



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

Inventarisatie leefstijlinterv

Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod
zorgprofessionals in de diabeteszorg

en ondersteu

Twee projecten in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes

aanbod zorg



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

Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod zorgprofessionals in de diabeteszorg

Twee projecten in het kader van het Nationaal
Actieprogramma Diabetes

RIVM Rapport 270654001/2011

Colofon

© RIVM 2011

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

H.H. Hamberg-van Reenen
J. Mikolajczak
N.A.M. Post
J.C.M. Barte

Contact:

H.H. Hamberg-van Reenen
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
heleen.hamberg@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Nederlandse Diabetes Federatie, in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes: Inventarisatie leefstijlinterventies en Ondersteuningsaanbod zorgprofessionals.



Rapport in het kort

Inventarisatie leefstijlinterventies en Ondersteuningsaanbod zorgprofessionals in de diabeteszorg

Zorgprofessionals die zich zowel met de preventie als de zorg voor diabetes bezighouden, ervaren een groot aanbod aan leefstijlinterventies, maar missen het overzicht hierin. Vooral het inzicht in preventieve activiteiten die lokaal worden aangeboden en het aanbod vanuit de huisartsen en specialisten (eerste en tweede lijn) ontbreekt. Dit blijkt uit een inventarisatie door het RIVM van leefstijlinterventies en ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals in de diabeteszorg.

Het onderzoek is in opdracht van de Nederlandse Diabetes Federatie uitgevoerd (NDF) in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes. De overheid heeft dit programma voor vier jaar (2009-2013) ingesteld om de groei van diabetes in te perken en betere zorg voor deze aandoening te bieden.

Voor deze inventarisatie is gezocht naar leefstijlinterventies in de zogeheten Interventie-database van het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Daarnaast is hierover navraag gedaan bij verschillende organisaties. Bovendien zijn zorgprofessionals geïnterviewd om achter hun ondersteuningsbehoeften te komen. In totaal zijn meer dan 100 interventies bekeken, waarvan 12 als 'kansrijk' zijn opgenomen in het rapport. Deze interventies zijn beoordeeld aan de hand van een aantal kwaliteitscriteria waaronder effectiviteit en overdraagbaarheid. De meeste van deze 12 interventies zijn gericht op voeding en bewegen en zijn zowel geschikt voor hoogrisicogroepen voor diabetes als voor diabetespatiënten. Er zijn geen interventies gevonden gericht op vrouwen met zwangerschapsdiabetes of op jongeren met diabetes.

Idealiter werken professionals uit verschillende disciplines, zoals huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en de GGD, samen om het lokale aanbod aan leefstijlinterventies aan te bieden en elkaar daarover te informeren.

Trefwoorden:

leefstijlinterventies, diabetes, ondersteuningsaanbod

Abstract

Inventory of lifestyle interventions and medical support for healthcare professionals in diabetes care

Healthcare professionals active in the care and prevention of diabetes are aware of the numerous lifestyle interventions that can be used, but they lack an overview of these interventions. This overview is particularly missing for preventative interventions that can be implemented locally (first-line care) and for those initiated by general practitioners and specialists (second-line care). These are the conclusions drawn from a survey carried out by the National Institute of Public Health and the Environment (RIVM) on lifestyle interventions and medical support for healthcare professionals in diabetes care.

The study was performed by order of the Dutch Diabetes Federation (NDF) as part of the National Action Programme on Diabetes (NAD). This programme is being supported by the government for a period of four years (2009–2013), with the dual aim of contributing to a decrease in the number of diabetes cases and providing better care for diabetes patients.

The survey comprised a search for lifestyle interventions in the “Intervention-database of the Centre for Healthy Living (RIVM-CGL)” and subsequent inquiries involving various healthcare organisations on the identified interventions. Healthcare professionals were also interviewed to identify those specific areas requiring medical support. More than 100 interventions have been identified of which 12 are described in this report. These interventions have been assessed on quality criteria such as effectiveness and transferability. Most of these 12 interventions identified focus on improving diet and physical activity and are suitable both for individuals with a high risk of diabetes and diabetes patients. No intervention was identified that specifically targets gestational diabetes and diabetes in young people.

The ideal approach is one in which healthcare professionals from different disciplines, such as general practitioners, dietitians, physical therapists and those working in municipal public health services (GGD), work together in introducing the relevant lifestyle interventions and keeping each other informed of these interventions.

Key words:
lifestyle interventions, diabetes, medical support

Inhoud

Samenvatting—9

1 Inleiding—11

- 1.1 Achtergrond—11
- 1.2 Vraagstellingen—12
- 1.3 Afbakening—12
- 1.4 Leeswijzer—13

2 Inventarisatie leefstijlinterventies—15

- 2.1 Inleiding—15
- 2.2 Methode—15
 - 2.2.1 Afbakening—15
 - 2.2.2 Zoekmethode—17
- 2.3 Resultaten—20
 - 2.3.1 Hoogrisicogroepen voor diabetes—21
 - 2.3.2 Diabetespatiënten—27
- 2.4 Conclusies, discussie en aanbevelingen—30

3 Ondersteuning van professionals in de diabeteszorg: inventarisatie van aanbod en behoeften—33

- 3.1 Inleiding—33
- 3.2 Methoden—33
 - 3.2.1 Literatuurverkenning ondersteuningsaanbod—34
 - 3.2.2 Interviews zorgprofessionals—34
- 3.3 Resultaten—35
 - 3.3.1 Literatuurverkenning ondersteuningsaanbod—35
 - 3.3.2 Interviews zorgprofessionals—41
 - 3.3.3 Focusgroep zorgprofessionals—50
- 3.4 Samenvatting en discussie—52

4 Aanbevelingen voor ontwikkeling en implementatie van een ondersteuningsaanbod—57

- 4.1 Inleiding—57
- 4.2 Aanbevelingen ondersteuningsaanbod—57
 - 4.2.1 Pijler 1: 'spullen voor iedereen'—57
 - 4.2.2 Pijler 2: gerichte ontmoeting en uitwisseling—60
 - 4.2.3 Pijler 3: advies op maat—61
 - 4.2.4 Invoering van een ondersteuningsaanbod—62
- 4.3 Resultaten expertmeeting: wat is nodig van aanbevelingen naar implementatie?—64
- 4.4 Conclusies—66

Literatuur—69

Bijlage 1: Lijst van mensen/organisaties die een bijdrage hebben geleverd—71

Bijlage 2: Lijst van organisaties en titels geïnventariseerde interventies (op alfabetische volgorde titels)—73

Bijlage 3: Digitaal interventieoverzicht—89

Bijlage 4: Interviewschema—91

Samenvatting

Rapport beschrijft resultaten van twee projecten

Dit rapport beschrijft de resultaten van twee projecten binnen het Nationaal Actieprogramma Diabetes. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft het RIVM gevraagd een overzicht te maken van leefstijlinterventies, gericht op mensen met een hoog risico op diabetes of op mensen met diabetes die aan enkele kwaliteitscriteria voldoen (zogenoemde kansrijke interventies). Dit overzicht dient inzicht te geven in het aanbod aan leefstijlinterventies, maar ook in eventuele leemtes in het aanbod. Daarnaast is gevraagd de ondersteuningsbehoefte onder zorgprofessionals te inventariseren bij het doorverwijzen naar en het uitvoeren van leefstijlinterventies – en ook bij het eventueel opvullen van gevonden leemtes in het aanbod.

Inventarisatie kansrijke leefstijlinterventies binnen I-database en daarbuiten

Het aanbod aan leefstijlinterventies voor mensen met een hoog risico op diabetes of mensen met diabetes is doorzocht binnen de I-database van het Centrum Gezond Leven (CGL). Ook zijn verschillende organisaties actief benaderd en er is gezocht in het RIVM-rapport *Diabetesinterventies in kaart* (Hamberg-van Reenen et al., 2008). Er is gezocht naar beweeg- en voedingsinterventies waarin een actieve component en/of een individuele component zit, die in de praktijk worden uitgevoerd, en waarvan ten minste een handleiding of procesevaluatie beschikbaar is. Er is onderscheid gemaakt in interventies die gericht zijn op hoogrisicogroepen of diabetespatiënten, of (ook) geschikt kunnen zijn voor deze groepen.

Veel van de gevonden interventies zijn gecombineerde leefstijlinterventies

In totaal voldeden twaalf interventies aan de inclusiecriteria. Daarvan zijn er acht gericht op hoogrisicogroepen en zes gericht op diabetespatiënten. Binnen de hoogrisicogroepen is ook gekeken naar erkende interventies gericht op mensen met overgewicht. In totaal zijn er vier interventies geselecteerd die gericht zijn op mensen met overgewicht. Veel van de gevonden interventies zijn gecombineerde leefstijlinterventies en zijn zowel geschikt voor hoogrisicogroepen voor diabetes als voor diabetespatiënten.

Er zijn enkele leemtes gevonden in het interventieaanbod

Uit het overzicht komt naar voren dat er een gebrek is aan interventies gericht op vrouwen met zwangerschapsdiabetes. Daarnaast zijn er relatief weinig door CGL beoordeelde interventies voor hoogrisicogroepen en diabetespatiënten. Er zijn geen interventies gevonden die zich richten op jongeren met diabetes (type 1 of type 2). Ten slotte zijn er geen interventies gevonden die specifiek ontwikkeld zijn voor allochtonen met diabetes (wel zijn er interventies gevonden die geschikt kunnen zijn voor allochtonen met diabetes).

Opvullen van leemtes via doorontwikkeling bestaande interventies

Kanttekening bij de inventarisatie is dat daarvoor relatief strenge inclusiecriteria zijn gebruikt. Het lokale aanbod en het aanbod vanuit de eerste en tweede lijn bleken soms moeilijk te achterhalen. Voordat de conclusie getrokken kan worden dat er daadwerkelijk sprake is van leemtes zal ook dit aanbod beter in kaart gebracht moeten worden. Mogelijk kunnen interventies die nu in een onderzoeksetting plaatsvinden op termijn, wanneer het lukt om ze in de praktijk geïmplementeerd te krijgen, deze leemtes opvullen. Doorontwikkeling van

bestaande interventies lijkt de meest aangewezen weg om leemtes in het aanbod op te vullen.

Ondersteuningsbehoefte zorgprofessionals vooral op terrein overzicht leefstijlinterventies

Uit de resultaten van interviews met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van zorgverleners in de (preventieve) diabeteszorg en vanuit een focusgroepsgesprek met zorgprofessionals uit de praktijk blijkt dat er vooral behoefte is aan inzicht in het interventieaanbod. Het aanbod wordt gezien als groot, maar het gebrek aan overzicht blijkt de belangrijkste barrière voor het gebruikmaken van leefstijlinterventies. Daarnaast vormen ook financiële beperkingen en de bestaande 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn barrières. Op het terrein van scholing en onderlinge ontmoeting blijkt er behoefte te bestaan aan uitwisseling tussen zorgprofessionals van verschillende beroepsgroepen.

Maak voor ontwikkeling ondersteuningsaanbod gebruik van bestaande netwerken

De resultaten uit de interviews hebben, samen met de resultaten uit een literatuurverkenning en de inventarisatie leefstijlinterventies, geleid tot veertien aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn voorgelegd aan een aantal experts om ze te toetsen op haalbaarheid en implementatiemogelijkheden. Gebruikmaken van bestaande netwerken om bijvoorbeeld onderlinge ontmoeting, uitwisseling van ervaring en deskundigheidsbevordering ten aanzien van het gebruik van leefstijlinterventies te bevorderen blijkt met name prioriteit te hebben.

Ondersteuningsaanbod per regio invullen

Zorgprofessionals blijken vooral behoefte te hebben aan inzicht in het lokale aanbod aan leefstijlinterventies. Het gebruikmaken van het lokale aanbod vindt idealiter plaats vanuit een multidisciplinaire samenwerking. Organisaties die een rol kunnen spelen in het beschikbaar maken en houden van het lokale aanbod en het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod zijn de regionale ondersteuningsstructuren (ROS), gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), gemeenten, RIVM (Centrum Gezond Leven), maar ook Partnerschap Implementatie Leefstijl (PIL) en zorgverzekeraars en natuurlijk de zorgverleners zelf. Per regio, plaats, of op wijkniveau moet met de betreffende zorgprofessionals en andere relevante partijen een passend ondersteuningsaanbod worden samengesteld.

1 Inleiding

H.H. Hamberg-van Reenen

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2007 waren 670.000 mensen met diabetes in Nederland bij de huisarts bekend. In de loop van 2007 werd bij nog ongeveer 71.000 patiënten diabetes vastgesteld. In 2025 wordt verwacht dat er ruim 1,3 miljoen mensen met gediagnosticeerde diabetes zullen zijn. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van het aantal in 2007. Deze toename is het gevolg van vergrijzing, de sterke toename van het aantal mensen met ernstig overgewicht en een gerichte vroege opsporing van diabetes (Baan et al., 2009).

Deze sterke groei in het aantal diabetespatiënten is een van de aanleidingen voor het oprichten van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Het NAD beoogt op landelijk niveau instrumenten beschikbaar te maken en omstandigheden en condities te creëren die bijdragen aan een inperking van de groei van diabetes in Nederland. Het NAD doet dit door alle acties en initiatieven die in Nederland op het terrein van diabetes worden ondernomen te bundelen tot een samenhangend programma. Het gaat hierbij om acties en initiatieven die gericht zijn op de preventie van diabetes en het voorkomen van complicaties door het bevorderen van goede zorg voor mensen met diabetes. Het structureel invoeren en toepassen van de NDF-zorgstandaard als leidraad voor de praktijk van diabeteszorg vormt hierbinnen een van de belangrijkste doelen die het NAD zichzelf gesteld heeft. Het NAD is in 2009 opgezet door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en loopt tot 1 januari 2013.

Binnen het NAD zijn zes verschillende themacommissies actief om een bijdrage te leveren aan de doelstelling van het NAD. De themacommissie Preventie heeft onder andere als doel de realisatie van een programmatisch aanbod van leefstijlinterventies ter ondersteuning van zorgprofessionals bij de begeleiding van en zorg voor mensen met een hoog risico op diabetes en voor mensen met diabetes.

In de praktijk van de diabeteszorg zijn verschillende professionals betrokken, waaronder de huisarts, praktijkondersteuners, (diabetes)verpleegkundigen, internisten, kinderartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en sportaanbieders. Uit een Quikscan onder zorgprofessionals blijkt dat het uitvoeren van preventieve activiteiten vaak als nieuw en complex wordt ervaren (Jansen en De Weerd, 2008).

Vanuit verschillende gremia, zowel binnen als buiten het NAD, is er behoefte aan een overzicht van leefstijlinterventies (beweeg- en/of voedingsinterventies) die beschikbaar zijn voor mensen met een hoog risico op diabetes en voor mensen met diabetes.

Daarnaast bestaat er een nadrukkelijke wens om een ondersteuningsaanbod voor zorgprofessionals te ontwikkelen. Deze moet helpen om naast hun zorgtaken ook hun (nieuwe) preventieve taken adequaat uit te voeren.

1.2 Vraagstellingen

De behoefte aan een overzicht van leefstijlinterventies en de wens om een ondersteuningsaanbod voor zorgprofessionals te ontwikkelen hebben geleid tot twee projectvoorstellen binnen het thema Preventie van het NAD. De NDF heeft het RIVM daarom het volgende gevraagd:

- (1) Maak een overzicht van kansrijke leefstijlinterventies gericht op mensen met een hoog risico op diabetes of op mensen met diabetes. Dit overzicht dient inzicht te geven in aanbod en leemtes voor verschillende doelgroepen, het type interventie, de setting waarin de interventie uitgevoerd wordt en de kwaliteit van de interventies.
- (2) a. Wat is bij zorgprofessionals de behoefte aan ondersteuning bij het uitvoeren of doorverwijzen naar leefstijlinterventies?
b. Welke adviezen kunnen worden gegeven om zorgprofessionals beter in staat te stellen leefstijlinterventies uit te voeren om de gevonden leemtes in het aanbod aan leefstijlinterventies op te vullen?

De eerste vraag valt binnen het NAD-project 'Inventarisatie leefstijlinterventies' (zie hoofdstuk 2) en de doelstellingen onder (2) hebben betrekking op NAD-project 'Ondersteuningsaanbod zorgprofessionals' (zie hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4). Beide projecten hangen nauw met elkaar samen. In overleg met de NDF is er dan ook voor gekozen om de resultaten van beide projecten in een rapport te beschrijven.

1.3 Afbakening

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn er in dit rapport enkele afbakeningen gemaakt:

De belangrijkste doelgroepen voor leefstijlinterventies in de (preventieve) diabeteszorg bestaan uit hoogrisicogroepen voor diabetes en uit diabetespatiënten. De hoogrisicogroepen waar in dit rapport op in wordt gegaan zijn mensen met overgewicht, allochtonen en mensen met een lage sociaaleconomische status. Mensen met prediabetes worden dan ook niet als aparte hoogrisicogroep benoemd. Diabetespatiënten zijn mensen bij wie de diagnose diabetes is gesteld.

Leefstijlinterventies zijn interventies die ingrijpen op de leefstijl van mensen. Het kan gaan om interventies die bijdragen aan stoppen met roken of verminderen alcoholgebruik. In dit rapport wordt de focus gelegd bij voedings- en/of beweeginterventies, vanwege de sterke relatie met diabetes en overgewicht. Het gaat hier om voedings- en beweeginterventies waarin een element van actief bewegen en/of individueel voedingsadvies zit. Voor deze invulling van het begrip leefstijlinterventie is gekozen, omdat de theoretische basis voor deze actieve onderdelen het grootst is. Interventies die primair gericht zijn op zelfmanagement, educatie en doorverwijzen vallen buiten deze inventarisatie. Omdat het in deze vragen gaat om leefstijlinterventies voor hoogrisicogroepen of diabetespatiënten vallen universeel preventieve interventies (gericht op de algemene bevolking) buiten de scope van dit rapport.

Zorgprofessionals voor leefstijlbegeleiding bij hoogrisicogroepen of diabetespatiënten zijn professionals uit de nulde, eerste en tweede lijn die zich met de zorg voor deze groepen bezighouden. De belangrijkste zijn: huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, werknemers binnen de GGD en de thuiszorg, internisten, diabetesverpleegkundigen, kinderartsen en kinderverpleegkundigen.

Ondersteuningsaanbod bestaat onder meer uit de beschikbaarheid van producten en diensten (in dit rapport aangeduid met de term 'spullen') die het leveren van goede preventieve diabeteszorg mogelijk maken. Ook gerichte ontmoeting (bijvoorbeeld met collega's) en scholing worden als onderdeel van het ondersteuningsaanbod beschouwd.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van het project 'Inventarisatie leefstijlinterventies' (vraag 1). In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe gezocht is naar leefstijlinterventies en wat deze zoektocht heeft opgeleverd. Tot slot worden hier conclusies uit getrokken.

Hoofdstuk 3 geeft eerst op basis van literatuur inzicht in de theoretische basis met betrekking tot de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals. In dit hoofdstuk worden ook de resultaten beschreven van de interviews met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen. Dit vormt het antwoord op vraag 2a.

Hoofdstuk 4 bevat aanbevelingen voor de ontwikkeling en implementatie van een ondersteuningsaanbod voor zorgprofessionals. Dit vormt het antwoord op vraag 2b. Deze aanbevelingen zijn het resultaat van de literatuurverkenning en de interviews, maar ook de resultaten uit het project 'Inventarisatie leefstijlinterventies' hebben hierin een plek gekregen. Deze aanbevelingen zijn ten slotte tijdens een meeting voorgelegd aan een groep experts, die ze heeft getoetst op haalbaarheid. De resultaten van deze expertmeeting zijn ook in dit hoofdstuk beschreven.

2 Inventarisatie leefstijlinterventies

N.A.M. Post, H.H. Hamberg-van Reenen

2.1 Inleiding

Het doel van het deelproject 'Inventarisatie leefstijlinterventies' is het geven van een overzicht van beschikbare kansrijke leefstijlinterventies voor mensen met een hoog risico op diabetes en voor mensen met diabetes. Daardoor kunnen eventuele leemtes in het aanbod inzichtelijk worden gemaakt, zodat ontwikkelaars daar op termijn op in kunnen spelen.

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de methode die gehanteerd is om tot het ('papieren') interventieoverzicht te komen (paragraaf 2.2). De resultaten van de inventarisatie komen in paragraaf 2.3 aan bod. Het hoofdstuk besluit met een conclusie en discussie (paragraaf 2.4).

2.2 Methode

2.2.1 Afbakening

Om de inventarisatie af te bakenen zijn enkele inclusiecriteria geformuleerd. Bij de keuze voor de inclusiecriteria is rekening gehouden met de kwaliteitseisen die het CGL stelt aan interventies. Het CGL beoordeelt samen met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) de kwaliteit en de effectiviteit van een interventie en kent daaraan een bepaald erkenningsniveau toe.

Het CGL kent de volgende criteria voor kwaliteit van interventies (met oplopende bewijskracht):

1. *Goed beschreven*
De interventie heeft een goede beschrijving, handleiding en procesevaluatie naar het oordeel van praktijkprofessionals.
2. *Theoretisch goed onderbouwd* (voorheen: in theorie effectief)
De interventie is naar het oordeel van de Erkenningscommissie voldoende beschreven en onderbouwd. Ze beoordeelt dit aan de hand van de (theoretische) onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en de uitvoering in de praktijk. Voor deze erkenning zijn geen resultaten uit effectonderzoek vereist.
3. *Waarschijnlijk effectief*
Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie enigszins aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig.
4. *Bewezen effectief*
Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie sterk aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een sterke bewijskracht nodig.

5. *Kosteneffectief*

In de toekomst zal ook het erkenningsniveau 'kosteneffectief' gaan gelden. Deze erkenning duidt op een hoge doelmatigheid (CGL, 2011a).

Inclusiecriteria

Voor de inventarisatie van interventies hanteren wij de volgende vijf inclusiecriteria:

1. *In de praktijk uitgevoerd*
Een interventie wordt aangeboden in de praktijk (interventies die worden uitgevoerd binnen een onderzoek worden uitgesloten).
2. *Leefstijlinterventie*
Hieronder wordt een voedings- en/of beweeginterventie verstaan met een onderdeel actief bewegen en/of een onderdeel individueel voedingsadvies.
3. *Overdraagbaar*
Overdraagbaar houdt in dat de interventie moet beschikken over materialen als een draaiboek en/of een projectplan waardoor het mogelijk is om de interventie ook op een andere locatie uit te voeren.
4. *Aanwezigheid evaluatie*
Onder aanwezigheid evaluatie wordt verstaan dat een interventie beschikt over ten minste een procesevaluatie. Een effectevaluatie en kosteneffectiviteitsstudie vallen ook onder dit criterium.
5. *Gericht op hoogrisicogroepen en/of diabetespatiënten*
De interventie is *gericht op* mensen met een hoog risico op diabetes (mensen met overgewicht, mensen met een lage sociaaleconomische status (ses), allochtonen en vrouwen met zwangerschapsdiabetes) en diabetespatiënten (type 1 en type 2) met als doel preventie van (de verergering) van diabetes. Het gaat om selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.

In overleg met de opdrachtgever is dit uitgebreid met interventies die *geschikt kunnen zijn voor* de twee doelgroepen. Het gaat dan om interventies die niet primair gericht zijn op de preventie van diabetes, maar daar wel een effect op kunnen hebben. Voorbeelden zijn interventies die gericht zijn op mensen met overgewicht of op chronisch zieken in het algemeen.

Interventies die nog niet voldoen aan de inclusiecriteria

Een deel van de interventies voldoet (nog) niet aan de inclusiecriteria voor het overzicht, maar zou daar op termijn mogelijk wel aan kunnen voldoen. In dit rapport wordt hier ook kort aandacht aan besteed. Het gaat dan vooral om interventies die in ontwikkeling zijn en die daardoor nog niet voldoen aan het criterium 'in de praktijk uitgevoerd'. Dit zijn interventies die worden uitgevoerd binnen een onderzoek naar de effectiviteit of implementatie van interventies. Deze interventies kunnen de basis vormen voor kansrijke, in de praktijk uitvoerbare interventies.

2.2.2 Zoekmethode

De leefstijlinterventies zijn gezocht via twee routes: op basis van de I-database en een zoektocht in het rapport 'Diabetesinterventies in kaart' (Hamberg-van Reenen et al., 2008) en een actieve benadering van potentiële ontwikkelaars en eigenaars van interventies.

Inventarisatie interventies op basis van I-database

De I-database van het Centrum Gezond Leven van het RIVM geeft een overzicht van beschikbare leefstijlinterventies in Nederland. Het doel van het CGL is om met de database het gebruik van best passende leefstijlinterventies te bevorderen. In de database staat informatie over het doel, de doelgroep, de gehanteerde methode, de setting waarin de interventie plaatsvindt, het gezondheidsthema waar de interventie betrekking op heeft, de aanwezigheid van materialen en de kwaliteit of effectiviteit van de interventie (CGL, 2011b).

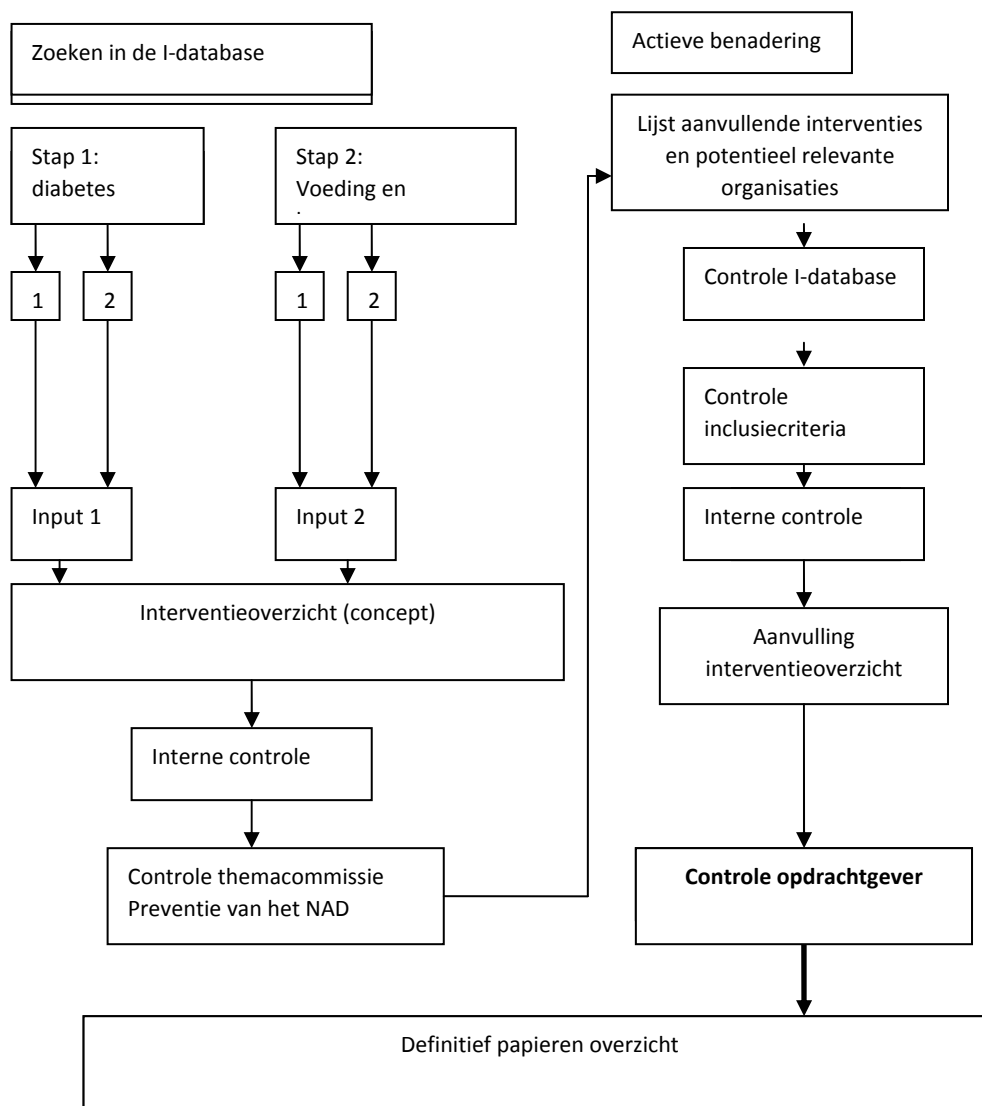
De I-database kent een openbaar deel (te bereiken via de website Loket Gezond Leven) en een besloten deel. Er is in het besloten deel gezocht, omdat de zoekmogelijkheden daar groter zijn dan in het openbare deel (peildatum december 2010). Er is gezocht op interventies met het thema 'diabetes' (zie Figuur 2.1) en daarbinnen naar:

1. interventies die voldeden aan criterium 'overdraagbaar' (aanwezigheid van draaiboek en/of projectplan);
2. interventies die voldeden aan het criterium 'evaluatie' waaronder ook de interventies met een CGL-erkenning.

Interventies die aan beide criteria voldoen vormen 'input 1'.

Daarnaast is gezocht naar interventies met als thema 'voeding en bewegen', waarbij in de beschrijving van de interventie het woord 'diabetes' voorkwam. Wederom gaat het hier om interventies die overdraagbaar zijn en waarbij een evaluatie is uitgevoerd. Deze interventies vormen 'input 2'.

Van de interventies in dit concept is nagegaan of ze voldeden aan alle inclusiecriteria. De selectie is ter controle nog een keer voorgelegd aan een interne inhoudsdeskundige en aan de themacommissie Preventie van het Nationaal Actieprogramma Diabetes. In deze commissie zitten afgevaardigden van verschillende koepelorganisaties die betrokken zijn bij de zorg en/of voorlichting aan mensen met (een hoog risico op) diabetes (zie Bijlage 1 voor een overzicht van de deelnemers).



