

Gecombineerde leefstijl interventies in Nederland: ervaringen uit de BeweegKuur

Judith H.M. Helmink,¹ Lieke G.M. Raaijmakers,¹ Geert M. Rutten,¹ Nanne K. de Vries,² Stef P.J. Kremers¹

Vanwege de dreiging van onbeheersbare kosten in de gezondheidszorg gaf minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2007 aan te willen bezuinigen door middel van preventie. In zijn 'Kaderbrief 2007-2011, Visie op gezondheid en preventie', beschreef de minister het belang van preventie en benoemde het als een speerpunt voor het gezondheidsbeleid. Eind 2007 startte het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), in opdracht van het ministerie van VWS, met de ontwikkeling van de BeweegKuur ter preventie van diabetes mellitus type 2. De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijl interventie waarin deelnemers vanuit de huisartsenpraktijk doorverwezen worden naar een leefstijladviseur (meestal de praktijkondersteuner of een fysiotherapeut), die de deelnemer gedurende een jaar begeleidt naar een gezondere leefstijl. De deelnemer kan zelfstandig gaan bewegen of wordt, indien nodig, door de leefstijladviseur verwezen naar de fysiotherapeut om daar te starten met bewegen. Ook worden alle deelnemers verwezen naar de diëtist voor zowel individuele als groepsbijeenkomsten. De intentie op lange termijn was om de BeweegKuur en in essentie vergelijkbare gecombineerde leefstijlinterventies zoals Bewegen op Recept,¹ van Klacht naar Kracht² en Big!-Move³⁻⁴ op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. In dit artikel geven we een beschouwing van het imple-

mentatieproces van de BeweegKuur, als een sprekend voorbeeld van de ontwikkelingen ten aanzien van gecombineerde leefstijlinterventies in de eerstelijns zorg in Nederland.

DE BEWEEGKUR ALS VLEGGWIEL

Vanaf het startpunt in 2007 is de BeweegKuur aan diverse veranderingen onderhevig geweest. Zo was de BeweegKuur in eerste instantie voornamelijk gericht op bewegen en werd later de diëtist toegevoegd als vast onderdeel van de interventie. Daarnaast kwam het ministerie van VWS in 2009 met de aanbeveling om de BeweegKuur eerder in de causale keten in te zetten bij personen met overgewicht of obesitas. In hetzelfde jaar werd de BeweegKuur geïmplementeerd op bijna 150 locaties verspreid over heel Nederland. En nog steeds was de politieke ambitie om de BeweegKuur in 2012 op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Maar, met de val van het kabinet in 2010, trad de initiatiefnemer van de BeweegKuur, minister Klink, af als minister van VWS. Het nieuwe kabinet met minister Schippers besloot een andere koers te varen. Het gevolg is dat de BeweegKuur nu geen onderdeel uitmaakt van de basiszorgverzekering.

De BeweegKuur is vanaf 2007 ontwikkeld en geïmplementeerd door NISB en de Universiteit Maastricht heeft een rol gespeeld in het iteratieve proces van de ontwikkeling van de BeweegKuur door het voortdurend te volgen met implementatie-onderzoek en de resultaten daarvan direct terug te koppelen. Wij baseren ons in dit artikel op de verschillende monitoringsstudies die in de periode 2008-2012 zijn uitgevoerd.⁵⁻¹¹ In deze periode hebben zo'n 600 deelne-

mers en 800 zorgverleners deelgenomen aan onze studies; hierbij zijn zowel kwantitatieve (vragenlijsten) en kwalitatieve (interviews) onderzoeksmethoden gebruikt. De BeweegKuur wordt op dit moment nog onderzocht op effectiviteit en de resultaten van deze studies worden in 2013 verwacht.

