



Leefstijl in de zorg

Rapportage focusgroepen Ziekenhuis Gelderse Vallei

Van praktijkervaringen naar praktische aanbevelingen

Auteurs

Dr. Bob Mulder²

Dr. Willemieke Kroeze¹

30-11-2021



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

COLOFON

Dit onderzoek is geïnitieerd door de Preventiecoalitie Foodvalley.

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met Ilse Evers van de Alliantie Voeding in de Zorg. We zijn haar zeer erkentelijk voor haar bijdrage aan de organisatie van de focusgroepsessies.

Daarnaast onze grote dank aan verpleegkundigen en specialisten (in opleiding) die hun kostbare tijd hebben gegeven om hun ervaringen met ons te delen. Dankzij hen, is inzicht in de dagelijkse praktijk mogelijk geworden en kunnen wij het echte verhaal delen.

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

© Copyright 2021 Christelijke Hogeschool Ede

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

Mulder, B., Kroeze, W. (2021). Leefstijl in de zorg – Rapportage focusgroepen Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Inhoud

Inleiding	1
1. Attitude van tweedelijns zorgverleners jegens leefstijl in de zorg.....	2
1.1 De rol van de tweede lijn	2
1.2 Uitkomstverwachtingen van leefstijl bespreken	2
2. Het leefstijlgesprek.....	3
2.1 Wel of niet leefstijl markeren	3
2.2 Barrières voor het leefstijlgesprek.....	3
2.3 De aanpak van het leefstijlgesprek	5
3. Samenwerking binnen het ziekenhuis.....	7
4. Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn	8

Inleiding

Leefstijl in de zorg staat in toenemende mate in de belangstelling van politiek, zorgverleners en onderzoekers. Logisch, want veel chronische ziekten zijn leefstijl gerelateerd, en op populatieniveau hebben zelfs kleine leefstijlaanpassingen forse preventieve effecten. Alhoewel leefstijlbegeleiding in beginsel thuis hoort in de eerste lijn, is er in toenemende mate aandacht voor het belang van leefstijl in de tweede lijn en leefstijlgeneeskunde. Bovendien is er bij verschillende chronische aandoeningen sprake van ketenzorg. Dit vraagt om transmurale samenwerking, ook op het gebied van leefstijl.

Deze rapportage beschrijft het handelen van zorgprofessionals in het Ziekenhuis Gelderse Vallei ten aanzien van 'leefstijl in de zorg'. De rapportage gaat in het bijzonder in op het bespreekbaar maken en begeleiden van leefstijlverandering bij patiënten, de professionele (transmurale) samenwerking ten aanzien van het bevorderen van een gezonde leefstijl van de zorgvrager en de factoren die dit alles beïnvloeden. Het handelen van de professional staat dus centraal, en niet de determinanten van gedrag (sverandering) van de patiënt.

In deze rapportage worden de resultaten van twee focusgroepen beschreven die gehouden zijn met in totaal 6 specialisten en 2 verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis Gelderse Vallei. Als leidraad voor het gesprek tijdens de focusgroepen werden vragen aan de hand van drie onderwerpen behandeld. Bij de start van het gesprek werd de algemene houding ten aanzien van leefstijl in de zorg besproken. Daarna richtte het gesprek zich op het onderwerp 'jij en de patiënt' en tot slot op het onderwerp 'jij en je collega's'. Alle gesprekken zijn letterlijk getranscribeerd door een onafhankelijk bureau. Vervolgens zijn de transcripten onafhankelijk van elkaar gecodeerd door Bob Mulder en Willemieke Kroeze. De resultaten werden samen besproken en nader op elkaar afgestemd. Anonimiteit van de deelnemers in de rapportage is geborgd.

