



Leefstijl in de zorg

Rapportage transmurale sessie regio Gelderse Vallei

Van praktijkervaringen naar praktische aanbevelingen voor transmurale samenwerking

Auteurs

Dr. Willemieke Kroeze¹

Dr. Bob Mulder²

30-11-2021



Huisartsen
Gelderse Vallei
netwerkorganisatie
huisartsenzorg



WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH



1. Lector Zorg voor Voeding en Gezondheid Christelijke Hogeschool Ede
2. Assistant professor Strategic Communication Wageningen University & Research

COLOFON

Dit onderzoek is geïnitieerd door de Preventiecoalitie Foodvalley.

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met Marijke ten Haaf van de Huisartsen Geldersevallei, Hylkje Algra van de Christelijke Hogeschool Ede en Ilse Evers van de Alliantie Voeding in de Zorg. We zijn hen zeer erkentelijk voor hun waardevolle input op de plannen om de insteek van dit onderzoek praktisch relevant te maken en voor het ontwerpen en organiseren van de transmurale sessie.

Daarnaast onze grote dank aan de deelnemers die hun kostbare tijd hebben gegeven om hun ideeën en ervaringen met ons te delen. Dankzij hen, zijn we weer een stapje dichterbij praktische oplossingen.

Het rapport is mede mogelijk via het project 'Voed je Beter' waarvoor Alliantie Voeding in de Zorg een subsidie (2015118) ontvangt van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© Copyright 2021 Christelijke Hogeschool Ede

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:

Kroeze, W., Mulder, B. (2021). *Leefstijl in de zorg – Rapportage transmurale sessie regio Gelderse Vallei*.

Heeft u vragen over de inhoud van dit rapport, neem dan contact op met de auteurs via: wkroeze@che.nl

Inhoud

1. Achtergrond.....	1
2. Voorbereiding van de sessie.....	1
3. Uitvoer van de sessie.....	2
4. Resultaten van de transmurale sessie.....	3
4.1 Behoeftte aan materiaal	3
4.2 Informatie uitwisselen	4
4.3 Plek van leefstijl in de zorg.....	4
4.4 Eenduidige boodschap.....	5
Bijlage: Factsheet ter voorbereiding op de transmurale sessie	6

1. Achtergrond

De Preventiecoalitie Foodvalley is in februari 2020 aan het project 'Leefstijl in de zorg' begonnen¹. Het doel van dit project was het helder in kaart brengen van de huidige praktijk van het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de (CVRM) zorg en de factoren die dit beïnvloeden vanuit het perspectief van zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn. Daarnaast worden mogelijke oplossingen voor de knelpunten geïnventariseerd met de praktijkprofessionals. De resultaten van dit project resulteren in een advies met concrete verbeterpunten voor het verbeteren van de 'aanbodkant' van het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Praktijkervaringen werden gedeeld wat betreft de ervaringen met het leefstijlgesprek met de patiënt en wat betreft de (transmurale) samenwerking met collega's rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl. Om te komen tot aanbevelingen voor praktische oplossingen wat betreft de (transmurale) samenwerking met collega's rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl werd een transmurale sessie gehouden met zorgprofessionals uit de eerste en de tweede lijn. Dit rapport beschrijft de aanpak en uitkomsten van deze bijeenkomst.

2. Voorbereiding van de sessie

In het najaar van 2020 en het voorjaar van 2021 zijn verschillende richtlijnen en afspraken in kaart gebracht wat betreft het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen CVRM zorg². Daarnaast zijn er focusgroepgesprekken gehouden over de huidige praktijk in het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen (CVRM) zorg. Binnen de eerste lijn zijn drie focusgroepen gehouden (in totaal 4 huisartsen en 9 praktijkondersteuners) en binnen de tweede lijn twee focusgroepen (in totaal 6 specialisten en 2 verpleegkundigen). De resultaten van deze focusgroepgesprekken zijn beschreven in twee deelrapporten^{3,4} onderverdeeld in verschillende thema's: de attitude van de zorgprofessionals jegens leefstijl in de zorg, ervaringen met het leefstijlgesprek, de samenwerking rondom leefstijl binnen respectievelijk eerste lijn en tweede lijn, de samenwerking rondom leefstijl tussen de eerste en tweede lijn en praktische aanbevelingen om het leefstijlgesprek gaande te houden en de samenwerking binnen en tussen lijnen te bevorderen. Om mogelijke verbeteringen ten aanzien van professionele samenwerking nader te concretiseren is een zogenaamde transmurale sessie georganiseerd. Aan deze sessie deden één huisarts, twee praktijkondersteuners, twee specialisten en één verpleegkundige mee.