Als we op de periode 2007-2012 terug kijken, zien we dat de BeweegKuur heeft gefungeerd als een vliegwiel om processen ten aanzien van de verspreiding van lokale gecombineerde leefstijlinterventies tot stand te brengen en deze interventies verder te ontwikkelen. Deze processen binnen de eerstelijns zorg (zoals de formering van multidisciplinaire teams, de training van zorgverleners en de inrichting van lokale netwerken) zijn een directe spin-off van de verspreiding van de BeweegKuur in Nederland. Uit het ontwikkel- en implementatieproces van de BeweegKuur is een aantal opvallende punten naar voren gekomen die in de ontwikkeling van toekomstige gecombineerde leefstijl interventies als leerpunt kunnen dienen. De invoering van de BeweegKuur heeft veel tijd, geld en energie gekost. Tijd van zowel zorgverleners als ondersteuners (onder andere ROS en NISB, GGD en sportraden) om het gehele proces in gang te zetten, netwerken te bouwen, een sociale kaart te ontwikkelen en deelnemers te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Het enthousiasme van de zorgverleners of van de ROS-medewerker lijkt een doorslaggevende factor te zijn in het succes van de BeweegKuur op de specifieke locaties. De geïnvesteerde tijd, (financiële) middelen en energie hebben ertoe geleid dat rondom de deelnemende praktijken multidisciplinaire netwerken zijn ontstaan. Vooral het

¹ Vakgroep Gezondheidsbevordering, NUTRIM School for Nutrition, Toxicology and Metabolism, Maastricht University Medical Centre+

² Capri, School for Primary Care and Public Health, Maastricht University Medical Centre+

contact met lokale beweegaanbieders is belangrijk om het gedrag van de deelnemers na de BeweegKuur te continueren. Op veel plekken is er een sociale kaart, maar het is belangrijk dat deze kaart up to date blijft. Het is een dynamisch proces waarbij voortdurend gekeken dient te worden of er nog genoeg activiteiten op staan en of deze aansluiten bij de behoeften van de doelgroep.

DE BEWEEGKUR IN DE PERIODE 2007-2012

Om bovenstaande observaties te beschrijven gaan we vijf jaar terug in de tijd. In 2007 begon een klein en enthousiast groepje zorgverleners met de invoering van de BeweegKuur. Ondanks allerlei opstartproblemen, bleven de deelnemende zorgverleners enthousiast en ook de deelnemers aan de BeweegKuur ondervonden positieve resultaten. Toch bleek de BeweegKuur qua inhoud en implementatie voor verbetering vatbaar en veel van deze punten zijn dan ook aangepast in herziene versies. Inmiddels bestaat de kern van de BeweegKuur uit de volgende onderdelen. De signalering van een BeweegKuur deelnemer vindt plaats in het reguliere huisartsconsult of via verwijzing door eerste of tweedelijns zorgverleners. Vervolgens wordt er een indicatiestelling gedaan door de huisarts en wordt de deelnemer verwezen naar de leefstijladviseur. De leefstijladviseur treedt gedurende het gehele project op als coach en inventariseert de status van de deelnemer, stelt een beweeg- en voedingsprogramma samen en coacht de gedragsverandering en zelfmanagement vaardigheden. De bedoeling is dat alle deelnemers uiteindelijk zelfstandig blijven bewegen. De voortdurende optimalisering van de BeweegKuur in deze interactieve beginfase heeft geleid tot tevredenheid van zorgverleners met betrekking tot het beweeg- en voedingsprogramma.^{5,6,11} De zorgverleners beoordeelden deze programma's met een 7,2 (beweegprogramma) en 7,0 (voedingsprogramma).¹¹ Verder geeft de meest recente monitoringsstudie¹¹ een indicatie dat zorgverleners de interventie aanpassen naar de behoefte van de praktijk en individuele patiënt. Een voorbeeld hiervan is de groepsbijeenkomst over voeding; op sommige locaties werkte het beter om minder bijeenkomsten te geven die langer duurden, terwijl

andere zorgverleners ervoor kozen om het BeweegKuur protocol te volgen. De voedingsbijeenkomsten vormen nu overigens nog steeds een punt van discussie. Diëtisten verschillen aanzienlijk van mening met betrekking tot deze bijeenkomsten; de ene diëtist maakt liever gebruik van alleen individuele consulten, terwijl de andere de combinatie juist heel goed vindt werken.

In 2008 was er nog nauwelijks sprake van multidisciplinaire samenwerking in het kader van leefstijlinterventies. Met hulp van een ROS-medewerker werd daarom op iedere locatie een multidisciplinair team samengesteld. Het eerste jaar bestonden deze voornamelijk uit huisartsen, praktijkondersteuners, assistenten en fysiotherapeuten. Een jaar later werden op iedere locatie een of meer diëtisten aan dit team toegevoegd. In 2010 was te zien dat de multidisciplinaire samenwerking al veel meer vorm had gekregen en zorgverleners gaven aan dat de lijntjes korter waren geworden en ze elkaar beter konden vinden.⁵ Uit de meest recente monitor onder zorgverleners uitgevoerd in het najaar van 2011 komt dit beeld ook duidelijk naar voren.¹¹ Verder gaf de meerderheid van de zorgverleners (76%) aan dat het team van professionals achter het werken met de BeweegKuur staat.¹¹ De zorgverleners zijn bijna allemaal van mening dat het multidisciplinair samenwerken steeds beter verloopt en men is in het algemeen tevreden over het contact dat er onderling is.