Figuur 2.1: Schematische weergave van de totstandkoming van het interventieoverzicht

Actieve benadering

Als aanvulling op de inventarisatie in de I-database is in kaart gebracht welke organisaties (en interventies) op het terrein van diabetespreventie (nog) gemist worden. Het gaat daarbij zowel om organisaties gericht op preventie van diabetes als om organisaties die zich richten op het voorkomen van verergering van diabetes. In overleg met de NDF en de themacommissie Preventie, waarin onder andere vertegenwoordigers van (beroeps)organisaties zitten (zie Bijlage 1), is een lijst samengesteld met te benaderen organisaties en nog nader te onderzoeken interventies. Verschillende organisaties zijn aangeschreven waaronder het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Vilans (kenniscentrum voor langdurende zorg), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), ZonMw, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Diabetes Vereniging Nederland (DVN), TNO Kwaliteit van Leven (Nederlandse Organisatie voor

toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek) en de vakgroep gezondheidsbevordering van GGD Nederland. Voor de volledigheid is ook bij vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Zorggroep Rivas navraag gedaan. Daarvoor is gebruikgemaakt van de contacten die zijn gelegd voor de interviews met vertegenwoordigers van zorgprofessionals in het project 'Ondersteuningsaanbod'.

Aangedragen interventies zijn allereerst naast de I-database gelegd om te checken of deze mogelijk in de I-databasesearch waren afgevallen. In dat geval zijn ze niet opnieuw bekeken met uitzondering van die interventies waarvan door experts nadrukkelijk is aangegeven dat ze meegenomen zouden moeten worden. De overgebleven interventies zijn vervolgens weer beoordeeld of ze voldeden aan de inclusiecriteria. Van sommige interventies was het nodig om extra informatie over de interventie te verkrijgen om vast te kunnen stellen of ze aan de inclusiecriteria voldoen. In die gevallen is contact gezocht met de eigenaar dan wel een van de uitvoerders van de interventie. Daarbij is naast informatie over de inclusiecriteria ook meteen gevraagd of men nog meer potentieel relevante interventies kende.

De directe benadering leidde tot een aanvulling op het conceptoverzicht dat verkregen was via de I-database. Dit aanvullende overzicht is ook ter controle voorgelegd aan een interne inhoudsdeskundige en aan de opdrachtgever.

Aanvullende search naar erkende overgewichtinterventies

Aanvullend heeft er in overleg met de opdrachtgever ook een globale analyse plaatsgevonden van interventies gericht op mensen met overgewicht, omdat deze ook *geschikt kunnen zijn* om diabetes te voorkomen. Vanwege de beschikbaarheid van een overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies voor overgewicht binnen de Handreiking Gezonde Gemeente van het CGL, is in overleg met de opdrachtgever besloten voor deze groep interventies alleen te zoeken in dit reeds beschikbare overzicht. Alle erkende leefstijlinterventies voor mensen met overgewicht (als deze term in het doel en/of omschrijving van de interventie staat) zijn geselecteerd en opgenomen in het papieren overzicht.

Weergave resultaten

Om de bruikbaarheid van het interventieoverzicht te vergroten is voorafgaand aan de inventarisatie een lijst vastgesteld met aspecten van een interventie die van belang zijn voor zorgprofessionals. Aan de hand van deze aspecten kan inzichtelijk worden gemaakt of er sprake is van leemtes in het interventieaanbod. Deze lijst is tot stand gekomen in overleg met de NDF, het CGL en de themacommissie Preventie. Het gaat om de volgende aspecten:

- naam van de interventie;
- eigenaar van de interventie;
- doel van de interventie;
- specifieke doelgroep van de interventie;
- leeftijdsgroep waar de interventie zich op richt;
- setting waarin de interventie plaatsvindt;
- methode van de interventie;
- type diabetes waarop de interventie zich richt;
- beoordeling van de interventie.

In het interventieoverzicht wordt onderscheid gemaakt in interventies voor hoogrisicogroepen en interventies voor diabetespatiënten. Verder zijn de

interventies opgesplitst in interventies 'gericht op' (toegekend als in doel/omschrijving en/of thema diabetes is aangegeven) en interventies 'geschikt voor' (toegekend als er een link is met diabetes). Aanvullend is een apart overzicht gemaakt van interventies met een CGL-erkenning voor mensen met overgewicht.

Het interventieoverzicht is opgesplitst in vijf suboverzichten:

- interventies **gericht op** hoogerisicogroepen;
- interventies **geschikt voor** hoogerisicogroepen;
- erkende interventies **gericht op** mensen met overgewicht;
- interventies **gericht op** diabetespatiënten;
- interventies **geschikt voor** diabetespatiënten.

Binnen de overzichten is de informatie per aspect aangegeven. Voor de doelgroepen wordt onderscheiden of de interventie specifiek 'ontwikkeld' is voor deze doelgroep of er 'geschikt voor' is.

2.3 Resultaten

In totaal zijn meer dan honderd interventies bekeken. Daarvan zijn uiteindelijk twaalf interventies opgenomen in het overzicht. Hieronder worden per aspect de voornaamste bevindingen beschreven voor hoogerisicogroepen voor diabetes, diabetespatiënten en mensen met overgewicht (Tabel 2.1 t/m Tabel 2.5). Vervolgens wordt in aanvulling een korte beschrijving van de interventies gegeven.

Bevindingen naar aspect van interventie

Specifieke doelgroep van de interventie

Er zijn geen interventies gevonden die zich richten op vrouwen met (risico op) zwangerschapsdiabetes.

Uit de inventarisatie blijkt dat een relatief groot aantal interventies gericht is op mensen met een lage sociaaleconomische status, allochtonen en mensen met overgewicht. Enkele interventies zijn ook specifiek voor deze doelgroepen ontwikkeld (dat wil zeggen dat dit in de beschrijving of het doel van de interventie en in het thema/onderwerp of de doelgroep expliciet is aangegeven). Deze zijn vooral terug te vinden bij hoogerisicogroepen voor diabetes.

Voor diabetespatiënten zijn er geen interventies gevonden die specifiek ontwikkeld zijn voor allochtonen. Binnen de groep allochtonen zijn er interventies geschikt voor mensen van Turkse komaf, Marokkanen, Surinamers/Hindoestanen en Antillianen, waarbij minder interventies zich op de Surinamers/Hindoestanen en Antillianen richten.

Binnen de groep erkende interventies voor mensen met overgewicht (dit zijn alle interventies gericht op jongeren) is een interventie ontwikkeld voor mensen met een lage sociaaleconomische status, maar richt geen van de vier geselecteerde interventies zich op allochtone jongeren.

Leeftijdsgroep waar de interventie zich op richt

De meeste interventies zijn gericht op de volwassen bevolking. *Diabetes & Fit* is de enige interventie die zeventien jaar in plaats van achttien jaar als ondergrens hanteert. De geselecteerde erkende interventies voor mensen met overgewicht daarentegen richten zich juist alleen op de jeugd.

Setting waarin de interventie plaatsvindt

Het merendeel van de gevonden interventies vindt plaats in een instelling voor sport en bewegen. Relatief weinig interventies worden uitgevoerd in de setting thuis/gezin, eigen instelling en welzijnsinstelling. Interventies gericht op hoogrisicogroepen vinden juist vaak plaats in de wijk. Dit in tegenstelling tot interventies voor mensen met overgewicht waarbij geen interventies zijn gevonden die in de setting wijk plaatsvinden.

Methode van de interventie

De meeste interventies bestaan uit het geven van voorlichting. Er worden ook methoden gebruikt op het gebied van community-ontwikkeling en beleid, zij het minder vaak dan voorlichtingsmethoden.

Type diabetes waarop de interventie zich richt

Het type diabetes waarop de interventie zich richt is in de meeste gevallen type 2, alhoewel dit niet altijd expliciet benoemd wordt. Er zijn in deze inventarisatie geen interventies gevonden die zich specifiek richten op preventie van complicaties bij mensen met diabetes type 1 (*Diabetes & Fit* richt zich zowel op type 2 als type 1).

Beoordeling van de interventie

De beoordeling van de interventies varieert per groep interventies. Drie interventies voor hoogrisicogroepen en diabetespatiënten hebben een erkenning: de *BeweegKuur* is aangemerkt als theoretisch goed onderbouwd en *Big!Move* en *Van Klacht naar Kracht* als goed beschreven. De vier geselecteerde interventies voor mensen met overgewicht hebben allemaal een erkenning; dit is ook logisch gezien de search in het overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies van de Handreiking Gezonde Gemeente.

2.3.1 Hoogrisicogroepen voor diabetes

Er zijn acht interventies voor hoogrisicogroepen voor diabetes die aan de inclusiecriteria voldoen. Het gaat om de *BeweegKuur*, *Diabetes voorkómen*, *Doelgroep training diabetes*, *Van klacht naar kracht (onderdeel beweegprogramma)*, *Big!Move*, *Bewegen op recept*, *Diabetes & Fit* en *Cursus gezonde leefstijl*. Deze interventies staan hieronder kort beschreven. De eerste vier genoemde interventies zijn gericht op mensen met (een hoog risico op) diabetes. Het gaat hoofdzakelijk om gecombineerde leefstijlinterventies. Deze staan in Tabel 2.1. De laatste vier genoemde interventies kunnen geschikt zijn voor hoogrisicogroepen voor diabetes. Deze zijn terug te vinden in Tabel 2.2. Deze interventies hebben een sterke focus op bewegen, maar bij *Big!Move* en *Diabetes & Fit* wordt ook aandacht besteed aan voeding.

Tabel 2.1: Interventies **gericht op** hoogrisicogroepen voor diabetes

Naam interventie	BeweegKuur	Diabetes voorkómen	Doelgroep training diabetes	Van Klacht naar Kracht (onderdeel beweeg-programma)
Eigenaar	NISB	GGD Amsterdam	Vivent	GGD Rotterdam-Rijnmond
Doelgroep				
Mensen met overgewicht	X		^	
Lage ses-groepen	X			X
Allochtonen	X	^		X
Turken	X	X		X
Marokkanen	X	X		X
Surinamers/Hindoestanen	X			X
Antilianen	X			X
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes				
Leeftijd	18-75 jaar	40-99 jaar	18-99 jaar	18-99 jaar
Setting				
Eigen instelling				
Wijk		X	X	X
Welzijnsinstelling				X
Thuis/gezin				X
Ziekenhuis/zorginstelling	X			X
Sport en bewegen	X			X
Methode				
Voorlichting/activiteit	X	X	X	X
Community		X	X	X
Beleid	X	X		X
Type diabetes				
Type 1				
Type 2	X	X	X	X
Erkenning	1			0

Legenda

^ ontwikkeld voor (toegekend als doelgroep zowel in omschrijving of bij doel van de interventie als bij thema/onderwerp of doelgroep van de interventie wordt genoemd)

X genoemd in omschrijving interventie en/of in beschrijving voor erkenning

0 erkenningsniveau goed beschreven van CGL

1 erkenningsniveau theoretisch goed onderbouwd van CGL

Een leeg vakje geeft aan dat in de omschrijving van de interventie hier niets over gemeld wordt

Tabel 2.2: Interventies die **geschikt kunnen zijn** voor hoogerisicogroepen

Naam interventie	Big! Move (onderdeel beweegprogr mma)	Bewegen op recept (BOR)	Diabetes & Fit	Cursus Gezonde leefstijl
Eigenaar	Stichting Vensterpolder Eerstelij Gezondheids- zorg	Stichting Precura	Fysio Physics	Stichting Thuiszorg Midden- Gelderland
Doelgroep				
Mensen met overgewicht	X		X	^
Lage ses-groepen		^		X
Allochtonen		X		^
Turken		X		X
Marokkanen		X		X
Surinamers/Hindoestanen		X		
Antilianen		X		
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes				
Leeftijd	21-99 jaar	18-65 jaar	17-99 jaar	18-99 jaar
Setting				
Eigen instelling		X		
Wijk	X			X
Welzijnsinstelling				X
Thuis/gezin				
Ziekenhuis/zorginstelling		X		
Sport en bewegen	X	X	X	
Methode				
Voorlichting/activiteit	X	X	X	X
Community	X			
Beleid	X			
Type diabetes				
Type 1			X	
Type 2	X	X	X	
Erkenning	0			

Legenda

^ ontwikkeld voor (toegekend als doelgroep zowel in omschrijving of bij doel van de interventie als bij thema/onderwerp of doelgroep van de interventie wordt genoemd)

X genoemd in omschrijving interventie en/of in beschrijving voor erkenning

0 erkenningsniveau 'goed beschreven' van CGL

1 erkenningsniveau 'theoretisch goed onderbouwd' van CGL

Een leeg vakje geeft aan dat in de omschrijving van de interventie hier niets over gemeld wordt

Hieronder wordt een korte omschrijving gegeven van de interventies als aanvulling op informatie in Tabel 2.1 en Tabel 2.2. Een groot deel van deze informatie is afkomstig van de beschrijving van de interventie in de I-database.

BeweegKuur

De *BeweegKuur* is een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes en diabetespatiënten. De interventie kent drie onderdelen: stimuleren van lichamelijke activiteit, bevorderen van energiebalans door een individueel samengesteld dieet en ondersteuning van deze aanpassingen door structurele verandering van gedrag. De interventie heeft tot doel de kwaliteit van leven van de deelnemers te verbeteren.

Diabetes voorkómen

De cursus *Diabetes voorkómen* is een leefstijlinterventie gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes. De cursus kent meerdere doelen: het vergroten van de kennis over de risico's voor diabetes, het opsporen van mensen met (een verhoogd risico op) diabetes en het stimuleren van bewegen bij de groep mensen met een verhoogd risico op diabetes.

Doelgroep training diabetes

De training is een gecombineerde leefstijlinterventie. De interventie richt zich op gewichtsvermindering bij zowel hoogrisicogroepen voor diabetes als bij diabetespatiënten. Dit wordt bewerkstelligd door bewustwording over voeding en het aanpassen van het voedingsgedrag en het verhogen van het activiteitenpatroon. Gedurende drie maanden wordt er onder begeleiding van een fysiotherapeut getraind. Tijdens de cursus wordt drie keer voorlichting over voeding aangeboden. De deelnemers kunnen ook een persoonlijk voedingsadvies krijgen.

Van klacht naar kracht, onderdeel beweegprogramma

Van klacht naar kracht is een beweegprogramma gericht op zowel hoogrisicogroepen als diabetespatiënten. Het doel van de interventie is gedragsverandering waardoor de kans op een leefstijlgebonden aandoening afneemt, dan wel het risico op complicaties wordt verkleind. Via aanpassing van voedingsgewoonten en activiteitsniveau wordt dit doel beoogd.

Big!Move

Big!Move is een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op mensen met een (verhoogde kans) op een chronische ziekte. De huisarts verwijst de cliënt naar *Big!Move*. De interventie kent meerdere (verplichte) fasen. De deelnemer begint in fase 1 met bewegen onder begeleiding. Vervolgens maakt hij in fase 2 kennis met beweegactiviteiten in de wijk, met als uiteindelijk doel om in fase 3 structureel te blijven bewegen. Naast bewegen wordt tijdens de bijeenkomsten ook aandacht besteed aan andere aspecten, zoals het verbeteren van voeding en verandering van cognities (Hamberg-van Reenen et al., 2008; Leemrijse et al., 2009).

Bewegen op recept (BOR)

Bewegen op recept is primair een beweeginterventie gericht op patiënten met chronische klachten. Met een verwijzing van de huisarts en onder betaling van een eigen bijdrage van 50 euro kan worden deelgenomen aan een beweeggroep. In Den Haag is er de keuze uit Fitness op recept en Aquarobics op recept. Gedurende achttien tot twintig weken wordt er per week ongeveer 1,5 uur gesport in groepsverband onder begeleiding van een sportinstructeur. Tevens worden de deelnemers gestimuleerd om na afloop van de interventie deel te gaan nemen aan sportactiviteiten in de wijk om het aangepaste beweeggedrag te kunnen borgen (Leemrijse et al., 2009; Hamberg- Van Reenen et al., 2008).

Diabetes & Fit

Diabetes & Fit is een gecombineerde leefstijlinterventie die specifiek ontwikkeld is voor diabetespatiënten (maar ook geschikt is voor hoogrisicogroepen). Sporten (in groepsverband) is een belangrijk onderdeel van het twaalf maanden durende programma maar er is ook aandacht voor gezonde voeding en educatie (FysioPhysics, 2011; Hamberg-Van Reenen et al., 2008).

Cursus gezonde leefstijl

In de acht weken durende cursus gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes wordt aandacht besteed aan voeding en bewegen. Door middel van het verstrekken van kennis over een gezond voedingspatroon worden de voedingsgewoonten aangepakt. Gedurende zeven weken wordt ook een keer per week aan bewegen gedaan.

Interventies gericht op mensen met overgewicht

Binnen het overzicht interventies voor overgewicht van de Handreiking Gezonde Gemeente van CGL zijn goed beschreven en aanbevolen interventies geselecteerd voor mensen met overgewicht (zie zoekmethode). Er zijn vier interventies gevonden; deze zijn alle gericht op jongeren, zie Tabel 2.3.

Tabel 2.3: Overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies gericht op mensen met overgewicht (uit Handreiking Gezonde Gemeente)

Naam interventie	Real fit	Jump-in	Cursus Evenwicht	Weet & Beweeg
Eigenaar	GGD Zuid Limburg	GGD Amsterdam	GGD Gelre-IJssel	Cardea Jeugdzorg
Doelgroep Mensen met overgewicht Lage ses-groepen Allochtonen Vrouwen met zwangerschapsdiabetes	^	^ ^	^	^
Leeftijd	13-18 jaar	4-12 jaar	9-12 jaar	6-18 jaar
Setting Eigen instelling Wijk Welzijnsinstelling Thuis/gezin Ziekenhuis/zorginstelling Sport en bewegen			X X X	X X X
Methode Voorlichting/activiteit Community Beleid	X	X X	X	X
Type diabetes Type 1 Type 2				X X
Erkenning	1	1	0	1

Legenda

^ ontwikkeld voor (toegekend als doelgroep zowel in omschrijving of bij doel van de interventie als bij thema/onderwerp of doelgroep van de interventie wordt genoemd)

X genoemd in omschrijving interventie en/of in beschrijving voor erkenning

0 erkenningsniveau 'goed beschreven' van CGL

1 erkenningsniveau 'theoretisch goed onderbouwd' van CGL

Een leeg vakje geeft aan dat in de omschrijving van de interventie hier niets over gemeld wordt

Hieronder wordt een korte omschrijving gegeven van de interventies als aanvulling op informatie in Tabel 2.3.

Realfit

Realfit is een gecombineerde leefstijlinterventie. Door een combinatie van voedings- en bewegingslessen, individuele dieetconsulten en cognitieve gedragstherapie probeert men gewichtsstabilisatie of -afname te realiseren. Daarnaast is de interventie erop gericht om een actieve en gezonde leefstijl te bevorderen en een verbetering te bewerkstelligen in zelfwaardering en fitheid. De cursus duurt twaalf weken (GGD Zuid Limburg, 2011).

Jump-in

Jump-in is een beweeginterventie. Voornaamste doelen van de interventie zijn het stimuleren van lichamelijke activiteit en preventie van overgewicht. In de interventie wordt onder meer speciaal aandacht besteed aan kinderen met overgewicht (GGD Amsterdam, 2011).

Cursus Evenwicht

Cursus Evenwicht is een gecombineerde leefstijlinterventie. Tijdens de cursus komen zowel voeding als bewegen aan bod. De cursus bestaat uit dertien bijeenkomsten. Elke bijeenkomst kent een actief deel waarin de deelnemers onder begeleiding bewegespelletjes gaan doen. Gedurende vier bijeenkomsten bewegen de deelnemers ook intensief onder begeleiding van een fitnessinstructeur.

Weet & Beweeg

Weet & Beweeg is een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op jongeren met overgewicht en hun gezinnen. Het ongeveer een jaar durende programma is primair gericht op afname van de Body Mass Index en het verkleinen van het risico op leefstijlgebonden aandoeningen (waaronder diabetes type 2). Het programma heeft meerdere onderdelen. Tijdens twintig bijeenkomsten wordt er onder begeleiding aan beweegactiviteiten gedaan. Naast cognitieve therapie (gericht op gedragsverandering) is er ook aandacht voor voeding. Een voedingsanamnese is onderdeel van de interventie.

2.3.2

Diabetespatiënten

Het aantal kansrijke interventies voor diabetespatiënten is kleiner dan dat voor hoogrisicogroepen. De meeste interventies voor diabetespatiënten komen ook voor in het overzicht voor hoogrisicogroepen. In totaal zijn er zes interventies die aan de inclusiecriteria voldoen (zie Tabel 2.4 en Tabel 2.5). Vier zijn specifiek gericht op diabetespatiënten. Alle interventies die specifiek gericht op diabetespatiënten zijn gecombineerde leefstijlinterventies.

Tabel 2.4: Overzicht interventies **gericht op** diabetespatiënten

Naam interventie	BewegKuur	Van Klacht naar Kracht (onderdeel beweeg-programma)	Doelgroep training diabetes	Diabetes & Fit
Eigenaar	NISB	GGD Rotterdam-Rijnmond	Vivent	Fysio Physics
Doelgroep				
Mensen met overgewicht	X		^	X
Lage ses-groepen	X	X		
Allochtonen	X	X		
Turken	X	X		
Marokkanen	X	X		
Surinamers/Hindoestanen	X	X		
Antilianen	X	X		
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes				
Leeftijd	18-75 jaar	18-99 jaar	18-99 jaar	17-99 jaar
Setting				
Eigen instelling				
Wijk		X	X	
Welzijnsinstelling		X		
Thuis/gezin		X		
Ziekenhuis/zorginstelling	X	X		
Sport en bewegen	X	X		X
Methode				
Voorlichting/activiteit	X	X	X	X
Community		X	X	
Beleid	X	X		
Type diabetes				
Type 1				X
Type 2	X	X	X	X
Erkenning	1	0		

Legenda

^ ontwikkeld voor (toegekend als doelgroep zowel in omschrijving of bij doel van de interventie als bij thema/onderwerp of doelgroep van de interventie wordt genoemd)

X genoemd in omschrijving interventie en/of in beschrijving voor erkenning

0 erkenningsniveau 'goed beschreven' van CGL

1 erkenningsniveau 'theoretisch goed onderbouwd' van CGL

Een leeg vakje geeft aan dat in de omschrijving van de interventie hier niets over gemeld wordt

Twee van de zes geselecteerde interventies kunnen geschikt zijn voor mensen met diabetes. Dit geldt voor *Big!Move* en voor *Bewegen op recept*.

Tabel 2.5: Overzicht interventies die **geschikt kunnen zijn** voor diabetespatiënten

Naam interventie	Big! Move (onderdeel bewegprogramma)	Bewegen op recept (BOR)
Eigenaar	Stichting Vensterpolder Eerstelij Gezondheidszorg	Stichting Precura
Doelgroep		
Mensen met overgewicht	X	
Lage ses-groepen		^
Allochtonen		X
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes		
Leeftijd	21-99 jaar	18-65 jaar
Setting		
Eigen instelling		X
Wijk	X	
Welzijnsinstelling		
Thuis/gezin		
Ziekenhuis/zorginstelling		X
Sport en bewegen	X	X
Methode		
Voorlichting/activiteit	X	X
Community	X	
Beleid	X	
Type diabetes		
Type 1		
Type 2	X	X
Erkenning	0	

Legenda

^ ontwikkeld voor (toegekend als doelgroep zowel in omschrijving of bij doel van de interventie als bij thema/onderwerp of doelgroep van de interventie wordt genoemd)

X geschikt voor

0 erkenningsniveau 'goed beschreven' van CGL

1 erkenningsniveau 'theoretisch goed onderbouwd' van CGL

Een leeg vakje geeft aan dat in de omschrijving van de interventie hier niets over gemeld wordt

Interventies in een onderzoeksetting

Er zijn verschillende interventies in ontwikkeling, die daardoor (nog) niet voldoen aan het criterium 'uitgevoerd in de praktijk'. Enkele interventies die ontwikkeld zijn of worden door onderzoeksinstellingen zijn meerdere malen aangedragen. Het gaat daarbij om: *SLIMMER*, *APHRODITE*, *GO4it*, *GOAL*, *DIALERT*, *DIHAAN* en *Cursus gezond leven met diabetes*. Deze interventies kunnen de basis vormen voor kansrijke in de praktijk uitvoerbare interventies.

2.4 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Conclusies

Er zijn in totaal twaalf unieke interventies gevonden die aan de inclusiecriteria voldoen. Daarvan zijn er acht gericht op hoogrisicogroepen en zes gericht op diabetespatiënten. Binnen de hoogrisicogroepen is ook gekeken naar interventies gericht op mensen met overgewicht. Daarnaast zijn er vier erkende interventies geselecteerd gericht op mensen met overgewicht.

Veel van de gevonden interventies zijn zowel geschikt voor hoogrisicogroepen voor diabetes als voor diabetespatiënten.

Veel van de gevonden interventies zijn gecombineerde leefstijlinterventies.

Gelet op doelgroep, leeftijd en type diabetes waar de interventie zich op richt (of geschikt voor is), komt uit het overzicht naar voren dat er een gebrek is aan interventies gericht op vrouwen met zwangerschapsdiabetes. Daarnaast zijn er relatief weinig door CGL beoordeelde interventies voor hoogrisicogroepen en diabetespatiënten.

Relatief veel interventies voor hoogrisicogroepen en mensen met diabetes richten zich, naast mensen met overgewicht, op mensen met een lage sociaaleconomische status en allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers/Hindoestanen en Antillianen). Voor hoogrisicogroepen zijn er ook interventies ontwikkeld voor deze groepen. Voor diabetespatiënten zijn er geen interventies gevonden die specifiek ontwikkeld zijn voor allochtonen. Binnen de groep erkende interventies voor mensen (jongeren) met overgewicht is een interventie ontwikkeld voor mensen met een lage sociaaleconomische status, maar richt geen van deze vier geselecteerde interventies zich op allochtone jongeren.

Alle interventies voor diabetespatiënten uit de inventarisatie zijn gericht op de leeftijdsgroep zeventien jaar en ouder. Er zijn geen interventies gevonden die zich richten op jongeren met diabetes (type 1 of type 2).

Discussie

Leemtes in het interventieaanbod

De vraag dient zich aan in hoeverre de gevonden leemtes in het interventieaanbod problematisch zijn. Kan er echt over 'leemtes' gesproken worden? Ervaren zorgprofessionals leemtes? (Dit komt in hoofdstuk 3 aan bod). En moet een gevonden leemte opgevuld worden door middel van het ontwikkelen van nieuwe interventies of het doorontwikkelen van bestaande interventies?

In de inventarisatie voor dit rapport zijn redelijk strenge inclusiecriteria gehanteerd. Er is gezocht naar selectief en geïndiceerd preventieve interventies die in de praktijk worden uitgevoerd waarin een actieve beweeg- of individuele voedingscomponent zit en waarvan ten minste een procesevaluatie en handleiding beschikbaar is. Op basis van deze criteria, en met een focus op doelgroep, leeftijd en type diabetes, zijn leemtes gevonden in interventies voor zwangerschapsdiabetes, jongeren met diabetes en in interventies die specifiek ontwikkeld zijn voor diabetespatiënten van allochtone afkomst. Mogelijk kunnen interventies die nu in een onderzoeksetting plaatsvinden op termijn, wanneer het lukt om ze in de praktijk geïmplementeerd te krijgen, deze

leemtes opvullen. Aan de andere kant kunnen ook interventies uit de praktijk, die nog niet voldoen aan de inclusiecriteria en/of universeel preventieve interventies in de toekomst mogelijk leemtes opvullen. Dit is mogelijk wanneer ze worden doorontwikkeld, geëvalueerd en overdraagbaar worden gemaakt. Een diepgaander onderzoek van de afgevalen interventies is nodig om een betrouwbare inschatting te kunnen maken over mogelijk geschikte interventies om de gevonden leemtes op te vullen. Uit een snelle scan van de afgevalen interventies kan wel de voorzichtige conclusie worden getrokken dat er voor allochtonen en mensen met een lage sociaaleconomische status redelijk veel aanbod is c.q. in ontwikkeling is. Voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes lijkt dit aanbod kleiner te zijn.

Afbakening onderzoek

Naast interventies zijn er ook allerlei standaarden en ondersteuningsinstrumenten die de kwaliteit van de (preventieve) zorg moeten verbeteren. Zo hanteren diëtisten en fysiotherapeuten wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en standaarden, zoals de NDF-Voedingsrichtlijn en de KNGF-Standaard Beweginginterventie Diabetes Mellitus type 2 (Praet et al., 2009). Bij ondersteuningsinstrumenten gaat het om methodieken waardoor bijvoorbeeld het verwijzingsproces en de nazorg (nog) beter verloopt. Maar ook competentiebevordering door middel van scholing valt daaronder. Deze standaarden en ondersteuningsinstrumenten zijn niet meegenomen in dit onderzoek, omdat het geen leefstijlinterventies zijn, maar ze kunnen wel bijdragen aan het optimaliseren van de uitkomsten van bepaalde interventies. Er is in het veld geen eenduidige definitie van leefstijlinterventies. Volgens de een gaat het om alle interventies die een raakvlak hebben met voeding, bewegen, roken en alcohol. Anderen brengen daarin beperkingen aan, bijvoorbeeld alleen interventies die gaan over voeding of bewegen. Voor de inventarisatie van het aanbod aan interventies gericht op diabetes en de verergering ervan is een nauwe definitie gehanteerd: leefstijlinterventies dienen te beschikken over een actieve beweegcomponent of een individueel voedingsadvies. Deze keuze is gemaakt, omdat voor deze actieve onderdelen de basis voor effectiviteit het grootst is. In overleg met de NDF zijn ook zelfmanagementinterventies niet meegenomen in deze inventarisatie. Een gevolg van deze afbakening is dat veel interventies, die gericht zijn op hoogrisicogroepen of diabetespatiënten en die als doel hebben een gezonde leefstijl te bevorderen (maar waarbij een actieve component ontbreekt en/of het hoofddoel zelfmanagement was) zijn afgevalen. Om deze reden zijn bijvoorbeeld de zelfmanagementinterventie gericht op Turkse mannen van GGD Hart van Brabant en de *Cursus Gezond Leven met Diabetes* van Thuiszorg Groningen afgevalen.

