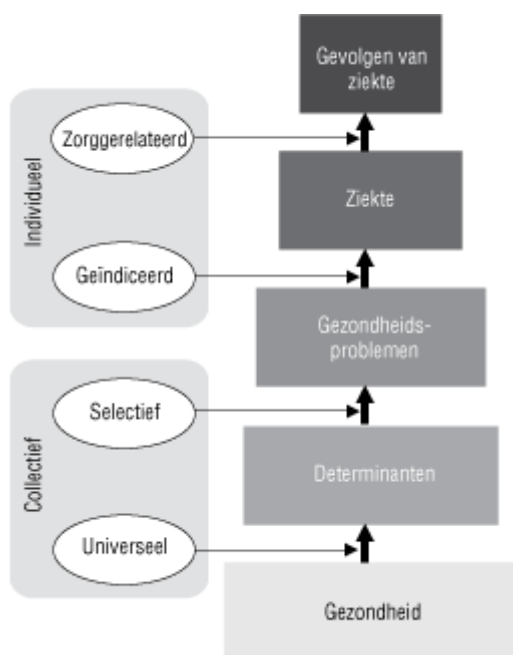
- www.actiefadvies.nl
- www.actieprogrammadiabetes.nl
- www.actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/Preventie/addendum%20preventie.pdf
- www.beweegkrachtrotterdam.nl
- www.beweegkuur.nl
- www.beweegmaatje.nl
- www.bewegenoprecept.nl
- www.coachmethode.nl
- www.ggd.nl/
- www.ggz nederland.nl
- www.ggzrichtlijnen.nl
- www.hoepakjijdataan.nl/
- www.kijkopdiabetes.nl
- www.loketgezondleven.nl
- www.loketgezondleven.nl/cgl/programma-s/professionals-gezond-versterkt/tussenevaluatie/ (2011)
- www.loketgezondleven.nl Loketgezondleven.nl Bilthoven: RIVM, versie 2.28, 17 juli 2012
- www.loketgezondleven.nl/advies-en-ondersteuning/comptetentiefielen-en-scholing/
- www.loketgezondleven.nl/object_binary/o14341_Profielen-Xpertpool-Gezond-Leven-juli-2012.pdf
- www.nasb.nl/leefstijlcoach.html
- www.nivel.nl
- www.partnerschapovergewicht.nl/
- www.partnerschapovergewicht.nl/
- www.preventweb.nl/
- www.reos.nl/beroepsgroepen/kaderhuisartsen
- www.ros-netwerk.nl/
- www.sense.info
- www.sportservice.net/
- www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/ggz/financiering-van-de-ggz
- www.tookitv.nl
- www.trimbos.nl
- www.vitalevaten.nl/projecten/zorgstandaarden/zorgstandaard-vmr.html
- www.zorgstandaarden.nl/zorgstandaarden/copd/
- www.zorgstandaarden.nl/zorgstandaarden/ndf-zorgstandaard/
- www.zorgvoorzorgveilig.nl/

Lijst van afkortingen

CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
(C)VRM	(Cardio)Vasculair Risico Management
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
GALM	Groninger Actief Leven Model
GB	Gezondheidsbevordering
GG	Gezondheid en gedrag
GGD	Gemeentelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HA	Huisarts
HVZ	Hart- en vaatziekten
KISS	Kennis- en Informatiesysteem Sport
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIPED	NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics
NIGZ	Nationaal Instituut Gezondheidbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie
NPCF	Nederlandse Cliënten Consumenten Federatie
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NSPOH	Netherlands School Of Public & Occupational Health
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten
OBG	Onderzoek, beleid en gezondheidsbevordering (GGD-afdeling)
PGA	Persoonlijke Gezondheid Applicatie
PHiB	Partnership Huisartsenzorg in Beweging
PIL	Partnership Implementatie Leefstijlinterventie
POH(-GGZ)	Praktijkondersteuner (geestelijke gezondheidszorg)
PPP	Platform Personalized Prevention
PRISMA	Pro-actieve Interdisciplinaire Self Management educatie
PZO	RIVM centrum voor Preventie & Zorg Onderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuningsstructuren
RVZ	Raad voor Volksgezondheid & Zorg
SLIM(MER)	Study on Lifestyle Intervention Maastricht
TNO	Onderzoeksorganisatie voor bedrijfsleven en overheid
VAAM	Vraag Aanbod Analyse Monitor
VSG	Vereniging Sport en Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg
VTV	RIVM Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland/ Medische Wetenschappen
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZ	Ziekte en zorg

Bijlage 1 Definitie van preventie

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid schrijft het volgende over preventie: 'Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.' Figuur 2 geeft de verschillende typen preventie weer.



Figuur 2. Doelenboom van preventie naar fase van ziekte (Bron: Van den Berg en Schoemaker, 2010).

Binnen de preventie is onderscheid te maken naar collectieve preventie (universeel en selectief) en individuele preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd).

- Universele preventie richt zich op de gehele bevolking en heeft tot doel de gedragsgerelateerde gezondheid te bevorderen.
- Selectieve preventie heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren zodat de gezondheid wordt bevorderd.
- Geïndiceerde preventie richt zich op gezondheidbevordering van het individu waarbij wel gezondheidsklachten aanwezig zijn, maar waar de diagnose niet is gesteld. Het doel hierbij is gezondheidsschade te voorkomen door interventie.
- Zorggerelateerde preventie is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met een of meerdere gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om het vermijden dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties en ondersteuning bij de zelfredzaamheid.

Bijlage 2 Leefstijlbeïnvloeding in de Zorgstandaarden

Per landelijk speerpunt (zie *hoofdstuk 1*) is bestudeerd wat volgens de beschikbare zorgstandaarden de (in)formele taken zijn van de eerste lijn ten aanzien van leefstijlbeïnvloeding en preventie. Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening zowel zorginhoudelijk als procesmatig moet voldoen. Een zorgstandaard geeft een beschrijving van de zorg die geleverd moet worden maar niet welke zorgprofessional deze zorg moet leveren.

Uit de zorgstandaarden blijkt dat de meeste standaarden zich wel op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie richten maar niet op selectieve of universele preventie. Uitzondering hierop is het addendum 'Geïndiceerde preventie van diabetes type 2'², waarin wel aandacht is voor selectieve preventie. Hieronder wordt per speerpunt beschreven wat er in de zorgstandaarden staat in het kader van preventie. Elke zorgstandaard heeft een cliëntenversie en een versie voor zorgverleners. Voor deze rapportage is alleen de versie voor de zorgverleners bestudeerd.

*Zorgstandaard Obesitas*³

De Zorgstandaard Obesitas richt zich op zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie. Deze zorgstandaard beschrijft wat de minimaal benodigde zorg is voor kinderen en volwassenen met overgewicht en obesitas. Ook beschrijft de standaard hoe deze zorg kan worden georganiseerd en de kwaliteit van de zorg kan worden geborgd. Aangegeven wordt dat de in de zorgstandaard beschreven behandeling uitgaat van een cliënt met een zorgvraag die betrekking heeft op zijn lichaamsgewicht of daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen. Een hulpverlener kan de betreffende persoon op weg helpen door middel van het rechtstreeks geven van adviezen op maat en aanvullend verwijzen naar verdere informatie en zelfstandig te volgen programma's. De behandeling van obesitas is in principe geheel gericht op het ondersteunen en bevorderen van zelfmanagement. Na de behandeling volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase. Obesitas vergt een multidisciplinaire aanpak, waarbij de zorg het liefst dicht bij huis en rond de cliënt georganiseerd wordt. Er is sprake van één aanspreekpunt (de 'centrale zorgverlener') die er samen met de cliënt op toeziet dat de afspraken uit het individuele zorgplan worden nagekomen. De zorgstandaard beschrijft daarbij niet wie deze zorg verleent, maar gaat daarbij uit van de daarvoor noodzakelijke competenties, ook wel 'functionele beschrijving van zorg' genoemd.

*Diabetes (NDF Zorgstandaard)*⁴

De NDF Zorgstandaard richt zich op de individuele preventie van cliënten met diabetes type 2. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn een essentieel en integraal onderdeel van goede diabeteszorg. Het gaat hierbij om het vermijden dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties

² <http://www.actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/Preventie/addendum%20preventie.pdf>

³ www.partnerschapovergewicht.nl/

⁴ www.dvn.nl/vereniging/producten/diabetes-zorgwijzer

bij mensen bij wie de diagnose diabetes type 2 is gesteld. Daarnaast mag van de zorgverleners verwacht worden dat zij alert zijn op risicofactoren voor niet gediagnosticeerde diabetes, zodat in een vroeg stadium de diagnose kan worden gesteld en met de behandeling kan worden gestart. Daarbij is bekend dat door het verbeteren van de leefstijl het optreden van diabetes kan worden voorkomen dan wel uitgesteld.

Voor het effectief uitvoeren van geïndiceerde preventie is een sluitende preventieketen, inclusief het opsporen van individuen met een hoog risico en deze toe leiden naar zorg (selectieve preventie) een belangrijke voorwaarde. Daarom is de NDF Zorgstandaard recent aangevuld met het addendum Geïndiceerde preventie van diabetes type 2⁵. In het addendum wordt beschreven welke preventieactiviteiten er zijn, welke scholing nodig is en hoe preventie georganiseerd kan worden door de verschillende professionals. Bij de organisatie van (preventieve) zorg gaat het om zorg die verleend wordt in een multidisciplinaire benadering vastgelegd in een zorgprogramma. Daarbij wordt uitgegaan van zorg die door een centrale zorgverleners samen met een multidisciplinair team wordt verleend, en het individueel zorgplan van de cliënt een centrale rol vervult.