De laatste jaren heeft NISB netwerkvorming als belangrijk middel gekozen om zorg en sport binnen de BeweegKuur meer te verbinden, om zo een goed beweegaanbod te creëren voor de BeweegKuur deelnemers. In deze netwerken nemen idealiter niet alleen zorgverleners plaats, maar ook verschillende andere disciplines zoals medewerkers van de gemeente, GGD, provinciale sportraden, welzijnswerkers en lokale beweegaanbieders. Goed contact tussen de verschillende partijen is een belangrijke randvoorwaarde om een zo goed mogelijk beweegaanbod voor de deelnemer te realiseren. Aalbers en collega's gaan hier in het volgende Praktijk artikel verder op in.

Ook in de ontwikkeling van de zogenoemde sociale kaart, een (digitaal of schriftelijk) overzicht van alle beweeg-

mogelijkheden in de omgeving, is in de afgelopen jaren veel gebeurd. Aan het begin van de BeweegKuur was er op de meeste locaties geen sociale kaart aanwezig. Wel waren er bijvoorbeeld gemeentegidsen met sportactiviteiten, maar deze waren over het algemeen niet toereikend voor de doelgroep. Uit de evaluaties onder de zorgverleners die we gedurende het traject gehouden hebben blijkt dat de sociale kaart steeds beter en completer wordt. Wel blijven er enkele verbeterpunten voor de sociale kaart bestaan. Zo moeten er op de locatie goede afspraken zijn over wie verantwoordelijk is voor het up-to-date houden van de sociale kaart en moet ook geregeld kritisch naar de sociale kaart gekeken worden. Is deze nog compleet en is er nog genoeg aanbod dat bij de deelnemers aansluit? Zo wordt een goed aanbod gewaarborgd en is er meer kans dat de deelnemers op lange termijn blijven bewegen.

Twee belangrijke punten die de uitvoer van de BeweegKuur belemmeren zijn de tijdsinvestering en de financiering van de zorgverlener. Zo gaven veel zorgverleners in 2011 aan dat nu de BeweegKuur niet in de basisverzekering komt, zij minder tijd gaan steken in de uitvoering van de interventie.¹¹ Een derde van de praktijken die in 2011 de BeweegKuur uitvoerden, gaf aan door te willen gaan met de volledige BeweegKuur hoewel besloten is dat deze niet in de basisverzekering wordt opgenomen. Verder gaf 21% van de zorgverleners aan met een beperkt deel van de BeweegKuur door te willen gaan. Een grotere groep (31%) wil verder gaan met een andere gecombineerde leefstijlinterventie of beweegprogramma, maar niet met de BeweegKuur. Een klein deel (15%) stopt helemaal met het aanbieden van de BeweegKuur of een andere gecombineerde leefstijlinterventie.¹¹ Het is van belang dat er een goede financiële structuur komt om het gebruik van de BeweegKuur te continueren, bijvoorbeeld door te onderhandelen met zorgverzekeraars op lokaal niveau. Ook gemeenten kunnen beschikbare middelen voor zorg en preventie aanwenden voor de financiering van de BeweegKuur. Een voorbeeld van een programma dat de financiering van een gecombineerde leefstijl interventie heeft veilig gesteld is Beweeg Mee! in Den Haag. Enkele zorgverzekeraars hebben

dit pilot project in het aanvullende pakket van de collectieve zorgverzekering voor minima opgenomen.¹²

Wanneer alleen bepaalde elementen uit de BeweegKuur worden uitgevoerd en andere niet, is sprake van 'cherry-picking'. Het gevaar hierbij is dat de kwaliteit van de BeweegKuur zo niet gewaarborgd wordt.