Hoewel gezocht is via meerdere routes (onder meer in de I-database en via benadering van belangrijke organisaties) is niet uit te sluiten dat interventies zijn gemist. Een aantal van de benaderde (landelijke) organisaties heeft niet gereageerd. Het is niet uit te sluiten dat deze organisaties geschikte leefstijlinterventies hadden kunnen aandragen.

Door de sterke focus op de I-database is ten slotte mogelijk onvoldoende recht gedaan aan interventies uit de eerste en tweede lijn. Bij de professionals uit de eerste en de tweede lijn is de I-database waarschijnlijk minder bekend dan bij de gezondheidsbevorderaars van de GGD omdat deze laatste groep de voornaamste doelgroep is van de database. In de inventarisatie is getracht dit zo veel mogelijk te ondervangen door het navragen van interventies bij verschillende beroepsorganisaties. Verdere uitbreiding van de I-database met interventies uit de eerste en tweede lijn en het vergroten van de bekendheid van

de database bij deze beroepsgroepen kan het inzicht in het aanbod verder vergroten.

Om de actualiteit te kunnen waarborgen, is er naast een 'papieren' overzicht ook een digitaal overzicht ontwikkeld dat geregeld wordt bijgewerkt. Het digitale overzicht –waarop alleen interventies staan die afkomstig zijn uit de I-database- is terug te vinden op de website van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM. In Bijlage 2 wordt kort ingegaan op de totstandkoming van dit digitale overzicht. Het biedt een overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies die in de I-database zijn opgenomen onder het thema diabetes. Het digitale overzicht is te vinden op de site www.loketgezondleven.nl.

Aanbevelingen

Een diepgaander onderzoek van de afgevallen interventies is nodig om een betrouwbare inschatting te kunnen maken van mogelijk geschikte interventies om de gevonden leemtes op te vullen.

Zo is het aanbevelingswaardig om meer inzicht te krijgen in de interventies die ontwikkeld worden in een onderzoeksetting en vervolgens te bekijken of (door)ontwikkeling van interventies nodig is. Deze interventies voldoen vaak aan de eisen voor effectiviteit (*evidence based*), maar doordat deze maar in beperkte mate geïmplementeerd worden in de praktijk is de toepassing voor het veld (nog) niet optimaal.

Daarnaast lijkt het zinvol om in overleg met verloskundigen en gynaecologen te kijken of en op welke manier de zorg aan vrouwen met (een verhoogd risico op) zwangerschapsdiabetes geregeld is, voordat er met ontwikkeling van leefstijlinterventies voor deze groep wordt begonnen.

Het lijkt ook zinvol om in overleg met onder meer kinderartsen en kinderverpleegkundigen het aanbod aan leefstijlinterventies voor jongeren met diabetes nader te onderzoeken en te beoordelen in hoeverre het nodig is om interventies voor deze groep (door) te ontwikkelen.

Ook kan het nuttig zijn om nader te onderzoeken in hoeverre interventies doorontwikkeld kunnen worden voor verschillende allochtone groepen en mensen met een lage sociaaleconomische status.

Het verdient ten slotte aanbeveling om zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn te stimuleren om leefstijlinterventies gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes of op diabetespatiënten aan te melden bij de I-database.

3 Ondersteuning van professionals in de diabeteszorg: inventarisatie van aanbod en behoeften

J. Mikolajczak, J.C.M. Barte, H.H. Hamberg-van Reenen

3.1 Inleiding

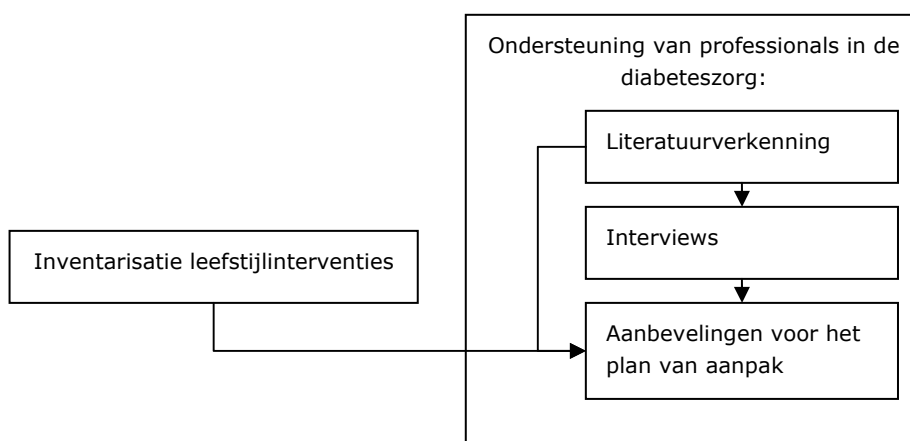
Voor professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes blijkt geen adequaat en samenhangend ondersteuningsaanbod beschikbaar dat zich specifiek richt op de implementatie en uitvoering van leefstijlinterventies. Het project 'Ondersteuningsaanbod zorgprofessionals' kent twee doelen:

1. Het in kaart brengen van de behoeften van zorgprofessionals voor wat betreft het gebruikmaken van het bestaande aanbod aan leefstijlinterventies, en de ondersteuning die hierbij gewenst is. Daarvoor moet ook het bestaande ondersteuningsaanbod in kaart worden gebracht en de ervaren leemtes in het aanbod van leefstijlinterventies.
2. Het formuleren van aanbevelingen voor de ontwikkeling en de implementatie van een ondersteuningsaanbod.

Het eerste doel van het project komt in dit hoofdstuk aan bod, het tweede doel komt in het vierde hoofdstuk aan bod.

3.2 Methodes

Figuur 3.1 geeft het verloop weer van het project en laat zien op welke manier de bevindingen uit het tweede hoofdstuk van het rapport hebben bijgedragen aan de aanbevelingen die in hoofdstuk 4 staan. Hieronder staat de methode beschreven die is gehanteerd bij de literatuurverkenning en de interviews.



Figuur 3.1: Schematische weergave van het verloop van het huidige project en de verhouding met het project 'Inventarisatie leefstijlinterventies'

3.2.1 *Literatuurverkenning ondersteuningsaanbod*

Om de beide doelen in het project te realiseren is in de eerste plaats een verkenning van de literatuur verricht die betrekking heeft op het ondersteunen van professionals bij het uitvoeren van preventieve leefstijlinterventies. Hiervoor is in de eerste plaats gebruikgemaakt van de literatuur die binnen het programma 'Professionals gezond versterkt' van het Centrum Gezond Leven van het RIVM (CGL) beschikbaar is. Gezien de focus van dit programma van het CGL, lag het voor de hand om hier in het huidige project nauw bij aan te sluiten. Ten tweede is literatuur verkend die aanknopingspunten biedt voor het (door)ontwikkelen van bestaande dan wel nieuwe preventieve leefstijlinterventies, en voor het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod voor de zorgprofessionals. Voor het eerste onderdeel biedt met name het Intervention Mapping-protocol concrete handvaten. Deze systematische, en op theorie en evidentie gebaseerde aanpak voor de (door)ontwikkeling van interventies gaat ervan uit dat een planmatige en systematische aanpak de grootste kans op succes (lees: een effectieve interventie) oplevert. Voor het tweede onderdeel biedt de literatuur over de invoering van vernieuwingen, en over belemmerende en bevorderende factoren van invoering concrete aanknopingspunten.

3.2.2 *Interviews zorgprofessionals*

Naast een verkenning van de literatuur, zoals die hierboven wordt beschreven, zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de verschillende professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes, en die vanuit deze rol (mogelijk) ook preventieve leefstijlinterventies uitvoeren bij deze doelgroep.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de wensen die verschillende groepen professionals hebben, zijn er binnen de daarvoor voorziene ruimte in het project een aantal individuele interviews en een focusgroepinterview gehouden. De individuele interviews, zeven in totaal, werden gehouden met (een combinatie van) vertegenwoordigers uit beroepsverenigingen. In overleg met de opdrachtgever is besloten om vertegenwoordigers van de volgende beroepsgroepen te interviewen:

- huisartsen en praktijkondersteuners;
- kinderartsen en kinder- of diabetesverpleegkundigen;
- fysiotherapeuten;
- diëtisten;
- internisten en diabetesverpleegkundigen;
- GGD-medewerkers;
- thuiszorgmedewerkers.

De interviews werden afgenomen aan de hand van een vooraf opgesteld interviewschema waarin de belangrijkste thema's en vragen die aan bod moesten komen stonden beschreven. De thema's en vragen in het interviewschema zijn grotendeels afgeleid uit de bevindingen in de literatuurverkenning. De volgorde waarin ze tijdens het gesprek aan bod kwamen, was van ondergeschikt belang. De volgorde werd naar inzicht van de interviewer afgestemd op het verloop van het gesprek. Het interviewschema staat in Bijlage 3.

Naast de individuele interviews met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen is een focusgroepinterview georganiseerd met verschillende zorgprofessionals op het diabetesterrein, om ook vanuit de dagelijkse praktijk input te krijgen op de

centrale vragen in dit project. In overleg met de NDF is besloten om de volgende professionals te werven voor dit focusgroepinterview:

- huisarts;
- praktijkondersteuner;
- diabetesverpleegkundige (werkzaam in de eerste lijn);
- fysiotherapeut;
- diëtist.

Voor dit focusgroepinterview is ervoor gekozen om bovengenoemde professionals te werven binnen een zorggroep. Een eerste belangrijke reden hiervoor is het feit dat de diabeteszorg in Nederland tegenwoordig veelal georganiseerd is in de vorm van zorggroepen. Formeel zijn dit organisaties met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders verenigd zijn, die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Zorggroepen zijn ontstaan naar aanleiding van de invoering van een integraal bekostigingssysteem, de zogenoemde keten-dbc (diagnosebehandelcombinatie), voor een aantal chronische aandoeningen waaronder diabetes (Van Til, De Wildt en Struijs, 2010). Daarnaast is de verwachting dat, met het oog op het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod, de zorggroep zich aangesproken zal voelen voor het voorzien in en het leveren van voldoende ondersteuning aan de zorgprofessionals.

3.3 Resultaten

3.3.1 Literatuurverkenning ondersteuningsaanbod

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een literatuurverkenning een theoretisch raamwerk geschetst dat enerzijds als basis dient voor de ontwikkeling van een interviewschema (zie paragraaf 3.2.2), en dat anderzijds als basis dient voor het formuleren van aanbevelingen ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van een ondersteuningsaanbod voor professionals in de diabeteszorg (zie hoofdstuk 4). In de eerste plaats wordt in de literatuurverkenning ingegaan op de bevindingen in een recent opgestart programma binnen het Centrum Gezond Leven van het RIVM: 'Professionals gezond versterkt' (Sturkenboom en Kolner, 2010). Daarnaast worden theorieën over planmatige (door)ontwikkeling van leefstijlinterventies én de planmatige ontwikkeling en implementatie van een ondersteuningsaanbod gericht op professionals op het terrein van diabeteszorg beschreven.

Het ondersteunen van professionals in de diabeteszorg

De zorg voor mensen met diabetes wordt in Nederland geleverd door een grote groep professionals die in deze zorgketen elk hun specifieke taken en toegevoegde waarde hebben. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de diëtist(e), die in de zorgketen zijn of haar expertise op het terrein van voeding voor mensen met diabetes inbrengt. Zoals eerder beschreven, is de zorg voor mensen met diabetes sinds enkele jaren georganiseerd in zogenaamde zorggroepen, en staat de (minimaal vereiste) zorg die gegeven moet worden aan mensen met diabetes beschreven in de NDF-zorgstandaard. Deze wordt momenteel uitgebreid met een hoofdstuk over preventie.

Vanuit het Centrum Gezond Leven van het RIVM is recent een plan van aanpak opgesteld waarin drie belangrijke pijlers van een ondersteuningsprogramma voor professionals gezondheidsbevordering worden geschetst (Sturkenboom en Kolner, 2010). Hoewel dit plan van aanpak specifiek is uitgewerkt voor

professionals gezondheidsbevordering zijn de drie pijlers waarop een ondersteuningsprogramma idealiter gebaseerd is generiek van aard. Hierdoor is het ook toepasbaar op de professionals die in de huidige opdracht centraal staat: professionals op het terrein van diabeteszorg. Temeer omdat het te ontwikkelen ondersteuningsaanbod gericht is op het bevorderen van het gebruik van leefstijlinterventies voor mensen met (een hoog risico op) diabetes door de betreffende zorgprofessionals. De drie pijlers waarop het ondersteuningsprogramma van het CGL gebaseerd is, zijn 'spullen voor iedereen', gerichte ontmoeting en uitwisseling en advies op maat.

Pijler 1: 'spullen voor iedereen'

Een ondersteuningsaanbod bestaat ten eerste uit 'spullen' die voor iedereen beschikbaar zijn. Het is van cruciaal belang dat professionals op een eenvoudige manier toegang hebben tot alle beschikbare en relevant geachte leefstijlinterventies gericht op mensen met (een hoog risico op) diabetes. Uitgaand van de focus op de nieuwe preventieve activiteiten die in de NDF-zorgstandaard beschreven worden, gaat het hier dus enerzijds om leefstijlinterventies die gericht zijn op het voorkomen van diabetes (bij mensen met een verhoogd risico op diabetes), en anderzijds om interventies die gericht zijn op het inperken van de negatieve consequenties van diabetes (bij mensen met diabetes). Bij deze eerste pijler van een ondersteuningsaanbod voor professionals horen: (voorlichtings-)materialen, en instrumenten en handleidingen waarin bijvoorbeeld het gebruik van leefstijlinterventies beschreven staat.

Pijler 2: gerichte ontmoeting en uitwisseling

De tweede pijler van een ondersteuningsaanbod omvat gerichte ontmoetingen, training en momenten van uitwisseling tussen professionals. Hierdoor ontstaat als het ware een netwerk van professionals waardoor zij van elkaar te leren en elkaar kunnen inspireren. Bij voorkeur wordt hiervoor aangesloten bij bestaande netwerken van professionals, maar waar nodig kunnen nieuwe netwerken worden opgezet. Een goed voorbeeld zijn intervisiebijeenkomsten, waarbij professionals op geregelde tijdstippen bij elkaar komen om knelpunten te bespreken en gezamenlijk tot oplossingen te komen.

Pijler 3: advies op maat

De derde pijler van het ondersteuningsaanbod omvat het voorzien van advies op maat voor professionals, zowel individueel als in groepen, die geconfronteerd worden met een complex probleem waarbij onderlinge uitwisseling (pijler 2) niet langer volstaat om tot een afdoende oplossing te komen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een adviesgesprek, een coachinggesprek of een ander vorm van gerichte ondersteuning voor het oplossen van het probleem. Daar waar het in de tweede pijler gaat om interprofessionele ondersteuning door ontmoeting en uitwisseling ligt de nadruk in deze pijler op intraprofessionele ondersteuning. In de praktijk betekent dit concreet dat een of meerdere externe experts worden ingezet om bij te dragen aan het oplossen van een complex probleem om zo te voorzien in adequate ondersteuning.

Het (door)ontwikkelen van leefstijlinterventies: Intervention Mapping

Het (door)ontwikkelen van leefstijlinterventies voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes is van belang om ervoor te zorgen dat alle benodigde spullen beschikbaar zijn, zoals in de eerste pijler van het ondersteuningsaanbod voor zorgprofessionals wordt beschreven. Het Intervention Mapping-protocol (Bartholomew et al., 2006), een handzaam en systematisch planningsprotocol dat uitgaat van het gebruik van theorie en evidentie, levert concrete

aanknopingspunten voor de (door)ontwikkeling van leefstijlinterventies op dit terrein. Bovendien zijn er in de afgelopen jaren verschillende reviews verschenen die laten zien dat het systematisch en planmatig ontwikkelen van leefstijlinterventies de kans op succes (lees: effectiviteit) vergroot (Mullen et al., 1985; Kalichman et al., 1996; Van Empelen et al., 2003; Albarracín et al., 2005; De Bruin et al., 2009). Het Intervention Mapping-protocol omvat zes stappen:

1. *needs assesment*;
2. determinanten;
3. methoden voor verandering;
4. materialen;
5. adoptie, implementatie en continuering;
6. evalueren aan de hand van onderzoek.

De zes stappen in het Intervention Mapping-protocol worden in deze paragraaf kort toegelicht en met een voorbeeld geïllustreerd.

1. De **eerste stap** omvat de *needs assesment*, waarmee verwezen wordt naar het systematisch en uitgebreid in kaart brengen van de aard, omvang en oorzaken van een specifiek gezondheidsprobleem dat men door middel van een leefstijlinterventie wil aanpakken. Hiervoor wordt doorgaans gebruikgemaakt van epidemiologische evidentie over de aard en omvang van het gezondheidsprobleem, wordt een inventarisatie gemaakt van het (ongezonde) gedrag dat bijdraagt aan het ontstaan of het in stand houden van het gezondheidsprobleem, en wordt een overzicht gegeven van de empirische evidentie over de determinanten van het ongezonde gedrag. Voorbeelden van gedragsdeterminanten op individueel niveau zijn onder meer een gebrek aan adequate kennis, onvoldoende vaardigheden of vertrouwen in eigen kunnen (*self-efficacy*), en een gebrek aan voldoende motivatie. Voorbeelden van gedragsdeterminanten op omgevingsniveau zijn onder meer het ontbreken van specifieke voorzieningen of onduidelijke wet- en regelgeving. Ongezonder eten kan er, ter illustratie, toe bijdragen dat men op termijn diabetes type 2 ontwikkelt. Het ongezonde eetgedrag is mogelijk mede het resultaat van te weinig kennis over de (langetermijn)consequenties van ongezond eten en de verhoogde risico's op diabetes type 2 (individuele determinant) enerzijds, en de grote beschikbaarheid en lage kostprijs van ongezond voedsel anderzijds (omgevingsdeterminant).
2. **Stap twee** in het Intervention Mapping-protocol bestaat uit het selecteren van relevante én veranderbare determinanten, die bijdragen aan het voorkomen of het terugdringen van het eerder vastgestelde ongezonde gedrag dat bijdraagt aan het gezondheidsprobleem. Voortbordurend op bovenstaand voorbeeld zou dit betekenen dat gezond eten een gedrag is dat men wil bevorderen om het ontstaan van diabetes type 2 te voorkomen. Het verhogen van het kennisniveau over gezond eten, het aanleren van de nodige vaardigheden om gezond eten te bereiden, of het beschikbaar en betaalbaar maken van gezond voedsel zijn in theorie veranderingen die hier in grote mate toe kunnen bijdragen.
3. De **derde stap** bestaat uit het selecteren van bewezen effectieve methoden om de geselecteerde determinanten in de gewenste richting te beïnvloeden, zodat uiteindelijk het gezonde gedrag wordt bevorderd. Hiervoor moet worden teruggegrepen op theoretische principes die de beoogde verandering weten te bewerkstelligen, zoals actief leren (om kennis te vergroten) of *modelling* (om vaardigheden aan te leren) (Bandura, 1986). Vervolgens moet elke methode, die gekoppeld is aan

een of meerdere geselecteerde determinanten, op een gepaste manier vertaald worden in een praktische toepassing. Dat betekent dat hierbij onder meer rekening moet worden gehouden met de doelgroep waarop de leefstijlinterventie gericht is, de context waarin de interventie zal worden uitgevoerd en de groep professionals die dat zal gaan doen. Het geheel van strategieën dat in de derde stap wordt uitgedacht, vormt de basis voor de inhoud van een leefstijlinterventie.

4. Het daadwerkelijk ontwerpen van een interventie in termen van materialen en inhoud is onderdeel van de **vierde stap** van het Intervention Mapping-protocol.
5. De **vijfde stap** in het protocol omvat het maken van plannen waarin de adoptie, implementatie en continuering van de interventie wordt beschreven. Hoewel dit in het protocol benoemd wordt als de vijfde stap, is het van belang om hier vanaf de start van het ontwikkelingsproces op te anticiperen.
6. De **zesde en laatste stap** omvat het uitgebreid testen en evalueren van een interventie aan de hand van wetenschappelijk onderzoek. Door middel van onderzoek naar de effectiviteit van de ontwikkelde interventie kan worden vastgesteld of het beoogde resultaat ook daadwerkelijk wordt bereikt. Uitkomsten die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn bijvoorbeeld een verbetering op het niveau van de determinanten die men getracht heeft te beïnvloeden, een toename van het (gewenste) gezonde gedrag dat men getracht heeft te bevorderen, en/of een afname van het gezondheidsprobleem (Bartholomew et al., 2006). Daarnaast biedt een gedegen procesevaluatie van de interventie inzicht in de factoren die in belangrijke mate hebben bijgedragen aan het (uitblijven van) succes van een interventie. Uitkomsten die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn bijvoorbeeld de ervaren complexiteit van een interventie of het voordeel dat een interventie biedt ten opzichte van een bestaand alternatief (bijvoorbeeld minder tijdsintensief voor de professional).

Naast het (door)ontwikkelen van leefstijlinterventies of bestaand ondersteuningsaanbod – wat bijdraagt aan het invullen van de eerste pijler uit het ondersteuningsaanbod voor professionals: ‘spullen voor iedereen’ – kan de systematische en planmatige aanpak zoals die in het Intervention Mapping-protocol wordt beschreven ook toegepast worden bij het ontwikkelen van de inhoud van de overige twee pijlers in het ondersteuningsaanbod. Uitgaand van het vaststellen van de specifieke knelpunten en problemen waarmee professionals in de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes geconfronteerd worden, kunnen concrete, passende, ondersteunende activiteiten ontwikkeld worden die bijdragen aan het oplossen hiervan. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan bij- of nascholing, specifieke vaardigheidstrainingen of het opzetten van netwerken die uitwisseling mogelijk maken. Op die manier worden professionals optimaal ondersteund bij het uitvoeren van de nieuwe preventieve taken, zoals die in de NDF-zorgstandaard staan omschreven en wordt de kwaliteit van de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes verhoogd.

De invoering van een ondersteuningsaanbod

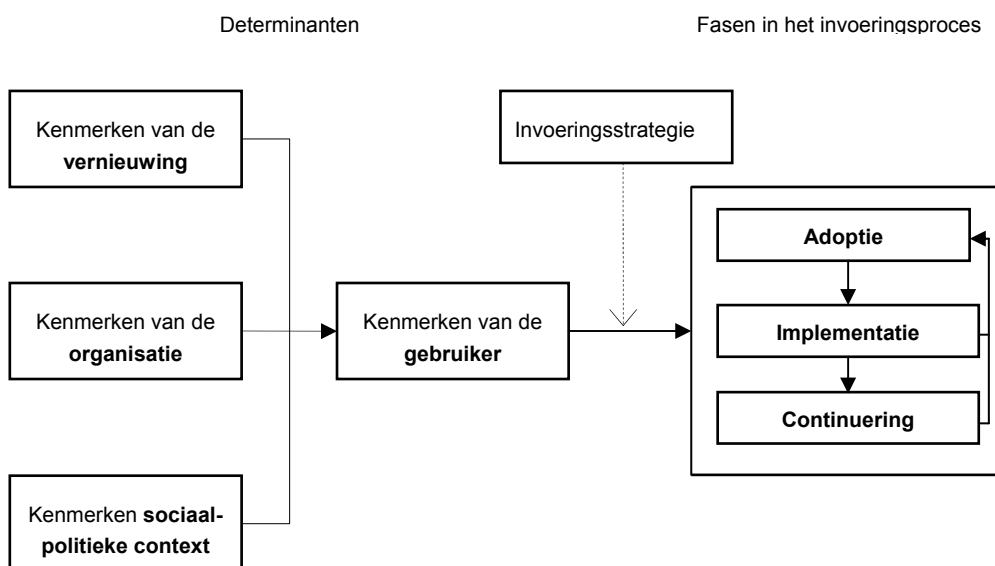
Vanuit het perspectief van de beoogde gebruiker – hij of zij die geacht wordt om met een vernieuwing (bijvoorbeeld een leefstijlinterventie) te gaan werken – verloopt de invoering van een vernieuwing volgens een proces dat bestaat uit drie fases (Paulussen, Wiefferink en Mesters, 2007):

1. De eerste fase is de adoptiefase, die gekenmerkt wordt door een – al dan niet expliciete – beslissing om met de vernieuwing aan de slag te gaan. Het besluit om met een vernieuwing aan de slag te gaan, kan beschouwd worden als een intentieverklaring.
2. De tweede fase is de implementatiefase, die gekenmerkt wordt door het opdoen van concrete ervaring met de vernieuwing doordat er voor het eerst ook echt mee gewerkt wordt. De beoogde gebruiker zet zijn intentie tot gebruik in deze tweede fase van het invoeringsproces dus om in daadwerkelijk (eerste) gebruik.
3. De derde en laatste fase is de continueringfase, die gekenmerkt wordt door het al dan niet blijven werken met de vernieuwing. Mede onder invloed van positieve ervaringen tijdens het eerste gebruik van de vernieuwing zal de gebruiker dit omzetten in blijvend gebruik. Typisch voor deze laatste fase is dat het werken met de vernieuwing structureel onderdeel wordt van de wijze waarop de gebruiker te werk gaat.

Voor het invoeringsproces van een vernieuwing geldt dat er factoren zijn die een belemmerende, dan wel een bevorderende invloed hebben op het succesvol doorlopen van de verschillende fases in het proces (Paulussen, Wiefferink en Mesters, 2007; Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2004). Deze determinanten kunnen worden teruggevoerd op vier verschillende verklaringsniveaus:

1. Ten eerste het niveau van de (beoogde) gebruiker van de vernieuwing, waarbij het onder meer gaat om determinanten als kennis, attitude, vaardigheden en *self efficacy*.
2. In de tweede plaats het niveau van de vernieuwing zelf, waarbij het ondermeer gaat om determinanten als compatibiliteit, complexiteit en relatief voordeel.
3. Vervolgens het niveau van de organisatie, waarbij het onder meer gaat om determinanten zoals innovatiegerichtheid, steun vanuit leidinggevenden en personele capaciteit.
4. Ten slotte het niveau van de bredere sociaal-politieke context, waarbij het onder meer gaat om determinanten als beleidsondersteuning en steun van collega's (buiten de eigen organisatie).

Zowel het invoeringsproces als de vier verschillende niveaus waarop de verschillende determinanten van het invoeringsproces zijn terug te voeren, kunnen grafisch worden samengevat. Dit wordt weergegeven in Figuur 3.2. De beoogde gebruiker van de vernieuwing heeft hierin een centrale plek.



Figuur 3.2: Generiek model voor de invoering van vernieuwingen (Paulussen et al., 2007)

Uit bovenstaande beschrijving van het invoeringsproces volgt ten eerste dat de invoering van een vernieuwing in elke fase van het proces kan vastlopen. Als een gebruiker bijvoorbeeld niet overtuigd raakt van de voordelen die een vernieuwing hem of haar oplevert, dan is de kans erg groot dat hij of zij zal besluiten om niet met de vernieuwing te gaan werken. Het proces stopt hier al tijdens de adoptiefase, er is dus sprake van een adoptieprobleem. Als een gebruiker niet beschikt over de nodige vaardigheden om met de vernieuwing aan de slag te gaan, dan is de kans groot dat hij of zij de initiële motivatie om met een vernieuwing te gaan werken niet zal vertalen in daadwerkelijk eerste gebruik. In dit voorbeeld stopt het invoeringsproces tijdens de implementatiefase en is er dus sprake van een implementatieprobleem. Als een gebruiker een aantal negatieve ervaringen opdoet met de vernieuwing tijdens het eerste gebruik, dan is de kans groot dat hij of zij zal besluiten om het gebruik van de vernieuwing niet voort te zetten. Aangezien het probleem zich voordoet in de continueringfase spreken we in dit laatste voorbeeld van een continueringprobleem.

Verder volgt uit de beschrijving dat de oorzaak voor het vastlopen van het invoeringsproces, ongeacht de fase waarin dit gebeurt, veelal het resultaat is van de gezamenlijke invloed van meerdere determinanten op verschillende niveaus. Het feit dat een gebruiker niet overtuigd raakt van een vernieuwing kan bijvoorbeeld voortkomen uit een gebrek aan adequate kennis over de vernieuwing, de (waargenomen) hoge complexiteit van de vernieuwing en het gebrek aan ondersteuning vanuit de leidinggevende van de gebruiker.

Uit bovenstaande beschrijving van het invoeringsproces volgt eveneens dat de invoering van een vernieuwing, bijvoorbeeld een nieuwe of doorontwikkelde interventie gericht op mensen met diabetes type 2 op verschillende manieren positief beïnvloed (lees: bevordert) kan worden. Zo kan het besluit om met een vernieuwing te gaan werken (adoptie) onder meer gestimuleerd worden door de gebruiker in te lichten over het bestaan van de vernieuwing en de kern van de vernieuwing toe te lichten, en door de argumenten op een rij te zetten die de voordelen van de vernieuwing voor de gebruiker illustreren. Inzicht in de

determinanten die van invloed zijn op (een of meerdere van) de fases in het invoeringsproces van een vernieuwing is dus van groot belang, omdat dit de concrete aanknopingspunten oplevert voor de ontwikkeling van een invoeringsstrategie. Dit laatste kan beschouwd worden als het geheel aan activiteiten dat gericht is op het bevorderen van de invoering – concreet dus de adoptie, implementatie en continuering – van een vernieuwing. Het systematisch en planmatig ontwikkelen én inzetten van een invoeringsstrategie maximaliseert de kans op een succesvolle invoering van een vernieuwing. Onderdeel van een invoeringsstrategie is overigens ook het anticiperen op de invoering van een vernieuwing gedurende de ontwikkelingsfase. Determinanten die teruggevoerd kunnen worden op de vernieuwing zelf, bijvoorbeeld complexiteit van de vernieuwing, kunnen gedurende de ontwikkelingsfase in positieve zin beïnvloed worden en het invoeringsproces bevorderen. Hierbij moet onder meer gedacht worden aan het uitgebreid en grondig uittesten van het gebruiksgemak van de vernieuwing. Daarnaast kan ook het draagvlak en de steun voor het werken met een vernieuwing voor een (groot) deel tijdens de fase van ontwikkeling gerealiseerd worden door beoogde gebruikers geregeld te betrekken bij het ontwikkelingsproces en te vragen om een inhoudelijke dan wel vormtechnische bijdrage.