Ter voorbereiding op deelname aan de transmurale sessie ontvingen de deelnemers via email een factsheet (zie bijlage) met een voorlopige samenvatting van deelresultaten en aanbevelingen van de documentenanalyse en de focusgroepen. Aangezien vooraf is bepaald dat de transmurale sessie gericht moest zijn op het thema bevorderen van samenwerking, was de inhoud van de factsheet hierop afgestemd.

¹ Vanwege de coronacrisis heeft het project ruim een half jaar vertraging opgelopen.

² Algra, H., Roeberts, J., ten Haaf, M. Kroeze, W. (2021). Leefstijl in de zorg - Richtlijnen en afspraken rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl bij cardiovasculair risicomanagement – documentenanalyse.

³ Kroeze, W., Mulder, B. (2021). Leefstijl in de zorg – rapportage focusgroepen Huisartsen Gelderse Vallei.

⁴ Mulder, B., Kroeze, W. (2021). Leefstijl in de zorg – rapportage focusgroepen ziekenhuis Gelderse Vallei.

3. Uitvoer van de sessie

Bij de start van de online sessie stelde iedere deelnemer zich kort voor en noemde een aspect wat volgens hem/haar belangrijk is om te verbeteren ten aanzien van de professionele samenwerking rondom leefstijl. Daarna werden de gespreksthema's van de bijeenkomst kort geïntroduceerd met de betreffende deelresultaten van de focusgroepen (tabel 1). De thema's hadden betrekking op professionele samenwerking (eenduidige boodschap, informatie uitwisselen, plek van leefstijl in de zorg en elkaar kennen). Daarnaast werd het thema 'behoefte aan materiaal' besproken. Dit thema is toegevoegd omdat deelnemers uit de tweede lijn tijdens de focusgroep aangaven hierover in gesprek te willen met de eerste lijn. Bovendien werd dit thema in zowel de eerste lijn als de tweede lijn genoemd. Dit thema bood daardoor een goede mogelijkheid om het transmurale gesprek op gang te brengen (gedeeld probleem, interesse in de ander).

Na de introductie volgde per thema een brainstorm over mogelijke oplossingen. Iedere brainstorm begon met het invullen van een digitale *padlet*. Iedere deelnemer kon daarop zelf beschrijven wat volgens hem/haar het 'doemscenario' was (op zo'n manier wil ik het niet, werkt het niet), welke succeservaringen zij hadden en welke realistische oplossingen zij zagen voor het betreffende thema. Op basis van de input in de *padlet* volgde een verdiepend gesprek resulterend in suggesties voor concrete verbeterpunten. Het thema 'elkaar kennen' is uiteindelijk niet apart behandeld in een brainstorm vanwege gebrek aan tijd en vanwege het feit dat dit thema tussen de regels van de andere thema's terugkwam.

Tabel 1: Deelresultaten focusgroepen ten behoeve van gespreksthema's transmurale sessie

	Eerste lijn	Tweede lijn
Behoefte materiaal	Gebruik ondersteunende materialen om je informatie duidelijk uit te leggen	Behoefte aan eenduidige, beeldende materialen, ook voor laaggeletterden
Informatie uitwisselen	Weinig aandacht voor leefstijl in de verwijsbrief, geen tussentijdse updates	Weinig aandacht voor leefstijl in de rapportage / terugverwijzing
Plek van leefstijl in de zorg	Bespreken & coachen leefstijl is taak van de eerste lijn	Belang van leefstijl benoemen en doorverwijzen naar de eerste lijn
Elkaar kennen	Schroom om zomaar kennis te maken met de tweede lijn	Geen goed beeld van wat de eerste lijn doet en van de mogelijkheden in de regio
Eenduidige boodschap	Belangrijk om eenduidige boodschap te geven, nu zijn er verschillen tussen zorgprofessionals en tussen richtlijnen	