De resultaten van de focusgroepen zijn samen te vatten in vier thema's, te weten: 1) Attitude van tweedelijns zorgprofessionals jegens leefstijl in de zorg; 2) Het leefstijlgesprek; 3) Samenwerking binnen het ziekenhuis en 4) Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Binnen deze thema's worden de ervaringen en meningen van de deelnemers beschreven ten aanzien van de huidige praktijk en factoren die hierop van invloed zijn. Daarnaast worden er praktische aanbevelingen gedaan om het leefstijlgesprek gaande te houden en de samenwerking binnen de tweede lijn en tussen de eerste en tweede lijn te bevorderen.

1. Attitude van tweedelijns zorgverleners jegens leefstijl in de zorg

1.1 De rol van de tweede lijn

Volgens zorgverleners in de tweede lijn is leefstijl een belangrijk thema, met name door de grote impact van leefstijl op ziektelast, en doordat een gezondere leefstijl tot een betere kwaliteit van leven leidt bij patiënten. Ook in vergelijking met medicatiegebruik kan leefstijl meer (ervaren) positieve effecten hebben.

Echter, preventie wordt niet gezien als de hoofdmoot van de zorg in de tweede lijn, want curatieve zorg staat centraal; de eerste lijn wordt dan ook gezien als meer preventiegericht dan de tweede lijn. De eerste lijn staat ook letterlijk dicht bij de patiënt, waardoor die meer toegerust is voor leefstijlbegeleiding. Het kostenaspect speelt hierbij ook een rol. Preventie in de tweede lijn is meer secundaire preventie, om 'erger te voorkomen', want zodra patiënten in de tweede lijn terecht komen kan worden gesteld dat primaire preventie niet goed is gelukt.

Dit maakt dat het bespreken van leefstijl voor artsen in de tweede lijn een spagaat kan zijn. Het wordt als belangrijk gezien, maar veel meer dan dat keer op keer benoemen is niet mogelijk, want na de behandeling in de tweede lijn gaan mensen naar de eerste lijn, en die is – zoals aangegeven – beter ingericht op preventie en het ondersteunen van leefstijlverandering bij patiënten. Dit kan artsen in de tweede lijn het gevoel geven dat ze meer zouden kunnen of moeten doen aan leefstijl in de zorg. Dit zou volgens artsen de term 'voedingsziekenhuis' ook meer inhoud kunnen – en moeten – geven.

Er lijkt wel een toenemende interesse te zijn in leefstijl onder artsen in de tweede lijn. Het krijgt steeds meer aandacht in de opleiding, en je merkt aan arts-assistenten dat ze het logisch vinden om leefstijl mee te nemen in de manier van werken.

1.2 Uitkomstverwachtingen van leefstijl bespreken

Over het algemeen hebben artsen een wat dubbel gevoel bij de verwachte effectiviteit van hun leefstijladviezen. Enerzijds is er een sterk besef dat veel herhalen; het elke keer aanstippen van het belang van leefstijl op termijn effectief zal zijn bij een deel van de patiënten. Dan is de perceptie dat de patiënten naar de specialist vaak wel luisteren. Artsen zouden daarom continu signalen moet geven dat leefstijl belangrijk is, en alle gedragingen die daarbij een rol spelen (stoppen met roken, bewegen, gezonde voeding, maar ook medicatiegebruik). Een kleine minderheid van de patiënten kiest er vervolgens voor om de leefstijl sterk aan te passen; die stoppen met roken of vallen daardoor bijvoorbeeld heel erg af. Een enkele keer zien artsen een patiënt die daadwerkelijk 20 kg afvalt, en dat gewichtsverlies ook weet vast te houden. Het is heel motiverend om te zien dat een gespreksinterventie een dergelijk effect heeft, maar meestal ontbreekt terugkoppeling op de adviezen en is er geen zicht op de effectiviteit, met name omdat patiënten naar de eerste lijn gaan. Dat vinden zorgverleners jammer, want zo hebben ze geen idee van de impact van hun adviezen. Dus anderzijds verwachten zorgverleners dergelijke effecten bij de meeste patiënten niet. Met name het bespreken van overgewicht en op termijn kunnen afvallen wordt als heel erg moeilijk gezien. Stoppen met roken is voor veel patiënten beter haalbaar.