3.3.2 *Interviews zorgprofessionals*

Met behulp van de resultaten uit bovenstaande literatuurverkenning is een interviewschema opgesteld, onderverdeeld in een aantal relevante onderwerpen (zie Bijlage 3). Dit interviewschema is aan de verschillende vertegenwoordigers van beroepsverenigingen voorgelegd met de vraag hier vanuit de beroepsgroep op te reageren (en niet vanuit een persoonlijke mening). Het bleek om praktische redenen niet mogelijk om de vertegenwoordiger van de kinderdiabetesverpleegkundigen en de vertegenwoordiger van de kinderartsen samen te interviewen. Daarom is ervoor gekozen de vertegenwoordiger van de kinderartsen alleen te interviewen. Aan de vertegenwoordiger van de kinderdiabetesverpleegkundigen is vervolgens gevraagd hier telefonisch op te reageren.

Hieronder wordt weergegeven wat per onderwerp door de verschillende vertegenwoordigers van beroepsverenigingen gezegd is tijdens de interviews (ingekort). Dit kan soms een mening betreffen en berust niet altijd op feiten. Indien mogelijk en relevant zijn de resultaten samengevat voor de verschillende beroepsgroepen samen.

Ten slotte zijn de belangrijkste resultaten uit de individuele interviews aan de deelnemers van het focusgroepgesprek voorgelegd met de vraag of ze zich hier vanuit de praktijk in herkennen. De resultaten van dit focusgroepgesprek staan in paragraaf 3.3.3 beschreven.

1. Werk binnen de diabeteszorg en de rol van preventie

1a De rol van de verschillende zorgverleners binnen de diabeteszorg

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen: De rol van de huisarts is goed vastgelegd in de NHG-standaard. Maar de huisarts doet voornamelijk de diagnostiek en verwijst de patiënt door. De zorg voor patiënten ligt grotendeels bij de praktijkondersteuner.

Praktijkondersteuners: De praktijkondersteuner ondersteunt de huisarts en verleent protocollaire zorg rondom de chronische patiënt. Dit is een zelfstandige taak, maar de huisarts is verantwoordelijk. In de consulten met de

praktijkondersteuner worden eigenlijk al (individuele) leefstijlinterventies gegeven zonder dat dit als leefstijlinterventies geregistreerd wordt.

Fysiotherapeuten: De fysiotherapeut ondersteunt de patiënt bij het bewegend functioneren (in de brede zin van het woord). De fysiotherapeut is direct toegankelijk, maar voor chronische aandoeningen moet de huisarts de indicatie stellen. Vrijwel alle patiënten komen daarom ook binnen via (een doorverwijzing van) de huisarts.

Diëtisten: Patiënten worden doorverwezen door een huisarts, internist, diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner om een interventie te doen op de leefstijl van de patiënt. De diëtist richt zich dan op het bijstellen van de voeding van de patiënt.

Thuiszorg: De thuiszorg bestaat uit diëtisten, fysiotherapeuten, diabetesverpleegkundigen en wijkverpleging. Patiënten worden hiernaar doorverwezen om door deze zorgverleners behandeld te worden. De reguliere zorg bestaat eigenlijk uit individuele leefstijlinterventies. Er is geen verschil tussen de taken en patiënten van zorgverleners in de thuiszorg en 'reguliere' zorgverleners (bijvoorbeeld fysiotherapeuten en diëtisten die niet bij een thuiszorgorganisatie werken).

GGD'en: Volgens de wet publieke gezondheid moet de GGD onder andere aan gezondheidsbevordering doen. Maar tussen de GGD'en bestaat nog veel verschil: sommige doen meer uitvoerend werk terwijl andere meer beleidsadvies geven. Ook coördineren en regisseren zijn rollen van de GGD.

Internisten: De internist is de eindverantwoordelijke voor het medische handelen binnen de diabeteszorg in de tweede lijn. De internist zit samen met de diabetesverpleegkundige en de diëtist in een multidisciplinair team (vaak samen met een psycholoog en een psychiater). De patiënten worden via een huisarts of via andere specialisten binnen het ziekenhuis doorverwezen naar de internist.

Diabetesverpleegkundigen: De diabetesverpleegkundige heeft een ondersteunende rol bij de behandeling van diabetespatiënten. De diabetesverpleegkundige helpt mee aan de behandeling en ondersteunt door de mensen bij de hand te nemen, zodat ze zelf bepaalde delen van de behandeling goed kunnen uitvoeren (insuline spuiten, therapietrouw medicijnen, omgaan met diabetes).

Kinderartsen: Door de huisarts en de jeugdgezondheidszorg worden patiënten doorverwezen naar de kinderarts. Dit zijn voornamelijk diabetespatiënten, maar ook enkele patiënten met een hoog risico op diabetes (de extremere gevallen). De kinderarts heeft voornamelijk een rol in de diagnostiek en het bepalen van het risicoprofiel. Daarna verwijst de arts vaak door naar andere zorgverleners, maar blijft soms wel 'de manager' van de patiënt.

1b De rol van preventie en leefstijlinterventies in de diabeteszorg

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen: Het belang van preventie wordt steeds duidelijker voor huisartsen. Preventie was erg omstreden, maar de laatste jaren is er een kentering ten goede van preventie. De huisarts voert niet zelf de leefstijlinterventie uit, maar verwijst hiervoor naar andere zorgverleners, zoals praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en diëtisten.

Praktijkondersteuners: Preventie is al ingebed in de reguliere zorg van een praktijkondersteuner doordat de consulten van de praktijkondersteuner gezien kunnen worden als (individuele) preventieve leefstijlinterventies.

Fysiotherapeuten: De fysiotherapeut speelt een belangrijke rol bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en dus bij preventie. Het aanbieden van beweeginterventies is ook gemeengoed binnen de fysiotherapie.

Diëtisten: Het uitvoeren van preventie is een belangrijke taak voor diëtisten.

Thuiszorg: Binnen het spreekuur vinden al veel (individuele) leefstijlinterventies plaats.

Internisten: De behandeling van diabetes is gericht op het voorkomen van langetermijncomplicaties. De internist kijkt hierbij vaak meer vanuit een medische hoek naar de patiënt dan vanuit preventie. Traditioneel gezien is de internist meer gericht op pillen en insuline. De weerstand van internisten tegen preventie komt vooral voor bij internisten die iets minder met diabetespatiënten in aanraking komen.

Diabetesverpleegkundigen: Alle diabetesverpleegkundigen staan positief tegenover preventie en leefstijl is altijd een gespreksonderwerp tijdens consulten met de diabetesverpleegkundige.

Kinderartsen: Binnen de kindergeneeskunde kan nog wel een slag gemaakt worden met betrekking tot preventie in het algemeen, maar de kinderartsen zien wel het belang van leefstijl en leefstijlinterventies. Zij verwijzen vooral door naar leefstijlinterventies en voeren deze nauwelijks zelf uit.

Samengevat: Veel zorgverleners zijn het erover eens dat preventie en leefstijlinterventies belangrijk zijn. Artsen verwijzen vaak naar leefstijlinterventies en andere zorgverleners voeren deze dan uit. De reguliere consulten van de praktijkondersteuners en diëtisten kunnen gezien worden als individuele leefstijlinterventies. Bij artsen lijkt er nog iets meer weerstand tegen preventie dan bij andere zorgverleners, maar het belang ervan wordt steeds meer gezien.

2 Het aanbod van preventieve leefstijlinterventies in de diabeteszorg

2a Omvang aanbod leefstijlinterventies

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Er zijn heel veel regionale initiatieven. Het aanbod is erg versnipperd en er is maar een heel beperkt landelijk aanbod, en de interventies zijn ook nog vaak op projectbasis.

Fysiotherapeuten: Er zijn heel veel gecombineerde leefstijlinterventies. Naast een aantal landelijk bekende interventies, worden er ook allerlei verschillende beweegprogramma's op lokaal niveau samengesteld.

Diëtisten: Er zijn heel wat programma's beschikbaar. Deze werken allemaal met dezelfde richtlijnen en hebben hetzelfde doel.

Thuiszorg: De meeste interventies zijn los opgezette interventies op lokaal niveau, maar er bestaat geen samenhang. Al deze interventies zijn ad hoc opgezet. Er bestaan wel landelijke groepsinterventies, maar die worden nu allemaal in praktijk gebracht. Voor stoppen-met-roken-interventies bestaat er wel een landelijk gestandaardiseerde opzet.

GGD'en: Er zijn heel veel leefstijlinterventies. Iedere GGD heeft veel interventies, ook met betrekking tot het gebruik van alcohol en roken. Er is ook een aantal interventies op lokaal niveau.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: Los van de gewone behandeling zijn er ook veel leefstijlinterventies. Iedereen doet daar wel iets aan en heeft wat bedacht. Er zijn heel veel verschillende programma's, maar alles wordt binnen het eigen netwerk opgezet.

Kinderartsen: Er zijn veel lokale initiatieven die te veel op zichzelf staan en waarbij de gebruikers steeds opnieuw het wiel uitvinden.

Samengevat: Alle zorgverleners zien dat er heel veel verschillende leefstijlinterventies zijn. Deze leefstijlinterventies zijn veelal lokale initiatieven en worden door zorgverleners zelf ontwikkeld.

2b Barrières voor het gebruik van leefstijlinterventies

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Een overzicht van de interventies bestaat nu nog niet. Verder worden er nog onvoldoende mensen bereikt. Een grote groep mensen met een hoog risico op diabetes is nog niet bekend bij de praktijken. Ook is het duidelijk dat patiënten afhaken als zij zelf moeten betalen.

Diëtisten: Financiën zijn een grote barrière voor het gebruik van leefstijlinterventies. Zowel voor patiënten als voor zorgverleners.

Thuiszorg: Landelijke interventies moeten in praktijk worden gebracht. Iemand moet gaan coördineren zodat iedereen hetzelfde kan doen. Een barrière voor het meedoen van patiënten aan leefstijlinterventies vormen de kosten. Een barrière voor het gebruik van leefstijlinterventies voor jongeren is het gebrek aan 'stoerheid' van de interventie.

GGD'en: De interventies zijn vaak al goed, maar de manier waarop ze deze naar de burger brengen is lastig. Verder wordt het gebrek aan financiële middelen genoemd als een belangrijke barrière voor het gezondheidsbeleid en voor leefstijlinterventies. Ook mist het overzicht van leefstijlinterventies.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: Een gebrek aan financiële middelen kan een belangrijke belemmerende factor zijn voor het uitvoeren van een programma. Verder bestaan er nu nog zogenaamde 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn. Zorgverleners uit de eerste en tweede lijn spreken weinig met elkaar, omdat het financieel onaantrekkelijk is om aan elkaar door te verwijzen. Hierdoor is het moeilijk om patiënten naar programma's in de andere lijn door te verwijzen.

Kinderartsen: Een belangrijke barrière voor het gebruik van leefstijlinterventies is het ontbreken van financiële middelen. Ook is het ontbreken van een sociale kaart een grote belemmering. Verder moeten voor een integraal aanbod van leefstijlinterventies de zorgverleners goed samenwerken. Daarom moeten de 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn verdwijnen.

Samengevat: De zorgverleners vinden de financiën een belangrijke belemmering voor het uitvoeren van leefstijlinterventies. Ook mist er een overzicht naar welke leefstijlinterventies een zorgverlener kan doorverwijzen. Daarnaast vormen volgens de zorgverleners in de tweede lijn de 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn een barrière. Ook worden er nog onvoldoende patiënten met een hoog risico op diabetes bereikt, omdat deze nog niet bekend zijn bij de huisarts.

2c (Opvulling van) leemtes in het huidige aanbod

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Er zijn geen grote leemtes, maar wel moet er een (meer) geïntegreerde aanpak komen waarbij meerdere zorgverleners nauw samenwerken (bijvoorbeeld een fysiotherapeut, diëtist, praktijkondersteuner en psycholoog).

Fysiotherapeuten: Er zijn al zo veel interventies en je moet niet steeds het wiel opnieuw gaan uitvinden. Er hoeven dus geen nieuwe interventies ontwikkeld te worden, maar binnen de bestaande leefstijlinterventies moet er meer gedifferentieerd worden naar bepaalde doelgroepen. Zo zouden interventies bijvoorbeeld meer gericht kunnen worden op mensen met een lage sociaaleconomische status of op allochtonen. Ook moeten de interventies niet zo gestandaardiseerd worden dat het zorg-op-maatprincipe wordt vergeten.

Diëtisten: Er zijn al genoeg leefstijlinterventies en er hoeven er dus niet meer ontwikkeld te worden. Een integraal aanbod heeft wel de voorkeur, die samenwerking versterkt elkaar en daardoor werkt het beter. Ook moeten er voor allochtonen eigenlijk zorgverleners uit hun eigen cultuur komen, want die snappen de taal en de gewoonten. Die zorgverlener kan dan bepalen of het huidige aanbod voldoende is voor deze groep.

Thuiszorg: Leefstijlinterventies moeten het liefst worden gecombineerd, want een geïntegreerde aanpak werkt beter. Voor jongeren (12-18 jaar) moeten interventies ontwikkeld worden die niet schools zijn. Verder zijn er geen interventies voor allochtonen. Een interventie voor deze doelgroep wordt heel erg gemist.

GGD'en Er moeten geen nieuwe interventies bedacht worden, maar de bestaande interventies moeten worden afgestemd op bepaalde (moeilijk te bereiken) doelgroepen.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: Het is niet nodig om nog nieuwe interventies te gaan opzetten. Het is de bedoeling om mensen te bereiken die nu niet bereikt worden. Ook is het belangrijk om meer allochtone zorgverleners te hebben voor de allochtone doelgroep.

Kinderartsen: Een integraal aanbod is belangrijk en er moet altijd zorg op maat worden geboden. Verder ontbreekt er nog een aantal dingen, maar het belangrijkste is dat eerst de basis op het gebied van leefstijlinterventies staat en dat daarna pas gekeken wordt wat er nog allemaal mist. Op dit moment ontbreekt het nog het meest aan de psychologische en gedragsmatige kant van de leefstijlinterventies.

Samengevat: Over het algemeen willen de zorgverleners dat er een integraal aanbod van leefstijlinterventies is, waarbij vermeld wordt dat er op het moment in de eerste lijn te weinig gebruikt wordt gemaakt van een psycholoog. Het aanbod voor allochtonen lijkt beperkt te zijn. Het is niet nodig om nieuwe interventies te ontwikkelen, maar bestaande interventies moeten toegespitst worden op bepaalde moeilijk te bereiken doelgroepen. Ook wordt er vaak gezegd dat er meer allochtone zorgverleners moeten komen.

3 Ondersteuningsaanbod

3a Overzicht van leefstijlinterventies

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Er is een groot aanbod van leefstijlinterventies, maar de zorgverleners hebben hier geen zicht op. Er mist een overzicht wat er allemaal speelt. Er is geen kaart op praktijk- of regioniveau van welke interventies beschikbaar zijn. Ook is het moeilijk informatie te krijgen wat de verschillen tussen de programma's zijn en welke programma's het beste zijn.

Fysiotherapeuten: Er dient een duidelijk overzicht gegeven te worden van de leefstijlinterventies en wat de kwaliteit daarvan is. Zowel voor de fysiotherapeuten als voor de zorgverzekeraars, de huisarts en de patiënt. De

betrokkenen zien nu door de bomen het bos niet meer. Het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) heeft de 'Standaard Beweeginterventie diabetes mellitus type 2' (een kader met richtlijnen voor beweeginterventies) (Praet et al., 2009) ontwikkeld. Het is de bedoeling om hier ook een kwaliteitskeurmerk aan te hangen.

Diëtisten: Een overzicht van leefstijlinterventies is er nu niet, terwijl dat wel erg handig zou zijn want daar kunnen diëtisten dan wat van leren. Aan materialen ligt het in ieder geval niet, daar valt altijd wel goed aan te komen.

Thuiszorg: Zorgverleners gaan vaak niet zelf op zoek naar bestaande interventies, want men weet elkaar (buiten hun eigen netwerk) moeilijk te vinden. Het overzicht hierin mist nog. Landelijke coördinatie is nodig zodat niet iedereen zelf het wiel gaat uitvinden. Ook is het van belang om informatie te geven over welke interventies *evidence based* zijn.

GGD'en: Zowel voor burgers, zorgverleners als voor gemeenten mist het inzicht aan leefstijlinterventies.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: Een overzicht wat er mogelijk is aan leefstijlinterventies zou erg handig zijn.

Kinderartsen: Het gemis van een sociale kaart is een belangrijke belemmering voor het gebruik van leefstijlinterventies. Daardoor lukt het nu vaak niet om kinderen goed of effectief te verwijzen. De kinderarts zou moeten weten welk eerstelijnscentrum leefstijlinterventies aanbiedt, welke zaken er vanuit de gemeente spelen en wat het lokale aanbod is. Doordat dit overzicht mist, is het moeilijk voor de kinderarts om door te verwijzen naar leefstijlinterventies.

Samengevat: Er zijn veel leefstijlinterventies, maar zorgverleners (en burgers, gemeenten en verzekeraars) missen een overzicht.

3b Format I-database als overzicht van leefstijlinterventies

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Dit format zou een goede tool kunnen zijn om het overzicht te geven, maar dan moet de database eerst onder de aandacht worden gebracht, want de I-database is nog niet bekend bij

eerstelijnsmedewerkers. Een functie om op postcode te kunnen zoeken zou erg handig zijn. Ook zou informatie over vergoedingen door de verzekeraar en de benodigde vaardigheden voor zorgprofessionals beschikbaar moeten zijn.

Fysiotherapeuten: Het zou goed zijn om zo'n database bekend te maken bij de fysiotherapeuten. Onder andere de specifieke doelgroep, plan van aanpak, betrokken mensen en partijen en de financiering door de zorgverlener zouden hierin moeten staan. Het zou dan makkelijk zijn als er te scannen is op de specifieke doelgroepen en als het mogelijk is om snel informatie te vinden.

Diëtisten: Zo'n overzicht zou handig zijn. Hierin zouden dan de doelgroep, de locatie, de inhoud en de evaluatie moeten staan.

Thuiszorg: De I-database is nog niet bekend. Zo'n overzicht zou goed bruikbaar zijn voor zorgverleners. Zo kunnen onder andere draaiboeken en dergelijke verspreid worden. Ook kan zo'n overzicht aangeven wat de verschillen zijn tussen interventies zodat je goed kunt kiezen. Naast de informatie over welke interventies *evidence based* zijn, is het belangrijk de specifieke doelgroep en de sociale status te beschrijven. Verder is de tijdsduur van de interventie belangrijk, net als de kosten en baten voor zowel de zorgverlener als voor de patiënt. Zo zouden bijvoorbeeld de vergoedingen door zorgverzekeraars erbij moeten staan.

GGD'en De I-database kan een belangrijke rol spelen in het inzichtelijk maken wat iedereen aan leefstijlinterventies doet. Wel werkt de database nog te veel

top-down en is het nog weinig gericht op zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: In zo'n database zou alles wat er gebeurt op het gebied van leefstijlinterventies moeten komen te staan, zowel eerste- en tweede-lijnsprogramma's als het lokale aanbod waarnaar verwezen kan worden na een interventie (dit moet heel breed gezien worden). Het moet mogelijk zijn om minimaal te zoeken op onderwerp en postcode. Een goede omschrijving van de interventie en kosten en vergoedingen moeten worden weergegeven. Een kwaliteitskeurmerk is niet heel belangrijk, het moet vooral keuze-informatie geven. Deze database zou ook goed te koppelen zijn aan mijn diabetes.nl (persoonlijke website voor diabetespatiënten), waardoor patiënten kunnen zien wat er in de buurt is.

Kinderartsen: Zo'n database moet goed aangeven hoe het hele proces loopt. Het moet een overzicht geven hoe de interventie in elkaar zit en waar het allemaal uit bestaat. De arts moet het gevoel hebben dat het een veilige verwijzing is. Een keurmerk of andere aanduiding van de kwaliteit van een interventie zou een goede toevoeging zijn.

Samengevat: De I-database zou het overzicht van leefstijlinterventies kunnen geven, maar momenteel is deze database nog onbekend bij de zorgverleners. Zo'n overzicht zou heel breed moeten zijn met allerlei verschillende leefstijlinterventies, maar ook met het lokale aanbod van activiteiten. In dit overzicht zouden onder andere de doelgroep en de vergoedingen van zorgverzekeraars duidelijk beschreven moeten worden. Ook zou de informatie in de database makkelijk te vinden moeten zijn en zou er op regio (postcode) gezocht moeten kunnen worden.

3c Scholing zorgprofessionals

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen: De huisarts zal niet zo snel naar een specifieke scholing over leefstijl gaan en daarom is het de uitdaging om dit aanbod te laten komen binnen cursussen en congressen over somatische onderwerpen. Dit gebeurt nu ook wel.

Praktijkondersteuners: Voor praktijkondersteuners zijn er meer dan genoeg scholingsmogelijkheden. Een groot aantal ziet het nut hier ook van in en zorgt zelf voor de bijscholing.

Fysiotherapeuten: De scholing voor beweegprogramma's is erg gewild. Op dit moment is de vraag veel groter dan het aanbod en zijn er dus lange wachtlijsten. Het aanbod van deze scholing ligt bij de commerciële aanbieders.

Diëtisten: Er zijn genoeg mogelijkheden voor scholing voor diëtisten.

Thuiszorg: De mogelijkheden tot scholing zijn er uitgebreid. Er zijn opleidingsbudgetten, verplichte cursussen zoals gesprekstechnieken, *motivational interviewing* en gedragsverandering.

Internisten: Bij internisten is er behoefte aan scholing om de nieuwe informatie over preventie te verspreiden. Deze scholing is er echter niet. Het gaat hier dan vooral om de internisten die minder vaak diabetes behandelen. Internisten die (altijd) diabetes behandelen, bezoeken vaak wel congressen en krijgen hier al de benodigde informatie mee.

Diabetesverpleegkundigen: Bij diabetesverpleegkundigen wordt veel geïnvesteerd in extra trainingen en scholingen zoals *motivational interviewing*. Ook in de opleiding komen dit soort dingen al veel naar voren.

Kinderartsen: De scholing ten opzichte van preventie moet nog opgezet worden voor kinderartsen. De kennis over preventie is wel grotendeels al aanwezig, maar het is ook nodig ze te enthousiasmeren. Bij deze scholing moet wel een

open vizier gehouden worden en er moeten ook andere groepen zorgverleners bij betrokken worden.

Samengevat: Bij de uitvoerende zorgverleners wordt meestal voldoende scholing aangeboden, alleen bij de fysiotherapeut is de vraag groter dan het aanbod (met als gevolg wachtlijsten). Bij de artsen is er vaak nog verbeterde scholing nodig.

3d Uitwisselen van ervaringen door professionals

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen: Huisartsen zitten vaak in een zorggroep en een huisartsenpraktijk waarbinnen gemakkelijk uitwisseling van informatie mogelijk is. Maar dit beperkt zich dus tot hun eigen netwerk.

Praktijkondersteuners: De beroepsvereniging heeft een actieve website en een tijdschrift voor uitwisseling van kennis en ervaringen. Verder bestaan er ook nog regionale netwerken. De mogelijkheden voor uitwisseling van informatie zijn er dus ruimschoots.

Fysiotherapeuten: Er is hier niet echt een platform voor, maar er komen weinig vragen hierover binnen en het lijkt daarom dat er niet veel behoefte aan is bij de fysiotherapeuten. Het zou mogelijk zijn via de interregionale overlegstructuur, en de zorgverleners kunnen dit zelf ook in gang zetten.

Diëtisten: Via de diëtistenvereniging kunnen diëtisten elkaar gemakkelijk vinden en dus is het uitwisselen van ervaringen goed mogelijk, indien dit gewenst is.

Thuiszorg: Doordat er een overzicht van leefstijlinterventies mist, weet men elkaar (buiten het eigen netwerk) moeilijk te vinden. Hierdoor vindt de uitwisseling vooral op lokaal niveau plaats binnen het eigen netwerk.

GGD'en: Er is nu een regionaal preventieplatform voor zorgprofessionals, maar daar worden de zorgverleners nog niet of nauwelijks bij betrokken.

Internisten: Bij internisten zijn er nauwelijks regionale overleggen tussen collega's. Er wordt voornamelijk binnen het eigen ziekenhuis overlegd. Meer regionale overleggen zouden goed zijn, maar dit wordt niet gestimuleerd door ziekenhuizen.

Diabetesverpleegkundigen: Uitwisseling van informatie en ervaringen is mogelijk op forums op het internet (vaak via een beroepsvereniging). Ook zijn er regionale netwerken waar de diabetesverpleegkundigen informatie kunnen uitwisselen.

Kinderartsen: Er mist nu nog een overleg tussen de verschillende zorgverleners. Het zou goed zijn om geld beschikbaar te hebben om zulke werkgroepen te starten met zowel eerste- als tweedelijnszorgverleners bij elkaar. Ook zou een regelmatig overleg van kinderartsen in een regio goed zijn. Nu gebeurt dat alleen binnen ziekenhuizen.

Samengevat: Voor een aantal zorgverleners (praktijkondersteuner, diëtist, thuiszorg, diabetesverpleegkundige) is het makkelijk om ervaringen uit te wisselen met andere professionals. Dit gebeurt dan meestal via de beroepsverenigingen en regionale netwerken. Bij artsen is er veel minder overleg tussen zorgverleners buiten hun eigen praktijk of ziekenhuis. Verder is er ook weinig multidisciplinair overleg tussen de verschillende zorgverleners (die buiten de eigen praktijk of het ziekenhuis werken).

3e Andere (huidige of gewenste) ondersteuning van zorgprofessionals

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Voor de grootschalige programma's zoals de *BeweegKuur* zijn er bestaande protocollen en websites beschikbaar waar professionals terecht kunnen voor ondersteuning en uitwisselingen.

Fysiotherapeuten: Het is belangrijk dat er een brug geslagen wordt tussen het zorgaanbod en het lokale aanbod waarnaar de patiënt (na afloop van een leefstijlprogramma) verwezen kan worden. Deze brug zal van twee kanten geslagen moeten worden. Ook zou er een generieke module bewegen ontwikkeld moeten worden (door een onafhankelijk platform) voor de zorgstandaard, net zoals Partnerschap Overgewicht Nederland een generieke module voeding ontwikkelt.

Diëtisten: Bij grootschalige programma's is het gemakkelijk om aan het benodigde materiaal te komen. Maar ook bij andere programma's valt er wel aan materialen te komen.

Thuiszorg: De landelijke leefstijlinterventies bestaan wel, maar worden nu niet echt gecoördineerd naar de praktijk gebracht. Verder is de (financiële) ondersteuning door verzekeraars niet optimaal, omdat zij vooral gaan voor resultaat op de korte termijn, terwijl leefstijlinterventies resultaat op de lange termijn bewerkstelligen.

GGD'en: Veel interventies die op lokaal niveau plaatsvinden, zijn niet goed beschreven.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: Het zou eigenlijk normaal gevonden moeten worden dat diabetespatiënten een leefstijlinterventie volgen. Het zou in het standaardtraject van de reguliere zorg moeten komen. Er moet worden aangegeven dat het net zo belangrijk is als bijvoorbeeld een pil.

Kinderartsen: Er moet altijd gemeten worden hoe de interventies verlopen en de effectiviteit van de interventies moet geëvalueerd worden

Samengevat: De andere (gewenste) ondersteuning verschilt per zorgverlener. Er wordt onder andere genoemd dat de materialen voor leefstijlinterventies vaak wel aanwezig of te krijgen zijn en dat het nodig is om een brug te slaan tussen de leefstijlinterventie en het lokale (beweeg)aanbod.

3f Verantwoordelijk voor benodigde aanpassingen in het ondersteuningsaanbod

Vertegenwoordigers van de beroepsvereniging voor:

Huisartsen en praktijkondersteuners: Ondersteuningsorganisaties zoals de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) en de GGD zouden de handen ineen moeten slaan. De ROS zou dan meer de professionals ondersteunen, terwijl de GGD meer op collectief niveau kijkt wat er aan cursussen, interventies en dergelijke bekend is. Zorggroepen kunnen ook helpen om integrale interventies aan te bieden, maar het nadeel daarvan is dat er verschillende zorgprogramma's zijn voor verschillende chronische ziekten. Omdat de zorggroep dichter op de praktijk zit en de ROS meer beleidsmatig is, is de zorggroep misschien meer geschikt om een rol te spelen in de ondersteuning bij leefstijlinterventies.

Fysiotherapeuten: De GGD en de gemeenten (inclusief sportclubs en beweegclubs) moeten helpen een brug te slaan tussen het zorgaanbod en het lokale (beweeg)aanbod waarnaar de patiënt na zijn consulten verwezen moet worden.

Diëtisten: De ondersteuning zou regionaal en/of nationaal geregeld kunnen worden. De ROS kan hier een centrale rol in spelen. Hun rol als coördinator binnen het *BeweegKuur*-project is goed bevallen.

Thuiszorg: De coördinatie van leefstijlinterventies kan door zowel de zorggroep, de zorgverzekeraar en de ROS worden opgepakt. Maar de zorgverzekeraar zou dit als service moeten aanbieden (wat niet te verwachten is) en de zorggroepen zijn niet onafhankelijk, waardoor er vooral vanuit het huisartsenperspectief gekeken zal worden. Daarom zou de coördinatie bij de ROS moeten liggen die wel onafhankelijk is.

