

Verzamelde presentaties, symposia en workshops

inkomen, en met een verhoogd risico op ziektes als diabetes, hart- en vaatproblemen, COPD, overgewicht en depressie. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van problematiek en van taal- en cultuurverschillen. In 2008 is de gemeente gestart met de Haagse Wijkaanpak gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Aanpak. De GGD voert een aantal wijkgerichte projecten uit, waarin wordt samengewerkt met welzijn, jeugdgezondheidszorg, bewonersorganisaties, woningbouwverenigingen, stadsdelen, gezondheidsmakelaars en eerste lijn. De ervaring leert dat iedere wijk een specifieke aanpak vereist, afhankelijk van doelgroep en omgevingsdeterminanten.

Knelpunten. Hulpverleners zien de gevolgen van ongezond gedrag in samenhang met psychosociale problematiek, bewoners voelen zich niet altijd in staat hier iets aan te veranderen. Adviezen en gestructureerde leefstijlprogramma's bereiken de doelgroep niet of zijn onvoldoende effectief. Samenwerking tussen wijkpartijen en bewoners is noodzakelijk, een adequaat netwerk en commitment in de wijk zijn vereist. Eigenaarschap kan een knelpunt vormen, waarbij het risico bestaat dat activiteiten weer verdwijnen wanneer de GGD zich terugtrekt. Wijkgericht werken is daarmee intensief en vaak afhankelijk van personen en verhoudingen tussen wijkorganisaties.

Oplossingen. Op basis van deze signalen is gestart met de Gezondheidsdialoog. De intentie is een community based aanpak te ontwikkelen en een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de gezondheid. Dit is een samenwerking tussen LUMC, gemeente/GGD, Xtra-welzijn en gezondheidscentra. Middels participatief actieonderzoek worden in twee wijken in een verkenningsfase (aparte en gezamenlijke focusgroepen met wijkbewoners en professionals) signalen verkend, en in de actiefase worden deze signalen uitgewerkt tot initiatieven. Met deze methodiek wordt getracht om zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van wijkbewoners te stimuleren, en bovendien leefstijl, omgevingsfactoren én zorgvoorzieningsfactoren te verbeteren. De initiatieven worden gedragen door wijkbewoners en professionals, en er is aandacht voor borging in de wijk.

Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4 - praktijkervaringen in Utrecht

J. Gootzen, M.H. Borst

Gemeente Utrecht Volksgezondheid, Utrecht

Achtergrond en doelstelling. GG&GD Utrecht kiest sinds 6 jaar voor een wijkgerichte aanpak van gezondheidsbevordering. In vier krachtwijken, waar de gezondheidsachterstand van de bewoners het grootst is, wordt volgens een Gezonde Wijk aanpak gewerkt langs vier sporen: gezond meedoen, gezonde leefstijl, gezonde leefomgeving en toegankelijke zorg en ondersteuning. In iedere wijk is een kernteam bestaande uit procesregisseur, wijkgezondheidswerker en gezondheidsvoorlichter actief om de gezondheid van de bewoners in deze wijken te verbeteren.

Aanpak. De wijkgerichte gezondheidsbevordering volgt een community aanpak waarin wordt aangesloten bij de motivatie en mogelijkheden van bewoners en partners in de wijk, door:

- verkennen van leefwereld en gezondheidsvragen van bewoners

- signaleren van mogelijkheden voor gezondheidsbevordering
- samenwerken met partners op regie en uitvoering
- implementeren van interventies in aansluiting op mogelijkheden van bewoners/intermediaren
- bereik aanbod vergroten door versterking verbindingen tussen bewoners en partners
- agendasetting gezondheid/ preventie

Resultaten. In de vier krachtwijken heeft het wijkgezondheidswerk nauwe samenwerking opgebouwd met eerstelijns, welzijn, GGZ-preventie, en sportstimulering. Jaarlijks worden 600-1500 bewoners bereikt door een scala van activiteiten.

Werken aan gezondheidsbevordering in een aandachtswijk vraagt naast een langdurige inzet ook om aansluiting op de verschillende dynamieken in de 4 aandachtswijken. In de presentatie komen geleerde lessen rondom netwerk, visievorming en gezondheidsbevordering in de praktijk aan bod. Zo kunnen o.a. levende sociale kaartbijeenvakkomsten bijdragen aan netwerkvorming in de wijk, werkt een positieve insteek op een thema zowel bij professionals en bewoners motiverend en kunnen tools als de fit- en gezondheidsmetingen in combinatie met het formuleren van persoonlijke gezondheidsdoelen bijdragen aan bewustwording en gedragsverandering.