2. Het leefstijlgesprek

Als je als arts in de tweede lijn gemotiveerd raakt om leefstijl te bespreken, is het nog een zoektocht hoe je dat aan gaat pakken. Zoals gezegd zien artsen in de tweede lijn vooral een rol voor zichzelf in het 'duwtje in de rug' geven; het herhaaldelijk adresseren tijdens consulten dat leefstijl belangrijk is en verandering erg zinvol. Na het markeren hiervan kan een andere zorgverlener de patiënt daadwerkelijk begeleiden naar verandering. Dus daadwerkelijke begeleiding ligt niet zozeer in de tweede lijn. Alleen maar signaleren of markeren kan trouwens wel aanvoelen als te weinig eraan doen, of als te weinig effectief, wat relateert aan het eerder genoemde gebrek aan terugkoppeling. Echter er is een sterk besef dat veel herhalen; het elke keer aanstippen van het belang van leefstijl op termijn effectief zal zijn bij een deel van de patiënten.

2.1 Wel of niet leefstijl markeren

Wat patiënten verwachten van een consult is zeker iets wat zorgverleners in de tweede lijn bezighoudt. Over het algemeen denken artsen dat de meeste patiënten niet verwachten dat leefstijl een gespreksonderwerp is; de meeste vragen van patiënten gaan over klinische waarden zoals bloeddruk en cholesterol. De meest genoemde ingang ('aanhakingspunt') om leefstijl te bespreken is als de patiënt een cardiovasculair incident (CV incident) heeft doorgemaakt of als de patiënt iemand in zijn naaste omgeving kent die een incident heeft doorgemaakt. Bij dergelijke 'kwetsbare momenten', staan patiënten vaak wel open voor leefstijladvies, omdat ze geschrokken zijn van het CV incident en de kans willen verkleinen dat het nogmaals gebeurt.

Sommige patiënten die een CV incident hebben doorgemaakt, vinden dat ze erg veel pillen moeten slikken. Dit kan ook een ingang zijn om leefstijl te bespreken. Het is dan bijvoorbeeld mogelijk om te bespreken dat niet alleen pillen maar ook voeding en bewegen invloed hebben op bloeddruk. Het kunnen minderen van medicatie als gevolg van leefstijlverandering kan motiverend werken voor patiënten.

Als patiënten geen CV incident hebben gehad, is het veel moeilijker om over leefstijl te beginnen. Bijvoorbeeld bij patiënten met beweegklachten; die willen meestal niet horen dat leefstijlverandering een oplossing kan zijn voor hun klachten.

Bij sommige patiënten met overgewicht heeft het zin om er opnieuw over te beginnen als andere behandelingen niet werken of als patiënten niet tevreden zijn over de huidige behandeling. Dit komt weleens voor bij patiënten met slaapapneu. Maar soms kiest de arts ervoor om er niet meer over te beginnen, omdat het ervaren wordt als 'onbegonnen werk' en het alleen maar de arts-patiëntrelatie zou verstoren.

2.2 Barrières voor het leefstijlgesprek

Diverse barrières verhinderen het leefstijlgesprek in de tweede lijn, in meer of mindere mate. Dit zijn gebrek aan kennis; gebrek aan tijd; de (over)gevoeligheid van het bespreken van overgewicht en in bredere zin de zowel door zorgverleners als door patiënten ervaren onmacht om iets aan overgewicht te doen; laaggeletterdheid en/of taalbarrières; het moeten bewaken van de arts-patiëntrelatie; en de focus op de somatische kant.

Voldoende kennis over voeding, maar ook over bewegen ontbreekt bij de meeste artsen. Hierdoor kunnen er alleen algemene adviezen worden gegeven, bijvoorbeeld de beweegnorm of de richtlijnen gezonde voeding.