GGD'en: Idealiter zou het Centrum Gezond Leven de database van interventies beheren en zouden de GGD en de ROS op regionaal en lokaal niveau helpen bij het implementeren van interventies en bij het terugkoppelen van informatie van lokaal niveau naar de database. De structuren hiervoor bestaan al, maar er moet op dit gebied beter samengewerkt worden (hierin zou het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) misschien een rol kunnen spelen). Ook werkt de I-database op dit moment nog te veel top-down en bevat de database weinig geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Verder zijn er nu ook veel verschillende thema-instituten die beter zouden moeten samenwerken.

Internisten en diabetesverpleegkundigen: De GGD heeft al veel informatie over interventies en zij zouden een grote rol kunnen spelen om een overzicht te maken van alles wat er is aan leefstijlinterventies. De ROS is niet bekend bij deze vertegenwoordigers. Verder moeten beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen ervoor gaan zorgen dat leefstijlinterventies normaal gevonden worden en dat ze een onderdeel van de reguliere zorg worden. Ook verzekeraars kunnen hier invloed op uitoefenen door in te kopen op kwaliteit en eisen te stellen met betrekking tot het aanbieden van leefstijlinterventies.

Kinderartsen: Het overzicht van leefstijlinterventies zou kunnen worden gemaakt door de regionale en lokale overheden, maar deze zijn ook afhankelijk van middelen. Het veiligst is om de eindverantwoordelijkheid bij de gemeente neer te leggen. Wel zou de zorgverzekeraar hier ook wat tegemoet moeten komen. De GGD zou in opdracht van de gemeente een uitvoerende rol hierin kunnen hebben. Ook de overleggen tussen zorgverleners zouden door de gemeente of GGD georganiseerd kunnen worden, zodat per regio iedereen goed samenwerkt. Voor de organisatie van scholing zou een onafhankelijke organisatie het best zijn, deze kan dan een brede scholing voor meerdere zorgprofessionals organiseren. De beroepsgroepen kunnen dit ook zelf, maar moeten dan wel een open vizier houden naar de andere zorgverleners.

Samengevat: De GGD, de gemeente en de ROS worden vaak genoemd als partijen die verantwoordelijk zouden moeten zijn voor het ondersteuningsaanbod.

3.3.3 *Focusgroep zorgprofessionals*

De resultaten van de interviews zijn voorgelegd aan een aantal eerstelijns zorgverleners om input te krijgen vanuit de dagelijkse praktijk. Tijdens het focusgroepgesprek zijn de belangrijkste resultaten voorgelegd aan een huisarts, een praktijkondersteuner, een fysiotherapeut, een diëtist en een diabetesverpleegkundige uit eenzelfde zorggroep. De resultaten gelden voor alle aanwezige zorgverleners van de focusgroep, tenzij anders vermeld.

Interviews: Veel zorgverleners zijn het erover eens dat preventie en leefstijlinterventies belangrijk zijn. Bij artsen is er vaak nog iets meer weerstand tegen preventie dan bij andere zorgverleners, maar het belang ervan wordt steeds meer gezien.

Reactie focusgroep: Preventie en leefstijlinterventies zijn inderdaad belangrijk binnen de diabeteszorg. Leefstijl is erg belangrijk voor patiënten met (een hoog risico op) diabetes. Huisartsen zouden nog wel meer aan preventie bij patiënten moeten doen. Zij zien een groot deel van de populatie en zouden mensen met een hoog risico al eerder moeten signaleren.

Interviews: Alle zorgverleners zien dat er veel verschillende leefstijlinterventies zijn. Deze leefstijlinterventies zijn veelal lokale initiatieven en worden door zorgverleners zelf ontwikkeld.

Reactie focusgroep: Er zijn heel veel leefstijlinterventies. De programma's worden door de zorgverleners zelf ontwikkeld, terwijl de meeste programma's weinig verschillen wat betreft de inhoud.

Interviews: De zorgverleners vinden de financiën een belangrijke belemmering voor het uitvoeren van leefstijlinterventies. Ook mist er een overzicht naar welke leefstijlinterventies een zorgverlener kan doorverwijzen. Daarnaast vormen volgens de zorgverleners in de tweede lijn de 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn een barrière.

Reactie focusgroep: Er zijn al veel leefstijlinterventies, maar je moet wel weten dat ze bestaan. Nu weet men elkaar vooral in het eigen netwerk te vinden, maar daar buiten weet men te weinig van elkaar. Er is daarom behoefte aan een overzicht van leefstijlinterventies. Verder is een gebrek aan financiën een belangrijke barrière voor patiënten en de vergoedingen door zorgverzekeraars zijn daarom ook belangrijk.

De 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn zijn vaak nog aanwezig. Dit vertaalt zich onder andere in het niet doorsturen van patiënten naar elkaar. Dit heeft vooral te maken met financiën.

Interviews: Over het algemeen willen de zorgverleners dat er een integraal aanbod van leefstijlinterventies komt. Verder is het niet nodig om nieuwe interventies te ontwikkelen, maar moeten de bestaande interventies toegespitst worden op bepaalde moeilijk te bereiken doelgroepen. Ook wordt er vaak gezegd dat er meer allochtone zorgverleners moeten komen.

Reactie focusgroep: Een integrale aanpak is nodig voor de patiënt. Het gaat om het totale pakket van het zorgaanbod door de verschillende zorgverleners. Een psycholoog hoort hier ook zeker bij om de psychische problemen te behandelen indien deze aanwezig zijn. Nu hoort een psycholoog vaak nog niet tot het behandelteam. Verder moet er eerst een overzicht gemaakt worden, voordat bepaald wordt of er nog meer leefstijlinterventies ontwikkeld moeten worden.

Interviews: Er zijn veel leefstijlinterventies, maar het is voor zorgverleners (en voor burgers, gemeenten en verzekeraars) moeilijk te zien wat waar is. De zorgverleners zien door de bomen het bos niet meer en er mist een overzicht.

Reactie focusgroep: Er zijn veel leefstijlinterventies, maar men weet vaak niet van elkaar welke leefstijlinterventies iedereen aanbiedt. Er moet inzicht worden gegeven in alle interventies die er nu al bestaan. Deze zorggroep is bijvoorbeeld op het moment bezig met het opzetten van een overzicht van het lokale beweegaanbod.

Interviews: De I-database zou het overzicht van leefstijlinterventies kunnen geven, maar momenteel is deze database nog onbekend bij de zorgverleners.

Reactie focusgroep: De I-database is vaak nog niet bekend. Het best zou er een landelijk raamwerk kunnen komen met een regionale toepassing. Verder zou er

via de Diabetes Vereniging Nederland aandacht aan gegeven moeten worden en er zou een link naar het overzicht moeten komen op hun website, omdat veel professionals en patiënten hier eerst kijken voor informatie.

Interviews: De scholing is meestal goed geregeld bij de uitvoerende zorgverleners, alleen bij de fysiotherapeut is er te weinig aanbod. Bij de artsen is er vaak nog verbeterde scholing nodig.

Reactie focusgroep: De scholing voor deze zorgverleners is goed verzorgd door de zorggroep.

Interviews: Voor een aantal zorgverleners (praktijkondersteuner, diëtist, thuiszorg, diabetesverpleegkundige) is het makkelijk om ervaringen uit te wisselen met andere professionals. Bij artsen is er veel minder overleg tussen zorgverleners buiten hun eigen praktijk of ziekenhuis. Verder is er ook weinig overleg tussen verschillende zorgverleners (die buiten de eigen praktijk of het ziekenhuis werken).

Reactie focusgroep: Zorgverleners moeten goed samenwerken, vooral bij een integrale aanpak. Daarom moeten ze goed van elkaars werk en kennis op de hoogte zijn. Nu weet men elkaar vooral binnen het eigen netwerk te vinden. Binnen deze (goed georganiseerde) zorggroep is het overleg wel goed geregeld, maar dit zou nog verbeterd kunnen worden bij andere (minder goed georganiseerde) zorggroepen.

Interviews: De andere (gewenste) ondersteuning verschilt per zorgverlener. Er wordt onder andere genoemd dat de materialen voor leefstijlinterventies vaak wel aanwezig of te krijgen zijn en dat het nodig is om een brug te slaan tussen de leefstijlinterventie en het lokale (beweeg)aanbod.

Reactie focusgroep: Niet alle materialen zijn even makkelijk te verkrijgen, omdat er geen inzicht is in de verschillende leefstijlinterventies. Wel is het goed om een overzicht te geven van het lokale aanbod voor zowel patiënten als voor zorgverleners.

Interviews: De GGD, de gemeente en de ROS worden vaak genoemd als partijen die verantwoordelijk zouden moeten zijn voor het ondersteuningsaanbod.

Reactie focusgroep: De zorggroep kan en moet ook een belangrijke ondersteunende rol hebben. Deze partij is verantwoordelijk voor de goede zorg voor patiënten en dus ook voor de verschillende vormen van ondersteuning voor de zorgverleners. De gemeenten moeten ook hun verantwoordelijkheid hiervoor dragen en een goede samenwerking tussen de zorgverleners, de gemeenten en de zorgverleners is nodig. De GGD zou ook een algemene ondersteunende functie kunnen hebben. De ROS is nu nog niet heel actief, maar zou hier ook zeker een rol in kunnen spelen.

3.4 Samenvatting en discussie

In deze paragraaf worden de bevindingen van zowel de literatuurverkenning als de interviews samengevat. Daarnaast worden enkele kanttekeningen geplaatst bij de interviews die voor dit project zijn uitgevoerd.

Literatuurverkenning

Op basis van de literatuurverkenning die in dit hoofdstuk wordt beschreven, ontstaat een raamwerk dat enerzijds als basis dient voor het opstellen van een interviewschema, en anderzijds input levert voor het formuleren van aanbevelingen voor de ontwikkeling en implementatie van een

ondersteuningsaanbod voor professionals in de diabeteszorg. De centrale uitgangspunten in dit raamwerk zijn de drie generieke pijlers uit het ondersteuningsprogramma zoals dat eerder werd beschreven voor professionals gezondheidsbevordering (Sturkenboom en Kolner, 2010), te weten:

1. 'spullen voor iedereen'
2. gerichte ontmoeting en uitwisseling
3. advies op maat.

De eerste pijler van het ondersteuningsaanbod voor professionals in de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes omvat de leefstijlinterventies die gericht zijn op deze doelgroep. Daarnaast bevat deze pijler voor elk van de leefstijlinterventies ook de nodige materialen, instrumenten en handleidingen waarmee het gebruik van de interventie wordt bevorderd. De tweede en derde pijler van het ondersteuningsaanbod hebben beiden betrekking op vormen van ondersteuning die bijdragen aan het bevorderen van het gebruik van de leefstijlinterventies, maar verschillen wel degelijk van elkaar. De tweede pijler omvat vormen van ondersteuning waarbij professionals elkaar helpen bij het oplossen van problemen met het uitvoeren van leefstijlinterventies, of van elkaar leren welke succesfactoren bijdragen aan het adequaat uitvoeren ervan. Het zijn vormen van ondersteuning die zich veelal manifesteren in de vorm van inter-professionele, lerende en inspirerende netwerken van collega's, bijvoorbeeld intervisiebijeenkomsten. De derde pijler omvat vormen van ondersteuning waarbij de expertise van een of meerdere (veelal externe) deskundigen wordt ingezet om een (complex) probleem of knelpunt op te lossen. Het zijn dus veelal vormen van ondersteuning die zich manifesteren in de vorm van intra-professionele bijeenkomsten zoals een bijscholingstraject of een coachinggesprek.

Interviews

Het eerste onderdeel van de interviews had onder meer betrekking op de rol van de verschillende zorgprofessionals in de keten van zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes. Hieruit blijkt dat de diagnostiek voornamelijk door de huisarts wordt verricht en in mindere mate door de kinderarts. Vervolgens verwijzen ze voor concrete zorg en leefstijlinterventies door naar de overige zorgprofessionals die elk hun eigen specifieke bijdrage leveren. Daarnaast had het eerste onderdeel betrekking op de rol die preventie en leefstijlinterventies hebben in de diabeteszorg. Uit de meeste interviews komt nadrukkelijk naar voren, dat het belang van preventie en leefstijlinterventies wordt onderkend en ondersteund. Ook blijkt dat in het contact met de zorgverleners vaak sprake is van leefstijlbeïnvloeding zonder dat er sprake is van een specifieke leefstijlinterventie die op dat moment wordt toegepast. Een voorbeeld hiervan zijn voedingsadviezen die een huisarts tijdens een consult vaak (ook) al geeft aan een diabetespatiënt.

Het tweede onderdeel van de interviews was gericht op het aanbod van preventieve leefstijlinterventies in de diabeteszorg, barrières die het gebruik van leefstijlinterventies belemmeren en de leemtes die zorgprofessionals ervaren in het huidige aanbod. Uit de interviews blijkt dat het huidige aanbod ervaren wordt als groot, versnipperd en weinig samenhangend, en dat het veelal lokaal of regionaal ontwikkeld is. Dat laatste brengt niet alleen met zich mee dat vaak het wiel opnieuw wordt uitgevonden, maar leidt er volgens de geïnterviewden ook toe dat het totale overzicht van aan leefstijlinterventies ontbreekt en vaak enkel een beperkt overzicht binnen het eigen netwerk bekend is (en blijft). Het gebrek aan overzicht werd tijdens de interviews genoemd als een van de belangrijkste barrières voor het gebruik van leefstijlinterventies. Een andere

barrière die genoemd werd betreft een gebrek aan financiële middelen. In sommige gevallen blijkt het zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener niet duidelijk of er sprake is van financiële consequenties voor het gebruik van een leefstijlinterventie. In andere gevallen is het wel duidelijk dat er voor de patiënt kosten mee gemoeid zijn en is de ervaring van de zorgprofessionals dat dit er toe leidt tot patiënten niet (langer) meedoen aan een leefstijlinterventie. Een derde barrière die nadrukkelijk genoemd werd tijdens de interviews zijn de 'schotten' die nog steeds bestaan tussen de eerste en de tweede lijn waardoor samenwerking vaak lastig is. In sommige gevallen is het voor de zorgverleners ook financieel ingewikkeld en complex om mensen met (een verhoogd risico op) diabetes naar andere zorgverleners door te verwijzen. Over het opvullen van leemtes zijn de geïnterviewden het eens: het ontwikkelen van nieuwe interventies is niet nodig, maar er moet binnen bestaande interventies gekeken worden hoe deze beter afgestemd kunnen worden op moeilijk bereikbare groepen zoals mensen met een lage sociaaleconomische status (ses) of een allochtone achtergrond. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat er gestreefd moet worden naar een integraal aanbod van leefstijlinterventies en dat de psycholoog ook een belangrijke taak heeft binnen dit aanbod.

In het derde onderdeel van het interview werd ingegaan op het ondersteuningsaanbod voor zorgprofessionals. Hierbij kwamen achtereenvolgens de volgende thema's aan bod:

- overzicht van leefstijlinterventies en het format van de I-database als een voorbeeld voor zulke overzichten;
- de scholing van zorgprofessionals;
- het uitwisselen van ervaring en andere vormen van ondersteuning voor zorgprofessionals;
- partijen die verantwoordelijk kunnen worden geacht voor het aanpassen van het huidige ondersteuningsaanbod.

Voor wat betreft het eerste thema bleek, in navolging van wat eerder al aan bod kwam in de interviews, dat zorgprofessionals het overzicht van leefstijlinterventies missen. Daarnaast zijn er ook nog de landelijk ontwikkelde en uitgerolde leefstijlinterventies. Uit de interviews kwam dan ook een duidelijke vraag naar voren om inzicht en overzicht te creëren in wat er allemaal beschikbaar is, zowel op landelijk als op lokaal en regionaal niveau. De I-database – die overigens niet bij alle zorgprofessionals bekend bleek te zijn – en de overzichten van leefstijlinterventies die daarin gemaakt kunnen worden, is volgens de geïnterviewden een goede manier om het gewenste overzicht te creëren. Informatie over de financiële consequenties van het gebruik van een leefstijlinterventie, zowel voor de zorgverlener als voor de patiënt, ontbreken hier echter in en zouden volgens de geïnterviewden een meerwaarde opleveren. Daarnaast zouden de overzichten volgens de geïnterviewden zodanig moeten worden ingericht dat ze tot op een lokaal niveau, bijvoorbeeld op basis van postcode, terug te voeren zijn.

Voor wat betreft het tweede thema blijkt dat de scholing van de meeste zorgprofessionals goed geregeld is en dat binnen de bestaande scholing aandacht is voor deskundigheidsbevordering in het gebruik van leefstijlinterventies. Een concreet voorbeeld dat in interviews naar voren kwam, is het toepassen van *motivational interviewing*. Uit het interview met de internist en de kinderarts blijkt dat de scholing bij deze groep zorgprofessionals nog in de kinderschoenen staat, daar waar het gaat over leefstijlinterventies en het gebruik ervan. Uit het interview met de huisarts komt naar voren dat het volgen van scholing rondom leefstijlinterventies niet voor de hand ligt. De mogelijkheden voor het onderling uitwisselen van ervaringen rondom het gebruik van leefstijlinterventies blijken ook wisselend te zijn. Voor sommige

zorgverleners, waaronder de praktijkondersteuner, de diëtist, de thuiszorg en de diabetesverpleegkundige, blijken deze mogelijkheden goed voor handen te zijn via bestaande netwerken, platforms, websites of vakbladen. De beroepsverenigingen blijken hierin een belangrijke rol te spelen. Bij huisartsen, kinderartsen en internisten blijkt de onderlinge uitwisseling zich vaak te beperken tot de eigen huisartsenpraktijk, de zorggroep of het ziekenhuis. Uit de interviews komt ook naar voren dat het uitwisselen van ervaringen tussen beroepsgroepen minder vaak voorkomt. Andere vormen van ondersteuning die aan bod komen, naast mogelijkheden voor onderlinge uitwisseling, zijn het voorzien in beschikbare protocollen, handleidingen, werkmaterialen, afspraken met zorgverzekeraars over het vergoeden van leefstijlinterventies, en het goed beschrijven en onderbouwen van (lokaal ontwikkelde) leefstijlinterventies. Een laatste thema dat in de interviews aanbod kwam had betrekking op de partijen die in een nieuw ondersteuningsaanbod een stuk verantwoordelijkheid zouden kunnen dragen. De geïnterviewden noemden een aantal partijen, waaronder de GGD, de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS), de zorggroep, zorgverzekeraars, de gemeenten, en het Centrum Gezond leven van het RIVM. Elk van de genoemde partijen zou vanuit zijn of haar belang een bijdrage kunnen leveren aan het opzetten en faciliteren van een adequaat ondersteuningsaanbod ten aanzien van het gebruik van leefstijlinterventies door professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes.

Kanttekeningen bij de interviews

Hoewel de interviews een goed en divers beeld geven van wat er leeft onder zorgprofessionals voor wat betreft een ondersteuningsaanbod ten aanzien van het gebruik van leefstijlinterventies, moet een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Om te beginnen is er binnen de tijd en budget voor het project voor gekozen om in de individuele interviews niet met de zorgprofessionals zelf te praten, maar met vertegenwoordigers van hun beroepsgroepen. Op deze manier hebben we getracht toch een zo goed mogelijk beeld te verwerven van wat er in elk van de beroepsgroepen leeft. Bovendien is elk van de geïnterviewden op voorhand ingelicht over deze opzet, en is aan hen expliciet duidelijk gemaakt dat ze tijdens het interview moesten spreken vanuit hun positie als vertegenwoordiger van hun beroepsgroep en niet vanuit hun eigen persoon. Een gevolg van de keuze om met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen de interviews te houden is dat het aantal geïnterviewden laag is.

In de focusgroep werden door de zorgprofessionals de meeste bevindingen uit de individuele interviews bevestigd of verder aangevuld. Dit geeft aan dat de keuze om de individuele interviews met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen te houden relevante informatie heeft opgeleverd. Echter, omdat de zorgprofessionals in de focusgroep geworven werden binnen één zorggroep bestaat de kans dat hierdoor een eenzijdig beeld ontstaat. Immers, niet iedere zorggroep is op dezelfde manier georganiseerd en functioneert op dezelfde manier.

4 Aanbevelingen voor ontwikkeling en implementatie van een ondersteuningsaanbod

J. Mikolajczak, J.C.M. Barte, H.H. Hamberg-van Reenen

4.1 Inleiding

In dit vierde hoofdstuk wordt een aantal aanbevelingen gedaan waarmee de NDF handen en voeten kan geven aan de ontwikkeling en de implementatie van een ondersteuningsaanbod voor professionals in de diabeteszorg. Het uiteindelijke doel van dit ondersteuningsaanbod is het bevorderen van het gebruik van leefstijlinterventies om zo diabetes te voorkomen dan wel de gevolgen van diabetes zo veel mogelijk in te perken. De aanbevelingen vloeien voort uit de bevindingen in de individuele interviews, uit het focusgroepinterview en de literatuurverkenning zoals die in hoofdstuk 3 beschreven staan. Voor het formuleren van een aantal aanbevelingen is ook gebruikgemaakt van de bevindingen in het project 'Inventarisatie leefstijlinterventies' dat in hoofdstuk 2 van dit rapport beschreven staat. De meeste aanbevelingen zijn geordend binnen de drie generieke pijlers waaruit een ondersteuningsaanbod idealiter bestaat (Sturkenboom en Kolner, 2010).

Deze aanbevelingen zijn tijdens een bijeenkomst besproken met de opdrachtgever (NDF) en verschillende experts op het terrein van diabeteszorg in Nederland (zie Bijlage 1). De resultaten van deze expertmeeting staan aan het eind van dit hoofdstuk beschreven.

4.2 Aanbevelingen ondersteuningsaanbod

Hieronder staan 14 aanbevelingen gegroepeerd naar de drie generieke pijlers waaruit een ondersteuningsaanbod idealiter bestaat.

4.2.1 Pijler 1: 'spullen voor iedereen'

Aanbeveling 1

Maak voor alle groepen professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes een actueel overzicht van de beschikbare leefstijlinterventies die ze kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk, of waar ze naar kunnen doorverwijzen.

Het ondersteuningsaanbod voor professionals in de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes bestaat ten eerste uit een volledig, vindbaar en toegankelijk aanbod van leefstijlinterventies. De beschikbaarheid van de nodige 'spullen voor iedereen', waaronder leefstijlinterventies en voorlichtingsmaterialen, vormt een noodzakelijke randvoorwaarde voor het inrichten van het ondersteuningsaanbod. De eerste aanbeveling vloeit hier dan ook logisch uit voort.

Teruggrijpend op de bevindingen tijdens de individuele interviews wordt duidelijk dat er weliswaar veel interventies beschikbaar zijn, zowel landelijk als lokaal en regionaal, maar dat het overzicht bij de meeste professionals ontbreekt. Met het genereren van overzicht zou dus al een belangrijke stap in de goede richting worden gezet. Op landelijk niveau is het genereren van overzicht in de beschikbare leefstijlinterventies al ingezet, met de overzichten die

voortvloeiën uit het eerste project dat in dit rapport beschreven staat. Een belangrijke kanttekening die hierbij geplaatst moet worden, is dat de I-database, waar deze overzichten in gegenereerd (kunnen) worden, in belangrijke mate gericht is op aanbieders van publieke gezondheidszorg. Dit omvat niet alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes. Uit de interviews bleek dat velen van hen de I-database niet kenden, waardoor ze niet op de hoogte zijn van de leefstijlinterventies die via dit kanaal worden aangeboden. Zowel uit de individuele interviews als uit het focusgroepinterview kwam bovendien naar voren dat ook voor de eerste en tweede lijn deze overzichten wenselijk zijn. Het verdient dus de expliciete aandacht om ook voor deze twee lijnen de overzichten bekend en toegankelijk te maken.

Daarnaast is het zo dat de I-database voornamelijk gericht is op de (grote) landelijke interventies en minder op regionaal en lokaal aanbod. Uit de interviews kwam nadrukkelijk naar voren dat professionals behoefte hadden aan een overzicht van dit regionale en lokale aanbod, bij voorkeur op postcodeniveau. Uit het focusgroepinterview bleek bijvoorbeeld dat er in de regio van de zorggroep een start was gemaakt met het aanbrengen van overzicht in het lokale en regionale aanbod van leefstijlinterventies, en alle mogelijkheden om meer te bewegen. Het verdient dus de expliciete aandacht om ook dit regionale en lokale aanbod te ontsluiten en overzichtelijk beschikbaar te stellen voor professionals in de diabeteszorg.

Aanbeveling 2

Zorg ervoor dat de actuele overzichten van de beschikbare leefstijlinterventies bekend worden bij de verschillende groepen professionals (zowel in de nulde, de eerste als in de tweede lijn) die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes.

Het genereren van een actueel overzicht van de beschikbare leefstijlinterventies, zoals dat in de eerste aanbeveling wordt bepleit, is op zichzelf onvoldoende. Het is van belang dat alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met diabetes de overzichten ook weten te vinden, of beter nog dat de overzichten hun weg naar de professional vinden. Deze tweede aanbeveling heeft hier dan ook expliciet betrekking op.

Daarnaast kwam in het focusgroepinterview naar voren dat de overzichten ook voor de patiënten zelf beschikbaar en toegankelijk zouden moeten zijn. Reden hiervoor is dat de ervaring van zorgprofessionals leert dat er altijd een groep is die er zelfstandig in slaagt om uit het aanbod datgene te kiezen wat het best bij hun eigen situatie past. Voor die specifieke groep is deze optie niet alleen de meest aantrekkelijke, maar draagt ze in belangrijke mate bij aan het succes en levert het bovendien een ontlasting op van de zorgprofessional(s). Deze hoeven namelijk niet, of in iedere geval veel minder intensief, betrokken te worden bij het kiezen van bijvoorbeeld een beweegprogramma of een dieet.

Aanbeveling 3

Focus niet op het ontwikkelen van nieuwe interventies, maar pas bestaande interventies aan of breid ze uit, zodat ze beter geschikt worden voor specifieke doelgroepen, zoals allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status.

Het invullen van de eerste pijler van een ondersteuningsaanbod gaat veelal gepaard met het ontwikkelen van nieuwe 'spullen' (leefstijlinterventies of

voorlichtingsmaterialen) omdat na een inventarisatie vaak leemtes in het bestaande aanbod worden vastgesteld. Hoewel bij de inventarisatie zoals die in het project 'Inventarisatie leefstijlinterventies' (zie hoofdstuk 2) is uitgevoerd verschillende leemtes werden vastgesteld, bleek uit de interviews dat de professionals dit niet als dusdanig ervaarden. Behalve daar waar het ging om het bereiken van allochtone groepen en mensen met een lage sociaal-economische status. Bij voorkeur zagen de geïnterviewden dat binnen het bestaande aanbod van leefstijlinterventies werd nagegaan hoe door middel van aanpassingen de interventies geschikt konden worden gemaakt voor deze moeilijk te bereiken doelgroepen. De derde aanbeveling heeft hier dan ook betrekking op.

Het focusgroepinterview bevestigde de bevindingen die op dit onderdeel gedaan werden in de individuele interviews. De stelling was: ontwikkel geen nieuw aanbod, maar vertrek vanuit het bestaande aanbod en ga na waar verbeteringen of aanpassingen nodig en wenselijk zijn. Een concreet voorbeeld dat genoemd werd was het vertalen van voorlichtingsbrochures in meerdere talen, en het minder talig maken van de materialen door het toevoegen van illustraties of foto's. De ervaring leerde de professionals dat een relatief grote groep patiënten niet of onvoldoende goed kon lezen om alle geschreven informatie goed te begrijpen.

Aanbeveling 4

Maak voor het doorontwikkelen of aanpassen van bestaande leefstijlinterventies gebruik van een planningsmodel zoals Intervention Mapping, en betrek zowel de professionals als de beoogde doelgroep bij het doorontwikkelen of aanpassen van de interventie. Deze systematische en planmatige aanpak maximaliseert de kans op succes.

Uit de literatuurverkenning kwam naar voren dat het gebruik van een planningsmodel als Intervention Mapping zich goed leent voor (door)ontwikkeling van leefstijlinterventies. Het verdient dan ook de aanbeveling om het doorontwikkelen van bestaande interventies op basis van dit planningsmodel te realiseren.

Aanbeveling 5

Stimuleer en faciliteer professionals en organisaties om hun eigen – vaak lokaal ontwikkelde – leefstijlinterventies te beschrijven en aan te melden bij het Centrum Gezond Leven van het RIVM, zodat ze een plek krijgen in de I-database en terecht komen in de overzichten van landelijk beschikbare leefstijlinterventies.

Het bestaande aanbod aan leefstijlinterventies kan, zonder in te zetten op het ontwikkelen van nieuwe interventies, verder worden aangevuld en uitgebreid door professionals en organisaties te stimuleren om hun eigen (lokaal ontwikkelde) leefstijlinterventies te beschrijven, deze aan te melden bij het Centrum Gezond Leven van het RIVM, en uiteindelijk de interventie ook te laten erkennen door een onafhankelijk Erkeningscommissie.

Het beschrijven en aanmelden van de interventie draagt bij aan het landelijk kenbaar en beschikbaar maken van leefstijlinterventies en voorkomt dat het wiel steeds opnieuw wordt uitgevonden. Het erkennen van een leefstijlinterventie draagt bij aan het waarborgen van de kwaliteit van landelijk aangeboden leefstijlinterventies. Hoewel dit voor professionals en organisaties vaak niet de eerste prioriteit heeft, is het voor de beoogde kwaliteit en effectiviteit van de aangeboden leefstijlinterventies van groot belang.

Aanbeveling 6

Stimuleer professionals en organisaties om handleidingen en andere materialen die nodig zijn om met de door hun ontwikkelde leefstijlinterventies te kunnen werken te beschrijven en beschikbaar te stellen voor andere professionals.

