

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/GL 2008.129

**Bewegen op Recept Diabetes type 2:
Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen en
fysiotherapeuten**

Datum	April 2009
Auteur(s)	A.T.H. van Hespen M.W.A. Jongert A.M.J. Chorus
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Projectnummer	031. 13854
Aantal pagina's	23 (incl. bijlagen)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond	3
1.2	De Beweegkuur	4
1.3	Doelstelling.....	5
1.4	Inbedding van het onderzoek	5
2	Methode	6
2.1	Rekrutering en dataverzameling huisartsen	6
2.2	Rekrutering en dataverzameling fysiotherapeuten.....	6
3	Resultaten project ‘Patiëntprofielen’	8
3.1	Inleiding.....	8
3.2	Epidemiologische cijfers over diabetes mellitus type 2.....	8
3.3	Aansluiting van het beweeg(stimulerings)aanbod op de wensen van de patiënten	9
3.4	Witte vlekken in het beweeg(stimulerings)aanbod	9
3.5	De logistieke doorstroming van patiënten tussen de verschillende aanbieders	9
3.6	Casefinding	10
3.7	Patiëntprofielen.....	10
3.8	Bewegen is effectief voor mensen met diabetes mellitus, maar volhouden is lastig	11
3.9	Disseminatie van bevindingen en adviezen	11
4	Resultaten huisartsen	12
4.1	Casefinding	12
4.2	Samenwerking binnen keten: internist – huisarts – fysiotherapeut.....	12
4.3	Profielen diabetici die doorverwezen worden naar beweegactiviteiten	13
4.4	Bereidheid, wensen, verwachtingen van diabetici die doorverwezen worden.....	13
4.5	Drempels bij doorverwijzing naar beweegactiviteiten.....	13
5	Verslag semi-gestructureerde interviews fysiotherapeuten	15
5.1	Soort praktijk	15
5.2	Wijze van werving van diabetespatiënten.....	15
5.3	Aantal programma’s uitgevoerd en aantal deelnemers	16
5.4	Kenmerken van deelnemers.....	17
5.5	Compliance/presentie, uitval redenen.....	17
5.6	Blessures, complicaties, calamiteiten bij deelname	17
5.7	Doorstroom andere beweegactiviteiten, beweegadvies	17
5.8	Inbedding programma in praktijk	18
5.9	Vergoeding zorgverzekeraar, bijdrage patiënt zelf	18
5.10	Type scholing en ervaringen.....	19
6	Samenvatting, conclusie	20
6.1	Aanbevelingen	22

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In Nederland komen ruim één miljoen mensen tussen de 30 en 70 jaar in aanmerking voor leefstijlbegeleiding. Het gaat hierbij om mensen met overgewicht en een hoge bloeddruk, met een verstoorde glucosetolerantie (IGT) of met diabetes mellitus type 2. Mensen met overgewicht en of IGT lopen een groter risico om diabetes te ontwikkelen. Op basis van een literatuuronderzoek en modelberekeningen van het RIVM is gebleken dat leefstijlbegeleiding op maat een aanzienlijke gezondheidswinst oplevert bij mensen met diabetes of bij mensen die door een IGT en/of overgewicht een hoog risico lopen diabetes te ontwikkelen.

Er is momenteel veel aandacht voor preventie. Ook de overheid geeft prioriteit aan het trachten voorkomen, respectievelijk uitstellen, van ziekten op het gebied van leefstijl, voeding en bewegen, zoals beschreven in de recent uitgebrachte nota “Gezond zijn, gezond blijven” door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Historisch gezien is er in Nederland sprake van een scheiding tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg. In toenemende mate realiseren partijen in het veld van de volksgezondheid en de gezondheidszorg dat deze scheiding niet realistisch en niet productief is. Ook huisartsen, de poortwachters van de zorg, zijn lange tijd terughoudend geweest voor het verrichten van preventieve activiteiten, maar daar is in de laatste 10 jaar geleidelijk aan verandering in gekomen.

Een aantal succesvol gebleken preventieve activiteiten is de jaarlijkse griepvaccinatiecampagne en de screening op baarmoederhalskanker. Daarnaast zijn momenteel een aantal innovatieve preventieve methodieken in ontwikkeling gericht op leefstijlverandering waarbij de huisarts een proactieve rol in inneemt in. Het uiteindelijke doel is preventie onderdeel uit te laten maken van de reguliere zorg. Een voorbeeld van een innovatieve preventieve methodiek is het Preventieconsult, met als doel mensen met hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten op te sporen. Het Preventieconsult maakt deel uit van het programma LekkerLangLeven, een samenwerking tussen drie fondsen: de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds en de Nierstichting. Een andere innovatieve preventieve methodiek is Bewegen op recept. Bewegen op recept is een effectieve interventie gebleken waarbij cliënten van hun huisarts een doorverwijzing krijgen voor een beweegcursus. Op basis van dit concept is de Beweegkuur ontwikkeld voor mensen met (een verhoogde kans op) diabetes mellitus type 2, die inactief zijn. De regie over de Beweegkuur wordt gevoerd door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).

In dit rapport is ingegaan op de adoptie en implementatiekansen van de Beweegkuur door huisartsen en fysiotherapeuten, die reeds preventieve beweegprogramma's voor diabetes mellitus uitvoeren.

Het onderliggende onderzoek werd uitgevoerd in het kader van de programmasubsidie 2008 die door het Ministerie van Volksgezondheid (VWS) aan TNO is verstrekt, om relevante kennis aanwezig bij TNO over te brengen naar NISB en andere betrokkenen en verdere ontwikkeling en implementatie van de Beweegkuur te ondersteunen.

Het idee achter dit onderzoek is ingehaald door de snelle ontwikkelingen rondom de Beweegkuur. Daarom is gedurende de uitvoering van het onderzoek zoveel mogelijk getracht te anticiperen op de snelle ontwikkelingen.

1.2 De Beweegkuur

Het gebruik van een zorgvernieuwing als de Beweegkuur valt of staat bij een systematische invoering. Implementatie van vernieuwingen is een proces waarbij een aantal fasen wordt doorlopen. Eerste moet de vernieuwing worden verspreid. Vervolgens zal de beoogde gebruiker besluiten al dan niet met de vernieuwing te gaan werken (adoptie). Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing te gaan werken en wordt duidelijk of deze in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte wordt het werken met de vernieuwing onderdeel van de dagelijkse routine (continuering).

In 2008 werd de Beweegkuur in 7 proefregio's uitgevoerd. In 2009 is het streven de Beweegkuur in 14 regio's uit te voeren en in 2010 in 21 regio's/ De Beweegkuur is ontwikkeld voor mensen met (een verhoogde kans op) diabetes mellitus type 2 (DM-2), met als doel een gezonde, actieve leefstijl te ontwikkelen onder begeleiding van een professional.

De Beweegkuur ziet er als volgt uit. De huisarts signaleert dat een cliënt (een verhoogd risico op) diabetes mellitus type 2 heeft, en kan dan een Beweegkuur voorschrijven en de cliënt verwijzen naar een leefstijladviseur. De leefstijladviseur stelt samen met de cliënt een beweegplan op, waarbij drie varianten mogelijk zijn, te weten:

1. een zelfstandig beweegprogramma, bestaande uit 8 consulten bij een leefstijladviseur.
2. een opstartprogramma, bestaande uit een combinatie van 6 consulten bij een leefstijladviseur en 5 beweegconsulten bij een fysiotherapeut.
3. een begeleid beweegprogramma, bestaande uit een combinatie van coaching door de leefstijladviseur en bewegen onder intensieve begeleiding van een fysiotherapeut, gedurende 12 weken, gebaseerd op het beweegprogramma voor mensen met diabetes mellitus type 2 van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

De indicatiestelling voor de drie varianten van de Beweegkuur gebeurt op basis van vier criteria:

- aanwezigheid van nevenpathologie,
- aanwezigheid van bewegingsgerelateerde klachten,
- aanwezigheid van startdrempels,
- aanwezigheid van inspanningsbeperkingen (<90-100% van verwacht) volgens een inspanningselektrocardiogram.