Het signaleren moet voor artsen zo makkelijk mogelijk worden gemaakt, want het kost tijd en kan met name door oudere artsen worden gezien als 'extra werk'. Deelnemers noemen voorbeelden van tools die helpen bij het bespreekbaar maken; genoemd wordt een 'knop' in het EPD, zoals nu al bestaat voor stoppen met roken; het 'very brief advice'. Dat wil zeggen dat het onderwerp wordt genoemd, zoals meer bewegen, en dat aan de patiënt de vraag wordt gesteld: 'Zou u daar verder over willen praten?' Bij een positief antwoord wordt een melding gemaakt in het EPD en pakt een andere zorgverlener dit op. Niet alleen scheelt dit tijd, maar het kan ook voorkomen dat een negatieve sfeer ontstaat door de focus op wat de patiënt moet veranderen.

Een negatieve sfeer wordt vaak genoemd bij het bespreken van overgewicht; overgewicht aankaarten ligt gevoelig en kan tot geïrriteerde reacties leiden. Patiënten kunnen het als een aanval zien die de arts-patiënt relatie verstoort; 'het wordt altijd op dat gewicht geschreven'. Dan sta je met 1-0 achter en moet je opnieuw beginnen; dat goed proberen te maken. Beginnen over overgewicht wordt veel meer als een persoonlijke opmerking gezien dan bijvoorbeeld stoppen met roken, volgens zorgverleners. Soms kan beginnen over de diëtist al tot weerstand leiden. Een oplossing is om aan te geven dat het niet over afvallen gaat, maar over de rol van voeding.

(Onbegrepen) obesitas adresseren is sowieso heel erg moeilijk, en ook artsen weten dan niet altijd waar ze het beste terecht kunnen met dergelijke patiënten. Ook verpleegkundigen die patiënten zien na een cardiovasculair incident worstelen daarmee. Patiënten geven aan niks aan het overgewicht te kunnen doen. Dan beginnen ook verpleegkundigen er niet altijd over, hoewel het uiteindelijk wel altijd ter sprake komt. Als zorgverleners zien dat patiënten moeilijk in staat zijn om hun gedrag te veranderen, bijvoorbeeld door omgevingsfactoren of onvoldoende geld, kan dat als een barrière worden ervaren om het leefstijlgesprek aan te gaan.

De rol van kennis onder patiënten over wat gezond en ongezond is, is ambigu; enerzijds wordt gezegd dat 'eigenlijk wat je die mensen vertelt is maar zelden nieuw', maar anderzijds zien (met name verpleegkundigen) dat er toch wel heel veel kennis mist bij patiënten, met name in lage SES groepen. Een laag ziekte-inzicht of een taalbarrière maakt het nog lastiger om erover te beginnen; dan blijft het met name beperkt tot het bespreken van de behandeling en de medicatie. Dat kan ook het gevoel geven dat je als zorgverlener tekort schiet in de communicatie.

Tot slot wordt genoemd dat geneeskunde (in de tweede lijn) een technisch vak is, met een focus op objectieve of kwantificeerbare waarden, zoals bloeddruk en cholesterol. Voor leefstijl zijn dergelijke waarden minder voorhanden, en is het moeilijker om duidelijke doelen te stellen. Volgens deelnemers geldt dit in sterkere mate voor de oudere generatie artsen, omdat zij meer in de curatieve manier van denken zitten. Daarbij wordt weer genoemd om het artsen zo makkelijk mogelijk te maken om leefstijl te benoemen, om ook artsen mee te krijgen voor wie leefstijl niet een vanzelfsprekend onderwerp is.