Met de term 'spullen', die het belangrijkste onderdeel vormt van de eerste pijler van een ondersteuningsaanbod, wordt niet alleen verwezen naar de leefstijlinterventies zelf, maar ook naar de bijbehorende materialen die het werken met de betreffende interventies mogelijk maken. Hierbij moet onder meer gedacht worden aan handleidingen, protocollen en andere materialen. Het beschrijven en aanmelden van een leefstijlinterventie bij het Centrum Gezond Leven van het RIVM, zoals dat in de vijfde aanbeveling wordt beschreven, brengt automatisch met zich mee dat ook deze spullen beschikbaar komen voor professionals. Echter, voor lokale en regionale activiteiten is dit niet noodzakelijk het geval. Het verdient dan ook wederom de expliciete aandacht om dit laatste eveneens te waarborgen.

4.2.2 *Pijler 2: gerichte ontmoeting en uitwisseling*

Aanbeveling 7

Maak gebruik van bestaande netwerken van professionals om onderlinge ontmoeting, uitwisseling van ervaring en deskundigheidsbevordering ten aanzien van het gebruik van leefstijlinterventies te bevorderen. Zoek, daar waar geen bestaande netwerken voor handen zijn, samen met de beroepsverenigingen naar mogelijkheden om hier invulling aan te geven.

Mogelijkheden voor ontmoeting en zijn van groot belang voor het uitwisselen van kennis en het leren van goede (en inspirerende) voorbeelden. Daarnaast zorgt het er ook voor dat professionals bij elkaar steun en aanknopingspunten vinden voor het oplossen van problemen waar men in de dagelijkse praktijk tegenaan loopt, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van leefstijlinterventies. Uit de interviews bleek dat er voor de meeste beroepsgroepen sprake was van bestaande netwerken die goed functioneren en door de meeste van hun professionals benut worden. Het ligt dan ook voor de hand om hierbij aan te sluiten en hier geen nieuwe structuren voor in het leven te roepen. Dat laatste is overigens voor een aantal andere beroepsgroepen, waarvan bleek dat zulke netwerken er niet waren, wel aan de orde. Mogelijk biedt de structuur van een zorggroep in dat geval een aanknopingspunt voor het organiseren van zulke structuren. Dat bleek in iedere geval uit het focusgroepinterview, waarvoor zorgprofessionals uit één zorggroep werden geïnterviewd. Zowel binnen als tussen de verschillende zorgprofessionals, waaronder huisartsen, fysiotherapeuten, diabetesverpleegkundigen, praktijkondersteuners en diëtisten, bestonden georganiseerde overlegmomenten binnen deze zorggroep. Wanneer netwerken ontbreken, zou ook de ROS een belangrijke rol kunnen spelen. De ROS heeft tot taak om samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen, hiervoor worden zij betaald door de zorgverzekeraar. Zij kunnen een stimulerende rol vervullen om netwerken in het leven te roepen.

Aanbeveling 8

Zoek samen met professionals en beroepsverenigingen naar mogelijkheden om uitwisseling tussen beroepsgroepen te bevorderen, en om regionale en lokale uitwisseling tussen de nulde, de eerste en de tweede lijn te bevorderen

Deze aanbeveling vloeit voort uit de vaststelling in de interviews dat uitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen vaak niet of onvoldoende plaatsvindt, en de vaststelling dat er tussen de eerste en de tweede lijn nog sprake is van 'schotten' die uitwisseling en samenwerking in de weg staan. Gezien het feit dat de preventie en diabeteszorg geregeld is in de vorm van ketenzorg, waarbij zowel professionals uit de eerste als uit de tweede lijn betrokken zijn, is ook deze vorm van onderlinge uitwisseling van groot belang en wenselijk. Ook GGD'en en gemeenten kunnen een rol spelen als het gaat om (geïndiceerde) preventie.

In het focusgroepinterview werd eveneens gesteld dat de uitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen vaak onvoldoende is. Hierdoor weet de een vaak niet (goed) wat de ander te bieden heeft. Dit staat niet alleen het doorverwijzen zelf in de weg, maar komt ook het voor- of inlichten van de patiënt niet ten goede. Ook de schotten tussen de eerste en de tweede lijn kwamen tijdens het focusgroepinterview expliciet aan bod, en financiële belangen of onduidelijkheden bleken vaak een bepalende factor. Maar er bestaan ook 'schotten' tussen de nulde en eerste lijn.

4.2.3 *Pijler 3: advies op maat*

Aanbeveling 9

Houd de vinger aan de pols bij de verschillende zorgprofessionals en probeer complexe problemen snel op te pikken zodat, samen met de zorgprofessionals en hun beroepsvereniging, gezocht kan worden naar oplossingen.

Door op geregelde tijdstippen bij zorgprofessionals na te gaan wat er goed en wat er minder goed gaat bij het uitvoeren van leefstijlinterventies kan vaak tijdig en gezamenlijk gezocht worden naar een passende oplossing. Idealiter wordt dit monitorwerk in de vorm van individuele en groepsinterviews gedaan, zodat een goed beeld ontstaat van de aard, omvang en oorzaken van complexe problemen.

Aanbeveling 10

Zorg dat er op gepaste momenten voor de verschillende zorgprofessionals mogelijkheden zijn om hun deskundigheid ten aanzien van het gebruik van leefstijlinterventies te bevorderen of op te frissen.

Voldoende kennis en vaardigheden zijn twee noodzakelijke voorwaarden om met een leefstijlinterventie aan de slag te kunnen gaan. Met name voor de landelijke interventies, maar mogelijk ook voor de regionale en lokale interventies, ligt het dan ook voor de hand om te voorzien in mogelijkheden voor opleiding of bijscholing. Zowel uit de individuele interviews als uit het focusgroepinterview kwam naar voren dat de bestaande opleidingen en bij- en nascholingstrajecten hiervoor kunnen worden aangegrepen. Verschillende beroepsverenigingen hadden bestaand aanbod voor opleiding en bijscholing, en hun ervaring was dat professionals daar vaak gebruik van maakten. Bovendien bleek uit het focusgroepinterview ook dat een zorggroep een natuurlijke partner is in het bijdragen aan voldoende kennis en vaardigheden bij zorgprofessionals. Belangrijkste reden hiervoor is dat ze hiermee de kwaliteit van de geleverde zorg kunnen waarborgen.

4.2.4 *Invoering van een ondersteuningsaanbod*

De tien aanbevelingen die in paragrafen 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.3 worden gedaan, geven richting aan de verdere ontwikkeling van een ondersteuningsaanbod voor professionals die werken in de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes. Als het ondersteuningsaanbod eenmaal is uitgewerkt, moet het ook ingevoerd worden in de praktijk. Hoewel vaak gedacht wordt dat wat goed is zichzelf wel invoert, leert de praktijk dat dit zelden het geval is (in tegendeel zelfs). Om de invoering van het ondersteuningsaanbod te realiseren, kan best op een systematische en planmatige manier te werk worden gegaan, en gebruik worden gemaakt van inzichten uit onderzoek naar de invoering van vernieuwingen in de praktijk. In de literatuurverkenning is hier reeds op ingegaan, en vanuit dit model kunnen eveneens een aantal aanbevelingen geformuleerd worden.

Aanbeveling 11

Houdt bij de ontwikkeling van het ondersteuningsaanbod rekening met de volgende vijf determinanten waarvan bekend is dat ze het gebruik van een vernieuwing bevorderen:

- *complexiteit;*
- *relatief voordeel;*
- *periode van uitproberen;*
- *compatibiliteit;*
- *zichtbaarheid van consequenties.*

Deze aanbeveling heeft betrekking op determinanten van de vernieuwing, wat in deze context het ondersteuningsaanbod is. De eerste determinant, complexiteit, verwijst naar de moeilijkheidsgraad die het gebruik van het ondersteuningsaanbod met zich meebrengt: hoe eenvoudiger het gebruik voor de zorgprofessional is, hoe groter de kans dat hij of zij dit ook daadwerkelijk zal gaan doen. De tweede determinant, relatief voordeel, verwijst naar de mate waarin de vernieuwing voor de zorgprofessional voordelen oplevert. Met de derde determinant, periode van uitproberen, wordt verwezen naar het voorzien van mogelijkheden voor de zorgprofessional om het ondersteuningsaanbod, of onderdelen daarvan, eerst uit te proberen alvorens definitief een keuze te moeten maken. Compatibiliteit verwijst naar de aansluiting van het ondersteuningsaanbod met de dagelijkse activiteiten van de zorgprofessional: een betere aansluiting draagt bij aan meer gebruik door de zorgprofessional. De vijfde en laatste determinant heeft betrekking op het zichtbaar maken van de consequenties van het gebruik van het ondersteuningsaanbod, en hangt samen met de tweede determinant. Als inzichtelijk wordt gemaakt wat het gebruik van het ondersteuningsaanbod de zorgprofessional oplevert en wat de meerwaarde ervan is, bijvoorbeeld een groter gevoel van tevredenheid omdat hij of zij meer patiënten op een eenvoudige manier kan doorverwijzen naar het lokale beweegaanbod, zal dit het gebruik van het ondersteuningsaanbod eveneens ten goede komen.

Aanbeveling 12

Betrek de gebruiker van het ondersteuningsaanbod zo veel mogelijk bij de (door)ontwikkelen van leefstijlinterventies (pijler 1) en bij het opzetten en organiseren van ondersteunende activiteiten (pijler 2 en pijler 3).

Deze aanbeveling heeft betrekking op de gebruiker en determinanten die daarmee samenhangen. De zorgprofessional speelt een centrale en cruciale rol bij de invoering van het ondersteuningsaanbod. Hij of zij wordt geacht van het

aanbod gebruik te maken waardoor meer leefstijlinterventies worden toegepast voor de groep mensen met (een verhoogd risico op) diabetes. Voldoende draagvlak bij de zorgprofessionals voor het ondersteuningsaanbod is dan ook een belangrijke randvoorwaarde die vervuld moet zijn, en die geborgd kan worden door de zorgprofessionals bij het proces te betrekken. Bovendien draagt dit ook bij aan het realiseren van de voorgaande aanbeveling, die betrekking had op vijf determinanten op het niveau van de vernieuwing. Ook voor de concrete invulling hiervan is inbreng vanuit de zorgprofessional van groot belang. Zo wordt de bewezen effectiviteit van interventies bijvoorbeeld vaak als belangrijkste argument aangevoerd om professionals te overtuigen om ermee te werken. Voor professionals zelf is dit argument echter zelden doorslaggevend om dat ook daadwerkelijk te doen en spelen ook andere aspecten mee zoals bijvoorbeeld de compatibiliteit van een interventie of een bijscholing met hun werkzaamheden.

Aanbeveling 13

Realiseer draagvlak en steun voor het gebruik van het ondersteuningsaanbod vanuit de organisatie waarin de professional zijn of haar bijdrage in de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes uitvoert.

De organisatie waarbinnen de zorgprofessional werkt, is onderwerp van deze aanbeveling. De zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes wordt in Nederland steeds vaker uitgevoerd binnen een zorggroep. Het ligt voor de hand om zorggroepen of multidisciplinaire samenwerkingsverbanden nauw te betrekken bij de ontwikkeling van het ondersteuningsaanbod, zodat steun en draagvlak op dit niveau kunnen worden gerealiseerd. Dit zal op zijn beurt een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van het gebruik van het ondersteuningsaanbod. Het focusgroepinterview liet zien dat zorggroepen zich op een natuurlijke manier verantwoordelijk voelen voor het bijdragen aan de kwaliteit van de zorg die hun professionals leveren.

Aanbeveling 14

Identificeer - naast de zorggroep - andere relevante partijen en betrek ze zo veel mogelijk bij de ontwikkeling van het ondersteuningsaanbod, of in ieder geval bij de onderdelen die voor hen relevant zijn.

De sociaal-politieke context, of kortweg de bredere context waarbinnen de zorgprofessional en zijn of haar organisatie hun werkzaamheden uitvoeren, staat centraal in deze veertiende en laatste aanbeveling. De zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes wordt weliswaar steeds vaker uitgevoerd binnen een zorggroep, maar daarbuiten is nog een aantal partijen te identificeren dat een belangrijke bijdrage kan leveren aan het bevorderen van het gebruik van het ondersteuningsaanbod. De beroepsverenigingen van de zorgprofessionals lijken een eerste relevante partij te zijn, die ook tijdens de individuele interviews nadrukkelijk naar voren kwam. Een concreet voorbeeld van hun bijdrage in het geheel zou het verzorgen van bij- en nascholingstrajecten kunnen zijn. Vaak hebben ze, naar eigen zeggen, al een uitgebreid aanbod waarvan hun professionals vaak gebruikmaken. Het ligt voor de hand om hierbij voor deze vormen van ondersteuning aansluiting te zoeken. Zorgverzekeraars lijken een tweede relevante partij te zijn, die eveneens tijdens de individuele en het focusgroepinterview ter sprake kwam. Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol waar het gaat om het financiële plaatje, bijvoorbeeld de financiering van deelname aan een beweegprogramma, het bezoek van een diëtist of een landelijke leefstijlinterventie. Uit de interviews bleek dat financiën vaak een barrière waren voor zowel de zorgprofessional als de patiënt. Voor de

zorgprofessional bleek het vaak moeilijk om goed inzicht te hebben in wat wel en wat niet vergoed wordt door de zorgverzekering van hun patiënten. Daarnaast hadden zorgprofessionals de indruk dat een eigen financiële bijdrage, omdat de zorgverzekeraar geen vergoeding geeft, patiënten er vaak van weerhield om mee te doen aan een leefstijlinterventie. De regionale ondersteuningsstructuren (ROS) kwamen tijdens de interviews ook naar voren als een partij die mogelijk een rol kan spelen in het ondersteuningsaanbod. Met name bij het ontsluiten van het regionale en het lokale aanbod, hoewel vanuit de zorggroep in het focusgroepinterview werd aangegeven dat deze daar voor zichzelf ook een rol in zag weggelegd. Ook de GGD werd in dit verband een aantal keer genoemd als een partij die hier een belangrijke bijdrage in zou kunnen leveren. Een partij als het RIVM, die door middel van de I-database voorziet in een overzicht van landelijke leefstijlinterventies die gebruikt kunnen worden door professionals in de diabeteszorg, kwam ook een aantal keer ter sprake in de interviews. Veel van de geïnterviewden gaven aan dat deze overzichten beter bekend moeten worden gemaakt onder zorgprofessionals en mogelijk ook onder patiënten. Partijen die voor dit doel genoemd werden waren de beroepsverenigingen van de professionals, de zorggroepen, de diabetesvereniging Nederland en de Nederlandse Diabetes Federatie. Daarnaast gaven de geïnterviewden aan dat ook het regionale en het lokale aanbod in de nulde, de eerste en de tweede lijn in overzichtelijke en goed toegankelijke overzichten moeten worden samengebracht.

4.3 Resultaten expertmeeting: wat is nodig van aanbevelingen naar implementatie?

De aanbevelingen die in dit hoofdstuk geformuleerd worden, zijn voorgelegd aan een aantal experts op het terrein van de preventieve diabeteszorg. Er zijn veertien experts benaderd voor deelname aan de bijeenkomst, waarvan er vijf aanwezig waren tijdens de bijeenkomst. Daarnaast hebben twee experts hun feedback schriftelijk aangeleverd.

De vragen die tijdens de expertbijeenkomst (en ook voor de schriftelijke reactie) centraal stonden luiden:

1. Kunt u zich in het algemeen vinden in de aanbevelingen zoals die in hoofdstuk 4 van dit rapport geformuleerd worden? Vindt u de aanbevelingen haalbaar richting implementatie?
2. Welke partijen of organisaties kunnen volgens u bijdragen aan het ontwikkelen en/of het implementeren van het ondersteuningsaanbod voor professionals in de diabeteszorg?
3. Welke randvoorwaarden moeten vervuld zijn om de implementatie van het ondersteuningsaanbod te bevorderen?

Ten slotte werd gevraagd een prioritering aan te geven van de aanbevelingen. De deelnemers werd gevraagd vijf aanbevelingen te noemen die de hoogste prioriteit hebben om op korte termijn op in te zetten.

Bevindingen expertmeeting

1. In het algemeen konden de experts zich vinden in de geformuleerde aanbevelingen en vinden ze deze haalbaar om verder uit te werken voor toekomstige implementatie. Wel werd een aantal aanvullingen genoemd. Zo kwam naar voren dat een lokale invulling van het aanbod aan leefstijlinterventies, op het niveau van de wijk, de voorkeur verdient. Huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut en diëtist brengen daarin om te beginnen gezamenlijk hun populatie patiënten in kaart, en maken

vervolgens onderling afspraken over samenwerking en het doorverwijzen van patiënten. Een belangrijke voorwaarde om dit goed te laten verlopen is dat men overzicht heeft over zowel het landelijke aanbod aan leefstijlinterventies als het lokale of regionale aanbod aan leefstijlinterventies, beweeg- en voedingsprogramma's. De I-database werd genoemd als een plek waar overzicht van de landelijke leefstijlinterventies kan worden gegeven. Ook de Wegwijzer voor Professionals van het Diabetes Fonds werd genoemd. Het regionale en het lokale aanbod kan volgens de experts het best worden samengebracht in de vorm van een sociale kaart. Hierbij werd benadrukt dat ook hierin gestreefd moet worden naar het bewaken van de kwaliteit van het aanbod. Hoe dat laatste zou moeten gebeuren, werd echter niet duidelijk tijdens de bijeenkomst. Wederom werd tijdens de bijeenkomst gesteld dat het ontwikkelen van nieuw aanbod niet de voorkeur verdient maar dat moet worden ingezet op het doorontwikkelen van het bestaande aanbod. Het doorontwikkelen zou er in de eerste plaats op gericht moeten zijn om de instroom van patiënten te bevorderen. Naast het bevorderen van de instroom van patiënten in algemene zin, zou hierbij ook aandacht moeten worden gegeven aan de moeilijk te bereiken groepen zoals allochtonen en mensen met een lagere sociaaleconomische status. Het doorstromen van diabetespatiënten tussen de verschillende lijnen kwam eveneens aan bod, waarbij onder meer gesteld werd dat niet alles binnen de zorg geregeld hoeft te worden en dat verwijzen naar de nulde lijn dus ook tot de opties moet behoren. Patiënten die bijvoorbeeld graag aan nordic walking willen gaan doen om meer te bewegen, moeten daar door de zorgprofessional naar doorverwezen kunnen worden.

2. Er werden tijdens de expertbijeenkomst verschillende partijen genoemd die een rol zouden kunnen spelen bij de ontwikkeling en/of de implementatie van het ondersteuningsaanbod. Ten eerste werden de ROS genoemd, die bijvoorbeeld een rol zouden kunnen spelen bij het in kaart brengen van het regionale en het lokale aanbod. Daarbij werden door de experts ook de gemeente en de GGD genoemd als belangrijke partijen. Een partij als het RIVM, en in het bijzonder het Centrum Gezond Leven en de I-database, werd genoemd als partij die een rol kan spelen in het bieden van overzicht in het landelijke aanbod aan leefstijlinterventies. Zorggroepen en gezondheidscentra, en daarmee dus eigenlijk de zorgprofessionals zelf, kwamen ook ter sprake als een belangrijke partij voor zowel de ontwikkeling als de implementatie van het ondersteuningsaanbod. Concreet moeten zij onder meer zorgen dat het ondersteuningsaanbod ingevuld wordt in overeenstemming met hun eigen lokale situatie: iedere zorggroep is anders georganiseerd, en in iedere regio spelen mogelijk andere knelpunten die het gebruik van leefstijlinterventies belemmeren (of bevorderen). Voor wat betreft de implementatie van het ondersteuningsaanbod werd ook het Partnerschap Implementatie Leefstijl (PIL) genoemd als een partij die daarin mogelijk een rol zou kunnen vervullen. Andere partijen, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, bleven tijdens de bijeenkomst onbenoemd. Dit betekent echter niet dat volgens de experts voor deze partijen geen rol is weggelegd bij de ontwikkeling en implementatie van het ondersteuningsaanbod.
3. Een aantal randvoorwaarden kwam tijdens de bijeenkomst naar voren. In de eerste plaats dat ervan uit moet worden gegaan dat het uitvoeren

van diabetespreventie in de zorg gebeurt in een multidisciplinair verband, en dat bijgevolg de ontwikkeling en de implementatie van een ondersteuningsaanbod ook in nauwe samenwerking met de verschillende disciplines moet worden gerealiseerd. Concreet komt dit neer op het betrekken van de professionals in de diabeteszorg bij de ontwikkeling en de implementatie van het ondersteuningsaanbod. Ook het betrekken van de gebruikers wordt als belangrijke toevoeging aangedragen. Ten tweede het doorontwikkelen van het bestaande aanbod met een focus op het bevorderen van de instroom van patiënten. De ervaring leerde een van de experts dat er wel degelijk sprake was van beweegaanbod in haar praktijk, dat er voldoende diabetespatiënten zijn, maar dat weinig of geen van hen er daadwerkelijk gebruik van maken. Een goed overzicht in het aanbod, zowel landelijk als regionaal/lokaal werd eveneens genoemd als belangrijke randvoorwaarde. Aansluitend daarop werd met name voor het lokale en regionale overzicht gesteld dat het van belang is dat deze overzichten, bijvoorbeeld in de vorm van een sociale kaart, up-to-date worden houden. Financiën en vergoeding kunnen hierbij belemmerende factoren zijn.

Voor wat betreft de prioritering in de aanbevelingen werd de aanbeveling met betrekking tot het gebruikmaken van bestaande en nieuwe netwerken voor onderlinge uitwisseling (aanbeveling 7) door alle deelnemers (inclusief de twee mensen die schriftelijk hebben gereageerd) genoemd als een van de vijf aanbevelingen met de hoogste prioriteit.

Het bevorderen van regionale uitwisseling tussen de nulde, eerste en tweede lijn (aanbeveling 8) heeft volgens de deelnemers ook een hoge prioriteit. Deze aanbeveling werd door vijf van de zeven mensen genoemd. Dit geldt ook voor het bekend raken van overzichten van leefstijlinterventies onder professionals (aanbeveling 2) en voor het realiseren van draagvlak en steun voor het gebruikmaken van een ondersteuningsaanbod (aanbeveling 13),

Het identificeren en betrekken van relevante partijen bij een ondersteuningsaanbod (aanbeveling 14) en het snel oppikken en oplossen van complexe problemen samen met zorgprofessionals en beroepsverenigingen (aanbeveling 9) kregen elk drie.

Het stimuleren en faciliteren van professionals om hun interventie te beschrijven en aan te melden bij de I-database (aanbeveling 5) had twee stemmen.

De aanbevelingen op het terrein van het beschikbaar maken van een overzicht (aanbeveling 1), het beschikbaar stellen van materialen en handleidingen (aanbeveling 6), deskundigheidsbevordering (aanbeveling 10), het gebruikmaken van determinanten van vernieuwingen bij het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod (aanbeveling 11) en het betrekken van de gebruiker van een ondersteuningsaanbod (aanbeveling 12) hebben met elk een stem volgens de deelnemers minder prioriteit. Dit geldt ook voor de aanbevelingen om niet te focussen op het ontwikkelen van nieuwe interventies, maar op doorontwikkeling van bestaande interventies (aanbeveling 3) en het gebruikmaken van een planningsmodel bij doorontwikkeling van interventies (aanbeveling 4); geen van de experts noemde deze aanbevelingen in hun 'top vijf'.

4.4 Conclusies

Concluderend kan gesteld worden dat zorgprofessionals behoefte hebben aan inzicht in het lokale aanbod aan leefstijlinterventies. Het vervolgens gebruikmaken van het lokale aanbod vindt idealiter plaats vanuit een multidisciplinaire samenwerking. Een aantal partijen is genoemd dat een rol zou kunnen spelen in het beschikbaar maken en houden van het lokale aanbod en

het ontwikkelen van een ondersteuningsaanbod. Veelgenoemde organisaties zijn de ROS, GGD, gemeenten, RIVM (CGL), maar ook PIL en zorgverzekeraars en natuurlijk de zorgverleners zelf. Omdat het gebruikmaken van het aanbod aan leefstijlinterventies door de regionale zorgprofessionals een lokale aangelegenheid is, is er niet één manier aan te geven waaruit het ondersteuningsaanbod zou moeten bestaan. Per regio, plaats, of op wijkniveau moet met de betreffende zorgprofessionals en andere relevante partijen een passend ondersteuningsaanbod worden samengesteld. Bovenstaande aanbevelingen inclusief de resultaten uit de expertmeeting, kunnen gebruikt worden als handvat bij het vormgeven van het lokale ondersteuningsaanbod. De concrete invulling van het ondersteuningsaanbod zal per regio of wijk echter verschillen. Daarvoor zal iedere keer gezocht moeten worden naar de beste invulling binnen de mogelijkheden en beperkingen die de regio en de organisaties in de regio bieden.

Literatuur

- Albarracín, D., J.C Gillette., A.N. Earl, L.R. Glasman, M.R. Durantini, M.H. Ho (2005). A test of major assumptions about behavior change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin*, 131, 856–897.
- Baan, C.A., C.G. Schoemaker, M.A.M. Jacobs-van der Bruggen H.H. Hamberg-van Reenen, H. Verkleij, S. Heus, J.M. Melse (2009). *Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang*. Bilthoven: RIVM. Rapportnummer 260322004.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bartholomew, L.K., G.S. Parcel, G. Kok en N.H. Gottlieb (2006). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bruin, M. de, W. Vlechtbauer, H.P. Schaalma, G. Kok, C. Abraham en H.J. Hospers HJ. (2009). How adherence care impacts treatment outcomes in HIV: A meta-analysis of randomized controlled trials. Universiteit Maastricht.
- CGL, Centrum Gezond Leven. Beoordelingscriteria interventies. Beschikbaar via: <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/evaluatie/criteria/> [geraadpleegd mei 2011]. Bilthoven: RIVM (CGL), 2011a.
- CGL, Centrum Gezond Leven. Interventies in de I-database. Beschikbaar via: <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/Loketgezondleven.nl> [geraadpleegd mei 2011]. RIVM (CGL), 2011b.
- Empelen P. van, Kok G., Kesteren N.M.C. van, Borne B. van den, Bos A., Schaalma H.P. (2003). Effective methods to change sex-risk behavior among drug users: A review of psychosocial interventions. *Social Science & Medicine*;57: 1593-608
- Fleuren, M., K. Wiefferink en T. Paulussen (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Fysiophysics. Informatie over beweegprogramma Diabetes & Fit via: <http://www.fysiophysics.nl/http://www.bewegenalsmedicijn.nl/Medisch/Programma/Bewegen-als-medicijn-bij-diabetes/> en: <http://www.fysiophysics.nl/Opleidingen/beweegprogramma-diabetes> [geraadpleegd mei 2011]. IJsselstein: Fysiophysics, 2011.
- GGD Amsterdam/ Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Amsterdam. Informatie over JUMP –In. Beschikbaar via: <http://www.jump-in.nl> [geraadpleegd mei 2011]. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2011.
- GGD Zuid Limburg. Informatie over Real fit. Beschikbaar via: <http://www.realfit.nl> [geraadpleegd mei 2011]. Geleen: GGD Zuid Limburg, 2011.

Hamberg-van Reenen, H.H., M.T. van Meeteren-Schram, S.M. Heus, C.A. Baan (2008). Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM. Rapportnummer 260322003.

Janssen, E. en I. de Weerd (2008). Quicksan rond de thema's primaire preventie, vroegtijdige onderkenning en preventie in de zorg. Rescon, research & consultancy: Haarlem.

Kalichman, S.C., M.P. Carey en B.T. Johnson (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: A meta-analytic review of the behavioral outcome literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 6–15.

Leemrijse C.J., Ooms L., Veenhof C (2009). Evaluatie van kansrijke beweegprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen. Fase 2. Utrecht: Nivel.

Mullen, P.D., L.W. Green en G.S. Persinger (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: A comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753–781.

Nederlandse Diabetes Federatie (2010). Kijk op 2009: jaarverslag van de Nederlandse Diabetes Federatie.

Paulussen, T., K. Wiefferink en I. Mesters (2007). Invoering van effectief gebleken interventies. In J. Brug, P. van Assema, L. Lechner (Ed.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: van Gorcom.

Praet, S.F.E., C. van Uden, F. Hartgens, H.H.C.M. Savelberg, K. Toereppel K, R.A. de Bie (2009). KNGF-standaard Beweeginterventie diabetes mellitus type 2. Amersfoort: KNGF.

Sturkenboom, M. en C. Kolner (2010). Plan van aanpak professionals gezond versterkt 2010-2012: ondersteuningsprogramma voor professionals gezondheidsbevordering. Bilthoven: RIVM Centrum Gezond Leven.

Til, J.T. van, J.E. de Wildt en J.N. Struijs (2010). De organisatie van zorggroepen anno 2010: huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. RIVM Rapportnummer 260332001.

