



## Een pas op de plaats

Implementatie van leefstijlinterventies in de  
patiëntenzorg

*drs. Irene van de Glind*

*dr. Maud Heinen*

*prof. dr. Theo van Achterberg*

*Nijmegen, mei 2013*

## **IQ healthcare**

### **Scientific Institute for Quality of Healthcare**

**Instituut** Het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een wetenschappelijk centrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning van kwaliteit, veiligheid, innovatie en ethische aspecten van de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is een groot wetenschappelijk programma opgebouwd en uitgevoerd, met onderzoek op het terrein van ondermeer kwaliteitsrichtlijnen, transparantie, implementatie van innovatie, inbreng van patiënten in de zorg, veiligheid, ketenzorg en professionele ontwikkeling. Ruim 70 promovendi werken aan een proefschrift; zij ontwikkelen belangrijke methoden en instrumenten voor toetsing en verbetering van kwaliteit. IQ healthcare is de laatste jaren uitgegroeid tot een van de grootste wetenschappelijke centra in Europa op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie van de gezondheidszorg.

**Missie** Verbeteren van de kwaliteit en de waarde van de gezondheidszorg voor patiënten, door middel van onderzoek, onderwijs en beleidsondersteuning.

**Visie** IQ healthcare vindt dat de kwaliteit en veiligheid van gezondheidszorg verbeterd kan worden als de toegevoegde waarde (value) van gezondheidszorg voor alle betrokkenen beter zichtbaar wordt gemaakt, de zorg met geringe baten achterwege wordt gelaten (de-implementatie) en zorginnovaties - alsmede evidence based interventies vakkundig worden geïmplementeerd en geëvalueerd.

De wetenschappelijke aanpak van IQ healthcare richt zich radicaal op waardebepaling en -vermeerdering van gezondheidszorg (value driven healthcare) voor patiënt, zorgverlener, verzekeraar en overheid, waardoor onnodige kosten afnemen en de houdbaarheid van de gezondheidszorg op systeemniveau verbetert. Waardebepaling hierbij vindt plaats vanuit verschillende wetenschappelijke perspectieven (medisch, economische, sociologisch, ethisch etc.) en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Hiertoe zullen:

1. Verschillen in (onnodige) kosten en kwaliteit van zorg beter zichtbaar moeten worden gemaakt
2. Resultaten van gezondheidszorg of uitkomsten van zorg systematisch gemeten en geanalyseerd moeten worden
3. Good practices en zorginnovaties vakkundig worden geïmplementeerd

**Expertise**

- Gezondheidszorgonderzoek
- Implementatieonderzoek
- Betaalbaarheid en doelmatigheid
- Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten
- Integrale zorg voor kwetsbare ouderen
- Paramedisch zorg
- Medische ethiek
- Verplegingswetenschap
- Patiënt empowerment
- Veiligheid
- Transparantie kwaliteit van zorg
- Toegepast onderzoek

**Contact**

|                  |                                                   |                                                              |
|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| IQ healthcare    | W                                                 | <a href="http://www.ighealthcare.nl">www.ighealthcare.nl</a> |
| UMC St Radboud   | T                                                 | 024 36 15 305                                                |
| Huispost 114     | F                                                 | 024 35 40 166                                                |
| Postbus 9101     | E                                                 | <a href="mailto:info@iq.umcn.nl">info@iq.umcn.nl</a>         |
| 6500 HB Nijmegen | <i>Bezoekadres:</i> Geert Grooteplein 21 Nijmegen |                                                              |

# Inhoud

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inleiding .....                                                                      | 4  |
| 2. Methode van onderzoek .....                                                          | 4  |
| 3. Opbouw rapport .....                                                                 | 5  |
| 4. Dankwoord .....                                                                      | 5  |
| 5. Synthese .....                                                                       | 6  |
| 6. Oplossingsrichtingen .....                                                           | 9  |
| 7. Case beschrijvingen van veertien leefstijlinterventies .....                         | 13 |
| Case 1 Lifestyle bij diabetes .....                                                     | 14 |
| Case 2 De BeweegKuur .....                                                              | 16 |
| Case 3 Leren leven met COPD .....                                                       | 19 |
| Case 4 Vaatrisicopoli .....                                                             | 21 |
| Case 5 Prisma .....                                                                     | 23 |
| Case 6 Stoppen-met-roken in de huisartsenpraktijk .....                                 | 26 |
| Case 7 Secundaire cardiovasculaire preventie poli .....                                 | 28 |
| Case 8 DiabetesFit .....                                                                | 31 |
| Case 9 Obesitas groepsprogramma .....                                                   | 33 |
| Case 10 Groepscursus Hoog Cholesterol .....                                             | 36 |
| Case 11 Gesuperviseerde looptherapie bij Claudicatio Intermittens .....                 | 38 |
| Case 12 COPE-Actief .....                                                               | 42 |
| Case 13 Beyond good intentions .....                                                    | 45 |
| Case 14 Zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie .....                                | 48 |
| Zorgverzekeraars .....                                                                  | 50 |
| Referenties .....                                                                       | 54 |
| Bijlage 1   Dataverzameling .....                                                       | 57 |
| Bijlage 2   Uitwerking van thema's en subthema's zorgverzekeraars .....                 | 58 |
| Bijlage 3   Aangedragen oplossingsrichtingen deelnemers 'Invitational Conference' ..... | 65 |

## 1. Inleiding

Komende jaren wordt een flinke toename verwacht van het aantal chronisch zieken, wat deels aan ongezondere leefstijlen zoals roken, te weinig lichamelijke beweging, ongezonde eetgewoonten, overgewicht en alcoholconsumptie toegeschreven kan worden (Blokstra, Verschuren et al. 2007). Artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners hebben vaak te maken met patiënten met een ongezonde leefstijl. Verschillende op leefstijl gerichte interventies hebben hun weg naar de praktijk gevonden. Soms zijn deze interventies door professionals in de dagelijkse praktijk ontwikkeld, soms gebeurt dit door de wetenschap. Toch blijkt het vaak niet eenvoudig te zijn om een leefstijlinterventie succesvol te implementeren in de dagelijkse praktijk (zie ook: Harting, van Assema et al. 2005; Kroes, Mastenbroek et al. 2007; Roumen, Blaak et al. 2009; Van der Meer, Ligtenberg et al. 2009; Jansink, Braspenning et al. 2010; RVZ 2011; Gast, Spijkerman et al. 2011; Assendelft, Nielen et al. 2012; Duijzer, Jansen et al. 2012; Kok, Vaandrager et al. 2012; Koopmans, Korevaar et al. 2012; Meijer, Hesselink et al. 2012; Vermunt, Milder et al. 2012).

Om hier beter op in te kunnen spelen willen we weten welke knelpunten en succesfactoren zorgprofessionals in de patiëntenzorg ervaren bij het implementeren van leefstijlinterventies.

Door kennis en ervaringen uit verschillende praktijksituaties met elkaar te vergelijken, schetsen we een breed beeld van thema's die op dit vlak een rol spelen. Daarnaast combineren we deze ervaringen van zorgprofessionals met ervaringen van zorgverzekeraars met het (financieren van) leefstijlinterventies. Vanuit deze thema's en onderwerpen reiken we oplossingsrichtingen aan om dit werkgebied verder te brengen. Deze oplossingsrichtingen hebben als doel om het gebruik van effectieve leefstijlinterventies te bevorderen, onderzoek naar leefstijlinterventies verder te brengen en bruikbare interventies te ontwikkelen of te verspreiden, en om richtingen aan te geven hoe beleidsmakers hierin kunnen faciliteren.

## 2. Methode van onderzoek

Het onderzoek is beschrijvend van aard, waarbij gebruik is gemaakt van veertien case studies. Een 'case' is gedefinieerd als een leefstijlinterventie in de patiëntenzorg, gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij patiënten met (risico op) een chronische ziekte. Door de implementatie per case te beschrijven en daaruit steeds de belangrijkste thema's te benoemen, schetsen we een beeld van succesfactoren en knelpunten die implementatie beïnvloeden. De case beschrijvingen geven een beeld van thema's die ervaren worden in verschillende settings en rondom verschillende leefstijlinterventies. We geven een breed overzicht van thema's met als doel om door alle cases heen belangrijke onderwerpen te belichten.

Bij het selecteren van de veertien cases voor dit onderzoek is rekening gehouden met de volgende criteria: de interventie wordt in het kader van patiëntenzorg gegeven door zorgverleners en is gericht op volwassenen met (risico op) chronische ziekte, en is ontworpen om mensen te helpen hun levensstijl te helpen verbeteren op het gebied van roken, lichamelijke beweging, eetgewoonten, gewicht of alcoholconsumptie. Daarnaast zochten we naar variatie in patiëntengroep, setting, zorgprofessionals en spreiding over Nederland.

De selectie van leefstijlinterventies vond plaats vanuit twee invalshoeken. De eerste invalshoek was de zorgpraktijk en de tweede invalshoek was de wetenschap. Tien leefstijlinterventies zijn

geselecteerd uit een inventarisatie van interventies die professionals uit ziekenhuizen, huisartspraktijken en thuiszorgorganisaties in de alledaagse praktijk gebruiken (case 1 t/m 10). Vier leefstijlinterventies zijn geselecteerd uit databases, en zijn gekozen omdat zij in onderzoek positieve effecten lieten zien (case 11 t/m 14). Deze databases zijn de Interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven en de projectdatabase van ZonMw. Aanvullend is gezocht in PubMed. Behalve zorgprofessionals rondom de veertien geanalyseerde leefstijlinterventies zijn ook zorgverzekeraars en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geïnterviewd over hun ervaringen, knelpunten en succesfactoren bij het financieren van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg. Voor dit onderzoek namen wij in totaal 51 interviews af en analyseerden wij ruim 200 documenten. Analyse vond plaats door thema's te benoemen en vervolgens thema's uit de verschillende cases met elkaar te vergelijken. In bijlage 1 is meer informatie opgenomen over het aantal geïnterviewde personen per case, setting en functie. Een uitgebreide methodologische verantwoording geven wij in twee nog te schrijven wetenschappelijke publicaties.

### **3. Opbouw rapport**

Dit eindrapport is geschreven voor zorgprofessionals, onderzoekers, subsidieverstrekkers, beleidsmakers en andere geïnteresseerden die zich bezig houden met leefstijlinterventies in de patiëntenzorg. We hebben ervoor gekozen om een leesbaar en beknopt rapport te schrijven.

In dit rapport vatten we eerst de belangrijkste thema's uit de cases en de interviews met zorgverzekeraars samen in een synthese. Daarna volgt een advies over oplossingsrichtingen aan zorgverleners in de praktijk, aan wetenschappers die leefstijlinterventies ontwikkelen en aan beleidsmakers die de voorwaarden en faciliteiten scheppen. In het tweede deel van het rapport schetsen we de implementatie van veertien leefstijlinterventies in de vorm van zogenaamde case beschrijvingen. Tot slot is een beschrijving opgenomen van onderwerpen die spelen bij zorgverzekeraars bij (het financieren van) leefstijlinterventies.

### **4. Dankwoord**

Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de bereidheid van alle mensen om deel te nemen aan interviews en onze bijeenkomst op 23 april 2013 jl. Daarnaast willen wij in het bijzonder onze onderzoek-medewerkers mw.drs. Wytske Geense en mw. ing. Angelique Schlieff bedanken voor hun hulp bij de uitvoering van dit onderzoek. Daarnaast bedanken we mw. dr. Ilse Mesters en prof.dr. Michel Wensing voor hun kritische reflectie op de onderzoeksresultaten en de rapportage. Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw, programma Gezondheidszorgonderzoek (projectnummer 510000003). Wij danken ZonMw voor de mogelijkheid om dit onderzoek uit te voeren.

## 5. Synthese

In deze synthese zijn de resultaten van veertien verschillende case beschrijvingen geïntegreerd. Het gaat om uiteenlopende leefstijlinterventies in de patiëntenzorg, gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij patiënten met (risico op) een chronische ziekte. Bijvoorbeeld een groepseducatie programma voor mensen met diabetes in de thuiszorg, een vaatrisicopolikliniek in een ziekenhuis, stoppen met roken begeleiding in een huisartsenpraktijk, een fysiotherapeutisch trainingsprogramma bij Diabetes Mellitus type 2, een zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie, of een obesitas groepsprogramma in een ziekenhuis. In totaal zijn veertien verschillende leefstijlinterventies met elkaar vergeleken en is er gezocht naar overkoepelende thema's die belangrijk zijn bij implementatie.

De zorgpraktijk blijkt volop bezig te zijn met het ontwikkelen en implementeren van leefstijlinterventies. Het is een relatief nieuw werkgebied, dat om nieuwe kennis en vaardigheden van zorgprofessionals vraagt. Ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, zorggroepen en thuiszorgorganisaties ontwikkelen en starten interventies, maar stoppen ook weer met interventies.

Er is meestal alleen tijdelijke financiering beschikbaar voor dergelijke initiatieven. In veel gevallen vreest men voor de continuïteit nadat de tijdelijke financiering ophoudt. Dit maakt de implementatie van leefstijlinterventies kwetsbaar. Vaak zien we ook dat er te weinig patiënten naar de interventie worden verwezen en dat de doelgroep niet goed wordt bereikt. Dit gegeven laat zien dat leefstijlinterventies niet goed genoeg zijn ingebed en zijn verankerd in reguliere zorgprocessen en financiering.

De veelheid aan initiatieven en interventies duidt op veel enthousiasme bij professionals en wetenschappers, maar ook op een moeizame inbedding en een gebrek aan regie en coördinatie in de dagelijkse praktijk. De zorgpraktijk probeert steeds opnieuw het wiel uit te vinden. En onderzoekers en zorgprofessionals ervaren talrijke knelpunten bij het verspreiden van effectieve interventies naar andere organisaties.

### **Zorgprofessionals over het implementeren van leefstijlinterventies**

Thema's die bij de beschreven leefstijlinterventies een rol spelen, zijn geclusterd in zes hoofdthema's. Deze thema's, en subthema's daarbinnen, zijn neutraal geformuleerd. Dat wil zeggen dat iets een succesfactor in de ene case kan zijn en een knelpunt in een andere case wanneer het aanwezig is of juist ontbreekt.

**Inbedding** - Inbedding van de leefstijlinterventie in de reguliere zorg is een thema dat in alle cases naar voren komt. Het omvat meerdere aspecten. Zo vertellen zorgprofessionals dat leefstijlbevordering bij voorkeur in alle consulten aan de orde zou moeten komen, maar dat dit niet door alle zorgverleners gedaan wordt. Ten tweede staan leefstijlinterventies als stap in het zorgproces vaak los van de rest van het zorgtraject en de organisatie. Patiënten worden niet automatisch uitgenodigd of ingepland voor een leefstijlinterventie, maar zorgprofessionals selecteren vaak onbewust wie zij wel en niet vragen voor een leefstijlinterventie. In veel gevallen worden vooral de meest ongezonde patiënten gevraagd om deel te nemen aan een interventie. Wanneer men afhankelijk is van anderen voor verwijzingen, hangt de instroom en uitvoering van de

interventie af van een aantal enthousiaste zorgverleners. De mate waarin een leefstijlinterventie is ingebed in het zorgproces heeft daarmee ook te maken met betrokkenheid en inzet van (de overige) professionals. Inbedding van leefstijlinterventies in het zorgproces, gaat daarnaast over aansluiting tussen eerste en tweede lijn, en aansluiting tussen de curatieve zorg en de publieke gezondheidszorg, bijvoorbeeld doordat deelnemers doorstromen naar zelfstandig sporten in de regio. Maar het gaat ook over aansluiting naar meer specifieke of specialistische leefstijlinterventies waar zorgverleners naar toe kunnen verwijzen, bijvoorbeeld bij obesitas. Inbedding gaat bovendien over het inpassen van de leefstijl interventie in bestaande fysieke gebouwen en bestaande ICT-systemen. Leefstijlinterventies zijn vaak in groepsbijeenkomsten georganiseerd, en uit meerdere cases blijkt dat het lastig is om deze in een omgeving op te starten die voornamelijk gericht is op zorg aan individuele patiënten.

**Financiering** - Tijdelijke financiering om leefstijlinterventies te ontwikkelen en op te starten werd als een succesfactor gezien. Uiteindelijk is in een aantal cases de leefstijlinterventie ingebed in reguliere financiering, waarbij in sommige gevallen daarnaast extra middelen worden aangewend of verkregen. Echter in andere cases ontbreekt structurele financiering. Als de tijdelijke financiering stopt dan stopt ook de interventie. Het is een opgave voor het zorgveld om alternatieve mogelijkheden voor extra financiering te regelen, of om reguliere financiering om te buigen en leefstijlinterventies onderdeel uit te laten maken van de zorg zonder dat het extra geld kost. Verschillende professionals vertellen dat de leefstijlinterventie die zij aanbieden intensivering van zorg betekent: er gaan geen reguliere consulten af, maar er komt zorg bij. De zorg vindt men wel beter dan voorheen.

**Visie en gedrevenheid** - In veel cases spelen 'opinieleiders' en enthousiaste professionals een cruciale rol. Zij initiëren, ontwikkelen, en dragen een interventie. Het lijkt of het hebben van een 'opinieleider' en een aantal enthousiaste kartrekkers een voorwaarde is om een leefstijlinterventie te implementeren. Een nadeel is echter dat interventies ook afhankelijk zijn van deze 'opinieleiders' en kartrekkers voor de continuïteit. Zorgprofessionals noemen dat privé gebeurtenissen, of organisatie – en personele wisselingen van invloed zijn op het voortbestaan. Zeker in combinatie met een minimale inbedding in de organisatie en zorgketen, en in combinatie met tijdelijke financiering maakt dit leefstijlinterventies kwetsbaar in hun organisatie.

**Kennis en vaardigheden zorgprofessionals** – In veel cases worden deze vaardigheden als welkome afwisseling en verrijking van het takenpakket gezien. Volgens ondervraagde zorgprofessionals kost het aanleren van nieuwe vaardigheden tijd. Gedragsverandering, gesprekstechnieken en het leiden van groepsbijeenkomsten zijn vaardigheden waarvoor training nodig is. Men geeft aan dat bij een lage frequentie van de interventie, of bij weinig verwijzingen, het lastig is om vaardig te worden of vaardig te blijven. Een ander ervaren knelpunt ten aanzien van kennis en vaardigheden, is dat er nauwelijks toetsing is hoe gesprekstechnieken uitgevoerd worden. Daarnaast stellen verschillende professionals zich de vraag of zij voldoende uit de voeten kunnen om met hun vaardigheden de interventie flexibel aan te passen aan de situatie van de patiënt, bijvoorbeeld bij multimorbiditeit, een steeds fluctuerende gezondheidstoestand of andere problematiek van de patiënt. Veel professionals geven aan dat zij hier veel mee te maken hebben en dat maatwerk belangrijk is.

**Gezondheidszorgsysteem** – Soms is duidelijk dat bepaalde prikkels in het gezondheidszorgsysteem implementatie van leefstijlinterventies belemmeren. Voorbeelden hiervan zijn dat late invasieve

interventies, zoals een maagband operatie of dotteren, worden vergoed omdat hier de curatieve zorg op ingericht is, in tegenstelling tot (vroeg) leefstijlinterventies. Daarnaast noemen zorgprofessionals dat zij keurmerken of indicatoren als strategieën zien om te stimuleren dat het zorgveld leefstijlinterventies inzet en op die manier daarvoor wordt beloond. Zij geven aan dat er te weinig van deze prikkels zijn.

**De interventie zelf-** In meerdere cases lijkt een goed beschreven interventie in draaiboeken en protocollen bevorderend voor implementatie; net als ondersteuning met materialen en ICT. Een protocol hoeft hierbij niet in te houden dat alle patiënten of deelnemers aan de interventie standaard precies dezelfde interventie krijgen, maar dat daarin beschreven staat hoe de interventie op maat toegesneden kan worden. Waar ondersteuning in de vorm van draaiboeken, protocollen en ICT ontbreekt, leidt dit juist tot problemen.

### **Zorgverzekeraars over leefstijlinterventies**

Voor zorgverzekeraars is het thema **effectiviteit** van groot belang als het gaat om het financieren van leefstijlinterventies. De verzekeraars zeggen geen effectieve leefstijlinterventies te kennen of te twijfelen aan de effectiviteit van bestaande leefstijlinterventies. Gedragsverandering alleen vindt men niet voldoende. Voor een zorgverzekeraar is het van belang dat een gezonde leefstijl zich **vertaalt in minder zorggebruik**. Daarnaast vraagt men zich af wie er **verantwoordelijk** is voor gezondheid en voor het bevorderen van gezondheid. Zorgverzekeraars benoemen de noodzaak van preventie, maar zijn niet eenduidig in welke mate het bevorderen van gezond gedrag een taak van de zorgverzekeraar is, en of een leefstijlinterventie een product zou moeten zijn wat in het verzekerde pakket thuishoort. Leefstijladvies en - begeleiding staan opgenomen in zorgstandaarden. Echter, advies wordt wel vanuit de basisverzekering vergoed, maar begeleiding bij gedragsverandering niet. Veel leefstijlinterventies worden **gefinancierd op projectbasis**, waarbij enerzijds de overgang naar structurele vervolgfianciering ontbreekt, en waarbij anderzijds de opgedane kennis en ervaring in projecten binnen zorgverzekeraars niet wordt verzameld of verspreid. **Afwegingen om wel of niet te investeren** in leefstijlinterventies hebben te maken met wie de vruchten van een investering kan plukken, de tijdschhorizon waarin eventuele baten geïncasseerd kunnen worden, de invloed van een investering op de premiehoogte, mogelijke strategische voordelen qua marktaandeel en de mate waarin een innovatie als proeftuin uitgetest kan worden. Zorgverzekeraars vertellen dat in het huidige **verzekeringstelsel** niemand echt wordt gestimuleerd om te investeren in preventie, omdat prikkels vooral gericht zijn op curatie, productie en op het beperken van het consumeren van zorg.

### **Beperkingen van het onderzoek**

In dit onderzoek beschreven we de implementatie van veertien leefstijlinterventies. Hoewel ons overzicht van waaruit wij interventies selecteerden niet compleet is, denken we een goede dwarsdoorsnede te hebben gemaakt van wat er speelt in dit werkgebied. Naast interviews analyseerden we documenten om de betrouwbaarheid te vergroten. Bovendien zijn kerninterviews - en documenten door een tweede onafhankelijke onderzoeker geanalyseerd. Tot slot is aan geïnterviewden gevraagd om de case beschrijving op onjuistheden te controleren. Echter, ondanks



zorgvuldige procedures en analyse, kan er vertekening zijn ontstaan in de resultaten. Zo zijn er vooral mensen geïnterviewd die zich (al) in enige mate inzetten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl; wat er enerzijds voor zorgt dat ondervraagden weten waar zij het over hebben doordat zij dagelijks werken op dit terrein. Anderzijds kan dit beeld gekleurd zijn doordat zij mogelijk al positief zijn over het implementeren van leefstijlinterventies. Een andere beperking is dat wij in dit onderzoek een overzicht van thema's beschrijven, maar geen ordening in mate van belangrijkheid of oorzaak -en gevolgrelaties kunnen aanwijzen. Tot slot merken we op dat het beoordelen van de effectiviteit van interventies eigen beperkingen kent. Vooraf zijn er keuzes te maken in wanneer een interventie als effectief beoordeeld zou kunnen worden. Deze keuzes hebben te maken met vragen zoals: moeten alle uitkomstmaten positieve effecten laten zien, of alleen de primaire en meest relevante uitkomstmaten, en welke zijn dat dan? Gaat het om interventies die zijn afgeleid van andere interventies en welke publicaties moeten in het oordeel meegenomen worden? Is een positieve uitkomst op gedrag voldoende of zijn positieve uitkomsten op gezondheidsmaten, ziektelast en kosten gewenst? Kloppen de gerapporteerde uitkomstmaten met de oorspronkelijke opzet van een studie? Hoe betrouwbaar is het onderzoek? Wat is de sterkte van de bewijskracht? Dit alles betekent dat keuzes van invloed zijn op het beoordelen van de effectiviteit van leefstijlinterventies.

Ondanks deze beperkingen laat dit onderzoek zien dat leefstijlinterventies in de huidige zorgpraktijk op dit moment complex en kwetsbaar in hun organisatie en continuïteit zijn, en dat verschillende thema's daar een belangrijke rol in spelen. Er zijn oplossingen nodig om dit werkgebied verder te brengen en te stimuleren dat zorgprofessionals effectieve interventies kunnen inzetten.

## **6. Oplossingsrichtingen**

Om een advies te kunnen geven over hoe implementatie van leefstijlinterventies te verbeteren is, hebben wij gebruik gemaakt van de input van deelnemers tijdens een 'Invitational Conference' op 23 april 2013 in Nijmegen. Deelnemers aan deze bijeenkomst waren afkomstig van verschillende zorgorganisaties, universiteiten en intermediaire – of koepelorganisaties en zijn onder te verdelen in onderzoekers, beleidsfunctionarissen en zorgprofessionals. Helaas waren afgevaardigden van zorgverzekeraars en subsidieverstrekkers, hoewel uitgenodigd, afwezig.