4. Resultaten van de transmurale sessie

4.1 Behoeftte aan materiaal

Het gesprek over behoefte aan materiaal gaat over tools om het gesprek tussen zorgprofessional en patiënt te ondersteunen (bv. visuele gesprekskaarten) en over tools die de patiënt ondersteunen bij gedragsverandering (bv. app's). Deelnemers geven aan dat het belangrijk is om algemene adviezen om te zetten naar persoonsgerichte adviezen. Die stap wordt als uitdagend ervaren en juist voor die stap ontbreekt het aan materialen. Die materialen zouden volgens de zorgprofessionals de volgende functies moeten hebben in de leefstijlbegeleiding: 1) het verhogen van kennis over het persoonlijk belang van leefstijl voor de gezondheid; 2) monitoring van de huidige leefstijl. Monitoring heeft meerdere potentiële effecten: ten eerste bewustwording van waar de huidige leefstijl achterblijft ten opzichte van de adviezen. Deze bewustwording kan leiden tot het stellen van persoonlijke veranderdoelen. Verdere monitoring van de eigen leefstijl geeft dan feedback (een 3e functie) over de mate waarin de leefstijlverandering lukt en wordt volgehouden. Positieve ervaringen kunnen dan bekrachtigend werken en dus de patiënt helpen om de verandering op lange termijn vol te houden.

Deelnemers verwachten dat digitale toepassingen in de zorgverlening ten behoeve van het leefstijlgesprek geschikt zijn voor monitoren en feedback. Spelelementen en beloningen kunnen worden geïntegreerd om patiënten nog meer te motiveren tot blijvende leefstijlverandering. Deelnemers noemen onder andere 'het Ommetje' van de Hersenstichting en 'de Eetscore' van de Alliantie Voeding in de Zorg als voorbeelden. Het ideaal zou zijn wanneer dergelijke digitale toepassingen ingebed worden in de ketenzorg en toegankelijk zijn voor zowel de zorgverleners uit de eerste lijn als de tweede lijn, zodat uitkomsten van een dergelijke toepassing door iedereen besproken kunnen worden met de patiënt. Als beperking van dergelijke toepassingen wordt wel genoemd dat er nog steeds een grote groep mensen niet voldoende vaardig is om met digitale hulpmiddelen om te gaan. Verder is de ervaring dat een grote groep patiënten geen smartphone heeft.

Daarnaast gaan deelnemers in op de noodzaak om de vaak complexe informatie begrijpelijk over te kunnen brengen aan patiënten. Dit is vooral een uitdaging bij patiënten met minder gezondheidsvaardigheden, laaggeletterden en anderstaligen. Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan materiaal om gesprekken visueel te kunnen ondersteunen en materiaal waarmee persoonsgerichte adviezen meegegeven kunnen worden als geheugensteuntje voor de patiënt. Een deelnemer noemt de website van Pharos als mogelijke bron voor dergelijke materialen.



Aanbevelingen

De volgende concrete aanbevelingen zijn gedaan om 'behoefte aan materiaal' op te lossen:

- Een werkgroep samenstellen die gaat inventariseren en adviseren met betrekking tot keuzes en mogelijke doorontwikkeling van bestaande apps of andere digitale toepassingen, kosten en baten van de apps, wat de kwaliteit van deze apps is etc. en welke apps uiteindelijk geschikt zijn voor inbedding in de (zorgsystemen van) eerste lijn en/of de tweede lijn in de regio.
- Daarnaast is het van belang om uit te zoeken welke aanvullende 'simpele eigen kaartjes' beschikbaar zijn dan wel ontwikkeld moeten worden ter ondersteuning van het leefstijladvies voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden voor wie apps en andere digitale toepassingen niet toereikend zijn.

4.2 Informatie uitwisselen

Het belang van communicatie tussen de eerste en tweede lijn wordt spontaan genoemd tijdens de kennismakingsronde van de sessie. Het belang van communicatie wordt verder uitgediept bij de brainstorm en het bespreken van het thema 'informatie uitwisselen'. Hierbij wordt opgemerkt dat uitvoerige communicatie niet perse noodzakelijk is, aangezien de verantwoordelijkheid voor leefstijl begeleiding in principe in de eerste lijn ligt. Korte en bondige communicatie, waaruit blijkt welke aspecten van leefstijl zijn besproken of welke doelen zijn afgesproken is in principe voldoende. Deze communicatie wordt met name door de eerste lijn als helpend ervaren om het gesprek over leefstijl (weer) aan te kunnen gaan met de patiënt. Met name doordat de patiënt merkt dat er binnen de ketenzorg communicatie over het belang van leefstijl is en dat eerste en tweede lijn hierin samen optrekken.