Bijlage 1: Lijst van mensen/organisaties die een bijdrage hebben geleverd

Dit rapport had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van velen die een bijdrage hebben geleverd. Hieronder staan (in alfabetische volgorde) de belangrijkste mensen of organisaties die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van de resultaten in dit rapport:

- *Deelnemers expertmeeting: vertegenwoordigers van*
 - DiHag: Diabetes Huisartsen Advies Groep
 - DNO: Diabetes and Nutrition Organization
 - EADV: beroepsorganisatie voor diabeteszorgverlener
 - KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
 - NISB: Nederlands Instituut voor Sport en Beweging
 - Actiz: organisatie van zorgondernemers (schriftelijk)
 - GGD Gerle-Yssel (schriftelijk)

- *Deelnemers interviews:*
 - *Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van:*
 - diëtisten
 - fysiotherapeuten
 - Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)
 - huisartsen en praktijkondersteuners
 - internisten en diabetesverpleegkundige
 - kinderartsen en kinder- of diabetesverpleegkundige
 - thuiszorg
 - *Professionals werkzaam in een Zorggroep:*
 - diabetesverpleegkundige (werkzaam in de eerste lijn)
 - diëtist
 - fysiotherapeut
 - huisarts
 - praktijkondersteuner

- *Organisaties die benaderd zijn voor interventies:*
 - DVN: Diabetes Vereniging Nederland
 - LVG: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
 - NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
 - NIGZ: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
 - NIVEL: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
 - Rivas Zorggroep
 - TNO Kwaliteit van Leven: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
 - Vakgroep gezondheidsbevordering van GGD Nederland
 - Vilans: kenniscentrum voor langdurende zorg
 - ZonMw

- *NDF:*
 - C.J.E. Aarsen
 - Drs. S.M. Bouma
 - Drs. J.A. Dijkstra
 - Dr. ir. S.M. Slotmaker

- *RIVM:*
 - Dr. C.A. Baan
 - Dr. M. van den Berg
 - Dr. D. van Dale
 - C.W.M. van Dijk
 - Drs. A.M. Gommer
 - Drs. M.J.T Sturkenboom

- *Themacommissie Preventie NAD:*
 - C.J.E. Aarsen (NDF)
 - R. Bosma (EADV)
 - L. Butselaar (NISB)
 - Dr. D. van Dale (CGL)
 - Drs. J.A. Dijkstra (NDF)
 - J. Doorenbos (DVN)
 - A. Gnoth (DNO)
 - Dr. K.J. Gorter (DiHag)
 - M. de Jong (Actiz)
 - Prof. dr. B.J.C. Middelkoop (J.P. van Ooijenstichting)
 - Drs. M.A. van Putten (NVvP: Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten)
 - Drs. EA. Rutte (KNGF)
 - Drs. M. Schrijver (Diabetes Fonds)
 - Prof. dr. N. de Vries (vakgroep Gezondheidsbevordering, UM)
 - Dr. Ir. A.M. Werkman (Voedingscentrum)

Bijlage 2: Lijst van organisaties en titels geïnventariseerde interventies (op alfabetische volgorde titels)

Organisatie	Naam interventie
Amstelring	Beter Slapen
Projectenbank Sport & Bewegen	070-Streetsports op RKF playground Campus
Projectenbank Sport & Bewegen	070-Streetsports op RKF playground Hondiusstraat
Projectenbank Sport & Bewegen	070-Streetsports op RKF playground LIPA
GGD Zeeland	18-maanden huisbezoek
Projectenbank Sport & Bewegen	Actief! in Overvecht
Vierstroom	Actieplan overgewicht dikke kinderen (3bhoek)
Projectenbank Sport & Bewegen	Actieve wijk: Lauradorp
Projectenbank Sport & Bewegen	Action 4 Youth
Projectenbank Sport & Bewegen	Active
Stichting in Beweging	ACTOR
Soa Aids Nederland	Advies aan klanten van prostituees
Soa Aids Nederland	Advies aan prostituees en klanten
GGD Hollands Midden vestiging Gouda	Advisering gemeenten in het kader van preventie overgewicht
GGD Hollands Midden vestiging Gouda	Advisering scholen in het kader van preventie overgewicht
Projectenbank Sport & Bewegen	Alle leerlingen actief!
Thebe	Alles over spruiten
GGD Brabant-Zuidoost	Allochtone zorgconsulent
GGD Hart voor Brabant	Allochtonen en gezondheidszorg
Projectenbank Sport & Bewegen	Almere Haven
Stichting Icare	Als botten en spieren protesteren
Vierstroom	Als botten en spieren protesteren
Vierstroom	Als de weegschaal je vijand wordt
GGzE	Alzheimer Café
Indigo Zeeland	Amusementshallen-traject
Projectenbank Sport & Bewegen	Anna Paulowna natuurlijk in beweging
Sutfene	Aqua gerogym
Omring thuiszorg kop van Noord-holland	Aqua sportief
GGD West-Brabant	Armoede en gezondheid van kinderen
GGD IJsselland	Armoede en gezondheid van kinderen
Projectenbank Sport & Bewegen	Art2Move
De Zorgboog	Astma/COPD en bewegen
GGD Midden-Nederland	B.Slim beweeg meer.eet gezond
Stichting Voedingscentrum Nederland	Balansdag
Stichting Voedingscentrum Nederland	Balansdag op het Werk
ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vla	Basiscursus Diabetes
De Stromen en Opmaat Groep	basiscursus diabetes mellitus
Beweging 3.0	Basiscursus 'Gezond eten, lekker sporten'
Stichting Voedingscentrum Nederland	Basisreeks gezond eten en bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen	Be Interactive - vrouwen, sport met ons mee
GGD Hart voor Brabant	Beantwoorden publieksvragen
Thebe	B-eat it!
Projectenbank Sport & Bewegen	Bedumer BOS in beweging
MeanderGroep Zuid-Limburg	Begeleiding cliënten met overgewicht
GGD Hart voor Brabant	Beheer en onderhoud database sociale kaart
Projectenbank Sport & Bewegen	Beïnvloeden risicovolle leefstijlen
Projectenbank Sport & Bewegen	Beïnvloeden van gedrag om de sociale cohesie tussen jeugdigen/jongeren te bevorderen
GGD Hart voor Brabant	Beleidsontwikkeling en advisering preventieaanbod diabetes
Orbis medisch en zorgconcern, divisie Thuiszorg We	Beter in Balans
GGNet: Preventie Oost-Gelderland en De Liemers	Beter in je vel' (voorheen 'In de put, uit de put')
Projectenbank Sport & Bewegen	Bevordering Sportdeelname
GGD Hollands Noorden	Bevordering van Gezond Gedrag in het basisonderwijs
Sensire	Beweeg kriebels
Beweging 3.0	Beweegkriebels
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegkriebels
Projectenbank Sport & Bewegen	BeweegKuur
NIGZ	Beweegmaatje: internetcommunity voor bewegen en sport
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegmanagement
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegmanagement (School en Sport)
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegmanagement Centrum Oost
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegmanagement in Albrandswaard
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegmanagement in Krimpen West
Projectenbank Sport & Bewegen	Beweegtas
Palet	Bewegen

Organisatie

GGZ Breburg

Zorggroep Oude en Nieuwe Land
ZuidZorg / PuntExtra
ZuidZorg / PuntExtra
GGD Hart voor Brabant

Projectenbank Sport & Bewegen
GGD Hollands Midden vestiging Leiden
Sensire
GGD Hart voor Brabant
GGZE

GGD Midden-Nederland
GGD Brabant-Zuidoost
GGD Brabant-Zuidoost
Vérian (v/h Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe)
GGD IJsselland
Projectenbank Sport & Bewegen
GGD Rotterdam-Rijnmond
GGD Kennemerland
GGD Amsterdam
Stichting Voedingscentrum Nederland
GGD West-Brabant
GGD Brabant-Zuidoost
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen

VUMC, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde

Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Stichting Voedingscentrum Nederland
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen

Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Nederlandse Bridge Bond
GGNet: Preventie Oost-Gelderland en De Liemers
Vlietland Ziekenhuis
Orbis GGZ
GGD Hart voor Brabant
Thuiszorg West-Brabant

Vierstroom
De Zorgboog
Florence
Zuwe Zorg (voorheen WeideSticht)
GGD Amsterdam
Evean Zorg (locatie Purmerend)
Florence
Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Florence
RIAGG Rijnmond
Vivent
Projectenbank Sport & Bewegen
Thuiszorg West-Brabant
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
NIGZ
Projectenbank Sport & Bewegen
GGD Hollands Midden vestiging Gouda

ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
Stichting Voedingscentrum Nederland

Naam interventie

Cursus voor jongeren met een (beginnende) eetstoornis: in gevecht met je lichaam
Cursus ziekenverzorging thuis
Cursus Zwanger & In vorm - Goed voorbereid
Cursus Zwanger & In vorm - Na de bevalling (postnatale gymnastiek)
Cyclus voorlichtings-/doe-bijeenkomsten overgewicht volwassenen uit lage ses-groepen
Dagarrangement BOS-impuls Appingedam
De beweegwinkel in Leiden Noord
De blaas de baas
De brede school Gezond en veilig
'De familie centraal', themabijeenkomsten voor familieleden en mantelzorgers van ouderen met psychiatrische problemen
De Familie Lekkerbek
De Familie Lekkerbek in balans...
De Familie Lekkerbek op bezoek bij Korein Kinderplein
De Gezonde HAP&STAP Vierdaagse
De 'Gezonde HAP&STAP Vierdaagse'
De Gezonde school Oost Souburg
De Gezonde Schoolkantine
De Gezonde Schoolkantine
De Gezonde Schoolkantine
De Gezonde Schoolkantine
De gezonde schoolkantine
De Gezonde Schoolkantine
De Gezonde Wijk
De Haagse Sporttuin
De Klas Beweegt! (DKB!) Houding, beweging en ontspanning in het klaslokaal
De minimale interventiestrategie gericht op ouders ter preventie van overgewicht bij hun kinderen

De Speelbus
De sportieve wijk
De stadssector Oost in Buurt, Onderwijs en Sport (BOS)
De studentenkeuken
De wijk: een bron van energie
De Zaanse jeugd beweegt! Club Extra, Club Move, Sportbuurtwerk en Jeugd sportfonds
De Zaanse jongeren bewegen! Sporth@ckers en Jeugd sportfonds
Denk, beweeg en verander!
Denken en Doen
Denken en Doen
Depressiepreventie bij volwassenen
Deskundigheidsbevordering (leerling)verpleegkundigen
Deskundigheidsbevordering verzorgingshuizen
Determinantenbeleidsscreening
Diabetes - Voorlichtingsbijeenkomsten en cursus diabetes voor Allochtonen
Diabetes educatie voor Marokkaanse vrouwen met diabetes mellitus
Diabetes en bewegen
Diabetes en bewegen
Diabetes Mellitus
Diabetes voorkómen
Diabeteseducatie
Diabetesspreekuur
Diabeteszorg beter
Diabeteszorg voor hindoestanen
Doe meer voor jezelf!! Turkse versie
Doelgroep training diabetes
Doetinchem-Zuid op voetbalstelden!
Door dik en dun
Door dik en dun met de jeugd van Kampen
Doorlopende beweegleerlijn 2007-2010, Atolwijk
Doorlopende beweegleerlijn 2007-2010, Boswijk
Doorlopende beweegleerlijn 2007-2010, Kustwijk
Doorlopende beweegleerlijn 2007-2010, Waterwijk
Doorlopende beweegleerlijn 2007-2010, Zuiderzeewijk
Duale sportdocent/naschoolse (sport)activiteiten
Duurzaam Bewegen
Een BOSrijk Staphorst
Een mond vol tanden; programma mondgezondheid voor speciaal onderwijs
Een zieke thuis en dan? (voorheen cursus voor mantelzorgers)

Eet Doe Dingen

Organisatie

ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
 GGD IJsselland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Zorggroep Almere
 CordaanThuiszorg
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 De Stromen en Opmaat Groep
 Pantein
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Palet
 Vierstroom
 GGD West-Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Beweging 3.0
 GGD Hart voor Brabant
 Florence
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD IJsselland
 GGD Regio Nijmegen
 Stichting opgroeiende kinderen
 Stichting opgroeiende kinderen
 Stichting opgroeiende kinderen
 NIGZ
 Pantein
 Beweging 3.0
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 Lentis: Welnis Preventie
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 MeanderGroep Zuid-Limburg
 Context, Centrum voor GGZ preventie
 Beweging 3.0
 Vierstroom
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Vivent
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 Thuiszorg Rotterdam
 GGD West-Brabant
 GGD Zuid-Limburg
 De Borg
 Beweging 3.0
 Orbis medisch en zorgconcern, divisie Thuiszorg
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GG&GD Utrecht
 GGD Brabant-Zuidoost
 Sensire
 Beweging 3.0
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Werkt voor Ouderen (i.s.m. Verzorgingshuis)
 NIGZ
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Palet
 Beweging 3.0
 Stichting Icare
 GGD Hart voor Brabant
 Carint Thuiszorg (onderdeel Carint Reggeland Groep)

Naam interventie

Eet en Beweeg (voorheen Gezond Gewicht)
 Eet GoedKoop Gezond
 Eetplezier en Beweegkriebels ouderworkshop
 Eetplezier en Beweegkriebels Scholing
 Eetproject stedenpunt
 Eetspreekuur OKC
 Enjoy and Move, gemeente Zuidhorn
 Eten + gymmen = gewicht dimmen!
 Eten de baas worden; cursus voor vrouwen met een eetprobleem
 Eten en Gymmen = Gewicht Dimmen
 Extra Lekker Fit
 Egelshoven in beweging
 Familiezorg Thuis
 FF sporten
 Fietsworkshop
 Fit door 't leven
 Fit- en gezondheidstestdag
 Fit met verstand in Zwartewaterland
 Fit Today Kids
 Fit2fun
 Fitheidscheck
 FLITS: Fit Leven en Integreren door Training en Sport
 Frisse Scholen in Overijssel
 Fruitproject
 Funfit 5-8 jaar
 Funfit 9-12 jaar
 Funfit voor peuters
 Ga voor gezond!
 GALM/ SCALA Brabant
 Gastlessen gezonde voeding voor basis- en voortgezet onderwijs
 Geef het gezonde voorbeeld!
 Gein in BOS
 Gelijke gezondheid, gelijke kansen (GGGK)
 Geluk moet je pakken
 Gemeenschappelijke wijk: Abdissenbosch
 Gemeentelijk Jaarverslag
 Gemeentelijke ouderavond
 Gespreksgroepen voor mantelzorgers van dementerenden
 Get Smart
 Gewichtsreductieprogramma
 Gezond & Vitaal
 Gezond bewegen
 Gezond bewegen door de jeugd
 Gezond bewegen voor mensen met een CVA
 Gezond bouwen
 Gezond en fit spreekuur
 Gezond en Vitaal
 Gezond en vitaal ouder worden
 Gezond en Wel voor ouderen in de wijk
 Gezond eten tijdens de zwangerschap
 Gezond Genieten, Lekker Belangrijk
 Gezond Gewicht Assistent
 Gezond Gewicht Overvecht
 Gezond in de buurt
 Gezond leven met diabetes
 Gezond leven met diabetes
 Gezond op School
 Gezond opgroeien in de Noordflank
 Gezond opgroeien in de Staart
 Gezond opgroeien in Krispijn
 Gezond opgroeien in Wielwijk
 Gezond sporten en spelen
 Gezonde leefstijl
 Gezonde Leefstijldag
 Gezonde School
 Gezonde School
 Gezonde voeding
 Gezonde voeding & leefstijl
 Gezonde voeding als u ouder wordt (themabijeenkomst 55+)
 Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten
 Gezonde voeding van jong tot oud: een totaal programma

Organisatie

Beweging 3.0
 Projectenbank Sport & Bewegen

Nederlandse Hartstichting
 Indigo Drenthe
 GGD Hart voor Brabant
 Zorggroep Oude en Nieuwe Land
 Groenekruis Domicura
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Stichting de Wielborgh
 GGD Regio Twente
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Rutgers Nisso Groep
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD West-Brabant
 Pantein
 GGD Zuid-Limburg
 Zorggroep Almere
 Stichting Icare

GGD Hart voor Brabant
 GGD Gooi & Vechtstreek

GGD Gooi & Vechtstreek
 GGD Gooi & Vechtstreek

GGD Gooi & Vechtstreek
 GGD Gooi & Vechtstreek
 GGD Gooi & Vechtstreek
 GGD Gooi & Vechtstreek
 GGD Gooi & Vechtstreek
 MeanderGroep Zuid-Limburg
 GGD Kennemerland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGZ Friesland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 Sensire
 Thebe
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Thuiszorg De Zellingen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD West-Brabant
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Dimence
 GGNet: Preventie Oost-Gelderland en De Liemers
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Indigo Utrecht
 Reinier van Arkel groep
 Indigo Zeeland
 Indigo Gelderland

ViVa! Zorggroep
 RIAGG Maastricht
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 GGD Zaanstreek-Waterland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GGD West-Brabant

Naam interventie

Gezonde voeding voor kinderen
 Gezonder leefgedrag en sportstimulering voor jeugdigen die opgroeien in achterstandssituaties
 Gezonderwijs
 Gezondheid in balans
 GezondheidsActiePunten (GAP)
 Gezondheidsbureau voor senioren (60+)
 Gezondheidscheck
 Gezondheidseffectscreening (GES)
 Gezondheidsmonitor Ouderen
 Gezondheidsmonitor Volwassenen
 Gezondheidsspreekuur voor ouderen
 Gezondheidswijzer Plus
 GGD Gezondheidsatlas
 GGD Wijzer voor het basis- en speciaal onderwijs
 Gilze en Rijen in Beweging
 Girls' Talk
 Goal without alcohol
 GOED, BETER, BOS (Marum)
 Goede voeding hoeft niet veel te kosten
 Goede voeding hoeft niet veel te kosten
 Goede voeding hoeft niet veel te kosten
 Goede voeding hoeft niet veel te kosten
 Goede voeding voor ouderen; fit zijn en fit blijven (scholing medewerkers)
 Gokconvenant activiteiten
 Gooi in Beweging, Begeleidingsprogramma voor kinderen met overgewicht
 Gooi in Beweging, Bewegen en (op)voeden
 Gooi in beweging, Integrale aanpak Preventie van Overgewicht en bewegingsarmoede in de regio Gooi en Vechtstreek
 Gooi in Beweging, Ketensamenwerking
 Gooi in Beweging, Kids for Fit
 Gooi in Beweging, Ruimte voor Bewegen
 Gooi in Beweging, VMBO on the move
 Gooi in Beweging, VO dubbel actief
 Grip op uw Gewicht
 Groep 6 On The Move
 Groep 8 on the road
 Groep voor asielzoeksters met spanningsklachten
 Groninger Actief Leven Model (GALM)
 Gvo-programma basisonderwijs
 Gymnastiek na de bevalling
 Gymnastiek na de bevalling
 Haal ons erbij in Osseveld Woudhuis
 Haalbaarheidsonderzoek Zorgbalans
 Haarle beweegt
 Haarlem Boerhaavewijk-Meerwijk
 Haarlem Europawijk-Molenwijk
 Haarlem Oost
 Halt! U valt'
 Hap en Stap
 Hapjes voor de eerste stapjes
 Hapstaptest
 Hardlooptraining Ontspannen door inspannen
 Hardlooptraining voor mensen met stress, spanning en somberheid
 Hartstikke Gezond in Boelenslaan
 Hartstikke Gezond in Kootstertille
 HÉ / Helpdesk Eetstoornissen
 Head Up
 Health 4U
 Health 4U: trainingsprogramma ter verbetering van levensstijl voor mensen met psychische klachten
 Health Check
 Health4U
 Heb je 't al gehoord? BOS-sen in Malburgen Oost-Noord 2006 -2009
 Helder(s) beweegmanagement De Schooten
 Helder(s) Beweegmanagement Julianadorp
 Helder(s) beweegmanagement Nieuw Den Helder/Tuindorp
 Helpdesk Rotterdam Lekker Fit!
 Hepatitis A Vaccinatiecampagne voor kinderen van 1 t/m 15 jaar
 Het Glas in Zevenhuizen
 Het Nieuwe Eten
 Heusdenhout, goed gestemd in beweging!

Organisatie

Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Den Haag
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD IJsselland
 Mediant Centrum Preventieve GGZ
 Sensire
 Prestar
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Vierstroom
 Albert Heijn
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Zeeland
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant

 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vla
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Symfora Groep Gooi en Vechtstreek
 GGZE
 WWZ-Mariënstaete-Valent
 GGD Hart voor Brabant
 Vierstroom
 Sensire
 GGZE
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-
 Vlaanderen)
 GGD Hart voor Brabant
 Sensire
 Fiom
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant

 GGD Regio Twente

 GGD Regio Twente

 GGZ Nijmegen
 Stichting Icare

 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 GGD Groningen
 GGD Groningen

 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen

 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hollands Midden vestiging Leiden
 GGD Amsterdam
 GG&GD Utrecht
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen

Naam interventie

Heuvel beweegt
 High Five 4-12 en 12-19
 Hoograven Sportwijk!
 HOPLA!
 Horizonsport Oss
 Houd jij je mond... schoon, gaaf en gezond?!
 How to keep your life in balance t.b.v. asielzoekers
 Huisbezoeken CVA-getroffenen en hun partners
 ID-methode Prestar
 Iedere dag bewegen op de Elout
 Iedereen speelt mee in De Bewegende School
 Iedereen speelt mee in de De Sportpoort
 Iedereen speelt mee in Ittersum
 Iedereen speelt mee in Stadshagen
 Inloopochtenden voor ouders van 0-4 jarigen
 Ik eet het beter
 Ik hang: en ik sport!
 Ik sport
 Implementatie Gezonde School Methode
 Implementatie Handleiding overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid
 Implementatie lokaal plan van aanpak Integrale preventie
 overgewicht
 In balans/valpreventie
 In Balans: een laagdrempelig valpreventie/valreductie project
 In beweging naar een gezonde leefstijl - Akersloot
 In beweging naar een gezonde leefstijl - Castricum-Oost
 In beweging naar een gezonde leefstijl - Limmen
 In beweging naar een gezonde leefstijl Castricum West
 In de put uit de put 55-: Preventie van depressie bij volwassenen
 In de put, uit de put voor volwassenen: zelf depressiviteit overwinnen
 Individueel advies gezonde voeding
 Individuele begeleidingscontacten overgewicht schoolkinderen
 Individuele voedingsvoorlichting
 Individuele voorlichting en advies op maat
 Individuele coaching van mensen met werk gerelateerde klachten
 Infomodule Gezonde eet- en drinkgewoonten bij hartrevalidatie

 Infopunten
 Informatiedag CVA-getroffenen en hun partners
 Informatiedag CVA-getroffenen en hun partners
 Inspirerend sportaanbod door BOS-driehoek
 Integrale aanpak van 1 of meer thema binnen de Gezonde en veilige
 school
 Integrale aanpak van kinderen met overgewicht in de gemeente
 Almelo
 Integrale aanpak van kinderen met overgewicht in de gemeente
 Enschede
 Interculturalisatie
 Interdisciplinair programma zelfmanagement en bewegen (COPD,
 diabetes en gezond gewicht)
 Interventieverleg/deelname aan lokaal overleg en lokale
 conferenties
 Interventies Valpreventie
 IRun2BFit
 Jeugd Actief
 Jeugdavondvierdaagse
 JGZ: Meet & weight
 JGZ-ondersteuning kinderen met overgewicht volgens
 overbruggingsplan
 Jij in beweging (Haaren in beweging voor de Jeugd)
 Join - Us, scholenconcentratiegebied Dirksz Admiraal
 Jong aan zet!
 Jong geleerd - oud gedaan
 Jonge leu en gezond leven (BOS impuls)
 Jonge Leu in Action' voorheen onder de naam 'sportstimulering in
 aandachtswijken'
 Jongeren Actief Gemeente Berkelland (2008-2011)
 Jongeren in Beweging
 JongerenSportClub De Maten
 Jongleren door vallen en opstaan (BOS impuls 2008 - 2011)
 Jong-leren, oud gedaan
 JUMP-in
 Kanaleneiland gezond
 Kanaleneiland in beweging!
 Ketenaanpak Actieve Leefstijl Chronisch Zieken

Organisatie

GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Pantein
 Projectenbank Sport & Bewegen
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 Vierstroom
 Beweging 3.0
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD West-Brabant
 Stichting Consument en Veiligheid
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Universiteit Maastricht Vakgroep Gezondheidsvoorlichting
 Jong Ondernemen
 GGD Hart voor Brabant
 Vierstroom
 Faktor5
 Sensire
 Leefstijl
 CordaanThuiszorg
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 MT Coaching
 Activite
 Stichting Werkt voor Ouderen (i.s.m. Verzorgingshuis)
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 GGD West-Brabant
 GGD West-Brabant
 Nederlandse Hartstichting
 GGD Midden-Nederland
 GGD Zuid-Holland West
 Nederlandse Hartstichting
 Nederlandse Hartstichting
 Vivent
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vla
 Amstelring
 Prezens
 Indigo Gelderland
 Indigo Utrecht
 GGZ Noord en Midden Limburg,
 Indigo Gelderland
 Parnassia Bavo Groep, Zorgservice afdeling Prevent
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 GGD Hollands Midden vestiging Gouda

De Stroom en Opmaat Groep
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 NIGZ
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
 Vivent
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Vierstroom
 Thebe
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Vierstroom
 GGzE
 Pantein
 Thebe
 GGD Amsterdam
 Projectenbank Sport & Bewegen

Naam interventie

Ketenvorming preventie diabetes
 Ketenvorming preventie overgewicht
 Ketenvorming/netwerkontwikkeling preventie
 KI-AI , een wave van weerbaarheid door de wijk
 Kids Gym Actief
 KIDS Sport in Oost (Gezond leven in Oost)
 Kidsfitclub

Kies ik gezond? tool
 Kies voor Hart en Sport
 Kies voor Hart en Sport (Kies)
 Kies voor je gebit; voorlichting mondgezondheid groep 3 en 4
 Kijk op diabetes
 Kijk op diabetes, voorlichtingsbijeenkomst
 Kinderen in beweging met de sportbuurtclub
 Kinderen In De Sport (KIDS)
 Kinderkoken
 Kinderkoken
 Kinderveiligheidscampagne 'Vallen van hoogte'
 Kom in beweging voor jezelf en voor een ander
 Krachtvoer
 Kweekie, je eigen groenten in één weekie!
 Landelijke Publiekscampagnes
 Leef je sterk
 LEEF!
 Leefgezondcoach
 Leefstijl
 Leefstijl spreekuren
 Leefstijlcampagne Gezond Gewicht
 Leefstijlcoaching - Gezond leven (particulier als bedrijfsleven)
 Leefstijlprogramma diabetes
 Leefstijlprogramma VIEF Diabetes
 Lekker Belangrijk Magazine
 Lekker Belangrijk website
 Lekker Fit
 Lekker Fit
 Lekker Fit! in Breda
 Lekker fit! lesmethode
 Lekker fit! lesmethode
 Lekker Fit! lesmethode
 Lekker fit! ouderbijeenkomst
 Lekker fit!-Kids in Balance combi
 Leren Masseren
 Iesopzet voor de basisschool
 Leven met Diabetes
 Leven met een chronische ziekte
 Lichaamsgerichte groep voor buitenlandse vrouwen
 Lichte dagen, donkere dagen
 Liever bewegen dan moe
 Liever bewegen dan moe
 Liever Bewegen dan Moe
 Lijf in balans, de jeugd pakt met sport zijn kans!
 Lijf in Balans, grijp je kans! Gezonde voeding en beweging in de regio
 Midden-Holland
 Lijn jij?
 Lokaal Actief
 Lokale implementatie Bewegen op recept
 Lokale kernboodschappen
 Lunchwandelen

Mantelzorgondersteuning
 Masseren, niet verleren
 Materialen: ontwikkelen, beheren en ontsluiten
 MeeDoen in De Greiden
 Meer bewegen voor ouderen
 Meer bewegen, anders eten
 Meer Stilstaan bij Bewegen
 Meer weten over Diabetes Mellitus type 2, groepseducatie
 Met plezier naar school
 Metercontroledag
 Minder stress door autogene training
 Mondgezondheid
 Move It

Organisatie

GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Icare
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Staatsbosbeheer
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)
 Mediant Centrum Preventieve GGz
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Sensire

Thebe
 GGD Hollands Midden vestiging Leiden
 GGD Gelre-IJssel
 Thebe
 MeanderGroep Zuid-Limburg
 Groenekruis Domicura
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Pantein
 Pantein
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGzE
 Thuiszorg West-Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Brabant-Zuidoost
 GGD Brabant-Zuidoost
 Sutfene
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 GGD Gooi & Vechtstreek
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Icare
 Thebe
 Osira
 GGD Amsterdam
 Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GGD Amsterdam
 VUMC, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde
 Thuiszorg West-Brabant

Thuiszorg West-Brabant
 Thuiszorg West-Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Sensire
 Evean Zorg (locatie Purmerend)

GGD Drenthe
 Nederlandse Hartstichting
 Projectenbank Sport & Bewegen
 NIGZ
 GGD Hart voor Brabant

Orbis medisch en zorgconcern, divisie Thuiszorg
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Meducation for Kids
 Omring thuiszorg kop van Noord-holland
 CordaanThuiszorg
 GGD Hart voor Brabant

Naam interventie

Move your heart, eat smart
 MoveFit
 Move-it Julianadorp
 Moving Kids in Hilversum Noord (BOS-impuls)
 Moving Kids in Hilversum Oost (BOS-impuls)
 Multi Culti
 Naar een Gezond Gewicht
 Nationale Traploopleweek 2010
 Natuursprong

Nazorg aan kankerpatienten

Nederland krijgt DIKKE problemen
 Netwerk allochtone werkers in zorg, welzijn en onderwijs
 Niedorp in Beweging
 NJOY
 Noord-West 3x RAAK!!!
 Nordic walking + spreekuur fysiotherapie voor mensen met hart- en vaatziekten
 OK!
 Okido (Overgewicht bij Kinderen In De Ontwikkeling)
 Okido- Overgewicht bij Kinderen in de Ontwikkeling
 Omgaan met knieartrose
 Omgaan met reuma
 Omgaan met stress
 On the Move 2005 - 2008
 Ondersteunen nota Lokaal Gezondheidsbeleid
 Ondersteunen thematische beleidsontwikkeling/advisering
 Ondersteuning aan huisartsenpraktijken bij diabeteszorg
 Ondersteuning bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk
 Ondersteuning bij publieksevenementen
 Ondersteuning regiefunctie ketenoverleg OGGZ
 Ondersteuning thematische beleidsontwikkeling
 Ondersteuningsgroep voor partners van jong-dementerenden
 Ondersteuningsgroep voor partners van dementerenden
 Ontbijt in de klas
 Ontbijt project: Voed je goed, voel je goed
 Oosterpark in Beweging
 Oostzaanse jongeren in beweging
 Op Stap met de Familie Lekkerbek
 Op Stap met een gezond ontbijt
 Op zoek naar zin
 Opvoeden en Eten met Plezier!
 Opvoedondersteuning
 Oranjesponsorloop
 Osteoporose (themabijeenkomst 55+)
 Ouder worden, gezond blijven
 Ouderen Consultatiebureau De Baarsjes
 Ouderen in beweging
 Ouderenconsult Arnhem (Consultatiebureau voor ouderen)
 Over Gewicht
 Over gewicht gesproken
 Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht
 Overgewicht bij kinderen - Thema-avonden voor ouders van peuters en kleuters
 Overgewicht bij kinderen - Voorlichting basisscholen
 Overgewicht en bewegen
 Overgewicht te lijf! De Familie Lekkerbek
 Partnercursus
 Periodieke gezondheidscontrole bij senioren gericht op vroegsignalering en behandeling
 Persoonlijk InterventiePlan Overgewicht (PIPO)
 Pimp Mijn Plein
 Plan jeugdstimulering gemeente Dongen / move
 Plan van Aanpak SEGV / gezond Leven
 Plan van aanpak sociaal economische gezondheidsverschillen in kleine kernen/gemeenten
 Plezierig actief
 Portaal GezondBrabant.nl
 Premie op actief! in Zuid
 prentenboek 'Kikker Spat wordt kampioen!'
 Preventie overgewicht bij kinderen
 Preventie tabaksverslaving in de thuiszorg
 Preventieactiviteiten overgewicht jeugd Ontbijtproject