Voortgang. In Utrecht wordt de bewonersparticipatie van en inzet op hun eigen kracht steeds belangrijker in de toekomst. In de presentatie komen randvoorwaarden, mogelijkheden en grenzen van een community aanpak aan bod, zoals naar voren gekomen in de ervaringen in Utrecht.

Sessie 13: Symposia: Gecombineerde leefstijlinterventies in de eerste lijn: leerpunten

Gecombineerde leefstijlinterventies in de eerste lijn: leerpunten

S.P.J. Kremers¹, A. Wagemakers², B.A.J. Berendsen¹, G.M. Rutten¹

¹Universiteit Maastricht, Maastricht

²Health & Society (HSO) Wageningen University, Department of Social Sciences, Wageningen

Voorzitter. Prof. dr. Stef Kremers

Auteurs en titels.

1. G. Rutten; Leidt leefstijlcoaching tot meer autonome motivatie en gezonder gedrag bij deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie.
2. B. Berendsen; Evaluatie van de uitvoering van een gecombineerde leefstijlinterventie in de eerste lijn.
3. M. Hendriks; Kosteneffectiviteit van het Opstart beweegprogramma versus Begeleid beweegprogramma van de BeweegKuur.
4. A. Wagemakers; Samenwerken in BeweegKuur netwerken: successen en uitdagingen.

Achtergrond. Overgewicht en obesitas zijn geassocieerd met toegenomen gezondheidsrisico's zoals Diabetes Mellitus type 2 en hart en vaatziekten, wat leidt tot een verminderde kwaliteit van leven, toegenomen zorggebruik en gerelateerde kosten. Om dit te voorkomen zijn gecombineerde leefstijlinterventies (GLIs) ontwikkeld gericht op het verbeteren van fysieke activiteit en gezonde voeding. Om deze GLIs te optimaliseren

Verzamelde presentaties, symposia en workshops

is kennis nodig van de factoren die de implementatie van GLIs belemmeren en bevorderen.

Doel. Dit symposium heeft als doel inzicht te geven in aspecten die gerelateerd zijn aan succes of falen van breed geïmplementeerde GLIs.

Opbouw. Allereerst wordt de uitvoering van zorgverleners in een GLI geëvalueerd en de relatie van deze uitvoering met verandering van voeding en/of beweeggedrag en motivatie hiervoor. De studie geeft inzicht in verbeterpunten voor interventies. De tweede spreker zal ingaan op de uitvoerbaarheid van de leefstijlinterventie, en factoren die hierop van invloed zijn. Vervolgens laten de resultaten van een economische evaluatie in een cluster RCT zien dat ook duurdere programma's kosteneffectieve oplossingen kunnen zijn. De vierde presentatie exploreert successen en uitdagingen van samenwerkingsprocessen in GLI-netwerken. De studie laat zien waarom sommige netwerken meer succes hebben dan andere. De voorzitter zal het symposium afronden met een samenvatting van de leerpunten vertaald naar uitdagingen voor optimalisatie van implementatie van GLIs in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Leidt leefstijlcoaching tot meer autonome motivatie en gezonder gedrag bij deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie?

*G.M. Rutten, B.A.J. Berendsen, J.J.M. Meis, S.P.J. Kremers
Universiteit Maastricht, Maastricht*

Achtergrond/Doelstellingen. Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) zijn effectief in het verbeteren van energie balans gerelateerd gedrag bij mensen met overgewicht en obesitas. Voor het volhouden van dit gedrag is het van belang dat deelnemers aan een GLI autonoom gemotiveerd zijn. In dit onderzoek is de implementatie van een GLI vastgesteld door de betrokken zorgprofessionals te monitoren in de uitvoering van hun taken. Van de deelnemers is de verandering in hun voedings- en beweeggedrag vastgesteld en de relatie tussen leefstijlcoaching (LSC) en veranderingen in de kwaliteit van de motivatie om gezond te eten en meer te bewegen.