Op deze bijeenkomst presenteerden wij de resultaten van ons onderzoek, en vond er een brainstorm en discussie plaats over mogelijke oplossingsrichtingen voor implementatieknelpunten. Na een brainstorm over allerlei mogelijke oplossingen, selecteerden deelnemers daaruit de meest kansrijke oplossingen. Daarna volgde er een discussie over mogelijke concrete uitwerkingen en variaties van deze aangedragen oplossingen. De input van deze bijeenkomst is gebruikt om dit hoofdstuk te schrijven, aangevuld met mogelijke oplossingen voor knelpunten die onderbelicht zijn gebleven, onder andere omdat groepen deelnemers afwezig waren op de bijeenkomst. Voor de volledigheid zijn alle door deelnemers aangedragen oplossingen woordelijk opgenomen als bijlage in dit rapport (zie Bijlage 3).

### **‘Een pas op de plaats’**

De titel van dit rapport, 'Een pas op de plaats', is beeldend bedoeld. Het refereert aan de uitspraak dat je soms een stap terug moet doen om vooruit te komen. Op verschillende vlakken zou het goed

zijn om ten aanzien van leefstijlinterventies een pas op de plaats te maken, zodat professionals in dit werkgebied onder betere voorwaarden en omstandigheden effectieve leefstijlinterventies in de patiëntenzorg kunnen inzetten en continueren. Daarvoor zijn oplossingen nodig ten aanzien van: ontwikkeling van leefstijlinterventies, lange termijn kosteneffectiviteit en bewijsvoering, regie, samenhang en hulp bij implementatie, herontwerp van het zorgproces om leefstijlinterventies in te bedden en structurele financiering van goede interventies. Deze oplossingsrichtingen zullen hieronder nader worden toegelicht. Tot slot zijn deze oplossingsrichtingen geschreven in de vorm van een advies aan Wetenschap, Praktijk en Beleid.

### **Stop met ontwikkelen van nog meer**

Gezien de veelheid aan verschillende interventies die professionals zelf ontwikkelen en op eigen kracht implementeren, en waarvan het effect soms niet is aangetoond, is het aan te bevelen dat zorgprofessionals in de toekomst meer gebruik maken van bestaande bewezen effectieve interventies.

### **Investeer in langlopend onderzoek**

Om te komen tot meer samenhang in leefstijlinterventies is meer kennis nodig over lange termijn kosteneffectiviteit en generieke werkzame elementen van leefstijlinterventies. Subsidieverstrekkers kunnen beter investeren in een klein aantal goede en langlopende kosteneffectiviteitsstudies, studies naar werkzame elementen van deze interventies (inclusief hun bereik in de doelgroep) en onderzoek naar activiteiten en programma's die bijdragen aan brede implementatie van werkzame leefstijlinterventies. Uiteindelijke uitvoerders en zorgprofessionals zouden in een vroeg stadium betrokken moeten worden. Voorlopig zouden subsidieverstrekkers geen nieuwe ontwikkelprojecten moeten subsidiëren voor die patiëntengroepen waar inmiddels veel leefstijlinterventies voor bestaan, en waarbij implementatie in de huidige omgeving en zorgpraktijk onzeker is.

### **Zorg voor samenhang, regie en hulp bij implementatie**

Op dit moment ontbreekt een mechanisme dat zorgt voor regie en meer gecoördineerde en grootschaligere implementatie van leefstijlinterventies. Welk mechanisme het beste werkt om meer regie en coördinatie in dit werkgebied aan te brengen, is op dit moment niet bekend en zou onderwerp van studie kunnen zijn. Een van de manieren, waar men bij de Invitational Conference positief over was is om een onafhankelijke partij, een kenniscentrum of organisatie, een aantal goede leefstijlinterventies (en hun werkzame elementen) te laten selecteren en te verspreiden. Daardoor kan er meer eenheid van het aanbod ontstaan en kunnen programma's samenwerken en van elkaar gebruik maken. Deze organisatie zou de regie kunnen nemen door de implementatie van deze selectie van leefstijlinterventies te stimuleren en te faciliteren door onder andere implementatiecoaches en experts beschikbaar te stellen, en de kwaliteit van uitvoering te waarborgen. De vraag bij deze oplossingsrichting is wie deze regierol op zich zou kunnen nemen. Nagedacht moet worden over wie er eigenaar is van een interventie, zodat deze kan zorgen voor updates, een methode voor kwaliteitsborging en doorontwikkeling van de interventie. In de huidige situatie ligt deze rol vaak bij onderzoekers, en dit houdt deels de versnippering van het werkgebied in stand.

### **Herontwerp het zorgproces bij het implementeren van een leefstijlinterventie**

Om een leefstijlinterventie zo volledig mogelijk in te bedden in bestaande structuren, is herontwerp van het zorgproces een belangrijk onderdeel van de implementatie. Ook kan dan goed bekeken

worden hoe het zorgproces optimaal vorm te geven is, zodat een interventie er niet alleen maar als extra optionele zorg bij komt, maar geïntegreerd kan worden in of (gedeeltelijk) in de plaats kan komen van één of meerdere bestaande consult(en).

### **Financier een beperkt aantal goede leefstijlinterventies structureel**

Zoals hierboven genoemd, zou er meer coördinatie en regie in dit werkgebied ontstaan als er gekozen wordt voor een beperkt aantal goede leefstijlinterventies. Deze zouden vervolgens met structurele financiering in de zorgpraktijk geïmplementeerd moeten worden, waarbij zorgverleners kunnen kiezen om interventie A, B of C aan te bieden.

Mogelijkheden zouden bekeken moeten worden om een selectie van leefstijlinterventies (deels) vanuit de basisverzekering te financieren. Daarnaast zouden mogelijkheden onderzocht moeten worden om gezondheidswinst, in plaats van productie, te belonen. En zou het mogelijk gemaakt kunnen worden om langlopende zorgpolissen af te sluiten waardoor zorgverzekeraars meer ruimte ervaren om te investeren in het bevorderen van de gezondheid van hun verzekerden. Tot slot zouden zorgverzekeraars zouden hun verzekerden kunnen belonen voor een gezonde leefstijl of voor een verbetering in leefstijl.

Kanttekening is dat deze oplossingsrichtingen rondom financiering ook weer neveneffecten met zich meebrengen, en dat controle op leefstijl of gezondheidswinst en het verbinden van consequenties daaraan niet alleen als lastig uitvoerbaar, maar ook als ongewenst beschouwd zou kunnen worden.

## **Advies aan Wetenschap, Praktijk en Beleid**

De hierboven genoemde oplossingsrichtingen om implementatie van leefstijlinterventies in de zorgpraktijk te bevorderen, zijn in te delen naar Praktijk, Wetenschap en Beleid.

### **Wetenschap**

- Langer lopend onderzoek naar kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies is gewenst.
- Er is behoefte aan onderzoek naar werkzame principes van bestaande bewezen leefstijlinterventies.
- Subsidieverstrekkers zouden voorlopig geen nieuwe ontwikkelprojecten moeten subsidiëren voor die patiëntengroepen waar inmiddels goede leefstijlinterventies voor bestaan en/of waarbij implementatie in de huidige omgeving en zorgpraktijk onzeker is.
- Meer kennis is nodig over (consequenties en neveneffecten van) andere financieringsvormen voor leefstijlinterventies.
- Meer kennis is nodig over welk(e) mechanisme(n) voor regie en coördinatie en grootschaligere implementatie van leefstijlinterventies zorgt/zorgen.

### **Praktijk**

- Ontwikkel geen nieuwe interventies, maar gebruik vooral (werkzame principes uit) bestaande bewezen interventies.
- Om een leefstijlinterventie zo volledig mogelijk in te bedden in bestaande structuren en continuïteit te waarborgen, is herontwerp van het zorgproces een belangrijk onderdeel van de implementatie in de eigen organisatie.

## **Beleid**

- Meer kennis is nodig over welk(e) mechanisme(n) voor regie en coördinatie en grootschaligere implementatie van leefstijlinterventies zorgt/zorgen. Denk daarbij aan:
  - Een centrale onafhankelijke partij, kenniscentrum of organisatie zou een aantal goede leefstijlinterventies kunnen selecteren en verspreiden in Nederland.
  - Een centrale onafhankelijke partij zou een rol kunnen vervullen in het waarborgen van de kwaliteit van deze leefstijlinterventies.
- Meer kennis is nodig over (consequenties en neveneffecten van) andere financieringsvormen voor leefstijlinterventies.
- Politiek en zorgverzekeraars zouden (een selectie van) leefstijlinterventies met structurele financiering moeten ondersteunen.

## 7. Case beschrijvingen van veertien leefstijlinterventies

Om de case beschrijvingen beknopt en leesbaar te houden, maken we gebruik van logo's. Deze geven aan over welke setting(s) de beschrijving gaat, en geven meer informatie over de ontwikkeling en effectiviteit van de beschreven interventie. Het gaat om de volgende logo's:

### Setting



Thuiszorg



Ziekenhuis



Huisartsenpraktijk



Fysiotherapeut



Diëtist

Thuiszorgorganisatie

Ziekenhuis

Huisartsenpraktijk

Fysiotherapie praktijk

Diëtist

### Ontwikkeling en effectiviteit



Wetenschap



Zelf ontwikkeld



Positieve effecten



Effectiviteit (nog) niet bekend

Ontwikkeld op basis van wetenschappelijk onderzoek en literatuur

Zelf ontwikkeld door professionals in de praktijk

Onderzoek laat positieve effecten zien, effectiviteit is aangetoond

Effectiviteit is nog niet bekend, of niet onderzocht

### Overzicht veertien leefstijlinterventies

|         |                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------|
| Case 1  | Lifestyle bij Diabetes                                    |
| Case 2  | De BeweegKuur                                             |
| Case 3  | Leren leven met COPD                                      |
| Case 4  | Vaatrisicopoli                                            |
| Case 5  | Prisma                                                    |
| Case 6  | Stoppen met roken in de huisartsenpraktijk                |
| Case 7  | Secundaire vasculaire preventiepoli                       |
| Case 8  | DiabetesFit                                               |
| Case 9  | Obesitas groepsprogramma                                  |
| Case 10 | Groepscursus Hoog Cholesterol                             |
| Case 11 | Gesuperviseerde looptherapie bij Claudicatio Intermittens |
| Case 12 | Cope-Actief                                               |
| Case 13 | Beyond Good Intentions                                    |
| Case 14 | Zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie                |

Op pagina's 54 en 55 is een selectie van wetenschappelijke publicaties per leefstijlinterventie opgenomen.



Thuiszorg



Zelf ontwikkeld

Effectiviteit (nog)  
niet bekend

## Case 1 Lifestyle bij diabetes

Deze case gaat over de implementatie van de groepscursus 'Lifestyle bij diabetes' in de setting van een thuiszorgorganisatie.

Lifestyle bij diabetes is een groepscursus voor patiënten met diabetes type 2. Het doel was basiskennis over voeding bij Diabetes bij deelnemers over te brengen. Secundaire doelstelling was om deelnemers te leren deze kennis toe te passen in het dagelijks leven. De cursus werd geleid door een diëtiste en een diabetesverpleegkundige van een thuiszorgorganisatie. Er werd een aantal oefeningen gedaan: etiketten van producten lezen, leren hoe een bloedglucosemeter te gebruiken, een eetdagboekje bijhouden en bloedglucosewaarden bijhouden. Daarnaast was er een doe-opdracht met menukaarten met de vraag wat men kiest van de menukaart in een restaurant. De cursus bestond uit 6 groepsbijeenkomsten van 2 uur.

De cursus werd eind jaren '80 ontwikkeld, waarbij samenwerking is gezocht met de regionale tak van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN). Het programma is hierna een aantal keren aangepast. De cursus wordt inmiddels niet meer gegeven.

**Implementatie:** *"Het gebeurde tussen de soep en de aardappelen".*

Activiteiten om de cursus op te starten waren: flyers en posters in huisartsenpraktijken verspreiden. Adverteren in lokale huis-aan-huis krant. Afspraak dat collega diëtisten verwijzen vanuit spreekuren en de regionale DVN schreef hun ledenlijst aan dat deze cursus er was.

### Succesfactoren en knelpunten

De diëtiste en diabetes verpleegkundige waren zelf erg positief over de inhoud van de cursus. Het geven van groepscursussen, naast individuele consulten, zag de diëtiste als verrijking van haar werk. Ook patiënten waren erg tevreden na het volgen van de cursus. Als succesfactor werd genoemd dat verschillende disciplines goed met elkaar samenwerkten. Dit motiveerde professionals om zich in te spannen voor zo'n initiatief. Daarnaast konden professionals die zelf meewerkten aan de cursus hun eigen patiënten verwijzen. De cursus heeft een aantal jaar succesvol gedraaid. In het bijzonder in de tijd dat de DVN haar ledenlijst aanschreef en leden attendeerde om deel te nemen aan deze cursus. Tot slot werd genoemd dat deelnemers een bloedglucosemeter mee naar huis kregen na afloop, en men merkte dat dit zeer gewaardeerd werd.

Echter, zo vertellen de diëtiste en manager, op een gegeven moment speelden er zoveel externe factoren in de omgeving dat zij de cursus niet meer konden aanbieden. Belangrijkste aanleiding om te stoppen met de cursus was dat er geen financiering meer was. Deze groepscursus werd eerst vanuit de AWBZ betaald en daarna via subsidie van ZonMw. Eind 2011 werden er via ZonMw alleen nog een aantal themabijeenkomsten van 1 avond gefinancierd, maar de verwachting is dat die vorm van financiering op den duur beperkt wordt of helemaal verdwijnt.

Een andere belemmerende factor, waardoor men besloot om te stoppen met de cursus, was dat er te weinig deelnemers geworven konden worden. Vanwege te weinig deelnemers werden er regelmatig cursussen geannuleerd. Hierdoor vond men het blijven werven van deelnemers niet langer rendabel. Professionals merkten dat zij minder gemotiveerd waren om zich in te spannen voor

een cursus die niet goed liep, en men vond het annuleren van een cursus geen goede beeldvorming van de organisatie naar buiten toe. *“Hier in de regio hebben we 6.000 mensen met diabetes. Wij bereiken 20 mensen met de cursus. Wat is dan nog de toegevoegde waarde? Als je de cursus maar twee keer per jaar kunt draaien, maar je moet er wel een heel circus voor draaiende houden, en vernieuwen, dan is dat niet meer in verhouding met het aantal mensen dat je kunt bereiken”* (manager afdeling Diëtetiek).

Een volgende factor van belang, was de opkomst van diabetes ketenzorg en bijbehorende verandering van financiering in de eerste lijn. De thuiszorgorganisatie koos ervoor om daar haar aandacht op te richten. Er zijn verschillende concurrerende initiatieven en men koos ervoor om aan te sluiten bij wat huisartsen aan diabeteszorg aanbieden.

Daarnaast was het lastig om een adequate ruimte te vinden voor een groepsbijeenkomst. Het afdelingssecretariaat van diëtetiek droeg in die tijd een deel van haar taken over naar een centraal cursusbureau. Tijdens deze overgang gingen er vervolgens praktische organisatorische zaken mis, waar professionals last van hadden.

Een aantal algemene knelpunten die in de tijd van deze cursus speelden, zijn nog steeds actueel. Zo geeft de manager aan dat een lastige afweging in de besluitvorming is dat dergelijke cursussen niet tot de kernactiviteiten van de afdeling Diëtetiek behoren (vanwege het relatief lage aandeel in de totale opbrengst). Anderzijds is het een belangrijke en inhoudelijke afwisseling voor diëtisten in hun takenpakket. Mochten deze cursussen niet meer gegeven kunnen worden, dan vindt zij dit een verarming van het takenpakket. Een tweede punt is dat men inmiddels voor iedere cursus een business case opstelt. Belangrijk element daarin is het minimum aantal deelnemers dat nodig is om de kosten te dekken. Een vraag die nog open staat is of deelnemers bereid zijn een eigen bijdrage te betalen – en zo ja, welk bedrag? Tot slot ontbreekt in de regio een totaal overzicht en samenhang van cursussen en programma's dat verwijzers (bijvoorbeeld huisartsen) kunnen gebruiken om patiënten naartoe te verwijzen. Voor de diëtiste en manager blijft op dit moment een belangrijke vraag welke positie een dergelijke cursus heeft binnen de (diabetes) ketenzorg in de eerste lijn. Er is geen integratie van cursussen in het reguliere zorgproces, en men ziet dit als knelpunt.

## Thema's

### Succesfactoren

- Gedreven enthousiaste professionals
- Waardevolle taakdifferentiatie van professionals
- Goede multidisciplinaire samenwerking

### Knelpunten

- Te weinig verwijzingen
- Ontbreken van (structurele) financiering
- Ontbreken van inbedding in het reguliere zorgproces
- Concurrerende initiatieven en ontwikkelingen in de omgeving
- Lastig om geschikte ruimte te vinden voor groepsbijeenkomsten



Huisartsenpraktijk



Fysiotherapeut



Diëtist



Wetenschap



Effectiviteit (nog)  
niet bekend

## Case 2 De BeweegKuur

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB). De BeweegKuur is voor mensen met obesitas en overgewicht in combinatie met een andere risicofactor, bijvoorbeeld diabetes type 2. Op [www.BeweegKuur.nl](http://www.BeweegKuur.nl) staat te lezen: *“Mensen die in aanmerking komen voor de BeweegKuur krijgen maximaal een jaar begeleiding om hun eet- en beweeggedrag aan te passen en daarmee te werken aan een gezonde actieve leefstijl. De huisarts schrijft het ‘recept’ uit, maar daarnaast hebben de leefstijladviseur, de diëtist en indien nodig de fysiotherapeut een belangrijke rol. Het doel is dat deelnemers zelfstandig het ‘gezonde’ gedrag volhouden.”* De BeweegKuur beslaat drie onderwerpen: 1) het verhogen van de lichamelijke activiteit door middel van een beweegprogramma bij de fysiotherapeut of een zelfstandig beweegprogramma; 2) het verminderen van de energie-inname, door een individueel samengesteld dieet, 4 individuele consulten en/of 7 groepsbijeenkomsten olv een diëtiste, en 3) ondersteuning van de leefstijlaanpassingen door gedragsverandering, door gesprekken met de leefstijladviseur (vaak een praktijkondersteuner van een huisartsenpraktijk).

Deze case gaat over de implementatie van De BeweegKuur in een huisartsenpraktijk. Deze huisartsenpraktijk bood al een zelfontwikkeld multidisciplinair beweegprogramma aan. Dit eigen programma had geen financiering en patiënten moesten de kosten bij deelname zelf betalen (circa €300,-). Vanwege deze kosten, is de huisartsenpraktijk overgestapt naar het aanbieden van de BeweegKuur. De diëtiste uit de huisartsenpraktijk had erover gehoord op een jaarcongres van haar beroepsgroep en stelde het voor in de praktijk. Men heeft zich aangemeld voor deelname. De huisartsenpraktijk werd ondersteund door de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS).

*“We omarmden dit programma omdat het een goede methode was, beter dan we het deden.”*

### Implementatie

*“Wij hebben het zo overgenomen en ons daar aan gehouden. Het is een goed doordacht programma, en goed uitgeschreven. Dat is ook het handigst, dan krijg je ook een uniforme werkwijze.”*

De huisartsenpraktijk gebruikte het door de NISB aangereikte kader en het door de ROS uitgewerkte implementatieplan. Er werden een aantal vergaderingen belegd, om te bespreken hoe De BeweegKuur opgestart ging worden. Er is afgesproken dat de praktijkondersteuner coördinator was. De ROS ondersteunde de huisartsenpraktijk praktisch, door uit te zoeken welke scholingen de praktijkondersteuner, fysiotherapeut en diëtiste nodig hadden – en welke materialen er nodig waren. Informatie over het programma werd in de wachtkamer en spreekkamers neergelegd, op de website geplaatst en op het TV-scherm in de wachtkamer van de praktijk. Tijdens een lunchbijeenkomst werd aan huisartsen informatie gegeven over het programma en de inclusiecriteria. De praktijkondersteuner, diëtiste en fysiotherapeut bekeken daarnaast zelf welke van hun patiënten in aanmerking kwamen voor de BeweegKuur en bespraken dit met de huisarts.

### Succesfactoren en knelpunten

Dat er binnen de huisartsenpraktijk al een beweegprogramma was; en dat de praktijkondersteuner, huisarts, diëtiste en fysiotherapeut elkaar al kenden, vond men een succesfactor voor implementatie. Evenals dat men bij elkaar in hetzelfde gebouw zat. *“Het is handig dat het in één praktijk zit. De lijnen*



*zijn heel kort.” De praktijkondersteuner benoemde dat het prettig was dat het programma goed is beschreven, er duidelijke materialen voorhanden zijn, en dat zij niet afhankelijk was voor gegevens van anderen maar dat zij metingen zelf kon doen. Professionals vertelden dat ze methodieken uit de BeweegKuur ook in andere consulten kunnen toepassen en dat zij accreditatiepunten kregen voor gevolgde scholingen. Een succes factor voor implementatie was de ondersteuning vanuit de ROS. Enerzijds voor het uitzoeken van scholing en materialen, anderzijds voor de contacten die de ROS legde met de gemeente en sportorganisaties. En tot slot waardeerden de professionals dat men via de ROS kon deelnemen aan intervisiebijeenkomsten. *“Dat zij [ROS] die intervisie bijeenkomsten beleggen. Je hebt daardoor iets aan elkaar, je kunt van elkaar leren. Als je alleen opstart, dan heb je die contacten niet. Zij leggen ook contact met de gemeente. Dat zijn dingen die voor ons teveel werk kosten, en we zouden er denk ik ook niet aan denken.”**

Een belemmerende factor bij de implementatie van de BeweegKuur was het werven van deelnemers en inplannen van de groepen. Allereerst kwam het voor dat huisartsen er niet aan dachten om patiënten te vragen en te verwijzen. Verder werd vooral de bovenste categorie BMI verwezen naar de BeweegKuur. Een huisarts vertelt hierover: *“Het valt je pas op dat mensen dik zijn, als ze tegen die grens aan lopen. We zijn met die dikke mensen meegegroeid. Ja, niet in gewicht, maar de mindset is niet streng genoeg.”* De praktijkondersteuner gaf aan dat de inclusiecriteria in sommige gevallen ruimer zouden mogen, omdat er mensen niet in aanmerking kwamen die in haar optiek wel zouden kunnen deelnemen. De praktijkondersteuner vertelde daarnaast dat zij niet weet of en in welke mate huisartsen de deelnemers tussentijds motiveren voor deelname aan de BeweegKuur. Het plannen van de start van de BeweegKuur was een lastig moment. De huisartsenpraktijk begon in maart met het werven, en in juni was de groep vol – maar dan was het zomervakantie. Vervolgens ontstond er na het opstarten van de groep tijdelijk een capaciteitsprobleem in de fysiotherapiepraktijk. De groepjes zaten vol, en mensen konden niet terecht. Ook was het praktisch en organisatorisch lastig om de zeven groepsbijeenkomsten bij de diëtiste in te plannen op dagen en tijden dat alle twintig deelnemers konden.

Een ander knelpunt dat werd genoemd, was de uitval van deelnemers na het starten. De praktijkondersteuner, diëtiste of fysiotherapeut moet dan de patiënt die niet aanwezig was opbellen en er achteraan gaan. Dit werd als extra werk en tijdrovend ervaren.

Verder was de gezamenlijke digitale dossiervoering rondom de BeweegKuur onhandig. Alleen de praktijkondersteuner kon inloggen, omdat de fysiotherapeut en diëtiste werkzaam zijn bij een andere organisatie en andere ICT-voorzieningen hadden. De praktijkondersteuner moest zelf de dossiervoering van de fysiotherapeut en de diëtiste toevoegen aan het digitale dossier.

De praktijkondersteuner en fysiotherapeut gaven aan dat de doorstroom van deelnemers richting zelfstandig sporten moeizaam ging. Samen met de ROS, de gemeente en sportverenigingen ging men een sociale kaart maken van alle mogelijkheden voor sporten in de regio.

Tot slot is de financiering voor de toekomst onzeker. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport besloot op 4 juli 2011 om de gecombineerde leefstijlinterventie (de BeweegKuur) niet volledig op te nemen in het basispakket. De huisartsenpraktijk mocht bij deelname aan het onderzoek rondom de BeweegKuur vier groepen van twintig deelnemers opstarten. In oktober 2011 vertelde de praktijkondersteuner dat er waarschijnlijk nog één groep mocht starten, en dat daarna de financiering zou stoppen en dat het nog niet duidelijk was hoe de BeweegKuur een vervolg kan

krijgen in de huisartsenpraktijk. *“Mocht de BeweegKuur stoppen, dan gaan we onze eigen beweeggroepjes weer opstarten”*

## Thema's

### Succesfactoren

- Gedreven enthousiaste professionals
- Bestaande overlegstructuur en samenwerking
- Heldere beschikbare protocollen, materialen en werkwijze
- Accreditatiepunten voor scholing
- Ondersteuning vanuit ROS
- Tijdelijke financiering

### Knelpunten

- Te weinig verwijzingen. Groepen kwamen wel vol, maar kostte moeite terwijl er wel voldoende potentiële patiënten zijn.
- Met name verwijzingen van de bovengrens BMI
- Capaciteitsprobleem na opstarten
- Moeilijk inplannen en organiseren van groepsbijeenkomsten
- Tussentijdse uitval van deelnemers
- Moeizame doorstroom van sporten bij de fysiotherapeut naar een reguliere sport
- ICT ondersteuning niet op orde, dossiervoering kost daardoor veel tijd
- Onzekerheid over financiering



Thuiszorg



Fysiotherapeut



Diëtist



Zelf ontwikkeld



Effectiviteit (nog)  
niet bekend

## Case 3 Leren leven met COPD

Doel van deze groepscursus is mensen met COPD leren (beter) om te gaan met de gevolgen van hun ziekte in hun dagelijks leven. De cursus wordt gegeven vanuit een thuiszorgorganisatie, in samenwerking met een GGZ-organisatie. De volgende onderwerpen komen in de cursus aan de orde: leven met een chronische ziekte; oorzaken en gevolgen van COPD; COPD en medicatie; beweging, ademhaling en ontspanning; voeding bij COPD; chronisch ziek zijn en stemming; energiebeheer en omgaan met spanning; denkpatronen doorbreken; omgaan met hulp en onbegrip; en assertiviteit en sociale vaardigheden. Bij veel thema's worden oefeningen gedaan. Deelnemers krijgen een cursusboek en een cd. De cursus bestaat uit 10 groepsbijeenkomsten van 2 uur en wordt gegeven door een longverpleegkundige, psycholoog, fysiotherapeut, diëtiste en ergotherapeut. De cursus wordt twee keer per jaar gegeven.