2.3 De aanpak van het leefstijlgesprek

Binnen de tweede lijn gaat de diabetesverpleegkundige (dvk) wel regelmatig het gesprek aan over leefstijlverandering. Diens aanpak omschrijft zij als ‘meebewegen’ en kleine stapjes. Mensen hebben vaak meerdere ongezonde leefstijlgedragingen, en het werkt niet om alles tegelijk aan te willen pakken; artsen zien dat net zo. De dvk vraagt aan de patiënt waarmee die als eerste zou willen beginnen, en door op dat vlak succesjes te boeken, ontstaat er ook ruimte voor verandering op andere vlakken. Gedrag is door de jaren heen opgebouwd en het kost ook weer veel tijd om dat te veranderen. Het bespreken van leefstijl en het stellen van doelen moet je ‘klein’ houden. Veel patiënten hebben de associatie met naar de sportschool gaan, en het helpt als je adviseert dat mensen ook kunnen wandelen.

Het is belangrijk om te zorgen dat de patiënt zich gehoord voelt en dan ‘komt de rest er wel achteraan’. Patiënten verwachten namelijk haast niet dat ze zelf er ook wat van mogen vinden; die verwachten vaak een directief advies en zijn dan verbaasd dat ze mee kunnen praten. Complimenten geven als het wel lukt is ook erg belangrijk, want dat hebben patiënten nodig.

Een verpleegkundige geeft aan dat zij motiverende gespreksvoering gebruikt. Een arts geeft aan dat ze niet echt specifieke communicatiestrategieën gebruikt; het gaat vooral om je aanpassen aan de patiënt en het verloop van het gesprek. Dat kan soms ook een meer confronterende manier van communiceren zijn, of juist directief, namelijk zeggen wat de patiënt moet doen. Het is met name een kwestie van volhouden, en continue adresseren van leefstijl. Net dat laatste zetje blijkt dan opeens genoeg om bijvoorbeeld te stoppen met roken.

Bij diabetespatiënten geeft de zelfmonitoring van bloedglucose inzicht in hoe aanpassingen in het voedingspatroon een effect hebben. Dat werkt motiverend. Een internist heeft tevens positieve ervaringen met het laten invullen van de Eetscore; een voedingsvragenlijst die een score geeft op verschillende voedingscomponenten en ook specifieke tips (feedback) om de score te verbeteren. Doordat de patiënt de eetscore voorafgaand aan een consult invult, gaat het gesprek hier ‘als vanzelf’ over. Daarbij maakt de uitslag van de Eetscore de patiënt bewust van de huidige voedingsgewoonten en verbeterpunten, waardoor de patiënt vaak spontaan voedingsgewoonten aanpast.

In het verleden zijn er in het ziekenhuis groepsbijeenkomsten geweest voor diabetespatiënten, waarbij ook leefstijlgedrag werd besproken. Patiënten hebben het er nog over dat in gesprek gaan met andere patiënten zoveel inzicht heeft gegeven, met name in het concreet toepassen van leefstijlverandering. Patiënten nemen adviezen ook sneller van elkaar aan.