Indien geen van de vier criteria aanwezig zijn kan de patiënt volgens de eerste variant begeleid worden. In andere gevallen kan worden gestart met variant twee of drie.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van het huidige onderzoek is tweeledig:

1. dissemineren van de kennis die is opgedaan in het project patiëntprofielen om de praktijk te ondersteunen bij het differentiëren naar belastbaarheid en daar aan gerelateerde bewegingsinterventiestrategie;
2. evaluatie van de huidige case-finding en verwijzing in de eerstelijns naar bewegingsactiviteiten in het algemeen en het beweegprogramma van het KNGF in het bijzonder voor de doelgroep mensen met DM-2 (als case voor mensen met een chronische aandoening).

1.4 Inbedding van het onderzoek

In het kader van de totstandkoming van de beweegkuur is er een nauwe afstemming geweest met NISB. Dit is gebeurd om de werkzaamheden van TNO op gebied van het bewegen voor mensen met chronische aandoeningen zo goed mogelijk te laten aansluiten op de werkzaamheden van andere veldorganisaties die op dit gebied actief zijn. TNO is in dit afstemmingsoverleg vertegenwoordigd door Tinus Jongert, senior wetenschappelijk medewerker.

De werkzaamheden van TNO op gebied van diabetes mellitus omvatten ondermeer:

- project patiëntprofielen (subsidieverlener Ministerie van VWS), afgerond;
- de ontwikkeling van het KNGF beweegstimuleringsprogramma voor mensen met diabetes mellitus type 2 (opdrachtgevers Ministerie van VWS, KNGF);
- de opzet van de monitoring van de deelname aan KNGF beweegprogramma's voor mensen met diabetes mellitus type 2, COPD en coronaire hartaandoeningen (opdrachtgevers Achmea, KNGF);
- de uitvoering van het innovatietraject voor de fitnessbranche, het ontwikkelen van doelgroep specifiek aanbod voor fitnesscentra (inclusief scholing en pilot in 4-8 fitnesscentra).

Doordat het project rond de beweegkuur was begonnen na aanvang van het project 'patiëntprofielen' van TNO was er extra overleg en afstemming nodig om de werkzaamheden van TNO zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de beweegkuur, waar mogelijk is dat gerealiseerd. Dit kostte echter extra inspanning, omdat in sommige gevallen opzet en aanpak van het project patiëntprofielen wat bijgesteld moesten worden.

2 Methode

In het huidige onderzoeksproject is de volgende aanpak gevolgd:

1. Afstemming met NISB over de toepassing van de aanwezige kennis over diabetes mellitus en bewegen bij TNO en specifiek de uitkomsten van het project patiëntprofielen in de Beweegkuur en de verdere implementatie van dit model.
2. Telefonische interviews met huisartsen om in kaart te brengen welke aandacht er naar bewegen bij mensen met DM-2 uitgaat in de praktijk van alledag om advies te kunnen formuleren over de verdere implementatie van het BoR-concept.
3. Telefonische interviews met fysiotherapeuten die de opleiding afgerond hebben voor het uitvoeren van het beweegprogramma DM-2 van het KNGF om op basis van het RE-AIM model in kaart te brengen hoe groot de instroom van mensen met diabetes is, via welk kanaal dat verloopt, wat kenmerken van deelnemers zijn, hoe groot de compliance en de uitval zijn, als ook hoe de follow-up geregeld is.

2.1 Rekrutering en dataverzameling huisartsen

Om medewerking van huisartsen te verkrijgen is contact gezocht met het Leids Eerstelijns Onderzoeksnetwerk (LEON) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Dit netwerk is opgericht door de afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde van het LUMC om de huisartsgeneeskunde van meer wetenschappelijk onderbouwing te voorzien door middel van het initiëren en uitvoeren van relevant onderzoek. Binnen dit netwerk participeren een 80-tal huisartspraktijken in de Leidse regio dat op regelmatige basis samenwerkt met de afdeling bij het uitvoeren van onderzoek.

De huisartsen in dit netwerk zijn schriftelijk benaderd met informatie over de inhoud van het project inclusief een uitnodiging om deel te nemen in de vorm van een eenmalig telefonisch interview van ongeveer 20 minuten. Het telefonische interview verliep semi-structureerd, waarbij de volgende aandachtspunten breekpunten waren voor een zo open mogelijk gesprek.

- Casefinding: hoe worden mensen met diabetes en bewegingsarmoede gesignaleerd?
- Samenwerking binnen keten: internist – huisarts – fysiotherapeut: hoe verloopt de samenwerking met andere zorgverleners in de eerstelijns? Hoe zijn de contacten en welke afspraken zijn er voor wat betreft advisering en doorverwijzing van diabetici met betrekking tot bewegen en beweegprogramma's?
- Profielen diabetici die doorverwezen worden: Wat is de ernst van de aandoening? Wat is de belastbaarheid van deze patiënten? Wat is het risicoprofiel en de mate van co-morbiditeit van verwezen patiënten?
- Wat weten huisartsen over de motivatie van patiënten om het beweeggedrag te veranderen? Wat weten zij over de wensen, verwachtingen van diabetici die doorverwezen worden?
- Drempels bij doorverwijzing (vergoeding, co-morbiditeit)

2.2 Rekrutering en dataverzameling fysiotherapeuten

Om medewerking van fysiotherapeuten te krijgen werd in eerste instantie contact opgenomen met het Transfercentrum Rotterdam (TRO) en het Nederlands Paramedisch

Instituut (NPI). Beide instanties verzorgen bij- en nascholingsactiviteiten voor fysiotherapeuten en zo ook de scholing in het kader van het beweegprogramma van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) voor mensen met diabetes mellitus type 2. Er werd aangenomen dat beide instanties een lijst zouden kunnen leveren van fysiotherapeuten die de scholing voor het uitvoeren van de genoemde programma's afgerond hadden. In de praktijk bleek dat beide instituten geen lijst wilden leveren en zich daarbij beriepen op bescherming van de privacy van de geschoolde fysiotherapeuten. Uit nadere analyse bleek dat op de consumentensite van het KNGF namen en adressen van fysiotherapeuten die de scholing afgerond hebben openbaar gemaakt worden.

Van deze lijst werden willekeurig 38 fysiotherapeuten geselecteerd en telefonisch uitgenodigd voor deelname aan dit onderzoek. De inspanning die fysiotherapeuten moesten leveren was eenmalig een gestructureerd telefonisch interview van ongeveer 30 minuten met een van de onderzoekers. In de telefonische interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Soort praktijk: hoeveel fysiotherapeuten werken er? Zijn er een oefenzaal en apparatuur aanwezig?
- Wijze van werving van patiënten;
- Aantal uitgevoerde programma's en aantal deelnemers;
- Kenmerken van deelnemers, zoals geslacht en leeftijd;
- Wel/niet bijhouden van compliance/presentie, en redenen van uitval;
- Het optreden van blessures, complicaties, calamiteiten bij deelname;
- Verloop van de doorstroom andere beweegactiviteiten, beweegadvies;
- Programma's wel/niet vast in aanbod praktijk ingebed;
- Wel/geen vergoeding zorgverzekeraar, hoe hoog is bijdrage patiënt zelf;
- NPI of TRO scholing afgerond.