Het addendum 'Geïndiceerde preventie van diabetes type 2'. Daarin staat dat de ROS ervoor kan zorgen dat alle randvoorwaarden voor het uitvoeren van leefstijlbeïnvloeding aanwezig zijn.

Aansluitend bij het addendum is een ondersteuningsaanbod diabetespreventie ontwikkeld dat tot doel heeft de implementatie van geïndiceerde preventie te vereenvoudigen. Het ondersteuningsaanbod bestaat uit producten en materialen zoals formulieren, checklists en folders gericht op de organisatie, instroom & diagnose en begeleiding en behandeling voor mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2. Ook bevat het ondersteuningsaanbod informatie over welke preventieve zorg tot de verzekerde zorg behoort.

Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement⁶

De Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement vormt een aanvulling op de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement. In de richtlijn wordt beschreven welke cliënten in aanmerking komen voor vasculair risicomanagement en hoe de hoogte van het risico voor hart- en vaatziekten kunnen worden bepaald en welke behandelingen effectief zijn om dit risico te verlagen. Een gezonde leefwijze is de eerste stap in de behandeling van cliënten met hart- en vaatziekten (HVZ) en van personen met een hoog risico op hart- en vaatziekten. Naast leefstijladviezen worden medicijnen voorgeschreven aan alle cliënten met HVZ, en aan personen met een 10-jaars risico om te sterven aan HVZ groter dan 10% . Er wordt aandacht besteed aan de verandering van acute naar chronische zorg. Omdat chronische zorg tot meer aandacht voor preventie en samenwerking tussen zorgverleners leidt, besteedt de richtlijn hier aandacht aan. Belangrijke risicofactoren die aandacht nodig hebben zijn cholesterol en voeding, overgewicht, bloeddruk, lichamelijke inactiviteit, roken, diabetes mellitus en multifactoriële leefstijlinterventies.

⁵ <http://www.actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/Preventie/addendum%20preventie.pdf>

⁶ <http://www.vitalevalten.nl/projecten/zorgstandaarden/zorgstandaard-vmr.html>

Zorgstandaard COPD (chronische bronchitis en longemfyseem) en Astma⁷

De Zorgstandaard COPD biedt een raamwerk voor goede individuele preventie en zorg en is van belang voor mensen met COPD, zorgverleners en zorginkopers. Doel is het bereiken van gezondheidswinst, goede kwaliteit van leven en hogere participatie. Aangezien roken de meest relevante risicofactor is voor COPD richt de geïndiceerde preventie van COPD zich op stoppen met roken. In het kader van zorggerelateerde preventie worden de volgende onderwerpen beschreven:

- voorlichting en educatie;
- stoppen met roken bewegen;
- voeding en dieet.

De zorgstandaard Astma is in ontwikkeling. Voor het bevorderen van optimale preventie en zorg voor mensen met astma ontwikkelt de Long Alliantie Nederland de Zorgstandaard Astma Kinderen en de Zorgstandaard Astma Volwassenen.

Depressie (risicofactoren: psychische problemen, overmatig alcoholgebruik)⁸

Deze standaard is nog in ontwikkeling. In de NHG standaard wordt de rol van preventie in het kader van depressie niet expliciet genoemd. Ook op andere sites blijkt dat de meeste GGZ programma's gericht zijn op cliënten met ernstigere psychische problematiek en de curatieve zorg. De laatste jaren is daar volgens de GGZ-richtlijnen wel een kentering in gekomen en is er een groeiend aanbod van landelijk gerichte preventieve programma's.

⁷ <http://www.zorgstandaarden.nl/zorgstandaarden/copd/>

⁸ <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Bijlage 3 Overzicht literatuurverkenning naar taakopvatting en leefstijlbeïnvloeding

Recente onderzoeken naar leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

De tabellen in deze bijlage geven een overzicht van de (Nederlandse) literatuur die is gebruikt voor dit rapport. Het betreft de resultaten van een globale literatuurverkenning en is daarom verre van volledig. De tabellen beschrijven voor elke literatuurbron het onderwerp, de onderzoeksmethode en leerpunten.

Taakopvatting (hoofdstuk 3): Tabel B3.1

Tabel B3.1 beschrijft literatuur over de taakopvatting van zorgverleners met betrekking tot leefstijlbeïnvloeding. Deze tabel is een aanvulling op *hoofdstuk 3* van het rapport.

Knelpunten (hoofdstuk 5) en ondersteuningsbehoefte zorgverleners (hoofdstuk 6): Tabel B3.2 t/m tabel B3.4

De andere drie tabellen zijn een aanvulling op de *hoofdstukken 5 en 6* van het rapport. De literatuur betreft de volgende onderwerpen:

- Ondersteuningsbehoefte in de eerste lijn (*tabel B3.2*);
- Samenwerking binnen de eerste lijn (*tabel B3.3*);
- Implementatie en continuering leefstijlinterventies (*tabel B3.4*).

Taakopvatting (hfd 3)

Tabel B3.1 Taakopvatting zorgverleners m.b.t. leefstijlbeïnvloeding

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Taakopvatting	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
Primary prevention of cardio-metabolic disease in general practice: A Dutch survey of attitudes and working	Inzicht in attitude en werkwijze van huisartsen ten aanzien van preventieactiviteiten.	Vragenlijstonderzoek onder huisartsen (N=330).	- Huisarts heeft een positieve houding t.a.v. primaire preventie op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en	Huisartsen lijken meer interesse te hebben in cardiometabole module dan in bredere preventie, zoals kanker of psychische klachten. Behoeftte aan:

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Taakopvatting	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
<p>methods of general practitioners.</p> <p>Nielen en Schellevis,2010</p> <p>(Nederlandse Hartstichting, Diabetesfonds, Nierstichting en Nivel)</p>			<p>nierziekten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventieve metingen worden vnl. uitgevoerd als de cliënt er zelf om vraagt of wanneer mensen voor andere klachten komen. - Alleen hoog risicocliënten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Een breed implementatie aanbod. - Taken over laten nemen door POH'er (HBO geschoold). POH'er dient daarvoor de tools en voldoende tijd te krijgen. - Mogelijkheden voor meer samenwerking met relevante professionals en organisaties moeten verder verkend worden. <p>De programmatische, proactieve aanpak van preventie dient verder gestimuleerd te worden.</p>
<p>Van Plank naar Praktijk</p> <p>Hoeijmakers,2009</p> <p>(PHiB & NISB)</p>	<p>Acties om bekendheid en gebruik van actieve leefstijlinformatie (informatie en materialen; cliëntenfolders, factsheets, instrumenten, handreikingen, best practices en interventies.) te bevorderen.</p>	<p>Interviews (N=8) en 3 focusgroepen (N=16) met ROS-medewerkers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eerstelijnsprofessionals vinden preventie een onderdeel van hun taak. - De zorgvraag en verwachting van de zorgverlener veranderen. 	<p>Behoefte aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direct gebruik van voorgekookte producten die lokaal ingekleurd kunnen worden - Voorzien in de financiering - Begeleiding in voorbereiding en uitvoering (samenwerking centraal) - 'Actieve change agent' - gebruikersgemak. <p>De beschikbaarheid van actieve leefstijlinformatie is niet doorslaggevend in het proces, procesmatige (knelpunten) aspecten wel.</p>

Knelpunten en ondersteuningsbehoefte (hoofdtuk 5 en hoofdstuk 6)Tabel B3.2 **Ondersteuningsbehoefte** bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod zorgprofessionals in de diabeteszorg. Twee projecten in het kader van het Nationale Actieprogramma Diabetes. Hamberg-van Reenen et al.,2011 (NAD)	Twee delen: 1. Overzicht (aanbod en leemtes) leefstijlinterventies, gericht op mensen met een hoog risico op diabetes. 2. Ondersteuningsbehoefte zorgverleners bij doorverwijzen en uitvoeren leefstijlinterventies.	Deel 2: Interviews met vertegenwoordigers beroepsvereniging zorgverleners (N=7) en focusgroep-gesprek zorgverleners (N=1).	- Aanbod is groot, versnipperd, weinig samenhangend en vaak lokaal ontwikkeld. - Geen nieuwe interventies ontwikkelen. - Afstemmen bestaande interventies op moeilijk bereikbare groepen. - Zorgverleners behoefte aan: <ul style="list-style-type: none"> • Inzicht interventieaanbod. • Uitwisseling ervaring zorgverleners verschillende beroepsgroepen. • Aanpakken van 'schotten' 1^e en 2^e lijn. • Financiële middelen. - Ontwikkeling en implementatie ondersteuningsaanbod in multidisciplinair verband. - Maak voor ontwikkeling ondersteuningsaanbod gebruik van bestaande netwerken. - Zorgverleners hebben voornamelijk behoefte aan actueel overzicht van het lokale aanbod aan leefstijlinterventies. - Rol in beschikbaar maken / houden van lokaal (ondersteunings-)aanbod zijn ROS, GGD, CGL(RIVM), PIL, zorgverzekeraars en zorgverleners. Taakopvatting: Zorgverleners doen vaak aan leefstijlbeïnvloeding zonder gebruik te maken van een specifieke leefstijlinterventie.