Aanbevelingen

Aanbevelingen voor het leefstijlgesprek

- Signaleer en benoem als zorgverlener in de tweede lijn; benoem dat leefstijl belangrijk is, en signaleer (of bevestig of) dat dat ook geldt voor de patiënt. Doe dit standaard; ook al wordt meestal niet zichtbaar of het ook effectief is. Keer op keer signaleren helpt een belangrijk deel van de patiënten om de stap naar leefstijlverandering een keer te maken. Daarbij helpt het andere zorgverleners die meer tijd hebben om op leefstijl in te gaan, zoals de huisarts en de verpleegkundige, om dit onderwerp verder te bespreken met de patiënt;
- Een tool in het EPD om – analoog aan het *very brief advice* bij stoppen met roken – het belang van leefstijl te benoemen; de interesse in het bespreken van leefstijl uit te vragen, en vervolgens naar een zorgverlener door te verwijzen die de leefstijlbegeleiding gaat uitvoeren;
- Een 'kwetsbaar moment' zoals een CV incident en/of het hoge daaraan gerelateerde medicijngebruik is een ingang om leefstijl met de patiënt te bespreken;
- Overgewicht is een moeilijk onderwerp om over te beginnen; om verschillende redenen ligt dit gevoelig bij patiënten. In plaats van over het gewicht kan er ook over de rol van voeding (en bewegen) worden gesproken.
- Leefstijl bespreken vraagt niet perse om het toepassen van hele specifieke gesprekstechnieken, zoals motivational interviewing. Dat kan natuurlijk wel; echter je kunt ook het gesprek aanpassen aan de patiënt en het verloop van het gesprek, zoals je als zorgverlener eigenlijk altijd doet. Dat kan soms ook een meer confronterende manier van communiceren zijn ('u loopt een verhoogd risico'), of juist directief, namelijk zeggen wat de patiënt moet doen ('elke dag een half uurtje wandelen'). Het is met name een kwestie van volhouden, en continue adresseren van leefstijl.
- Besef dat de sociale en fysieke omgeving een grote rol speelt bij het in stand houden van de huidige ongezonde leefstijl (en gerelateerd overgewicht) van de patiënt. De invloed van de omgeving zou een gespreksonderwerp met de patiënt kunnen zijn. Echter om frustratie van beide kanten te voorkomen is het goed om te beseffen dat het niet kunnen veranderen vaak niet een gebrek aan motivatie is van de kant van de patiënt. Naast omgevingseffecten speelt het feit dat het gewoontegedrag is, dat gedurende jaren is opgebouwd. Kortom, verandering is lastig en vraagt veel tijd en geduld.
- Zorgverleners kunnen onvoldoende kennis over voeding en bewegen als een barrière ervaren om leefstijl te bespreken; geef deze zorgverleners enerzijds beknopte en heldere inhoudelijke informatie. Het liefst in een vorm (plaatjes, video) die ze ook met patiënten kunnen delen; ook laaggeletterde patiënten. Anderzijds is de boodschap aan zorgverleners in de tweede lijn dat andere zorgverleners dieper in kunnen gaan op het inhoudelijke advies.
- Inhoudelijk kunnen patiënten wel degelijk een kennistekort hebben als het gaat om de richtlijnen gezonde voeding, of de beweegnorm. Dit kan een gespreksonderwerp zijn, dus ga er niet zomaar vanuit dat deze kennis aanwezig is bij de patiënt.
- Zelfmonitoring en feedback kunnen effectieve gedragsveranderingstechnieken zijn; bij diabetespatiënten kan dat met zelfmonitoring van bloedglucose. Voor voedingsgedrag kan de Eetscore worden gebruikt.



3. Samenwerking binnen het ziekenhuis

Artsen vinden het fijn dat er 'korte lijnen' zijn, waardoor ze een patiënt die ze 'mee' hebben meteen kunnen doorverwijzen. Als de patiënt zelf de volgende stap moet nemen voor een afspraak voor leefstijlbegeleiding (als voorbeeld: om de huisarts te contacteren over stoppen met roken), dan is onduidelijk of dat ook daadwerkelijk gebeurt. In dat kader wordt er positief gesproken over de nieuwe leefstijlpoli in het ziekenhuis.

4. Samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn

De ervaren verschillen in aanpak van leefstijlbegeleiding binnen de eerste lijn maken het lastig om een inschatting te maken van wat er precies in de eerste lijn gebeurt op dit vlak. Hierover komt ook geen terugkoppeling, behalve soms via de patiënt zelf. Dus het is niet duidelijk wat er al besproken en gedaan is aan leefstijlverandering met de patiënt. Omdat de patiënt in de tweede lijn terecht is gekomen, wordt geconcludeerd dat de eerste lijn dus niet of onvoldoende in staat was om leefstijlverandering te bewerkstelligen bij de patiënt. De mislukte pogingen om leefstijl te veranderen heeft vaak tot frustratie geleid bij de patiënt, wat een extra complicerende factor is om leefstijl aan te kaarten in de tweede lijn.