Organisatie

GGD Hart voor Brabant

ZuidZorg / PuntExtra
GGD Zuid-Limburg

Palet
Carint Thuiszorg (onderdeel Carint Reggeland Groep)

GGZ Delfland
Careyn (Hoofdkantoor)
Thuiszorg Groningen
Sensire
Sensire

Thuiszorg Groningen
Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland
Zuwe Zorg (voorheen WeideSticht)
Thuiszorg Groningen
Sensire
GGD West-Brabant

Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland
ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen)

GGD Hart voor Brabant
Context, Centrum voor GGZ preventie
Mediant Centrum Preventieve GGZ
Zuwe Zorg (voorheen WeideSticht)
GGD Hart voor Brabant

Context, Centrum voor GGZ preventie
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
GGD Hollands Noorden
Evean Zorg (locatie Purmerend)
Projectenbank Sport & Bewegen
GGD Hart voor Brabant
GGD Hart voor Brabant
GGD Hart voor Brabant
CordaanThuiszorg

Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Thebe
Groenekruis Domicura
RIAGG Maastricht
GGD Brabant-Zuidoost
GGD Zuid-Limburg
ViVa! Zorggroep
Orbis medisch en zorgconcern, divisie Thuiszorg
GGD Hart voor Brabant
GGD Zuid-Limburg
GGD Hart voor Brabant
GGD Hart voor Brabant
GGD Hart voor Brabant
GGZ Noord-Holland Noord
GGD Rivierenland
GGZ Breburg
Mediant Centrum Preventieve GGZ
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
GGD IJsselland
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
De Zorggroep
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen
Projectenbank Sport & Bewegen

Naam interventie

Preventieactiviteiten overgewicht volwassenen -
Voedingsbijeenkomsten op maat bij bestaande groepen
Preventief adviserend huisbezoek valpreventie
Preventief gezondheidsonderzoek bij leerlingen in kader van
schoolgezondheidsbeleid
Preventief huisbezoek
Preventiekracht Carint Reggelandgroep / SbT: naar integraliteit in
preventie in Twente
Preventieprogramma angst bij volwassenen
Preventieprogramma Consultatiebureau voor Senioren
Preventieprogramma Diabetes
Preventieprogramma Diabetes
Preventieprogramma nazorgprogramma CVA-getroffenen en hun
partners
Preventieprogramma Ouderen, interventie Seniorenspreekuur
Preventieprogramma Overgewicht
Preventieprogramma Overgewicht
Preventieprogramma Overgewicht
Preventieprogramma Overgewicht/ gezonde voeding/ beweging
Preventieprogramma voor mensen met een lage sociaal-economische
status (SES)
Preventieproject diabetes mellitus
Preventieve huisbezoeken bij ouderen

Procesbegeleiding thematische beleidsvorming
Programma arbeid en gezondheid
Programma preventie van angststoornissen
Programma Valpreventie
Project allochtone zorgbemiddelaar/allochtone zorgconsulent in de
huisartsenpraktijk
Project Bloemhof
Project Sittard-Geleen BOS stadsdeel 1
Project Sittard-Geleen BOS stadsdeel 2
Project Sittard-Geleen BOS stadsdeel 3
Project Sittard-Geleen BOS stadsdeel 4
Project Sittard-Geleen BOS stadsdeel 5
project 'Voeding & Beweging'
Project: Lekker Fit
Projectplan BOS Middelburg (2007-2010)
PSHI beleidsontwikkeling en advisering
Publieksinformatie Diabetes
Publieksinformatie in het kader van lokale projecten
Publieksvoorlichting in het kader van Kijk op diabetes en/of Lang
leven hart en vaten
Puur Energiek: BOS-project in Emmeloord centrum en oost
Puur Energiek: BOS-project in Groendorpen Noordoostpolder
Real Fit
REAL FIT
Real Fit
Real Fit
Realfit
Realfit
Realfit
Realfit
Regionaal Kompas Volksgezondheid
Regionaal Preventie Platform Jeugd Westelijke Mijnstreek
Regionale database Sociale kaart/ ZorgwelBrabant
Regionale Volksgezondheidstoekomstverkenning (RVTV)
Relatiebeheer
Ringrose Groep
Rivierenland in Balans
Rots en Water
Runningtherapy
Samen actief in de Westwijk van Vlaardingen
Samen actief in de wijk
Samen Doen !
Samen gezond
Samen Gezond!
Samen in Actie in de Lemmerwegwijken
Samen in Actie in de wijk Sperkhem
Samen Spelen en Sporten
Samen Sporten
Samen stap voor stap afslanken
Samen Sterk op weg in het Centrum
Samen sterk op weg in Noord
Samen Sterk op Weg in Wildervank/Bareveld

Organisatie

Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 NIGZ
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Vivent
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Stichting Consument en Veiligheid
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GG&GD Utrecht
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 CordaanThuiszorg
 Sensire
 Sensire
 Sensire
 Vierstroom
 Groenekruis Domicura
 GGD West-Brabant
 Orbis medisch en zorgconcern, divisie Thuiszorg
 Vierstroom
 Rivas Zorggroep
 Stichting Pharos
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 ZuidZorg / PuntExtra
 ZuidZorg / PuntExtra
 Parnassia Bavo Groep, Zorgservice afdeling Preventie
 ZuidZorg / PuntExtra
 Indigo Utrecht

 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Pharos
 GGD West-Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Zeeland
 De Zorgboog
 WWZ-Mariënstaete-Valent
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Icare
 Soa Aids Nederland
 Stichting Consument en Veiligheid
 Projectenbank Sport & Bewegen

 GGD Hart voor Brabant
 CordaanThuiszorg
 Thebe
 Projectenbank Sport & Bewegen
 WWZ-Mariënstaete-Valent
 WWZ-Mariënstaete-Valent
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 GGD Hart voor Brabant
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 Projectenbank Sport & Bewegen

 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD West-Brabant
 ViVa! Zorggroep
 GGD Amsterdam
 Thuiszorg West-Brabant

Naam interventie

Stimulering Basisbeweging
 Stimuleringsprijs De Gezonde Schoolkantine
 Strategisch plan Bewegen
 Superchefs
 Supermarktvorlichting
 SuperShopper online game
 SuperShopper supermarktrondleiding
 SuperShopper-tour
 Surfen naar Sportblessurepreventie
 t Bos-offensief
 t KruidenBOS
 Taal-motoriek cursus
 Take Care
 Task Force 50-plus
 Teamtraining Relationele en seksuele vorming (RSV)
 Teens on the Move
 Tegengaan Overgewicht Kinderen (TOK)
 Texel, eiland in beweging
 Thema kijk op chronische ziekten
 Themabijeenkomst diabetes
 Themabijeenkomst Overgewicht
 Themabijeenkomsten gezond gewicht
 themabijeenkomsten gezonde voeding
 Themabijeenkomsten kind en overgewicht
 Themabijeenkomsten op scholen en voorschoolse voorzieningen
 Themabijeenkomsten ouderen
 themabijeenkomsten over diverse gezondheidsthema's
 Therapeutisch zwemmen
 Thuis in Burgerschap
 Thuis Op Straat
 Toe BOS ornot Toe BOS
 Topscore Bergen op Zoom
 Training Artrose van de heup
 Training Artrose van de knie
 Training 'Liever Bewegen dan Moe'
 Training Vallen verleden tijd
 Turkse en Marokkaanse volwassenen en ouderen met angst- en depressieklachten
 Tussen- en Naschoolse Sport
 Tynaarlo, ster(k) in beweging
 Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in GGZ
 Uitvoeren epidemiologisch onderzoek
 Urban Lifestyle
 Vaccinatiegraadbevordering Zeeland
 Valpreventie
 Valpreventie 'In balans'
 Van Klacht naar Kracht, activerende ketenzorg in de wijk
 Van overlast naar samenspel 2006
 Van passieve naar actieve jeugd
 Veilig lopen met de rollator
 Veilig werken (Gezond en sterk in sekswerk)
 Veiligheidsmanagement in de Zorg
 Verbetering sociale vaardigheden door het aanbieden van sportactiviteiten
 Verstrekken gezondheidsinformatie
 Vervolg huisbezoek: 'Val niet thuis'
 Vervolg cursus meer bewegen, anders eten
 Vet bewegen in Heumen
 Vet Cool (cursus voor tieners met neiging tot overgewicht)
 Vet Strak
 VETC-cursus 'Gezond oud worden' voor allochtone ouderen
 VETC-cursus Gezonde voeding en afvallen
 VETC-Cursus 'Leven met Diabetes' voor allochtone diabetespatiënten
 Vetlekker
 Vierkant achter de BOS-driehoek, een brede schoolarrangement in Amersfoort
 Vitale Kernen in Zenderen/ Hertme
 Vlietzone
 VMBO leerlingen in beweging
 Voeding en beweging 60+
 Voedingscheck
 Voedingslessen in een budgetteringscursus
 Voedingstelefoon

Organisatie

Activite
 Amstelring
 De Stromen en Opmaat Groep

 Beweging 3.0
 GGD Den Haag
 Nederlandse Hartstichting

 GGD Hollands Midden vestiging Gouda
 ZorgSaam Thuis (v/h Stichting Thuiszorg Zeeuws-
 Vlaanderen)
 WWZ-Mariënstaete-Valent

 WWZ-Mariënstaete-Valent

 Vierstroom
 Indigo Zeeland
 Nederlandse Hartstichting
 GGD Hart voor Brabant

 Beweging 3.0
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GGD Zuid-Holland West
 GGD Zaanstreek-Waterland
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Cardea Jeugdzorg
 Stichting Voedingscentrum Nederland
 GGD Rotterdam-Rijnmond
 Soa Aids Nederland
 Trimbos-instituut
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Zuid-Limburg

 GG&GD Utrecht
 GGD Hart voor Brabant
 Zorggroep Oude en Nieuwe Land
 Indigo Drenthe
 Vierstroom
 GGD Regio Nijmegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hart voor Brabant
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Projectenbank Sport & Bewegen
 Erasmus MC - centrumlocatie (Dijkzigt)
 Groenekruis Domicura
 MeanderGroep Zuid-Limburg
 Zorggroep Almere
 Projectenbank Sport & Bewegen
 GGD Hollands Midden vestiging Leiden
 Sensire
 Zorggroep Oude en Nieuwe Land

Naam interventie

Voedingsvoorlichting
 Voedingsvoorlichting
 Voedingsvoorlichting aan ex-verslaafden ter voorbereiding op
 terugkeer in de maatschappij
 Voedingsvoorlichting voor diabetes
 Voedselinfectie bij ouderen
 Voorleesboek 'Hartsvriendjes De avonturen van Kris Krokodil' Plus
 knuffel van Kris Krokodil
 Voorlichting Eigen Taal en Cultuur
 Voorlichting gezonde voeding

 Voorlichting gezonde voeding aan basisschoolleerlingen (ontbijtlessen
 en lessen over tussendoortjes)
 Voorlichting gezonde voeding aan ouders en verzorgers van
 basisschoolleerlingen
 Voorlichting op basisscholen
 Voorlichting over eetstoornissen
 Voorlichting over gezonde leefstijl 'wie een hart heeft'
 Voorlichtings-/doe-bijeenkomst overgewicht volwassenen uit lage
 SES-groepen
 Voorlichtingsbijeenkomst
 Voorlichtingsbijeenkomsten hoogrisicogroepen diabetes
 Voortgezet Onderwijs in Beweging
 Vrijblijven(d) sporten
 Vrijheidswijk
 Wachtkamervoorlichting
 Wat beweegt jong Heemse?
 Wateetenbeweegik-Bus
 Wateetenbeweegik-Bus
 Website Gezond Trakteren en Tussendoortjes
 Weer(baar) bewegen in Schagen
 Weer(baar) bewegen in Zijpe 2007-2010
 WEET & BEWEEG
 Weet wat je eet
 Wensen & Grenzen
 Werkplekforum
 Werkstresstraining
 West Beweegt
 WhoZnext
 Wieringermeer in Beweging
 Wij(k) in beweging
 Wijhe, IJsselsterk in Beweging
 Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering: Gezond samen
 leven!""
 Wijkgerichte gezondheidsbevordering in Utrecht
 Wijkgezondheidswerk
 Wijkverpleegkundige huisbezoeken CVA/NAH en Chronisch Hartfalen
 Wijs met je lijf
 Wijzer met vet
 Wikken en (Be)wegen
 Wille op strjitte
 WMO webwinkel
 Woerden scoort met sport!
 X-perience/Bos-project Jeugd in beweging in de Berk Zundert
 Yalp Ouderen in Beweging
 YouR Action
 Zicht op Evenwicht
 Zicht op Evenwicht
 Zicht op Evenwicht
 Zoden aan de dijk, gemeente Eemmond
 Zorgwelrijlandnl Informatiebron voor zorg, welzijn en wonen
 Zwanger, fit & compleet
 Zwangerschapsyoga

*Aanvullende search***Organisatie**

Afd. Sociale Geneeskunde AMC, GGD Den Haag en LUMC
Julius Centrum Universiteit Utrecht, Universiteit
Groningen, NIVEL
Julius Centrum Universiteit Utrecht, Universiteit
Groningen, NIVEL

Universiteit Tilburg ism met RIVM
Stichting Precura
NDF

GGD Groningen
Diabetes fonds
UMC St Radboud Nijmegen
Centrum voor beweging en onderzoek Groningen

TNO
Lilly, ontworpen door Healthy Interactions in
samenwerking met de Internationale Diabetes
Uumc; Diabetes Zorgsysteem West-Friesland

GGD HvB
DVN
Uumc

DIAZOB

Universiteit Maastricht
Uumc, Diabetesfonds, Trimbos Instituut
Fysio Physics
Diabetes Centrum Rijnmond

KNMP
Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
Thuiszorg Groningen
Stichting Diamuraal
Zorggroep Almere
Zorgnetwerk land van Cuijk en Noord-Limburg
Stichting Eerstelijnszorggroep Zaanstreek-Waterland
(SEZ)
Stichting SHABOZ

Department of Nursing Science, University of Utrecht and
Hogeschool van Utrecht
Diagnosis4Health
Zorgverzekeraar CZ, Diabetesvereniging Nederland
Diabetes ZorgGroep Zeist
Zorggroep het Huisartsteam/Initiatiefnemer Stichting
Huisartsen Laboratorium
Uumc
Bonstato
AZM, Universiteit Maastricht
College voor Zorgverzekering (CVZ) ism CBO
UUMC, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde
UMC Utrecht, afdeling verplegingswetenschappen

Uumc

Universiteit Groningen, NDF
RuG, NISB en Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie
(KNGU)
UMCG
Gezondheidsmeter / Curavista
Universiteit Groningen
Uumc
GGD Groningen, RuG afdeling huisartsgeneeskunde,
UMCG, Diabetesfonds
Thuiszorg Midden Gelderland
Raboud Universiteit Nijmegen ism huisartspraktijken

Sportservice Noord-Brabant
Stichting Kids in Balance
Stichting Koala
Kijk op Diabetes
Diabetes Vereniging Nederland (DVN)
UMC St Radboud Nijmegen

AZM, Regionale Huisartsvereniging Heuvelland, Stichting
Groene Kruis Zorg, Zorgverzekeraar VGZ en DVN
Universiteit Groningen, NDF
Stichting Voedingcentrum in opdracht van Zon MW
TNO
DVN in samenwerking met DF, NDF en KNMP

Naam interventie

DHIAAN
ADDITION-studie . Effectiveness and feasibility of screen-detection for
type 2 diabetic patients
ADDITION-studie . Effectiveness and feasibility of an intensified
multifactorial treatment in patients with screen-detected type 2
diabetes
APHRODITE
Bewegen op recept
Beyond good intentions
B-slim kids
Campagnes diabetesfonds
Case-finding van diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk
COACH
Computercoach ter ondersteuning van Beweegkuur
Conversations Maps

Cost-effectiveness of care for patients with type 2 diabetes, an
evaluation of an innovative shared diabetes care model (Diabetes
Zorgsysteem West-Friesland)
Cursus zelfmanagement Turkse mannen
Cursussen DVN
De 10-jaars incidentie van complicaties bij door screening ontdekte
diabetespatiënten, controles en op de gebruikelijke wijze ontdekte
diabetespatiënten. De Hoorn Studie
De effecten van twee jaar diabeteszorg in de eerstelijns keten -dbc
Diabetes Mellitus-2 in de regio Zuidoost-Brabant (DIAZOB)
Depression in chronically ill elderly (the DELTA-study)

Diabetergestemd
Diabetes & Fit
Diabetes Centrum Rijnmond lanceert een nieuw zorgconcept voor
diabetes(keten)zorg:DM4DM
Diabetes check
Diabetes de baas
Diabetes Educatieprogramma thuiszorg Groningen
Diabetes Eemland Transmuraal
Diabetes ketenzorg Almere
Diabetes Ketenzorg Groep Land van Cuijk en Noord-Limburg
Diabetes ketenzorg in Zaanstreek-Waterland

Diabetes ketenzorg: Eerst Bodegraven perfect georganiseerd, zodat
de regio Midden-Holland zich niet vergaloppeert
Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES)

Diabetes Zorg Protocol
Diabetespas
Diabeteszorg in Zeist: een stad als een keten
Diabeteszorggroepen in West-Brabant en Zeeland om te komen tot
een keten-dbc diabetes
DIALERT
Dieetinzicht
DIEP (Diabetes Interactief Educatie Programma)
Doorbraakprojecten diabetes
Dutch Obesity Intervention in Teenagers
Effectiviteit van gezondheidseducatie , gebaseerd op de self -efficacy
theorie , op het zelfmanagement van chronisch zieken
Effects of self-monitoring of glucose in non-insuline treated patients
with type 2 diabetes: 'In control trial'
Evaluatieonderzoek Diabetesproject Friesland Noord
GALM

Gezond en fit met diabetes
Gezondheidsmeter
GIANTT (Groningen Initiative to Analyse Type 2 diabetes Treatment)
Go4it
GOAL

H-MIS
Implementatie van optimale preventieve diabeteszorg met behulp van
het diabetespaspoort
KICK
Kids in balance
Koala
Leef gezond coach
Leven met diabetes
Logistic support service improves processes and outcomes of diabetes
care in general practice (DSS)
MATADOR (Maastricht Transmurale Diabetes Organisatie)/Regionaal
'disease management 'model voor de diabeteszorg
MIEP (Multidisciplinair Intensief Educatie Programma)
Naar vraaggestuurde diëtzorg - Motivational Interviewing
Ontwikkeling van sociale robots voor kinderen met diabetes
Prik-/screeningsacties Diabetes Vereniging Nederland

Organisatie

Vumc, EMGO Institute

Diabetescentrum Vumc
NDF
Trimbos-instituut

Universiteit van Maastricht, DVN, Diabetesfonds
GGD Gelre IJssel
UMCG

Afdeling Sociale Geneeskunde AMC i.s.m. GGD Den Haag

Transmuraal centrum Almere

Vumc

Erasmus MC - centrumlocatie (Dijkzigt)
Stichting Virtuele Trombose Dienst
Vumc

MCC Klik Zwolle

Zorggroep diabetes Parkstad

Naam interventie

Primary prevention of diabetes type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behaviour programme aimed at lifestyle changes in people with abdominal obesity

PRISMA: PRO-actieve Interdisciplinaire Self Management educatie
Routeplanner diabetespreventie

Screening and focussed intervention for comorbid anxiety and depression in patients with diabetes by trained nurses- a pilot study

SLIM

SLIMMER

Spring

Supportgroepen (samen sterk tegen suiker)

Telebegeleiding Diabetes: Health Buddy

The effectiveness of a cognitive behaviour intervention focused on lifestyle in optimal diabetes care

Vet is niet vet

Virtuele trombosedienst

Web-based cognitive behavioural therapy (W-CBT) for diabetes patients with comorbid depression

ZODIAC (Zwolle Outpatient Diabetes project Integrated Available Care)/DiabeteszorgBeter

Zorggroep diabetes parkstad, IDITOP (Integraal Diabetes Totaal Programma)

Bijlage 3: Digitaal interventieoverzicht

Op het Loket Gezond Leven van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM is het digitale interventieoverzicht te vinden, waarop aanbevolen diabetesinterventies zijn terug te vinden afkomstig uit de I-database.

Zie: <http://www.loketgezondleven.nl/infopunt/thema-s/fysieke-gezondheid/diabetes-mellitus/toelichting-interventieoverzicht/>.

Hieronder wordt de totstandkoming van dit overzicht kort beschreven.

Afbakening

Het digitale overzicht is volledig gebaseerd op de criteria die in het erkenningensysteem van CGL worden gehanteerd. In het digitale interventieoverzicht wordt onderscheid gemaakt in *aanbevolen* (vanaf erkenningsniveau theoretisch goed onderbouwd) en *goed beschreven* interventies. Daarnaast worden ook alle nog niet-beoordeelde leefstijlinterventies gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes en diabetespatiënten die in de I-database staan weergegeven onder de noemer *interventies per organisatie*. Binnen elk cluster van interventies wordt onderscheid gemaakt in interventies gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes en diabetespatiënten.

Om de bruikbaarheid van het interventieoverzicht te vergroten, is in overleg met de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en het CGL besloten om de gevonden interventies te presenteren aan de hand van een aantal voor zorgprofessionals relevante categorieën. Hierdoor kan snel inzichtelijk worden gemaakt op welke terreinen er leemtes zijn. In het digitale overzicht worden de volgende categorieën getoond:

- naam van de interventie;
- eigenaar van de interventie;
- doel van de interventie;
- specifieke doelgroep van de interventie (hoogrisicogroepen voor diabetes; te weten mensen met overgewicht, mensen met een lage sociaaleconomische status, allochtonen, vrouwen met zwangerschapsdiabetes);
- leeftijdsgroepen waar de interventie zich op richt;
- erkenningsniveau van de interventie (op basis van niveaus van CGL).

Zoekmethode

Om te komen tot een digitaal overzicht van interventies gericht op mensen met (een hoog risico op) diabetes is uitgegaan van de informatie in de I-database.

Aan de hand van in de database beschikbare informatie over onder meer doelgroep, preventievorm, erkenningsniveau en gezondheidsthema is een zoekalgoritme ontwikkeld. Daarin is gezocht naar interventies die als thema 'diabetes' hebben aangemerkt.

Om onderscheid te kunnen maken in interventies gericht op hoogrisicogroepen en interventies gericht op diabetespatiënten zijn hier zogenaamde zoekregels voor opgesteld (zie Tabel B2.1).

Tabel B2.1: Zoekregels voor onderscheid interventies gericht op hoogrisicogroepen voor diabetes en diabetespatiënten

Gericht op:	Zoekregel
Hoogrisicogroepen	preventievorm = selectieve preventie OF preventievorm = geïndiceerde preventie OF thema = overgewicht OF doelgroep = lage ses OF doelgroep = allochtonen
Diabetespatiënten	preventievorm = zorggerichte preventie OF doelgroep = chronisch zieken OF doelgroep = patiënten/cliënten

Alle interventies die voldoen aan de zoekregels voor hoogrisicogroepen worden getoond als interventies gericht op hoogrisicogroepen. Hetzelfde geldt ook voor diabetespatiënten.

Daarnaast zijn er regels opgesteld voor de verschillende specifieke doelgroepen (mensen met een lage sociaaleconomische status, mensen met overgewicht, allochtonen, vrouwen met zwangerschapsdiabetes). Zie Tabel B2.2 voor de zoekregels.

Tabel B2.2: Zoekregels voor weergave in kolom specifieke doelgroepen

Specifieke doelgroepen	Zoekregel
Mensen met lage ses	Doelgroep = lage ses
Mensen met overgewicht	Thema = overgewicht
Allochtonen	Doelgroep = allochtonen
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes	Doel bevat 'Zwangerschapdiabetes' of 'zwangerschapssuiker'

Bijlage 4: Interviewschema

Thema 1. De zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) diabetes

- Kunt u uitleggen wat uw functie is en welke beroepsgroep u hier vertegenwoordigt?
 - * *functie*
 - * *beroepsgroep*

- Kunt u uitleggen hoe deze beroepsgroep betrokken is bij de diabeteszorg?
 - * *Welke taken heeft deze beroepsgroep bij de diabeteszorg?*
 - * *Welke doelgroep:*
 - *hoogrisicogroep voor diabetes*
 - *diabetespatiënten*
 - * *In welke fase van de diabeteszorg?*

- Wat is uw relatie met de belangenvereniging of de beroepsgroep, en in hoeverre kunt u spreken als vertegenwoordiger hiervan?

- Heeft u naar aanleiding van onze e-mail met de onderwerpen die vandaag aan bod komen nog navraag gedaan bij uw achterban?

Thema 2. Naast zorg ook meer aandacht voor preventie door middel van leefstijlinterventies

- Wat verstaat [de beroepsgroep] onder preventie?
 - * *Preventie bij mensen met hoog risico -> preventie diabetes.*
 - * *Preventie bij mensen met diabetes -> preventie van complicaties.*

- Hoe kijkt men aan tegen preventie in de diabeteszorg door middel van leefstijlinterventies?
 - * *Wat vinden ze ervan dat dit wordt gevraagd van ze?*
 - * *Behoort het tot hun taken + waarom wel/niet?*

- Op welke manier krijgt de groep professionals die u vertegenwoordigt te maken met preventie in de diabeteszorg door middel van leefstijlinterventies?

Thema 3. Het aanbod aan leefstijlinterventies

- Welke leefstijlinterventies zijn er beschikbaar voor uw professionals om 'hun' preventieve taken naar behoren uit te kunnen voeren?

- Kunt u uitleggen in welke mate (leefstijl)interventies (bij preventie) in de diabeteszorg gebruikt worden door uw professionals?

- Welke (leefstijl)interventies worden veel gebruikt door [beroepsgroep]?
 - * *Welke soort interventies?*
 - * *Concrete interventies benoemen/voorbeelden*
 - * *Soort interventies die ze (daarnaast) zouden kunnen uitvoeren*

- Welke (leefstijl)interventies worden wel aangeboden, maar worden niet of nauwelijks gebruikt?

- * *barrières*
- * *knelpunten*
- * *financiën*
- * *wat is het verschil met de interventies die wel worden gebruikt (waarom worden deze gebruikt)?*

- Hoe verloopt het proces van vinden tot het uitvoeren van een interventie?

- * *Hoe weten ze de interventies te vinden?*
- * *Beoordelen interventies: kansrijk/kwalitatief goed/effectief/best practice*
- * *Hoe maakt een professional zich interventie eigen?*
- * *Hoe wordt de interventie uitgevoerd?*

- Hoe zou het aanbod aan leefstijlinterventies er idealiter uit moeten zien voor uw professionals?

- * *Waar moeten leefstijlinterventies dan aan voldoen?*
- * *Wanneer is het aanbod voldoende?*

-Is er sprake van leemtes in het bestaande aanbod aan (leefstijl)interventies voor uw professionals, missen ze iets in het aanbod?

- setting
- type interventie
- kwaliteit
- doelgroep
 - leeftijd
 - nationaliteit (hindoe, Turken, Marokkanen)
 - ses
 - zwangeren
 - geslacht

- Heeft u een idee hoe en door wie zou het opvullen van de leemtes in het bestaande aanbod idealiter gerealiseerd moeten worden?

Thema 4. Ondersteuningsbehoefte en aanbod

- Kunt u wat vertellen over het ondersteuningsaanbod voor het uitvoeren van leefstijlinterventies door uw [beroepsgroep]?

- * *Hoe ziet dat eruit?*
- * *Gestructureerd/georganiseerd?*
- * *Wie organiseert dat?*
- * *Op welke vlakken:*
 - 'spullen voor iedereen'*
 - gerichte ontmoeting tussen professionals (onderlinge uitwisseling)*
 - advies op maat (gerichte ondersteuning van buitenaf)*
 - medische richtlijnen*
 - I-database*

- Welke vormen van ondersteuning ontbreken er volgens uw professionals in het bestaande aanbod?

- Hoe moet een nieuw/vernieuwd ondersteuningsaanbod er volgens uw professionals uitzien?

* *Waarom is behoefte?*

* *Hoe kan dat het beste vormgegeven worden?*

* Waaraan zou een ondersteuningsaanbod moeten voldoen om kans van slagen te hebben om ook daadwerkelijk in de praktijk gebruikt te gaan worden?

* Wie zou verantwoordelijk moeten zijn voor het ondersteuningsaanbod?

- Voorbeeld format digitaal overzicht laten zien: zou een overzicht als dit voldoen aan de ondersteuningsbehoefte van uw professionals als het gaat om inzicht hebben in kansrijke leefstijlinterventies?

.....

**Auteurs: H.H. Hamberg-van Reenen | J. Mikolajczak |
N.A.M. Post | J.C.M. Barte**

.....

Rapport 270654001/2011



Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2011