Methode/Aanpak. Op 29 locaties in Nederland zijn 184 deelnemers geïnccludeerd en ingedeeld in een laag intensief (LSC en voedingsadvies) of matig intensief (idem + 6x fysiotherapie) interventiepakket. Er zijn vragenlijsten ingevuld op baseline, 4 maanden en 12 maanden. De vragen betroffen demografie, BMI, motivatie tot, op basis van de SELF-DETERMINATION THEORY, en de mate van lichamelijke activiteit en gezond eten. Data zijn geanalyseerd met t-tests en multivariate regressie analyse.

Resultaten/Opbredingen. Deelnemers waren zeer positief over de LSC en de fysiotherapeut, maar minder positief over het voedingsadvies. Er was een significante positieve relatie tussen autonomie ondersteunende LSC en een toename van de autonome motivatie voor lichamelijke activiteit na 4 maanden, maar autonome motivatie nam niet meer toe na 4 maanden. Na 12 maanden combineerde 56% van de deelnemers 2 of 3, overwegend individuele, beweegactiviteiten, gemiddeld 3 keer per week. Zelf gerapporteerde lichamelijke activiteit veranderde van gemiddeld 43 naar 60 minuten per dag. Autonome motivatie

voor gezond eten en voedingsgedrag veranderde niet.

Conclusie/Aanbevelingen. De autonome motivatie voor bewegen en de lichamelijke activiteit van deelnemers aan een GLI voor mensen met overgewicht en obesitas zijn toegenomen, maar er is geen verandering in hun voedingsgedrag opgetreden. Succesvol voedingsadvies en coaching vragen om meer specifieke kennis en vaardigheden.

Evaluatie van de uitvoering van een gecombineerde leefstijlinterventie in de eerste lijn

B.A.J. Berendsen¹, M.R.C. Hendriks¹, H.H.C.M. Savelberg¹, N.C. Schaper², S.P.J. Kremers¹

¹Universiteit Maastricht, Maastricht

²Maastricht University Medical Center, Maastricht

Achtergrond en doelstelling. Een procesevaluatie is uitgevoerd in een cluster gerandomiseerd onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met overgewicht. In de BeweegKuur wordt één jaar begeleiding verzorgd door een leefstijladviseur, fysiotherapeut en diëtist. De kwalitatieve procesevaluatie was gericht op de (continuering van de) uitvoering van de BeweegKuur in de eerste lijn, om inzicht te krijgen in de begeleiding in de praktijk en factoren die hierop van invloed waren.

Methode. Semi-gestructureerde interviews werden uitgevoerd bij leefstijladviseurs, fysiotherapeuten en diëtisten van een representatieve selectie (n = 10) van locaties. Het raamwerk van de interviews was gebaseerd op eerder onderzoek naar gezondheidbevorderende interventies. Hoofdonderwerpen waren onder andere het protocol van de interventie, inhoud van de begeleiding, samenwerkingen en continuering van het aanbieden van de BeweegKuur in de praktijk.

Resultaten. De begeleiding werd op veel locaties aangepast aan de individuele behoefte en wensen van de deelnemers. Genoemde redenen hiervoor waren praktische haalbaarheid en het tevreden houden van de deelnemer om uitval te voorkomen. De meeste zorgverleners vonden de samenwerkingen met overige betrokken zorgverleners waardevol, zowel binnen als buiten de BeweegKuur. Echter, de uitvoering van het programma werd als lastig ervaren bij uitval van één van de zorgverleners uit het team. Het kwam voor locaties onverwacht dat de BeweegKuur niet werd opgenomen in de basisverzekering; dit heeft de continuering van de BeweegKuur in de praktijken bemoeilijkt.

Conclusie(s) en aanbevelingen. Er is variatie in de mate waarin het protocol door zorgverleners wordt opgevolgd. Hoewel aanpassingen aan de behoefte van de individuele deelnemers zorgvuldig overwogen moeten worden, kan hiermee uitval voorkomen worden. De continuering van de BeweegKuur lijkt afhankelijk van de motivatie en betrokkenheid van zorgverleners en van financieringsmogelijkheden. Daarom dient draagkracht van de interventie verdeeld te worden over meerdere zorgverleners om gecombineerde leefstijlinterventies en bijbehorende samenwerkingen in de eerste lijn te behouden.