Tabel B3.3 **Samenwerking** tussen zorgverleners onderling en met regionale partijen

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
<p>Een gedeelde passie voor gezonder leven. Evaluatieonderzoek naar netwerken rondom de beweegkuur en gecombineerde leefstijl-interventies.</p> <p>Den Hartog et al., 2012 (VWS)</p>	<p>Inzicht krijgen in factoren van belang voor duurzame netwerken, de resultaten die de netwerken boeken en de wijze waarop ze gefaciliteerd kunnen worden.</p>	<p>Literatuurstudie naar indicatoren duurzaamheid netwerken, interviews coördinatoren (N=21) en 20 focusgroep-gesprekken.</p>	<p>Lokale netwerken behoefte aan facilitering bij zoeken naar financiën en het mobiliseren van lokale sport- en beweegaanbod</p> <ul style="list-style-type: none"> - ROS: Faciliteren; Advisering; en Ondersteunen - Gemeente: Regierol, aansluiten bij landelijk beleid om zorg en sport te verbinden en gemeentelijke beleidsvoering - welzijn en gemeenten bij verbinding zorg en sport. <p>Regionale netwerken hebben vnl. behoefte aan informatie-voorziening en een adviserende rol van NISB, informatie over mogelijke subsidies voor de lokale netwerken en facilitering van onderlinge uitwisseling tussen de ROS'en.</p> <p>Institutionele, persoonlijke, organisatorische factoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cultuurverschillen tussen partners vanuit de zorg, preventie en sport; belemmerend is de afwachtende cultuur in de zorg. - Houding t.a.v. samenwerken en gezamenlijke identiteit creëren. - Duidelijkheid over de rol- en taakverdeling en openheid over de mogelijke belangen van de partners. <p>Verder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financiering (niet doorslaggevend) - Positieve energie door het boeken en delen van successen en de onderlinge samenwerking. - Doorstroming naar regionaal (passend) aanbod is gering, ook na warme overdracht. - Gesubsidieerd beweegaanbod vanuit de gemeente lijkt een oplossing te zijn. - Regelmatige monitoring, evaluatie en terugkoppeling.
Van vonkjes naar	Pilotonderzoek naar	Actiebegeleidend	Regionaal netwerk: ROS, GGD en de sportraad / sportservice

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
vuurtjes. Pilot evaluatie netwerkvorming rondom de beweegkuur. Wagemakers et al.,2011 (NISB)	de netwerkvorming rondom de beweegkuur met als doel het opbouwen van regionale en lokale netwerken.	onderzoek, focusgroepen (N=4) en interviews (N=12)	<ul style="list-style-type: none"> - Succes: samenwerking, integrale zorg, transparante communicatie-infrastructuur, aanwezigheid sociale kaart, voldoende budget & instrumenten. - Knelpunten: financiering, ontbreken bepaalde partners, personele wisselingen, onduidelijkheid over consensus en missie over doelen en de rol van de GGD in de beweegkuur is niet altijd duidelijk. Lokaal netwerk: huisarts, leefstijladviseur, POH, fysiotherapeut, diëtist. gemeente, lokaal sportaanbod en welzijnsorganisaties. <ul style="list-style-type: none"> - Succes: gezondheidswinst deelnemers, samenwerking, sociale kaart, kwaliteit zorg, positief imago netwerk, sportaanbod. - Knelpunten: werving, gebrek doorstroming deelnemers naar lokaal aanbod, onduidelijke rolverdeling, gebrekkige communicatie-infrastructuur, ontbreken financiering personele inzet, geprotocolleerde werkwijze, POH en huisarts zijn kwetsbare schakel vanwege tijdgebrek en Niet altijd duidelijk wie de coördinator is
Samenwerking GGD-ROS: sterke schakels in de regionale keten Bloten H, Koornstra A., 2011 (LVG-ROS, GGD)	Notitie ten behoeve van GGD-Programmaaad OGZ en ROS-Klankbordgroep Voorkomen van Zorg	Vragenlijst naar alle ROS'en en GGD'en	Overall zijn contacten tussen de ROS en de GGD. Concrete projecten spelen daarin een grote rol. In mindere mate is er afstemming of samenwerking richting zorgverzekeraars en andere partijen. Mogelijke knelpunten: <ul style="list-style-type: none"> - in sommige regio's heeft een ROS te maken met meerdere GGD'en of andersom dat één GGD te maken heeft met meerdere ROS'en - overlap van ambities - gevoelde concurrentie - dubbeling van rollen - 'verschil in cultuur' 'onduidelijkheid over wie de contactpersonen zijn'. Vrijwel iedereen steunt het idee dat de GGD en ROS zich meer als een gezamenlijk landelijk implementatieplatform voor de preventie-curatie-participatie keten en lokale netwerken gaan

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
			<p>presenteren. De meesten geven er een mits bij aan: het moet regionaal ondersteunend zijn, helderheid bieden over (mogelijke) rollen, voorbeelden en kennis leveren, maar niet voorschrijven of bepalen en beide partijen moeten hun eigen profilering kunnen behouden.</p>
<p>Preventie door de thuiszorg. Analyse van ontwikkelingen en kansen.</p> <p>Van Ballegooijen et al., 2011 (ZonMw/ ActiZ)</p>	<p>Analyse van de aard en omvang van de thuiszorgorganisaties</p>	<p>Bestudering eindverslagen ZonMw programma Preventiekracht Thuiszorg, vragenlijsten en interviews deskundigen (N=9) en thuiszorgorganisaties (N=7).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorgorganisaties gaan steeds meer samenwerken met GGD, gemeente, eerstelijnszorg, welzijnswerk, GGZ en maatschappelijk werk. - PreventieKracht Thuiszorg heeft de lokale samenwerking rond preventie gestimuleerd. - Eerder lag de nadruk op 'zorg en ziekte' nu accent meer op 'gedrag en gezondheid'. - Competenties medewerkers verbeteren o.a. bij motiverende gespreksvoering. - Samenwerkingsverbanden per thema of aandachtsveld.
<p>Leefstijl en bewegen in de eerste lijn: Handreiking voor een multidisciplinaire aanpak</p> <p>Hoeijmakers,2008 (De Nieuwe Praktijk, KNGF, LHV, NVD, NHG en VvoCM)</p>	<p>Leefstijl en beweeginterventies in de eerste lijn.</p>	<p>Gebaseerd op literatuur, onderzoeksrapporten en inbreng van huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinair overleg. - Aansluiting op laagdrempelige activiteiten dicht bij huis van de deelnemer. - Financiering. - Ondersteuning en advisering door ROS. - Scholing.

Tabel B3.4. **Implementatie** van leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn

Bron (opdrachtgever)	Onderwerp	Methode	Leerpunten t.a.v. ondersteuningsbehoefte eerste lijn
Implementatie en continuering van de BeweegKuur : Monitorstudie onder zorgverleners. Universiteit Raaijmakers et al., 2011 NISB, Universiteit Maastricht	Identificeren van elementen die kunnen bijdragen aan positieve effecten van de Beweegkuur	Vragenlijsten bij zorgverleners (N=256) en Beweegkuur-instructeurs (N=139)	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgverleners ervaren succes. - Netwerkvorming mond niet uit in lokale netwerkstructuren. - Onzekerheid toekomstige financiering werkt demotiverend.
Toezicht op preventie in de zorg : een verkenning. Nielen et al.,2009 (Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ))	Resultaten zijn uitgangspunt voor verdere uitwerking van een programma voor de IGZ om het toezicht op preventieve activiteiten in de zorg vorm te geven en daarmee de uitvoering en implementatie te bevorderen.	Evidence based richtlijnen van een groot aantal zorg-organisaties gescreend op preventieve activiteiten & experts van 24 organisaties bevroagd.	<ul style="list-style-type: none"> - De inspecteurs onderschrijven in het algemeen de geprioriteerde preventieve activiteiten - In de meeste gevallen lijkt gefaseerd toezicht het meest aangewezen. Hiervoor dienen toezicht indicatoren ontwikkeld te worden. <p>Vier van de 22 preventieve activiteiten bleken voor alle zorgsectoren programma's relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppen met roken. - Gewichtsreductie. - Preventie van hart- en vaatziekten met medicatie. - Opsporing en behandeling van personen met een hoog risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekte.

Bijlage 4 Overzicht deelnemers focusgroepen en telefonische interviews

De volgende vijf ROS'en zijn geselecteerd en benaderd voor de focusgroepen:

- ZonH (Noord-Kennemerland, West-Friesland, Kop van Noord-Holland, Midden-Kennemerland, Zuid-Kennemerland, Zaanstreek/Waterland);
- Lijn1 (Den Haag, Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar);
- Caransscoop (Groot Arnhem, Oost Gelderland, Stedendriehoek en Salland);
- Zorgimpuls (Rotterdam);
- Robuust (Zuid-Nederland).

Deze bijlage geeft een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen en de telefonische interviews. Tabel B4.1 geeft een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen; *tabel B2* de deelnemers van de telefonische interviews.

Tabel B4.1 Deelnemende ROS'en en beroepsgroepen aan de focusgroepgesprekken

Focusgroep	Regio	Deelnemers	Aantal
Zorgverleners	ROS regio ZonH	Verpleegkundige	1
		Diëtist	2
		POH'er	2
		Fysiotherapeut	2
		Totaal Ros regio ZonH	7
	Lijn1	Diëtist	3
		Verloskundige	2
		Fysiotherapeut	1
		Verloskundige	2
		Apotheker	1
		Totaal Lijn1	9
	Caransscoop	Diëtist	2
		POH'er	1
Verloskundige		1	
Fysiotherapeut		3	
Totaal Caransscoop		7	
Zorgimpuls	Fysiotherapeut	2	
	Diëtist	1	
	Huisarts	1	
	POH'er	2	
	Totaal zorgimpuls	6	
Zorgverleners + regionaal	Robuust	ROS Adviseur	1
		Eerstelijnspsycholoog	1
		Verloskundige	1
		GGZ Preventiefunctiearis	1
		Huisarts	1
		POH'er GGZ	1
		Totaal gecombineerde groep	6

Regionale partijen	-	Sportservice	1
		GGD Hart voor Brabant	1
		ROS ZonH	1
		PCC Nederland	2
		Totaal regionale partijen	5
Landelijke partijen	-	LHV	1
		ROS netwerk	1
		Jan van Es Instituut	1
		Nederlandse vereniging diëtisten	1
		LVG	1
		NISB	1
		Sportgeneeskunde.NL	1
Totaal landelijke partijen	7		

Tabel B4.2 Deelnemers telefonische interviews

	Regio	Deelnemers	Aantal
Zorgverlener	Lijn1	POH	1
Regionale partijen	-	Sportservice Brabantsport	1
		GGZ kaderarts	1
		GGZ Indigo Drenthe	1
		GGD Zuid-Holland West	1
		ROS Elo	1

Bijlage 5 Topiclijst focusgroepgesprek zorgverleners

Doel focusgroepgesprek

Het doel van het focusgroepgesprek is om inzicht te krijgen hoe zorgverleners worden ondersteund in leefstijlbeïnvloeding, in hoeverre dit aansluit bij hun behoefte en in hoeverre deze ondersteuning wordt verbeterd.