Aanbevelingen

De volgende concrete aanbevelingen zijn gegeven om informatie uitwisseling te faciliteren:

- Het toevoegen van het onderwerp leefstijl aan een template in ZorgDomein zodat leefstijl ook een plek krijgt in de informatie uitwisseling tussen eerste lijn en tweede lijn
- Verpleegkundigen en praktijkondersteuners hebben geen toegang tot ZorgDomein terwijl zij vaak degene zijn die patiënten adviseren/begeleiden op het gebied van leefstijl. Als oplossing wordt genoemd dat huisartsen informatie van de praktijkondersteuner uit het dossier overnemen in brieven voor de tweede lijn. Een andere oplossing is dat verpleegkundigen uit de tweede lijn en praktijkondersteuners uit de eerste lijn via een E-consult kunnen uitwisselen wat er is gedaan op het gebied van leefstijl en in dat E-consult ook meteen de patiënt meenemen.

4.3 Plek van leefstijl in de zorg

Als het gaat om de plek van leefstijl in de zorg is de rolverdeling voor de zorgprofessionals helder: In principe hoort het bevorderen van een gezonde leefstijl thuis in de eerste lijn. Dit vanwege de expertise in de eerste lijn, de langdurige zorgrelatie met de patiënt en de kosten⁵. De huisarts benoemt het belang van leefstijl bij de patiënt en adviseert om hier iets aan te doen. De begeleiding en coaching van leefstijl ligt vervolgens bij praktijkondersteuners en mogelijk bij andere partijen in de eerste lijn. Deelnemers zijn het er ook over eens dat specialisten in de tweede lijn een belangrijke rol hebben bij het benoemen van het belang van leefstijl en het adviseren aan patiënten om dit te bespreken in de eerste lijn. Op die manier merken patiënten dat 'iedereen' leefstijl belangrijk vindt en biedt het goede aanknopingspunten voor de huisarts om het gesprek over leefstijl weer op te starten op basis van informatieoverdracht in correspondentie met de specialist.

Alhoewel de plek van leefstijl in de zorg in principe duidelijk is voor de professionals zelf, noemen de deelnemers praktische aspecten die het weerbarstig maken. Bijvoorbeeld patiënten die wel in de tweede lijn lopen, maar niet in de eerste lijn en de tijdsspanne tussen ontslag uit de tweede lijn en de terugkoppeling naar de eerste lijn waardoor aandacht voor leefstijl vanuit de zorg lange tijd stil ligt⁵. Daarnaast is een urgent aspect de financiering van zorg. De diagnose-behandel-combinatie (dbc) voor bijvoorbeeld CVRM en diabetes mellitus is inclusief leefstijl. Op het moment dat de tweede lijn deze dbc declareert, is het niet mogelijk om leefstijl in de eerste lijn te beleggen aangezien deze dan niet

⁵ Deel van deze toelichting op de plek van leefstijl in de eerste lijn is gebaseerd op de resultaten van de focusgroepen uit de eerste en tweede lijn en niet letterlijk genoemd tijdens de transmurale sessie

nogmaals mag worden gedeclareerd. Als concreet voorbeeld wordt genoemd dat een specialist de huisarts om hulp vraagt voor stoppen-met-roken begeleiding van de patiënt. Het is niet duidelijk of/hoe deze zorg gedeclareerd en dus uitgevoerd kan worden door de huisarts. Daarnaast wordt zorg voor leefstijl in de eerste lijn alleen vergoed als een patiënt in het keteninformatiesysteem zit en de huisarts de hoofdbehandelaar is. Voor verwijzingen op het gebied van leefstijl van bijvoorbeeld patiënten zonder diabetes of zonder hart- en vaatziekten worden beperkingen ervaren hoe/of deze zorg vergoed kan worden zonder creatief boekhouden. Er wordt geopperd dat het beter zou zijn wanneer leefstijl uit de dbc's gehaald wordt en apart geïndiceerd en gedeclareerd kan worden.



Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen worden voorgesteld om de transmurale samenwerking met betrekking tot leefstijl te verbeteren:

- Het aanpassen van de Regionale Transmurale Afspraken: opnemen dat het belang van leefstijl in de tweede lijn benoemd wordt en dat dit een plek krijgt in de communicatie (zie aanbevelingen onder informatie uitwisselen en resultaten m.b.t. de eenduidige boodschap)
- Het adresseren van de ervaren knelpunten ten aanzien van de financiering van zorg voor leefstijl bij de zorgverzekeraar teneinde oplossingen te vinden voor de ervaren knelpunten en om de financiering en declaratie van zorg voor leefstijl (eenvoudig) mogelijk te maken.