Aanleiding voor het starten van de cursus, was dat een GGZ-organisatie in de regio een cursus gaf voor chronisch zieken. Longpatiënten voelden zich niet thuis op deze bestaande cursus. Longverpleegkundigen van de thuiszorg hadden al materiaal ontwikkeld voor een informatieavond voor patiënten met COPD. Samen hebben zij dit omgevormd tot iets nieuws, passend in ZonMw subsidie voorwaarden. Zij vroegen de subsidie aan, en kregen deze.

Deze case gaat over de implementatie van Leren leven met COPD in een thuiszorg setting.

### Implementatie

Na inhoudelijke ontwikkeling van de cursus werden data gepland en afgestemd met de betrokken disciplines. Er werd geadverteerd in lokale huis-aan-huis kranten, via flyers en posters, en via het informeren van eigen teams, collega's, fysiotherapeuten en huisartsen. Het cursusbureau van de thuiszorgorganisatie hielp met de PR, de praktische organisatie en de inschrijvingen. De longverpleegkundige had een coördinerende rol bij de implementatie. Zij vertelt dat er wel deadlines waren, maar geen geschreven plan.

### Succesfactoren en knelpunten

De belangrijkste bevorderende factor voor implementatie van Leren Leven met COPD was dat er financiering was om deze cursus te ontwikkelen en (tijdelijk) uit te voeren. Daarnaast noemt men de multidisciplinaire samenwerking, de samenwerking tussen de thuiszorgorganisatie en GGZ-organisatie en het feit dat professionals enthousiast zijn om de cursus te geven bevorderend. Belangrijk bij het werven van cursisten, was de deelname van een fysiotherapeut aan het programma. Deze fysiotherapeut gaf een inhoudelijk onderdeel van de cursus, maar was tegelijk ook een belangrijke verwijzer naar de cursus – want in zijn fysiotherapiepraktijk was er een beweegprogramma voor COPD patiënten.

De longverpleegkundige vertelde dat het vooraf afnemen van een intake met deelnemers positief werkt, omdat patiënten dan een juiste verwachting hebben van de cursus. Verder werd ook een financiële eigen bijdrage positief bevonden (het ging om €60,-). Volgens de longverpleegkundige werd de cursus goed gewaardeerd door patiënten; zij waren vooral tevreden over het uitwisselen van praktische tips, oefeningen en contact met lotgenoten.

Belangrijkste knelpunt was het ontbreken van structurele financiering. De thuiszorgorganisatie en GGZ-organisatie vertelden in oktober 2011 dat zij gaan bekijken hoe zij de cursus kunnen organiseren en financieren. Een businesscase is daarbij belangrijk, met name om uit te rekenen wat het minimum aantal deelnemers is om de kosten te kunnen dekken. Er wordt nog een regiobreed overleg gepland om gezamenlijk mogelijkheden te bekijken. Een tweede knelpunt was dat er te weinig verwijzingen naar de cursus zijn. Soms moesten regio's samengevoegd worden om een cursus toch door te laten gaan, maar dan moesten patiënten wel verder reizen naar de cursus. Soms liet men een cursus toch doorgaan bij te weinig deelnemers, omdat de kosten voor PR al gemaakt waren en men anders mensen moest teleurstellen.

Patiënten die deelnamen aan de cursus waren vaak de 'slechtere' categorie patiënten. Volgens de longverpleegkundigen zouden vooral praktijkondersteuners meer 'lichtere' categorie patiënten door kunnen sturen. Een knelpunt dat hiermee samenhangt, was dat de cursus niet standaard onderdeel uitmaakt van de ketenzorg of behandeling voor COPD.

Een praktisch knelpunt is dat het in het begin lastig was om een goede ruimte te vinden voor een groepsbijeenkomst, waarbij rolstoeltoegankelijkheid van het gebouw ook meespeelde.

### **Thema's**

#### **Succesfactoren**

- Gedreven enthousiaste professionals
- Multidisciplinaire samenwerking
- Beschikbare tijdelijke financiering
- Vooraf een intake met deelnemers aan de cursus

#### **Knelpunten**

- Geen structurele financiering
- Te weinig verwijzingen
- Met name verwijzingen van de 'slechtere' categorie patiënten
- Ontbreken van inbedding in regulier zorgproces
- Lastig om geschikte ruimte te vinden voor groepsbijeenkomsten



## Case 4 Vaatrisicopoli

Deze case gaat over de implementatie van een vaatrisicopolikliniek in een ziekenhuis. Deze poli had als doel het in kaart brengen van risicofactoren, bewustwording creëren, kennis bij patiënten overbrengen en hen begeleiden bij leefstijlverandering ter verbetering van hun risicoprofiel. De verpleegkundig specialist bemande deze polikliniek en daarin voerde zij de volgende activiteiten uit: 1) Een profiel van risicofactoren in kaart brengen; 2) Indien nodig aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld lab, ECG, lichamelijk onderzoek; 3) In samenspraak met de patiënt behandeldoelen vaststellen. De patiënt wordt voor het realiseren van deze doelen vaak doorverwezen naar een fysiotherapeut, een stoppen-met-roken programma of een diëtist; 4) Zo nodig wordt medicamenteus beleid afgesproken; 5) Er volgt een beperkt aantal vervolgafspraken. Het zijn per patiënt meestal 3 à 4 individuele consulten van 30 minuten in een jaar. Betrokkenen waren een verpleegkundig specialist, specialisten van de vakgroepen vaatchirurgie, cardiologie, interne geneeskunde en neurologie. Er waren afspraken tussen eerste en tweede lijn over het protocol en over de wijze van overdracht via een patiëntenbrief en patiëntenboekje.

De aanleiding om deze vaatrisicopoli op te starten was ondoorzichtig. De Raad van Bestuur had aan de verpleegkundig specialist de opdracht gegeven om een vaatrisicopoli te ontwikkelen en te implementeren samen met alle betrokken vakgroepen. Bovendien paste dit als afstudeeropdracht goed in het traject van de opleiding tot verpleegkundig specialist. Echter, er speelden verschillende belangen bij medische vakgroepen en management van het ziekenhuis – waardoor de aanleiding om deze poli op te starten niet duidelijk was.

In combinatie met de vaatrisicopoli werd daarnaast een pilot ontwikkeld voor een modulair leefstijlprogramma over bewegen en voeding. Daarvoor is financiering aangevraagd bij ZonMw en de zorgverzekeraar, maar dit is niet gelukt. Het leefstijlprogramma is niet van de grond gekomen. De vaatrisicopoli is wel opgestart. Echter, het eindresultaat was niet volledig volgens plan. Het is wel gelukt om multidisciplinaire protocollen te ontwikkelen in het kader van cardiovasculair risicomanagement. Dat is volgens de verpleegkundig specialist de winst van dit initiatief, net als de verbeterde samenwerking met de eerste lijn op dit onderwerp. In de toekomst bestaat de vaatrisicopoli waarschijnlijk niet meer in deze vorm, maar gaat de verpleegkundig specialist spreekuren aanbieden binnen één specialisme. *“Multidisciplinair moet er iets tot stand gebracht worden. Men moet zich bewust zijn dat het geheel complexer wordt dan wat ze nu hebben, maar dat je ook je patiënten beter kunt behandelen.”*

### Implementatie

De verpleegkundig specialist was coördinator bij het ontwikkelen en implementeren van de vaatrisicopoli. Zij maakte daarvoor een implementatieplan en een communicatieplan. Er werd gestart met het schrijven van het inhoudelijke protocol en daarvoor werden overleggen gepland waarbij een afgevaardigde van elke vakgroep aanwezig was, en in een later stadium ook een afgevaardigde van de huisartsenvereniging. Om de poli op te zetten, moesten er ICT-aanpassingen gedaan worden, zoals het aanmaken van spreekuurschema's, automatische brieven, scorelijsten en protocollen. Toen alle voorwaarden voor de polikliniek gereed waren, is de verpleegkundig specialist persoonlijk langs alle specialisten gelopen met het boekje protocollen en heeft een mondelinge toelichting gegeven. Alle specialisten kregen een e-mail met uitleg hoe zij patiënten konden verwijzen. De verpleegkundig

specialist stelde voor om in elke vakgroep iets te komen vertellen, maar volgens specialisten hoefde dit niet. *“Maar nu blijkt dat niemand ergens vanaf weet”.*

### Succesfactoren en knelpunten

Een succesfactor in deze case was dat de verpleegkundig specialist vanwege haar opleiding tijd had om dit project uit te werken en te organiseren. Eén van de vaatchirurgen steunde het initiatief en probeerde andere specialisten ook te overtuigen. Dit lukte ten aanzien van het ontwikkelen van protocollen. En toen de huisartsen ook betrokken werden, toen zagen specialisten in dat het cardiovasculair risicomangement in het ziekenhuis verbeterd kon worden en ontstond er meer draagvlak voor dit onderwerp. De verpleegkundig specialist vertelt dat het multidisciplinair samenwerken een sterk concept is voor de inhoud, maar tegelijk lastig is. Een succesfactor was dat de coördinatie bij één persoon lag, die bovendien niet bij één specifiek specialisme hoorde om tegenwicht te bieden aan verschillende belangen onderling.

Diverse knelpunten speelden een rol bij het ontwikkelen en implementeren van deze vaatrisicopoli. Met name belangen van verschillende specialismen belemmerden implementatie. Dit kwam omdat het starten van de vaatrisicopoli, waarbij in eerste instantie de verpleegkundig specialist alle cardiovasculaire patiënten zou zien, grote gevolgen zou hebben voor patiëntenstromen op ziekenhuisniveau. Hoe consulten gedeclareerd moesten worden, vergde veel uitzoekwerk. Bovendien bleek, zo vertelde de verpleegkundig specialist, dat sommige specialisten niet geïnteresseerd waren in leefstijl, maar bijvoorbeeld wel in het multidisciplinair afstemmen van het medicatiebeleid voor patiënten met een hoge bloeddruk of hoog cholesterol. *“Eigenlijk waren er een heleboel specialisten wel enthousiast over, maar iedereen was meer geïnteresseerd in protocollen dan het daadwerkelijk opzetten van zo’n poli”.* En tijdens de ontwikkeling van de vaatrisicopoli speelde ook de discussie in welke mate leefstijlverandering in het ziekenhuis of de eerstelijns plaats zou moeten vinden. Gevolg van bovenstaande knelpunten, was dat er na het opstarten van de vaatrisicopoli nauwelijks verwijzingen naar de verpleegkundig specialist kwamen. De handvol patiënten die wel werd verwezen, was van de ongezondste categorie. *“Ik moest in het begin enorm lobbyen om patiënten te krijgen. Als ik dan patiënten kreeg was het worst-case scenario. Geen eer aan te behalen.”*

Bovendien bleek het voor de continuïteit kwetsbaar dat de uitvoering van de vaatrisicopoli bij één persoon lag. Er was voor de vaatrisicopoli geen financiering voor extra formatie, of voor specifieke software wat het werk en verslaglegging van de verpleegkundig specialist zou kunnen ondersteunen. Dit werd als gemis ervaren.

### Thema's

#### Succesfactoren

- Verpleegkundig specialist had tijd voor ontwikkeling en implementatie
- Coördinatie van de implementatie lag bij één persoon
- Multidisciplinaire samenwerking bij het schrijven van het protocol

#### Knelpunten

- Verschillende belangen medisch specialisten
- Te weinig verwijzingen
- Met name verwijzingen ongezondste categorie patiënten
- Geen ICT ondersteuning
- Uitvoering bij 1 persoon was kwetsbaar
- Te weinig draagvlak voor initiatief

## Case 5 Prisma



Ziekenhuis



Huisartsenpraktijk



Wetenschap



Zelf ontwikkeld



Positieve effecten

Prisma staat voor: PRo -active Interdisciplinair SelfManagement educatie. Prisma is een kort en gestructureerd interdisciplinair groepsprogramma voor mensen met type 2 diabetes, dat dient als start van en aanvulling op de individuele poliklinische begeleiding. Het programma wordt gegeven in ziekenhuizen en huisartspraktijken. Deze case gaat over implementatie en verspreiding van Prisma in en vanuit een Universitair Medisch Centrum.

Prisma heeft als doel mensen met diabetes type 2 te informeren en te motiveren meer grip op hun aandoening te krijgen. Hiertoe reikt het programma verschillende instrumenten aan, zoals een gezondheidsprofiel en strategieën om eigen gedragsdoelen te formuleren. Iedere patiënt maakt een persoonlijk actieplan en dat gaat mee in vervolgconsulten. Het zijn 2 groepsbijeenkomsten van 3,5 uur, en het kan door verschillende professionals worden gegeven. Meestal door een diabetes verpleegkundige, diëtiste (en/of huisarts/internist/endocrinoloog/psycholoog). Prisma wordt gefinancierd vanuit de reguliere financiering. *“De clou is dat iedereen alle onderdelen van het programma kan geven. In je lijf is het ook één ding”, diabetesverpleegkundige. En: “Iedereen is geïnteresseerd in zijn eigen gezondheid, maar heeft verschillende beelden over wat gezond en goed is”*

Prisma is de Nederlandse variant van het Engelse Desmond programma, en is vertaald door een aantal medewerkers van een multidisciplinair diabetesteam van een Universitair Medisch Centrum. De aanleiding hiervoor was dat het diabetesteam in het ziekenhuis de resultaten die zij boekte niet goed genoeg vond. Daarnaast had het diabetesteam de traditie om ook naar de psychosociale dimensie van de ziekte te kijken. Met het oog op een verwachte toename van het aantal diabetes patiënten wilde men bovendien logistieke problemen voorkomen en afwisseling creëren in het werk van zorgverleners, zodat zij niet achter elkaar steeds dezelfde informatie bespreken met patiënten in een spreekuur. Een afvaardiging van het diabetesteam ging naar Engeland. Eerst ter oriëntatie, daarna om zich te laten trainen in het Desmond programma. De Engelse basis van het programma bleek goed toepasbaar in de setting van het Universitair Medisch Centrum. Men heeft het Desmond programma vertaald naar het Nederlands, en naar de Nederlandse situatie en tweedelijns setting. Daarnaast heeft men een interne kwaliteitscyclus en kwaliteitsborging opgezet.

### Implementatie

Eerst voerde men een pilot uit om te testen of de inhoud, zoals vertaald vanuit het Desmond programma, naar tevredenheid was. Deze pilot vond plaats met collega's en in eerste instantie nog niet met patiënten. Na de inhoudelijke ontwikkeling van het programma moesten er diverse organisatorische randvoorwaarden geregeld worden om de groepseducatie op te starten in het ziekenhuis. Men had daarvoor een implementatieplan geschreven. Zo moesten de spreekuurschema's worden aangepast, en patiëntenbrieven worden gemaakt. De administratie moest worden ingelicht over correspondentie en declaraties. Men rekende uit hoe vaak Prisma gegeven moest worden op basis van het aantal nieuwe patiënten. Cursusdata werden ingepland en er ruimtes gereserveerd. Collega's werden getraind door middel van een train-de-trainer cursus. Er is een beleidsdag georganiseerd om het hele diabetesteam te informeren. Ook tijdens het reguliere teamoverleg is veel gesproken over Prisma. Bovendien komt het programma wekelijks ter sprake in het multidisciplinaire overleg van het diabetesteam. De diabetesverpleegkundige vertelde dat

implementatie eigenlijk nooit stopt. Telkens als er een nieuwe lichting arts-assistenten komt, dan krijgen ze informatie over Prisma.

## **Verspreiden**

Na het publiceren van een aantal Nederlandse artikelen over Prisma, en na en het houden van presentaties op symposia wilden ook andere zorgorganisaties Prisma implementeren. Men ging nadenken hoe het programma verspreid kon worden. Inmiddels kunnen zorgorganisaties een train-de-trainer pakket kopen. Zij willen de prijs van de training laag houden, anders kan het binnen de gezondheidszorg alsnog niet verspreid worden. De diabetesverpleegkundige vertelt dat het ontzettend veel tijd kost om andere organisaties op te leiden: twee dagen trainen en twee dagen observeren op locatie (over heel Nederland). *“Er is geen partij die het wil vermarkten. Je mist een gedegen partij, een soort nationaal educatiecentrum die bijvoorbeeld zeggen dat alles wat bewezen effectief is, proberen we samen met de beroepsgroepen... Daar zou echt een rol voor zijn”*. Nadeel is dat het voor het diabetesteam vooral ‘liefdewerk oud papier’ is, hoewel dit nooit uitgerekend is. Het team zou graag willen uitbreiden over Nederland, waarbij er in elke regio in Nederland opleiders zijn die goed kunnen trainen.

## **Succesfactoren en knelpunten**

Zorgverleners die Prisma hebben ontwikkeld en geïmplementeerd, zijn enthousiast over de inhoud van het programma. *“Ons geloof dat dit het was heeft ervoor gezorgd dat dit opgestart kon worden. Onze drive, en anderen daarmee ook enthousiast zien te maken.”* Het team is overtuigd van de methodiek en heeft de interventie onderdeel gemaakt van de reguliere behandeling voor diabetes in het ziekenhuis. Het programma is daarmee een vaste stap in het zorgproces, waardoor alle patiënten die in aanmerking komen uitgenodigd worden. Naast enthousiaste professionals, is het volgens betrokkenen een pré dat het bestaande multidisciplinaire diabetesteam al een traditie heeft om naar de psychosociale dimensie te kijken bij diabetes. Het programma past dus goed bij wat men al deed en bij de bestaande onderzoekscultuur. Bovendien kon een inspirerende hoogleraar anderen enthousiast maken en mensen in contact brengen met het Desmond team in Groot-Brittannië. Professionals zijn tevreden met groepsbijeenkomsten als alternatief voor spreekuren waar in individuele consulten diabetes educatie gegeven zou worden. Zij waarderen deze taakdifferentiatie. Tot slot zijn ook patiënten enthousiast en tevreden over Prisma.

Echter er zijn ook verschillende belemmeringen waar men tegenaan loopt. Niet alle professionals binnen het diabetesteam werken in vervolgconsulten altijd en volledig volgens de methode en filosofie van Prisma en zelfmanagement. Daarbij vindt niet iedere collega het even leuk om groepen te begeleiden – terwijl men er tegelijkertijd voor wil zorgen dat Prisma geen “stand-alone” is en alleen uitgevoerd wordt door een select aantal teamleden. Hiermee samenhangend is dat groepsbegeleiding een beroep doet op andere vaardigheden. *“Je moet dit leren. Het verbaast me iedere keer weer hoe moeilijk het is om los te komen van je eigen stramien”*. Alle teamleden moesten getraind worden. Hoe vaker je Prisma geeft, des te beter je erin wordt. Vanwege de relatief lage frequentie van het programma, is het lastig om iedereen in het team vaardig te houden. En vanwege veel roulerende arts-assistenten is er continue aandacht nodig om nieuwe medewerkers te informeren.



Een ander knelpunt was, dat in het begin wantrouwen was met betrekking tot taakherschikking van arts naar verpleegkundige. Ook was er weerstand tegen verandering in het zorgproces. De diabetesverpleegkundige vertelt dat sommige specialisten zeiden “*kunnen we niet gewoon doen?*”.

Praktisch knelpunt was dat het lastig was om in de reguliere ICT-voorzieningen groepsconsulten een plek te geven. Bijvoorbeeld bij het boeken van afspraken, aanmaken van spreekuurschema's, uitdraaien van brieven en uitnodigingen en het declareren van consulten, bleken er aanpassingen nodig te zijn. Ook is het lastig om de verslaglegging per individuele patiënt, bijvoorbeeld de actieplannen die patiënten tijdens de cursus maken, in het reguliere dossier op te nemen zodat deze in vervolgsconsulten aan de orde kunnen komen. Volgens de diabetesverpleegkundige is daarnaast het ziekenhuisgebouw niet optimaal ingericht op groepsconsulten. Het is lastig om een geschikte ruimte te vinden en deze terugkerend te kunnen reserveren. Verder noemden betrokkenen dat Diabetes geen speerpunt van de organisatie is. Men ziet dit als een reden waarom dit programma relatief minder aandacht krijgt vanuit de Raad van Bestuur en bedrijfsleiders.

Ten aanzien van het verspreiden van Prisma worden er diverse knelpunten ervaren. Allereerst is er geen organisatie of stichting die het programma in beheer neemt en de verspreiding ondersteunt. Deze taken liggen (nog) bij professionals zelf en dit kost hen veel (vrije) tijd. Daarnaast is er geen oplossing hoe de kwaliteit van de interventie na verspreiding op structurele basis te borgen is. Een ander knelpunt is dat iedere setting die Prisma wil gebruiken, een eigen variant wil van Prisma. Men denkt dat hierdoor veel kennis verloren gaat. Verder is er in de eerstelijns binnen de DBC Diabetes financiering voor zelfmanagement, want dit staat in de zorgstandaard. Echter het ombuigen van financiering in de eerste lijn is soms moeizaam. Komt Prisma in plaats van andere consulten met bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, of als extra zorg?

## Thema's

### Succesfactoren

- De interventie is onderdeel van de behandeling, een vaste stap in het zorgproces
- Patiënten zijn enthousiast over de interventie
- Interventie is ingebed in al bestaand multidisciplinair diabetesteam
- Enthousiasme en drijfveer van professionals
- Inspirerende opinieleider
- Traditie om te kijken naar psychosociale dimensie
- Neveneffect: professionals tevreden met alternatief voor steeds dezelfde individuele consulten diabetes educatie (tevreden met taakdifferentiatie)

### Knelpunten

- Niet alle professionals werken in vervolgsconsulten altijd en volledig volgens filosofie van Prisma
- Zorgsysteem is niet ingericht op groepsconsulten (ICT, geschikte ruimte)
- Groepsbegeleiding doet beroep op (andere) vaardigheden
- Lastig iedereen vaardig te houden in het team door lage frequentie programma
- Patiëntengroep is geen speerpunt van het UMC
- Wantrouwen vanwege taakherschikking en verandering in het zorgproces
- Verspreiden:
  - o Taken om programma te verspreiden liggen (nog) bij professionals zelf
  - o Onduidelijk hoe de kwaliteit van de interventie na verspreiding te borgen is
  - o Iedere setting wil een eigen variant
  - o Lastig om financiering in de eerste lijn om te buigen en het programma te financieren uit DBC



Huisartsenpraktijk



Wetenschap



Positieve effecten

## Case 6 Stoppen-met-roken in de huisartsenpraktijk

Deze case gaat over individuele stoppen-met-roken begeleiding door een praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk. De praktijkondersteuner in deze case gebruikt de Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken van Stivoro, in combinatie met inzichten uit de methode van Pauline Dekker en Wanda de Kanter (longartsen Beverwijk) en inzichten van Alan Carr. Het komt neer op een kortdurende interventie, waarbij in stappen het motivatieniveau en de nicotineafhankelijkheid worden vastgesteld en barrières voor stoppen met roken worden besproken. Er wordt een stopdatum afgesproken, farmacotherapie geadviseerd en een follow-upconsult aangeboden.

Begeleiding bij stoppen-met-roken werd al zo'n vijf jaar aangeboden binnen deze huisartsenpraktijk. Echter, bij de overgang van de praktijk naar de HOED (Huisartsen Onder Een Dak), werd besloten om dit meer vorm te geven en volgens een effectieve methode aan te bieden. Een van de betrokken huisartsen vertelde dat besluitvorming hierover in de HOED-vergadering plaatsvond. Gewoonlijk wordt er bij een positief besluit een project van gemaakt. In dit geval waren er geen discussiepunten of belemmeringen en men zag dit niet als 'echt project'. Eén van de doktersassistenten werd praktijkondersteuner en kreeg onder andere als taak de stoppen-met-roken spreekuren op te zetten. Zij volgde daarvoor scholing. Verder waren er in de praktijken nog geen werkafspraken rondom het registreren van de rookstatus, de verwijzing naar praktijkondersteuner en de gevolgde stoppen-met-roken begeleiding. Naast het opzetten van spreekuren, wilde men ook deze registratie verbeteren. Toen de praktijkondersteuner de stoppen-met-roken spreekuren opstartte, ontstond er in het begin een toeloop van patiënten. Inmiddels is dat uitgemiddeld en blijft het aantal patiënten dat begeleiding krijgt met stoppen-met-roken min of meer gelijk.

### Implementatie

De praktijkondersteuner was de spil bij het implementeren van de stoppen-met-roken begeleiding in de huisartsenpraktijk. Er was geen plan geschreven. De praktijkondersteuner heeft scholing gevolgd en uren gekregen om de begeleiding vorm te geven. De huisartsen spraken in een vergadering af om te verwijzen, *"en dan gebeurt dat meestal"*, aldus één van de huisartsen. De praktijkondersteuner heeft naar eigen zeggen langzaam in de wandelgangen verspreid dat de spreekuren opgestart waren.