De nadruk in de interviews zal liggen hoe de ondersteuning verder verbeterd kan worden. Daar waar mogelijk zal er naar voorbeelden en concrete situaties gevraagd worden.

Duur van het interview

In totaal zal het interview maximaal 1,5 uur in beslag nemen.

Meenemen naar het interview

- Voice-recorder inclusief nieuwe batterijen.
- Input ROS (het aanwezige (selectieve / geïndiceerde) preventie aanbod in de regio, lopende initiatieven, aanwezigheid van een leefstijlinterventie overzicht en regionale speerpunten).

Introductie (5 minuten)

Allereerst nogmaals hartelijk bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek. [Naam regionale ROS] werkt mee aan een onderzoek van het RIVM / Centrum Gezond Leven naar leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Het betreft een verkenning naar de behoefte aan ondersteuning die zorgverleners hebben op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Het betreft hier zowel interventies gericht op leefstijlbeïnvloeding als algemene gezondheidsbevorderende activiteiten.

Ik ben ... en voer dit gesprek samen met mijn collega .. van ResCon. ResCon is een onderzoek- en adviesbureau op het gebied van gedragsverandering in de gezondheid en duurzaam energieverbruik. We hebben ruime ervaring met uitvoer van onderzoek onder zorgverleners in de eerste lijn. Zo voeren we nu onderzoek uit rondom het Nationaal Actieprogramma Diabetes en de 'Routeplanner Diabetespreventie' (een begeleidingsschema voor mensen met een verhoogde kans op het krijgen van diabetes). Recent hebben we ook onderzoek verricht rondom de campagne 'Kijk op Diabetes' en de 'Beweegkuur'.

Om inzicht te krijgen in de ondersteuningsbehoefte bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn vinden er een viertal groepsgesprekken plaats met eerstelijnszorgverleners, verspreid over het land. Daarbij streven we naar de aanwezigheid van voor deze verkenning relevante zorgverleners: huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, eerstelijnspsycholoog, verloskundigen, diëtisten en medewerkers van de thuiszorg. Ook praten we met verschillende ondersteunende partijen, zoals GGD'en, ROS'en, sportservice organisaties en medewerkers in de GGZ.

In dit gesprek wil ik graag met jullie ingaan op wat u doet aan leefstijlbeïnvloeding, welke mogelijkheden hierin zijn, hoe u hierin wordt ondersteund en wat u wensen ten aanzien van deze ondersteuning zijn. Ik wil vooral met u bespreken hoe de ondersteuning verder verbeterd zou kunnen worden.

We zullen uw gegevens vertrouwelijk behandelen, uw naam of organisatie zal dus niet gekoppeld worden aan uitspraken en resultaten. In totaal zal het interview ongeveer anderhalf uur in beslag nemen. De verkenning zal het RIVM input leveren hoe de inhoudelijke ondersteuning van zorgverleners verbeterd kan worden. Met uw goedkeuring willen wij tevens de ROS informeren over de belangrijkste resultaten van dit gesprek. Voor de uitwerking van het interview zou ik graag het gesprek opnemen, zodat we ons kunnen concentreren op de vragen en antwoorden. We gebruiken de opnames alleen voor de uitwerking van de rapportage. Na afloop van het onderzoek worden de opnames gewist. Heeft u nog vragen voordat we beginnen met het gesprek?

Achtergrond deelnemers [Vraagstelling 1] (25 minuten/ Max 3 min. per deelnemer)

- Kort iets vertellen over achtergrond (beroepsgroep, functie, hoe lang werkzaam in functie)?
- Hoe kijkt u aan tegen leefstijlbeïnvloeding vanuit uw vakgebied in het algemeen (taakopvatting / attitude)?
- Wat doet u aan leefstijlbeïnvloeding (kort/ concreet/ algemeen)?

Wat gebeurt er aan leefstijlbeïnvloeding? [Vraagstelling 1] (20 minuten)

- Wat doet u in uw eigen praktijk aan leefstijlbeïnvloeding (leefstijladviezen, motivational interviewing, individuele consultants, voorlichtingsavond, cursus)?
 - Wat voor een type activiteiten/interventies zet u in?
 - Wat vindt u dat u vanuit uw functie zou moeten doen?
 - Wat doet u zelf en in welke situaties verwijst u door? Hoe verloopt die doorverwijzing (wat gaat goed / minder goed)?
 - Wat zijn belemmerende/bevorderende factoren bij de uitvoering van leefstijlbeïnvloeding?
 - In hoeverre speelt de geboden ondersteuning (eerste lijn, regionale/landelijke organisaties) een belemmerende / bevorderende rol?
Vragen naar voorbeelden en concrete situaties en vanuit daar verder doorvragen.
- Heeft u ondersteuning nodig bij het (beter) bekend raken met (nieuwe) initiatieven/activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding?
 - Indien ja, op welke manier/hoe zou dat er moeten uitzien?
- Wat vindt u belangrijke leefstijlonderwerpen (diabetes, depressie, roken, alcoholgebruik, overgewicht en seksualiteit)?
 - Jullie benoemen voornamelijk activiteiten op het gebied van ... maar hoe kijken jullie aan tegen (missende onderwerpen noemen)
 - De ROS geeft aan vooral ondersteuning te bieden op het gebied van..... Is dat voldoende of is ook ondersteuning op andere gebieden zoalswenselijk?
 - Waarom?
 - Wat mist u aan activiteiten/initiatieven in uw regio? Waar zitten de gaten?
- Zou u een concreet voorbeeld kunnen geven wanneer u leefstijlbeïnvloeding zinvol vond, maar er factoren/overwegingen waren die u belemmerd hebben om dit daadwerkelijk te doen?
 - Doorvragen: cliëntgebonden factoren, randvoorwaarden.

- Welke rol heeft ondersteuning vanuit de eerste lijn, regionale / landelijke organisaties daarbij gespeeld (belemmerende/bevorderende rol)?
- Waarmee zou u het meest geholpen zijn om voldoende aandacht te kunnen schenken aan leefstijlbeïnvloeding (bijvoorbeeld: kennis, tijd, financiële middelen, menskracht, etc.)?

Hoe wordt de zorgverlener/organisatie ondersteund bij leefstijlbeïnvloeding door regionale en landelijke organisaties en in hoeverre sluit dit aan bij hun behoefte? Hoe kan het beter?
[Vraagstelling 2 en 3] (20 minuten)

- Met welke organisaties heeft u (wel eens) contact als het gaat om leefstijlbeïnvloeding? Bijvoorbeeld: ROS, GGD, GGZ, Sportservice, LVG, CGL, PIL, NHG, LHV, andere beroepsverenigingen. *Check of ondersteuning regionaal / landelijk verloopt.*
 - Wanneer heeft u voor het laatst gebruik gemaakt van deze ondersteuning?
 - Op welke manier maakt u van deze organisaties gebruik (website, activiteiten/interventies, materialen, producten, ontmoetingen en uitwisseling met andere zorgverleners en advies-op-maat, e.d.)?
 - Wat heeft deze ondersteuning concreet opgeleverd?
 - Wat is de waardering voor deze ondersteuning?
 - Wanneer kon u ondersteuning gebruiken, maar was die niet te vinden/in te zetten?
 - Wat heeft u nodig om uw werk (m.b.t. leefstijlbeïnvloeding) beter te kunnen doen?
 - Wat zou u (aanvullend) van de betreffende ondersteunende organisaties willen?
 - Waar liggen kansen voor verbetering aan ondersteuning?

Evt. doorvragen op sociale kaart en interventieoverzichten/loketgezondleven CGL.

Afsluitend advies (10 minuten) [Vraagstelling 3]

- Als u het RIVM een advies zou mogen geven hoe landelijke en regionale partijen hun ondersteuningsaanbod beter af zouden kunnen afstemmen op uw behoefte, wat zou u dan adviseren? Ik wil u vragen minimaal 1 en maximaal 3 adviezen te geven.

Om input van alle zorgverleners mee te nemen ook schriftelijk deze vraag laten beantwoorden.

Afsluiten en bedanken (10 minuten)

Ik heb inmiddels al mijn vragen kunnen stellen en een goede indruk kunnen krijgen.

Heeft u nog aanvullingen op wat we besproken hebben of is er nog iets van belang voor deze verkenning?

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wij mogen u namens het RIVM een geschenkbond aanbieden als dank voor uw medewerking. Indien u dat op prijs stelt kunnen wij zodra de rapportage klaar is een samenvatting toesturen van het rapport.

Bijlage 6 Topiclijst focusgroepgesprek regionale partijen

Doel focusgroepgesprek

Het doel van het focusgroepgesprek is om inzicht te krijgen wat regionale en landelijke partijen nodig hebben om hun ondersteunende activiteiten richting zorgverleners beter te kunnen uitvoeren.