Dat maakt het ook lastiger om de patiënt terug te sturen naar de eerste lijn voor leefstijlbegeleiding, want vanuit de tweede lijn is het beeld dat dat deels blijft liggen; in ieder geval is onbekend waarom de leefstijlverandering niet is gelukt. Zorgverleners in de tweede lijn kunnen daarbij het gevoel hebben dat de eerste lijn vrijblijvend omgaat met leefstijlbegeleiding. Hoe gaat de eerste lijn ermee om als de patiënt niet meer komt? Of als de patiënt niet open staat voor leefstijlbegeleiding? Daarnaast lijken de GLIs ook te vrijblijvend of te kort te zijn volgens de zorgverleners uit de tweede lijn. Het beeld is dat mensen die aan een GLI hebben meegedaan vaak na een jaar terugvallen.

De samenwerking is juist hard nodig, omdat patiënten tegenwoordig maar zo kort in de tweede lijn verblijven, dus de patiënt raakt al snel uit beeld in de tweede lijn. Continuïteit in leefstijlbegeleiding, over de grenzen van eerste en tweede lijn heen, zou forse winst betekenen. Als duidelijker wordt benoemd wat er in de eerste lijn al is besproken, dan kan daar in het consult in de tweede lijn verder op worden ingegaan. Artsen erkennen dat vanuit de tweede lijn de verwijsbrieven ook maar zelden het onderwerp leefstijlbegeleiding vermelden. Dit kan wel degelijk ook in de verwijsbrief naar de eerste lijn worden gezet, bijvoorbeeld het advies om met patiënt een GLI traject te bespreken. Sommige specialisten, zoals internisten en MDL-artsen doen dit al vaker. Maar over het algemeen komen in de verwijsbrief vooral de meetbare, klinische doelen zoals hypertensie en hypercholesterolemie.

Financieringsstructuur van de preventieve zorg kan een barrière voor samenwerking zijn, want als niet duidelijk is hoe preventieve inspanningen worden gefinancierd, dan loopt het daar op vast; namelijk de vraag: wie doet wat en wie krijgt daar geld voor? Om de preventieve zorg te laten slagen moet er eigenlijk een hele andere financieringsstructuur komen. Dit vraagt ook om inzet van de zorgverzekeraars.



Aanbevelingen

Aanbevelingen om de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te verbeteren

- In het diabetes regio-overleg bespreken hoe er wordt omgegaan met het aanbevelen van GLI's; hoeveel daarvan in de praktijk gebruik wordt gemaakt; en wat de effectiviteit daarvan is;
- Zorgverleners in de tweede lijn willen graag weten waar ze terecht kunnen met patiënten met onbegrepen obesitas
- De huisarts schrijft in de verwijsbrief naar de tweede lijn wat er is gedaan en besproken met de patiënt rondom leefstijlbegeleiding/-verandering. Bijvoorbeeld: "Ik heb alvast afvallen of meer bewegen genoemd, maar ik kom daar nu nog niet verder mee, want de patiënt wil eerst ook dat van jou horen dat er niet iets anders aan de hand is." Door daarop aan te sluiten wordt het gesprek met de patiënt veel gemakkelijker. Als niet bekend is wat de huisarts op dit vlak heeft gedaan, kan het juist een heel stroef gesprek worden.
- Andersom beschrijven zorgverleners uit de tweede lijn in hun verwijsbrieven naar de eerste lijn wat er aan leefstijlbegeleiding heeft plaatsgevonden; niet alleen klinische en meetbare waarden zoals hypertensie of hypercholesterolemie. Ook een concreet leefstijladvies of -traject kan in de brief worden vermeld, zoals het advies om met patiënt een GLI traject te bespreken.