### Succesfactoren en knelpunten

Na de gevolgde scholing kon de praktijkondersteuner zelf aan de slag met het opstarten van de stoppen-met-roken begeleiding. Voordeel was, volgens haarzelf, dat zij niet veel behoefde te doen om het te implementeren. Zij was gemotiveerd om het goed vorm te geven, en er was draagvlak onder de huisartsen. Bovendien was er, in ieder geval voor dat jaar, financiering vanuit de zorgverzekeraar middels de stoppen-met-roken module. Een voordeel vond men dat mensen binnen de huisartsenpraktijk terecht konden voor deze begeleiding. Bevorderend vond de praktijkondersteuner dat zij zelf flexibel haar consulten in een spreekuur in kon plannen. Voorheen had zij een middag specifiek voor stoppen-met-roken gereserveerd, maar nu plant zij consulten in op de eerste vrije plek in haar agenda. Tot slot werd het als aanmoedigend ervaren, dat de praktijk in achterstandswijk zit en er veel gezondheidswinst te behalen is.

Een knelpunt bij de implementatie van stoppen-met-roken begeleiding, was dat er (nog) geen overzicht op het totaal aantal potentiële patiënten is. Daarbij vertelden de praktijkmanager en de huisarts beiden dat zij op dit moment geen inzicht hebben in de kosten, hoeveel patiënten deze begeleiding krijgen, en hoeveel consulten er per patiënt plaatsvinden. Daarnaast is er geen zicht op hoeveel rokers er door de begeleiding met roken zijn gestopt. Zowel de praktijkmanager als praktijkondersteuner gaf aan dat voor hen niet duidelijk is in welke mate collega's de interventie uitvoeren zoals bedoeld en of de kwaliteit voldoende is. Maar, zo vertelde de huisarts: *“Het meten van effecten heeft geen consequenties óf we het doen.”*

Hoewel niet alle huisartsen evenveel patiënten verwijzen en de praktijkondersteuner dit jammer vindt, vertelde zij tegelijk dat er onvoldoende capaciteit zou zijn om alle rokers te kunnen begeleiden. Bovendien zou haar werk te eenzijdig worden, als zij alleen maar stoppen-met-roken consulten zou doen.

Tot slot ervoer de huisartsenpraktijk belemmeringen rondom het uitzoeken hoe regels en voorwaarden in elkaar steken rondom de zorginkoop en contractering van stoppen-met-roken. Men wilde vanuit de HOED gezamenlijk de zorginkoop regelen. De praktijkmanager vertelt dat het vooral een papieren kwestie was, waarbij het ten eerste niet direct duidelijk was aan welke voorwaarden je moest voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Ten tweede vertelde zij dat zij bepaalde regels arbitrair en te mild vond, bijvoorbeeld dat er op praktijkniveau en niet op medewerkerniveau voldaan moet zijn de eis van ervaring met stoppen-met-roken begeleiding. Op die manier zou bijvoorbeeld een tweede praktijkondersteuner die geen ervaring heeft deze begeleiding mogen geven.

## Thema's

### Succesfactoren

- Heldere werkwijze, protocol, scholing
- Financiering vanuit zorgverzekeraar
- Praktijkondersteuner gemotiveerd
- Draagvlak onder huisartsen
- Praktijk zit in achterstandswijk, er is veel gezondheidswinst te behalen
- Opstarten ging eenvoudig
- Praktijkondersteuner kan flexibel consulten in plannen in spreekuur (voorheen een middag specifiek voor stop-roken; nu op eerste vrije plek in agenda)

### Knelpunten

- Niet alle huisartsen verwijzen even veel
- Geen inzicht of professional bekwaam is en of de interventie goed wordt uitgevoerd
- Risico: werk wordt te eenzijdig als je alleen maar stoppen met roken doet
- Geen inzicht in kosten en hoeveel patiënten begeleiding krijgen
- Geen inzicht in effectiviteit (hoeveel en welke patiënten zijn echt gestopt met roken)
- Uitzoeken hoe regels, voorwaarden en zorginkoop stoppen met roken bij zorgverzekeraar werkt (gehele ketenzorg verzorgen, met apotheek erbij)



Ziekenhuis



Wetenschap



Zelf ontwikkeld



Effectiviteit (nog)  
niet bekend

## Case 7 Secundaire cardiovasculaire preventie poli

Deze case gaat over de implementatie van een secundaire preventiepoli voor patiënten met cardiovasculaire ziekten in een Universitair Medisch Centrum. Het doel is om met behulp van een gestructureerde screening en kortdurende begeleiding risicofactoren te verminderen. Screening gebeurt door middel van een vragenlijst, anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en ECG. Het cardiovasculair risicoprofiel wordt direct in een elektronisch patiëntendossier weergegeven. Wekelijks worden er circa 30 patiënten multidisciplinair in een “TherapieAdviesGroep” (TAG) besproken, bestaande uit een neuroloog, vaatchirurg, cardioloog en internist-vasculair geneeskundige. Gespecialiseerde verpleegkundigen bespreken de uitslag van de screening met patiënten om bewustwording te creëren. Daarna maken verpleegkundige en patiënt samen een plan. In twee tot vier verpleegkundige consulten worden de Minimale Interventie Strategie en motiverende gespreksvoering gebruikt. *“Wij zien onze rol in de tweede lijn als een beperkte. Het is een eerste aanzet. Verandering van leefstijl is iets wat veel langer tijd nodig heeft en wat onderhouden moet worden in het chronische zorgtraject. Wij willen de eerste schakelaar als het ware proberen om te zetten”* (internist).

Meerdere factoren vormden de aanleiding om de preventiepoli op te starten. Zo kwam er landelijk meer aandacht voor vaatpatiënten en risicomanagement vanwege de introductie van de cvrm-richtlijn en het vaatkeurmerk. In het ziekenhuis hadden verschillende specialismen elk hun eigen plannen of waren (deels) begonnen met risicomanagement. Daarnaast werden er, onder andere in het kader van wetenschappelijk onderzoek en promotietrajecten vragenlijsten voor screening ontwikkeld.

### Implementatie

Bij deze casus liepen ontwikkeling en implementatie door elkaar. Men vertelt dat er steeds in pilots een vernieuwing uitgetest werd en vervolgens op alle betrokken poliklinieken opgestart werd. Om iedereen op de verschillende poliklinieken op dezelfde wijze te laten werken, werd er een werkdocument opgesteld en werden er in overleg afspraken gemaakt. Een inspirerende opinieleider bracht ideeën en mensen bij elkaar. Bij de start van dit project werden verpleegkundig specialisten betaald uit LPT-gelden, daarna werd formatie overgenomen op de reguliere afdelingsbegroting. Afhankelijk van de patiëntengroep, werd aangesloten bij de reguliere financiering - elk specialisme op haar eigen manier.

Diverse activiteiten werden ingezet om de secundaire preventiepoli te implementeren. Zo moest er werk worden verricht om de screeningsuitkomsten automatisch te kunnen vertalen naar het risicoprofiel en dit in het digitale patiëntendossier weer te geven. Daarnaast moest er apparatuur aangeschaft worden, in samenwerking met de afdeling Inkoop. Organisatorisch moesten de “TherapieAdviesGroep” (TAG) bijeenkomsten gepland worden. Verder volgden verpleegkundig specialisten scholing, en gaven zij op hun eigen poliklinieken klinische lessen en uitleg over de werkwijze tijdens teamoverleg. Ook maakten zij spreekuurschema's aan en werd er informatiemateriaal voor patiënten geschreven. Bij de verlenging van het eerste project, werd er tijdelijk een projectmanager aangesteld om de implementatie te ondersteunen. *“Het was uiteindelijk ‘learning by doing’, maar we wisten wel wat we wilden bereiken.”*

## Succesfactoren en knelpunten

Voor de implementatie van dit initiatief werden verschillende bevorderende factoren genoemd. Eén van de bepalende succesfactoren is een team van enthousiaste professionals en een vaatchirurg die een 'opinieleider' werd genoemd. Men vertelde trots te zijn op de inhoud en de zorg die men levert. *"Vroeger schreven specialisten op 'Statine en Ascal', nu schrijven ze 'TAG screening' en krijgen ze alles in één."* Een andere succesfactor is dat er LPT-budget beschikbaar was voor de ontwikkeling en implementatie. Daarnaast waren er gedurende het project studenten, promovendi en verpleegkundigen die tijd hadden om zorginhoudelijke protocollen en screeningsvragenlijsten uit te werken. Een andere bevorderende factor was dat de screening van risicofactoren en de begeleiding onderdeel uitmaakt van het zorgtraject bij vier specialismen, en niet als een op zichzelf staande module werd gezien. Een andere bevorderende factor was dat de ontwikkeling plaatsvond in een periode waarin er veel aandacht was voor cardiovasculair risicomanagement. Bovendien zag men een vaatkeurmerk en indicatoren als positieve externe prikkels voor draagvlak en implementatie van dit initiatief.

Echter, bij de implementatie van de secundaire preventiepoli ervaart men ook diverse knelpunten. Men noemt dat financiering onzeker is. De overgang van projectgeld naar reguliere afdelingsbegroting was een cruciale stap. *"Bij elke bezuinigingsronde houden wij ons hart vast"*, aldus één van de verpleegkundig specialisten. Een ander knelpunt is dat de "TherapieAdviesGroep" (TAG) niet gefinancierd kan worden uit de DBC.

Met het management vinden geregeld discussies plaats over het nut en de opbrengst van de poli voor het ziekenhuis. *"Waarom investeer je? Ik ben er heilig van overtuigd dat een vroege investering in de patiënt op deze manier zich terug betaalt. Sommigen hebben een korte horizon, daar past zo'n diepte investering helemaal niet in"* (internist). Naast discussies over het aantonen van effectiviteit en profijt voor het ziekenhuis, discussieert men ook over de vraag in welke mate dit initiatief in het ziekenhuis of de eerstelijns plaats moet vinden.

Verder wil ieder specialisme het op de eigen polikliniek het beste geregeld hebben. Op iedere polikliniek is de werkwijze weer iets anders, vanwege verschillende gezagsstructuren, belangen, patiëntengroepen en zorgprocessen. Het aantal verwijzingen fluctueert per specialist en niet alle medisch specialisten zijn even overtuigd zijn van nut en noodzaak.

Een volgend knelpunt dat ervaren wordt, betreft het ontbreken van aansluiting tussen de eerste en tweede lijn. Eén van de verpleegkundig specialisten vertelt dat zij in de huisartsenbrief de uitkomsten van de screening rapporteren met de vraag of men het cardiovasculair risicomanagement wil vervolgen, maar dat zij niet weet of en hoe dit gedaan wordt. Daarnaast vertelden zorgverleners de mogelijkheid te missen om patiënten door te verwijzen naar goede leefstijlinterventies elders, bijvoorbeeld bij obesitas.

Betrokkenen noemden voorts knelpunten die te maken hebben met projectcoördinatie en gezag. Zo worden na vergaderingen gemaakte besluiten of afspraken niet altijd naar alle specialisten, arts-assistenten en teamleden gecommuniceerd of opgevolgd. Eén van de betrokkenen vertelde dat er iemand met gezag nodig is die medisch specialisten kan aanspreken. Verder blijkt het voor zorgverleners niet duidelijk wie er bij ICT en inkoop bevoegd is om specifieke afspraken mee te maken. Dit zorgt voor vertraging.

Verder is het lastig om bepaalde taken van de verpleegkundig specialist te delegeren naar een polikliniek assistent, bijvoorbeeld de 24uurs bloeddrukmetingen. Omdat dit eerst vanuit LPT-budget gefinancierd werd, heeft het bieden van structurele personele ondersteuning aan deze spreekuren ook consequenties voor de bedrijfsvoering van de afdelingen. Iedere polikliniek gaat daar anders mee om.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit, zouden verpleegkundig specialisten graag getoetst willen worden hoe zij de gesprekken voeren. Op dit moment wordt dit niet gedaan, maar dit wordt gemist en men denkt dat daar de gesprekstechnieken van zouden verbeteren.

Tot slot zien betrokken medisch specialisten kansen om de software en werkwijze te verspreiden naar andere ziekenhuizen. Echter, er is geen partij die dit in beheer kan nemen en deze taken kan uitvoeren. Samenhangend hiermee, is één van de medisch specialisten van mening dat er vanuit het ziekenhuis en vanuit henzelf te weinig 'exposure' is over dit project en toekomstige e-health toepassingen. Het idee leeft dat als er meer mee naar buiten wordt getreden, dat het dan het makkelijker zou zijn om aanvullende financiering te krijgen en dat dit vervolgens ook weer zou kunnen leiden tot meer interesse en inzet van artsen en bedrijfsleiders en meer kansen voor verspreiding van de software en werkwijze.

## Thema's

### Succesfactoren

- Enthousiaste professionals
- Screening van risicofactoren en begeleiding maakt onderdeel uit van het zorgtraject in het ziekenhuis
- Mensen die tijd hebben of krijgen om zaken goed uit te werken (verpleegkundige, studenten)
- Inspirerende opinieleider
- Steun van de Raad van Bestuur
- Een projectmanager, een verbindende schakel in één persoon die boven belangen van specialismen staat
- Positieve prikkel doordat vaatkeurmerk en indicatoren risicomanagement voorschrijven
- Goede ICT ondersteuning en software
- Vaatpatiënten en risicomanagement was bij het opstarten een landelijke trend

### Knelpunten

- Ontbreken van aansluiting naar eerste lijn, en naar leefstijl-interventies elders
- Lastig om werkwijze gelijk te krijgen tussen specialismen vanwege verschillende gezagsstructuren, belangen, patiëntengroepen.
- Er is te weinig exposure van het initiatief binnen en buiten het ziekenhuis
- Niet alle professionals werken volledig volgens methode van de interventie
- Fluctuerende verwijzingen
- Iemand met gezag nodig die projectcoördinatie op zich neemt
- Lastig om taken te delegeren
- Kwaliteit van gespreksvoering niet getoetst
- Discussie wat hoort in eerstelijns en wat in het ziekenhuis
- Er is geen ondersteuning om verspreiding naar andere ziekenhuizen te faciliteren



Fysiotherapeut



Diëtist



Zelf ontwikkeld



Effectiviteit (nog) niet bekend

## Case 8 DiabetesFit

DiabetesFit is een eerstelijns fysiotherapeutisch trainingsprogramma, met als doel om mensen te motiveren om meer te bewegen en hen begeleiden naar zelfstandig bewegen en een gezond gewicht. Deze case gaat over implementatie van DiabetesFit in een fysiotherapiepraktijk. Patiënten met (risico op) diabetes worden naar dit programma verwezen door de huisarts of praktijkondersteuner. Na een informatieavond volgt een intake (met o.a. een fitheidstest). Er wordt een persoonlijk trainingsplan opgesteld, en mensen gaan sporten (spierkrachtverbetering en conditieverbetering) in een groep, onder begeleiding van een fysiotherapeut. Het trainingsschema wordt wekelijks bijgesteld. Elke zes weken wordt er geëvalueerd, en na 3 maanden vindt er een eindtest plaats. Daarnaast krijgt een patiënt om de drie weken een individueel consult bij een diëtiste.

Er wordt gebruik gemaakt van een handboek voor de patiënt, en trainingskaarten. De intensiteit van de begeleiding door de fysiotherapeut wordt afgebouwd, met het oog op zelfstandig sporten. In totaal beslaat het programma 3 maanden (uitlopend naar 6-9 maanden) met 2x per week een uur sporten en 4 consulten bij de diëtiste.

De praktijk kreeg al wel een aantal patiënten per jaar verwezen met de vraag voor meer bewegen. Gezien de verwachting dat er in de toekomst een grote bevolkingsgroep met overgewicht en/of diabetes is, vond men het voor de fysiotherapiepraktijk bedrijfseconomisch interessant om daar een passend programma voor aan te bieden. Bovendien was er binnen de aanvullende zorgverzekering ruimte voor specifieke bewegingsgroepen.

De praktijkhouders van de fysiotherapiepraktijk besloten om een bestaand trainingsprogramma voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2 van het KNFG in de eigen praktijk aan te bieden. Dit bestaande programma is compacter gemaakt. In onderling overleg op de fysiotherapiepraktijk zijn de contouren van het programma uitgedacht en heeft één fysiotherapeut de details uitgewerkt. Het programma is zo aangepast dat het paste in de huidige vergoeding van de zorgverzekeraar. Fysiotherapeut: *“Elke praktijkondersteuner die hier in Beuningen werkt, stuurt mensen door. En de mensen zelf zijn enthousiast en vinden het prettig”*.

### Implementatie

Men vertelde dat implementatie vooral ging over de werkwijze afstemmen. Er waren wel deadlines, maar geen geschreven plan. Destijds was er tijd vrijgemaakt voor een fysiotherapeut om het programma vorm te geven en op te starten. Binnen een maand was het programma klaar en na 3 maanden draaide het programma zoals de praktijk het voor ogen had. Om huisartsen attent te maken op de mogelijkheid om patiënten te verwijzen naar het trainingsprogramma, zijn de praktijkhouders met informatiemateriaal langs huisartsen gegaan. Vervolgens heeft men zogenaamde “verwijsblokjes” laten drukken, waarmee men eenvoudig de gegevens van de patiënt op kon schrijven en op die manier patiënten kon verwijzen. Fysiotherapeut: *“We hebben verwijzersblokjes laten voordrukken met ‘doorsturen voor het programma’, onder andere ook met wat medische informatie en de naam van de zorgverzekeraar en vanaf dat moment gingen ze verwijzen”*.

## Succesfactoren en knelpunten

Men denkt dat één van de succesfactoren van het programma is dat het lokaal is en daardoor vertrouwd en dichtbij huis voor patiënten. Praktijkondersteuner: *“het lokale aanbod is voor de mensen ook wel makkelijk”*.

Een andere succesfactor was samenwerking tussen de fysiotherapeut en diëtiste, en samenwerking tussen de fysiotherapeut en praktijkondersteuners bij huisartsenpraktijken. Specifiek werd het verwijsblokje als bevorderend voor implementatie genoemd. Vanaf het moment dat men de verwijsblokjes introduceerde, werd er verwezen naar het programma. Verder werd genoemd dat het programma een heldere werkwijze kent, met overzichtelijke materialen. Tot slot ziet men als positief neveneffect, dat door het programma een (nieuwe) patiëntenstroom naar de praktijk komt.

Eén van de knelpunten die de fysiotherapeut ervaart, is dat het lastig is voor patiënten om van begeleid sporten de overgang te maken naar zelfstandig regulier sporten. In het verlengde hiervan zou men naast fysiotherapeuten ook graag andere bewegingscoaches willen in de praktijk (bijvoorbeeld van het SIOS of de ALO). Dan zou men met patiënten naar buiten kunnen om hen op een andere manier te begeleiden naar zelfstandig sporten.

Verder ervaart men het lastig om zicht te houden op patiënten die niet komen en daar achteraan te gaan. Er is vooralsnog één beheerder en coördinator van het programma, en dit maakt het programma kwetsbaar. Met betrekking tot de uitvoering van het programma zelf, ervaart men dat veel patiënten te maken hebben met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) waardoor het programma en de trainingsschema's steeds aangepast moeten worden op individuele mogelijkheden.

Met betrekking tot financiering vertelt de praktijkhouder van de fysiotherapiepraktijk dat de financiering afhankelijk is hoe een patiënt (aanvullend) verzekerd is. Gevolg is dat de fysiotherapeut per patiënt moet uitzoeken waar hij of zij recht op heeft en dat dit veel werk is.

## Thema's

### Succesfactoren

- Lokaal, programma is dicht bij huis, vertrouwd
- Verwijsblokje
- Positieve neveneffecten: patiëntenstroom die naar de praktijk komt
- Enthousiaste professionals, samenwerking tussen fysiotherapeut en diëtiste
- Samenwerking tussen praktijk en praktijkondersteuners bij huisartspraktijken
- Heldere werkwijze, instructie en materialen

### Knelpunten

- Aansluiting naar reguliere sport is moeilijk te maken
- Fluctuerende verwijzingen
- Multimorbiditeit
- Eén beheerder/coördinator van het programma is kwetsbaar
- Moeilijk maar noodzakelijk om aan verbetering en innovatie te blijven doen
- Financiering wisselend per aanvullende zorgverzekering patiënt
- Geen zicht op de effecten van het programma
- Tussenevaluaties en eindevaluaties consequenter uitvoeren
- Zicht houden op en er achteraan gaan als patiënten niet komen





## Case 9 Obesitas groepsprogramma

Het obesitas groepsprogramma heeft als doel patiënten met ernstig overgewicht hun leefstijl structureel te helpen veranderen. Voor een deel van deze patiënten kan hierdoor een operatie (bariatrische chirurgie) worden voorkomen. De patiënt krijgt een behandeling in groepsvorm, afgewisseld met individuele consulten bij de internist, physician assistant, diëtist, inspanningsfysioloog en soms psycholoog. Daarnaast is er een bewegingsgroep ontworpen door deze inspanningsfysioloog om deze groep te begeleiden bij het opbouwen van hun beweging. De totale duur is 2 jaar, met nabehandeling van 1 jaar. Deze case gaat over de implementatie van het obesitas groepsprogramma in een ziekenhuis setting.

*“Winst is dat mensen afvallen, maar de grootste winst is dat mensen geen terugval krijgen bij een vervelende gebeurtenis”* (physican assistant).

Door het ziekenhuis werd er een internist met expertise op het gebied van obesitas aangesteld om een behandeling voor deze doelgroep op te zetten, omdat men zorg aan deze groeiende populatie wilde aanbieden. In eerste instantie dachten het ziekenhuis en de internisten dat obesitas ‘booming business’ zou gaan worden. *“Dat is niet gebeurd, maar het is wel heel relevant”*, aldus één van de internisten, waarbij opgemerkt wordt dat het aantal patiënten dat men behandelt inmiddels sterk groeiend is. Volgens betrokkenen was de precieze aanleiding voor het obesitas programma dat er verschillende lijntjes bij elkaar kwamen: de internist kwam werken in het ziekenhuis, het programma werd opgezet en men heeft van die gelegenheid gebruik gemaakt om een specifieke fysiotherapeut in de opleiding tot physician assistant te laten instromen. Het obesitas groepsprogramma werd eind 2005 opgezet, en vanaf januari 2008 is het programma ongeveer naar wens. De eerste drie ontwikkellijaren waren zonder financiering. Men wilde eerst resultaten zien. Bovendien was er nog discussie of het programma commercieel aangeboden zou worden, of binnen de reguliere zorg. Uiteindelijk werden er twee initiatieven gestart: één commercieel programma vanuit een dochterorganisatie van het ziekenhuis en het obesitas groepsprogramma binnen de reguliere zorg. Het commerciële initiatief bestond één jaar en stopte vanwege te weinig deelnemers.

Een discussiepunt was dat de zorgverzekeraar bang was dat het programma extra zorg was en niet in plaats kwam van een maagband operatie. De internist is toen samen met de chirurg *“ten strijde getrokken”*. Met de zorgverzekeraar maakten zij de afspraak dat zij patiënten eerst het leefstijlprogramma aanbieden en indien nodig daarna een operatie voor een maagbandje. *“We (chirurg en internist) hebben eigenlijk exact dezelfde ideeën daarover. (...). We moeten er één ding van maken. (...) Dat betekende dus dat hij steeds minder te opereren had.”* Het gevolg was dat het jaar erop te weinig operaties uitgevoerd waren om de licentie voor bariatrische chirurgie te behouden. Die is het ziekenhuis kwijtgeraakt. De internist vertelt: *“wij zijn daar integer mee omgegaan, we hadden de helft uit de groep kunnen opereren vanwege het behouden van de licentie maar dat hebben we niet gedaan”*. In 2011 won dit initiatief de Paludanus prijs van zorgverzekeraar Univé.

### Implementatie

Na het draaien van een pilot werd er een multidisciplinaire projectgroep opgericht, met: een unithoofd van interne geneeskunde en chirurgie, de betrokken internist, de chirurg, een psycholoog, een fysiotherapeut, de physician assistant, een diëtiste van interne geneeskunde en één van

chirurgie, en tot slot een controller. Er zijn geen implementatieplannen gemaakt, wel protocollen. Het kostte veel tijd om het team bij elkaar te krijgen en op te leiden. *“Eigenlijk heb je niet veel nodig: een spreekkamer een weegschaal en vooral hele goede professionals die gemotiveerd zijn”*, aldus een internist. De physician assistant heeft een groot deel van de organisatorische taken op zich genomen. Zij vertelde ‘wij zijn gewoon gaan doen’. Via informele kanalen en door een aantal presentaties in het ziekenhuis zelf te houden, weet men het obesitas groepsprogramma te vinden. Na het ontvangen van de Paludanus prijs kwamen er veel nieuwe patiënten die wilden starten met de behandeling.

Eind 2011 vertelde de physician assistant dat men de werkwijze in een manual wilde opschrijven, en een tweede physician assistant wilde opleiden om de capaciteit uit te breiden.