Duur van het interview

In totaal zal het interview maximaal 1,5 uur in beslag nemen.

Meenemen naar het interview

- Voice-recorder inclusief nieuwe batterijen.
- Input ROS (het aanwezige (selectieve / geïndiceerde) preventie aanbod in de regio, lopende initiatieven, aanwezigheid van een leefstijlinterventie overzicht en regionale speerpunten).

Introductie (5 minuten)

Allereerst nogmaals hartelijk bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek. [Naam regionale ROS] werkt mee aan een onderzoek van het RIVM / Centrum Gezond Leven naar leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Het betreft een verkenning naar de behoefte aan ondersteuning die zorgverleners hebben op het gebied van leefstijlbeïnvloeding. Het betreft hier zowel interventies gericht op leefstijlbeïnvloeding als algemene gezondheidsbevorderende activiteiten.

Ik ben ... en voer dit gesprek samen met mijn collega .. van ResCon. ResCon is een onderzoek- en adviesbureau op het gebied van gedragsverandering in de gezondheid en duurzaam energieverbruik. We hebben ruime ervaring met uitvoer van onderzoek onder zorgverleners in de eerste lijn. Zo voeren we nu onderzoek uit rondom het Nationaal Actieprogramma Diabetes en de 'Routeplanner Diabetespreventie' (een begeleidingsschema voor mensen met een verhoogde kans op het krijgen van diabetes). Recent hebben we ook onderzoek verricht rondom de campagne 'Kijk op Diabetes' en de 'Beweegkuur'.

Om inzicht te krijgen in de ondersteuningsbehoefte bij leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn vinden er een serie focusgroepgesprekken plaats met: (1) zorgverleners (huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, eerstelijnspsycholoog, verloskundigen, diëtisten en medewerkers van de thuiszorg); (2) regionale ondersteunende partijen (GGD'en, ROS'en, sportservice organisaties en medewerkers in de GGZ.); en (3) zorgverleners en regionale ondersteunende partijen samen.

In dit gesprek wil ik graag met jullie ingaan op wat u aan leefstijlbeïnvloeding doet in de eerste lijn, welke mogelijkheden hierin zijn, hoe u hierin zorgverleners ondersteunt en hoe deze ondersteuning verbeterd kan worden. Ik wil vooral met u bespreken hoe de ondersteuning verder verbeterd zou kunnen worden.

We zullen uw gegevens vertrouwelijk behandelen, uw naam of organisatie zal dus niet gekoppeld worden aan uitspraken en resultaten. In totaal zal het interview ongeveer anderhalf uur in beslag nemen. De verkenning zal het RIVM input leveren hoe de inhoudelijke ondersteuning van zorgverleners verbeterd kan worden. Voor de uitwerking van het interview zou ik graag het gesprek opnemen, zodat we ons kunnen concentreren op de vragen en antwoorden. We

gebruiken de opnames alleen voor de uitwerking van de rapportage. Na afloop van het onderzoek worden de opnames gewist. Heeft u nog vragen voordat we beginnen met het gesprek?

Achtergrond deelnemers [Vraagstelling 1] (25 minuten/ Max 3 min. per deelnemer)

- Kort iets vertellen over achtergrond (beroepsgroep, functie, hoe lang werkzaam in functie)?
- Hoe kijkt u aan tegen leefstijlbeïnvloeding vanuit uw vakgebied in het algemeen (taakopvatting / attitude)?
- Wat doet u aan leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn (kort/ concreet/ algemeen)?

Wat gebeurt er aan leefstijlbeïnvloeding? Hoe ondersteunt u zorgverleners/organisaties bij leefstijlbeïnvloeding? [Vraagstelling 1 en 2] (20 minuten)

- Wat doet u aan leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn?
 - Wat voor een type activiteiten/interventies/ondersteuning biedt u aan?
 - Op welke manier maken zorgverleners gebruik van uw ondersteuning (website, activiteiten/interventies, materialen, producten, ontmoetingen en uitwisseling met andere zorgverleners en advies-op-maat, e.d.)?
 - Hoeveel tijd investeert u ongeveer in ondersteuning aan zorgverleners op gebied van leefstijlbeïnvloeding (%)?
 - Aan welke beroepsgroepen biedt u activiteiten/interventies/ondersteuning aan?
 - Wat levert de ondersteuning concreet op?
 - Wat vindt u dat u vanuit uw functie/organisatie zou moeten doen?
 - Wat pakt uw organisatie op en in welke situaties verwijst u de zorgverlener door naar andere organisaties? Hoe verloopt die doorverwijzing (wat gaat goed / minder goed)?
 - Wat zijn belemmerende/bevorderende factoren bij de uitvoering van de ondersteuning aan zorgverleners bij leefstijlbeïnvloeding?

Vragen naar voorbeelden en concrete situaties en vanuit daar verder doorvragen.
- Hoe maakt u (nieuwe) initiatieven/activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding bekend bij zorgverleners?
 - Wat werkt daarin goed/minder goed?
- Wat vindt u belangrijke leefstijlonderwerpen (diabetes, depressie, roken, alcoholgebruik, overgewicht en seksualiteit)?
 - Jullie benoemen voornamelijk activiteiten op het gebied van ... maar hoe kijken jullie aan tegen (missende onderwerpen noemen)
 - Waarom?
 - Wat mist u aan activiteiten/initiatieven (in uw regio)? Waar zitten de gaten?
- Zou u een concreet voorbeeld kunnen geven wanneer u een ondersteuningsaanbod had voor zorgverleners in de eerste lijn, maar er factoren/overwegingen waren die ervoor zorgden dat het niet goed van de grond kwam?
 - Waarmee zouden zorgverleners het meest geholpen zijn om voldoende aandacht te kunnen schenken aan leefstijlbeïnvloeding (bijvoorbeeld: kennis, tijd, financiële middelen, menskracht, etc.)?

Zou u een concreet voorbeeld kunnen geven van een activiteit/interventie/ondersteuning die zeer succesvol is geweest?

- Wat waren de succes elementen?
- Hoe is de opgedane kennis verspreid?

Hoe wordt er samengewerkt? Hoe kan het beter? [Vraagstelling 2 en 3] (20 minuten)

- Met welke andere organisaties heeft u (weleens) contact als het gaat om leefstijlbeïnvloeding? Bijvoorbeeld: ROS, GGD, GGZ, Sportservice, LVG, CGL, PIL, NHG, LHV, andere beroepsverenigingen. *Check of samenwerking regionaal / landelijk verloopt.*
 - Hoe verloopt deze samenwerking?
 - Wat levert deze samenwerking concreet op?
 - Hoe kan het samenwerkingsproces (landelijk, regionaal en lokaal) verbeterd worden?
- Welke ondersteuning hebben zorgverleners volgens u nodig om leefstijlbeïnvloeding meer en beter in te zetten? *Onderscheid zelf interventies uit te zetten en om cliënten te verwijzen.*
- Wat heeft u nodig om uw werk (m.b.t. leefstijlbeïnvloeding) beter te kunnen doen?
 - Wat zou u (aanvullend) van de zorgverleners willen?
 - Wat zou u (aanvullend) van de betreffende ondersteunende organisaties willen?
 - Wat verwacht u daarin van het RIVM/Professionals Gezond Versterkt (handvatten, verspreiding van kennis en geleerde lessen, vaardigheden, energie en inspiratie)?
 - Waar liggen kansen voor verbetering aan ondersteuning?

Evt. doorvragen op sociale kaart en interventieoverzichten/loketgezondleven CGL.

Afsluitend advies (10 minuten) [Vraagstelling 3]

- Als u het RIVM een advies zou mogen geven wat u nodig heeft om ondersteunende activiteiten richting zorgverleners beter te kunnen uitvoeren, wat zou u dan adviseren? Ik wil u vragen minimaal 1 en maximaal 3 adviezen te geven.

Om input van alle deelnemers mee te nemen ook schriftelijk deze vraag laten beantwoorden.

Afsluiten en bedanken (10 minuten)

Ik heb inmiddels al mijn vragen kunnen stellen en een goede indruk kunnen krijgen.

Heeft u nog aanvullingen op wat we besproken hebben of is er nog iets van belang voor deze verkenning?

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wij mogen u namens het RIVM een geschenkbond aanbieden als dank voor uw medewerking. Indien u dat op prijs stelt kunnen wij zodra de rapportage klaar is een samenvatting toesturen van het rapport.

Bijlage 7 Wie doet wat: regionale en landelijke partijen

B7.1 Regionale partijen

Regionale ondersteuningsstructuur (ROS)

Er zijn 21 ROS-regio's in Nederland die samen een landelijk dekkend netwerk vormen (het ROS-netwerk) (www.ros-netwerk.nl/). De ROS'en zijn allemaal aangesloten bij de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Alle 439 gemeenten in Nederland zijn onderverdeeld op basis van deze ROS-regio's. Sommige ROS-regio's bestaan uit één of enkele gemeenten, in andere regio's vallen tientallen gemeenten in de ROS regio (Raaijmakers, 2012) De ROS'en worden gefinancierd door de zorgverzekeraars (collectieve middelen).

De ROS heeft een regionale taak als informatieverschaffer, adviseur en aanjager van integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg (www.ros-netwerk.nl). Het landelijke ROS-netwerk heeft vier speerpunten:

- *buurtgerichte zorg*: helpen opzetten gebiedsgerichte zorg in de buurt;
- *voorkomen van zorg*: stimuleren opzetten ketens / netwerken voor zelfmanagement, preventie en curatie;
- *zorg op de juiste plek*: faciliteren realisatie substitutie van specialistische zorg naar basiszorg;
- *zorg (op de) agenda*: faciliteren van totstandkoming Regionale Zorgagenda.