3 Resultaten project ‘Patiëntprofielen’

3.1 Inleiding

Het veld van sport en bewegen voor chronische zieken is complex en divers. Het strekt zich uit van de gezondheidszorg tot de georganiseerde sport. Om gericht bewegingsstimuleringsbeleid voor de groep chronisch zieken te voeren, is er behoefte aan bruikbare patiëntprofielen die vraag en aanbod van bewegen beter op elkaar kunnen afstemmen.

De hoofdvraag van het project ‘Patiëntprofielen’ luidde: “Is het mogelijk om richtlijnen te ontwikkelen om vraag naar en aanbod van beweegprogramma’s voor chronische zieken beter op elkaar af te stemmen?”

In dit project is voor drie chronische aandoeningen, te weten coronaire hartziekten, COPD en diabetes mellitus een overzicht gegeven van het huidige beweegaanbod en witte vlekken daarin, wensen en behoeften van patiënten, de keten van bewegen binnen en buiten de zorg (inclusief de casefinding wat betreft bewegingsarmoede). Op basis van deze inventarisatie zijn in een adviestraject met diverse deskundigen aanbevelingen geformuleerd over het formuleren van patiëntprofielen en daaraan gerelateerde beweegstimuleringsinterventies. In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste bevindingen en adviezen specifiek voor het ziektebeeld diabetes mellitus type 2 nog een keer op een rijtje gezet.

3.2 Epidemiologische cijfers over diabetes mellitus type 2

Diabetes is een van de meest voorkomende chronische aandoeningen in Nederland. Meest recente cijfers dateren uit 2003. In 2003 waren in totaal 608.900 mensen in Nederland bekend bij wie diabetes was vastgesteld. De prevalentie lag bij vrouwen iets hoger dan bij mannen. Zo hadden in 316.400 vrouwen en 292.500 mannen deze chronische aandoening. Vanaf het 50e levensjaar stijgt het aantal mensen met diabetes ontzettend hard. Ook komt de ziekte vaker voor bij allochtonen dan bij autochtonen (Baan et al., 2005). Het zijn vooral de Antillianen en Surinamers die een verhoogde kans op diabetes hebben (Van der Meulen, 2005). In 2005 was de verwachting dat het absolute aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met 32,5 procent zal stijgen. In 2008 kan berekend worden dat 650.000 mensen gediagnosticeerd zijn met diabetes mellitus. Deze prognose is uitsluitend gebaseerd op demografische ontwikkelingen. Als de stijging van het aantal mensen met overgewicht eveneens wordt meegenomen dan is het zeer waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog sneller zal toenemen. In 2003 lag de incidentie van diabetes met 72.500 nieuwe patiënten erg hoog. De ziekte werd bij ongeveer net zoveel mannen als vrouwen geconstateerd (Baan et al., 2005).

Deze cijfers geven volgens experts een onderschatting van het werkelijke aantal diabetespatiënten in Nederland, omdat deze nog niet gediagnosticeerd zijn (Van der Meulen, 2005). Het RIVM schat dat er tussen 850.000 en 1 miljoen patiënten met diabetes mellitus zijn (RIVM, 2008).

3.3 Aansluiting van het beweeg(stimulerings)aanbod op de wensen van de patiënten

Het huidige beweegaanbod voor mensen diabetes mellitus type 2 is meer aanbod gedreven dan vraaggestuurd tot stand gekomen. Hiermee wordt bedoeld dat dit aanbod (historisch gezien) veelal tot stand is gekomen door initiatief van aanbieders en niet op basis van wensen en behoeftepeilingen onder patiënten. Een uitzondering hierop vormen de specifieke patiëntinitiatieven.

Mensen met DM-2 vinden bewegen belangrijk, maar vragen niet expliciet om een beweegaanbod dat zich richt op diabetes. Vergroten van de lichamelijke fitheid is het belangrijkste motief om te bewegen. Bewegen moet in de directe omgeving kunnen (op loop/fietsafstand). Mensen met DM-2 geven zowel de voorkeur aan groeps- als aan individuele programma's. Beweegvoorkeuren zijn fietsen, wandelen en cardiofitness.

Bij groepsprogramma's moet dat gebeuren met andere mensen van gelijk niveau. Er moet deskundige begeleiding zijn (op gebied van belasting/belastbaarheid, motivatie), maar de begeleider hoeft niet persé een fysiotherapeut te zijn. Hoewel mensen met DM-2 bereid zijn te betalen voor bewegen, wordt wel verwacht dat de programma's niet te duur zijn. De gewenste kostprijs is in dit project niet onderzocht. Daarbij vinden zij het reëel dat de overheid een financiële bijdrage levert.

3.4 Witte vlekken in het beweeg(stimulerings)aanbod

Op basis van zowel de wensen van patiënten als van de inventarisatie van het huidige beweegaanbod voor mensen met diabetes mellitus type 2 kunnen de volgende conclusies ten aanzien van de witte vlekken worden getrokken.

Voor mensen met diabetes mellitus type 2 is in tegenstelling tot de situatie bij COPD en coronaire hartaandoeningen nog geen specifiek 'revalidatieprogramma' in Nederland. Binnen de reguliere sporten is er geen structureel aanbod voor mensen met DM-2. Hoewel de huidige beweegprogramma's die fysiotherapeuten aanbieden goed aansluiten bij de wensen van de doelgroep, is er geen eenduidigheid omtrent de vergoeding van deze programma's.

3.5 De logistieke doorstroming van patiënten tussen de verschillende aanbieders

Doorstroming van mensen met diabetes mellitus type 2 naar sport- en beweegaanbod vereist een effectieve wijze van doorverwijzen. In het rapport patiëntprofielen is een overzicht gegeven van doorverwijsmethoden die in Nederland zijn gehanteerd. Van de beschreven methoden is er slechts één effectief gebleken. Dit betreft het programma, Revalidatie en Sport in combinatie met Actief na Revalidatie. Dit programma bleek gunstige effecten te hebben op lichamelijke activiteit en sportparticipatie 1 jaar na afloop van de klinische of poliklinische revalidatie (van der Ploeg, 2007).

Daarnaast is een overzicht gegeven van buitenlandse literatuur op gebied van de effectiviteit van doorverwijzingmethoden. Belangrijke bevindingen hiervan zijn dat huisartsen slechts in beperkte mate mensen doorverwijzen. De verwijsmethoden vaak niet erg effectief zijn, omdat er relatief veel mensen doorverwezen moeten worden (Williams, 2007: 17) om er 1 daadwerkelijk aan het bewegen te krijgen.

Barrières als tijdgebrek, gebrek aan feedback van de patiënt, medische verantwoordelijkheid en het gebrek aan prioriteit bij zowel de medici als de patiënten vormen een belangrijke drempel tot een effectieve doorverwijzing.

3.6 Casefinding

Verwijzing kan pas plaatsvinden nadat casefinding heeft plaatsgevonden. In principe kunnen er bij het opsporen van (inactieve) mensen met een chronische aandoening meerdere case finders zijn. De recent gepubliceerde multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement 'vitale vaten' kan goede aanknopingspunten bieden. Het is wenselijk dat er sprake is van een centrale zorgverlener, iemand moet de verantwoordelijkheid hebben (en daar ook middelen voor hebben). Er is momenteel nog steeds sprake van een onderschatting van het risico (van o.a. lichamelijke inactiviteit) door professionals.

Richtlijnen worden in de praktijk niet altijd goed opgevolgd en er is nog onvoldoende samenwerking tussen de verschillende professionals. Er zou meer aandacht wenselijk zijn voor de daadwerkelijke implementatie. Voor een goed preventief beleid is het tevens van belang dat de financiering voor leefstijlbegeleiding goed geregeld wordt en dat ICT systemen ondersteunend werken.