### **Succesfactoren en knelpunten**

Als succesfactor noemde men het enthousiaste en gedreven multidisciplinaire team, en een inspirerende internist als ‘opinieleider’. Bevorderend voor implementatie noemde men verder dat in het team professionals zitten, die expert zijn op het onderwerp obesitas. *“We hebben een extreem goede diëtiste. We merken dat als mensen naar haar toe gaan ze het beter doen dan de mensen die niet naar haar toegaan”*, aldus de internist. Verder liet het programma positieve resultaten zien. Na het vergelijken van de resultaten van het obesitasprogramma met een maagband-operatie, blijkt dat beiden dezelfde uitkomsten hadden alleen in een ander tijdsframe. Doordat het programma positieve resultaten laat zien, was een volgende belangrijke factor voor succes de samenwerking tussen de internist en de chirurg. Door een gezamenlijke businesscase in te dienen bij de zorgverzekeraar, krijgt het ziekenhuis extra financiering op de bestaande DBC Obesitas om de extra kosten van het programma te kunnen betalen. Een andere succesfactor voor implementatie vond men dat patiënten enthousiast zijn over de interventie. Verder was het bevorderend dat de physician assistant tijdens haar opleiding tijd kon vrijmaken voor de coördinatie van het programma. Zij vertelde dat zij het geven van het programma als belangrijke verrijking van haar functie ziet. Tot slot noemt men het winnen van de Univé Paludanus prijs in 2011 een erkenning van het programma, en heeft deze prijs naamsbekendheid opgeleverd.

Knelpunten die worden ervaren, zijn voornamelijk extern of organisatorisch van aard. Zo ervaart men remmende prikkels vanuit de zorgverzekeraar, doordat zij de licentie voor bariatrische chirurgie introkken vanwege te weinig operaties in het jaar dat het groepsprogramma startte. Verder vindt men dat de zorg en ICT in het ziekenhuis niet ingericht is op groepsconsulten. Ook is het lastig om een geschikte ruimte voor groepsconsulten te vinden in het ziekenhuis. *“We hebben hier vergaderzalen en die zijn voor tien man. Die zijn voor mensen met een gewoon gewicht. Als je daar tien mensen inzet die dus 2x één persoon zijn, zit je daar eigenlijk met twintig man. Dat is niet chique.”* (physician assistant).

De internist vertelde dat zij ervaart dat men soms bagatelliserend doet over leefstijl, en dat naar haar idee chirurgie of medicatie makkelijker te verkopen is. In dezelfde lijn vertelt de physician assistant dat het programma positieve resultaten liet zien, maar dat dit niet bij iedereen uiterlijk zichtbaar is. *“Artsen zagen nog steeds te dikke mensen, ook al waren ze al 30 kilo kwijt”*.

Bij de eerste groepen die gestart waren, kwam het voor dat er redelijk veel uitval was. Patiënten stopten halverwege het programma. Dit was een knelpunt, maar dit is momenteel opgelost door betere informatie over het programma vooraf te geven en deelnemers een contract te laten

tekenen. Er is gediscussieerd over het vragen van een financiële eigen bijdrage die men eventueel weer terugkrijgt bij het afronden van het programma, maar dit bleek praktisch lastig te zijn.

Tot slot, hoewel het een succesfactor was dat de physician assistant tijdens ontwikkeling veel organisatorische zaken op zich kon nemen – bleek het na verloop van tijd lastig te zijn om deze taken te delegeren aan bijvoorbeeld een secretariaat. Tegelijk vertelt de physician assistant dat het delegeren van veel praktische werkzaamheden ook niet altijd kan, omdat daarvoor de context en kennis van de situatie van de patiënt nodig is. Dan kost het meer tijd om dat over te dragen, dan deze taken zelf uit te voeren. Dit maakt het programma voor zorgverleners tijdsintensief is.

## Thema's

### Succesfactoren

- Inspirerende opinieleider
- Enthousiasme en drijfveer van professionals in een multidisciplinair team
- Professionals in het team die expert zijn op het onderwerp obesitas
- Physician assistant kon tijdens opleiding tijd maken voor coördinatie van het programma
- Na vergelijken resultaten van obesitasprogramma en opereren (maagbandje) zijn internist en chirurg gaan samenwerken, gezamenlijke businesscase
- Tussentijdse uitval van deelnemers is deels opgelost door: betere intake vooraf, contract tekenen
- Selectie gemotiveerde deelnemers
- Resultaten van het programma
- Patiënten zijn enthousiast over de interventie
- Winnaar Paludanus prijs Univé 2011

### Knelpunten

- Moeilijk de rol van professional na ontwikkeling van het programma te veranderen en praktische organisatorische zaken te delegeren aan secretariaat
- Zorgsysteem is niet ingericht op groepsconsulten (ICT, vinden van geschikte ruimte)
- Remmende prikkels zorgverzekeraar: afspraak eerst leefstijlprogramma aanbieden, maar daardoor dat jaar te weinig operaties om licentie voor bariatrische chirurgie (maagband) te behouden
- Leefstijl is geen sexy onderwerp, er wordt soms bagatelliserend over gedaan
- Resultaten niet altijd (uiterlijk) zichtbaar bij patiënten



Thuiszorg



Diëtist



Zelf ontwikkeld



Effectiviteit (nog)  
niet bekend

## Case 10 Groeps cursus Hoog Cholesterol

De groeps cursus Hoog Cholesterol had als doel om patiënten kennis bij te brengen over cholesterol en de relatie tussen cholesterol en voeding. Daarnaast wil men praktische tips voor het verbeteren van de voeding in het dagelijkse leven aanreiken. Het programma werd gegeven door een diëtiste van de thuiszorg, in 3 groepsbijeenkomsten van 2 uur. Deze casus gaat over de implementatie van de groeps cursus Hoog Cholesterol in een thuiszorg setting.

De eerste bijeenkomst van de bovengenoemde cursus was gericht op kennis: wat is hoog cholesterol en welke rol heeft dieet en voeding? In de tweede bijeenkomst was er een praktisch deel over koken en boodschappen doen, informatie over producten en oefeningen om etiketten te leren lezen. Mensen werden gevraagd een voedingsdagboekje bij te houden en zij kregen daar feedback op. De derde bijeenkomst ging over cholesterolwaardes leren lezen en de relatie met andere risicofactoren. Er was aan het einde ruimte voor vragen en de mogelijkheid werd geboden voor het maken van een individuele afspraak op het spreekuur van de diëtiste.

In 1990 startte in huisartsenpraktijken screening op hoog cholesterol bij risicogroepen in samenwerking met de farmaceutische industrie. Er waren veel cliënten en deze konden vanwege het grote aantal niet allemaal op het reguliere spreekuur individueel gezien worden door de diëtisten. De betrokken diëtiste vertelde dat er vanuit de farmaceutische industrie onderzoek verbonden was aan de screening en dat er niet alleen medicatie voorgeschreven werd maar er daarnaast ook educatie gegeven werd. De cursus voor deze educatie is door de afdeling Diëtetiek van een thuiszorgorganisatie ontwikkeld en uitgevoerd.

Na verloop van tijd wilde de zorgverzekeraar de totale tijd van het programma per individu declareren in plaats van de totale tijd van het programma te delen door het aantal patiënten. De diëtiste vertelde dat patiënten daardoor vanuit hun zorgverzekering geen recht meer hadden op andere consulten bij een diëtiste als ze de cursus al hadden gevolgd. Bovendien waren er op een gegeven moment te weinig aanmeldingen om de cursus door te laten gaan. *“Als een cursus na zoveel keer niet meer vol komt, is er geen vraag meer naar”*. De cursus wordt niet meer gegeven.

### Implementatie

Het ontwikkelen en opstarten van deze groeps cursus moest in hoog tempo. De eerste cursussen werden gegeven voor ‘het digitale tijdperk’, en er werden flip-overs geschreven en er werd een draaiboek gemaakt. Vervolgens benaderde de diëtiste fabrikanten voor ‘dummy’s’ om daarvan een krat te maken met alledaagse producten die men in de supermarkt kan kopen. De cursusleider, in dit geval de diëtiste, was verantwoordelijk voor de inhoud en de organisatie van de cursus. De farmaceut die samen met huisartsenpraktijken de screening op cholesterol organiseerde, had een coördinerende rol in de communicatie over het verwijzen naar de groeps cursus.

### Succesfactoren en knelpunten

Volgens de diëtiste is de belangrijkste succesfactor dat er destijds veel aandacht was voor screening van cholesterol in huisartsenpraktijken in de regio. Meerdere huisartsenpraktijken in het werkgebied van de thuiszorgorganisatie deden mee aan deze screening die georganiseerd werd vanuit een farmaceutische fabrikant. *“Het halve dorp praatte er over”*, aldus de diëtiste. En, juist omdat het

zoveel patiënten waren en er zoveel groepen gegeven werden, ging het goed. Iedereen was ingewerkt en iedereen was geïnformeerd. Voor de thuiszorgorganisatie was een positief neveneffect dat de organisatie hierdoor nieuwe patiënten kreeg, omdat een deel van de patiënten naast de cursus ook individueel bij de diëtiste op het spreekuur kwam.

De diëtiste kan zich, naar eigen zeggen, geen grote problemen herinneren. Op een gegeven moment liep het aantal verwijzingen terug, de financiering veranderde en toen was het niet meer rendabel om de cursus te geven zonder een eigen bijdrage van deelnemers. Een ander knelpunt is dat decentrale secretariaten van verschillende afdelingen van de organisatie ondergebracht werden bij één centrale klantenservice en cursusbureau. Tijdens deze overgang gingen er volgens de diëtiste en manager organisatorisch dingen mis.

Knelpunten die ervaren worden bij vergelijkbare cursussen zijn dat succes heel plaatselijk is en dat personeelsswisselingen ervoor kunnen zorgen dat dit succes omslaat en dat samenwerking weer opnieuw opgebouwd moet worden. Een verschil met de cursus Hoog Cholesterol en de huidige cursussen, zo vertelde de diëtiste, is dat er in de huidige cursussen niet meer ingezoomd wordt op één onderwerp, bijvoorbeeld alleen cholesterol, maar dat de totale leefstijl aan bod komt. Tot slot benoemde men als algemeen knelpunt bij cursussen die vanuit de thuiszorg gegeven worden, dat een van een naar verwijzers een terugkoppeling ontbreekt over wie welke cursus volgt.

## Thema's

### Succesfactoren

- Veel aandacht voor screening cholesterol in huisartsenpraktijk door farmaceutische fabrikant
- Samenwerken met verwijzers verliep op sommige plekken heel goed
- Muldisciplinaire samenwerking, alle disciplines onder één dak
- Heldere afspraken en werkwijze
- Neveneffect: door cursus kreeg de organisatie nieuwe patiënten

### Knelpunten

- Succes is heel plaatselijk, fluctueert door personeelsswisselingen
- Financiering veranderde, niet meer rendabel zonder eigen bijdrage deelnemers
- Minimum aantal deelnemers nodig om rendabel te zijn
- Geen terugkoppeling van en naar verwijzers wie welke cursus volgt
- Niet duidelijk hoe je moet werven, wat werkt
- Niet iedereen in het team vindt het leuk of voelt zich bekwaam om groepen te begeleiden
- De omgeving verandert: niet meer inzoomen op alleen cholesterol maar op totale leefstijl



## Case 11 Gesuperviseerde looptherapie bij Claudicatio Intermittens

Deze case gaat over de implementatie van gesuperviseerde looptherapie bij Claudicatio Intermittens in fysiotherapiepraktijken.

Door middel van looptherapie bij kan de pijnvrije loopafstand voor patiënten met Claudicatio Intermittens (etalagebenen) vergroot worden. Hiermee kan een invasieve ingreep (zoals dotteren) worden voorkomen of worden uitgesteld, waardoor veel kosten worden bespaard en voor de patiënt risico's op complicaties worden verkleind. Als looptherapie onder begeleiding van een geschoolde fysiotherapeut wordt uitgevoerd, blijken de resultaten significant beter. Tijdens deze gesuperviseerde looptherapie loopt een patiënt minimaal drie keer per week tegen zijn of haar maximale pijngrens aan.

Na veelbelovende resultaten van de zogenaamde EXITPAD-trial wilde de onderzoeksgroep deze kosteneffectieve looptherapie actief over Nederland verspreiden en implementeren. Er werd besloten om hiervoor een stichting op te richten: ClaudicatioNet. Men kreeg subsidie van het Innovatiefonds van de zorgverzekeraars. ClaudicatioNet streeft ernaar om een landelijk dekkend netwerk te realiseren waarin gesuperviseerde looptherapie wordt aangeboden door gespecialiseerde fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten die willen deelnemen aan ClaudicatioNet moeten voldoen aan voorwaarden en kwaliteitseisen. Dan worden zij opgenomen in een online 'Zorgzoeker', waarmee vaatchirurgen en vaatverpleegkundigen patiënten gericht kunnen verwijzen naar een gekwalificeerde fysiotherapeut in de woonomgeving van de patiënt. Vervolgens vormen de afdeling vaatchirurgie van een ziekenhuis en de fysiotherapeuten uit die regio samen een 'loopnetwerk'. In dat netwerk houden zij contact met elkaar en delen zij kennis. ClaudicatioNet begint bij het opstarten van loopnetwerken in de tweede lijn, onder andere omdat zij denkt dat dit logistiek makkelijker is doordat het een kleine groep specialisten betreft, met een relatief hoog aantal patiënten. Als deze specialisten zich verbinden aan ClaudicatioNet, dan is de gedachte dat de keten (fysiotherapeuten en huisartsen) vanzelf volgt.

*"De organisatie ligt primair bij de vaatchirurgen. Want die mogen verwijzen. En daar zit dan een langdurige chronische behandelperiode aan vast. En zij kijken dan van waar komt die patiënt vandaan en wat is het dichtste bij hem of haar in de buurt. En daar hebben ze een soort kaart van de regio waar kunnen mensen terecht. En dat is om het makkelijk te maken voor mensen dat het bij hen om de hoek is"* (fysiotherapeut).

### Implementatie

De verspreiding en implementatie van gesuperviseerde looptherapie wordt gecoördineerd en gefaciliteerd door ClaudicatioNet. Zij onderscheidt zelf de volgende implementatie fasen: 1) de experimentele fase van uittesten en aantonen van de effectiviteit; 2) de landelijke uitrol; en 3) tot slot het borgen van de kwaliteit. Momenteel is men bezig met de landelijke uitrol, en worden er stappen gezet om de kwaliteit te borgen.

Om de looptherapie bekend te maken bij fysiotherapeuten en vaatchirurgen schrijven zij artikelen in vakbladen, houden zij presentaties op congressen, verschijnt er regelmatig een digitale nieuwsbrief en wordt 'social media' ingezet. Verder zijn alle vaatchirurgen aangeschreven met het verzoek zich aan te melden bij ClaudicatioNet en patiënten te verwijzen naar gespecialiseerde fysiotherapeuten

met behulp van de digitale 'Zorgzoeker'. Tot slot is ClaudicatioNet verschillende partnerships aangegaan om de bekendheid en implementatie te bevorderen.

Een belangrijke implementatiestrategie is scholing en bijscholing van fysiotherapeuten om hen op te leiden tot gespecialiseerde professionals die bekwaam zijn en blijven om de interventie adequaat uit te voeren. Verder vormt de website de spil bij de uitrol en implementatie van gesuperviseerde looptherapie. En ClaudicatioNet organiseert een jaarcongres, verspreidt een digitale nieuwsbrief en gebruikt social media. Fysiotherapeuten die lid zijn van ClaudicatioNet en een specialisatietraject zijn gestart, ontvangen digitale reminders over de verloop van hun traject en de mate waarin zij voldoen aan voorwaarden. ClaudicatioNet heeft geen implementatieplan of beleidsplan geschreven, maar er is wel een Portfolio uitgebracht, getiteld 'Op weg naar...', waarin ambities, visie en een overzicht van activiteiten beschreven staan.

### **Succesfactoren en knelpunten**

Volgens ondervraagden is het een succesfactor dat de kosteneffectiviteit van de interventie aangetoond is. Men vindt het een goede interventie, waardoor veel gezondheidswinst wordt bereikt, risico's op complicaties bij invasieve ingreep wordt voorkomen en daarnaast een besparing in zorgkosten wordt gerealiseerd. Ondervraagden waarderen de inhoud van de interventie. Een andere bevorderende factor die men noemt, is dat het team van ClaudicatioNet enthousiast en hulpvaardig is. Men ziet de voorzitter van ClaudicatioNet als een belangrijke opinieleider en samenwerking tussen vaatchirurgie en fysiotherapie wordt als een sterk concept geduid. Fysiotherapeuten vinden het bevorderend dat men accreditatiepunten kan halen en kennis en vaardigheden kan leren via ClaudicatioNet. *"Meedoen is investeren in kennis"*, aldus een fysiotherapeut. Daarnaast noemen fysiotherapeuten dat zij zich vanuit bedrijfskundig oogpunt aansluiten bij ClaudicatioNet, zich specialiseren en hopen te onderscheiden van andere fysiotherapiepraktijken.

Om de interventie in de eigen fysiotherapiepraktijk te implementeren, vinden fysiotherapeuten dat zij zelf weinig moeite hoeven doen. Zij geven aan dat er een duidelijke werkwijze is, en de materialen en eisen helder zijn. Men is van mening dat ClaudicatioNet, vanwege strenge eisen en voorwaarden, als een kwaliteitskeurmerk werkt. *"Ze (ClaudicatioNet) vragen wel veel van je maar het is ook wel terecht dat ze dat vragen omdat ze willen dat iedereen gewoon goed geschoold blijft en dat je echt gespecialiseerd bent."* (fysiotherapeut). Fysiotherapeuten die deelnemen in een goed functionerend netwerk, vinden dit motiverend. Zij waarderen de kennisuitwisseling en geven aan dat de continuïteit hierdoor geborgd is. Alle ondervraagden zijn unaniem positief over de interventie, het concept, de effecten en de kosteneffectiviteit. Dat er verschillende knelpunten ervaren worden, doet volgens hen niet af aan de logica en het inhoudelijke concept van gesuperviseerde looptherapie. Het geeft aan hoe weerbarstig de praktijk kan zijn. Onderstaande beschrijving van knelpunten is een overzicht van belemmeringen die ervaren worden bij de implementatie van gesuperviseerde looptherapie.

Een aantal fysiotherapeuten noemt dat er te weinig patiënten verwezen worden. Volgens hen is dit afhankelijk van het functioneren van het netwerk tussen vaatchirurg en fysiotherapeuten. Een fysiotherapeut die deel uitmaakt van één van de eerste loopnetwerken, opgestart rondom de EXITPAD-trial, vertelt dat hun netwerk goed functioneert en dat er structurele verwijzingen zijn. Echter, fysiotherapeuten die deel uitmaken van netwerken die tijdens de landelijke uitrolfase opgestart zijn, benoemen dat zij nauwelijks patiënten naar hen verwezen krijgen. Dat

fysiotherapeuten weinig patiënten zien, heeft volgens sommigen gevolgen voor de effectiviteit van de interventie. Men noemt dat het lastig is om ervaren te blijven vanwege weinig verwijzingen. Er worden door fysiotherapeuten en ClaudicatioNet zelf allerlei redenen genoemd waardoor verwijzingen mogelijk achterblijven:

- Remmende economische prikkels voor chirurgen en patiënt, omdat dotteren vergoed wordt door de zorgverzekeraar (en inkomsten voor chirurg en ziekenhuis zijn) terwijl de patiënt een deel van de gesuperviseerde looptherapie bij de fysiotherapeut zelf moet betalen.
- Patiënten denken gedotterd te willen worden en weten te weinig over looptherapie als behandeling.
- Er is een spanningsveld tussen zorg dichtbij huis kunnen leveren, en voldoende patiënten per fysiotherapeut kunnen behandelen. Volgens sommige fysiotherapeuten zijn er teveel fysiotherapeuten in een netwerk en zouden netwerken 'op slot' moeten.
- De Nederlandse richtlijn loopt achter t.o.v. internationale richtlijnen, want in de Nederlandse richtlijn staat (nog) niet dat *gesuperviseerde* looptherapie de eerste behandeling is bij etalagebenen.
- Er is nog geen keurmerk (bijvoorbeeld het vaatkeurmerk) dat voorschrijft dat vaatchirurgen aangesloten moeten zijn bij ClaudicatioNet en patiënten moeten verwijzen naar gespecialiseerde fysiotherapeuten. Daarnaast kan op dit moment een vaatchirurg aangesloten zijn bij ClaudicatioNet en tegelijk geen patiënten verwijzen, er is geen controle.
- Tot slot wordt als reden genoemd dat fysiotherapeuten en vaatchirurgen in een netwerk elkaar niet kennen en dat daardoor verwijzingen achterblijven.
- Een verpleegkundig specialist vertelt dat het lastig is om roulerende arts-assistenten volledig op de hoogte te houden hoe ze patiënten op een juiste manier moeten doorverwijzen.
- De uitleg en de verwijzing moet plaatsvinden in een consult op de polikliniek, dat al krap qua tijd gepland is.
- Tot slot selecteren verpleegkundigen zelf wie zij verwijzen naar een fysiotherapeut. Een verpleegkundig specialist vertelt hierover: *"Ik doe ook niet iedereen hoor. Ik kijk een beetje wat er voor me zit zeg maar. (...) En als mensen echt zelf heel gemotiveerd zijn, dan hoeven ze van mij niet naar de fysiotherapeut."*

Als een netwerk niet goed functioneert, kennen vaatchirurgen en fysiotherapeuten elkaar niet en is er nauwelijks kennisuitwisseling. Een van de fysiotherapeuten vertelt dat hij na rapportage aan de vaatchirurg niets meer terug hoort, en eigenlijk zou willen weten wat er daarna nog met de patiënt gebeurt: gaat die alsnog naar de vaatchirurg? Tot slot betekent een niet goed functionerend netwerk met weinig verwijzingen een discrepantie in de tijdsinvestering en opbrengst voor de fysiotherapeut. Als belangrijkste oorzaak waarom bepaalde netwerken niet optimaal functioneren, werd genoemd dat de scholingen verspreid over Nederland plaatsvonden en niet per regio de start van een netwerk vormden. Eén van de ondervraagden vertelt hierover het volgende: *"Wat er later is gebeurd, is iedereen gewoon maar scholen en dan hebben ze ook een netwerk maar niemand weet dat er een netwerk is. Het zijn losse geschoolde mensen." (...) "We proberen dat wel weer te veranderen. Maar eigenlijk als je het in één keer goed doet... en nu is het ei al gelegd. Nu moet je mensen weer bij elkaar zien te krijgen"* (fysiotherapeut). Fysiotherapeuten vertelden dat zij de voorwaarden opvolgen van ClaudicatioNet en de interventie uitvoeren. Zij hebben het gevoel dat ze weinig kunnen doen om de implementatie in hun regio te bevorderen en netwerken beter te laten functioneren. Verder werd in



dit kader genoemd dat men wel eens twijfelt of het voortbestaan van de stichting zelf misschien teveel nadruk krijgt.

In een regio met meerdere ziekenhuizen is het onduidelijk bij welk netwerk je hoort als fysiotherapeut. Een van de fysiotherapeuten vertelt daarover: *“Wij zitten in een regio waarin mensen ook naar Den Bosch of naar Eindhoven of naar Nijmegen of wat dan ook gaan. Ze gaan naar andere ziekenhuizen, dus ik krijg hier ook verwijzingen uit Catharina, ik krijg ook verwijzingen uit het Jeroen Bosch. Dus ja, bij welk netwerk hoor je dan?”* (fysiotherapeut).

Individuele fysiotherapeuten vertellen geen inzicht te hebben in hoeveel patiënten collega-praktijken in hun regio behandelen. Doordat fysiotherapiepraktijken verschillende EPD's gebruiken, en doordat ClaudicatioNet het gebruik van Fastguide als database niet mocht verplichten, is er op dit moment nog geen landelijke database voor kwaliteitsborging en ontbreekt inzicht in het aantal verwijzingen. Er wordt gewerkt aan een oplossing waardoor een koppeling met alle EPD's mogelijk is, maar de huidige (dubbele) registratie vinden fysiotherapeuten op dit moment omslachtig.

Verder zijn er nog knelpunten genoemd, die gaan over het uitvoeren van de interventie.

Fysiotherapeuten vertellen dat patiënten vaak meerdere aandoeningen hebben en dat er vaak sprake is van een fluctuerende gezondheid. Zij moeten daar de interventie steeds op aanpassen.

*“Maar wat als er een longpatiënt tussen zit? Hoe moet je dan trainen? Wat is dan de leidende aandoening en wat betekent dat voor de interventie? En dat vind ik nog een beetje te weinig”* (fysiotherapeut). Verder wordt genoemd dat de *supervisie* wegvalt wanneer de interventie stopt, en dat zij terugval zien bij patiënten. Zij zouden graag zien dat er een betere overgang gemaakt wordt naar reguliere sporten of (begeleide) wandelgroepen. Als knelpunt ervaren zij dat die aansluiting moeilijk te maken is. Tot slot werd door een aantal fysiotherapeuten voorgesteld om strenger te selecteren welke patiënten begeleid mogen worden, waarbij de suggestie is om alleen gesuperviseerde looptherapie aan te bieden als een patiënt stopt met roken.