Alle ROS'en vertalen de landelijke ROS-speerpunten naar hun activiteitenplan, rekening houdend met hun eigen regionale situatie. Ze stemmen de activiteiten af met de zorgverzekeraar en de zorgverleners in de eerste lijn en vullen deze aan met specifieke regionale activiteiten. De GGD is een logische regionale samenwerkingspartner.

Leefstijlbeïnvloeding is een belangrijk aandachtspunt binnen hun activiteiten. De ROS ondersteunt onder andere preventieve activiteiten in het kader van zorgprogramma's en leefstijlinterventies vanuit de eerste lijn (Raaijmakers, 2012). Activiteiten bestaan uit:

- Faciliteren van landelijke en regionale preventieprogramma's zoals Zorg voor Veilig (zorgvoorveilig.nl) en de Beweegkuur (beweegkuur.nl). Vaak werken ze ook mee aan de uitvoering ervan.
- Organiseren van (multidisciplinaire) trainingen en nascholingen voor zorgverleners.
- Organiseren, begeleiden en ondersteunen van samenwerkingsinitiatieven binnen de eerste lijn en met de nulde lijn. Ook stimuleert de ROS het opzetten van ketennetwerken en lokale netwerken. Zo zijn enkele ROS'en, waaronder zorgimpuls zeer actief in het koppelen van het reguliere beweegaanbod aan de eerstelijnszorg.
- 'Zorg op de juiste plaats': ondersteunen van zorgverleners bij het uitvoeren van hun plannen, zoals het samenbrengen van verschillende beroepsgroepen en het opzetten van een zorggroep.

De ROS biedt haar activiteiten, preventieprogramma's, scholingsaanbod en beschikbare sociale kaarten vaak aan via hun eigen website.

GGD

Er zijn 28 GGD-regio's in Nederland (door fusies binnenkort 25 regio's); alle GGD'en zijn aangesloten bij GGD Nederland. De GGD is onderdeel van de gemeente en heeft als taak het uitvoeren van de Wet Publieke gezondheid.

Hoofdtaken zijn Infectieziektebestrijding, Jeugdgezondheidszorg en Gemeentelijk gezondheidsbeleid (onderzoek, advies, uitvoering). De GGD wordt grotendeels gefinancierd door de gemeente. De GGD'en werken gezamenlijk aan een integrale -en niet sectorale- regionale gezondheidsagenda (Bloten en Koornstra, 2011), gebaseerd op de speerpunten van het gemeentelijke en regionale gezondheidsbeleid.

De GGD richt zich vooral op collectieve preventie (universeel en selectief). GGD'en zetten hun leefstijlactiviteiten vaak uit buiten de eerstelijnszorg, zoals via het reguliere sportaanbod, welzijnsorganisaties of scholen. Op het gebied van leefstijlbeïnvloeding zet de GGD onderzoeken uit en geeft beleidsadviezen aan de gemeente. Ook zet de GGD leefstijlprogramma's en -activiteiten uit. Activiteiten waarbij de GGD bijvoorbeeld nauw bij betrokken is (geweest), zijn 'Kijk op Diabetes' (kijkopdiabetes.nl), Beweegkuur (beweegkuur.nl), 'Hoe pak jij dat aan' (hoepakjijdataan.nl), en organisatie van Sense spreekuren (www.sense.info). Landelijke gezondheidsbevorderende thema-instituten zijn daarbij logische samenwerkingspartners.

Sportservice

Er zijn zes provinciale sportservicebureaus in Nederland die samen een dekking vormen voor de provincies Flevoland, Noord-Brabant, Noord-Holland, Overijssel, Utrecht en Zuid-Holland. De sportservicebureaus zijn gebundeld in Sportservice.Net (sportservice.net/). Onder deze provinciale sportservices vallen meerdere regionale Sportservices. Zij voeren het provinciale sportbeleid regionaal uit. Zowel de financiering en organisatie van de provinciale en regionale sportservices kunnen binnen een provincie en/of gemeente anders georganiseerd zijn.

De regionale Sportservicebureaus combineren sport en bewegen, gezondheid, onderwijs en welzijn met lokale slagvaardigheid. Ze voeren zowel provinciale als regionale projecten uit. Enkele activiteiten op het gebied van *leefstijlbeïnvloeding* waar de Sportservice nauw bij betrokken zijn, zijn bijvoorbeeld 'LeefstijlCoach' (nasb.nl/leefstijlcoach), 'Beweegkuur' (beweegkuur.nl) en 'Bewegen op Recept' (bewegenoprecept.nl). Ook bieden regionale Sportservices advies & ondersteuning en een uitgebreid pakket van diensten, projecten en producten aan. De sportservice werkt samen met VWS, NOC*NSF, NISB, NIGZ, verschillende sportbonden, ROS en GGD.

GGZ

De regionale GGZ bestaat uit geïntegreerde ggz-instellingen (n=31), instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (n=9), psychiatrische ziekenhuis (n=7), instellingen voor verslavingszorg (11) en instellingen voor beschermd wonen (20) (www.ggznederland.nl). Alle ggz-instellingen zijn aangesloten bij GGZ Nederland. De ggz-instellingen bieden behandeling, zorg en begeleiding bij psychische aandoeningen. De GGZ houdt zich ook bezig met het voorkómen van psychische aandoeningen. Financiering hiervan gebeurt vooral via de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (www.trimbos.nl).

- De GGZ richt zich op de *praktijk* van preventie: ze ontwikkelt, implementeert en verzorgt preventiecurssussen en -programma's en voorlichtingsbijeenkomsten voor mensen met psychische en gedragsproblemen.
- Voor *ggz-zorgverleners* biedt de GGZ trainingen en ondersteunt hen bij het signaleren en omgaan met psychische en gedragsproblemen;

- Op *beleidsmatig* niveau adviseert de GGZ gemeenten en provincies over activiteiten en beleid rondom ggz-preventie, en werkt met hen samen. Ook werkt de GGZ samen met zelfhulp- en belangenorganisaties.

B7.2 Landelijke partijen

Landelijke partijen zijn onder te verdelen in organisaties die zich primair bezighouden met een geïntegreerde eerste lijn, beroepsorganisaties en thema- en kennisinstituten. De landelijke organisaties voor een geïntegreerde eerste lijn waar deze verkenning zich op heeft gericht zijn de LVG, het PIL en het PPP. Gegevens over het PIL en het PPP zijn onder andere verkregen uit Bloten en Koornstra (2011), Platform Personalized Prevention (PPP, 2012), persoonlijke toelichting, aanwezigheid bij presentaties en online searches.

Organisaties voor geïntegreerde eerste lijn

Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn (LVG; www.lvg.org)

De Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn is een vereniging van organisaties. werkt aan een sterke eerste lijn. Leden van de LVG zijn gezondheidscentra, zorggroepen, centra voor eerstelijnsdiagnostiek, geïntegreerd werkende apothekers en ROS'en. Alle leden werken aan populatiegerichte, wijkgerichte en geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg. De LVG ondersteunt haar leden met: collectieve belangenbehartiging en individuele ondersteuning. Populatiegerichte zorg is een belangrijk aandachtsgebied van de LVG. Zo werkt de LVG aan het verder vormgeven van concept van populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg, werkt ze indicatoren uit, werkt ze aan de inbedding van gebiedsgericht werken en aan een gezamenlijke portfolio van gezondheidscentra.

Partnership Implementatie Leefstijlinterventies (PIL; www.actiefadvies.nl)

Het Partnership Implementatie Leefstijlinterventies is in 2007 gestart en bestaat anno 2012 uit de volgende partijen: LHV, NHG, VSG, NISB, LVG, NVDA, NVD, GGD en het Voedingscentrum; voor afkortingen zie *de Lijst van Afkortingen*).

Het partnership richt zich op de huisartsenzorg in relatie tot de grote keten van zorgverleners en sport- en beweegaanbieders. Activiteiten op het gebied van leefstijlbeïnvloeding zijn onder andere:

- bij- en nascholing mbt leefstijl en bewegingsadvies
- ontsluiten zorg- sport en beweegaanbod voor huisartspraktijk
- centrale digitale plek voor advies, informatie en interactie
- delen van 'best practices'
- belangenbehartiging voor: integrale ketenaanpak, vergoeding preventieactiviteiten door huisarts en wetenschappelijke onderbouwing

De activiteiten van het partnership richten zich op de ondersteuning van de huisartsenzorg (POH'er, assistente en huisarts) en de samenwerking tussen de huisartsenzorg, fysiotherapeuten, overige lokale zorgverleners en sport- en beweegaanbieders. De activiteiten worden afgestemd met het ministerie van VWS en het landelijk beleid. De partners van het PIL investeren op vrijwillige basis tijd aan deze partnership.

Platform Personalized Prevention (PPP; www.preventweb.nl)

Het Platform Personalized Prevention is een kennis- en verbindingsplek waar partners met elkaar toewerken naar persoonlijke preventie (van der A, 2012;

www.preventweb.nl). Persoonlijke preventie is het op basis van individuele behoeften en bewezen risicofactoren inschatten van de kans op een of meer chronische ziekte(n). Om hierop met gepaste informatie of (leefstijl)interventies in te spelen. Achterliggende gedachte is dat door een persoonlijke benadering en de juiste informatie op het juiste moment iemand bewuster en gemotiveerder aan de eigen gezondheid wil werken. Het PPP ontvangt geen financiering; alle partners investeren op vrijwillige basis tijd aan dit platform. Het PPP ontwikkelt digitale tools voor persoonlijke preventie (e-health): het Prevent-model (zie *hoofdstuk 6*) en de Persoonlijke Gezondheid Applicatie (PGA).