DE TOEKOMST VOOR GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIES

De investeringen in de BeweegKuur hebben gezorgd voor snelle en systematische disseminatie van gecombineerde leefstijlinterventies in Nederland. Het is aannemelijk dat zonder de BeweegKuur de hierboven beschreven processen ook tot stand waren gekomen, maar waarschijnlijk veel trager, moeizamer en lokaler. Gevolg van enkele jaren investering in de BeweegKuur is dat er nu op locaties in het hele land goede netwerken zijn ontstaan en dat er een structuur beschikbaar is waarin gecombineerde leefstijl interventies (voor andere doelgroepen) goed geïmplementeerd zouden kunnen worden. Deze ervaringen onderschrijven het belang om inzicht te behouden in de mate en de vorm van de implementatie en duurzaamheid van gecombineerde leefstijlinterventies en/of beweeginterventies in de eerstelijns. De laatste jaren is in de eerstelijns gezondheidszorg een aanzet gemaakt tot een cultuuromslag van de nadruk op 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid.' Met de implementatie van gecombineerde leefstijl interventies is deze omslag te maken.

In de periode 2007-2012 heeft een grotere variatie aan professionals een rol gekregen in het voorkomen van chronische ziekten, zoals diabetes. Bovendien weten betrokken professionals elkaar beter te vinden en worden moeilijk bereikbare doelgroepen vaker bereikt. Ondanks deze positieve ontwikkelingen, blijkt het politieke draagvlak altijd een grote rol te spelen. Als er vanuit de poli-

tiek geen draagvlak is voor een interventie als de BeweegKuur, lijkt het moeilijk om de interventie te financieren. De toekomst moet uitwijzen of er alternatieve vormen van financiering gevonden kunnen worden om een gedegen uitvoer van gecombineerde leefstijl interventies in Nederland te continueren.

ABSTRACT

Combined lifestyle interventions in the Netherlands: experiences gained with the BeweegKuur intervention

This paper gives a reflection on the development, implementation and dissemination processes of the BeweegKuur in primary care. The implementation of the programme took a lot of time and energy on the part of the health care providers. During the implementation process, multidisciplinary networks were formed and the contacts with local exercise facilities improved. Although it is plausible that without BeweegKuur, some of these processes would also have come about, they would probably have taken more time and effort and would have remained more local.

Keywords: combined lifestyle interventions, implementation, dissemination, primary care

LITERATUUR

1. Schmidt M, Absalah S, Stronks K. Wat beweegt de deelnemer? Een evaluatie van het project 'bewegen op recept' in Den Haag. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, 2006.
2. GGD Rotterdam-Rijnmond. Zorgmonitor: Rotterdams Leefstijlprogramma Van Klacht naar Kracht. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
3. Overgoor L, Aalders M. Big!Move. Evaluatieverslag Big!Move, april 2003-juni 2004. Amsterdam: Gezondheidscentrum Venserpolder, 2004.
4. Overgoor L, Aalders M. Big!Move,

beweging in gedrag van patient en huisarts. Huisarts Wet 2006;49:42-5.

5. Helmink JHM, Boekel LC van, Kremers SPJ. Implementatie van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2010. Maastricht: Maastricht University, 2011.
6. Helmink JHM, Cox VCM, Kremers SPJ. Implementatie van de BeweegKuur: Een pilot studie. Maastricht: Maastricht University, 2009.
7. Helmink JHM, Meis JJM, Kremers SPJ. Een jaar BeweegKuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren. Maastricht: Maastricht University, 2010.
8. Helmink JHM, Boekel LC van, Kremers SPJ. Implementatie van de BeweegKuur in de regio. Evaluatie onder ROS-adviseurs. Maastricht: Maastricht University, 2010.
9. Helmink JHM, Boekel LC van, Kremers SPJ. Doorontwikkeling van de BeweegKuur voor Overgewicht & Obesitas. Maastricht: Maastricht University, 2010.
10. Helmink JHM, Boekel LC van, Sluis ME van der, Kremers SPJ. Lange termijn evaluatie onder deelnemers aan de BeweegKuur: Rapportage van de resultaten van een follow-up meting bij deelnemers. Maastricht: Maastricht University, 2011.
11. Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers FJM, Kremers SPJ. Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2011. Maastricht: Maastricht University, 2012.
12. www.beweegkuur.nl

CORRESPONDENTIEADRES

Judith Helmink, Vakgroep Gezondheidsbevordering, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel: 043-3882401, e-mail: judith.helmink@maastrichtuniversity.nl