4.4 Eenduidige boodschap

Uit het gesprek blijkt een spanningsveld tussen patiëntgericht en geprotocolleerd werken. Zorgverleners houden er verschillende ideeën en manieren van aanpak op na (bijvoorbeeld ideale doelen volgens richtlijnen, versus haalbare doelen en strategieën voor de patiënt; minder koolhydraten of minder calorieën). Daarnaast kunnen de doelen gelijk zijn, maar verschil in woordkeuze kan alsnog leiden tot verwarring bij de patiënt (wat is nu precies de bedoeling? Wat is het juiste advies?). Dit draagt enerzijds bij aan het probleem ('iedereen zegt wat anders'), maar anderzijds gaat het om noodzakelijke afstemming per patiënt (maatwerk, patiëntgericht) en de persoonlijke stijl van iedere zorgverlener. Idealiter worden doelen en strategieën in samenspraak met de patiënt bepaald. Vervolgens is het van belang dat er duidelijk gecommuniceerd wordt over deze individuele doelen. Communicatie kan via de patiënt, aangezien het om zijn/haar persoonlijke doelen gaat. Maar communicatie kan mogelijk ook tussen zorgverleners plaatsvinden. Uit de discussie bleek dat de wens voor een eenduidige boodschap en de mogelijke problemen als die eenduidigheid er niet is, niet door iedereen werd herkend. Voor concrete aanbevelingen voor de praktijk is het daarom nog te vroeg. Meer inzicht is nodig in 'de verwarring' die patiënten en mogelijk ook zorgprofessionals ervaren en de gevolgen die het heeft voor gedragsverandering van de patiënt en mogelijk voor professioneel handelen.

Leefstijl in de zorg

Samenwerking binnen en tussen de 1^e en 2^e lijn

Introductie

Het doel van de Preventie Coalitie Regio Foodvalley is het bevorderen van gezond gewicht en het verlagen van het aantal inwoners met overgewicht of obesitas. Dit doet de coalitie onder andere door het versterken van samenwerking in de zorgketen. Hiervoor is in kaart gebracht wat de huidige praktijk is in het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de CVRM zorg in de 1^e en 2^e lijn. In deze factsheet worden deelresultaten weergegeven als input voor een transmurale sessie.

Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een documentanalyse waarbij verschillende richtlijnen en afspraken over het bevorderen van een gezonde leefstijl in kaart zijn gebracht.

Daarnaast is gebruik gemaakt van focusgroepsinterviews. In de 1^e lijn zijn 3 focusgroepen gehouden (4 huisartsen en 9 praktijkondersteuners). In de 2^e lijn zijn 2 focusgroepen gehouden (6 specialisten en 2 verpleegkundigen).

Resultaten

1. Leefstijladviezen variëren tussen de verschillende richtlijnen.
2. In de regionale transmurale afspraken (RTA) is weinig aandacht voor leefstijl.
3. Samenwerking binnen de 1^e lijn;
 - a. Er is een duidelijke taakverdeling tussen de huisarts en de poh.
 - b. Er is weinig overleg tussen zorgverleners (huisarts, poh, diëtist, fysio, GLI).
 - c. Huisartsen verschillen onderling van mening over het belang van leefstijl.
4. Samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijn;
 - a. De 2^e lijn heeft met name een signalerende functie en moet leefstijl benoemen. Het coachen naar leefstijlverandering hoort in de 1^e lijn.
 - b. Respondenten ervaren een gebrek aan wederzijdse communicatie en samenwerking. Zij weten hierdoor niet wat er door collega's gedaan wordt m.b.t. leefstijl. Soms is de patiënt de bron van informatie en dit kan leiden tot een vertekend beeld.
 - c. Er is regelmatig geen aandacht voor leefstijl in de transmurale rapportages. De keren dat dit wel gebeurt, wordt dit als helpend ervaren.
5. Samenwerking binnen de 2^e lijn;
 - a. Het is nog niet duidelijk in hoeverre binnen het ziekenhuis wordt samengewerkt rondom leefstijl in de zorg.

Aanbevelingen

1. Zorg voor eenduidige leefstijladviezen die gegeven worden door de verschillende zorgverleners en beschreven in de verschillende richtlijnen.
2. Alle zorgverleners benoemen het belang van leefstijl en verwijzen naar de juiste zorgverleners voor coaching en begeleiding.
3. Zorgverleners kennen elkaar, nemen elkaar mee in het zorgproces en geven in rapportages en verwijzingen aandacht voor leefstijl.
4. In de RTA aandacht voor de taakverdeling, communicatie, het gebruik van voorlichtingsmaterialen en mogelijkheden voor leefstijlinterventies in de regio.
5. Zorgverleners zijn op de hoogte van de mogelijkheden rondom leefstijlbegeleiding in de regio.

Door: Hylkje Algra, Bob Mulder, Marijke ten Haaf & Willemieke Kroeze, juli 2021