Beroepsverenigingen en koepelorganisaties

De belangen van de verschillende zorgverleners worden behartigd door beroepsverenigingen en koepelorganisaties, zoals LHV, V&VN, NVD, KNGF, LVE en KNOV (voor de afkortingen zie de *Lijst van afkortingen*). Een zorgverlener kan zich hierbij aansluiten. Het primaire doel van beroepsverenigingen en koepelorganisaties is kwaliteit- en deskundigheidsbevordering van de zorgprofessional. Daarnaast leveren de verschillende beroepsverenigingen en koepelorganisaties een bijdrage op het terrein van preventie. Bijvoorbeeld in de vorm van bij- en nascholingen, stimuleren van ketenzorg, en richtlijnen. Beroepsverenigingen werken op het terrein van leefstijl beïnvloeding samen met o.a. andere beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties.

Gezondheidsbevorderende thema- instituten en kenniscentra

Op het terrein van de landelijke speerpunten zijn er zes Gezondheidsbevorderende thema- instituten in Nederland, namelijk op de thema's: roken (STIVORO), sport en bewegen (NISB), voeding en overgewicht (Voedingscentrum), alcohol- en druggebruik en psychische gezondheid (Trimbos-instituut) en seksuele gezondheid (Rutgers WPF).

De thema-instituten concentreren zich niet naast gezondheidsbevordering ook op gezondheidsbescherming; sommige zijn ook actief zijn op de terreinen van care en cure. Op het terrein van leefstijlbeïnvloeding hebben de thema-instituten voor de periode 2011-2015 de volgende prioriteiten gesteld: mensen beter in staat stellen zelf keuzes te maken; versterken van de hele keten die preventie tot een groter succes kan maken; doe wat werkt; kies voor betere implementatie; kies voor hen waar de meeste winst te boeken valt: jongeren, mensen in achterstandssituaties, ouderen; stimuleer een integrale aanpak; verbreed de financiële basis van preventie, en; investeer meer in preventie.

De thema-instituten werken samen met het RIVM/Centrum Gezond Leven. Het aanbod aan leefstijlinterventies is terug te vinden via het Loket Gezond Leven.

Bijlage 8 Adviezen van zorgverleners en regionale partijen

Aan het einde van elk focusgroepgesprek is gevraagd een advies te geven over hoe landelijke en regionale partijen hun ondersteuningsaanbod beter af kunnen stemmen op de behoefte van de zorgverleners. Onderstaande tabel geeft de gegeven adviezen weer. De adviezen zijn gegroepeerd per thema. Vanwege de leesbaarheid van de tekst zijn enkele citaten geredigeerd.

Advies ondersteuningsbehoefte	Type zorgverlener
Bied financiële ondersteuning	
• Neem het serieus, dus zorg met gemeentes en de zorgverzekeraar voor realistische bekostiging.	Ha
• Financiële prikkel.	POH
• Landelijk: eenduidig vergoedingssysteem voor hulpverleners, zodat minder concurrentie ontstaat onderling en dat er minder instanties zelf het wiel gaan uitvinden. Dit is kostenbesparend.	POH
• Financieel, voor de beroepsgroepen maar vooral voor de cliënt, moet op orde zijn, eventueel 'beloning'. Ook de tijd moet realistisch zijn. Leefstijlverandering duurt minimaal ½ jaar met uitloop tot 1 jaar of langer.	POH
• In overleg gaan met de overheid over het investeren in de lange termijn effecten van gezond leven. Eigen bijdrage schrappen of belonen na het volgen van een cursus op life style gebied.	Pvpk
• Financiële ondersteuning voor cliënten om drempels te verlagen.	Ft
• Ondersteunen van onderzoeken die de effectiviteit van leefstijlveranderingen aantonen. Dit is belangrijk voor geldschieters / verkrijgen subsidie, maar ook ter motivatie van de cliënten.	D
• Ondersteuning in het vinden van geldstromen voor het opzetten en continueren van projecten.	D
Stimuleer continuïteit en zichtbaarheid interventies	
• Niet te veel en ad hoc, bijv. steeds weer nieuwe projecten / andere gelden, laat dingen groeien.	Ha
• Gebruik maken van elkaars projecten. Veel projecten zijn al ergens opgestart, maar er wordt vervolgens niets meer mee gedaan.	Pvpk
• Projecten waarbij effectiviteit is aangetoond langer dan 3 jaar laten voortduren. Anders heb je kapitaalvernietiging.	Ft
• Niet te veel kleine projecten ineens. Maar als een klein project goed is moet je het direct uitrollen over regio's/landelijk. Zodat iedere Nederlander dezelfde zorg heeft.	Ft
• Wat is er al? Is er niet teveel? Best practice. Niet steeds het opnieuw uitvinden.	Dvpk
Ondersteun scholing	
• Motivational interviewing opnemen in curriculum gezondheidswerkers.	Ha
• Regionale nascholingen en cursussen m.b.t. leefstijladvisering met diverse zorgverleners.	POH/DVpk
• Periodiek (3 à 4 keer per jaar) intervisie en of supervisie in groep m.b.t. motivational interviewing.	Ft
• Aanbod van cursussen die leefstijlverandering ondersteunen zoals motivational interviewing.	D

Inventariseer de behoefte van de zorgverlener

- Inventariseren welke behoefte er is bij mij als zorgverlener. Ft
- Op een makkelijke manier ondersteuning kunnen bieden. Om dit te kunnen doen is het belangrijk mij proactief te benaderen. Ft
- Inventariseren wat de behoefte is. Inventariseren wat er al is en wat goed loopt en wat minder goed. D

Sluit aan bij de behoefte van de cliënt

- Aansluiten bij wat er al is. Aansluiten bij belangrijke 'wijkbewoners'. Zij weten groepen bij elkaar te brengen 'een schaap over de dam' POH (GGZ)
- Vooral denken vanuit de cliënt, wat wil de cliënt en wat kunnen de verschillende zorgberoepsgroepen bieden. POH
- Vraag gestuurde zorg / informatie inventarisatie van behoefte van cliënt / cliënt. Ft
- Breng behoeftes van cliënten in kaart. Welke informatie, van wie, welke vorm voor de beste motivatie. Ft

Stimuleer samenwerking algemeen

- Met elkaar praten! Waar liggen behoeften, wat is er nodig, wie kan de kar trekken? Ha
- Samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen. Zij moeten op één lijn staan met elkaar. De band moet goed zijn. POH
- Overleg (structureel) met alle partijen, waardoor niet iedereen het wiel alleen hoeft uit te vinden, maar mensen samen projecten kunnen oppakken. POH
- Zorg op elkaar afstemmen. Verbinden eerstelijnszorg, welzijn, sport en beweegservice. Creëren van één gezamenlijk doel, prioriteiten stellen in kader van gezondheidsbeleid. Pvpk
- Samenwerking tussen eerstelijners en de ondersteunende partijen verbeteren. Naamsbekendheid en functie van de organisaties. Dit weergeven in regionale sociale kaart. Pvpk
- Zorg dat hulpverleners elkaar kunnen vinden, samenwerken en ieders rol kennen F
- Netwerkbijeenkomsten, eventueel met een thema. D
- De regionale ROS heeft geholpen bij het oprichten van zorggroepen, heel goed! D
- Graag als vervolg een platform waarin deze zorggroepen (besturen) elkaar kunnen treffen, zodat afspraken gemaakt kunnen worden doorgegeven kunnen worden aan de eigen beroepsgroep.
- Afstemmen van de zorg met elkaar, ruimte voor kennismaken, uitwisselen op wijk / dorpsniveau (huisarts, GGZ, GGD 1e lijn, zorgverzekeraar) om samenwerking te bevorderen en goedwerkende producten te faciliteren. Ps
- Verbetering van onderlinge netwerken van verschillende beroepsgroepen. Ap

Stimuleer samenwerking eerste lijn op wijkniveau

- Zorg ervoor dat op wijkniveau hulpverleners bekend zijn met elkaars expertisen en dat zij elkaar kennen. POH
- Korte lijnen met andere beroepsgroepen uit de wijk, elkaar makkelijk kunnen vinden. Pvpk
- Op wijk / buurtniveau vanuit een ROS de diverse eerstelijners bijeen brengen. Starten vanuit elkaar kennen, vervolgens multidisciplinaire initiatieven begeleiden. Ft
- Korte lijnen, netwerken met directe zorgverleners in de wijk. Weten wat je aan elkaar hebt / verwachtingspatroon in de samenwerking. D
- Meer contacten leggen tussen verschillende hulpverleners zodat we elkaar weten te vinden in de wijken / buurt. Bied ondersteuning. D

Regionale partijen

- Lokale netwerkbijeenkomsten creëren voor samenwerking, zodat beroepsgroepen elkaar kunnen versterken in het bereiken van gezondheidsdoelen. GGZ

Betrek regionale en landelijke partijen

- Beleid landelijke partijen moet bekend zijn bij regionale partijen (top down). Regionaal beleid moet (bottum up) geïntegreerd worden in landelijk beleid (interactie tussen regionaal en landelijk beleid). Ft
- Breng verschillende beroepsgroepen bij elkaar en werk van bottum up. Subsidie / gefinancierde projecten en hoe dan verder? Dvpk

Regionale partijen

- Bij elkaar brengen op hoofdlijnen van gemeenten en zorgverzekeraars. Speerpunten uitwerken. Implementeren van best practices. ROS

Werk wijkgericht

- Wijkgerichte informatie verzamelen (bijv. via generation R), van daaruit interventiebehoefte definiëren en dan bepalen hoe dat ingevuld kan worden met welke professionals, etc. Ha
- Wijkgericht: diverse beroepsgroepen bij elkaar brengen. Zoeken naar een gezamenlijkheid waardoor 'muren' afgebroken worden en men bereidheid heeft om voor het gezamenlijke doel te gaan. POH