## Thema's

### Succesfactoren

- Kosten effectiviteit aangetoond
- Inspirerende opinieleider
- Enthousiast team ClaudicatioNet
- Samenwerking vaatchirurgie met fysiotherapeut is sterk concept
- Verspreiding en implementatie wordt ondersteund en gefaciliteerd door ClaudicatioNet
- Specialisatie en differentiatie van fysiotherapie: manier om bijscholingspunten te halen, praktijken specialiseren zich en verdelen patiënten
- Duidelijk protocol, werkwijze en materialen
- ClaudicatioNet werkt als een kwaliteitskeurmerk
- Bij goed functionerende netwerken winst

### Knelpunten

- Te weinig verwijzingen naar de interventie vanwege: geen of tegenwerkende (economische en externe) prikkels en financieringsstructuur; hoge dichtheid fysiotherapeuten; continuïteit afspraken in ziekenhuizen; select aantal wordt verwezen.
- Gevolgen van te weinig verwijzingen: lastig voor fysiotherapeut ervaren te blijven; niet rendabel voor fysiotherapeut om er tijd in te steken
- Fysiotherapeut weet zelf niet hoe het netwerk te verbeteren
- Twijfels bij motieven en belangen van ClaudicatioNet
- In een regio met meerdere ziekenhuizen is overlap in netwerken
- Nog geen koppeling met alle EPD's, daardoor dubbele registratie en geen kwaliteitsborging en overzicht verwijzingen
- Aansluiting naar reguliere sport is moeilijk te maken
- Lastig en te weinig kennis om interventie aan te passen op situatie en comorbiditeit patiënt



## Case 12 COPE-Actief

Het COPE-Actief (COPD Onderzoek Pulmonologie Enschede) programma is een fysiotherapeutisch trainingsprogramma voor COPD-patiënten in de regio Enschede. In het programma ligt de nadruk op gedragsverandering ten aanzien van bewegen. Deze case gaat over implementatie van COPE-Actief in eerstelijns fysiotherapiepraktijken.

Aanleiding voor het COPE-Actief programma was dat een longarts in het ziekenhuis een onderzoekscultuur wilde stimuleren en wilde promoveren. Er was in de regio nog geen goed bewegingsprogramma voor patiënten met COPD, en dit was reden om daar onderzoek naar te doen (COPE I en COPE II onderzoek). Fysiotherapeuten die met dit onderzoek meededen, maakten een doorstart nadat het onderzoek afgerond was. Zij richtten samen de 'COPE-Actief vereniging' op. Het initiatief is regionaal en deelnemende fysiotherapeuten zijn gevestigd in Enschede en omgeving. Het doel van de vereniging is *"om de COPD patiënten te behandelen volgens de "state of the art" met een éénduidige kwaliteit en werkstijl"*. Hiervoor worden de fysiotherapeuten geschoold, worden er richtlijnen ontwikkeld en afspraken gemaakt met zorgverzekeraars, huisartsen, specialisten en andere disciplines. Via de longartsen worden op dit moment nog steeds patiënten met COPD verwezen naar het programma.

### Implementatie

Implementatie van het COPE-Actief programma vond plaats tijdens het onderzoek. Na een oproep werd een groep fysiotherapeuten uit de directe regio door de onderzoekers betrokken bij de ontwikkeling van het programma. Het ziekenhuis en de onderzoekers faciliteerden de implementatie van het programma. Daarna is de continuïteit geborgd door een stichting op te richten. Er zijn geen ambities voor landelijke verspreiding. Het protocol is gepubliceerd in een proefschrift en internationale wetenschappelijke publicatie en daardoor toegankelijk voor iedereen.

### Succesfactoren en knelpunten

Fysiotherapeuten noemen het bevorderend voor implementatie dat de effectiviteit van het programma is aangetoond. Eén van de onderzoekers vertelt dat er draagvlak is voor de inhoud van het programma omdat fysiotherapeuten daar zelf over mochten meedenken. *"Dat iedereen achter het programma staat, dat is echt een heel belangrijk punt."* (onderzoeker). Bovendien zijn patiënten tevreden over het programma en over de mogelijkheid voor lotgenoten contact.

Verder worden de goede samenwerking tussen longartsen en fysiotherapeuten en de inzet van een aantal enthousiaste kartrekkers gezien als cruciale succesfactoren. *"Er waren elke keer promovendi die zelf belang hadden bij het promoveren en daar was het opzetten van het netwerk en dat in werking zien te krijgen was een onderdeel van het promoveren"* (respondent ziekenhuis). Omdat het initiatief vanuit het ziekenhuis is opgestart en longartsen achter het programma staan, worden patiënten op structurele basis verwezen naar de aangesloten fysiotherapiepraktijken. *"COPE-actief loopt heel goed omdat we gewoon specialisten hebben die daar achter zitten"* (fysiotherapeut). En: *"Het initiatief kwam ook vanuit het ziekenhuis. Dat is natuurlijk anders dan als je zelf een initiatief op moet zetten. Dus in mijn beleving hebben we daar verder niet zo heel veel voor moeten doen"* (fysiotherapeut).

Een andere succesfactor noemt men het lokale en regionale karakter van het programma. Men kent elkaar, en in de regio is er maar één ziekenhuis om afspraken mee te maken. Daarnaast noemt men het als voordeel dat vrijwel iedereen in het Oosten van Nederland bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd is, waar onderzoekers voor de duur van het onderzoek afspraken mee kon maken. Meedoen aan het onderzoek had meerwaarde voor fysiotherapie praktijken, want zij konden daardoor gratis scholing volgen, zich specialiseren in COPD, contacten leggen in de regio, en zij kregen patiënten verwezen.

Verder wordt het oprichten van een netwerk en de vereniging gezien als sterk concept. Zo onderhoudt het bestuur van de vereniging contacten met de tweede lijn, en binnen het netwerk kan men makkelijk andere disciplines inschakelen, zoals een diëtiste of psycholoog. De in het netwerk gemaakte afspraken worden in stand gehouden en de kwaliteit blijft op peil doordat men elkaar aanspreekt. Ook is er aandacht voor vernieuwing. Factoren die maken dat dit netwerk goed functioneert zijn: dat iedereen iets doet binnen de vereniging; dat er aandacht is voor inhoud en bijscholing en niet alleen voor organisatorische zaken; en tot slot dat er een helder protocol en uniforme werkwijze is. *“Je moet mensen blijven hebben die zich willen inzetten en die nieuwe onderwerpen aandragen en zich verdiepen in de wetenschap van wat zijn de nieuwe ontwikkelingen of naar bijeenkomsten gaan en dat delen. Ik denk dat het valt of staat met de inzet van z’n leden”* (fysiotherapeut).

Er worden ook knelpunten ervaren bij de implementatie van COPE-Actief. Wanneer een fysiotherapiepraktijk relatief veel chronische patiënten behandelt, kan het behandelgemiddelde van de praktijk hoger uitvallen. Indirect vormt dit een risico voor het naar beneden bijstellen van het tarief dat men van de zorgverzekeraar krijgt. Een fysiotherapeut vertelt hierover: *“Eigenlijk zou het economisch beter voor ons zijn om te zeggen, we willen niet zoveel COPD patiënten, of ik ga ze minder behandelen”* (fysiotherapeut). Daarmee hangt samen dat het voor een fysiotherapiepraktijk een risico is als een groot deel van de patiëntenpopulatie betaald wordt vanuit de chronische lijst, en deze financiële regeling in de toekomst eventueel zou komen te vervallen. Dit zijn neveneffecten en risico’s die spelen doordat een praktijk zich specialiseert en aansluit bij dit netwerk en veel verwijzingen van één patiëntencategorie krijgt.

Hoewel het lokale karakter van het netwerk en het programma gewaardeerd worden, lijken er landelijk en regionaal nieuwe en wellicht concurrerende initiatieven te ontstaan. Zo is in de regio het ‘Hart Vaat Long Netwerk’ opgericht, dat voortkomt uit een landelijk initiatief vanuit de KNGF (Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie). Vooralsnog heeft COPE-actief een eigen positie binnen dit groter wordende HartVaatLong Netwerk, maar het is nog niet duidelijk wat dit netwerk betekent voor de toekomst van COPE-Actief. Daarnaast zijn er in de regio verschillende longrevalidatie en trainingsinitiatieven ontstaan. Een respondent in het ziekenhuis vertelt dat niet alle groepen vol komen en mogelijk ook met elkaar concurreren, maar dat anderzijds longartsen kiezen wie zij naar welke groep verwijzen. Tot slot noemen fysiotherapeuten dat patiënten de eerste twintig behandelingen zelf moeten betalen, en dat een aantal patiënten dit niet kan of niet wil betalen en daardoor niet deelneemt aan het programma. Bovendien moeten fysiotherapeuten vaak per patiënt uitzoeken of en hoe deze aanvullend verzekerd is en waar een patiënt recht op heeft. Dit kost hen veel tijd.

## Thema's

### Succesfactoren

- Effectiviteit is aangetoond
- Goede samenwerking tussen fysiotherapeuten en longartsen
- Draagvlak onder fysiotherapeuten voor inhoud van het programma
- Medisch specialist als verwijzer staat achter het programma
- Aantal enthousiaste kartrekkers in het netwerk en de vereniging COPE-Actief
- Het is lokaal: men kent elkaar, er is maar één ziekenhuis waarmee afspraken gemaakt worden
- Iedereen doet iets binnen de stichting
- Helder protocol en uniforme werkwijze
- Patiënten zijn tevreden
- Meedoen met het onderzoek en bij het netwerk aansluiten, biedt voordelen voor fysiotherapeuten

### Knelpunten

- Veel chronische patiënten behandelen verhoogt het behandelgemiddelde en vormt daarmee indirect een risico voor het naar beneden bijstellen van het tarief door zorgverzekeraar
- Wellicht onzekere positie van COPE-actief in het groter wordend Hart Vaat Long netwerk
- Een groot aandeel chronische patiënten dat uit chronische lijst betaald wordt, is een toekomstig bedrijfsrisico voor fysiopraktijk
- Fysiotherapeut moet per patiënt uitzoeken hoe patiënt verzekerd is en waar deze recht op heeft
- Patiënten moeten de eerste 20 behandelingen zelf betalen en kunnen of willen het programma daarom niet volgen
- Er zijn verschillende concurrerende revalidatie en trainingsinitiatieven nationaal en in de regio



Huisartsenpraktijk



Diëtist



Ziekenhuis



Wetenschap



Positieve effecten

## Case 13 Beyond good intentions

Beyond Good Intentions is een zelfmanagementprogramma. Het programma is gebaseerd op proactieve coping theorieën. Het doel van het programma is om de vaardigheden voor een goede zelfzorg te versterken. In het programma wordt hiermee geoefend op het gebied van dieet, beweging en medicatie. Deze case gaat over implementatie van Beyond Good Intentions in eerstelijns en tweedelijns zorgorganisaties.

Het programma bestaat uit vier groepsbijeenkomsten van twee uur. Bij de start van het programma is er één individueel (intake)gesprek. Het programma wordt gegeven door een psycholoog, diëtiste of praktijkondersteuner. Patiënten leren met behulp van een vijfstappenplan hun persoonlijke doelen te formuleren, te plannen en uit te voeren. Het vijfstappenplan bestaat uit: 1) het formuleren van een doel; 2) het doel verkennen; 3) de situatie inschatten; 4) een actieplan maken; 5) evalueren.

Organisaties die het programma Beyond Good Intentions wilden implementeren, waren allemaal in meer of mindere mate op zoek naar een methode om zelfmanagement vorm te geven. *“We zijn een grote eerstelijns groepspraktijk. Wij zijn gezien de toekomst enorm op zoek naar goede programma's op het gebied van zelfmanagement.”* (diabetes verpleegkundige bij een huisartsengroep).

Bij een grote eerstelijns zorggroep werd de implementatie van het programma onderdeel van de beleidsstrategie: *“Er is in 2011 een beleidsagenda gemaakt op zelfmanagement (...). En daarbij hebben ze literatuuronderzoek gedaan van welke interventies zijn er nou, wat is zoveel mogelijk bewezen effectief? Nou, daar is op een gegeven moment de keuze uit gemaakt van welke interventie willen we nou in gaan zetten”* (coördinator zelfmanagement eerstelijns zorggroep). En een andere organisatie wilde de interventie gebruiken en aanpassen voor patiënten met multimorbiditeit. *“De reden om met Beyond Good Intentions aan de slag te gaan was dat (...) medisch specialisten met elkaar nagedacht hebben van hoe gaan wij nou onze innovatiegelden in de komende jaren inzetten. Eén van de verbanden tussen al die verschillende specialismen is het onderwerp zelfmanagement en multimorbiditeit.”* (projectadviseur Centrum voor Chronisch Zieken).

### Implementatie

Het programma is ontwikkeld door wetenschappers van een afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie. Eén van de onderzoekers zegt: *“Wij zijn misschien teveel wetenschapper hè. Want je wil als wetenschapper toch wel iets aan de praktijk geven waarvan je met, nou ja 100% laten we zeggen 90% zekerheid kan zeggen van, jongens, dit is hét!”* (onderzoeker). Vanuit onderzoekers en universiteit zijn er na het ontwikkelen van Beyond Good Intentions verschillende pogingen gedaan om het programma te verspreiden. Zo verzorgen onderzoekers lezingen tijdens nascholingsbijeenkomsten voor huisartsen, diëtisten en diabetesverpleegkundigen. Daarnaast heeft de universiteit een overeenkomst met Zelfzorg BV waarin geregeld is dat deze organisatie de interventie mag aanbieden. Een zelfstandig psycholoog richtte het bedrijf Zelfzorg BV op en biedt materialen en train-de-trainer cursussen over Beyond Good Intentions aan. Zij vertelt daarover: *“Bart Thoolen is gepromoveerd op Beyond Good Intentions in 2007. En daar wist ik de resultaten natuurlijk van en dat het effectief is. En toen had ik zoiets van het is toch zonde als het op de plank blijft liggen.”* (train-de-trainer Beyond Good Intentions). Vervolgens ondersteunde de farmaceut Sanofi-Aventis tijdelijk en gedeeltelijk de implementatie in een aantal zorggroepen in Nederland. Zij benaderden

daarvoor zelf een aantal zorggroepen en hebben onder andere de train-de-trainer cursus vergoed. Het bedrijf Zelfzorg BV probeerde de bekendheid van het programma te vergroten door presentaties te houden op congressen en symposia. Verder is er een artikel verschenen in het tijdschrift De POH. Voor implementatie van het programma wordt een train-de-trainer cursus gegeven, kunnen programma materialen gekocht worden en vindt er na de train-de-trainer supervisie plaats. Op dit moment zijn er door Zelfzorg BV professionals in vijf verschillende organisaties in Nederland opgeleid om Beyond Good Intentions te geven. Bij twee hiervan is de interventie deels aangepast: bij een centrum voor Chronisch Zieken is het programma herschreven voor patiënten met multimorbiditeit; en bij een huisartsengroep wordt het stappenplan van Beyond Good Intentions gebruikt binnen de Prisma cursus. *"Wij doen hem dus niet zoals ie hier staat. Wij geven de Prisma cursus, maar de laatste avond van de Prisma cursus hebben we aangepast en daar hebben we zeg maar het stappenplan van Beyond Good Intentions gepakt, omdat wij dat beter vinden dan wat er bij de Prisma cursus gegeven wordt."* (diëtiste).

### **Succesfactoren en knelpunten**

Ondervraagden vinden dat het programma een goede theoretische onderbouwing heeft en zij waarderen dat de effectiviteit aangetoond is. Men omschrijft het programma als een methode waar veel behoefte aan is in de praktijk, en dat het programma te verbinden is aan het zogenaamd 'individueel zorgplan'. *"Je hebt allemaal losse interventies die moeten bijdragen aan zelfmanagement, maar dat het een samenhangend geheel wordt, omdat je door die interventie leren mensen dus makkelijker doelen op te stellen en die kun je weer gebruiken in het individueel zorgplan"* (coördinator zelfmanagement eerstelijns zorggroep). Bovendien is het stappenplan generiek. Het is te gebruiken in verschillende settings en voor verschillende doelgroepen. Zorgverleners die het programma geven, vertellen dat zij de methode ook toepassen in individuele patiëntencontacten. Een sterk onderdeel van het programma vindt men de uitgebreide intake vooraf, waardoor professionals een groep kunnen samenstellen van gemotiveerde patiënten die in staat zijn deel te nemen.

Een knelpunt is dat het programma door zorgverleners als relatief duur ervaren wordt. In de organisaties waar Beyond Good Intentions is geïmplementeerd, was er (tijdelijk) extra financiering beschikbaar voor de uitvoering, maar ontbreekt structurele financiering voor de toekomst. Verder zijn er elementen aan het originele programma toegevoegd (bijvoorbeeld e-mailen met patiënten en het uitnodigen van gastsprekers), wat het tijdsintensiever en duurder maakt en wat door twee praktijken ook weer terug gedraaid gaat worden. Verder blijkt het programma als 'extra' zorg gegeven te worden, en leidt het tot intensievere (maar volgens hen ook betere) individuele consulten nadien. Terwijl men hoopte dat patiënten na het volgen van de cursus minder zorg zouden gaan gebruiken. Een diabetesverpleegkundige vertelt hierover het volgende: *"Ik had onderschat dat het zoveel met mensen kon doen. Dus ook in de vervolconsulten met die patiënten heb ik het ook steeds kunnen gebruiken. Maar het knelpunt is dan dat, doordat de patiënten er steeds meer over gaan nadenken, dat de consulten die daarop komen ook veel intensiever zijn, langer zijn en uitlopen."* (diabetes verpleegkundige bij een huisartsengroep).

In vrijwel alle organisaties waar Beyond Good Intentions is opgestart, blijkt het lastig om voldoende patiënten te werven om de groepen vol te krijgen. Het ontbreekt aan structurele verwijzingen, hoewel men wel denkt dat er voldoende potentiële deelnemers zijn. *"Nu loopt er dus één cursus en dan zou er nog eentje komen, maar het blijkt dus heel moeilijk om die groepen vol te krijgen"*

(coördinator zelfmanagement eerstelijns zorggroep). Doordat verwijzingen niet structureel zijn en moeilijk op gang komen, kost het zorgverleners veel tijd om (alsnog) patiënten te werven. Om de cursus rendabel te houden, is er een minimum aantal deelnemers nodig.

Een deel van de ondervraagden vertelt dat zij voor het programma andere vaardigheden nodig heeft, en dat training heel belangrijk is. Het kost tijd om het goed te leren, en dit is lastig vanwege de lage frequentie van het programma. *“Nou, het was voor mijzelf ook gewoon een hele andere manier van denken en omgaan. Dat vond ik in het begin heel moeilijk maar uiteindelijk vond ik het heel positief.”* (diabetes verpleegkundige bij een huisartsengroep). Door één van de onderzoekers wordt genoemd dat naast vaardigheden, ook wellicht levenservaring van trainers van invloed is of deelnemers overtuigd zijn van wat een trainer vertelt. Hiermee samenhangend vertellen zowel onderzoekers als zorgverleners dat het programma vooral gericht is op gedragsverandering en het aanleren van zelfzorg-vaardigheden, maar dat er in het programma weinig ruimte is voor educatie. *“Wij gaan er een beetje vanuit (in het programma), dat mensen weten wat gezond eten is, dat mensen weten dat ze gezonder moeten eten of dat ze medicijnen moeten gebruiken en wat de gevaren en risico's zijn. Ik denk nu zelf achteraf, en ik heb het ook wel gehoord van deelnemers, dat het goed is om ook wat inhoudelijke sessies te geven tussendoor, dus naast het proactieve vaardigheden ontwikkelen door middel van zo'n vijfstappenplan, ook wat meer educatie”* (onderzoeker).

Het structureel inbedden van het programma in de organisatie blijkt tot slot een lastige opgave te zijn voor organisaties. *“Ze waren hartstikke enthousiast over de interventie en de resultaten ervan, maar dan toch kunnen ze het niet (continueren). En dan denk ik: ja er is niet heel erg vooruit gekeken. En dat komt misschien ook deels van, het is wel leuk dat Sanovi-Aventis dat bekostigt, dus dan wordt er al snel ja gezegd, zonder dat er echt structureel over nagedacht wordt van, hoe moet dat nou straks?”* (train-de-trainer Beyond Good Intentions). Naast het ontbreken van een projectleider of plan voor de toekomst, wordt ook aangegeven dat personeelwisselingen of andere gebeurtenissen meestal direct van invloed zijn op de continuïteit van het programma.

## Thema's

### Succesfactoren

- Effectiviteit van de interventie is aangetoond
- Methode waar veel behoefte aan is in de praktijk
- Interventie is uitvoerbaar in elke setting en patiëntengroepen
- Goede intake en selectie vooraf i.v.m. groepssamenstelling, motivatie en mogelijkheden van deelnemers
- Tijdelijke financiële ondersteuning vanuit farmaceutisch fabrikant

### Knelpunten

- Geen structurele financiering, relatief duur programma
- Te weinig verwijzingen naar programma
- Lastig vaardigheden aan te leren voor zorgverlener vanwege lage frequentie programma
- Er gaan (nog) geen consulten af in het zorgproces na de cursus
- Reguliere consulten zijn intensiever (maar beter)
- Programma moeilijk draaiende te houden door personele wijzigingen
- In programma ontbreekt educatie over wat gezond gedrag is
- Er is in organisaties te weinig aandacht voor structurele inbedding, vaak geen projectleider, plan en implementatie is niet voorbereid

## Case 14 Zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie

Deze case gaat over de implementatie van een zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie. Het doel van dit nazorgprogramma is om terugval in ongezonde leefgewoonten te voorkomen door mensen na de hartrevalidatie in een groepsprogramma zelfregulatie technieken aan te leren. Het nazorgprogramma wordt gegeven door een psycholoog en start met een individuele motivational counseling sessie waarin persoonlijke gezondheidsdoelen verkend worden. Daarna vinden er vijf groepsbijeenkomsten van 2 uur plaats en tot slot twee keer een follow-up groepssessie van 2 uur.

De onderzoeker vertelt dat het formuleren van persoonlijke doelen een belangrijke stap is in het programma: *“We zien vaak dat doelen die artsen hebben of hulpverleners hebben niet altijd de doelen zijn die patiënten ook hebben. Dus voor een patiënt is het heel belangrijk misschien om z'n kinderen op te zien groeien, en een arts zegt je moet stoppen met roken. Terwijl als je dus samen met de patiënt gaat kijken van, wat is voor jou belangrijk, en welke gezondheidsdoelen passen daar dan bij, dan heb je eigenlijk een hele andere insteek dan gewoon zeggen jij moet dit niet doen want wij denken dat het goed is voor jou”* (onderzoeker).

### Implementatie

Het nazorgprogramma werd vooralsnog alleen tijdens de onderzoeksperiode uitgevoerd. De onderzoeker vertelt hierover: *“Toen zaten we dus met een programma dat werkte, of althans, wat leek te werken, dat beeld deed zich op toen we de metingen van zes maanden hadden maar ook toen we de follow-up metingen hadden. Toen was een beetje de vraag: hoe nu verder?”* (onderzoeker). Om de bekendheid met het programma te vergroten, gaf de onderzoeker presentaties op symposia en congressen. Daarnaast was er media aandacht rondom het verschijnen van het proefschrift en de promotie van de onderzoeker. Een aantal landelijke werkgroepen en beroepsverenigingen zijn op de hoogte gesteld van het nazorgprogramma.

### Succesfactoren en knelpunten

Dat het programma effectief is en een goede theoretische basis heeft, wordt als succesfactor voor implementatie gezien. Men vertelt dat er behoefte en interesse is vanuit zorgverleners. *“Vanuit de praktijk horen we dat veel mensen zeggen, nou dat zou super zijn, als je gewoon dat aan kan leveren. Dan willen wij daar wel mee aan de slag”* (onderzoeker). Daarnaast is de problematiek van terugval na hartrevalidatie beschreven in literatuur, een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en een rapport van het College voor Zorgverzekeringen. Bovendien schrijft de richtlijn voor hartrevalidatie nazorg voor. Een andere succesfactor is dat de werkwijze van het programma helder is, en men verwacht dat een ervaren psycholoog het programma zelf zou kunnen opstarten met behulp van de trainers manual. Tot slot bleek tijdens het onderzoek dat het goed werkte dat de revalidatiesetting al een vertrouwde omgeving was voor patiënten, met voor hen bekende hulpverleners en vaak ook bekende mede-deelnemers. *“De fysiotherapeuten, zij doen meestal ook een beetje zo van: je bent straks klaar wat dan? Wat zijn je ideeën daarbij? Wat wil volhouden? Hoe ga je sporten en noem het maar. We zeiden, als je dat gesprek voert, neem dan mee, zeg dan van: goh, we hebben dit programma wat hier nou juist speciaal over gaat, zou het iets voor je zijn? En dat scheelt natuurlijk. Zij kennen die mensen, er was een duidelijke context waarin dat programma werd aangeboden”* (onderzoeker).



Het belangrijkste knelpunt voor de implementatie van het zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie is dat er geen financiering is. Verteld wordt dat er momenteel binnen de hartrevalidatie zorgen zijn rondom veranderingen in de financiering met de komst van de zogenaamde DOT-systematiek. Daarnaast staat de capaciteit van de huidige hartrevalidatie al onder druk. Dit komt omdat er een budgetteringsplafond gehanteerd wordt, terwijl er wel een toename in het aantal verwijzingen naar de hartrevalidatie nagestreefd wordt. *“De gesprekken gaan dus heel erg over van laten we eerst zorgen dat dit goed is geregeld, in de huidige, of in de DOT-boom die eraan zit te komen. En daarna gaan we wel eens kijken wat kunnen we dan nog voor nazorg regelen. Dus in die zin is de timing ook een beetje ongunstig”* (onderzoeker).

Verder is het onduidelijk in welke mate patiënten willen deelnemen aan een nazorgprogramma. *“Wat wij wel merkten was dat van de patiënten die wij benaderden ongeveer maar de helft mee wilde doen aan het onderzoek. Dus het wordt denk ik wel interessant als je het in de praktijk implementeert, hoe groot de animo ervoor is”* (onderzoeker). Ook een cardioloog vertelt dat men tijdens het onderzoek steeds aandacht moest vragen bij zorgverleners voor het werven van patiënten. Wat meespeelt bij het werven van patiënten, is dat men zich afvraagt of zo’n psychologische interventie goed en toegankelijk uit te leggen is. *“Het is nog niet algemeen goed dat dit soort zelfregulatie-mechanismen helpen aan het onderhouden van een betere leefstijl. We hebben hier wat moeite gehad om patiënten nou precies uit te leggen met wat we bedoelden met dat ze door het verhogen van hun eigen motivatie zich beter aan de leefstijl zouden houden”* (cardioloog).

Omdat het programma na het onderzoek niet in een zorgpraktijk is geïmplementeerd, weet men nog niet of het goed toe te passen is. *“Als je mij vraagt, zouden de ziekenhuizen dit snel kunnen opstarten dan denk ik dat niet. Die zouden een psycholoog moeten trainen, die zouden op zoek moeten gaan naar ruimtes, die zouden wat moeten regelen. (...) Maar als je mij vraagt is het noodzakelijk om het in een revalidatie setting te doen, dan zeg ik helemaal niet. Volgens mij kan je dit ook op de hoek van de straat geven”*(cardioloog).

## Thema's

### Succesfactoren

- Effectiviteit aangetoond
- Goede theoretische basis
- Problematiek is beschreven in literatuur, rapport IGZ en CVZ, en de richtlijn schrijft nazorg voor
- Met een trainers manual zou een ervaren psycholoog het programma (overal) kunnen geven
- Ten tijde van het onderzoek werkte het positief om het programma in vertrouwde omgeving met bekende hulpverleners te geven

### Knelpunten

- Geen financiering voor nazorg
- Huidige financiering hartrevalidatie staat al onder druk (capaciteit en budgetteringsplafond)
- Onduidelijk in welke mate patiënten willen deelnemen
- Psychologische interventie is moeilijk uit te leggen aan patiënten
- Generaliseerbaarheid interventie naar andere setting is nog onbekend

## Zorgverzekeraars

In kwalitatieve interviews met zorgverzekeraars (n=5) is gevraagd hoe zij omgaan met (financieren van) leefstijlinterventies voor chronisch zieken en welke knelpunten en succesfactoren zij daarbij ervaren. In dit hoofdstuk lichten wij eerst toe hoe de huidige financiering van leefstijlinterventies in elkaar zit. Vervolgens worden de thema's beschreven die zorgverzekeraars in interviews noemden. In bijlage 2 is een tabel opgenomen met een uitgebreide analyse van thema's en subthema's, geïllustreerd met citaten.

### Financiering van leefstijlinterventies

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van zorg zoals deze volgens richtlijnen en zorgstandaarden gegeven dient te worden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt tarieven en bijbehorende prestaties (activiteiten en verrichtingen) vast die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Jaarlijks kopen zorgverzekeraars zorg in bij zorgaanbieders en sluiten zij daarvoor een contract af. De basis voor de zorginkoop zijn richtlijnen, zorgstandaarden, tarieven van de NZa en politieke besluitvorming wat in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen is. In de Zorgstandaarden staat dat leefstijladvies en leefstijlbegeleiding gegeven zou moeten worden aan patiënten met een ongezonde leefstijl. Belangrijk in dit kader is dat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport op 4 juli 2011 besloot dat leefstijladvies wel in het basispakket kwam, maar *begeleiding* bij leefstijlverandering niet. Deze begeleiding kan wel vanuit de aanvullende verzekering gefinancierd worden, en zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen daar dan gezamenlijk afspraken over te maken. Dit betekent echter dat alleen de mensen die aanvullend verzekerd zijn recht hebben op vergoeding van leefstijlbegeleiding.

Voor zorgaanbieders zijn er de volgende mogelijkheden voor financiering wanneer het gaat om leefstijlinterventies:

- Een leefstijlinterventie wordt door zorgaanbieders gefinancierd uit de reguliere financiering (hetzij vanuit de basisverzekering of vanuit de aanvullende verzekering), er wordt geen extra financiering ontvangen;
- In onderhandeling met een zorgverzekeraar is afgesproken dat de zorgaanbieder binnen de reguliere financiering (tijdelijk) extra middelen krijgt om de leefstijlinterventie uit te voeren;
- Een leefstijlinterventie wordt tijdelijk vanuit innovatiegelden of projectgelden van zorgverzekeraars gefinancierd;
- Een leefstijlinterventie wordt gefinancierd vanuit een (onderzoeks)subsidie;
- Patiënten betalen zelf gedeeltelijk of volledig de kosten van een leefstijlinterventie.

### Thema's

#### *Effectiviteit van interventies*

Zorgverzekeraars zeggen geen effectieve leefstijlinterventies te kennen, twijfelen aan de effectiviteit van bestaande leefstijlinterventies of soms in het algemeen aan het nut van leefstijlinterventies.

*"Als er dan een effectief programma is, kunnen we dat inzetten. Dan zou ik niet weten welk programma dat zou moeten zijn. Dus dan heb je een screening, dan heb je een risicogroep, je weet welke patiënt een bepaald programma nodig zou hebben, maar dat bepaalde programma is er niet. En dat vind ik toch wel heel jammer " ( ZV\_C)*

Zij hebben behoefte aan een kader hoe de effectiviteit van leefstijlinterventies beoordeeld zou moeten worden: wat meet je, hoe lang moet je meten, hoe waardeer je opbrengsten? Daarbij is het van belang dat een gezonde leefstijl zich vertaalt in minder zorggebruik.

*“Hoe lang moet je dat soort projecten laten lopen om de effectiviteit aan te kunnen tonen? Gedragsverandering is al moeilijk, maar als je de effecten wilt meten dan moet je minstens 10 jaar de tijd nemen.” (ZV\_E)*

Zorgverzekeraars stellen in het kader van effectiviteit zich ook de vraag voor welke patiënten interventies werken, en of het mogelijk is om vooraf een betere selectie te maken op basis van motivatie en eventuele omgevingsfactoren. Zorgverzekeraars benoemen dat er vaak sprake is van multiproblematiek. Het gaat niet alleen om ziek zijn en een ongezonde leefstijl – maar iemand is bijvoorbeeld ook nog werkeloos, heeft een huurachterstand en een zwak sociaal steunsysteem.

*“Die mensen met een slechte leefstijl hebben vaak ook schulden, hebben geen werk, die afijn, dat zit heel anders in elkaar. Dat is iets waarbij ook leefstijlinterventies (...) veel meer moeten gaan kijken van ja, hoe gaan we mensen nou veel meer preventief in het leven helpen.” (ZV\_B)*

Men noemt dat er bij huidige leefstijlinterventies vaak vooral gekeken wordt naar medische factoren, en minder naar omgevingsfactoren – terwijl daar juist voor de samenleving winst behaald kan worden.

### **Verantwoordelijkheid voor gezondheid**

Zorgverzekeraars benoemen de noodzaak van preventie en zeggen dat zij voor een maatschappelijke vraagstuk staan van een toenemend aantal chronisch zieken bij oplopende zorgkosten.

*“Er staat niet in de wet dat de zorgverzekeraars daartoe verplicht is, nou en waarom doen ze het? Ze doen het om toekomstige schade te proberen te reduceren, want ze weten zeker dat als ze niet mee naar voren gaan, er niets aan doen, dat het op een gegeven moment over de rand loopt.” (ZV\_D)*

Zorgverzekeraars vertellen te worstelen met verschillende vragen rondom verantwoordelijkheid. Ten eerste de noodzaak dat er iets moet gebeuren. Ten tweede de vraag in hoeverre het bevorderen van gezond gedrag een taak van de zorgverzekeraar is. Kan het bevorderen van een gezonde leefstijl een product zijn wat in het verzekerde pakket valt, omdat het strikt genomen niet gaat om schadelast? Wat is de eigen verantwoordelijkheid van mensen zelf?

Verder geven zorgverzekeraars aan verantwoordelijkheden rondom preventie opgeknipt zijn. Geïndiceerde preventie is vanuit de Zorgverzekeringswet de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Overige preventie valt onder de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waar gemeente (en GGD) verantwoordelijk voor zijn.

Tot slot wordt in het kader van verantwoordelijkheid benoemd dat setting een rol speelt. Wie zou leefstijlinterventies (in het kader van geïndiceerde preventie) moeten uitvoeren? Zorgverzekeraars geven de voorkeur aan de eerste lijn. Tegelijk benoemen zij dat zij twijfels hebben of de eerste lijn daar op dit moment al klaar voor is wat betreft vaardigheden en kennis en mogelijkheden om leefstijlinterventies op grote schaal uit te voeren.

### **Verzekerde pakket en financiering**

Zorg zoals beschreven in richtlijnen en zorgstandaarden valt in het algemeen binnen het verzekerde pakket en de zorg die zorgverzekeraars inkopen. Echter, leefstijl *begeleiding* valt in veel gevallen alleen in de aanvullende verzekering en niet in de basisverzekering. Dat betekent dat het per patiënt verschilt hoe deze verzekerd is en waar deze qua vergoeding recht op heeft. Voor een zorgaanbieder heeft dit tot gevolg dat zij per patiënt moet uitzoeken hoe deze verzekerd is en patiënten informeren wat de eventuele kosten zijn van een interventie. Zorgverzekeraars vertellen dat veel zorgaanbieders vanwege deze administratieve last ervoor kiezen om geen leefstijlinterventie aan te bieden.

*“Zorgverleners moeten zeggen wij nemen die administratieve rompslomp voor lief en we gaan per verzekerde kijken of er ruimte zit in de AV, gedoe, gedoe. Maar sommigen nemen dat gedoe op de koop toe. Maar veelal zeggen ze van nou, dan valt dat gewoon buiten het aanbod.” ( ZV\_B)*

Zorgverzekeraars noemen in het kader hiervan dat de mensen die leefstijlbegeleiding het hardste nodig hebben, in veel gevallen geen aanvullende verzekering hebben. Daarnaast betekent zorg die vanuit de aanvullende verzekering wordt gecontracteerd een recht, terwijl zorgverzekeraars liever maatwerk zouden willen aanbieden.

*“Idealiter zou het ook maatwerk moeten kunnen zijn. En op het moment dat je het verzekerd, stel het zit in de aanvullende verzekering, dan zeg je van nou, iemand heeft recht op 9 behandelingen of 10. En dan krijgt iemand ook 10 behandelingen, terwijl je eigenlijk zou willen dat je zegt nee, 5 is genoeg, stop, o, deze heeft er 15 nodig, nou oké, 15. Eigenlijk zou dat natuurlijk het mooiste zijn.” ( ZV\_ E)*

Voor zorg die niet binnen reguliere financiering valt, zijn soms mogelijkheden via (tijdelijke) projectgelden. Zorgverzekeraars vertellen dat er veel losse en tijdelijke projecten zijn en dat er vaak geen borging is qua resultaten intern bij zorgverzekeraars, of borging qua vervolfinanciering. Voorts wordt verteld dat evaluatie van projecten vaak mislukt doordat zorgorganisaties en zorgverleners niet goed registreren of gegevens die er echt toe doen toch niet boven tafel kunnen halen. Het managen en evalueren van projecten kost zorgverzekeraars veel tijd.

### **Afwegingen en dilemma's om te investeren**

Zorgverzekeraars vertellen dat verschillende afwegingen een rol spelen bij het besluiten om wel of niet te investeren in leefstijlinterventies.

Redenen om **niet** te investeren in leefstijlinterventies zijn:

- verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar die niet de kosten hoeft te maken maar wel op termijn de mogelijke baten kan incasseren;
- de horizon waarin investering terug is te verdienen is onbekend bij leefstijlinterventies, terwijl zorgverzekeraars vertellen gemiddeld een tijdshorizon van 3 jaar aan te houden;
- baten van leefstijlinterventies kunnen elders in de maatschappij zijn (bijvoorbeeld minder ziekteverzuim), terwijl de investering wel van zorgverzekeraars komt
- de solidariteit komt verder onder druk te staan doordat bij veel investeren de premie omhoog gaat, en doordat minder mensen een aanvullende verzekering hebben waardoor kruissubsidiëring lastiger is.

Zorgverzekeraars noemden ook redenen om **wel** te investeren in leefstijlinterventies:

- helpen oplossen van het maatschappelijke vraagstuk van een toenemend aantal chronisch zieken bij oplopende zorgkosten;
- de zorgverzekeraar heeft een strategisch belang om te investeren in projecten vanwege de wens haar marktaandeel in een bepaald gebied te willen vergroten;
- de zorgverzekeraar ziet door samen te werken met bepaalde (grote) organisaties of gemeenten kansen om in de toekomst nieuwe collectieven af te sluiten;
- sommige projecten bieden de mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om iets uit te testen en te evalueren in de praktijk.

### **Zorgverzekeringsstelsel**

In het huidige zorgverzekeringsstelsel, zo vertellen zorgverzekeraars, is er geen prikkel om te investeren in preventie. Betaling vindt plaats op basis van productie en verrichtingen – en niet op basis van resultaat, gezondheidswinst of het voorkomen van ziekte. Zorgverzekeraars worden juist gecompenseerd vanuit het vereveningsfonds voor verzekerden die een hogere ziektelast hebben.

*“Dus als we iemand niet diabetes laten worden en we investeren dan betalen we uit eigen zak, als die persoon diabetes heeft dan krijgen we dat gecompenseerd. Dus het is eigenlijk een negatieve prikkel voor ons om te investeren in. En dat is raar.” ( ZV\_ B)*

Daarnaast zorgen het eigen risico of eigen bijdragen ervoor zorgen dat mensen zo min mogelijk zorg consumeren. Zorgverzekeraars benoemen dat bij preventie je eigenlijk zou willen dat zoveel mogelijk mensen deze preventieve zorg consumeren – maar dat dit door deze prikkels niet gestimuleerd wordt.

Zorgverzekeraars onderling zijn concurrenten van elkaar. Zij mogen geen afspraken met elkaar maken. Echter, zij zeggen dat dit voor preventie in sommige gevallen nadelig is. Preventie activiteiten aanbieden in een bepaalde regio, betekent hierdoor voor een zorgverzekeraar dat zij op soms preventieve zorg voor mensen vergoeden die niet bij hen verzekerd zijn. Dit is een belemmering om te investeren om inwoners in bepaalde regio's te helpen om gezonder te leven.

### **Aanspreekpunt voor en coördinatie van preventie**

Binnen zorgverzekeraars zit de kennis over preventie verspreid over meerdere afdelingen en personen. Voor buitenstaanders is het niet duidelijk wie waarover gaat en benaderd kan worden. Daarnaast wordt er tussen verschillende afdelingen anders over preventie en leefstijl gedacht.

### **Ethiek**

In interviews vertellen zorgverzekeraars dat ethische vragen een rol spelen bij leefstijlinterventies.

*“Moet je mensen met COPD wel in zo'n (beweeg)programma zetten, en wat is het effect? (...)Want we weten, eigenlijk de belangrijkste interventie is gewoon stoppen met roken.” ( ZV\_A)*

In het bijzonder speelt de vraag of je als verzekeraar voorwaarden mag stellen aan de leefstijl van de verzekerde, voordat bepaalde zorg wordt vergoed.

## Referenties

- Blokstra A, Verschuren W, Baan C, Boshuizen H, Feenstra T, Hoogenveen R, et al. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven, RIVM; 2007
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2011). Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).
- Assendelft, W. J., M. M. Nielen, et al. (2012). "Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands." *Fam Pract* 29 Suppl 1: i126-i131.
- Duijzer, G., S. C. Jansen, et al. (2012). "Translating the SLIM diabetes prevention intervention into SLIMMER: implications for the Dutch primary health care." *Fam Pract* 29 Suppl 1: i145-i152.
- Gast, G., A. Spijkerman, et al. (2011). Preventie van chronische ziekten in risicogroepen. Bilthoven, RIVM.
- Glanz, K., B. K. Rimer, et al. (2008). Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco, Jossey-Bass.
- Harting, J., P. van Assema, et al. (2005). "Implementation of an innovative health service a "real-world" diffusion study." *Am J Prev Med* 29(2): 113-119.
- Jansink, R., J. Braspenning, et al. (2010). "Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis." *BMC.Fam.Pract.* 11: 41.
- Kok, M. O., L. Vaandrager, et al. (2012). "Practitioner opinions on health promotion interventions that work: opening the 'black box' of a linear evidence-based approach." *Soc Sci Med* 74(5): 715-723.
- Koopmans, B., J. Korevaar, et al. (2012). Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnamevrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Overzichtsstudies. Utrecht, NIVEL.
- Kroes, M. E., C. G. Mastenbroek, et al. (2007). Van preventie verzekerd, Diemen, CVZ.
- Meijer, S., A. Hesselink, et al. (2012). Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Verkenning naar de ervaringen van zorgverleners. Bilthoven, RIVM.
- Roumen, C., E. E. Blaak, et al. (2009). "Lifestyle intervention for prevention of diabetes: determinants of success for future implementation1." *Nutr.Rev.* 67(3): 132-146.
- Van der Meer, F. M., G. Ligtenberg, et al. (2009). Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie, Diemen, CVZ.
- Vermunt, P. W., I. E. Milder, et al. (2012). "Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery." *BMC Fam Pract* 13: 79.

### Selectie van wetenschappelijke publicaties behorende bij leefstijlinterventies uit de case studies

#### De BeweegKuur

- Helmink, J. H., S. P. Kremers, et al. (2012). "Factors determining the motivation of primary health care professionals to implement and continue the 'Beweegkuur' lifestyle intervention programme." *J Eval Clin Pract* 18(3): 682-688.
- Helmink, J. H., S. P. Kremers, et al. (2012). "The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people." *Fam Pract* 29 Suppl 1: i68-i74.
- Helmink, J. H., J. J. Meis, et al. (2010). "Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme." *Int J Behav Nutr Phys Act* 7: 49.

### **Gesuperviseerde looptherapie bij Claudicatio Intermittens**

- Bendermacher, B. L., E. M. Willigendael, et al. (2007). "Supervised exercise therapy for intermittent claudication in a community-based setting is as effective as clinic-based." J Vasc Surg **45**(6): 1192-1196.
- Kruidenier, L. M., S. P. Nicolai, et al. (2009). "Supervised exercise therapy for intermittent claudication in daily practice." J Vasc Surg **49**(2): 363-370.
- Kruidenier, L. M., W. Viechtbauer, et al. (2012). "Treatment for intermittent claudication and the effects on walking distance and quality of life." Vascular **20**(1): 20-35.
- Nicolai, S. P., J. A. Teijink, et al. (2010). "Multicenter randomized clinical trial of supervised exercise therapy with or without feedback versus walking advice for intermittent claudication." J Vasc Surg **52**(2): 348-355.
- van Asselt, A. D., S. P. Nicolai, et al. (2011). "Cost-effectiveness of exercise therapy in patients with intermittent claudication: supervised exercise therapy versus a 'go home and walk' advice." Eur J Vasc Endovasc Surg **41**(1): 97-103.

### **Cope-Actief**

- Effing, T., H. Kerstjens, et al. (2009). "(Cost)-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study." Thorax **64**(11): 956-962.
- Effing, T., E. M. Monninkhof, et al. (2007). "Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease." Cochrane Database Syst Rev(4): CD002990.
- Effing, T., G. Zielhuis, et al. (2011). "Community based physiotherapeutic exercise in COPD self-management: a randomised controlled trial." Respir Med **105**(3): 418-426.
- Effing, T. W., M. Krabbenbos, et al. (2012). "Excellent adherence and no contamination by physiotherapists involved in a randomized controlled trial on reactivation of COPD patients: a qualitative process evaluation study." Int J Chron Obstruct Pulmon Dis **7**: 337-344.

### **Beyond Good Intentions**

- Thoolen, B., D. de Ridder, et al. (2007). "Who participates in diabetes self-management interventions?: Issues of recruitment and retainment." Diabetes Educ **33**(3): 465-474.
- Thoolen, B., D. de Ridder, et al. (2008). "Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with type 2 diabetes." Health Educ Res **23**(1): 53-61.
- Thoolen, B., D. De Ridder, et al. (2007). "Effectiveness of a self-management intervention in patients with screen-detected type 2 diabetes." Diabetes Care **30**(11): 2832-2837.
- Thoolen, B. J., D. de Ridder, et al. (2009). "Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management." Psychol Health **24**(3): 237-254.

### **Zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie**

- Janssen, V., V. De Gucht, et al. (2012). "Beyond resolutions? A randomized controlled trial of a self-regulation lifestyle programme for post-cardiac rehabilitation patients." Eur J Prev Cardiol.
- Janssen, V., V. De Gucht, et al. (2013). "A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence." J Behav Med.

### **Prisma**

- Leibbrandt, A. J., J. C. Kiefte-de Jong, et al. (2010). "Effects of the PRO-active Interdisciplinary Self-Management (PRISMA, Dutch DESMOND) program on dietary intake in type 2 diabetes outpatients: a pilot study." Clin Nutr **29**(2): 199-205.
- Davies, M. J., S. Heller, et al. (2008). "Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial." BMJ **336**(7642): 491-495.

Gillett, M., H. M. Dallosso, et al. (2010). "Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis." BMJ **341**: c4093.

Khunti, K., L. J. Gray, et al. (2012). "Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care." BMJ **344**: e2333.

#### **Secundaire vasculaire preventiepoli**

Bredie, S. J., A. J. Fouwels, et al. (2011). "Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial." Eur J Cardiovasc Nurs **10**(3): 174-179.

#### **Stoppen met roken - Stimedic**

Chavannes NH, K. J., Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenthen AJM, Bax W, Wind LA (2007). "NHG-standaard Stoppen met roken." Huisarts en Wetenschap **50**(7): 306-314.

Pieterse, M. E., E. R. Seydel, et al. (2001). "Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial." Prev Med **32**(2): 182-190.

Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving herziening 2009. Utrecht, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Stead, L. F., G. Bergson, et al. (2008). "Physician advice for smoking cessation." Cochrane Database Syst Rev(2): CD000165.

Willemsen MC, W. E., van Schayck CP (2003). "De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens." Ned Tijdschr Geneeskd **147**(19): 922-927.



## Bijlage 1 Dataverzameling

Tabel 1 Dataverzameling per case

|                                                        | Kwalitatieve interviews | Documenten leefstijl-interventie | Documenten organisatie/beleid | Logboek   |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------|
| <b>C1 Lifestyle bij diabetes</b>                       | 2                       | 4                                | 7                             | 1         |
| <b>C2 De Beweegkuur</b>                                | 4                       | 26                               | 0                             | 1         |
| <b>C3 Leren leven met COPD</b>                         | 2                       | 17                               | 8                             | 1         |
| <b>C4 Vaatrisicopoli</b>                               | 2                       | 27                               | 7                             | 1         |
| <b>C5 Prisma</b>                                       | 2                       | 12                               | 6                             | 1         |
| <b>C6 Stoppen met roken</b>                            | 3                       | 3                                | 2                             | 1         |
| <b>C7 CVRM screening en begeleiding</b>                | 4                       | 2                                | 11                            | 1         |
| <b>C8 DiabetesFit</b>                                  | 3                       | 3                                | 0                             | 1         |
| <b>C9 Obesitas groepsprogramma</b>                     | 2                       | 1                                | 5                             | 1         |
| <b>C10 Groepscursus Hoog Cholesterol</b>               | 2                       | 0                                | 7                             | 1         |
| <b>C11 Gesuperviseerde looptherapie ClaudicatioNet</b> | 7                       | 13                               | 7                             | 1         |
| <b>C12 COPE-Actief</b>                                 | 5                       | 24                               | 0                             | 1         |
| <b>C13 Beyond Good Intentions</b>                      | 6                       | 12                               | 0                             | 1         |
| <b>C14 Zelfmanagementprogramma na hartrevalidatie</b>  | 2                       | 3                                | 0                             | 1         |
| <b>Zorgverzekeraars</b>                                | 5                       | -                                | -                             | -         |
| <b>Totaal</b>                                          | <b>51</b>               | <b>147</b>                       | <b>60</b>                     | <b>14</b> |

Tabel 2 Overzicht aantal interviews naar setting en functie

| Setting                                   | Functie                                                           | Aantal interviews |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Ziekenhuis</b>                         | Medisch specialist                                                | 3                 |
|                                           | Verpleegkundige / verpleegkundig specialist / physician assistent | 5                 |
|                                           | Fysiotherapeut / diëtist                                          | 1                 |
|                                           | Manager                                                           | 3                 |
| <b>Thuiszorg</b>                          | Verpleegkundige                                                   | 1                 |
|                                           | Diëtist                                                           | 2                 |
|                                           | Manager                                                           | 3                 |
| <b>Huisartsenpraktijk</b>                 | Huisarts                                                          | 2                 |
|                                           | Verpleegkundige / praktijkondersteuner                            | 4                 |
|                                           | Manager / coördinator                                             | 2                 |
| <b>Fysiotherapiepraktijk</b>              | Fysiotherapeut                                                    | 11                |
| <b>Dietistenpraktijk</b>                  | Diëtist                                                           | 1                 |
| <b>Overig</b>                             | Coördinator / adviseur / projectmedewerker / train-de-trainer     | 5                 |
| <b>Universiteit / onderzoeksinstituut</b> | Onderzoeker                                                       | 4                 |
| <b>Zorgverzekeraar</b>                    | Zorginkoper/zorgvernieuwing/adviseur                              | 4                 |
|                                           |                                                                   | <b>51</b>         |

## Bijlage 2 Uitwerking van thema's en subthema's zorgverzekeraars

In onderstaand schema staat een overzicht van thema's, welke wij geïdentificeerd hebben na interviews met zorgverzekeraars (n=4) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, n=1). In deze kwalitatieve interviews vroegen wij zorgverzekeraars hoe zij omgaan met (financieren van) leefstijlinterventies voor chronisch zieken en welke knelpunten en succesfactoren zij daarbij ervaren. In onderstaande tabel staan in de eerste kolom thema's – welke wij onderverdeeld hebben in subthema's in de tweede kolom. Elke subthema illustreren wij met een citaat uit een interview. Het overzicht biedt een brede inventarisatie wat er allemaal speelt of kan spelen bij zorgverzekeraars.

Tabel 2 Overzicht van thema's die spelen bij zorgverzekeraars

| Thema                                          | Subthema                                                                                                                                                              | Citaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Effectiviteit van leefstijlinterventies</b> | - Zorgverzekeraar kent geen effectieve leefstijlinterventies.                                                                                                         | - <i>“Als er dan een effectief programma is, kunnen we dat inzetten. Dan zou ik niet weten welk programma dat zou moeten zijn. Dus dan heb je een screening, dan heb je een risicogroep, je weet welke patiënt een bepaald programma nodig zou hebben, maar dat bepaalde programma is er niet. En dat vind ik toch wel heel jammer.” ( ZV_C)</i><br>- <i>“Waar wij eigenlijk grote behoefte aan hebben, is een kader. Ook vanuit de wetenschap, meer dan nu het geval is. Wat zijn effectieve leefstijlinterventies?” ( ZV_A)</i> |
|                                                | - Onduidelijk hoe je effectiviteit van preventie meet (welke uitkomstmaten zijn belangrijk, hoe lang moet je meten, hoe waardeer je opbrengsten?).                    | - <i>“Hoe lang moet je dat soort projecten laten lopen om de effectiviteit aan te kunnen tonen? Gedragsverandering is al moeilijk, maar als je de effecten wilt meten dan moet je minstens 10 jaar de tijd nemen.” ( ZV_E)</i><br>- <i>“Moet je nou gezondheidswinst altijd definiëren in termen van medische waarden of speelt kwaliteit van leven ook een belangrijke rol?” ( ZV_A)</i>                                                                                                                                         |
|                                                | - Wie/welke patiënten zouden moeten deelnemen? Voor wie werkt het? Zorgverzekeraars zouden graag een betere selectie vooraf willen maken o.a. op basis van motivatie. | - <i>“Je zou een screening moeten doen van te voren op basis van persoonlijkheidskenmerken, motivatie en misschien ook wel de omgeving waarin iemand woont en werkt. Is iemand überhaupt wel in staat om in die omgeving ander gedrag te laten zien?” ( ZV_A)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                             |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | - Twijfel over nut van leefstijlinterventies.                                                                                                               | - <i>"Ik zou zeggen is er voldoende kennis over de relatie tussen genen en gedrag? En welk programma zou ik dan moeten volgen met mijn genen om te zorgen dat mijn levensstijl of mijn gewicht of mijn, dat dat dan goed gaat?" ( ZV_E )</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                             | - Te kleine rol voor sociale -en omgevingsfactoren binnen leefstijlinterventies                                                                             | - <i>"Hoe wordt er dan op het gebied van leefstijl naar mensen gekeken. Daar zie je nog hele erge verkokering vanuit ziekte, of vanuit een medisch specialisme. (...) We hebben het over mensen die altijd multi-problematiek zijn. Die mensen met een slechte leefstijl hebben vaak ook schulden, hebben ook geen werk, die afijn, dat zit heel anders in elkaar. Dat is iets waarbij ook leefstijlinterventies een beetje uit hun ding moeten komen en veel meer moeten gaan kijken van ja, hoe gaan we mensen nou veel meer preventief in het leven helpen." ( ZV_B )</i> |
| <b>Verantwoordelijkheid voor gezondheid</b> | - Wat is de verantwoordelijkheid van de verzekeraar en wat is de verantwoordelijkheid van mensen om gezond te blijven? Moet preventie wel verzekerd worden? | - <i>"Dus de worsteling van de verzekeraar is: we kunnen niet het geld er aan de achterkant maar in blijven stoppen, doordat mensen op een bepaald moment bepaalde ziektes ontwikkelen. Dus we zullen meer naar de voorkant moeten." ( ZV_A )</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                             | - Zorgverzekeraars zien de noodzaak van preventie.                                                                                                          | - <i>"Om te zorgen dat die populatie in die grote steden, die problemen heeft met gezondheid, eenzaamheid of overgewicht, daar zijn dan convenanten over en gaan ze samen met de lokale wethouder zorg vanuit de WMO en de WPG daarmee aan de slag. Er staat niet in de wet dat de zorgverzekeraar daartoe verplicht is. Nou, en waarom doen ze het? Ze doen het om toekomstige schade te proberen de reduceren, want ze weten zeker dat als ze niet mee naar voren gaan, er niets aan doen, dat het op een gegeven moment over de rand loopt." ( ZV_D )</i>                 |
|                                             | - Gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgverzekeraars (Zvw) en gemeenten (WPG en Wmo).                                                                    | - <i>"Binnen de zorgverzekeringswet zijn we beperkt tot een stukje geïndiceerde preventie. Wat op zich wel jammer is, want eigenlijk wil je de hele preventieketen sluiten. Daarvoor zoeken we op dit moment steeds meer samenwerking met de gemeentes en de gemeentes zoeken samenwerking met ons." ( ZV_C )</i>                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                             | - Setting, wie zou leefstijlinterventies moeten uitvoeren.                                                                                                  | - <i>"De ziekenhuizen moeten zichzelf ook de vraag stellen, wat gaan we nog wel en niet doen. [...] Maar we zijn ook veel bewuster gaan kijken van ja, wat biedt zo'n ziekenhuis eigenlijk aan en waar gaat het geld heen? Willen we dit soort poli's wel? [...] Beleidsmatig roepen we het</i>                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><i>heel hard, maar we zien gewoon in de praktijk dat we op dit moment vooral met de ziekenhuizen aan het vechten zijn van wie pakt nou welke rol.” ( ZV_B)</i></p> <p><i>- “Zoveel mogelijk, alles wat niet in de tweedelij n hoort, hoeft, moet eigenlijk niet in de tweedelij plaatsvinden. Alleen als het écht nodig is dat daar medisch specialistische zorg aan te pas komt. [...]maar dat is best nog wel een klus, want dat betekent natuurlijk omzet verlies in de tweedelij, en de eerstelij n moet er ook op toegerust zijn dat is ook natuurlijk belangrijk. Daar is natuurlijk de ketenzorg voor bedoelt, om te zorgen dat dat wat meer plaats gaat vinden.” ( ZV_E)</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Verzekerde pakket en financiering</b> | <p>- Leefstijlinterventies die geen plek hebben in het basispakket of de verzekeringsvoorwaarden kunnen via tijdelijke projectgelden worden gefinancierd. Geen borging qua resultaten of zicht op vervolgfinanciering.</p>                                                                                                | <p><i>- “Of er zijn contacten dat ze (zorgverleners) dat via projectgeld overeind houden hè, wij hebben ook onze projecten (...). Maar uiteindelijk komt die vraag, ga je het structureel financieren, dan houdt het vaak op.” ( ZV_B).</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                          | <p>- Het verschilt per verzekerde waar deze recht op heeft (afhankelijk van aanvullende verzekering en verzekeraar). Voor zorgverleners is dat ingewikkeld, omdat zij per patiënt uit moeten zoeken wat er wordt vergoed. Zorgverzekeraars mogen onderling daarover geen afspraken maken in verband met marktwerking.</p> | <p><i>- “Zorgverleners moeten zeggen wij nemen die administratieve rompslomp voor lief en we gaan per verzekerde kijken of er ruimte zit in de AV, gedoe, gedoe. Maar sommigen nemen dat gedoe op de koop toe. Maar veelal zeggen ze van nou, dan valt dat gewoon buiten het aanbod.” ( ZV_B).</i></p> <p><i>- “Maar je zit iedere keer weer met vragen van, wat zit er in de verzekering en wat zit er niet in en wat het lastige blijft ervan is dat de doelgroep die het misschien wel het hardste nodig hebben niet altijd over de juiste verzekering beschikken. Dat blijft gewoon met leefstijl een knelpunt.” ( ZV_E)</i></p> <p><i>- “We hebben die zorgstandaard COPD gemaakt, dit is goede zorg, en daar zit preventie in. Maar de overheid heeft gezegd, ja, het is wel een zorgstandaard, maar dit stuk valt binnen de bekostiging, en vaak die beweegprogramma's die vallen er buiten. Die zorggroepen zeggen ja, als we dit gaan doen dan zitten we met het probleem dat sommige mensen hebben geen AV (aanvullende verzekering). Dan wordt dit ons aanbod naar de klanten toe, en dit is afhankelijk van of er een zorggroep zit, of iemand die bevlogen is, of dat ze een ander potje</i></p> |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <i>hebben kunnen regelen of weet ik wat.” ( ZV_B)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgverzekeraar zou meer maatwerk willen bieden t.a.v. leefstijlbegeleiding. In de aanvullende verzekering is het een recht, terwijl sommigen het maximum aantal sessies niet nodig hebben en anderen eigenlijk nog extra sessies bovenop het maximum nodig hebben.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Idealiter zou het ook maatwerk moeten kunnen zijn. En op het moment dat je het verzekerd, stel het zit in de aanvullende verzekering, dan zeg je van nou, iemand heeft recht op 9 behandelingen of 10. En dan krijgt iemand ook 10 behandelingen, terwijl je eigenlijk zou willen dat je zegt nee, 5 is genoeg, stop, o, deze heeft er 15 nodig, nou oké, 15. Eigenlijk zou dat natuurlijk het mooiste zijn.” ( ZV_ E)</i></li> </ul>                                                                                                                                                            |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omschrijving in zorgstandaard en richtlijn passen niet 1 op 1 op leefstijlinterventies die zorgpraktijk wil uitvoeren.</li> </ul>                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“In een zorgstandaard staat ook niet dat je bijvoorbeeld Beyond Good Intentions moet doen hè? In een zorgstandaard staat dan dat er bepaalde dingen over begeleiding, er staat in functionele termen omschreven wat er moet gebeuren. (...) Je moet de prestatie leveren zoals die in de zorgstandaard staat, en hoe je dat organiseert maakt ons dan niet zoveel uit, het moet alleen, de leefstijl zoals die daar beschreven staan, dat moet op orde zijn.” ( ZV_D)</i></li> </ul>                                                                                                              |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluatie van projecten verloopt vaak niet volgens plan, omdat registratie door zorgverleners niet goed genoeg gebeurt.</li> </ul>                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Nou dan spreek je iets af met zorgaanbieders van ja, we willen wel aantonen dat, wat nou de meerwaarde is, daar zijn ze het dan helemaal mee eens, maar dat betekent wel voor die groep dat ze bepaalde dingen moeten gaan registreren om het aan ons te kunnen gaan rapporteren, nou dan zeggen ze ja, en dan blijkt achteraf dat ze het toch niet boven tafel kunnen krijgen en dan zeggen wij van ja jongens, dat is wel part of the deal, je krijgt extra geld, maar dan willen we die gegevens ook hebben, want anders zitten we in het luchtledige te investeren.” ( ZV_E).</i></li> </ul> |
| <b>Afwegen investering</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De baten vallen mogelijk elders (bij andere zorgverzekeraars vanwege overstappen verzekerden, of elders in de maatschappij)</li> </ul>                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Jij kunt er in investeren als verzekeraar, maar volgend jaar kan de verzekerde weer naar een ander overstappen. En dan heb jij erin geïnvesteerd om jouw populatie gezond te houden, maar als ze vervolgens naar een andere zorgverzekeraar lopen, dan gaat die er met de winst vandoor.” ( ZV_E)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investering in een leefstijlinterventie is niet terug te verdienen op de korte termijn.</li> </ul>                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Gedragsverandering is al moeilijk, maar als je de effecten wilt meten dan moet je minstens 10 jaar de tijd nemen. Nou ja, dan wordt er al heel snel gezegd, als ik niet binnen drie jaar mijn investering terug verdien, ja dan is het bedrijfseconomisch maar de vraag of ik dat</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | <i>handig vindt". ( ZV_E)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is het programma goed genoeg om het grootschalig in te kopen (dat alle verzekerden deze zorg dichtbij huis kunnen krijgen) en is het veld (zorgverleners en organisaties) daar klaar voor (vaardigheden en kennis)?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>"Een heel belangrijke, de centrale vraag, van: wat voegt dit toe aan wat er als is? Wat maakt nou dat we dit nu moeten kopen en is het bewezen effectief? Beter, anders dan wat we al hebben?" ( ZV_A).</i></li> <li>- <i>"Is er voldoende kennis in het veld beschikbaar om dat in te kunnen zetten? Dus zou je, want dat is altijd de insteek, als we het met de één afspreken moeten we het met twee miljoen kunnen afspreken, wij zijn in die zin verzekeraar van 2,1 miljoen verzekerden. Dus is het veld in staat om dat grootschalig te leveren qua kennis, expertise?" ( ZV_A)</i></li> </ul>                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betaalbaarheid premies</li> </ul>                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>"Als mensen steeds meer hun aanvullende verzekering gaan opzeggen, omdat de basispremie al duur genoeg wordt, dan is die kruissubsidiëring, die je dan nodig heb om het betaalbaar te houden voor die groep die het daadwerkelijk nodig heeft, dus dat komt steeds meer onder druk te staan. Dat blijft een constante afweging die je maakt." ( ZV_E)</i></li> <li>- <i>"Omdat je ook de betaalbaarheid in het oog moet houden. Want jij bent niet alleen verantwoordelijk voor de verzekerden die een probleem hebben, maar je bent ook verantwoordelijk voor de verzekerden die niet claimen." ( ZV_E)</i></li> </ul>                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategisch belang bij investeren (bijvoorbeeld marktaandeel in een bepaald gebied vergroten, of mogelijkheid om nieuwe collectieven af te sluiten)</li> </ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>"We hebben de gemeentes aan de hand van een aantal criteria, onderverdeeld in kerngemeente, buitengemeente, speerpuntgemeente en strategische gemeente. We hebben gezegd van nou, met strategische gemeenten gaan we experimentele proeftuinen opzetten, we gaan pilots draaien, met de speerpunt gemeentes gaan we in gesprek, gaan we kijken van goh, wat ligt er en hoe kunnen we daarbij aansluiten, en eventueel ook een pilot opzetten afhankelijk van het onderwerp. En met de buitengemeentes en kerngemeentes gaan we niet echt een experiment of een grote samenwerking aan, maar die proberen we mee te laten liften op de dingen die er al lopen. Om het allemaal behapbaar te houden." ( ZV_C)</i></li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheid om iets in de praktijk uit te testen en te evalueren (proeftuin)</li> </ul>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>"We zijn met een aantal proeftuinen bezig waarin wij verkennen van hoe kunnen we nou een vinger krijgen achter de vraag van levert het</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><i>echt iets op?” (ZV_B)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Als het een interessante aanvraag is, waarvan we denken dat is interessant om eens te toetsen of dit verschil oplevert ten opzichte van groepen waarbij je dat soort afspraken niet maakt. Dan gaan we daar in principe mee akkoord en dan ga je natuurlijk ook afspraken maken over evaluatie en dergelijke”(ZV_E)</i></li> <li>- <i>“Er lopen wel veel projecten. Op het gebied van preventie doen we wel heel veel. En dan heb ik het over hart –en vaatscreeningen, iedere zorggroep heeft er vaak een eigen programma in staan.(..) Dus er gebeuren wel heel veel kleine dingen, maar vaak zit dat dan, ja een beetje onder water”. (ZV_B)</i></li> </ul> |
| <b>Zorgverzekeringsstelsel</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er zijn prikkels in het systeem ingebouwd om mensen zo min mogelijk zorg te laten gebruiken (eigen risico, eigen bijdrage). Bij preventie-activiteiten zouden zoveel mogelijk mensen juist deze moeten consumeren.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Wij hebben allerlei prikkels om te zorgen dat er zo min mogelijk zorg wordt gebruikt. (...) Dat zit helemaal tegen die preventiegedachte in waarmee je eigenlijk wil dat mensen wel consumeren. We zitten wel met systemen als eigen bijdrage, eigen risico's, terwijl je juist die dingen (preventie) niet daarin wil hebben omdat het doel is dat ze zoveel mogelijk consumeren! Dat maakt het heel raar.” ( ZV_ B)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen prikkel om mensen niet ziek te laten worden (preventie).</li> </ul>                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Dus als we iemand niet diabetes laten worden en we investeren dan betalen we uit eigen zak, als die persoon diabetes heeft dan krijgen we dat gecompenseerd. Dus het is eigenlijk een negatieve prikkel voor ons om te investeren in. En dat is raar.” ( ZV_ B)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preventie activiteiten aanbieden in een bepaalde regio, betekent voor een zorgverzekeraar dat zij soms betalen voor mensen die niet bij hen verzekerd zijn.</li> </ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Wij betalen mee aan alle preventie activiteit in (woonplaats), terwijl de helft maar bij ons verzekerd is. Dus wij investeren voor alle mensen, terwijl andere verzekeraars dus een lagere premie kunnen aanbieden. Want die betalen dan niet mee, maar hun populatie wordt daar even gezond, met het gevolg dat we eigenlijk in onze eigen vinger aan het snijden zijn. We doen het op een paar plekken, maar eigenlijk is dat de rem.” ( ZV_ B)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen prioriteit</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Heel plat gezegd is er niemand in de wereld is die wakker ligt als iemand ongezond is. Ik weet niet wie. Als maatschappij, als geheel wel,</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                |                                                                                                                                                                   | <i>want we hebben een groot probleem, iedereen wordt te dik. Maar, de huisarts zal er niet wakker van liggen, wij liggen er niet wakker van, nou de gemeente misschien wel een beetje. Maar die hebben ook andere problemen op die moment.” ( ZV_B )</i>                                                               |
| <b>Aanspreekpunt voor en coördinatie van preventie binnen zorgverzekeraars</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij zorgverzekeraars zit kennis over preventie (en leefstijl) verspreid over meerdere personen en afdelingen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“De kennis rondom dit thema zit niet in één persoon bij ons, die zit misschien wel bij vijf, zes, zeven personen” ( ZV_ A)</i></li> </ul>                                                                                                                                  |
|                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tijdsintensief om projecten te ‘managen’</li> </ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Als je dat allemaal goed wilt begeleiden en evalueren, daarom hebben we nu dan wel een aparte afdeling die dat doet, maar die hebben ook maar een beperkte capaciteit, en dan weer moet je keuzes maken van wat doen we wel en wat doen we niet.” ( ZV_E).</i></li> </ul> |
| <b>Ethiek</b>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mag je voorwaarden stellen aan leefstijl van patiënten of verzekerden voor het ontvangen van bepaalde zorg?</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Moet je mensen met COPD wel in zo'n (beweeg)programma zetten, en wat is het effect? (...)Want we weten, eigenlijk de belangrijkste interventie is gewoon stoppen met roken.” ( ZV_A)</i></li> </ul>                                                                       |



## Bijlage 3 Aangedragen oplossingsrichtingen deelnemers 'Invitational Conference'

Nijmegen, 23-04-2013

(oplossingsrichtingen zijn woordelijk overgenomen)

### Oplossingsrichtingen voor Professionals en Organisaties (Praktijk)

- Herontwerp van het zorgproces moet onderdeel zijn van de implementatie
- Voorzie professionals van draaiboek, protocol en materialen
- Geen beperking op aantal verschillende leefstijlinterventies. Ga de concurrentie aan.
- Alléén (kosten)effectieve interventies implementeren
- Maak het niet te ingewikkeld! Eenvoud. Laagdrempelig in 1<sup>e</sup> lijn.
- Verbind de 1<sup>e</sup> lijn met de 0<sup>e</sup> lijn (dus sportaanbod/wijkgericht)
- Eén duidelijke visie met gemeente, welzijn, gezondheidszorg
- Programma's samen laten werken => meer eenheid in aanbod, gebruik van elkaar
- Centrum Gezond Leven samen met 1<sup>e</sup> lijn de regie
- Stop met ontwikkelen van nog meer
- Zorg vooraf voor duidelijkheid wat betreft regie, verantwoordelijkheid en financiën. Dan pas ontwikkelen/implementeren.
- Netwerk tussen enthousiaste professionals
- Betrek zo vroeg mogelijk de uiteindelijke uitvoerders en laat ze meedenken, input geven
- Interventie hoeft niet 'perfect' te zijn om te starten: ontwikkelt zich gedurende implementatie
- Zorg ook voor maintenance gedragsverandering van professionals (bijvoorbeeld reminders, assistance, intervisie)
- Maak zelfmanagement/leefstijl netwerken a la ClaudicatioNet
- MT moet professionals stimuleren om bestaande goede interventies te gebruiken (kan wel aangepast worden)
- Maak een leefstijlcentrum in een stad/dorp

### Oplossingsrichtingen voor Onderzoek en Onderwijs (Wetenschap)

- Gesprekstechnieken en principes gedragsverandering versterken in opleidingen
- Wetenschap moet kader aanreiken hoe effectiviteit van leefstijlinterventies te beoordelen – (reactie erbij geschreven: Is er al, wat mist? Bekendheid in het praktijk/veld)
- Meer langlopend kosteneffectiviteit studies
- Borging van kwaliteit van de interventies
- Meer naar generieke werkzame elementen / principes => leefstijl algemeen, die gelden voor meerdere aanpakken...Daardoor is deskundigheidsbevordering ook simpeler.
- Naast effectiviteit interventie altijd implementatie onderzoeken
- Meer onderwijs over preventie en gedragsverandering
- Implementatie coach voor de praktijk

#### Oplossingsrichtingen voor Overheid en Zorgverzekeraars (Beleid)

- Verspreiding en kwaliteitsborging door nationaal centrum
- Zorgverzekeraar moet afdwingen dat er aan leefstijlbevordering wordt gedaan
- Er moet financiële experimenteerruimte komen
- Beloon professionals als ze leefstijlinterventie gebruiken (toets dat)
- Beloon resultaat, niet de productie
- Overheid moet meer regie pakken naar gemeenten m.b.t. preventie
- Financier geen ontwikkelprojecten bij kansloze implementatie
- Zorgverzekeraars kunnen hun klanten beter verleiden tot gezond gedrag
- Beloon de verzekerde met gezond gedrag, bijv. extra punten als ze een leefstijlcursus hebben gevolgd, of bijv. bonnen voor vers fruit.
- Langlopende zorgpolissen
- Zorgverzekeraars moeten (kunnen) verdienen aan leefstijl/preventieve interventies
- Een aantal goede interventies moeten in het basispakket
- Nodig zorgverzekeraars uit, laat zien wat je doet, interactie, samenwerking met mensen van de werkvloer

#### PRIJZENKAST: selectie van de meest kansrijke oplossingen door deelnemers

- Meer eenheid van aanbod
- Programma's laten samenwerken
- Programma's samen laten gaan, maak gebruik van elkaar
- Stop met ontwikkelen van nog meer
- Meer naar generieke werkzaamheden
- Meer generieke werkzame elementen
- Meer naar generieke werkzame elementen/principes
- Meer generieke werkzame elementen (duidelijkheid alle betrokkenen, simpeler en bevordert samengaan interventies die al hetzelfde zijn)
- Alleen kosten(effectieve) interventies implementeren
- Verspreiding en borging door een partij(onafhankelijk bijv. CGL/RIVM). In samenwerking met bijv. GGD Nederland, NHG, LHV, LVE
- Regie van implementatie professionals
- Financier geen ontwikkelprojecten bij kansloze implementatie
- Een aantal goede interventies moet in het basispakket
- (Kosten)effectieve interventies in het basispakket
- Een aantal goede interventies in het basispakket
- Vergoed effectieve interventies
- Aantal goede interventies in het basispakket (om ze echt goed te implementeren)
- Borging kwaliteit van interventies
- Borging van de interventie
- Borging van de kwaliteit
- Borging kwaliteit van de interventie
- Herontwerp van het zorgproces moet onderdeel zijn van de implementatie
- Herontwerp zorgproces onderdeel van implementatie

- Herontwerp zorgproces moet onderdeel zijn van de implementatie
- Interventie hoeft niet 'perfect' te zijn
- Interventie hoeft niet perfect te zijn om te starten, ontwikkelt zich gedurende implementatie
- Interventie starten ook al is deze niet perfect, ontwikkeling tijdens proces zal alleen maar verbetering geven
- Meer langlopende kosteneffectiviteitsstudies
- Bekostig langer lopende kosteneffectiviteitsstudies naar beloftevolle interventies
- Implementatiecoach voor de praktijk
- Implementatiecoach voor de praktijk
- Naast effectiviteit interventie altijd implementatie onderzoek
- Beloon resultaat, niet productie
- Beloon resultaat niet de productie
- Zo vroeg mogelijk uitvoerders/medewerkers betrekken. Meer verantwoordelijkheid bij juiste mensen neerleggen
- Betrek zo vroeg mogelijk de uiteindelijke uitvoerders, laat ze meedenken.
- Maak zelfmanagement netwerken
- Maak zelfmanagement/leefstijl netwerken a la ClaudicationNet
- Verbind de 1<sup>e</sup> lijn met de 0<sup>e</sup> lijn
- Er moet financiële experimenteerruimte komen, (en dan ook omgezet worden in structurele oplossingen)
- Meer onderwijs over preventie en gedragsverandering
- Langlopende zorgpolissen
- Beloon verzekerde met gezond gedrag