3.7 Patiëntprofielen

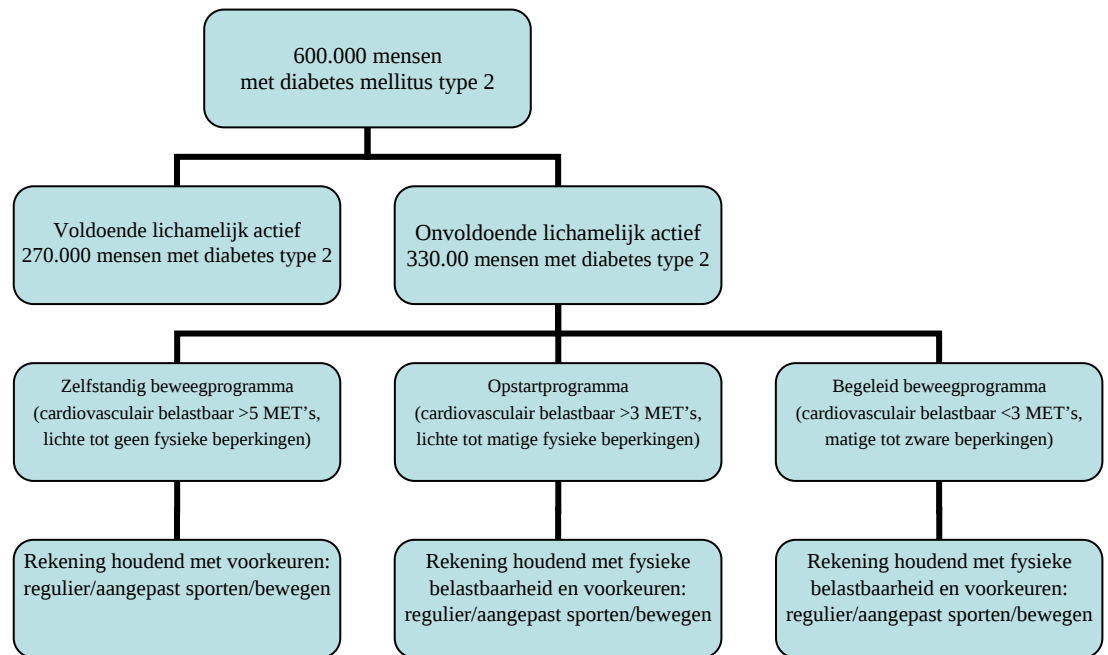
Om te zorgen dat patiënten naar het juiste beweegaanbod verwezen kunnen worden is er in Nederland grote behoefte aan richtlijnen over een goede afstemming van fysieke belasting en belastbaarheid oftewel patiëntprofielen. In het project 'Patiëntprofielen' is stilgestaan bij de verschillende manieren waarop patiënten gecategoriseerd kunnen worden. Vaak blijkt dat patiënten door combinaties van factoren gecategoriseerd worden. Belangrijke criteria zijn hierbij:

- veiligheidsrisico's
- ernst van de aandoening
- klachten en symptomen
- belastbaarheid
- beweegvoorkeur

Daarnaast zou men ook nog factoren hierin kunnen betrekken als co-morbiditeit, coping, angst, ervaren drempels/barrières, (h)erkennen van eigen grenzen.

Genoemde indelingen hebben geleid tot het opstellen van een 'longlist' van criteria, die zijn voorgelegd aan een panel van experts. Gezamenlijk met deze experts en op uitdrukkelijk verzoek van het Ministerie van VWS, de directie Sport, is besloten om deze 'longlist' terug te brengen tot een beperkt aantal profielen, waarbij de criteria zoveel mogelijk geclusterd zijn.

Dit heeft geleid tot de volgende indeling:



Figuur 3.1 Model Patiëntprofielen Diabetes Mellitus type 2

Evident is dat er nader onderzoek gewenst is om de richtlijnen over bewegen voor mensen met chronische aandoeningen in verschillende stadia nader in te vullen. Ook zou er behoefte zijn aan een compendium voor energieverbruik vergelijkbaar met het door Ainsworth (Ainsworth, 2001) opgestelde compendium voor mensen met chronische aandoeningen.

3.8 Bewegen is effectief voor mensen met diabetes mellitus, maar volhouden is lastig

Naast een goede instroom en doorstroming tussen de verschillende vormen van aanbod is ook het verminderen van de uitval een onderwerp waar in de toekomst nog meer aandacht aan besteed zou moeten worden.

Een relatief groot gedeelte van de mensen met chronische aandoeningen blijkt niet in staat om op de langere termijn een actieve leefstijl te handhaven.

Voor de toekomst is het daarom wenselijk om patiënten goed te monitoren (wat betreft lichamelijke activiteit). Hiervoor moeten betere instrumenten ontwikkeld worden die lichamelijke activiteiten, op een niet belastende wijze, betrouwbaar en valide meten. Bij afname van lichamelijk activiteit moet er follow-up plaatsvinden.

3.9 Disseminatie van bevindingen en adviezen

De bevindingen en adviezen voortkomend uit het project 'Patiëntprofielen' zijn gebruikt in adviestrajecten rondom de Beweegkuur, te weten:

- het bijwonen van de bijeenkomsten van de ontwikkelgroep (ca 6x);
- het commentariëren van concepten van de beweegkuur;
- het aanleveren van stukken tekst voor o.a. de screening van patiënten;
- het bijwonen van afstemmingsoverleg van NISB met het KNGF, NPi rond o.a. de afstemming van beweegkuur op de reeds lopende KNGF beweegprogramma's;
- samen met het NPI specifieke scholing ontwikkelen voor fysiotherapeuten die aan het project 'de Beweegkuur' deelnemen;
- Het bijwonen van afstemmingsoverleg tussen NISB, Fit!vak en TNO.

4 Resultaten huisartsen

Dertien huisartsen, aangesloten bij het Leids Eerstelijns OnderzoeksNetwerk (LEON), reageerden positief op de oproep tot deelname. Uiteindelijk hebben elf huisartsen ook daadwerkelijk deelgenomen aan het onderzoek. Twee huisartsen hebben toch niet deelgenomen, omdat ze uiteindelijk niet beschikbaar bleken te zijn gedurende de dataverzamelingsperiode.

De elf deelnemende huisartsen zijn werkzaam in vier praktijken in Den Haag, drie in Leiden, één in Leimuiden, één in Lisse, één in Noordwijk en één in Voorburg. Vier huisartsen werken in een solopraktijk, drie huisartsen in een duopraktijk en vier huisartsen in een gezondheidscentrum. In negen praktijken zijn praktijkondersteuners aanwezig.

4.1 Casefinding

Hoewel niet alle praktijken aangeven proactief bezig te zijn met casefinding zeggen alle huisartsen dat alle diabetici bekend zijn in de praktijk. Voor het signaleren van nieuwe gevallen van diabetes volgen de huisartsen over het algemeen de NHG standaard diabetes. Bij afwijkende bloedwaarden, een positieve familieanamnese, te hoge bloeddruk en overgewicht wordt er getest op diabetes. Bij de patiënten wordt vier maal per jaar bloed geprikt en meestal worden de patiënten in verband met hun diabetes drie maal per jaar gezien door de praktijkondersteuner en éénmaal per jaar door de huisarts.

4.2 Samenwerking binnen keten: internist – huisarts – fysiotherapeut

Op twee huisartsen na zijn alle deelnemende huisartsen bewust en actief bezig met het adviseren van diabetici op het gebied van leefstijl en dus ook bewegen. Meestal wordt daarbij een praktijkondersteuner ingeschakeld. Twee huisartsen geven aan geen specifieke aandacht voor bewegen te hebben voor diabetici maar één ervan geeft wel zelf het goede voorbeeld. Over het algemeen worden de diabetici in eerste instantie geadviseerd over bewegen in het dagelijks leven: 'blokje om'. Vervolgens wordt eventueel naar een diëtist of fysiotherapeut verwezen. Soms wordt er gestart met een individuele behandeling, vaak is er echter een groepsprogramma. Enkele genoemde voorbeelden hiervan zijn: een speciaal diabetes programma van thuiszorgorganisatie Florence en één van Meavita, 'De Beweegwinkel', een beweegprogramma in het netwerk 50+ gebaseerd op de COACH-aanpak van de Rijksuniversiteit Groningen, 'Beweeg', en 'Bewegen op Recept', een ouderenprogramma voor bewegen en afvallen georganiseerd in samenwerking met een verpleeghuis.

Drie praktijken gaven aan deel te nemen aan de Stichting Eerstelijns Regionale Keten zorg diabetes (STERK). Dit is een huisartsenstichting die tot doel heeft de kwaliteit van de zorg aan type 2 diabetes patiënten binnen de huisartsenpraktijken in de regio te monitoren en te verbeteren. Voor STERK hebben zich ruim 100 huisartsen uit 65 praktijken (of gezondheidscentra) aangemeld, verdeeld over de hele regio Zuid-Holland Noord.

Indien gewenst worden diabetici na deelname aan een groepsprogramma verwezen naar een sportschool of andere beweegactiviteiten in de buurt. Eén van de praktijken geeft aan liever niet te verwijzen naar sportscholen of thuiszorgorganisaties omdat ze deze patiëntengroep liever bij professionals in de eerste lijn houden.

Enkele wensen die geuit zijn in verband met bewegen voor diabetici:

- deelname aan beweegactiviteiten als prestatie-indicator bij benchmark van zorgverzekeraars inzetten, nu is er alleen de categorie niet-medicamenteuze behandeling;
- een avondspreekuur voor diabetici om meer jonge (werkende) mensen te bereiken en daarmee te kunnen stimuleren meer te gaan bewegen;
- een speciale ouderen praktijkondersteuner die inactieve patiënten kan bezoeken en motiveren om te gaan bewegen;
- een gezamenlijk medisch consult voor diabetici met huisartsen;
- een overzicht van de GGD van beweegmogelijkheden in de buurt;
- WII fit voor alle diabetici;
- meer groepsprogramma's bij fysiotherapeuten in de buurt die vergoed worden door zorgverzekeraars;
- een portaal op internet waar diabetici een eigen pagina hebben waar de verpleegkundige ook bij kan om extra contact te houden met de diabetici.

4.3 Profielen diabetici die doorverwezen worden naar beweegactiviteiten

De profielen van diabetici voor 'behandeling' van bewegingsarmoede zoals gehanteerd door huisartsen zijn verschillend per praktijk. Vooral de groep met duidelijk overgewicht wordt verwezen naar beweegactiviteiten. Daarnaast geven huisartsen aan dat de groep met overgewicht vaak inactief is en hoge drempels moet nemen om te gaan bewegen. Het hebben van overgewicht vormt op zichzelf een drempel omdat men fysiek moeite heeft te bewegen als ook mentaal om aan groepsactiviteiten mee te doen. Lidmaatschap van een reguliere sportschool is te zeer confronterend omdat men een sportschool identificeert met mensen in 'strakke pakjes'. Mensen met diabetes hebben ook vaak beweegangst: te grote inspanning is niet goed voor mij want ik ben ziek. Het registreren van vooruitgang op fitheid en de suikerwaarde tijdens beweegtraining onder begeleiding motiveert mensen met diabetes wel om te bewegen. Maar volgens de huisartsen duurt het lang voordat mensen met diabetes bewegen rekenen tot de eigen verantwoordelijkheid.

4.4 Bereidheid, wensen, verwachtingen van diabetici die doorverwezen worden

Deelnemende huisartsen weten weinig over de wensen en verwachtingen van diabetici. De enige terugkerende onderwerpen zijn beweegangst en financiën: volgens huisartsen bewegen diabetici liever niet tussen de 'strakke pakjes' in een reguliere sportschool en zolang er maar vergoeding is van de zorgverzekeraars dan zijn diabetici wel gemotiveerd om te bewegen.

4.5 Drempels bij doorverwijzing naar beweegactiviteiten

De belangrijkste drempel die genoemd wordt, is het vergoed krijgen van bewegen voor mensen met diabetes mellitus. Volgens huisartsen zou het bevorderend voor deelname aan beweegactiviteiten door diabetici zijn als vergoeding vanuit zorgverzekeraars goed geregeld wordt. Het vergoed krijgen kost de aanbieder van beweegactiviteiten zeer, zeer veel energie. Alles gebeurt op eigen initiatief en dat kost veel tijd. Zorgverzekeraars vragen onderbouwing van innoverend beleid en kunnen achteraf besluiten toch niet over te gaan tot vergoeding.

Volgens huisartsen kan de energie van zorgverleners beter gebruikt worden door gewoon het programma uit te gaan voeren. Huisartsen zouden geholpen zijn als

zorgverzekeraars zelf een module maken waarop zorgverleners kunnen inschrijven. Zorgverzekeraars zouden koplopers onder de huisartsen moeten gebruiken als uitstraling, spin-off naar anderen. Nu worden koplopers juist gefrustreerd en dat bevordert spin-off niet.

Andere genoemde drempels op patiëntniveau zijn: overgewicht, bewegingsangst, te druk hebben en het idee hebben dat deelname aan beweegactiviteiten te vermoeiend is.

5 Verslag semi-gestructureerde interviews fysiotherapeuten

Op de consumentensite van het KNGF werden 114 fysiotherapiepraktijken gepubliceerd die het beweegprogramma voor diabetes aanboden. Uit een willekeurige selectie van 38 praktijken zijn uiteindelijk 27 praktijken bereid gevonden deel te nemen aan een telefonisch interview van 20 à 30 minuten.

5.1 Soort praktijk

De 27 praktijken die deelnamen aan het interview waren verspreid over heel Nederland. In tabel 1 zijn de locaties vermeld waar de fysiotherapiepraktijken gesitueerd zijn.

Tabel 1 Locaties van deelnemende fysiotherapiepraktijken

Almelo 2x	Baexem	Deventer	Haarlem
Amsterdam 3x	Bilthoven	Doorn	Linne
Almere	Bruinisse	Eerbeek	Obbicht
Alphen	Cothen	Eindhoven	Rotterdam
Arnhem	Delft	Enschede	Zwanenburg
Assen	Delfzijl	Geleen	Zwolle

Het aantal fysiotherapeuten dat in een praktijk werkzaam was, varieerde van twee tot 19. Van één praktijk is het aantal onbekend.

Met uitzondering van één praktijk is in alle praktijken een oefenzaal en fitnessapparatuur aanwezig. Eén kleine praktijk maakt gebruik van een ruimte in een racketcentrum als oefenzaal.

5.2 Wijze van werving van diabetespatiënten

De huisarts is de meest genoemde verwijzer van diabetes patiënten naar de beweegprogramma's van de fysiotherapeuten. Daarbij zijn de ervaringen van fysiotherapeuten wisselend, zowel positief als negatief. De praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen worden het meest in positieve zin genoemd als het over verwijzing naar een beweegprogramma van de fysiotherapeut gaat. Soms wordt er verwezen door specialisten, soms komen deelnemers binnen via media, mond tot mond reclame of uit het eigen patiënten bestand van de fysiotherapeuten.

Vrijwel alle praktijken geven aan dat de werving zeer, zeer veel energie kost. Initiatief moet bij de fysiotherapeuten zelf liggen en continue aandacht is noodzakelijk. Sommige praktijken is het helemaal niet gelukt deelnemers te werven om een programma te starten. Echter daarnaast geeft ook één praktijk aan een wachtlijst te hebben.

Bevorderende factoren genoemd door fysiotherapeuten:

- selectie van deelnemers, bekenden bij elkaar en daarbij een vorm van sociale controle zorgt dat nieuwe mensen zich aanmelden;
- per programma is tenminste één keer overleg met de huisarts, praktijkondersteuner, diëtist, diabetesverpleegkundige en fysiotherapeut betreffende de inclusie van patiënten;
- eventueel bij 'prikdagen' in de apotheek aanwezig zijn en informatie verstrekken betreffende het programma;

- een informatie avond voor potentiële deelnemers en een avond voor praktijkondersteuners;
- één keer per drie maanden evalueren van deelnemers met huisarts bevordert de instroom.

Belemmerende factoren genoemd door fysiotherapeuten:

- stichting Eerstelijns Regionale Keten zorg (STERK): huisartsen regionaal op één lijn qua diabetes zorg. Bewegen is nog geen duidelijk onderdeel van de zorg;
- huisartsen onderkennen belang van bewegen misschien wel maar doen er verder weinig concreet mee. Zij worden wellicht iets te vaak benaderd door fysiotherapeuten 'die van alles te bieden hebben';
- bewegen staat, uitzonderingen daargelaten, vaak niet echt op de agenda van huisartsen en praktijkondersteuners;
- huisartsen nemen bewegen niet altijd serieus: 'neem maar een pilletje'. Men vindt dat dit vooral de NHG te verwijten is;
- huisartsen zijn soms niet blij als praktijkondersteuners meewerken aan het beweegprogramma door te verwijzen en voorlichting te geven omdat men bang is dat medische informatie over patiënten wordt doorgegeven;
- concurrentie tussen fysiotherapeutpraktijken onderling wordt soms genoemd als struikelblok bij de werving;
- een gebrek aan overzicht van spreekuren van praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen in de regio. Een poging een overzicht te vervaardigen via het forum van diabetesverpleegkundigen werd om privacyredenen niet toegestaan.

5.3 Aantal programma's uitgevoerd en aantal deelnemers

Hoewel in alle deelnemende praktijken fysiotherapeuten werkzaam zijn die opgeleid zijn om het beweegprogramma voor diabetespatiënten uit te voeren, blijkt dat in vier praktijken nog geen programma is opgestart. Bij twee van deze praktijken komt dit omdat het niet lukt voldoende deelnemers te werven en bij de andere drie is men nog bezig met de opzet van het programma. In de praktijken waar men bezig is met de opzet lopen al wel beweegprogramma's voor andere chronische ziekten. De reden dat diabetes in deze praktijken als laatste aan de beurt is heeft te maken met de vergoeding door zorgverzekeraars. Diabetes staat in tegenstelling tot veel andere chronische ziekten niet op de 'chronische lijst', een lijst met chronische aandoeningen die voor vergoeding van fysiotherapeutische behandeling in aanmerking komen.

Van de 22 praktijken die getraind zijn om het beweegprogramma uit te voeren varieert het aantal groepen dat getraind wordt binnen de praktijk van 0 tot 7. Vier praktijken draaien geen groepen, twee omdat de werving lastig is en twee zijn bezig met de opzet van groepen. Van alle deelnemende praktijken werkt de helft met vaste groepen deelnemers en de andere helft met een continue instroom van deelnemers. De continue instroom kan in meerdere groepen per week plaatsvinden. Het aantal deelnemers van vaste groepen is gemiddeld 6, variërend van 3 tot 10 personen.

5.4 Kenmerken van deelnemers

Van de 22 praktijken waar het programma is uitgevoerd zijn er 19 waar de leeftijd categorieën 50+, 55+ en 60+ genoemd worden. Eén praktijk geeft aan een range van 47 tot 80 en één praktijk zegt een gevarieerd aanbod te hebben waarbij zelfs een deelnemer jonger dan 30 deelneemt.

Het aandeel mannen en vrouwen is bij acht praktijken ongeveer gelijk, bij zeven praktijken zijn er meer vrouwen dan mannen, bij twee praktijken zijn er meer mannen en bij vijf praktijken is dat niet bekend.

Een aantal praktijken heeft aparte groepen voor migranten en er wordt regelmatig genoemd dat de deelnemer al langer (minimaal een jaar) bekend moet zijn met diabetes. Er is vaak een combinatie met overgewicht en een hoge bloeddruk. De focus op de ernst van de ziekte is divers. Enkele praktijken richten zich op minder ernstige vormen van diabetes (vooral in de beginfase van de ziekte) en enkele andere praktijken hebben juist de ernstige gevallen van diabetes (met veel co-morbiditeit).

5.5 Compliance/presentie, uitval redenen

Door alle fysiotherapeuten werd aangegeven dat als mensen deelnemen, ze zeer trouw aan het programma blijven deelnemen. Er is geen tot weinig uitval en als er deelnemers uitvallen dan is er meestal een duidelijke reden zoals verhuizing of andere privéomstandigheden die niets met het programma te maken heeft.

Vaak worden bij intake duidelijke afspraken gemaakt waardoor mensen gecommitteerd worden aan het programma. Eén van de praktijken begint altijd met de tekst: 'het is niet leuk, maar wel goed voor u'.

Gedurende het programma blijken veiligheid van trainen in een groep, het lotgenoten contact en de positieve ervaringen belangrijke factoren te zijn voor mensen om therapietrouw te blijven. Ter voorkoming van uitval uit het programma wordt soms de groep in geschakeld om mensen te bellen die niet meer op komen dagen (sociale controle). Maar ook het zich goed/fitter voelen, afvallen en daling van bloedsuikerwaarden gemeten door de huisarts zijn belangrijke factoren.

Uitvallers betreffen voornamelijk mensen, die in stress situaties snel in oud gedrag terugvallen of die het niet volhouden het programma volledig te doorlopen.

5.6 Blessures, complicaties, calamiteiten bij deelname

Geen van de fysiotherapeuten kan blessures of calamiteiten benoemen die gepaard gaan met het beweegprogramma. Dit is volgens de fysiotherapeuten toe te schrijven aan het feit dat het programma door geschoolde fysiotherapeuten wordt begeleid. Een enkele keer krijgen patiënten complicaties of komen er andere klachten in beeld. Dit heeft nooit met het programma zelf te maken maar kan in sommige gevallen wel leiden tot uitval.

5.7 Doorstroom andere beweegactiviteiten, beweegadvies

De deelnemende fysiotherapeuten hebben verschillende mogelijkheden van doorstroom genoemd naar (andere) beweegactiviteiten. 14 fysiotherapeuten geven aan dat deelnemers na afloop van het programma eigenlijk nog willen doorgaan bij de fysiotherapeut. Veel deelnemers zijn bereid om op eigen kosten door te gaan met trainen in de praktijk, omdat de drempel laag is en het veilig en vertrouwd voelt.

Begeleiding in de oefenzaal van de praktijk kan door de fysiotherapeut gedaan worden maar eventueel ook door een sportinstructeur. 11 fysiotherapeuten geven aan dat een deel uitstroomt naar de reguliere sportschool of fitnesscentrum en 15 naar andere georganiseerde activiteiten (o.a. Nordic Walking). In een aantal gevallen (6 fysiotherapeuten) zijn daarvoor specifieke afspraken gemaakt met de sportschool, sportstichting/bedrijf of andere organisaties die activiteiten organiseren. Een derde van de fysiotherapeuten gaf specifiek aan concrete adviezen te geven over hoe deelnemers meer beweging kunnen inbedden in hun dagelijkse leven.

Slechts een deel van de praktijken doet een follow-up in de vorm van een belronde, terugkombijeenkomst of anderszins. De praktijken die het wel doen, doen dat op wisselende momenten: na één week/twee weken/ maand, na drie maanden, na een half jaar, na een jaar. Daarnaast geven enkele fysiotherapeuten aan er mee bezig te zijn of zich bewust te zijn dat ze dat eigenlijk nog wel moeten doen.

Opvallende details die nog naar voren kwamen bij dit onderwerp zijn, dat:

- één praktijk alle deelnemers na afloop een stappenteller cadeau geeft om deelnemers blijvend te stimuleren zelf meer te bewegen;
- kennismaking met en voorlichting door aanbieders van beweegactiviteiten in de buurt tijdens het beweegprogramma stimulerend werkt op de deelnemers;
- regelmatig genoemd wordt dat de eerstelijnszorgketen rond diabetes beter georganiseerd moet worden zodat doorstroming en blijvende aandacht voor bewegen bevorderd wordt.

5.8 Inbedding programma in praktijk

In alle praktijken is het programma of al in het vaste aanbod ingebed of het is de bedoeling dat dit in de toekomst zo zal zijn.

5.9 Vergoeding zorgverzekeraar, bijdrage patiënt zelf

Vrijwel alle fysiotherapeuten gaven aan dat de onderhandelingen over vergoeding van het programma met zorgverzekeraars erg moeizaam verlopen en veel energie kosten. Een aantal fysiotherapeuten geeft aan dat zorgverzekeraars het best gezamenlijk met collega's of met huisartsen benaderd kunnen worden om succes te hebben. Het feit dat bij elke zorgverzekeraar weer anders omgegaan wordt met de eventuele vergoeding is lastig en tijdrovend voor de fysiotherapeuten. Vrijwel alle zorgverzekeraars vragen een uitgebreid protocol waarin het hele programma precies beschreven en verantwoord moet worden. Aangezien de opleidingsinstituten dit niet verschaffen moeten fysiotherapeuten veel tijd steken in het zelf in elkaar zetten van een draaiboek.

Om dit te omzeilen geven sommige fysiotherapeuten aan creatief om te gaan met declaraties bij de verschillende zorgverzekeraars. Indien groepsfysiotherapie niet lukt dan worden er individuele behandelingen gedeclareerd. Hierbij wordt dan ook weer gevarieerd omgegaan met het aantal groepsbijeenkomsten dat per gedeclareerde zitting gegeven wordt (bijvoorbeeld voor twee groepsbijeenkomsten wordt één reguliere zitting fysiotherapie gedeclareerd).

Hoewel het soms lukt (een deel van) het programma vergoed te krijgen schieten de fysiotherapeuten er toch altijd bij in. Dit heeft naast de vaak niet volledige dekking van de uitvoering van het programma ook te maken met de tijd en het geld dat gestoken wordt in de werving van deelnemers en het maken van een 'kookboek' voor de zorgverzekeraars. Ondanks het feit dat er veel energie in het programma gaat zitten en

de vergoeding niet altijd dekkend is geven de fysiotherapeuten aan toch door te gaan met de uitvoering ervan. Door de hoeveelheid energie die het de fysiotherapeuten kost om zorgverzekeraars te overtuigen, overweegt zelfs één van de fysiotherapeuten helemaal zonder vergoeding programma's aan te gaan bieden.

5.10 Type scholing en ervaringen

Door 16 van de fysiotherapeuten is scholing gevolgd bij het NPI, door vijf bij het TRO, door vier bij zowel het NPI als het TRO en twee fysiotherapeuten hebben naast scholing bij NPI en TRO ook een opleiding bij Carl Noten gedaan.

Over het algemeen is men positief over de scholing bij het NPI die als praktisch ervaren wordt en met name voor de minder ervaren collega's waardevol. De scholing bij het TRO wordt soms als wat schools, rommelig en simpel aangeduid. Eén therapeut mist criteria om patiënten in te delen in subgroepen, multidisciplinair element (d.w.z. de afstemming met de huisarts en andere zorgverleners) en informatie over bloedsuikerwaardes en vindt het totale programma te kort om echt gedragsverandering te weeg te brengen.

Voor beide opleidingsinstituten geldt dat men het soms als een teleurstelling ervaart dat er geen protocol gegeven wordt. Zorgverzekeraars vragen daarom en nu moeten alle praktijken het programma zelf helemaal uitschrijven.

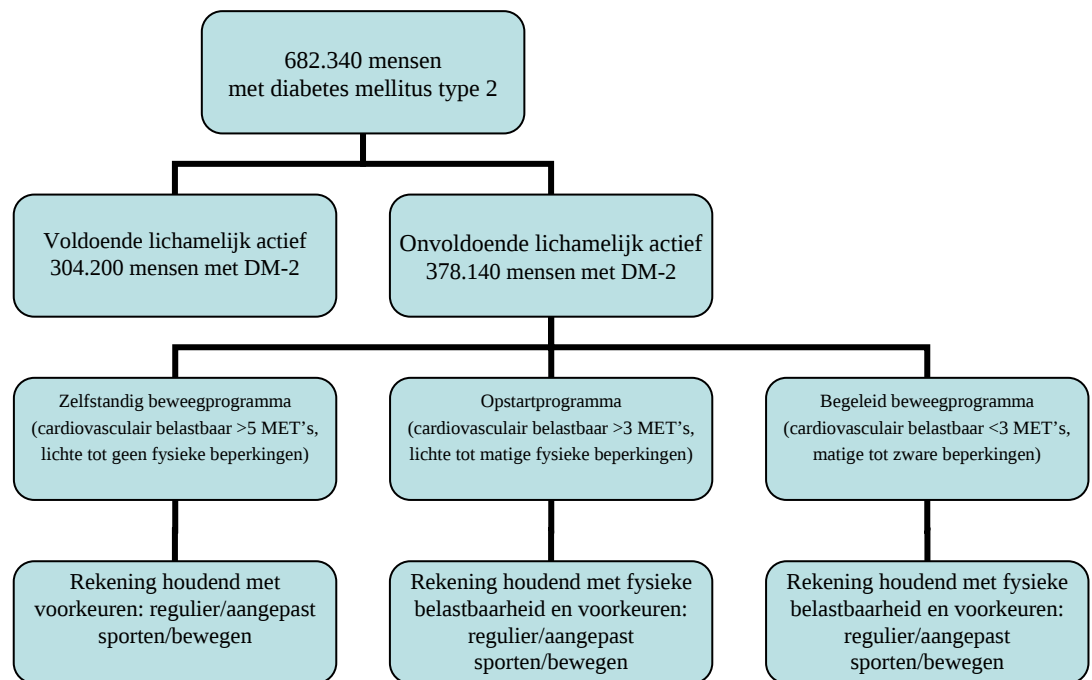
6 Samenvatting, conclusie

Dit project werd opgezet om de kennis die is opgedaan in het project ‘Patiëntprofielen’ toe te passen bij de ontwikkeling van de Beweegkuur, een prototype van het Bewegen-op-recept concept voor mensen met DM-2, en om te evalueren hoe de huidige case-finding van inactieve mensen met DM-2 en verwijzing in de eerstelijns naar bewegingsactiviteiten in het algemeen en het beweegprogramma van het KNGF in het bijzonder op dit moment verloopt. Door de snelle ontwikkelingen omtrent de Beweegkuur zijn sommige bevindingen ingehaald door de actualiteit van alle dag. Niettemin geven de resultaten wel een beeld van de attitude en houding van huisartsen en fysiotherapeuten inzake casefinding en verwijzing.

Hiertoe werd de volgende aanpak gevolgd:

- 1 Afstemming met NISB over de toepassing van de aanwezige kennis over diabetes mellitus en bewegen bij TNO en specifiek de uitkomsten van het project patiëntprofielen in de Beweegkuur en de verdere implementatie van dit model.
- 2 Telefonische interviews met 11 huisartsen, aangesloten bij het Leids Eerstelijns OnderzoeksNetwerk (LEON) om in kaart te brengen welke aandacht er naar bewegen bij mensen met DM-2 uitgaat in de praktijk van alledag om advies te kunnen formuleren over de verdere implementatie van het BoR-concept.
- 3 Telefonische interviews met 38 fysiotherapeuten die de opleiding afgerond hebben voor het uitvoeren van het beweegprogramma DM-2 van het KNGF om op basis van het RE-AIM model in kaart te brengen hoe groot de instroom van mensen met diabetes is, via welk kanaal dat verloopt, wat kenmerken van deelnemers zijn, hoe groot de compliance en de uitval zijn, als ook hoe de follow-up geregeld is.

In het project ‘Patiëntprofielen’ werd op basis van de literatuur en expert raadpleging een model voorgesteld inzake belasting-belastbaarheid en de daaraan gerelateerde beweeginterventiestrategie voor mensen met DM-2 die inactief zijn. In figuur 5.1 is het model weergegeven, inclusief schattingen van het aantal Nederlanders met DM-2 die het betreft. Schattingen voor de verder onderverdeling van personen met DM-2 die onvoldoende lichamelijk actief zijn naar belastbaarheid, zijn niet op basis van beschikbare gegevens te maken. De evaluatie van de Beweegkuur zou hier inzicht in kunnen verschaffen.



Figuur 5.1 Model Patiëntprofielen Diabetes Mellitus type 2

Uit het kwalitatief onderzoek onder huisartsen en fysiotherapeuten in de regio Leiden kwamen de volgende aspecten naar voren.

De deelnemende huisartsen gaven allen aan dat alle patiënten met diabetes mellitus 2 geïdentificeerd zijn in hun praktijken. Opgemerkt dient te worden dat dit mensen met diabetes mellitus type 2 betreft bij wie dit is vastgesteld. Er is in dit onderzoek niet ingegaan op het proactief opsporen van mensen met (pre-)diabetes. Hierover kan dan ook geen uitspraak gedaan worden.

Mensen met gediagnosticeerde diabetes mellitus werden gemiddeld vier keer per jaar gezien door een praktijkondersteuner of de huisarts zelf. Bewegen stond volgens de huisartsen zeker op het netvlies en vooral in verband met overgewicht werden adviezen gegeven over het aanpassen van de leefstijl. De huisartsen noemden verschillende programma's en samenwerkingsverbanden. De profielen van patiënten waren divers en de huisarts gaf aan weinig inzicht te hebben in de wensen van de patiënt betreffende bewegen. Volgens de huisarts zijn de belangrijkste drempels voor bewegen bij patiënten met DM-2 overgewicht, bewegingsangst, de perceptie van patiënten dat bewegen te vermoeiend is, en kosten. Huisartsen gaven ook aan dat het veel tijd en energie kost om beweeginterventies voor mensen met diabetes mellitus type 2 vergoed te krijgen door een zorgverzekeraar.

De deelnemende fysiotherapeuten gaven aan dat de werving van mensen met diabetes mellitus type 2 zeer veel energie kost. De huisarts is de meest genoemde toeleverancier van mensen met diabetes naar de fysiotherapeut, maar de ervaringen van fysiotherapeuten met de werving door huisartsen waren wisselend. Volgens de fysiotherapeuten geven huisartsen weinig prioriteit aan bewegen.

Fysiotherapeuten gaven aan dat de vergoeding door zorgverzekeraars voor beweegprogramma's voor mensen met diabetes niet eenduidig geregeld is, mede doordat diabetes niet op de lijst van chronische aandoeningen staat die voor vergoeding

van fysiotherapeutische interventie in aanmerking komt. De onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn moeizaam en tijdvergend mede doordat zorgverzekeraars van elke aanbieder een gedetailleerd protocol eist.

Aan de beweegprogramma's voor DM-2 nemen iets meer vrouwen dan mannen deel, en deelnemers zijn erg trouw. De veiligheid van de groep, het lotgenotencontact en de positieve ervaringen op fysiek vlak motiveren mensen het programma te doorlopen. Dit zijn ook de belangrijkste motieven voor mensen om te (willen) blijven sporten in de fysiotherapiepraktijk na afloop van het programma. Uitval door blessures lijkt geen rol te spelen. Na afloop van het programma stromen sommigen uit naar andere activiteiten in de buurt, maar lang niet altijd is er goed aanbod beschikbaar in de buurt.

Het goed inbedden van beweegstimulering in de zorg rondom diabetespatiënten wordt volgens huisartsen en fysiotherapeuten vooral bemoeilijkt doordat bewegen voor mensen met diabetes mellitus 2 niet standaard opgenomen is in het verzekeringspakket. Om voor patiënten een goede regeling te treffen bij de zorgverzekeraar zijn betrokkenen zeer veel tijd en energie kwijt. Hierover kan nu vermeld worden dat het College voor Zorgverzekeringen de mogelijkheden onderzoekt om de Beweegkuur in het basispakket op te nemen. Hierover wordt in de eerste helft van 2009 een advies aan de Minister van VWS uitgebracht. Dit geeft aan dat er aan het genoemde knelpunt over de financiering serieus aandacht wordt besteed en wellicht op zeer korte termijn opgelost.

Opvallend is dat de deelnemende huisartsen aangaven het beweeggedrag van mensen met diabetes mellitus aardig op het netvlies te hebben staan, gaven fysiotherapeuten aan dat huisartsen geen prioriteit geven aan bewegen bij deze doelgroep. Daardoor verloopt de instroom van mensen in de beweegprogramma's moeizaam, hetgeen mede komt doordat fysiotherapeuten aangaven grotendeels afhankelijk te zijn van verwijzing door een huisarts.

Door de opzet van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan kan worden over de representativiteit van bevindingen. Vooral de deelnemende huisartsen, die deel uitmaken van een onderzoeksnetwerk in de regio, zullen meer geïnteresseerd zijn in innovaties in de zorg en daardoor wellicht een rooskleuriger beeld schetsen van de werkelijkheid. Niettemin geven de resultaten een aantal knelpunten aan waar serieus naar gekeken dient te worden bij de verdere ontwikkeling en implementatie van het Bewegen-op-recept-concept, en met name de Beweegkuur.

6.1 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van dit project en in het licht van de actualiteit worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- 1 Voor de eenduidigheid in de verwijzing van patiënten is het aan te bevelen het model voor patiëntprofielen te implementeren en te evalueren. Hiervoor is het zinvol om te bekijken hoe dit model door NISB ingezet kan worden in de beweegkuur.
- 2 Voor een betere doorstroming van mensen met diabetes mellitus type 2 betreffende beweeginterventies is het belangrijk dat er een betere afstemming van betrokken professionals geregeld wordt. Lokale initiatieven vanuit de beroepsgroepen zelf zouden gestimuleerd moeten worden en als voorbeeld kunnen dienen voor andere professionals.
- 3 Het opstellen van een sociale kaart van het lokaal aanbod helpt de zorgprofessional bij het verwijzen van mensen met diabetes mellitus naar passende beweeginterventies. Gemeenten zouden dit kunnen ondersteunen.

- 4 Het maken van een protocol zoals verzekeraars dat vragen, kan drempels voor implementatie wegnemen.