Regionale partijen

- GGD'en ondersteunen bij het vertalen van lokale kernboodschap voor gemeenten in concrete praktijkresultaten, in één gemeenschappelijk beleid GGZ

Meer inzicht in samenwerkingsverbanden

- Samenwerking tussen eerstelijners en de ondersteunende partijen verbeteren. Naamsbekendheid en functie van de organisaties. Dit weergeven in sociale kaart? Vooral regionaal. Pvpk
- Inventariseren en openbaar maken wat voor initiatieven er nu al zijn (op het gebied van samenwerking). D

Meer inzicht in beschikbare interventies

- Sociale kaart per regio moet duidelijk zijn. Ha
- Website, up-to-date, waar alle beweegactiviteiten staan. POH
- Duidelijk up-to-date aanbod van leefstijlinterventies, hulpverleners en beweegmogelijkheden voor zowel zorgverleners als cliënten. POH/Pvpk
- Foldermateriaal (in diverse materialen) over leefstijl, hoe te verbeteren waar hulp daarbij te vinden is. Pvpk
- Stroomschema van de mogelijkheden van life style ondersteuning, zodat mensen weten wat en waar ze terecht kunnen voor de ondersteuning. 'Nu zien ze door de bomen het bos niet meer.' Pvpk
- Zorg dat info vindbaar is, van wat er is (voor cliënten). Ft
- Overzicht kunnen bieden wat er al gedaan wordt regionaal / landelijk. Ft
- Goede sociale kaart faciliteren. Ps
- Wijkgerichte websites met aanbod beweging, zorgverleners, etc. D
- Inzicht bieden in wat er in het land gebeurt. Waar kunnen we van elkaar leren? Wisselwerking: wij laten weten waar wij mee bezig zijn en we horen over vergelijkbare projecten. D

Verbeteren protocollering

- Meer standaardiseren van trajecten (tussen landelijke en regionale partijen). Ft
- Zorgstandaarden meer / beter bekendmaken. Ft
- Duidelijke protocollen. Welke beroepsgroep komt wanneer in beeld. Protocollen nastreven. D

Creëer een centraal aanspreekpunt

- Een vast aanspreekpunt welke nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden aandraagt en zo helpt bij de implementatie. POH/ Pvpk
- Soort overkoepelend platform waar je met vragen terecht kan. Dit platform is op de hoogte van de regionale leefstijlinterventies en van contacten leggen tussen mensen – elkaar weten te vinden om van elkaar te leren. D

Overig

- Meer structuur in de cursussen zoals sportief samen afvallen (met cursisten in regio gaan kijken wat er is aan beweegaanbod in de wijk). POH
- Groepsbijeenkomsten voor zwangeren / kraamvrouwen, diverse onderwerpen, voeding, opvoeding, bekkenbodetraining na bevalling, stoppen met roken, net als centering pregnancy. Pvpk
- Het hele gezin / sociale omgeving van de cliënt erbij betrekken en faciliteren van sociale steun om de gewenste gedragsverandering te realiseren. Ft
- Motivatie / begeleiding gedurende langere tijd als insider / persoonlijk begeleider / minder administratieve belasting, meer afstemming diverse beroepsgroepen. Ft
- Kijk een naar hoe het palliatieve netwerk één en ander heeft opgezet bij het realiseren van een landelijk netwerk? Dvpk
- Ontlasten van huisartsen door weghalen van de 'poortwachterfunctie' bij hen. Ap
- Apothekers worden overbelast door de veelheid aan onzinnige regels. Misschien kan RIVM bijdragen aan rationalisatie. Ap

Regionale partijen

- Onafhankelijk persoon die in staat is om aan te jagen en implementeren. Regionaal vanuit de praktijk rondom een thema. ROS

* Ha=huisarts, POH=praktijkondersteuner, Pvpk=praktijkverpleegkundige, Ft=fysiotherapeut, D=diëtist, Dvk=diabetesverpleegkundige, Ap=apotheker, GGZ=ggz medewerker, Ps=psycholoog, ROS=ROS medewerker.

Bijlage 9 Instrumenten voor populatiegerichte informatie

Eerstelijnszorgverleners willen steeds meer populatiegericht werken. Dit houdt in dat het zorgaanbod is afgestemd op de zorgvraag. Hiervoor is populatiegerichte informatie nodig: inzicht in de gezondheidstoestand en het zorggebruik van de lokale bevolking en in culturele, klinische en organisatorische factoren en interventies die deze patronen beïnvloeden. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die helpen om de gezondheidstoestand van de lokale bevolking in kaart te brengen.

Deze bijlage beschrijft vijf instrumenten:

- drie instrumenten die in de focusgroepgesprekken genoemd zijn: de Toolkit regionale VTV, de ROS-Wijkscan en de VAAM;
- twee initiatieven die in de literatuur gevonden zijn (Bruijnzeels en Vlonk, 2012): de Buurtscan van het NISB en de Praktijkscan van het Jan van Es Instituut.

ROS Wijkscan (LHV)

De ROS-wijkscan maakt informatie over de (toekomstige) zorgvraag en het zorgaanbod in een buurt, wijk of gemeente inzichtelijk (Bruijnzeels en Vlonk, 2012). De populatie is gedefinieerd op een geografische indeling. De zorgvraag is gebaseerd op gecombineerde informatie uit de publieke landelijke bronnen, het zorgaanbod is afkomstig van de ROS'en zelf.

Door de combinatie van de behoefte van de populatie en van het zorgaanbod, ontstaat een beeld van de behoeften en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg in de gekozen geografische eenheid. Dit is interessant voor eerstelijns zorgorganisaties/-verleners die met andere partijen willen samenwerken, hun zorgaanbod willen aanscherpen, hun praktijk willen uitbreiden of zich opnieuw willen vestigen. Ook gemeenten/provincies, GGD-en, zorgverzekeraars en andere beleidsmakers hebben belang bij dergelijke informatie als ze de versterking van de eerstelijnszorg in de regio op de agenda willen zetten.

Buurtscan (NISB)

De buurtscan is ontwikkeld naar aanleiding van het programma Sport en Bewegen van het ministerie van VWS (Bruijnzeels en Vlonk, 2012). De buurtscan levert inzicht in data op buurtniveau, de kracht van de buurt en de wensen van de bewoners. Buurtbewoners worden actief betrokken in het proces dat door een lokale trekker, bijvoorbeeld de gemeente, wordt gecoördineerd. Andere partijen die betrokken kunnen worden zijn scholen, sportaanbieders, fysiotherapeuten, woningcorporaties en andere instellingen om lokaal stimulans te bieden voor mensen om actiever te worden en een gezonde(re) leefstijl aan te nemen. Een buurt kan hierbij een stadwijk, dorpskern of deel van een gemeente zijn. Verschillende soorten informatie komen samen in de buurtscan: cijfers over (sport)accomodaties, speelplekken, vitaliteit van bewoners, informatie van GGD'en, het Kennis- en informatiesysteem Sport (KISS), bewonersenquête, de ROS-Wijkscan, informatie van het Mulier-instituut en aanvullend onderzoek.

Wijk- en praktijkscan (Jan van Es Instituut)

In de Wijk- en praktijkscan van het Jan van Es Instituut zijn de landelijk gepubliceerde kengetallen voor ziektebeelden gecombineerd met gegevens over leeftijd, huishoudensamenstelling en inkomen (Bruijnzeels & Vlonk, 2012). Door deze gegevens te koppelen aan praktijkgegevens (Huisarts Informatie Systeem) wordt de cliëntenpopulatie van eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen in beeld

gebracht. De combinatie resulteert in een vergelijking van de feitelijke zorgvraag en de normatief, statistisch te verwachten, zorgvraag, zowel voor de eerste als voor de tweede lijn. Deze informatie is interessant voor organisaties in de sectoren wonen, welzijn, zorg en vastgoed.

VAAM = Vraag Aanbod Analyse Monitor (NIVEL, NPCF)

De VAAM verschaft inzicht in de verwachte vraag naar en aanbod van eerstelijnsgezondheidszorg (www.nivel.nl). De VAAM toont cijfers op regio-, gemeente- en postcodeniveau. De verwachtingen zijn gebaseerd op de bevolkingskenmerken van het geselecteerde gebied. Met de VAAM willen het NIVEL en de NPCF een bijdrage leveren aan de discussie over een zo goed mogelijke afstemming van het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen op de lokale vraag. Het instrument past in de breed gedragen visie dat een sterke eerste lijn het antwoord is om de gezondheidszorg in de toekomst bij een toenemende vraag betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Een belangrijke rol is daarin weggelegd voor het lokale niveau. Op lokaal niveau zullen partijen met elkaar moeten bezien op welke wijze het zorgaanbod kan worden vormgegeven afhankelijk van de aard en omvang van de populatie en (lokale) zorgvraag.

Toolkit regionale VTV (RIVM)

De Toolkit regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is een hulpmiddel bij het in kaart brengen van de volksgezondheid in de regio en gemeenten (www.tookitvtnl.nl). De Toolkit geeft informatie over het proces rondom het maken van een regionale VTV en biedt inhoudelijke informatie over indicatoren, bronnen en analyse van gezondheidsgegevens. De Toolkit is vooral bedoeld voor GGD-epidemiologen, maar is ook bruikbaar voor andere professionals die zich bezig houden met de publieke gezondheid op lokaal en regionaal niveau. De indicatoren in de Toolkit regionale VTV sluiten aan bij de indicatoren gebruikt in de nationale VTV, de indicatoren van de [ECHI](#)-'short-list' ([Kramers en The ECHI team, 2005](#)), de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ, 2007c](#)) en bij de indicatoren gebruikt voor de Lokale en Nationale Monitors Gezondheid.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl